

**REPRESENTACIONES SOCIALES DEL VIH/SIDA
EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA. UNIVERSIDAD DEL CAUCA.
POPAYÁN 2008**

**ÁNGELA PATRICIA ANACONA
ASTRID XIMENA ASTAIZA
ASTRID ELIANA BRAVO
CATHERINE DAYANA HOYOS**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
PRIMER PERIODO ACADÉMICO 2008
POPAYÁN
2008**

**REPRESENTACIONES SOCIALES DEL VIH/SIDA
EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA. UNIVERSIDAD DEL CAUCA.
POPAYÁN 2008**

**INVESTIGADORAS
ÁNGELA PATRICIA ANACONA
ASTRID XIMENA ASTAIZA
ASTRID ELIANA BRAVO
CATHERINE DAYANA HOYOS**

**INVESTIGADORA PRINCIPAL
MSc. GLORIA AMPARO MIRANDA M**

**ASESOR
Esp. MARIA AMPARO BRAVO S**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ENFERMERA**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
PRIMER PERIODO ACADÉMICO 2008
POPAYÁN
2008**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado de manera muy especial a nuestros padres y hermanos porque gracias a su esfuerzo, apoyo y confianza han permitido alcanzar un logro tan importante en esta etapa de nuestras vidas

A nuestros familiares porque directa o indirectamente han participado en la elaboración de este trabajo de investigación y gracias a su motivación han sido participes en el desarrollo de esta maravillosa experiencia

AGRADECIMIENTOS

Expresamos los más sinceros agradecimientos:

En primera instancia a **Dios**, por darnos la sabiduría constancia y dedicación para el desarrollo del trabajo investigativo.

A nuestros padres, quienes nos han brindado su amor, comprensión y apoyo incondicional en todas las situaciones nuestra vida.

A la Enfermera **Mg. Gloria Amparo Miranda**, por mantener vivo en nosotras el espíritu investigativo en el transcurso del trabajo. Sus concejos, orientaciones y el tiempo consagrado, para el logro de este propósito, se convirtieron en fuentes de inspiración constante para llevar cabo este proceso.

A la Enfermera-Bacterióloga **Esp. María Amparo Bravo**, por el apoyo y la confianza continúa a lo largo de este trabajo.

A los **Estudiantes de IV semestre de Enfermería** por su colaboración continua y participación directa en el desarrollo del presente trabajo investigativo.

A la **Universidad del Cauca** por brindarnos el espacio y las herramientas para adquirir y compartir los conocimientos en nuestra formación integral como profesionales de enfermería

CONTENIDO

RESUMEN

0. INTRODUCCION

1. MARCO TEÓRICO.....7

RESUMEN.....1

1.1 REPRESENTACIONES SOCIALES DE SERGE MOSCOVICI 7

1.2 VIH/SIDA..... 20

1.3 REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE VIH/SIDA 25

1.4 ESTUDIOS SOBRE REPRESENTACIONES SOCIALES FRENTE AL VIH/SIDA 29

1.5 ENFERMERÍA Y VIH/SIDA 31

1.6 REPRESENTACIONES SOCIALES Y MARCO CONCEPTUAL ENFERMERO 37

2. DISEÑO METODOLÓGICO40

2.1 TIPO DE ESTUDIO 40

2.2. UNIVERSO Y POBLACIÓN..... 40

2.3 TIPO DE MUESTREO 40

2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN 41

2. 5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN 42

2.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS 42

2.7 CRITERIOS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD 49

2. 8 ASPECTOS ÉTICOS..... 50

3. RESULTADOS52

3.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA..... 52

3.2.2 DIMENSIÓN CAMPO DE INFORMACIÓN 60

3.3 DIMENSIÓN DEL CAMPO DE REPRESENTACIÓN..... 64

3.4 DIMENSIÓN DE ACTITUDES 87

4. DISCUSIÓN100

5. IMPLICACIONES PRÁCTICAS105

6. CONCLUSIONES109

7. RECOMENDACIONES112

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Guía para la elaboración de la carta asociativa.....	125
Anexo B. Guía de preguntas de grupo focal.....	127
Anexo C. Consentimiento informado.....	129
Anexo D. Propuesta.....	130

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.

Representación social del sida: niveles centrales y periféricos..... 63

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Categorías analíticas según categoría temática.....	46
Cuadro 2. Presencia o ausencia de las unidades de registro.....	56
Cuadro 3. Categorías deductivas, preguntas orientadoras y técnicas de recolección de datos.....	121
Cuadro 4. Categorías deductivas, inductivas, semánticas y analíticas..	122

RESUMEN

Según estudios consultados, el comportamiento de los profesionales y estudiantes de Enfermería frente a los infectados por VIH y enfermos de SIDA, es discriminatorio, lo que se refleja en manifestaciones de temor y rechazo. Estos comportamientos también se han observado en los estudiantes de IV semestre de enfermería, por lo que el estudio está orientado hacia el conocimiento de las representaciones sociales que los estudiantes expresan y que se vinculan a su forma de pensar y de comportarse.

Es un estudio descriptivo, de corte transversal, con metodología cuanti-cualitativa, que permitió la consecución de los objetivos propuestos. Como técnicas de recolección de información se utilizaron: libre asociación, entrevista semiestructurada y grupo focal. A través de ellas se logró establecer las dimensiones de las representaciones sociales sobre VIH/SIDA: campo de representación, de información y actitud, lo que permitió identificar el esquema figurativo en torno al cual giran las representaciones sociales. La población a estudiar en la presente investigación fueron los estudiantes del Programa de Enfermería que cursan IV semestre de la Universidad del Cauca, durante el primer período académico del 2008, conformada por 32 alumnos. La muestra se seleccionó por conveniencia con base en los criterios de selección establecidos para cada técnica de recolección, según la dimensión de la representación social a estudiar, quedando conformada de la siguiente forma: Dimensión de representación/técnica de asociación libre: 25 alumnos; dimensión de información/entrevista semiestructurada: 13 estudiantes y dimensión de actitud de contexto/grupo focal: 8 estudiantes.

Los hallazgos permiten establecer que el núcleo organizador de la representación del VIH/SIDA, gira en torno a tres cogniciones elementales que modelan el sentido del fenómeno: muerte/enfermedad/sexo. El nivel informativo revela que el VIH/SIDA se presenta en determinados grupos sociales con ciertas conductas y preferencias sexuales, información que se traduce en el discurso con las cogniciones “promiscuidad”, “prostitución” y “drogadicción” y en la ausencia de la cognición “todos expuestos”. También revela aspectos contradictorios relacionados con el uso del condón, la presencia de estigmas hacia determinados grupos sociales, emociones basadas en el miedo al contagio y vía de transmisión, una baja percepción del riesgo en grupos próximos a los estudiantes y un temor a la “muerte social” más que a la “muerte biológica”. Se establece también, que en los estudiantes de enfermería persiste un cierto grado de actitudes negativas frente a las personas con VIH/SIDA, que pueden ser predeterminadas por el tipo de información que manejan.

Frente a los resultados, es evidente que se requieren la utilización de metodologías participativas en el desarrollo de la temática del SIDA, que permitan modificar los comportamientos de los estudiantes, igualmente la conformación de grupos de apoyo y redes sociales a nivel universitario que ofrezcan información y asesoría sobre la problemática en estudio.

PALABRAS CLAVES: Representaciones Sociales, VIH/SIDA, estudiantes, enfermería.

0. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han producido prometedores avances e iniciativas mundiales para abordar la principal causa infecciosa de muerte en adultos: VIH/SIDA. Sin embargo el comportamiento social de discriminación y violación de los derechos humanos hacia las personas afectadas por esta enfermedad, crea una barrera que soslaya la solución de la problemática y lesiona su dignidad humana. Esta situación, se presenta como producto de la representación colectiva que se ha construido a través de la historia gregaria y personal de cada individuo respecto de la enfermedad, que comprende mitos y prejuicios que se reflejan en la falta de sensibilidad y escasa información disponible de cada sujeto, y en la educación social y medios de comunicación, que se han convertido en agentes educativos sin título¹ sobre el tema.

Este contexto, ha originado la estigmatización y marginación de los portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), lo que genera una mayor vulnerabilidad a la infección y una negación de sus potencialidades, porque padecer de VIH/SIDA, se asocia inmediatamente con muerte, promiscuidad y sexo, las cuales son alusiones originadas desde la ignorancia, temor y prejuicios, que siguen dirigiendo la conducta general y la respuesta de la población ante esa situación.

Los medios de comunicación, según la investigadora Vaggione², han jugado un papel. En su estudio, realizado sobre las notas periodísticas publicadas en la prensa gráfica entre 1985 y 1997, identificó representaciones ligadas a lo catastrófico: SIDA como “amenaza”, “castigo”, “maldición”, “peligro inminente,” “peste rosa”, este último adjetivo en alusión a las creencias de que esta

¹ TOLEDANO T F. La representación social del VIH-Sida propicia la discriminación y violación de los derechos humanos de las personas afectadas por la enfermedad. Concurso de Reflexión sobre los Derechos Humanos 2004, UNAM.

² VAGGIONE A. Investigación Sociosemiótica. El imaginario social del VIH/Sida.

enfermedad se asocia a la homosexualidad. Las primeras denominaciones se relacionan con lo que en aquel momento se calificó como “grupos de riesgo”, que estaban asociados a los homosexuales varones³, drogadictos endovenosos⁴ y hemofílicos, excluyeron al principio a las mujeres como probables afectadas, por el predominio de la transmisión sanguínea por drogadicción y por las relaciones sexuales entre homosexuales; sin embargo, la infección comenzó a aparecer entre las mujeres, por lo que, en un primer momento, las investigaciones se centraron en las compañeras sexuales de drogadictos endovenosos y/o usuarias de dichas drogas, posteriormente, se asoció a la frecuencia de transfusiones sanguíneas por causas relacionadas a la salud reproductiva (parto y/o puerperio así como el aborto)⁵ y por último⁶, el incremento de la infección por vía heterosexual se relacionó con hábitos sexuales "promiscuos", y la prostitución fue la asociación que se difundió y se responsabilizó a las prostitutas como las "culpables" de la difusión. Esta estigmatización, se traslada con características similares a las mujeres "sin pareja estable", consideradas "peligrosas".

Como se puede observar, en la representación social del VIH-SIDA, el hecho de ser hombre o mujer, constituye un determinante esencial para su construcción y la misma se relaciona a la construcción del género en una estrecha interdependencia; estas representaciones sociales acerca de hombres y mujeres, se adquieren a través de las distintas etapas de socialización, y se expresan a través de interpretaciones y valoraciones colectivas.

³ GARCÍA MARTÍNEZ, Alfonso. Educación y prevención del SIDA. Anales de psicología. 2005, vol. 21, nº 1 (junio), 50-57. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (España) edición web (www.um.es/analesps): 1695-2294.

⁴ ALBORNOZ NR, Ramognini ME y CRAVINO MC y otros. VIH-SIDA y DROGAS. Representaciones y prácticas de profesionales de salud, y usuarios y ex usuarios de drogas inyectables. Santiago Wallace. Sección Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras (UBA).

⁵ BIANCO, PAGANI M. Mujer, Sexualidad y SIDA Equipo interdisciplinario de Mujer y SIDA de FEIM. Buenos Aires.

⁶ BLOCH C. La feminización de la epidemia de VIH/SIDA. ¿Hecho natural o responsabilidad política? Director general Coordinación Sida Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. p/12,6-12-02

El personal de salud, no escapa a las reacciones sociales de discriminación frente a esta afección. Numerosos estudios a nivel general⁷ y particular⁸, (estudiantes y profesionales de enfermería) realizados en varios países (Uruguay, España y Venezuela, entre otros) muestran que hombres y mujeres que atienden a las personas afectadas por VIH/SIDA sienten rechazo hacia ellos, expresándolo abierta (distanciamiento y barreras) o disimuladamente (pena, compasión, miedo). La actitud discriminatoria de las enfermeras, puede deberse a que exista un interactivo del nivel cultural y educativo de las mismas, además de que podría obedecer al contacto continuo y estrecho a que se ven obligadas en su profesión con respecto a cualquier tipo de paciente, sintiéndose por ello más sensibles a un posible contagio y por lo tanto más temerosos, lo cual haría que tiendan a una mayor discriminación del paciente con SIDA.

Revisados estos estudios, se puede concluir que el sentimiento de rechazo, es el que aparece con más frecuencia frente a este tema en la sociedad en general, rechazo que lleva implícito una condena moral y un juicio de valor acerca del modo de vida de un paciente afectado de VIH-SIDA (homosexualidad, drogadicción, prostitución). Como dice Vaggione “Se construyó una representación social densa y cargada de significados punitivos en torno al origen de la patología y de quienes la padecen”²

A nivel local no existen estudios al respecto, sin embargo se ha podido comprobar que los estudiantes de enfermería de cuarto semestre, que rotan por el Programa de Atención a las personas con Tuberculosis Pulmonar y extrapulmonar, cuando administran tratamiento a estos pacientes con coinfección VIH/SIDA, revelan a

⁷ PRIETO BELISARIO, Sonia. Actitudes del profesional de la salud hacia los pacientes con SIDA. Centro de Investigaciones Psicológicas. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela.

⁸ UMANA ARAYA S. Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. Cuaderno de Ciencias Sociales 127. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).Sede Académica, Costa Rica.

través del lenguaje corporal y la expresión facial temor y angustia ante la situación enfrentada y sus expresiones verbales denotan compasión por estas personas.

Cabe anotar que los alumnos son conscientes de que no se pueden contagiar al hablar con ellos o al administrarles medicamentos vía oral, sin embargo no pueden evitar experimentar dichos sentimientos.

Partiendo de que los comportamientos de los estudiantes se constituyen y se predeterminan por el conjunto de valores, creencias, actitudes e información que influyen en su forma pensar y dirigir su vida cotidiana y actuar enfermero, se decidió llevar a cabo el presente estudio con el propósito de evidenciar el eje central sobre el cual giran las RS de los estudiantes de IV de Enfermería y establecer implicaciones prácticas a nivel educativo, que comprendan aspectos académicos y de promoción en Salud. Para el logro de lo anterior se estableció como objetivo General: “Analizar las representaciones sociales de los estudiantes de cuarto semestre de enfermería de la Universidad del Cauca del segundo periodo académico de 2007, frente al VIH/SIDA” y como objetivos específicos: a) Identificar las fuentes y la información que tienen los estudiantes acerca del VIH/SIDA; b) Determinar actitudes que poseen los estudiantes de enfermería hacia el VIH/SIDA y c) Establecer el campo de representación: imagen y/o significados que tienen los estudiantes sobre el VIH/SIDA.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 REPRESENTACIONES SOCIALES DE SERGE MOSCOVICI

Moscovici propuso el concepto de representación social en 1961. Desde entonces, se ha pasado de la elaboración del concepto a un desarrollo de la teoría que ha permeado las ciencias sociales porque constituye una nueva unidad de enfoque que unifica e integra lo individual y lo colectivo, lo simbólico y lo social; el pensamiento y la acción⁹

La teoría de las Representaciones Sociales es una valiosa herramienta dentro y fuera del ámbito de la psicología social, porque ofrece un marco explicativo acerca de los comportamientos de las personas estudiadas, que no se circunscribe a las circunstancias particulares de la interacción, sino que trasciende al marco cultural y a las estructuras sociales más amplias como, por ejemplo, las estructuras de poder y de subordinación.

Al respecto, cuando las personas hacen referencia a los objetos sociales, los clasifican, los explican y, además, los evalúan, es porque tienen una representación social de ese objeto. Esto significa, como bien lo señala Jodelet (1984), que representar es hacer un equivalente, pero no en el sentido de una equivalencia fotográfica sino que, un objeto se representa cuando está mediado por una figura. Y es solo en esta condición que emerge la representación y el contenido correspondiente.

Las personas conocen la realidad que les circunda mediante explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social. Las

⁹ MORA, M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Atenea Digital-num 2. otoño 2002. En línea de vista del psicólogo.

representaciones sociales (RS) sintetizan dichas explicaciones y en consecuencia, hacen referencia a un tipo específico de conocimiento que juega un papel crucial sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana: el conocimiento del sentido común.

El sentido común es, en principio, una forma de percibir, razonar y actuar (Reid, 1998). El conocimiento del sentido común es conocimiento social porque está *socialmente elaborado*. Incluye contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos que tienen una función no solo en ciertas orientaciones de las conductas de las personas en su vida cotidiana, sino también en las formas de organización y comunicación que poseen tanto en sus relaciones interindividuales como entre los grupos sociales en que se desarrollan.

Las RS, en definitiva, constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo. Empezar estudios acerca de la representación de un objeto social —VIH/SIDA— permite reconocer los modos y procesos de constitución del pensamiento social, por medio del cual las personas construyen y son construidas por la realidad social. Pero además, nos aproxima a la “visión de mundo” que las personas o grupos tienen, pues el conocimiento del sentido común es el que la gente utiliza para actuar o tomar posición ante los distintos objetos sociales.

El abordaje de las RS posibilita, por tanto, entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente (Abric, 1994).

De lo anterior se deriva la importancia de conocer, desentrañar y cuestionar el núcleo figurativo de una RS alrededor del cual se articulan creencias ideologizadas, pues ello constituye un paso significativo para la modificación de una representación y por ende de una práctica social. (Banchs, 1991).

El énfasis en lo colectivo y en la comprensión de la realidad social a partir de su construcción social, son elementos centrales de la teoría de las RS. Moscovici (1991) indica que en la interacción sujeto-objeto, no existe un solo sujeto, sino que intervienen otros sujetos, a los que el autor les llama *Alter (A)*, que además de relacionarse estrechamente entre ellos y ellas, guardan también íntima relación con el objeto social. Con este planteamiento, Moscovici trasciende de un esquema diádico, donde sujeto (S) y objeto (O) interactúan, para pasar a un esquema triádico donde los otros sujetos también interactúan e inciden en la relación sujeto-objeto. El esquema triádico³ de Moscovici da supremacía a la relación de sujeto – grupo (otros sujetos), porque: a) Los otros y las otras son mediadores y mediadoras del proceso de construcción del conocimiento y b) La relación de los y las otras con el objeto —físico, social, imaginario o real— es lo que posibilita la construcción de significados.

Esta concepción, a su vez, ilustra sobre la posición epistemológica en la que se inscribe quien estudia las representaciones sociales. En primer término, se parte de que el conocimiento no es solo comprensible desde la tradicional concepción que señala la existencia de un conocimiento científico y de un conocimiento cotidiano o del sentido común.

En esta concepción se comprende el conocimiento como fenómeno o fenómenos complejos que se generan en circunstancias y dinámicas de diversa índole y cuya construcción está multi determinada por relaciones sociales y culturales.

Por su parte, las personas son concebidas como seres que piensan autónomamente y que producen y comunican constantemente representaciones y no como meras receptoras pasivas, por lo que cualquier determinismo social es rechazado. En la construcción de la realidad social el papel del *Alter* es significativo. Las personas se relacionan entre sí y en esta relación con los otros y las otras, elaboran observaciones, críticas, comentarios y “filosofías” no oficiales que tienen una influencia decisiva sobre sus escogencias, formas de educar a sus hijos e hijas, en la elaboración de sus planes, etcétera.

Por lo anterior, la teoría de las RS hace énfasis en la importancia de los procesos inferenciales presentes en la construcción de la realidad y en la insistencia de que la realidad es “relativa” al sistema de lectura que se le aplica. De ahí que para acceder al conocimiento de las representaciones sociales se deba partir de un abordaje hermenéutico.

Al concebir a las personas como productoras de sentidos, el análisis de las RS focaliza en las producciones simbólicas, en los significados y en el lenguaje a través de los cuales las personas construyen el mundo en que viven. Por esta focalización, la teoría de las RS y la corriente hermenéutica se interceptan y presentan algunos puntos de afinidad. No obstante, entre ambas hay diferencias. Para la corriente hermenéutica la realidad siempre actúa a través de la interpretación de los seres sociales, de modo que no hay más realidad que la realidad tal y como es descifrada por las personas. Son los significados que se le atribuyen los que van a constituirla como la única realidad que, efectivamente, existe para las personas: *La realidad tal y como la interpretamos es la única realidad que puede tener, por consiguiente, unos efectos sobre nosotros* (Ibáñez, op.cit: 26).

La teoría de las RS también enfatiza la importancia de los significados; el papel de los aspectos simbólicos y de la actividad interpretativa de las personas, sin

embargo, no admite que la construcción de la realidad pueda resumirse a su interpretación.

Desde la teoría de las RS, la realidad social impone a su vez las condiciones de su interpretación por los sujetos, sin que ello implique un determinismo estricto. Esto significa que las matrices socioestructurales y los entramados materiales en los que están inmersas las personas definen su lectura de la realidad social, sus claves interpretativas y reinyectan en su visión de la realidad una serie de condicionantes que reflejan sus inserciones en la trama socioeconómica y en el tejido relacional.

Las RS se construyen a partir de una serie de materiales de muy diversas procedencias:

- El fondo cultural acumulado en la sociedad a lo largo de su historia. Dicho fondo está constituido por las creencias ampliamente compartidas, los valores considerados como básicos y las referencias históricas y culturales que conforman la memoria colectiva y la identidad de la propia sociedad. Todo ello se materializa en las diversas instituciones sociales, por ejemplo en la lengua y en general en todos los objetos materiales. De acuerdo con Ibáñez (op.cit.), las fuentes de determinación de las RS se encuentran en el conjunto de condiciones económicas, sociales e históricas que caracterizan a una sociedad determinada y en el sistema de creencias y de valores que circulan en su seno.
- Los mecanismos de anclaje y objetivación. Ambos son mecanismos que provienen de la propia dinámica de las representaciones sociales. El primero de ellos concierne a la forma en que los saberes y las ideas acerca de determinados objetos entran a formar parte de las RS de dichos objetos mediante una serie de transformaciones específicas. El segundo da cuenta de cómo inciden las estructuras sociales sobre la formación de las

representaciones sociales, y de cómo intervienen los esquemas ya constituidos en la elaboración de nuevas representaciones.

- El conjunto de prácticas sociales que se encuentran relacionadas con las diversas modalidades de la comunicación social. Es, en efecto, en los procesos de comunicación social donde se origina principalmente la construcción de las RS. En este sentido, los medios de comunicación de masas tienen un peso preponderante para transmitir valores, conocimientos, creencias y modelos de conductas. Tanto los medios que tienen un alcance general, la televisión o los que se dirigen a categorías sociales específicas como las revistas de divulgación científica, por ejemplo, desempeñan un papel fundamental en la conformación de la visión de la realidad que tienen las personas sometidas a su influencia. La comunicación interpersonal y en particular la de las innumerables conversaciones en las que participa toda persona durante el transcurso de un día cualquiera de su vida cotidiana, es otra modalidad de la comunicación social cuya influencia es igualmente significativa.

Es importante recordar que la inserción social o la ubicación de las personas en la estructura social, no solo interviene para la exposición selectiva de distintos contenidos conversacionales, sino que ejerce también una influencia sobre el tipo de experiencia personal que se establece con relación al objeto de la representación. Esta experiencia, variable según las distintas ubicaciones sociales, condiciona la relación con el objeto así como la naturaleza del conocimiento que se alcanza sobre él.

Todos estos elementos contribuyen a la configuración de la representación social, entrelazando sus efectos con los que provienen de las comunicaciones sociales.

1.1.1 La objetivación: El amor, la amistad, la educación, son entre otras, muchas de las cosas de las que no se tiene una realidad concreta y, sin embargo, en forma consuetudinaria las personas las incluyen en sus comentarios de manera concreta y tangible. Esta concretización de lo abstracto se lleva a cabo por el proceso de *objetivación* por lo que dicho proceso es fundamental en el conocimiento social.

El análisis del proceso de objetivación no es exclusivo del campo de las representaciones sociales, sino que también se ha desarrollado en la sociología del conocimiento (Berger y Luckmann, op.cit.); en lingüística (Lakoff y Johnson, 1995) o en la cognición social (Zinder y Swann cfr. Wagner y Elejabarrieta, op.cit.).

En la teoría de las representaciones sociales, el proceso de objetivación se refiere a la transformación de conceptos abstractos extraños en experiencias o materializaciones concretas. Por medio de él lo invisible se convierte en perceptible.

Este proceso implica a su vez tres fases (Jodelet, 1984):

- *La construcción selectiva:* es decir, la retención selectiva de elementos que después son libremente organizados. Dicha selección se da junto a un proceso de descontextualización del discurso y se realiza en función de criterios culturales y normativos.

Se retiene solo aquello que concuerda con el sistema ambiente de valores. De ahí que las informaciones con igual contenido, sean procesadas diferencialmente por las personas.

- *El esquema figurativo:* el discurso se estructura y objetiviza en un esquema figurativo de pensamiento, sintético, condensado, simple, concreto, formado

con imágenes vividas y claras, es decir, las ideas abstractas se convierten en formas icónicas. Estas imágenes estructuradas es lo que Moscovici (1979, 1981,1984) ha denominado *núcleo figurativo*, o sea, una imagen nuclear concentrada, con forma gráfica y coherente que captura la esencia del concepto, teoría o idea que se trate de objetivar. Esta simplificación en la imagen es lo que le permite a las personas conversar y también comprender de forma más sencilla las cosas, a los demás y a ellas mismas y a través de su uso, en diferentes circunstancias, se convierte en un hecho natural.

Wagner y Elejabarrieta (op.cit.) ilustran el núcleo figurativo con la expresión bíblica: “Y Dios creo al hombre a su imagen y semejanza”. Esta expresión no es solo una explicación religiosa sobre el origen del hombre, sino también una forma que permite disponer de una imagen de Dios, materializar la entidad abstracta en una figura concreta. A ello, se agrega que con dicha expresión el rostro femenino de Dios es de difícil representación para los creyentes, quienes en esencia vinculan su representación con un hombre.

- *La naturalización*: la transformación de un concepto en una imagen pierde su carácter simbólico arbitrario y se convierte en una realidad con existencia autónoma. La distancia que separa lo representado del objeto desaparece de modo que las imágenes sustituyen la realidad. Lo que se percibe no son ya las informaciones sobre los objetos, sino la imagen que reemplaza y extiende de forma natural lo percibido.

Sustituyendo conceptos abstractos por imágenes, se reconstruyen esos objetos, se les aplican figuras que parecen naturales para aprehenderlos, explicarlos y vivir con ellos, y son esas imágenes, las que finalmente constituyen la realidad cotidiana.

1.1.2 El anclaje: El proceso de anclaje, al igual que el proceso de objetivación, permite transformar lo que es extraño en familiar. Sin embargo, este proceso actúa en una dirección diferente al de objetivación. Si lo propio de la objetivación es reducir la incertidumbre ante los objetos operando una transformación simbólica e imaginaria sobre ellos, el proceso de anclaje permite incorporar lo extraño en lo que crea problemas, en una red de categorías y significaciones por medio de dos modalidades:

- Inserción del objeto de representación en un marco de referencia conocido y preexistente.
- Instrumentalización social del objeto representado o sea la inserción de las representaciones en la dinámica social, haciéndolas instrumentos útiles de comunicación y comprensión.

Si bien el proceso de anclaje permite afrontar las innovaciones o el contacto con objetos que no son familiares para las personas, hay que advertir que las innovaciones no son tratadas por igual por todos los grupos sociales, lo cual evidencia el enraizamiento social de las representaciones y su dependencia de las diversas inserciones sociales. En efecto, los intereses y los valores propios de los diversos grupos actúan con fuerza sobre los mecanismos de selección de la información, abriendo más o menos los esquemas establecidos para que la innovación pueda ser integrada. Si el nuevo objeto que ha aparecido en el campo social es susceptible de favorecer los intereses del grupo, este se mostrará mucho más receptivo.

En definitiva, la integración cognitiva de las innovaciones está condicionada tanto por los esquemas de pensamiento ya constituidos como por la posición social de las personas y de los grupos.

El proceso de anclaje, a su vez, se descompone en varias modalidades que permiten comprender:

- Cómo se confiere significado al objeto representado, con relación al sentido que se le otorga a la representación.
- Cómo se utiliza la representación en tanto sistema de interpretación del mundo social marco e instrumento de conducta. *Esta modalidad permite comprender cómo los elementos de la representación no sólo expresan relaciones sociales, sino que también contribuyen a constituir las* (Jodelet, 1984:486).
- Cómo opera su integración dentro de un sistema de recepción y la conversión de los elementos de este último relacionados con la representación. Los sujetos se comportan según las representaciones; los sistemas de interpretación proporcionados por la representación guían la conducta.

Actuando conjuntamente y por su función integradora, el anclaje y la objetivación sirven para guiar los comportamientos. La representación objetivada, naturalizada y anclada, es utilizada para interpretar, orientar y justificar los comportamientos de las personas.

1.1.3 Funciones de las representaciones sociales: Sandoval (1997) señala que las RS tienen cuatro funciones:

- La comprensión, función que posibilita pensar el mundo y sus relaciones.
- La valoración, que permite calificar o enjuiciar hechos.
- La comunicación, a partir de la cual las personas interactúan mediante la creación y recreación de las representaciones sociales.
- La actuación, que está condicionada por las representaciones sociales.

Los intercambios verbales de la vida cotidiana exigen algo más que la utilización de un mismo código lingüístico. Exigen que se comparta un mismo trasfondo de representaciones sociales, aunque sea para expresar posturas contrapuestas. Este trasfondo común suple el estricto rigor discursivo que es necesario para transmitir sin ambigüedades los significados adecuados, rigor que es obviamente imposible mantener en las improvisaciones espontáneas de la vida cotidiana.

Es así como a partir de las representaciones sociales, las personas producen los significados que se requieren para comprender, evaluar, comunicar y actuar en el mundo social.

1.1.4 Dimensiones de las Representaciones sociales: Las R S como forma de conocimiento aluden a un proceso y a un contenido. En tanto *proceso* las RS refieren a una forma particular de adquirir y comunicar conocimientos.

Como *contenido*, a una forma particular de conocimiento, que constituye un universo de creencias en el que se distinguen tres dimensiones: la actitud, la información y el campo de representación (Moscovici, 1979).

La actitud: Consiste en una estructura particular de la orientación en la conducta de las personas, cuya función es dinamizar y regular su acción. Es la orientación global positiva o negativa, favorable o desfavorable de una representación. Su identificación en el discurso no ofrece dificultades ya que las categorías lingüísticas contienen un valor, un significado que por consenso social se reconoce como positivo o negativo, por tanto, es la más evidente de las tres dimensiones.

La actitud expresa el aspecto más afectivo de la representación, por ser la reacción emocional acerca del objeto o del hecho. Es el elemento más primitivo y resistente de las representaciones y se halla siempre presente aunque los otros

elementos no estén. Es decir, una persona o un grupo pueden tener una reacción emocional sin necesidad de tener mayor información sobre un hecho en particular. La concepción unidireccional de las actitudes considera que ellas se componen básicamente de un elemento afectivo. La concepción bidimensional añade al anterior, el elemento cognoscitivo. Finalmente, un punto de vista tridimensional la complementa con una tendencia comportamental.

Es esta última visión sobre la actitud la que más se aproxima al concepto de R S. Sin embargo, el origen del término actitud es eminentemente psicológico y aunque se usa en el campo social, no ofrece la estructura dinámica que tiene el de representación. Se puede decir entonces que las R S contienen a las actitudes y no a la inversa, ya que aquellas van más allá del abordaje tradicional de las actitudes y acercan mucho más el concepto al campo social.

La información: Conciernen a la organización de los conocimientos que tiene una persona o grupo sobre un objeto o situación social determinada. Se puede distinguir la cantidad de información que se posee y su calidad, en especial, su carácter más o menos estereotipado o prejuiciado, el cual revela la presencia de la actitud en la información. Esta dimensión conduce, necesariamente, a la riqueza de datos o explicaciones que sobre la realidad se forman las personas en sus relaciones cotidianas. Sin embargo, hay que considerar que las pertenencias grupales y las ubicaciones sociales mediatizan la cantidad y la precisión de la información disponible.

El origen de la información es, asimismo, un elemento a considerar pues la información que surge de un contacto directo con el objeto, y de las prácticas que una persona desarrolla en relación con él, tiene unas propiedades bastante diferentes de las que presenta la información recogida por medio de la comunicación social.

El campo de representación: Refiere a la ordenación y a la jerarquización de los elementos que configuran el contenido de la RS. Se trata concretamente del tipo de organización interna que adoptan esos elementos cuando quedan integrados en la representación.

En suma, constituye el conjunto de actitudes, opiniones, imágenes, creencias, vivencias y valores presentes en una misma representación social. El campo de representación se organiza en torno al esquema figurativo o núcleo figurativo que es construido en el proceso de objetivación. Este esquema o núcleo no sólo constituye la parte más sólida y más estable de la representación, sino que ejerce una función organizadora para el conjunto de la representación pues es él quien confiere su peso y su significado a todos los demás elementos que están presentes en el campo de la representación.

La teoría del esquema figurativo tiene importantes implicaciones para el cambio social. En efecto, las actuaciones tendientes a modificar una representación social no tendrán éxito si no se dirigen prioritariamente a la modificación del esquema puesto que de él depende el significado global de la representación.

En síntesis, conocer o establecer una representación social implica determinar qué se sabe (información), qué se cree, cómo se interpreta (campo de la representación) y qué se hace o cómo se actúa (actitud). Estas tres dimensiones, halladas por Moscovici, forman un conjunto que tan sólo puede escindirse para satisfacer las exigencias propias del análisis conceptual.

El campo de representación constituye la dimensión más interesante y más original y quizás la más difícil de captar. Es importante, por lo tanto, tener claridad dado que las tres dimensiones refieren al análisis de contenido del discurso, que el campo de una representación es una dimensión que debe analizarse en función de la totalidad del discurso y no sólo en un párrafo o en una frase (Banchs,1986).

En síntesis, conocer o establecer una representación social implica determinar qué se sabe (información), qué se cree, cómo se interpreta (campo de la representación) y qué se hace o cómo se actúa (actitud). Estas tres dimensiones, halladas por Moscovici, forman un conjunto que tan sólo puede escindirse para satisfacer las exigencias propias del análisis conceptual. En otras palabras y según Farr, un estudioso de Moscovici, las representaciones sociales permiten en primer lugar, establecer un orden que facilita a los individuos orientarse en su mundo material y social y dominarlo; y segundo, posibilitan la comunicación entre los miembros de la comunidad, proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clarificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal”.

Para comprender las RS desde la problemática de salud a investigar VIH/SIDA, es necesario realizar una breve descripción de la magnitud y características de esta enfermedad.

1.2 VIH/SIDA

El VIH se originó en 1930 en algún lugar de África central. El primer caso conocido del virus VIH en África se remonta al año 1959, en la sangre almacenada en un laboratorio de un individuo de sexo masculino del Congo.

Desde el descubrimiento de SIDA en el año 1981, han surgido varias teorías, acerca de su origen¹⁰, muchas de estas teorías han sido descartadas por no tener una base científica; hasta que ahora solo circulan dos hipótesis.

¹⁰ PEETERS, M; LAMBERTINI POGGIOLO A. Fuentes: Associated Press, Universidad Central de Venezuela; Historia del origen del SIDA, IRD, Francia, Prise en charge du SIDA en Afrique.

La hipótesis más criticada es la que hace referencia a que el VIH fue introducido en la población humana a través de la ciencia médica. Dentro de esta hipótesis existen diferentes teorías.

El virus supuestamente se introdujo a los seres humanos a partir de los estudios de las vacunas contra la poliomielitis realizados en África durante los años 50. Según los científicos que apoyan esta teoría, la transmisión hacia los humanos se inició cuando se utilizaron riñones de chimpancés para preparar la vacuna contra la poliomielitis. Otra teoría destaca que el VIH fue desatado por vacunas contra la Hepatitis B (HB), desarrolladas parcialmente en chimpancés y que fueron utilizadas de manera preventiva en algunos grupos de población. Estos hallazgos explican científicamente, por primera vez, cómo el VIS en los chimpancés, estrechamente relacionado con el VIH, saltó súbita y simultáneamente de especie, a los seres humanos, en dos continentes lejanos entre sí: África y Estados Unidos.

La segunda hipótesis es la de la “Transmisión Temprana” y sostiene que el virus pudo haber sido transmitido a los humanos a principio del siglo XX o incluso a finales del siglo XIX, a través de la caza de chimpancés como alimento. El virus pudo permanecer aislado en una población pequeña, local, hasta alrededor de 1930, fecha en que empezó a expandirse hacia otras poblaciones humanas y a diversificarse. En este caso su expansión se vio favorecida por el desarrollo socioeconómico y político del continente africano. Se cree que el virus simio se propagó de los chimpancés a los humanos por lo menos en tres ocasiones separadas, quizás a través de la matanza de los animales y el consumo de su carne.

Desde hace casi 100 años se tiene el conocimiento de que algunos tipos de cánceres de especies animales (leucemias, sarcomas) están ocasionados por virus (agentes filtrables) lo que ha servido de estímulo durante muchas décadas en la búsqueda de estos virus por los virólogos, especialmente en la década de los

50-60 con los adelantos en microscopía electrónica y en la de los 70 con la demostración de la existencia de la transcriptasa inversa (Temin, Mizutani).

Consecuencia de esta búsqueda se aisló en 1.980 el primer retrovirus humano descrito, el HTLV-I¹¹. Este virus ocasiona la leucemia de células T del adulto, enfermedad que Takatsuki en Japón había observado que presentaba una distribución geográfica que hacía pensar en la posibilidad de que se debiese a un agente transmisible. De otro lado el descubrimiento de la interleucina 2 (IL-2) o factor de crecimiento de las células T permitió mantenerlas en cultivo durante largos períodos de tiempo. En 1.982 se aisló otro virus relacionado, el HTLV-II, a partir de un enfermo con leucemia de células peludas.

Poco después, en 1.983, el equipo de Montagnier aisló otro retrovirus que denominó LAV a partir de un ganglio linfático de un paciente que presentaba una linfadenopatía persistente generalizada y en 1.984 el equipo de Gallo descubrió otro retrovirus que denominaron linfotrópico humano de células T y al que correspondía el numeral III (HTLV-III). Posteriormente se comprobó que ambos virus eran en realidad el mismo e internacionalmente se acordó denominarlo virus de la inmunodeficiencia humana 1 o VIH-1 para diferenciarlo de otro retrovirus similar que aislado en 1.986 se denominó VIH-2.

En 1.987 se describió otro retrovirus asociado con un subgrupo de linfomas cutáneos de células T, el HTLV-V (previamente se había descrito el HTLV-IV que resultó ser una contaminación con un retrovirus de la inmunodeficiencia de los simios y que por lo tanto no se acepta como tal HTLV). En la presente década se han aislado otros retrovirus asociados, posiblemente, con enfermedades autoinmunes como el síndrome de Sjögren, la enfermedad de Graves, la

¹¹ LOS VIRUS DEL SIDA: Los retrovirus. SIDA; 1.996 - 2.000. Revisión, Septiembre 1.998. www.ctv.es/USERS/fpardo/virus.htm.

esclerosis múltiple o el lupus eritematoso, pero cuya relación etiológica no se conoce perfectamente.

Los retrovirus están constituidos por un ácido ribonucleico (ARN) que debe copiarse en ácido desoxirribonucleico (ADN) bicatenario para poderse integrar en el núcleo de la célula huésped; por lo tanto su material genético es ARN en la partícula viral y ADN cuando se encuentran en la célula que infectan. El proceso de conversión de ARN en ADN es una característica principal de los retrovirus que se lleva a cabo mediante acciones enzimáticas secuenciales; la propiedad de replicarse a través de la transcripción inversa les da su nombre, pero esta propiedad la comparten otros virus animales, como los que producen las hepatitis B, y vegetales.

La sigla VIH significa Virus de Inmunodeficiencia Humana y el SIDA se define como el conjunto de síntomas y signos derivados por un debilitamiento importante del sistema inmunitario que se ha contraído por el enfermo durante su vida, que no es congénito.

El VIH/SIDA está calificado como una pandemia que afecta a hombres, mujeres y niños, presentando una tendencia hacia la feminización, afectando especialmente a mujeres jóvenes; la epidemia causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se ha convertido en una pandemia la cual ha diezariado poblaciones enteras en todo el mundo. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en todo el mundo hay 43 millones de portadores y han muerto 20 millones de personas.

Por otra parte, de acuerdo al informe del Programa de Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA) las edades más afectadas por el SIDA son entre 25 y 34 años, todos los días hay 6 000 jóvenes entre 15 a 24 años de edad y 2 000 niños menores de 15 años que se contagian. Una décima parte de las nuevas personas

infectadas son menores de 15 años, lo que lleva a 2,7 millones el número de niños que viven actualmente con el VIH¹².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para esta década cuando menos 110 millones en el mundo estarán infectadas con el VIH. La principal forma de transmisión del VIH/SIDA es la sexual, un 90 % incrementándose 10 veces en el periodo de 1986- 1999 la tasa de mortalidad por SIDA¹³. No hay datos concretos sobre el número de portadores con el VIH, aunque hay un franco predominio en el sexo masculino, la tendencia de las mujeres es ascendente; la razón hombre: mujer disminuyó de 18:1 en 1986 a 8:1 en 1994, de allí, que la vulnerabilidad de la población joven se ve incrementada por su escaso conocimiento sobre la propagación del VIH y como puede evitarse la infección.

Si se analiza la literatura nacional con respecto a este tema, se pone de manifiesto que la información es escasa a diferencia de países como México y Guatemala, en los que se ha estudiado a mayor profundidad.

El estimativo de personas infectadas por (VIH) en el mundo hacia fines del año 2003 fue de 37.8 millones, de los cuales 1.6 estaban en América Latina.

En Colombia, el porcentaje de población de 15 a 49 años con VIH/SIDA se estimó en 0.5% para el 2001 y en 0.7% para 2003 y 2004¹⁵. La incidencia anual de infección por VIH sigue en ascenso en todo el país. El número de casos nuevos reportados por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) ascendió de

¹² BLANCO CEDRES, LUCILA y otras. Conocimientos y conducta sexual. Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Ciudad Universitaria. Gac. Méd. Caracas v.113 n.3 Caracas jul. 2005. VIH/SIDA www.scielo.org.ve/scielo.phpscript.

¹³ PENUELA EPALZA, M y otros. Factores asociados a la coinfección VIH/sida tuberculosis. Barranquilla Colombia 2003-2004. Salud Uninorte. Barranquilla (Col). 2006. 22(1): 5-19.

1.688 en el año 2000 a 2.904 en el 2004, de los cuales el 80% se produjo en el grupo de 15-44 años.

Las características de los casos incidentes en el país, en el 2000, señalan entre los factores predisponentes la edad entre 13 y 24 años. En este grupo se encontró que el 49% de los casos de VIH/SIDA se presentaron en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, 10% entre consumidores de drogas por vía intravenosa, y 9% entre hombres jóvenes que se habían infectado durante un contacto sexual con un miembro del sexo opuesto. El 45% de todos los casos de SIDA reportados en el grupo de mujeres jóvenes de la misma edad, se debieron a contacto sexual con hombres y 11% al consumo de drogas por vía intravenosa.

1.3 REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE VIH/SIDA

Se considera que “el concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio designa una forma de pensamiento social [...] constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal.”¹⁴

Las representaciones, en tanto son conservadas y no sustituidas, constituyen una creencia, o forman parte de la misma, lo cual será “[...] la base del significado que adquiere cada nuevo estímulo relacionado con esa cosa, evento, acción o proceso. [...] El papel de las creencias previas en la construcción de las nuevas representaciones es fundamental.”¹⁵

¹⁴ JODELET D. “La representación social: fenómenos concepto y teoría”, en Moscovici S., Psicología social, Buenos Aires, Paidós, 1988, pág. 474.

¹⁵ RAITER, A. y otros. Representaciones sociales. Buenos, Aires, Eudeba, 2002.pág. 11-12.

En este contexto, es importante revisar la construcción social del VIH/Sida. Según Weeks, esta construcción se llevó a cabo en fases: en la primera de ellas (1981-82), llamada por Weeks *la alborada de la crisis*, se pensó al sida como un problema de las minorías primero sexuales y luego de otro tipo. Su identificación con la cultura gay, si bien avalada por el reconocimiento de los primeros casos que provenían de sus filas, posibilitó que en la población general comenzara a construirse la enfermedad sobre la base de la atribución de la enfermedad a “otros”, ratificada luego por la identificación de las cuatro H como grupos de riesgo: homosexuales, heroinómanos, hemofílicos y haitianos.¹⁶

La segunda fase, según el mismo Weeks, se extiende de 1982 a 1985 y se caracteriza por el *pánico moral*, que surge en sociedades complejas cuando la dificultad para resolver ansiedades sociales se focaliza sobre agentes que pueden ser fácilmente identificables. En este caso, ciertos aspectos de estilos de vida condenados por las mayorías, como la promiscuidad, el consumo de drogas o la “excesiva permisividad” fueron elevados a la categoría de causas de la enfermedad, lo que implicó que las personas enfermas de sida fueran culpadas por ello. Weeks plantea que a pesar de que en los últimos treinta años se han producido cambios fundamentales en las actitudes hacia la sexualidad en general y hacia la homosexualidad en particular, como una mayor liberalización y cambios en las pautas relacionales, estos cambios han dejado profundos residuos de ansiedad y miedo, de los que el sida como fenómeno social se ha alimentado.

Desde el punto de vista simbólico, el sida simbólico se construyó con elementos importantes de homofobia y racismo, en un momento político en el que el mundo occidental impone un modelo de desarrollo que, entre otras cuestiones, genera la necesidad de recortar el gasto público, y dentro de él, el gasto en salud.

¹⁶ WEEKS, J. “AIDS: The intelectual agenda”, en P. Aggleton, G. Hart y P. Davies (eds.) *Aids: Social representations, social practices*. Londres, The Falmer Press, 1989.

Se gestó así ya en ese momento la decisiva importancia que tienen las organizaciones no gubernamentales (ONG), y dentro de ellas las organizaciones de autoayuda, en la atención y contención de las personas que viven con el VIH. Estos grupos fueron los primeros que, al identificarse el VIH, plantearon la necesidad de hablar de *conductas de riesgo*, y de desarrollar modelos de educación para la prevención.

Weeks denomina el tercer período de la historia del sida, de 1985 a 1988: *manejo de la crisis*. Esta fase se caracteriza por la idea de la generalización del riesgo, con la creación de la categoría “víctimas inocentes”, en referencia a las personas alcanzadas por la infección sin incurrir en las así llamadas conductas de riesgo (niños nacidos de madres VIH positivas; transfundidos; hemofílicos). Las respuestas de los gobiernos de los países centrales incluyen en este período el control de los bancos de sangre y el reconocimiento de los avances que particularmente habían obtenido las organizaciones de gays en cuanto a las intervenciones preventivas. La denominación que Weeks da a esta fase implica que se enfocan más los síntomas que las causas. Se intenta detener la progresión del virus sin encarar una política sanitaria más amplia¹⁷.

Podemos plantear que a partir de 1988 (fecha a la que llega el esquema de Weeks), se ha entrado en una nueva fase, que profundiza las características de la anterior, en cuanto a tener como objetivo el frenar la expansión de la epidemia, pero ahora con un nuevo frente: *la conducta heterosexual*. Podríamos denominar a esta fase como *difusión de los límites de la epidemia*. Se hace hincapié en ella en dos grupos demográficos vulnerables a partir de las cifras de la epidemiología: los jóvenes y las mujeres. Los primeros, dado que alrededor de la mitad de los enfermos en todo el mundo tienen menos de 30 años, por lo que, considerando el

¹⁷ FIPSE. Fundación para la Investigación y Prevención del Sida en España. Imágenes y representaciones sociales de los mecanismos de inserción social de las personas afectadas por el VIH/SIDA. Unidad de Investigación de Psicología Comunitaria.

período de latencia a partir de la infección por el VIH (en promedio 8 años) estas personas adquirieron el virus en años tempranos de su juventud, y las mujeres, dada su cada vez mayor prevalencia como enfermas.

Pero la dificultad para “asir” la enfermedad está dada porque a pesar de esta tendencia en cuanto al avance de la vía de infección heterosexual, subsisten también altas tasas de personas que siguen contrayendo el virus a través de la práctica de compartir jeringas al consumir drogas por vía endovenosa y a través de prácticas sexuales entre hombres.

“Todos podemos contraer la infección”, fórmula del nuevo discurso preventivo, convive, pues, con la idea: *“pero hay grupos que incurren en prácticas más riesgosas”*. A esto contribuye la conocida rémora de las creencias, especialmente cuando ellas están entrelazadas con contenidos moralizantes, por lo que ciertos aspectos de las primeras fases de la epidemia siguen vigente y se superponen a los nuevos mensajes informativos.

“Lo que caracteriza al sida no es sólo su virulencia, sino el peso de los significados simbólicos que comporta” (Weeks, 1988, pág. 18), que arrastra a partir de los inicios de su presentación en sociedad, no siendo ajenos a este proceso los medios masivos, lo que han generado que el VIH, lleve también a la exclusión, precisamente por sus dificultades en el acceso a recursos básicos (enormes dificultades para el empleo, etc.), por la invisibilización que lleva a la pérdida de grupos de pertenencia válidos y por el estigma o significado de índole moral o psicosocial que acarrea la infección. Exclusión y VIH son caminos bidireccionales, a no ser que se rompa con las situaciones de discriminación”¹⁸

¹⁸ FIPSE. Estudio sobre discriminación arbitraria de las personas que viven con VIH o SIDA”: discriminación y VIH/SIDA 2005.

1.4 ESTUDIOS SOBRE REPRESENTACIONES SOCIALES FRENTE AL VIH/SIDA

A continuación se presentan los resultados del estudio sobre “Representación social del SIDA en estudiantes de una escuela preparatoria en la ciudad de México”, realizado durante el año de 1999-2000¹⁹, en un grupo de jóvenes entre 16 a 23 años de edad. Dichos resultados, demuestran que la enfermedad, la muerte y el sexo, aparecen como centrales y definitorios en la representación social del SIDA.

Estos indicadores, por su importancia y distribución, se rebelan como el esquema figurativo que define en forma coherente y sintética un estatus de evidencia sobre el SIDA para el grupo.

La dimensión informativa hace referencia al SIDA como un problema de carácter incurable, contagioso que conduce a la muerte. Sus referentes explicativos se encuentran relacionados con valoraciones del comportamiento sexual, así como con acciones para la prevención. En este sentido, aspectos como la prostitución, la homosexualidad, y prácticas sexuales calificadas como “degeneradas” constituyen elementos explicativos para la transmisión.

Finalmente los entrevistados perciben consecuencias emocionales como tristeza, preocupación, sufrimiento, soledad y terror ante la posibilidad de hospitalización frente a la adquisición de esta enfermedad.

A nivel nacional, se encontró un estudio realizado en Cúcuta, denominado “Representaciones de los jóvenes pioneros del proyecto Colombia respecto a la

¹⁹ FLORES PALACIOS F. LEYVA FLORES R. Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. Salud Publica Mex 2003; 45 supl 5:S624-S631. Texto completo en inglés disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

sexualidad y VIH SIDA”²⁰ llevado a cabo durante el primer semestre del 2006, en donde se identificó que los jóvenes tenían información general respecto al Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH/SIDA, sobre sus características, medios de protección, aunque tenían poca información sobre los medios de contagio.

En el estudio “Interacción social y comunicación para la salud. Las representaciones sociales de los jóvenes poblanos sobre sexualidad y VIH/SIDA como fundamento para la implementación de programas institucionales de mejoramiento de la salud pública”²¹ realizado en México, que buscaba Identificar elementos contextuales bajo el cual los jóvenes interaccionan y cómo influyen en su calidad de vida; así como la relación entre sus prácticas culturales y las representaciones sociales que tienen sobre la sexualidad y las enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA, se encontró que las representaciones sociales que tienen del VIH/SIDA es en consecuencia de contagio a partir de prácticas sexuales y contacto sanguíneo en personas mayores. Resignación y ocultamiento al contraer la enfermedad asumiendo la culpa de la irresponsabilidad.

Existe un gran desinterés ante la enfermedad, dado que las experiencias son llevadas a cabo en personas mayores a ello Los casos ejemplares son la fuente principal para verificar la información poseída, sin embargo, los jóvenes facilitan la labor guiándose por los rumores. La desinformación provoca rechazo social, por tanto, debe realizarse la difusión masiva a partir de la publicidad ya que esta es limitada por la TV.

²⁰ DE FIGUEROA, y otros. Representaciones de los jóvenes pioneros del proyecto Colombia respecto a la sexualidad y VIH SIDA, en el primer semestre de 2006. En: Revista Ciencia y cuidado. Universidad Francisco de Paula Santander. Vol. 3(3): 21-29.

²¹ GARCIA GONZALES J., y otros. Interacción social y comunicación para la salud: Las representaciones sociales de los jóvenes poblanos sobre sexualidad y VIH/Sida como fundamento para la implementación de programas institucionales de mejoramiento de la salud pública. UNI revista - Vol. 3, n° 1: (Julio 2006) ISSN 1409-465.

La forma en la que los jóvenes entienden y conciben la enfermedad de VIH/SIDA tienen una estrecha relación con el conocimiento de la misma, la forma en que influye la vida cotidiana y los mitos y sistema de creencias entorno a esta, cuando se les preguntó a los jóvenes si conocían sobre VIH/SIDA, el 93% de ellos contestó que sí conocía la enfermedad, el resto, es decir el 7% marcaron con la respuesta no. Esto quiere decir que a pesar de las grandes inversiones para la difusión del conocimiento, hay algunos puntos flojos, el 56% de los jóvenes contestó que no es suficiente la información que poseían sobre la enfermedad, en seguida se ubicaron algunas preguntas que ponían a prueba los conocimientos de los jóvenes sobre la enfermedad.

Teniendo en cuenta los anteriores aspectos, es importante conocer cuál es la actuación de Enfermería frente al VIH/SIDA.

1.5 ENFERMERÍA Y VIH/SIDA

Al respecto, el Comité Internacional de Enfermeras (CIE), en asocio con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en abril de 1987, estableció que²²: “La organización Mundial de la Salud, con el mismo espíritu con que llevó a cabo la erradicación mundial de la viruela, está empeñada actualmente en la tarea urgente, difícil y compleja de prevenir el SIDA y luchar contra esa enfermedad a nivel mundial. Se resuelve que el CIE se ocupará y se mantendrá al corriente de todos los aspectos relativos a la protección de la salud de la enfermera que presta asistencia a las personas infectadas del VIH. Se resuelve que el Consejo Internacional de Enfermeras se comprometa a colaborar plenamente con la Organización Mundial en la defensa de los intereses del público, de las personas infectadas del VIH y de quienes les prestan asistencia.

²² CIE. Como reducir el impacto del VIH/SIDA sobre el personal de Enfermería y partería. Ginebra, (1996).

Se resuelve además que el CIE ayude a las enfermeras, por medio de sus acciones nacionales, a que se mantengan bien informadas de los nuevos adelantos relativos a la prevención de la infección de VIH y a la asistencia de las personas afectadas, y que exhorte a todas sus asociaciones miembros así como a las enfermeras del mundo entero a que colaboren activamente en todos estos esfuerzos”.

Además de lo anterior, en el código para enfermeras del CIE, se contemplan cuatro principios, que sintetizan la responsabilidad ética de enfermería en cualquier ámbito donde preste sus servicios y que se aplica en el caso de personas con VIH/SIDA.

- 1) La enfermera o enfermero, tiene una responsabilidad fundamental cuádruple: promover la salud y aliviar el sufrimiento.
- 2) La responsabilidad primordial de la enfermera o enfermero, es hacia las personas que requieren sus cuidados.
- 3) Al actuar en su capacidad profesional la enfermera o enfermero, debe observar siempre normas de conducta personal que honren su profesión.
- 4) La enfermera o enfermero, debe adoptar las medidas apropiadas para proteger al individuo, cuando los cuidados que se le prestan, son amenazados por un colega o cualquier otra persona.

Otros aspectos contemplados en el código hacen referencia a los derechos y deberes de las personas con VIH/SIDA y de los profesionales de enfermería, referidos al consentimiento informado, derecho a la información y secreto profesional así como también al quehacer de enfermería en sus cuatro funciones primordiales.

Consentimiento del paciente: A un paciente al que se le plantee en un área concreta de salud la realización del test del SIDA, los enfermeros no debemos

olvidar que el consentimiento del paciente en el ejercicio de la profesión, ha de ser obtenido para cualquier intervención de enfermería, no empleando ni permitiendo que otros empleen medidas de fuerza física o moral, para obtener dicho consentimiento. En caso de que esto ocurra deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades sanitarias.

Derecho a la información y secreto profesional: Es responsabilidad de las enfermeras, mantener informados a los pacientes dentro del límite de sus atribuciones, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión de los mismos. Por otro lado, tiene la obligación de guardar en secreto toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en su ejercicio, informándole de los límites del secreto, no adquiriendo compromiso bajo secretos que entrañen malicia o dañen a terceros o a un bien público. Dadas las connotaciones de rechazos y discriminación a las que injustificadamente se ven sometidas las personas seropositivas resulta imprescindible que los enfermeros tengan siempre presente dichos derechos.

Posturas de los enfermeros frente al SIDA, se podrían resumir de la siguiente manera:

- 1) Ser solidarios con los seres humanos afectados por el virus del SIDA.
- 2) Denunciar todo tipo de discriminación, al igual que actitudes negativas y violencias contra los homosexuales y toxicómanos.
- 3) No aceptar la realización del test de anticuerpos obligatorio.
- 4) Exigir la plena integración social de las personas seropositivas.
- 5) Rechazar el aislamiento y cuarentena.

- 6) Promover la salud, y prevenir la enfermedad a través de la educación, inculcando hábitos saludables de comportamiento.
- 7) Compartir con ellos, su enfermedad su dolor, su sufrimiento, prestándoles el apoyo necesario para asumir la muerte en paz cuando ésta sea inevitable.
- 8) Adquirir el compromiso con las personas afectadas por el SIDA, siendo portavoces ante la sociedad de su mensaje, dado que ellos no pueden identificarse.

Con respecto al Quehacer de Enfermería, se han establecido las siguientes orientaciones a desarrollar según las funciones que se cumplen a nivel profesional.

Educación: Como profesionales de enfermería, debemos preocuparnos de derribar el estigma que todavía ronda alrededor del VIH/SIDA por medio de la educación a la población en general y también al personal de salud, por medio de la capacitación, ya que la discriminación ejercida a las personas portadoras del virus demuestra falta de conocimientos por parte de las personas e intolerancia frente a personas que se encuentran en una posición de vida totalmente distinta. A nivel individual, familiar y comunitario, es importante proporcionar información en cuanto a: prevención de la transmisión del VIH, tratamiento y lo fundamental de su adhesividad, efectos de la enfermedad en la persona, siendo esencial el apoyo familiar y multidisciplinario, además, de fomentar la comunicación y la expresión de sentimientos. Se debe tener presente la Intervención educativa de Enfermería a lo largo del ciclo vital del hombre, sobre todo en la etapa escolar y adolescencia, período de inicio de las relaciones sexuales en la actualidad.

Asistencial: Como enfermeras (os) nos compete brindar una atención integral con prestación de cuidados de calidad que necesiten los pacientes infectados con el VIH y siempre manteniendo el debido respeto y comprensión dejando de lado su condición de portador. Realizar una exhaustiva revisión de documentos como la ficha clínica del paciente, entrevista para recolectar datos relevantes de su historia de vida que puedan estar implicados, valorando redes de apoyo y entorno en el cual se desenvuelve.

Investigativa: Ampliar los estudios relacionados con VIH/SIDA abarcando temas que impliquen desde la toma del examen de Elisa, hasta los posibles tratamientos, afrontamiento de la patología. Es esencial la participación en estudios de Precauciones Estándar, manejo biopsicosocial ante pacientes VIH (+); transmisión del VIH y efectos en la dinámica familiar, y sobre todo, de la situación de la comunidad en cuanto a medidas preventivas, tratamiento y buen morir de estos pacientes.

Gestión: Coordinar capacitación del personal de salud en cuanto al cuidado que deben recibir los pacientes portadores de VIH/SIDA y supervisar el cumplimiento de estos. Coordinación con otras instituciones de apoyo y con la Enfermera/o de Atención Primaria para la realización de visita domiciliaria, con objeto de valorar el ambiente estático-dinámico y otros factores que influyen en el paciente, ayudar a reconocer que es portador del VIH, enfrentar la enfermedad, motivar la adherencia a tratamiento e incentivar el logro de metas, con el fin de alcanzar su bienestar y el de su familia. Esto es posible de efectuar mediante un trabajo multidisciplinario, proporcionando un ambiente terapéutico para el paciente en el cual se sienta seguro, confiado y se integre con el personal especializado, donde la Enfermera/o sea el vínculo de esa integración.

Por último, el CIE, además recomienda a las Asociaciones Nacionales de Enfermeras (ANE), ser parte de una amplia respuesta para movilizar la fuerza de

trabajo de la enfermería a favor de la prevención, el asesoramiento, los cuidados y el tratamiento del VIH/SIDA y les recomienda las siguientes acciones: AIPRIDF.²³

1. Acabar con los mitos y la mala información: Formar redes con los medios de comunicación y con otros profesionales de salud para dar información, educación y comunicación necesarias para luchar contra la ignorancia, el miedo y la discriminación asociados con el VIH/SIDA.

2. Influir en los encargados de las políticas: Defender el acceso a la prevención, el asesoramiento, los cuidados y tratamientos, y el compromiso político para la movilización de recursos, incluido el acceso a la TDA.

3. Proteger los derechos humanos: Fomentar el diálogo sobre el respeto de los derechos humanos, facilitar la realización de pruebas voluntarias y tratar a las personas que viven con el VIH/SIDA igual que a cualquier persona que tenga una enfermedad crónica.

4. Reducir la transmisión: Dar formación sobre la práctica sexual sin riesgo, la abstinencia, el acceso a los preservativos y facultar a las mujeres mediante la formación, los derechos económicos y el acceso a los preservativos. Distribuir material informativo.

5. Incrementar la capacidad de atención de salud: Dar formación y supervisar a los miembros de la familia en la atención a domicilio, fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para la prevención y la atención de salud, movilizar los recursos de la comunidad y de los organismos donantes.

6. Dirigirse a las poblaciones vulnerables: Orientar los esfuerzos preventivos hacia las personas con gran riesgo de infección por el VIH, entre ellas las que

²³ INFORME SOBRE LA EPIDEMIA MUNDIAL DEL VIH/SIDA. PNUSIDA, OMS Junio de 1998.

comercian con el sexo, los varones homosexuales, los usuarios de drogas por vía intravenosa, los niños de la calle, las personas sin hogar y jóvenes.

7. Fomentar un continuo de cuidados: Abogar por unos cuidados compasivos de enfermería, la prevención, el acceso a los medicamentos y los servicios de reenvío a instalaciones hospitalarias y de la comunidad.

Analizada la teoría de las Representaciones Sociales, la magnitud de la enfermedad y el quehacer de enfermería en esta problemática de salud pública, es necesario revisar qué marco conceptual enfermero se adapta a dicha teoría.

1.6 REPRESENTACIONES SOCIALES Y MARCO CONCEPTUAL ENFERMERO

Recordando, que las RS para Moscovici, son “una modalidad particular de conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos”¹¹ y que involucran creencias, mitos, valores y conocimiento de sentido común, el conocimiento de estos aspectos culturales, permite a enfermería, conocer la perspectiva cultural, los valores, conocimientos y necesidades de las personas, sujetos del cuidado, con el fin de realizar acciones congruentes y respetuosas de dicha diversidad. Desde esta concepción se espera como propone Leininger, que “los conocimientos y la práctica de enfermería tengan una base cultural y una conceptualización, una planificación y una aplicación basadas en la cultura”.²⁴(Duque, 2002)

²⁴ DUQUE MC., Enfermería y Cultura: espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivos. En: Actual. Enferm. Vol 5 No 2 Junio 2002. P.12-16

Para Leininger, citada por Duque MC, en “Enfermería y Cultura: espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivos”, la cultura “se refiere a los valores, creencias, normas y modos de vida que son aprendidos, asumidos y transmitidos por un determinado grupo y que guían sus pensamientos, decisiones, acciones o patrones de comunicación (Duque, 2002) considera además que existen formas específicas de la cultura, como valores, normas de conducta y patrones de vida similares exclusivos de una cultura²⁵ (Fernández-García, 2006)

Desde esta teoría, la cultura determina los patrones y estilos de vida que tienen influencia en las decisiones de las personas, ayudando a descubrir y documentar el mundo de las personas y a utilizar sus puntos de vista étnicos, sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con una ética apropiada (conocimiento profesional) como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales.

El aporte de Madeleine Leininger a las representaciones sociales, tiene que ver con la diversidad y universalidad de los cuidados culturales; aspectos que se basan en la convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás. Desde este punto de vista, los cuidados culturales tienen en cuenta la totalidad y la perspectiva holística de la vida humana y la existencia a lo largo del tiempo, incluyendo factores culturales, sociales, la visión del mundo, la historia y los valores culturales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares (genéricos) y profesionales²⁶.

²⁵ FERNÁNDEZ GARCÍA, V. Perspectiva de la enfermería transcultural en el contexto mexicano. En: Rev Enferm IMSS 2006; 14(1):51-55.

²⁶ MARRINER TORNEY A y RAILE ALLIGOW M. Modelos y Teorías en Enfermería. Cuarta edición. Ed. Harcourt Brace. España. Lic. Isidora Reyes. 1999:
Email: isidorareyes@hotmail.com

Al respecto, esta teorista plantea que si las expresiones culturales no son reconocidas y comprendidas, los cuidados de enfermería pueden ser menos efectivos y tener consecuencias desfavorables. Por tanto, el único camino para que la enfermera (o) pueda motivar al usuario para asumir su autocuidado es aprendiendo acerca de sus formas culturales (construcciones naturales o familiares acerca de las conductas propias de una cultura en particular) y planificando estrategias a partir de ellas (Steiger & Lipson, 1985)²⁷

²⁷ UNIDAD DE ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. Fortalecimiento del auto cuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS) Original en Español. Enero 2006.

2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo, de corte transversal, con metodología cuanti-cualitativa que permite identificar la suma de conocimientos que tienen los estudiantes de cuarto semestre de enfermería frente al VIH/SIDA, a partir del análisis de las dimensiones que comprende la Representación Social (RS).

2.2. UNIVERSO Y POBLACIÓN

El universo estuvo conformado por todos los estudiantes matriculados en el programa de enfermería durante el primer período académico del 2008 y la población correspondió a los 32 estudiantes de cuarto semestre de enfermería previamente matriculados en dicho período académico.

2.3 TIPO DE MUESTREO

La selección de la muestra en las tres etapas de recolección de información, se llevó a cabo teniendo en cuenta los criterios de selección previamente establecidos en cada una de las fases, como se puede observar a continuación:

- **Primera fase:** participación voluntaria de los estudiantes, previa información del objetivo del estudio y del consentimiento informado por escrito. Se obtuvo entonces la participación del 84.38% (27/32) de la población. Sin embargo, la información del 7,41% de los participantes, fue descartada, por no cumplir con los parámetros establecidos para su recolección. En definitiva, la muestra estuvo conformada por 25/32 estudiantes.

- **Segunda fase:** La determinación de esta muestra se realizó utilizando el método de la “saturación teórica”: a medida que el discurso de los entrevistados se repetía comenzaba a delimitarse el número de la muestra, por lo que se estableció elegir a aquellos estudiantes que en el ejercicio de la primera fase, tuviesen dos o tres cadenas asociativas conformadas por términos similares a las tres cogniciones elementales, que modelan el sentido del fenómeno VIH/SIDA. Lo anterior se estableció para obtener una información más homogénea. La sub-muestra así conformada representó el 52% (13/25) de la anterior muestra.
- **Tercera fase:** Se contó con la participación voluntaria de ocho estudiantes, seleccionados entre los estudiantes de la anterior submuestra. Teniendo en cuenta la técnica seleccionada, se conformaron dos grupos focales, con el 60% (8/13) de los participantes de la etapa anterior.

2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Teniendo en cuenta que en la obtención de la información se utilizaron diferentes técnicas, se establecen tres fases para su recolección con sus respectivos criterios.

- Fase I: Estudiantes de IV semestre de enfermería, matriculados en el primer período académico de 2008 que participaron voluntariamente, previa información del estudio y consentimiento informado por escrito.
- Fase II: Estudiantes de IV semestre de enfermería, matriculados en el primer período académico de 2008 que cumplieron con los siguientes requisitos: participación en la anterior fase, presentar en el ejercicio desarrollado dos o tres cadenas de palabras similares a las tres

cogniciones identificadas como eje central del fenómeno a estudio y que facilitó la realización de la entrevista en dos partes.

- Fase III: Estudiantes de IV semestre de enfermería, matriculados en el primer período académico de 2008 que participaron en la anterior fase y participaron voluntariamente en el grupo focal.

2.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Fase I: Estudiantes de IV semestre de enfermería, matriculados en el primer período académico de 2008, que no asistieron al desarrollo de la técnica asociativa o que asistiendo manifestaron su deseo de no participar.
- Fase II: Estudiantes de IV semestre de enfermería, matriculados en el primer período académico de 2008, que no participaron en el desarrollo de la fase anterior, que en el desarrollo de la técnica asociativa se observó ausencia de dos o tres cadenas de palabras similares a las tres cogniciones identificadas como eje central del fenómeno a estudio, y participante que cumpliendo con el requisito para esta fase no autorizó ser entrevistada(o).
- Fase III: Estudiantes de IV semestre de enfermería, matriculados en el primer período académico de 2008, que no participaron en la fase anterior o estudiantes que participando en ella no desee participar en el grupo focal.

2.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

2.6.1 Técnicas de recolección

En el presente estudio se utilizaron tres técnicas de recolección de información dirigidas hacia cada una de las dimensiones de la Representación Social: técnica

asociativa (dimensión informativa), interrogativa (dimensión representación) y grupo focal (actitud de contexto), las cuales se describen a continuación:

1. Técnica asociativa: Permite identificar las expresiones discursivas más frecuentes, organizadas en tres perímetros de cercanía al término inductor, para lo que se utilizó la Carta asociativa (Ver anexo A)

La Carta es un método de asociación libre²⁸, inspirado en la técnica de la carta mental de H. Jaoui, en la que se presenta una o varias palabras de estímulo, en este caso VIH/SIDA y se le solicita a la persona que exponga todas aquellas construcciones que se le vengan a la cabeza sin orden de importancia. De esta forma se obtienen las primeras asociaciones libres. A continuación se presentan ejemplos de cadenas asociativas con respecto al término inductor expresadas por los estudiantes de enfermería:

- “VIH/SIDA” Enfermedad, muerte, estigma.
- “VIH/SIDA” enfermedad, muerte, contagio.
- “VIH/SIDA” Virus, cuidado, muerte.
- “VIH/SIDA” relaciones sexuales, medios anticonceptivos, enfermedad grave.

Después de esta clásica recolección de asociaciones, se solicita a la persona que produzca una segunda serie de asociaciones, pero esta vez a partir de un par de palabras que contengan, por una parte, el término inductor inicial y cada uno de los términos asociados, producidos por ella en la primera fase. Continuando con los ejemplos anteriores, los alumnos organizaron las siguientes cadenas asociativas:

²⁸ ARAYA UMANA S. Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. Cuaderno de Ciencias Sociales 127. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).Sede Académica, Costa Rica. p. 52-59

- “VIH/SIDA-Enfermedad”, “VIH/SIDA-muerte”, “VIH/SIDA- estigma”
- “VIH/SIDA-Enfermedad”, “VIH/SIDA-muerte” “VIH/SIDA-contagio”.
- “VIH/SIDA- Virus”, “VIH/SIDA- cuidado”, “VIH/SIDA-muerte”

Cada una de estas cadenas asociativas es utilizada entonces para solicitar nuevas asociaciones por parte de la persona. Si por ejemplo a:

- “VIH/SIDA-Enfermedad”, se le asocian términos como: alto costo, rechazo, grave, incurable.

Se solicita a la persona asociar la cadena anterior con cada uno de los términos, así:

- “VIH/SIDA-Enfermedad- alto costo”
- “VIH/SIDA-Enfermedad- rechazo”
- “VIH/SIDA-Enfermedad- grave”
- “VIH/SIDA-Enfermedad- incurable”.

Este método tiene varias ventajas: necesita poco tiempo y esfuerzo por parte de la persona; permite recoger un conjunto de asociaciones más elaborado e importante que con la asociación libre y, sobre todo, identificar lazos significativos entre los elementos del corpus. Requiere, no obstante, de parte del investigador o investigadora una actitud activa de reactivación y estimulación.

Es fundamental recordar que la asociación (salvo para la palabra inicial) debe referirse siempre a los pares o tríos resultantes de la asociación. No se trata, por ejemplo, en la ilustración presentada de la segunda fase de obtener asociaciones del término “enfermedad”, sino específicamente acerca de la relación asociativa “Presencia de VIH/SIDA-enfermedad” que es la única pertinente en el análisis de la representación estudiada.

2. Técnica Interrogativa: Se utiliza para identificar el campo de representación, permite la recopilación del material discursivo producido por los estudiantes en forma espontánea (conversaciones), además de inducido por medio de una entrevista individual, semiestructurada, elaborada a partir de las respuestas obtenidas en la carta asociativa. Su objetivo es conseguir una argumentación del significado de las palabras asociadas, con el término inductor, que permitiera identificar el contexto de producción y las relaciones establecidas por el grupo, buscando el enlace cognitivo y práctico del objeto de estudio.

En el presente estudio, se partió de los tres constructos identificados como ejes del VIH/SIDA: enfermedad, muerte, sexo, los cuales permitieron establecer categorías analíticas o preguntas que se realizarían a los participantes del significado del material ubicado en las unidades de análisis.

Para desarrollar esta técnica se llevo a cabo una entrevista con duración de una hora y media. A continuación se presentan algunas preguntas relacionadas con el tema: prácticas sexuales.

¿Cuántas parejas sexuales ha tenido, si las ha tenido?

A partir de esta categoría analítica, se establecieron entre otras unidades de análisis, las proposiciones de responsabilidad y toma de decisiones.

¿La última vez que usted tuvo relaciones sexuales usó condón?

Usted me ha dicho que ahora utiliza durante sus relaciones sexuales un método de planificación familiar ¿Cuál fue la razón para que anteriormente no lo utilizara?

Las categorías analíticas según categoría temática identificada en la técnica de carta asociativa, que permitieron orientar la realización de la entrevista semiestructurada, se pueden observar en la siguiente tabla 1.

CUADRO 1
CATEGORÍAS ANÁLITICAS SEGÚN CATEGORIA TEMÁTICA

TEMA	CATEGORIAS ANALÍTICAS
ENFERMEDAD	<p><i>¿Cómo se manifiesta el VIH/SIDA?</i></p> <p><i>¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar el VIH/SIDA?</i></p> <p><i>¿Qué personas están expuestas a contraer VIH/SIDA? ¿Porqué?</i></p> <p><i>¿Porqué los (as) drogadictas, promiscuos(as) y prostitutas(os) son una población de mayor riesgo para adquirir VIH/SIDA?</i></p> <p><i>¿Cuáles son las consecuencias a nivel psicológico y social del VIH/SIDA?</i></p>
MUERTE	<p><i>¿Cuál es la expectativa de vida de las personas con VIH/SIDA?</i></p> <p><i>¿Las personas con VIH/SIDA tienen expectativas para el futuro?(trabajo, familia)</i></p> <p><i>¿Tener VIH/SIDA es sinónimo de muerte?</i></p>
SEXO	<p><i>¿Cuántas parejas sexuales ha tenido, si las ha tenido?</i></p> <p><i>¿La última vez que usted tuvo relaciones sexuales usó condón?</i></p> <p><i>¿Quién toma la decisión de utilizar condón durante las relaciones sexuales?</i></p> <p><i>¿Por qué ciertos grupos de personas están expuestas al VIH/SIDA?</i></p> <p><i>¿Usted se ha realizado una prueba de Elisa para VIH?</i></p>

FI: Estudio de las representaciones sociales del VIH/SIDA en estudiantes de enfermería. Universidad del Cauca. Popayán

3. Grupo focal: Para el análisis de la dimensión de actitud de la Representación Social, se organizó dos grupos de discusión conformados por ocho sujetos de ambos sexos, que decidieron participar libremente en esta fase del proceso. Para

cada grupo, la sesión duró aproximadamente dos horas, fueron audiograbadas y se transcribieron textualmente.

En esta fase se recopilaron discursos acerca de las diversas dimensiones del fenómeno VIH/SIDA: imagen, vías de transmisión, prácticas, niveles de prevención. Mediante esta técnica se logró contar con un discurso argumentado y visualizar el funcionamiento contextualizado de los elementos de la representación social, integrando actitudes, valores y afectos que sustentan la producción de los sujetos. (Ver anexo B).

2.6.2 Técnicas de análisis de la información

A medida que se aplicaron las diferentes técnicas, se llevó a cabo el desarrollo de la metodología de Análisis de Contenido (AC)²⁹, que permitió analizar el contenido manifiesto (lo que se escribe y dice en la entrevista) como del contenido latente (referido a lo implícito, a lo no expresado, o lo escondido en una palabra, a los elementos simbólicos del material analizado).

Para llevar a cabo dicho análisis fue necesario establecer en primera instancia la unidad de registro: que es la unidad de significancia que se ha de registrar o codificar con miras a la categorización y recuento frecuencial.

Con base en lo anterior, se estableció que para la Carta asociativa, la unidad de registro sería **la(s) palabra(s)** y se enmarcaría en la categoría de: **sustantivo**. En el estudio la unidad de registro identificada fueron las palabras: *enfermedad, muerte, sexo, virus, etc.*

Para la técnica de entrevista la unidad de registro fue **el tema**, el cual se considera como la unidad de significancia que se desprende de un texto analizado según

²⁹ QUILAQUEO, D. Análisis de Contenido, codificación, categorización e inferencia. Documento de trabajo No 5. Universidad Católica de Temuco. Chile. 2002. Pp. 1-57

ciertos criterios relativos a la teoría que guía la lectura y puede ser descompuesto en ideas constituyentes, en enunciados y proposiciones portadoras de significancia aislables. Entonces, el análisis temático consiste en localizar los núcleos de sentido que componen la comunicación y cuya presencia o ausencia de aparición podrían significar algo para el objetivo analítico elegido.

En el estudio, las palabras identificadas en la anterior técnica, se convirtieron en los temas ejes, a partir de los cuales se prepararon algunos enunciados, organizándose el discurso en torno a ellos y agrupando a su alrededor todo lo que el locutor expresó al investigador. Desde este punto de vista el tema se dirigió al objeto o referente.

Para la técnica del grupo focal, la unidad de registro fue **el acontecimiento**, ya que se utilizó un caso para el análisis de la actitud de contexto. Dicho caso se descompuso en unidades de acción.

Como se puede observar, en el desarrollo del estudio de establecieron tanto unidades de registro *perceptivas (palabras)* como unidades *semánticas (temas, acontecimientos)*

Establecida la unidad de registro, se procedió a identificar la unidad de contexto, la cual sirve como unidad de comprensión p al segmento del mensaje cuyo tamaño (superior a la unidad de registro) es óptimo para captar la significación exacta de la unidad de registro. Por ejemplo: para la palabra la frase y para el tema el párrafo. En el estudio, la unidad de registro de la palabra fue **la cadena de palabras**.

Otros aspectos que se tuvieron en cuenta fueron: el orden de aparición de las unidades de registro y la contingencia, que es la presencia en el mismo momento de dos o más unidades de registro en una unidad de contexto. La medida de

contingencia da cuenta de la distribución de elementos y de la asociación de los mismos. La asociación por modalidad cualitativa se establece cuando el elemento a aparece con el elemento b. En el estudio se encontró que *dos unidades de registro: enfermedad y muerte por ejemplo, aparecían en una misma cadena de palabras.*

El Análisis de Contenido (AC) involucró la realización de **análisis descriptivos** utilizando estadísticas como la frecuencia, índice de frecuencia, rango medio y rango de aparición en la asociación y **Análisis cualitativos** llevados de manera rigurosa y sistemática, según el modelo iterativo, que en ausencia de teoría, permite al investigador construir paso a paso una explicación del fenómeno estudiado.

2.7 CRITERIOS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Este estudio busca observar el fenómeno tal y como se da en su contexto natural, enmarcándose como se mencionó con anterioridad en un estudio cualitativo, lo que arroja información única, flexible e irrepetible.

Para ello, es preciso validar la información recolectada, a través del criterio de credibilidad que consiste en hacer de los resultados cualitativos, resultados no sesgados ni cuestionables por su subjetividad, comprobando que lo que se informa es consistente con la realidad estudiada. Esto a su vez permite evitar los sesgos propios de una determinada metodología, técnica, incluso de cada investigador.

Para dar credibilidad al estudio se utilizó la saturación de la observación persistente y la triangulación. La observación persistente implica la validación de registros recurrentes y sistemáticos de observaciones de un mismo objeto hasta la saturación del contenido, criterio que es incluido para concluir la recolección de

información, cuando ya las observaciones no aportan nuevos datos relevantes para el estudio.

Por su parte la triangulación, implica que los datos recolectados sean analizados desde puntos de vista distintos, a fin de realizar comparaciones múltiples en varios momentos del proceso. La primera triangulación que se utilizó es la de investigadores, la cual sugiere el debate, el análisis de los datos, el contraste de los mismos, la revisión profunda teórica y metodológica. Proceso que es realizado por los propios investigadores.

A su vez se utiliza la triangulación de técnicas metodológicas, esto por cuanto en el proceso de recolección de información se utilizó más de una técnica: carta asociativa, entrevista semiestructurada y grupo focal, lo que permitió una mayor confiabilidad de los datos recogidos, ya que el proceso se pudo complementar con las tres técnicas, disminuyendo los sesgos o invisibilidad que pueda arrojar un solo instrumento.

Por último se considera la triangulación teórica, la que implica utilizar múltiples perspectivas teóricas en relación al tema abordado en la investigación.

2. 8 ASPECTOS ÉTICOS

Para llevar a cabo esta investigación se considera ciertos aspectos éticos para asegurar de esta forma la transparencia y confiabilidad de este estudio a modo de no perjudicar a quienes entregan la información a saber, el respeto por las personas, la beneficencia y la justicia.

Desde el punto de vista del respeto por las personas, tiene que ver con que ninguna persona puede ser sometida sin su libre consentimiento a experimentación alguna o ser parte de una investigación cualquiera que fuere

además está directamente relacionado con el principio de la autonomía. Por lo que tenemos que el *respeto a las personas* incorpora dos consideraciones éticas fundamentales:

El respeto a la autonomía, que exige a quienes tienen la capacidad de considerar detenidamente el pro y el contra de sus decisiones se les debe tratar con el debido respeto por su capacidad de autodeterminación, y la protección de las personas con autonomía disminuida, que exige que quienes sean vulnerables o dependientes reciban resguardo contra el daño o el abuso.

El otro principio es el de la beneficencia y es la obligación ética de propender por el mayor número de beneficios y reducir al mínimo los riesgos para la persona que participa de la investigación; entonces, siempre debe existir un balance razonable entre los riesgos para el participante dentro de la investigación, con los beneficios potenciales de la misma para el participante.

El último concepto es el de justicia, en donde los casos considerados similares deben tratarse de forma similar, lo que quiere decir que cuando estamos involucrando pacientes en un experimento clínico, tenemos que considerar muy cuidadosamente la inclusión de sujetos con algún tipo de desventaja (pobres, subordinados etc.). Ver anexo C.

3. RESULTADOS

A continuación se presenta los resultados obtenidos con la aplicación de las técnicas utilizadas, en la recolección de información que permitió el análisis de las dimensiones que conforman las RS sobre el VIH/SIDA.

En primera instancia se realiza una caracterización de la muestra, posteriormente se detalla el proceso que permitió identificar la dimensión informativa y orientó la obtención de información en las dimensiones del campo de representación y de actitud.

3.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

Teniendo en cuenta que el estudio contempló el desarrollo de tres etapas, dirigidas hacia cada una de las dimensiones de la representación Social, es importante informar que participaron en la primera fase, 25 estudiantes de uno y otro sexo, matriculados durante el primer período académico del 2008, que cursaban cuarto semestre de enfermería en la Universidad del Cauca, con un promedio de permanencia en la carrera de 2.5 años, siendo 7.5 años el período más largo, correspondiente a una persona y el más corto 1,5 años correspondiente a 13 personas. En cuanto al género se encontró predominio del género femenino en un 66.67% (17/25) y un 33.33% (8/25) corresponde al género masculino; el 8.33% (2) presenta repitencia en el semestre seleccionado.

De los 25 estudiantes que participaron en la primera fase, se tuvo en cuenta para la segunda fase a 13 de ellos, los cuales enunciaron en dos o tres cadenas asociativas los términos relacionados con las tres cogniciones elementales que componen el sentido del fenómeno VIH/SIDA. Esta muestra estuvo conformada

por 7 mujeres y 6 hombres lo que corresponde a 53.84% y 46.15% respectivamente.

Esta caracterización de la muestra, obedece a la necesidad de profundizar en la organización y estructura de la representación social del VIH/ SIDA en una población particular, sin pretender generalizar los resultados ni evaluar el sistema de interpretación a partir de la construcción social de género, ni del grado de conocimiento sobre la problemática a estudio.

3.2. DIMENSIÓN DEL CAMPO DE INFORMACIÓN

3.2.1 Proceso de análisis de la información

En la dimensión de información de la Representación social, se llevó a cabo dos tipos de análisis: primero un análisis descriptivo y segundo uno cualitativo.

Para llevar a cabo el **análisis descriptivo** se tuvo en cuenta la unidad de registro (lo que se cuenta) en este caso la palabra y la regla de enumeración (la manera de contar). Entre estas reglas estuvieron:

1. Presencia (o la ausencia) de la(s) unidad(es) de registro: identificación de las palabras ejes en la carta asociativa. Esta presencia puede ser significativa. Entonces funciona como un indicador. Al respecto se encontró por ejemplo, que en VIH/SIDA, los términos en la mayoría de las cartas asociativas hacían referencia a grupos de riesgo específicos: prostitución y promiscuidad. Sin embargo en algunos casos la ausencia de elementos (en relación a una cierta expectativa) como de la cognición “todos estamos expuestos” puede manifestar que los estudiantes no se consideran dentro de los grupos de riesgo para esta patología. (Ver cuadro 2)

2. Frecuencia: Número de veces que aparece la unidad de registro en las cadenas de palabras. Al respecto, la aparición de un ítem de sentido o de expresión, es tanto más significativa –en relación con lo que se intenta obtener en la descripción o en la interpretación de la realidad pretendida- cuanto con mayor frecuencia se repita esta aparición. De esta forma, lo que se considera como significativo es la regularidad cuantitativa de aparición.

En el análisis de la carta asociativa, fue necesario la utilización de estadística descriptiva³⁰: distribución de frecuencia, índice de frecuencia y medidas de tendencia central o de posición como el rango medio.

1. Frecuencia: Número de veces que se repite el atributo de X en la muestra. En este caso número de veces que un constructo o palabra se repite en la muestra. En el ejercicio desarrollado se encontró, que los términos más repetidos por los participantes fueron: *Enfermedad (33), muerte (17), sexo (16), virus (16), incurable (10), prevención (7), contagio(6), anticonceptivos: condón (6), inmunodeficiencia (5), falta de información (5), aislamiento (5), dolor (5), mortal (4), soledad (4), grave (3), protección (3), tristeza (3), miedo (3), temor (3), transmisible (3), prostitución (3), promiscuidad(3), baja autoestima(3), drogadicción (2), irresponsabilidad (2), alto costo (2), evitable (2), discriminación (2)rechazo (2), letal (2), muy peligroso (2), educación (2)*. Otros términos tienen una frecuencia de uno (1) como: *descuido, jeringas, sangre, sin condón, culpa, depresión, desesperanza, fatal*.

En este punto es necesario aclarar, que una persona al realizar las cadenas asociativas repetía dos o más veces un mismo término, por ejemplo: 23 personas escribieron 33 veces el término enfermedad, 17 personas repiten 16 veces el constructo muerte y 13 estudiantes nombran 16 veces la palabra sexo.

³⁰ HURTADO MINOTTA, E. A. Estadística descriptiva: Distribuciones de frecuencia. Universidad Antonio Nariño.

Obtenida la anterior información se puede extraer la siguiente conclusión: los constructos más repetidos son: enfermedad, muerte, sexo y virus. Esta información permite identificar en una primera instancia los elementos centrales del fenómeno de VIH/SIDA. Igualmente favorece la elaboración de los círculos centrales y periféricos de la representación social del VIH/SIDA.

2. Índice de Frecuencia: (iF) es el porcentaje resultante de dividir el número de veces que se repite un evento, sobre el número total de participantes por 10, fórmula que se expresa de la siguiente manera:

$$iF = \frac{N^{\circ} \text{ de veces que se repite la palabra}}{N \text{ total de personas}} \times 10$$

Se aplicó esta fórmula con todos los términos y se obtuvieron los siguientes iF: para el término muerte un 6.8%, enfermedad un 13.2%, sexo y virus un 6.4% cada uno, incurable con 4%, prevención 2.8%, contagio y anticonceptivos con 2.4% cada uno respectivamente, inmunodeficiencia, falta de información, aislamiento y dolor con un 2% cada término, mortal y soledad con un iF de 1.6%, grave, protección, tristeza, miedo, temor, transmisible, baja autoestima, prostitución y promiscuidad con 1.2% cada palabra, drogadicción, irresponsabilidad, alto costo, evitable, discriminación, rechazo, letal, muy peligroso y educación con un iF para cada uno de 0.8% y con un 0.4% los términos descuido, jeringas, sangre, sin condón, culpa, depresión, desesperanza, fatal.

3. Rango medio: La mayoría de los datos muestran la tendencia de agruparse alrededor de un punto central y es posible elegir un valor promedio que describa al conjunto. El R_m permite definir el punto medio del intervalo como punto que resulta de la suma del extremo superior y el extremo inferior dividido entre dos. Se expresa en la siguiente fórmula:

$$R_m = \frac{X \text{ mayor} + X \text{ menor}}{2}$$

Para desarrollar la anterior formula fue necesario identificar los valores de cada palabra y su respectiva frecuencia, datos que posteriormente permitieron establecer el límite superior e inferior de cada palabra y establecer el R_m .

Con los datos obtenidos se procedió a establecer el rango medio de cada término identificado, encontrándose que el R_m de los constructos enfermedad, muerte, sexo y virus es de 1 y para el resto de términos es 0.5. Ver tabla 2.

CUADRO 2
PRESENCIA O AUSENCIA DE LAS UNIDADES DE REGISTRO

PALABRA	VALORES DE LA VARIABLE X_1	FRECUENCIA f_1
MUERTE	2	1
	1	12
	0	12/ n= 25
ENFERMEDAD	2	10
	1	13
	0	2 / n=25
SEXO	2	3
	1	10
	0	12 / n=25

FI: Estudio de las representaciones sociales del VIH/SIDA en estudiantes de enfermería. Universidad del Cauca.

Popayán 2008

4. Rango de aparición en la asociación: definido como el rango medio calculado sobre el conjunto de la población, permitió establecer para los cuatro términos con más frecuencia un rango de aparición en la asociación de 0.04

La congruencia de los dos criterios (frecuencia y rango) constituye un indicador de la centralidad de los elementos y permiten identificar los niveles centrales y

periféricos de la representación. Los términos identificados a través de este análisis fueron: *enfermedad, muerte, sexo y virus*. Sin embargo, se excluye del nivel central el término virus, ya que se considera como parte constitutiva del constructo enfermedad.

Análisis Cualitativo: *Creación de categorías a partir de Carta Asociativa:* Según Vergés (1992), es importante completar el análisis de la carta asociativa, verificando si los términos más frecuentes permiten crear un conjunto de categorías, organizadas en torno de esos términos, confirmando así las indicaciones sobre su papel organizador de la representación.

Identificados los elementos organizadores, se procedió a elaborar categorías inductivas a través del análisis de los términos asociados a dichos elementos, encontrándose las siguientes categorías por cada término organizador identificado.

Enfermedad: *Manifestaciones, consecuencias/complicaciones, sentimientos y emociones.*

Muerte: *pronóstico, expectativas.*

Sexo: *prácticas sexuales, formas de prevención, prácticas de autocuidado*

Lo anterior, permitió confirmar que los elementos identificados son realmente los términos organizadores de la representación social, que los estudiantes de enfermería poseen sobre el VIH/SIDA y orientar las preguntas para el desarrollo de la entrevista.

Establecimiento de Categorías a partir de la entrevista

Los datos obtenidos en la entrevista se analizaron mediante la **categorización**, que es una operación de clasificación de elementos constitutivos de un conjunto por diferenciación, tras la agrupación por género (analogía), a partir de criterios previamente definidos. Las categorías son secciones o clases que reúnen un grupo (unidades de registro en el caso del análisis de contenido) bajo un título genérico, reunión efectuada en razón de los caracteres comunes de estos elementos.

La categorización es un proceso de tipo estructuralista, que comprende dos etapas: el **inventario**, es decir el aislamiento de los elementos y la **clasificación** o distribución de los elementos, aspectos que implican organizar de una manera adecuada los mensajes obtenidos.

Las categorías identificadas en el estudio se organizaron desde el criterio semántico. Por ejemplo, las categorías temáticas relacionadas con grupos afectados se reunieron en la categoría "grupos de riesgo", mientras que los que significaron consecuencias se agruparán bajo el título conceptual "consecuencias". Son ejemplos de conjuntos categoriales identificados en el estudio:

Percepción de la enfermedad

Creencias sobre las causas de la enfermedad

1. Comportamiento no saludable

Creencias sobre el significado de la enfermedad

1. Amenaza
2. Castigo

Consecuencias de la enfermedad.

1. Biológicas
2. Psicológicas
3. Sociales

Grupos de riesgo

1. Todos
2. Drogadictos
3. Personas promiscuas
4. Personas que ejercen la prostitución
5. Personal de salud
6. Embarazadas

Prácticas de Autocuidado

1. Prácticas de sexo seguro
2. Realización de test
3. Uso de normas de bioseguridad

Percepción del riesgo de enfermar

1. Ninguno
2. Bajo
3. Alto

Redes Sociales/Apoyo social

1. Ausentes
2. Presentes (clase)

Respuesta de la familia a la enfermedad

1. Temor

2. Vergüenza
3. Enojo
4. Apoyo

Estrategias familiares para hacer frente a la enfermedad

1. La familia (padres, hermanos) enfrenta la enfermedad
2. Solicitar ayuda médica.

Fuentes de Información

1. Hogar
2. Colegio
3. Universidad
4. Otros medios

A continuación se presenta la interpretación de la información obtenida mediante estos dos tipos de análisis

3.2.2 Dimensión Campo de información

En esta fase, los estudiantes de enfermería expresaron de manera espontánea, un número importante y variado de información acerca del VIH/SIDA, basada en el conocimiento científico y de sentido común, lo que facilitó el establecimiento de los niveles centrales y periféricos de la representación social del VIH/SIDA, como se puede observar en la figura 1.

Se identifica que el núcleo organizador de la representación del VIH/SIDA, se establece en torno a tres cogniciones elementales que modelan el sentido del fenómeno: *muerte/enfermedad/sexo*. El nivel informativo revela que el conocimiento que implica el contagio es para determinados grupos sociales con ciertas conductas y preferencias sexuales, información que se traduce en el

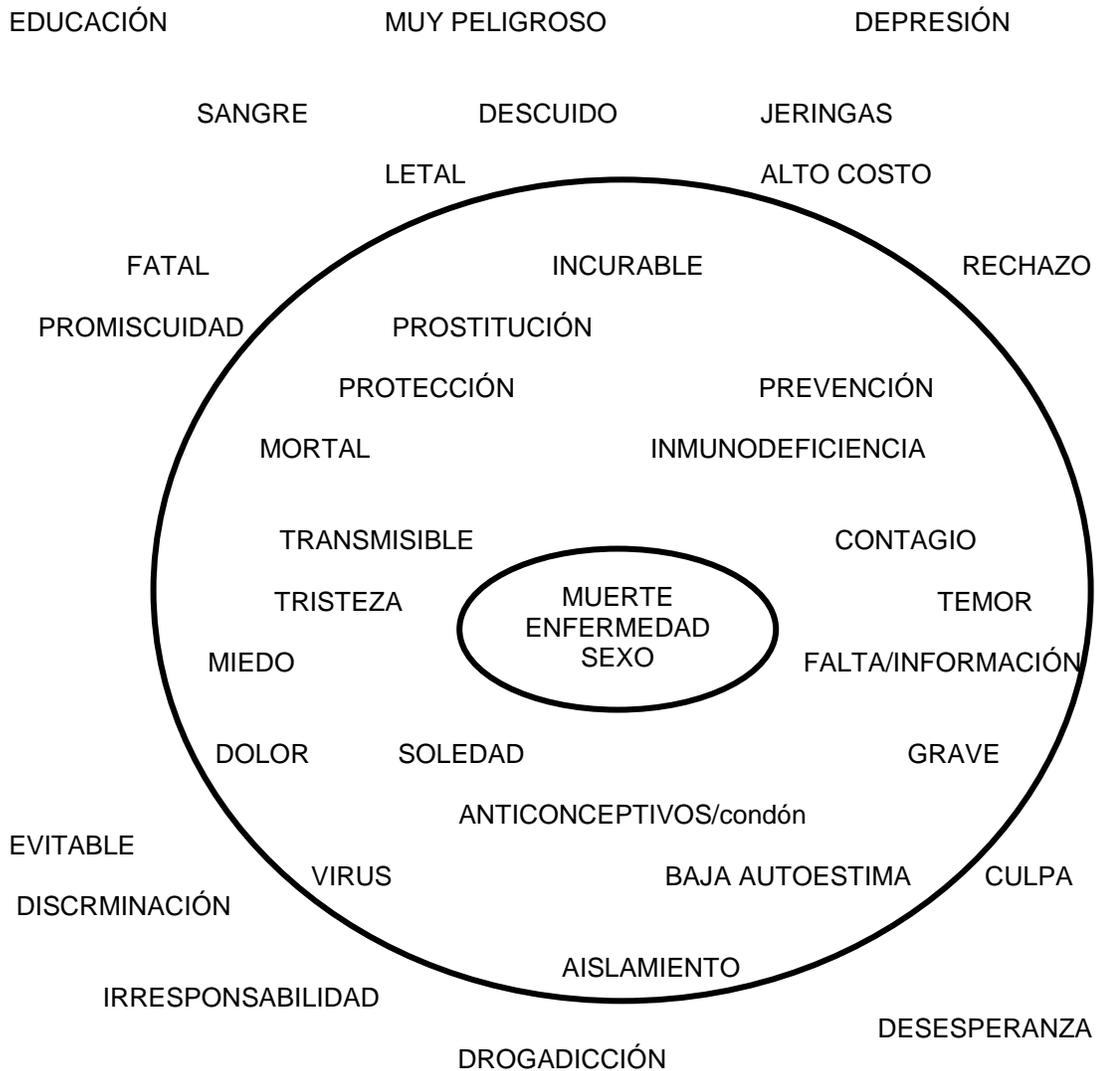
discurso con las cogniciones “*promiscuidad*”, “*prostitución*” y “*drogadicción*” y en la ausencia de la cognición “*todos expuestos*”.

El conocimiento de los estudiantes de enfermería, sobre el VIH/SIDA, comprende aspectos relacionados con factores, grupos a riesgo, sentimientos y emociones que este proceso genera, así como las consecuencias sociales que acarrea. Es decir, que los estudiantes de enfermería cuentan con un conocimiento que implica aspectos biológicos (*enfermedad producida por virus, afecta el sistema inmune, transmisión sexual, grave*), psicológicos (*genera sentimientos y emociones: tristeza, miedo, temor, soledad, además de patologías a nivel de salud mental: depresión, desesperanza y baja autoestima*) y sociales (*discriminación, rechazo, costos*) acerca del fenómeno en estudio. Sin embargo, sexo, enfermedad y muerte conforman el núcleo central de su representación.

En un nivel periférico, se pueden observar diversos aspectos relacionados con valoraciones sociales en torno al SIDA, al sexo y sobre formas específicas de prevención y transmisión del VIH. Con respecto al SIDA, se hace referencia a una enfermedad de carácter *grave, fatal, incurable, ocasionada por un virus que causa inmunodeficiencia, contagiosa, de alto costo y que conduce a la muerte*. Sus referentes explicativos se encuentran relacionados con valoraciones del comportamiento sexual así como con acciones para la prevención. En este sentido, aspectos como la *promiscuidad, prostitución, drogadicción (jeringas) y fluidos corporales (sangre)*, son algunos de los elementos explicativos de la transmisión del VIH. Vinculado con estos aspectos, está la falta de medidas de protección como el *no uso del condón*, y otros de valoración social, tales como el *descuido, la falta de educación y la “irresponsabilidad”* para la prevención. Estos elementos obedecen a una estructura representacional que puede incluir ciertos componentes ambiguos y contradictorios sobre el SIDA.

Por otra parte, los entrevistados perciben o advierten consecuencias emocionales de vivir con el VIH/ SIDA, como *tristeza, soledad, temor, desesperanza, depresión y miedo frente a la discriminación y el aislamiento*. Frente a estos elementos se observa una coexistencia de información con aspectos emocionales y sociales ligados a un cambio en las interacciones del individuo con su red social más cercana.

FIGURA 1. REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL SIDA: NIVELES CENTRALES Y PERIFÉRICOS



Fuente: Representaciones Sociales del VIH/SIDA en Estudiantes de Enfermería. Universidad del Cauca. Popayán 2008.

3.3 DIMENSIÓN DEL CAMPO DE REPRESENTACIÓN

En esta fase de la investigación se obtuvieron diversos argumentos que fundamentan los elementos cognitivos sobre el SIDA, su prevención y transmisión, explorados en la primera fase. Para ello fue necesario identificar categorías a partir de las cuales se presenta la siguiente información y se realiza el respectivo análisis.

Percepción de la enfermedad

Los entrevistados perciben al SIDA, como una enfermedad “*mortal*”, “*fatal*” que es ocasionada por un virus y que genera inmunosupresión, aparición de enfermedades oportunistas y origina en el individuo palidez, adelgazamiento y debilidad; también como una consecuencia del contagio a partir de prácticas sexuales que afecta a ciertos grupos sociales, diferenciando el SIDA de otras enfermedades infecciosas (herpes, gonorrea) o inmunodeficientes (renales), por qué el SIDA “*lleva a la muerte*”, igualmente se observa que para algunos la existencia del SIDA es antigua, refieren que anteriormente se asociaba a grupos de riesgo (gays, personas que no se cuidaban en sus relaciones) y que ahora afecta a otras personas.

“Porque te mata, aparte de que te enferma te mata” (E01)

“... ya eso implicaría sentirse como diferente... que se sienta como incapaz, ya que por solo el hecho de tener virus va a morir. (E03)

“...es una enfermedad que me lleva a la muerte, para mi es eso, de una es muerte” (E06)

“...es una enfermedad muy grave.... Si me pasaría, mejor dicho sería... horrible” (E12)

“Lo veo como una persona con facies de tristeza, solo, aislado....” (E13)

“Físicamente muy delgada, extremadamente delgada y muy pálida. Los pocos que he visto han sido así” (E06)

“Sería una persona demacrada, como con cansancio, delgada, como con su rostro expresaría una gran tristeza.”(E09)

“...una persona flaca, delgada, desnutrida, triste, sola y abandonada...” (E10)

“Va a ser una persona acabada, flaca y aislada....decaimiento, malestar general, somnolencia.” (E05)

“...pero en sí, siempre se asocia a una enfermedad de transmisión sexual y lo que se tiene de conocimiento popular es eso...” (E02)

“Se dice que es una enfermedad más que todo causado por la promiscuidad, incluye a las personas que trabajan en... ¿cómo se dice?, o sea, las mujeres que trabajan en la prostitución y las personas que frecuentan a estas personas...” (E04)

“Pues las más comunes las trabajadoras sexuales que no utilicen métodos de barrera, los homosexuales, personas que tengan distintas parejas, los drogadictos...” (E03)

“... es un virus que se ha propagado mucho, porque antes no era tan conocido como ahora, les puede dar a las personas que no tienen protección, que tienen diferentes parejas, si eso” (E04)

“...uno escucha que cada día hay nuevos casos, que antes era de las personas que no se cuidaba, muchas veces solo se escuchaba que era de los gays, pero ahora ya viene siendo un problema más grave.. Porque puede ser por accidentes, por ejemplo nosotras en un hospital...” (E13)

“Desde que estaba pequeña he escuchado que es una enfermedad grave que no tiene cura que es mortal, no pues así, comentarios de las personas. Y que más que todo, siempre he escuchado como que esas personas cuantas parejas tendría o quién sabe. Pero ahora sé que no solo que se tramite por contacto sexual si no de otras maneras...” (E04)

Creencias sobre las causas de la enfermedad

De lo expresado anteriormente se puede establecer, que los estudiantes consideran que la causa de la enfermedad, es un *“comportamiento no saludable”*, enmarcado en unas prácticas sexuales sin protección y tener múltiples parejas sexuales. Estas prácticas son asociadas a ciertos grupos sociales: *“prostitutas, promiscuos, homosexuales”*

Otras causas de la enfermedad identificadas por los estudiantes se relacionan con: transfusiones sanguíneas, secreciones, materno infantil a través de la placenta, contacto con agujas y material contaminado, contacto con sangre, irresponsabilidad, falta de conocimiento y de conciencia: irresponsabilidad.

“....transfusiones sanguíneas, puede ser si tenemos contacto directo con la sangre del paciente, siempre y cuando nosotros tengamos heridas” (E13)

“Puede ser transfusiones sanguínea, por relaciones sexuales, materno infantil a través de la placenta...” (E11)

“...dentro del medio, digamos hospital, por contacto con agujas y con material contaminado...” (E09)

“...o por contacto directo con sangre con sujetos infectados con el virus que entre en contacto con la sangre de uno, que mas por vía placentaria también creo de la madre al hijo le puede trasmitir también” (E03)

“Primero la irresponsabilidad y la falta de información, y... que vergüenza, qué vergüenza ir a comprar un condón, entonces, ese sería otro factor, la falta de conciencia de uno” (E012)

“...contagia por transmisión sexual por transmisión en la sangre, no digamos que son las únicas formas de transmisión pero si respecto a una vida normal” (E09)

“...pero en sí, siempre se asocia a una enfermedad de transmisión sexual y lo que se tiene de conocimiento popular es eso...” (E02)

“Por transfusión sanguínea, por contacto sexual sin protección, por vía materno fetal, por la leche materna... pues depende si uno tiene una laceración en la boca si y si no tiene nada no se puede transmitir la enfermedad...”. (E05)

“Relaciones sexuales con varias personas sin control, transfusión de sangre en personas que tengan que hacerse cirugías, materno infantil a través de la placenta.” (E10)

“Por agujas, más que todo por eso por el contacto de sangre, por el contacto de secreciones; que llegue un momento que se da una relación, y no me cuido. Otra por transfusiones...”. (E06)

En su rol de estudiante de salud, consideran los entrevistados que la forma de adquirir la enfermedad, sería no llevar a cabo las normas de bioseguridad durante el cuidado a personas con esta problemática de salud.

“El VIH está en la sangre, si yo me chuzo con una aguja y no tengo la precaución de estar con guantes o con gafas, tengo laceraciones en la piel y por mínima que ésta sea, puede dar el riesgo de que me contagie con esta enfermedad” (E09)

“Tendría mucha precaución con las normas de bioseguridad, más que con otras personas y evitando el miedo que siente uno, actuaría de forma normal...” (E08)

“...pues ahora como tengo rotes y todo eso, pues, tener mucho cuidado con eso de las jeringas, cuidado de no irme a chuzar o cosas así, eso y que mas, no pues eso” (E04)

Creencias sobre el significado de la enfermedad

Del análisis de la información obtenida, se deduce que para los estudiantes en su rol de profesionales de salud en formación, la enfermedad es una amenaza real, por el contacto directo que tienen al brindar cuidado de enfermería a personas diagnosticadas con esta problemática de salud. Sin embargo, se percibe que en el cuidado de personas con otras problemáticas de salud, la adopción de las normas de bioseguridad no es tan estricta.

“El riesgo es alto.... Es que uno, desde que le dicen, su paciente tiene VIH, ya lo pone nervioso; la profesora... te dice: el paciente de hoy tiene SIDA, entonces uno ahí ya entra como nerviosa. El riesgo es muy alto y mayor con el material corto punzante que voy a trabajar” (E06)

“Tendría mucha precaución con las normas de bioseguridad, más que con otras personas y pues, evitando el miedo que siente uno, actuaría de forma normal, pero teniendo mucha más precaución que con los otros, por ejemplo, si con los otros en algún momento se le olvida una medida de precaución como los guantes, con ellos uno está más pendiente de todo esto” (E08)

“Si, siempre te da cierto miedo, cuando se está cerca de él, ese temor de hummm, es esto pero... pero sinceramente sería para mí una persona más, ya la relación pues si cambiaría” (E02)

La adquisición de la enfermedad se percibe como un castigo por un comportamiento no saludable: prácticas sexuales sin protección o por múltiples parejas sexuales. Refieren que si se conoce la forma de protección, cómo no se pudo prevenir la aparición de la enfermedad.

“...porque si se adquiere por lo que dijimos, es decir, por relaciones sexuales, entonces me diría a mi mismo, me culparía por haberme metido, digamos con tal y con tal, con tal vieja con tal, yo no sé que, por ser perro digamos, por emborracharme y no pensar cuando lo hice y cosas así, y no cuidarme...” (E02)

“...culpa, .porque de todas maneras, estás en salud, tienen experiencias, se les explica sobre el condón.... Hacen tantas locuras, por más que les enseñas..., no te hacen caso..” (E06)

“...las personas saben cómo prevenirlo por los medios de comunicación, las jornadas que hay en los colegios...” (E07)

Consecuencias de la enfermedad

El rechazo, la discriminación, el aislamiento y el señalamiento, son las consecuencias que los estudiantes asocian con el SIDA. Los anteriores aspectos hacen parte de la “estigmatización social” que aún viven las personas que padecen de SIDA, a pesar de los avances tecnológicos en materia de tratamiento y en el aumento de la expectativa de vida de estas personas.

“Lo que te decía, rechazo la sociedad siempre lo rechaza y cuando es una sociedad ignorante, como nadie se las sabe todas, y en ese sentido la va a ver como... en si siempre lo van a ver ... en un principio tuve un pensamiento que también, o sea, pues, que era... llego a mi por la sociedad, que una persona con eso pues hay que alejarse por qué se puede contagiar, entonces hay que estar lo más lejos posible, como quien dice, no saludar nada, si ya... aparte, como se dice, “pal rincón”, eso es en sí lo que hace la sociedad” (E02)

“Pues lo empezarían a juzgar lo aislarían pues si lo mirarían como un ser diferente y tratarían apartarlo totalmente de juzgarlo, muchas veces sin saber cómo lo haya adquirido comenzarían a pensar como lo haya adquirido ya empezarían a pensar, que no que este seguro que es un drogadicto o una trabajadora social sexual, entonces si empezarían a sacar sus propias deducciones básicamente a juzgarlo y aislar a esa persona”. (E03)

“Considero que el SIDA es más grave que otras enfermedades, porque la sociedad lo rechazaría a uno, lo aislaría, distanciaría, alejaría....ya que las personas sin conocimientos piensan que con solo tocarla y hablarle se infecta” (E06)

“Pues veo que rechazan mucho a esas personas y no se por que a las personas que tienen VIH siempre las discriminan” (E04)

“Un poco de cosas, más que todo el temor por el rechazo social y porque uno no sabe cómo se va a manifestar el virus en uno o si uno va a sufrir mucho, más que todo temor”. (E05)

Unido a esto se halla el sentimiento de culpa, generado por no haber llevado a cabo comportamientos saludables teniendo información y/o conocimiento sobre las formas de prevención. Otros sentimientos manifestados son: rabia, tristeza, soledad y miedo, por la incertidumbre que genera la enfermedad y el conocimiento de que no existe cura. Entre otras consecuencias psicológicas se encuentran: el intento de suicidio y baja autoestima.

“...digo rabia y daría temor a que la demás gente lo sepa por el rechazo...” (E02)

“Al principio daría un poco de tristeza el saberlo, porque de todas maneras el hecho de estar enfermo lo rechazan...” (E03)

“...sentir mucho miedo pues porque se sabe que es una enfermedad terminal...” (E04)

“.. Debe ser terrible, yo creo que mucha tristeza, no sé, uno debe sentir hasta ganas de morirse...” (E08)

“Terrible, pienso que si me pasara mi autoestima se iría al suelo y me miraría como una persona muerta en vida.” (E12)

“...yo digo que con una patología de estas es sufrir, porque en si no hay un tratamiento propio para el VIH y no hay una vacuna, entonces, yo siempre lo he dicho que en una enfermedad como esta mi pensamiento esta en muerte.....Suicidio” (E02)

“...pero si con un estado de ánimo muy bajo, con una autoestima muy baja porque si se sabe que hay depresión anímica en si siempre lo relacionas con un estado de ánimo muy bajo.” (E02)

“Bueno pues primero, yo creo que ha de sentir mucho miedo pues por que se sabe que es una enfermedad terminal... miedo a que lo rechacen ya no va a ser una vida igual por que no se va a tener una vida social igual” (E04)

Los estudiantes que han tenido la oportunidad de brindar cuidado a personas con esta condición patológica, refieren que los mismos pacientes prefieren aislarse, como mecanismo de protección frente al posible rechazo que puedan experimentar por parte del personal que los atiende.

“...ellos mismos se aíslan, si porque he tenido pacientes, veo que los voy a tocar y ellos dicen que no, gracias no, yo mismo me arreglo, yo mismo me visto,..Ellos mismos se van aislando...” (E06)

Consideran que la expectativa de vida es muy corta y que la calidad de vida de estas personas estaría limitada por diferentes factores: condiciones de salud, económicas, emocionales y sociales.

“Pues como lo ataca mucho, como está muy propenso a infecciones, entonces la veo como una persona que siempre va a estar en el hospital enferma por cualquier cosa. Va a ser una persona acabada, flaca y aislada” (E05)

“Puede uno tener infecciones enfermedades recurrentes debido a la inmunosupresión” (E01)

“Hongos en estas personas inmunocomprometidas puede llegar a lesionar todo, o sea, cierto hongo ataca los dedos entonces puede llegar a lesionarlos totalmente, produciéndole necrosis de tejido y de hueso y las bacterias también pueden afectar sistemas y pueden producir taquicardia o paros, como no tienen muy competente el sistema inmune, entonces la respuesta o es muy lenta o no hay respuesta” (E02)

“...yo creo que sería mínimas, yo creo que no tendrían expectativas...” (E07)

“...el miedo no le permite seguir con su vida normal que llevaba antes...la persona se vuelve vulnerable a cualquier enfermedad por muy simple que sea, lo que hace es terminar de acabar con la vida de la persona” (E08).

“La calidad de vida se puede dividir de varias formas en si yo lo tomo desde el ambiente económico la calidad de vida de la persona que tiene ingreso, con la calidad de vida que no... para ambos pues es muy difícil... En si la calidad de vida va a ser mala, por que va estar con una u otra enfermedad”. (E02)

“Pues supongo que siempre esta en su mente rondando eso que soy VIH positivo y en cierto modo eso lo ha de cohibir de algunas cosas o lo ha de volver un poco más callado, trata de ser menos social”. (E03)

Grupos de Riesgo

Entre los grupos sociales considerados como de riesgo, los estudiantes identifican a las personas promiscuas, las trabajadoras sexuales, los homosexuales, el personal de salud, las embarazadas, drogadictos. Al preguntar sobre los de mayor riesgo, las respuestas obtenidas fueron: personas promiscuas, trabajadoras(es)

sexuales, homosexuales. Algunos entrevistados aclaran que los (as) trabajadores (as) sexuales siempre y cuando no utilicen métodos de protección.

“...las prostitutas, aunque muchas de ellas se cuidan, pero no falta la que no...” (E12)

“Pues las más comunes las trabajadoras sexuales que no utilicen métodos de barrera, los homosexuales, personas que tengan distintas parejas, los drogadictos...” (E03)

“Dicen que hay mayor riesgo en los homosexuales, pero la verdad yo no creo, yo creo que más que todo la gente que es promiscua, por decirlo así: una persona que establece relaciones con diferentes personas sin protección” (E08)

“Si antes se contagiaban las prostitutas, los gays, aparte de eso, porque yo no creo que los gays hayan sido los únicos hayan tenido esta enfermedad...” (E13)

“Pues las personas que no se cuidan con métodos de barrera, como el condón y los homosexuales más que todo, las prostitutas también.”(E05)

“De pronto nosotros, en cuanto a médicos y no más que todo enfermería que está en contacto directo con el paciente con VIH-SIDA. Entonces tiene que tomar algún examen o algo y no tienes cuidado y te puedes chuzar y te puedes contagiar del virus” (E01).

“El riesgo es alto, el riesgo de manipular jeringas, el riesgo de estar en contacto con esa sangre, el mismo riesgo de ponerme nerviosa cuando llego a este paciente. Es que uno desde que le dicen, su paciente tiene VIH ya lo pone nervioso; la profesora te llama con esa cosa, el cuchicheo y te dice: el paciente de hoy tiene SIDA, entonces uno ahí ya entra como

nerviosa. El riesgo es muy alto y mayor con el material corto punzante que voy a trabajar” (E06)

“Pues yo creo que eso tiene que ver con la promiscuidad, que les gusta tomar mucho y todas esas cosas, entonces pues de pronto por la irresponsabilidad de estar borrachos y se acuestan con una y con otra y no tienen protección”. (E04)

“Pues las personas que no se cuidan con métodos de barrera, como el condón y los homosexuales más que todo, las prostitutas también”. (E05)

Llama la atención que tres estudiantes sugieran que “Todos están expuestos”, aunque consideran que no están en riesgo de adquirir la enfermedad (uno por no tener pareja y los otros dos por ser selectivos). Una entrevistada refiere que las mujeres que inician relaciones sexuales a edad temprana (16 años) con parejas mayores y experimentadas están expuestas a adquirir la infección.

“Pues todos, en general todas, pero en especial creo que los jóvenes, por las ganas de experimentar en lo sexual” (E11)

“Pues expuestos estamos todos, pero en sí, yo veo más riesgo en lo jóvenes, en nosotros, porque estamos dados a una vida de mucho libertinaje y hacer lo que queremos y hacerlo con quien queramos...” (E02)

“...muchas mujeres empiezan relaciones sexuales con personas mayores que ellas; estas personas ya han tenido obviamente relaciones, otras parejas, y así, ella, en ese momento no haya tenido con otra persona, esa persona la puede contagiar...” (E06)

Para algunos estudiantes existe un rango de edad de mayor riesgo para adquirir la infección: entre los 15 a 26 años. Una persona de las entrevistadas, manifiesta

que este rango de edad es de mayor riesgo para los hombres, ya que en su mayoría pagan por tener sexo. Un entrevistado refiere que no hay límite de edad.

“En edad reproductiva más que todo, entre los 15-16 años...”(E05),

“Entre los 18 y 25 años, porque son jóvenes y tienen más riesgo” (E10)

“...pero en especial creo que los jóvenes, por las ganas de experimentar en lo sexual” (E11)

“...hombres entre los 18 y 26 años.... Porque tienen relaciones sin protección...son promiscuos.... Frecuentan los lugares como los prostíbulos, que ahorita se ve mucho..... cuando asisten allá se les hace realidad todos los deseos.....” E06)

“La edad para adquirirlo, es cualquier edad” (E01).

Entre las principales conductas sexuales de riesgo para adquirir SIDA, los estudiantes establecen: tener relaciones sexuales sin protección, promiscuidad, no conocer la pareja sexual con la que se está, pareja sexual casual, relaciones sexuales bajo efectos del alcohol, prácticas de sexo oral y anal, así como tener sexo en parejas (tríos, cuartetos).

“Pues yo creo que eso tiene que ver con la promiscuidad, que les gusta tomar mucho y todas esas cosas, entonces pues de pronto por la irresponsabilidad de estar borrachos y se acuestan con una y con otra y no tienen protección”. (E04)

“...si la muchacha va a cobrar \$50000 pero con condón y el hombre le dice te doy \$100.000 pero sin condón, ella lo hace, es común y pueden tener

sexo oral, anal, pueden tener lo que quieran, hacen tríos, cuartetos, lo que sea, porque hay plata...” (E06)

Prácticas de Autocuidado

Los estudiantes consideran que el uso de condón, una pareja estable y la abstinencia, serían unas de las formas de prevenir la enfermedad.

“Yo sé, que el único así eficaz, es el condón y ya otro no tener relaciones sexuales” (E09)

“...primero que todo protegerse que llaman condón de hombre o de la mujer da igual,... como quien dice valorarse un poquito y no estar saltando de un lado a otro estar con una persona estable y en la cual uno sepa pasado y si no lo sabe pues realizar como esta en esto hacer exámenes” (E02)

“...pues con una pareja estable, que uno la conozca más o menos sepa qué clase de persona es, en caso tal los métodos de barrera,..” (E03)

“...teniendo una pareja sexual única,...” (E04)

Sin embargo, al interrogar sobre su práctica de sexo seguro, refieren algunos, que no usan el condón en sus encuentros sexuales y otros que ocasionalmente lo hacen. La razón que aducen para este comportamiento es que *“confían en su pareja, la conocen y que por tal motivo no pueden adquirir esta enfermedad”*.

Cuando los estudiantes se refieren a conocer a su pareja, hacen alusión a la información que poseen sobre la vida sexual de la misma. No existe diferencia entre hombres y mujeres respecto a este punto, todos opinan igual.

“¿Te has cuidado en tus relaciones sexuales? No, en ninguna” (E01)

“¿Siempre se han protegido? Hee... Si. ¿Siempre? Si, y con la ultima pareja que estuve estable algunas veces no. Pero por antecedentes de ella y por cosas que yo sé, ahí hay seguridad” (E02)

“La mayoría de veces.....Pues básicamente es que yo sé muy bien con quien estoy, más o menos conozco, que hay confianza, que se mas o menos qué tipo de persona es, que no es una persona que haya estado con uno y con otro” (E03)

“En ese tiempo no, es decir pareja sexual estable, una sola persona, pero como nos conocíamos bien, no utilizamos...” (E07)

Con respecto al número de parejas sexuales, los entrevistados del género masculino responden que han tenido más de dos.

“Tengo que contestar (no contestó)... y con la ultima pareja que estuve estable algunas veces no...” (E02)

“Poquiticas, (risas) no poquitas, muy poquiticas...” (E03)

“Eemmmmmmmmm han sido cuatro”. (E01)

“Como tres”. (E09)

Además de lo anterior, se identifica que, quién toma la decisión para la utilización del condón en la relación, es la pareja (novio), detectándose además escasa capacidad para negociar en la mujer, temor al riesgo de embarazo por lo que

utilizan otros métodos de planificación diferente al condón, otras prácticas de autocuidado y en general, escasa percepción del riesgo de infectarse con VIH.

“... no uso... porque a mi novio no le gusta, es por eso....yo considero que como manejo mi sexualidad....y desde que comencé.... estoy con un compañero hasta ahorita...” (E12)

“Si, al principio con condón y ahora con pastillas”. (E05)

“....., pero yo no lo hago (usar condón) por que, por ejemplo tengo mucha confianza en él, pero entonces, claro, que uno nunca sabe.... Si, lo usaría pero como método de planificación (embarazo) no de protección... Porque confío en él y pienso que no puede estar con otras,...”. (E04)

“...yo le comento (novio) de todas las enfermedades que puede haber. La única medida que he tenido, es la citología...” (E12)

Al hablar sobre otras prácticas de autocuidado se nombra la realización del test, sin embargo, de la población estudiantil preguntada sólo dos se lo han realizado, los otros refieren que es necesario hacerlo, pero como no hay percepción de riesgo no es necesario.

“si me la hicieron cuando estaba embarazada” (E10)

“..... Fui a hacerme tomar la prueba, hace tres meses en la facultad de Ingeniería Electrónica y salió bien” (E07)

“He pensado en la prueba para VIH, pero así lejana... Humm.. Se me ha venido a la mente hacerme un prueba pero en sí, no porque, no he tenido muchas relaciones sexuales, no he estado con muchas parejas o que ellas

tengan antecedentes, hasta ahora no creo que este contagiado o las personas con las que he estado hayan estado contagiadas...” (E02)

“No...mmm.. Si... sería bueno realizársela para asegurarse de que no estoy infectada... pero en mi caso por ejemplo, no establezco relaciones con varias personas y siempre trato de ser cuidadosa con eso, con las medidas de protección y eso” (E08)

“No...claro... si yo estuviera infectada me gustaría saberlo, para no hacerle daño a otros... hablo con mi pareja, aunque yo me considero sana en cuanto a eso... La única medida que he tenido es la citología, pero la prueba no me la he hecho.” (E12)

Como personal de salud, los estudiantes hacen alusión a la utilización de medios de protección en el manejo de personas con esta patología: gafas, guantes, bata, precaución con el uso de elementos corto- punzantes, lavado de manos, entre otros aspectos.

“lo principal sería poner en práctica lo que nos han enseñado, las normas de bioseguridad, que utilice gorro, bata, tapabocas, guantes...” (E09)

“Tendría mucha precaución con las normas de bioseguridad, más que con otras personas y pues, evitando el miedo que siente uno, actuaría de forma normal, pero teniendo mucha más precaución que con los otros, por ejemplo, si con los otros en algún momento se le olvida una medida de precaución como los guantes, con ellos uno está más pendiente de todo esto” (E08)

Percepción del Riesgo

Por lo expuesto anteriormente, se puede establecer que los estudiantes se perciben como población de bajo riesgo para adquirir la infección, ya que son “selectivos” en la escogencia de la pareja, como lo señalan en sus expresiones:

“... que yo sé muy bien con quien estoy...”(E03)

“Porque confío en él y pienso que no puede estar con otras, pues claro o sea es lo que yo pienso por qué no se, a uno siempre le queda la duda, esas son las causas además de que si yo lo utilizo más que todo como método de planificación no como método de prevención” (E04)

Sin embargo, cuando hablan de su rol como estudiantes de salud y de otros grupos el riesgo es alto, como se puede observar en las anteriores categorías analizadas.

“El riesgo en nosotros es altísimo, porque de todos modos nosotros estamos administrando medicamentos, todo eso, el riesgo que uno se chuce o alguna secreción”. (E05)

“Porque nosotros somos los que más contacto tenemos con los pacientes, somos los que los atendemos, somos los que no la mayoría de los procedimientos pero si esta somos en un mayor riesgo por eso”.(E09)

Redes y Apoyo Social

El análisis de las entrevistas permite identificar dos redes de apoyo frente a esta enfermedad: familia y médico. En estas circunstancias, los estudiantes consideran que el apoyo familiar es primordial para superar la crisis, adaptarse a la enfermedad y enfrentarse a sus consecuencias. Identifican que en este proceso de adaptación familiar se atraviesa por unas etapas: a) negación (asombro y dolor

por la noticia), b) aceptación, en donde se recibe apoyo y cuidado. Sin embargo refieren que la noticia y enfermedad se manejaría solo a nivel familiar. Se informaría al médico por el tratamiento y se evitaría informar a otras personas para evitar la discriminación.

“Pues yo creo que primero que todo sería, secreto familiar, segundo pues por lo que te digo, por el temor y el rechazo y todo eso, tercero, llevarme al médico y empezar mi tratamiento y obligarme a tomar esos medicamentos” (E05)

“...mi familia, me apoyaría, obviamente me llevarían a que tenga asistencia médica, me ayudarían con el control, con la droga, con todo” (E11)

“.....primero que todo serían reproches por parte de mi familia pero en si siempre he tenido el apoyo de ellos, yo creo que si pasa algo así seguiría con el apoyo de ellos, ellos siempre me han dado ánimo” (E02)

“...lo primero que pensarían ellos de una, sería en el sexo,..Ellos me hablarían, no pues, ella con cuantos se acostó, porque uno los escucha cuando hablan, lo segundo que pensarían es se va a morir..... Tercero tendrían miedo de contagiarse y luego no me dejarían sola, estarían conmigo, de eso estoy segura....” (E06)

De lo anterior se deduce que aún las personas no se atreven a hablar libremente de este tema y que las manifestaciones públicas son circunscritas en el espacio y en el tiempo (casa/ familia), por lo que el apoyo social no se buscaría para evitar de esta forma la “estigmatización”. Se concluye entonces, que a nivel familiar existiría *“resignación y ocultamiento al contraer la enfermedad asumiendo la culpa de la irresponsabilidad”*

“...yo preferiría manejarlo a nivel familiar. Además no es lo mismo que lo sepa alguien que va a ayudar a alguien que va hablar de la forma morbo...”
(E06)

“Pues yo creo que primero que todo sería, secreto familiar,....” (E05)

Respuesta de la familia a la enfermedad

Teniendo en cuentas la categoría anterior (redes sociales), se puede establecer que la respuesta de la familia frente a la enfermedad es inicialmente de enojo, vergüenza, temor al contagio y rechazo y apoyo, este último es emocional o afectivo, de cuidado y económico

Estrategias familiares para hacer frente a la enfermedad

De igual manera se puede establecer que la familia enfrenta sola en primera instancia la crisis generada por la enfermedad y en su proceso de adaptación solicita ayuda a personal de salud (médico/a).

Fuentes de Información

La mayoría de los entrevistados supieron del SIDA a través de la publicidad masiva (revistas, televisión, internet), en las instituciones educativas (colegio, universidad) como entes formadores, a nivel familiar y en conversaciones con los amigos.

“En el colegio.....nos dijeron lo que casi dicen todos, que bueno que es un virus, que el sistema inmune, que el SIDA es la enfermedad manifestada, en los libros también lo que lee uno, acá básicamente eso, o en la televisión los programas que pasan... a decirnos cosas y que una persona con VIH le

pasa esto, por ejemplo que no tiene defensas por lo que le puede dar fácil cualquier enfermedad...” (E02)

“En la universidad y de nadie más” (E01).

“Siempre lo he escuchado, en el colegio... en los programas que daban en mi pueblo, en el hospital y ahora en la universidad:” (E13).

“...estuve en unas conferencias en mi pueblo, también vi un documental en Discovery Channel. Mi familia no sabe de eso, mis amigos casi no” (E12).

Uno de los aspectos relevantes en este punto, es que los profesores, con su comportamiento y comentarios, brindan a los estudiantes información cargada de valoraciones subjetivas hacia las personas con esta patología. Situación que reforzaría las percepciones que tienen al respecto.

“... Es que uno, desde que le dicen, su paciente tiene VIH, ya lo pone nervioso; la profesora te llama con esa cosa!, el cuchicheo y te dice: el paciente de hoy tiene SIDA, entonces uno ahí ya entra como nerviosa” (E06)

“Creo que por mi profesión, de pronto me da miedo, claro que yo soy una persona muy responsable, pero por ejemplo, la profesora nos contaba que ella, un día estaba con un paciente y que así por accidente, aunque tuviera mucha experiencia, se puncionó con una jeringa y que le salió como herpes acá (indica con la mano) en la boca...” (E04)

Un entrevistado considera que requiere más información sobre el VIH/SIDA, para comprender mejor la problemática y poder actuar en consecuencia: *“brindar cuidado”*.

“No, porque apenas estamos iniciando en el semestre en la parte de infección por VIH y hasta ahora yo creo que falta... conocer más sobre etiología, planes de prevención y sobre todo aprender a manejar las personas con este problema... A veces me lleno de dudas, por lo menos uno sabe algo, pero hay mucha gente de afuera que no sabe,...que tiene la idea errónea de decir, que si una persona toma en un vaso, se puede contagiar.... Ahí también hay que darle educación... En cuanto al cuidado del paciente con VIH/SIDA uno como persona no sabe entender a la gente, porque uno no debe tratar a la gente como un paciente, sino como una persona... uno no debe sentir lástima ni como querer apartarse de él.. Si no, entenderlo, Eso si me falta, como llegar y saber atenderlo, también psicológicamente” (E13)

Con base en los datos anteriores, se establece que el SIDA es un problema de salud pública, presente desde hace mucho tiempo y que tiene importantes repercusiones sociales: familiares, económicas y en salud, entre otras. Según los entrevistados, se diferencia de otras enfermedades (ITS y crónicas), porque conduce a las personas a la muerte y al aislamiento. Consideran que el apoyo familiar en asocio con el personal médico, es indispensable en el manejo del VIH/SIDA. Por otro lado, no se aprecia una delimitación entre VIH y SIDA y, se da por sentado que se habla de lo mismo. La información general sobre el SIDA, revela aspectos contradictorios relacionados con el uso del condón, la presencia de estigmas hacia determinados grupos sociales y emociones basadas en el miedo al contagio y vía de transmisión.

La mayoría expresan que supieron del SIDA en la escuela secundaria y por los medios de comunicación (charlas, TV). Además, en sus respuestas se detecta la necesidad de aprender a relacionarse, dar apoyo emocional y adquirir habilidad en el manejo de aspectos relacionados con la sexualidad.

Las prácticas de riesgo asociadas a la transmisión sexual, son los elementos que contribuyen a explicar la diseminación de la enfermedad: varias parejas sexuales, la no utilización de preservativo y otras prácticas sexuales: sexo comprado, con prostitutas, en grupo. Teniendo en cuenta lo anterior, la percepción del riesgo a nivel individual es baja y a nivel colectivo es alta; lo primero, por considerar a las personas con las que interactúan sexualmente, en menor riesgo de adquirir la infección, por ser parte de su círculo más próximo, lo que genera confianza y no utilización del preservativo. El cual se utiliza como “protección” para el embarazo y no como medida preventiva frente al VIH. Todo lo anterior sugiere que estos jóvenes, consideran que no pueden contagiarse y no perciben el riesgo.

Al mismo tiempo, al analizar la percepción del riesgo desde el desempeño ocupacional, los entrevistados lo consideran “alto” por el contacto con el paciente y la realización de procedimientos que involucran manejo de fluidos (sangre), lo que les lleva a tomar medidas personales de prevención frente a los pacientes con VIH/SIDA (*personas en riesgo*), como si fuesen personas de “riesgo” para ellos (estudiantes de enfermería).

En la información recolectada, los entrevistados expresan cierta carga valorativa frente al sentir y actuar con respecto a las personas con VIH/SIDA, cimentadas en el temor y miedo al rechazo de los otros y por ende al aislamiento, por lo consideran que es mejor la *“resignación y el ocultamiento al contraer la enfermedad”*

En cuanto a la prevención del VIH/SIDA, se puede decir que los estudiantes presentan contradicción entre el discurso que manejan protegerse con condón y la práctica: no lo uso; pareja sexual estable: promedio en los estudiantes tres; abstinencia: hoy es imposible pedir esto, antes tal vez y realización de test para VIH: si, es importante... pero no. Con respecto a la transmisión, se identifican

grupos de bajo riesgo: personas conocidas y grupos de riesgo alto por sus prácticas: promiscuos, prostitutas, drogadictos, homosexuales.

3.4 DIMENSIÓN DE ACTITUDES

En esta fase se recopilaron opiniones, percepciones, conocimiento e intereses acerca de las diversas dimensiones del fenómeno VIH/SIDA: imagen, vías de transmisión, prácticas, niveles de prevención. Mediante esta técnica se permitió a los participantes describir sus experiencias en sus propias palabras y se logró contar con un discurso argumentado y visualizar el funcionamiento contextualizado de los elementos de la representación social, integrando actitudes, valores y afectos que sustentan la producción de los sujetos. Confirma aspectos relacionados con el conocimiento teórico del nivel de riesgo y las prácticas de protección y en las recomendaciones a hacer a un paciente VIH; sobre el manejo de la confidencialidad y del consentimiento y el componente afectivo de la relación enfermero-paciente en una experiencia de cuidado o ante la posibilidad de tenerla.

Al respecto se identifica en los grupos focales la expresión de sentimientos relacionados con el propio paciente, que les permite identificarse con su sufrimiento. Refieren sentir tristeza ante la situación de estas personas. Lo anterior, permite deducir entonces, que los estudiantes pueden comprometerse emocionalmente con el paciente y ser más sensibles ante el aspecto humano y psicosocial de esta afección; sin embargo esta forma de empatía, también podría sugerir otra manera de estigmatización, al considerar que las personas con VIH/SIDA presentan más carencias afectivas y sociales, que otras personas con diferentes procesos patológicos.

“Como dije antes, asombro... luego tristeza,... no lo rechazaría” (GF101)

“... pues yo creo que lo primero que se me viene, tristeza, porque uno ya conoce la gravedad del VIH, entonces sabe que va a ser una persona que va a tener menos opciones que uno para vivir la vida plena que deben vivir todas las personas, entonces lo que sentiría sería tristeza” (GF103)

“...lo primero que me daría es sentimiento de tristeza. No demostraría sorpresa o admiración o no le haría sentir que es algo como repugnante o no la aislaría, no la rechazaría o no la haría sentir mal prácticamente” (GF102).

“...la verdad no fue miedo sino más que las medidas de precaución con el paciente, me cambio mucho lo que pensaba de los pacientes, generalmente uno cree que es un paciente solo, además era una paciente muy controlada, entonces uno perfectamente cree que puede ser paciente que tiene cualquier otra cosa menos SIDA” (GF201)

Otro aspecto detectado en los participantes, cuando se planteó que uno de los entrevistadores era *“seropositivo” (situación simulada)*, fue la presencia de desconcierto ante la noticia, como si no supieran qué hacer y cómo abordar a esta persona, además del temor ante la situación, manifestado a través de las expresiones faciales (susto) y en el establecimiento de una mayor distancia con dicho entrevistador, lo que estaría contradiciendo lo expresado anteriormente.

Al preguntar acerca de las personas a las que recomendarían la realización del test para VIH, los estudiantes se centran en ciertas prácticas de riesgo (drogadictos, promiscuos), olvidándose de la existencia de otras indicaciones para su solicitud como son: el grupo de embarazadas, pacientes con tuberculosis activa, personas que se han expuesto a sangre o líquidos corporales y que han estado en contacto con estos fluidos (son semen, flujo vaginal, líquido cefalorraquídeo, sinovial, pleural, peritoneal, amniótico, pericardio y cualquier

líquido corporal sanguinolento. No riesgosos: heces, secreciones nasales, esputo, saliva, sudor, lágrimas, orina, vómitos, a menos que contengan sangre observable macroscópicamente), trabajadores de la salud que realizan procedimientos invasivos con riesgo de exposición y donares de sangre, semen u órganos, entre otros.

“... Cuando el esposo sea alcohólico, drogadicto, que consuma sustancia psicoactivas...” (GF102)

“...antecedentes que hayan tenido varios compañeros sexuales, que no hayan usado previa precaución, personas que hayan recibido transfusiones sanguíneas, pienso...” (GF103)

“...Gente que ha tenido varias relaciones sexuales y no se han cuidado con sus parejas y que además tenga alguna sintomatología o problemas infecciosos repetitivos o de pronto perdida de peso...” (GF201)

“...Que una persona no utilice condón cuando tiene relaciones sexuales o que sean drogadictos o que estén continuamente con sintomatología” (GF202)

“Una persona con antecedentes o a un drogadicto que se inyecta o que adquiere otras enfermedades; candidiasis, bacterias.” (GF204)

Cuando se pregunta sobre la conducta a seguir al solicitar la prueba de VIH como diagnóstico y se obtiene un resultado negativo, algunos responden que buscarían otros métodos de diagnóstico, repetirían la prueba, descartarían o persistirían en el diagnóstico; con respecto a la actuación frente a estas personas, unos responden que “normal” sinónimo de no usar precauciones, contrario a cuando se tiene una prueba positiva.

“Buscar métodos más avanzados como más precisos para descartarlos totalmente” (GF102)

“Sería otro más adelante o periódicamente y realizar nuevos exámenes o buscar otro diagnostico” (GF101)

“Pues tal vez como una posible falla, puede haber ocurrido alguna alteración o algo así, si hay factores de riesgo no daría por hecho que sea negativa sino que lo dejaría como en la duda” (GF103)

“Para complementar lo de mi compañera no estaría esa alarma que le dice a uno, en la que uno sabe que hay un positivo, entonces uno toma mayores prevenciones en cuanto al tratamiento, a los instrumentos que utiliza con ese paciente en cambio si sale negativo no habría tanta alarma, que le dice a uno actúa de esa forma” (GF101).

“...le solicitaría otra prueba en otro laboratorio, si tuviera factores de riesgo se trabajaría en ellos y decirle que se haga un seguimiento....” (GF201)

“...que si se observa la conducta del paciente y es de alto riesgo, le mandaría otras dos pruebas” (GF202)

“...le volvería a solicitar”. (GF204)

“...volvería a pedirla debido a que si se la hizo es porque tiene factores de riesgo” (GF203).

“A nivel ambulatorio, si se tienen todas las precauciones necesarias de un 5 a un 10%” (GF103) (GF101).

Respuestas similares se brindan cuando quien solicita la prueba es el propio paciente y su resultado es negativo, identificándose en este punto que la base para solicitar nuevas pruebas, es para algunos participantes la existencia del período ventana.

“Ahí yo la contradigo no lo descartaría, en ese momento pues sí, pero como él sigue en los controles se la volvería a mandar más adelante porque el virus no se manifiesta, tiene un periodo largo de incubación” (GF101)

“Normal, supongo que no hay una base como para decir no sigamos porque si ya se ha hecho varias veces aunque como dicen mis compañeros después de un año porque se puede adquirir de un momento a otro pero en ese momento no, no se...” (GF103)

“...y tomar otra prueba en 8 o 12 meses, para no perderle el rastro al paciente.” (GF201).

Al respecto, los estudiantes son conscientes de que debe solicitarse previo a la prueba, consentimiento informado y brindarse consejería pre y post test, sin embargo, consideran que no corresponde al actuar de enfermería dar información sobre el resultado y que otros profesionales deben brindar la consejería (ayuda psicológica).

“Pues, yo considero que si porque antes de hacerle la prueba se le hace llenar un consentimiento informado y esto lo acepta todo. Tiene que recibir una orientación psicológica para prepararla para el momento en que reciba el resultado ya va preparada y uno está en la capacidad de dar la información” (GF102)

“Comparto mucho, pero lo digo con mis palabras, en capacidad estamos, porque sabemos interpretar resultados, pero sería con un acompañamiento psicológico, porque es una información muy dura para la vida de cualquier persona, entonces ya sería con un acompañamiento psicológico” (GF101)

“...una persona como psicólogo o alguien que haya trabajado con paciente VIH que tenga experiencia, pero nosotros no lo deberíamos hacer” (GF201)

“...persona que puede decir que es un VIH positivo, que tenga experiencia y que los oriente” (GF202)

“... que sea el mismo doctor quien le oriente” (GF203)

“Eso le compete al personal médico o de enfermería o en el mejor de los casos a un psicólogo para dar la noticia de la mejor manera posible, que le pueda orientar y brindar una terapia” (GF204)

“Pues lo que tengo entendido es que todos los resultados así de esta índole de gravedad, las tiene que dar es el médico, porque ellos son los que están autorizados legalmente para hacerlo, pero en el caso de que haya una autorización para que nosotros lo hagamos, también debe ser con previa orientación psicológica para que la persona lo vaya asimilando bien, pero pues yo creo que si tenemos la capacidad, pero no es algo que nos concierne. ¿El médico le brindaría esa orientación psicológica? Tendría que hacerlo” (GF103)

En cuanto a la confidencialidad de la prueba, se presentaron dos situaciones: los que consideran que es responsabilidad del afectado y los que consideran que el personal de salud (médico) es el responsable de comunicar a otros sobre el

resultado de la prueba (personal de salud, familia y/o pareja). No hay claridad en cuanto al secreto profesional, elemento esencial de la ética profesional.

“Lo más conveniente es que la persona tome la decisión de informar a la familia o pareja” (GF102).

“Pues eso le concierne al médico, él es el que informa son los que informan y le dicen al paciente y a sus familiares o a las personas más a llegadas que son las que le van a brindar el apoyo” (GF101).

“Pues yo pensaría que eso es algo como muy confidencial, como profesionales al médico, para que le siga un tratamiento, pero de ahí, a decirle a la familia en el caso de que usted me estaría confirmando ¡vea me hice la prueba!, es algo muy suyo y si usted desea contarle por su propia cuenta, puede hacerlo, pero yo, no me sentiría con la responsabilidad de hacerlo a nadie” (GF103).

“...a todo el personal de salud que trabajen allí, y si tiene pareja a la pareja” (GF201)

“Al personal de salud que esta en contacto con directo con el paciente y a la familia (esposa e hijos) para darle educación para que no lo vayan hacer a un lado” (GF202)

“A los que estén en contacto con él y depende de lo que él diga informar a la familia” (GF203)

“...personal que esta en contacto con él y su núcleo familiar y a las personas que uno crea que le pueden servir de soporte para apoyarle en ese momento” (GF204)

“A los familiares que estén más cerca de ellos y a las parejas para descartar el diagnóstico” (GF104)

Las dos posiciones identificadas anteriormente se mantienen, al plantear a quién se debe informar cuando la persona no cuenta o no está en la capacidad de comunicar el resultado. De lo anterior se puede inferir, que la mayoría de los estudiantes no son conscientes de los derechos del paciente, ni de los deberes del profesional de salud, otros los desconocen. Pocos hacen alusión al derecho del paciente a su intimidad y al secreto profesional.

“En primera instancia al médico, yo creo que a la familia si debería contarle, porque la persona no va a poder confrontar en ese momento la situación y se va a aislar de la familia y ¿Si la familia no sabe porque?; le contaría a la familia, con el consentimiento de la persona” (GF102).

“Pues si la persona dice que no se siente capaz, pues si quiere yo le puedo hacer el favor y de todas maneras si es importante de que lo sepa la familia” (GF102)

“Si la persona no quiere contar yo no diría que le voy a contar a otra persona. Eso ya es asunto del paciente” (GF101)

“Creo yo que a salud pública. Lo primero que se debe realizar es concientizar al paciente, segundo buscar la forma de que la pareja se entere, tercero orientar en precauciones acerca de las parejas que ha tenido y los factores de riesgo que presenta y por último se realizaría exámenes”. (GF201)

“No se como decirlo, porque no tengo mucha información, pero si sé que hay un control epidemiológico aquí en Popayán y ellos harán ya sus cosas necesarias”. (GF202)

“...no lo podría contar porque haría parte del secreto profesional” (GF104)

En cuanto a las recomendaciones realizadas a las personas con una prueba positiva, se prioriza la protección con métodos de barrera: uso del preservativo y no tener relaciones sexuales, se insiste en que los pacientes tengan controles periódicos e inicien tratamiento; se recomienda dieta adecuada y medidas de higiene a nivel familiar, buscar apoyo para que no se sienta solo y evitar donar sangre.

“Si puede tener las relaciones sexuales pero con protección con métodos de barrera como el condón la mujer y el hombre y si es con doble condón mejor” (GF102).

“Pues primero que empiece un tratamiento médico lo más pronto posible; en segundo lugar que evite estar en contacto directo, tener relaciones, explicarle como puede contagiar a otras personas y que evite eso y en tercer lugar que no se sienta como aislado o reprimido por la situación que le está pasando” (GF103)

“En lo posible evitar las relaciones, cualquier contacto sexual con otra persona y tratar de que inicie tratamiento.” (GF203)

“...no debe realizar transfusiones sanguíneas.” (GF204)

“No tener relaciones sexuales que sean riesgosas, tener cuidados con el tratamiento, su alimentación y su higiene en su hogar” (GF201)

“...no tener transfusiones sanguíneas, no tener relaciones sexuales de alto riesgo o sea sin condón, tener alimentación adecuada y una buena higiene personal y familiar” (GF202)

Los estudiantes toman precauciones especiales y específicas, cuando la persona es seropositiva. La utilización de elementos de protección (guantes, tapaboca y bata) varía según las circunstancias: realizar procedimientos o si hay contacto con sangre en procedimientos invasivos (punciones). Sin embargo otros alumnos no tienen en cuenta estas situaciones y los usarían indiscriminadamente. En una de las respuestas, se encuentra dos posiciones en el uso de elementos de protección: evitar en el paciente la aparición de otros procesos infecciosos y la consideración de que hay que usarlos para protegerse del paciente, porque él es el riesgo.

“Pues eso sería en el caso de que toque algún procedimiento, pero en el caso de que sea un dialogo no es necesario” (GF102).

“También, con el material utilizado que no quede mal puesto, que mejor es desecharlo porque puede contaminar a otros” (GF101).

“Primero que todo, más que con otros, con este especialmente las normas de bioseguridad, porque ya sabemos que se transmite por sangre ya habría una mayor precaución en el uso de guantes, cuando uno hace las venopunciones tener más cuidado y pues la bata, el tapabocas, pues básicamente eso” (GF103)

“Usaría tapabocas, doble guante y todo lo que este en contacto con el paciente tendría cuidado y además colocar en bolsa roja.” (GF201)

“... bata, guantes, tapabocas a la hora de sacarle sangre” (GF202) (GF204)

“Si yo tengo una gripa usaría tapabocas para proteger al paciente; guantes y bata porque de todos modos debo estar protegida” (GF204)

“...evitar contacto con sangre del paciente” (GF104)

Las respuestas de los participantes con respecto a las consecuencias de la enfermedad: rechazo y aislamiento, llevan a pensar, que es, a la “muerte social” más que a la “muerte biológica” del SIDA, a lo que temen los estudiantes.

“... es el aislamiento, porque no sé si es por falta de educación o algo así, pero la gente siempre le huye...” (GF103)

“.....VIH es muy difícil, sería mirada desde otra perspectiva, no se acercarían...” (GF102)

Por último, al averiguar sobre la información obtenida de la academia (clases, charlas) hasta el momento, evidencia en las respuestas de los participantes, vacíos de conocimiento preciso sobre características de la enfermedad, mecanismos de transmisión, formas de prevención y falta de experiencia clínica con personas con SIDA.

“Yo digo que es insuficiente, por el asunto de que el tiempo es muy corto, las clases que nos dan es muy a vuelo de pájaro”. (GF102)

“Insuficiente. El VIH esta aumentado y hasta ahora no hay algo que te diga cómo tratar a un paciente de estos, como llevarlo, qué hacer con él, son cosas que por el tipo del desenvolvimiento que tenemos las deducimos, pero lo que nos brindan no son cosas de cómo tratar a un paciente, lo que hacemos con él, son deducciones que se sacan de la experiencia” (GF101)

“Insuficiente, son muy por encimita. No hay la suficiente información por ejemplo, se fomenta mucho el uso de preservativo y eso como forma de prevención, pero casi no se tiene en cuenta las otras formas de transmisión,

entonces se debería dar más información acerca de las otras formas, de cómo actuar ante un paciente con VIH, pues eso más que todo, el tratamiento a seguir". (GF103)

Los anteriores datos, sugieren que el VIH se adquiere dependiendo de las prácticas que realizan las personas y de las situaciones a las cuales se encuentran expuestas: no uso de protección en relaciones sexuales, parejas sexuales múltiples, procedimientos quirúrgicos que requieren de transfusiones sanguíneas, atención de pacientes ambulatorios y hospitalizados. Al respecto, el uso del condón, aparece como la medida de prevención para el VIH.

Con respecto a los comportamientos adoptados frente a las personas con esta afección (*uso de elementos de protección sin tener en cuenta la condición de la persona: seropositiva y con SIDA*), éstos serían generados por el miedo al contagio, el cual, puede desembocar en rechazo, dependiendo de la intensidad del miedo generado ante dicha situación. Se infiere entonces, que las personas afectadas por VIH/SIDA son consideradas por los estudiantes como *de riesgo*, por lo que se perciben (los estudiantes) como grupo de alto riesgo para adquirir VIH/SIDA. De esta representación surge la necesidad de "*protección*" y el "*uso indiscriminado de las medidas estándar*"

Igualmente se percibe, que no solo el miedo al contagio genera rechazo, si no, la vía y/o mecanismo de transmisión y por ende ciertos grupos poblacionales, percibidos como grupos de riesgo (drogadictos, promiscuos) por sus prácticas.

Estas manifestaciones discriminatorias en los estudiantes, pueden generarse desde la base cultural y educativa que poseen, así como también desde las experiencias de cuidado propias o de referencia disciplinar (profesores) que han llevado a los estudiantes a sentir más temor, magnificado el riesgo de contraer el SIDA (percepción social de la enfermedad y alta mortalidad), lo que se traduce en

el uso indiscriminado de elementos de protección que sugieren deben utilizar al estar en contacto con personas “seropositivas” o con SIDA a nivel hospitalario, ya que a nivel ambulatorio consideran que el riesgo es mínimo. También se detecta que la posibilidad de aplicar medidas para el control y manejo de la problemática de salud, depende en gran medida del contexto en que se ubica la persona.

Por otra parte, las respuestas de los participantes con respecto a las consecuencias de la enfermedad (rechazo y aislamiento), llevan a pensar, que es, a la *“muerte social”* más que a la *“muerte biológica”* del SIDA, a lo que temen los estudiantes.

En conclusión, se puede establecer que en los estudiantes de enfermería existe un cierto grado de actitudes negativas frente a las personas con VIH/SIDA, que pueden ser predeterminadas por el tipo de información que manejan al respecto.

4. DISCUSIÓN

El análisis de las Representaciones Sociales acerca del VIH/SIDA en los estudiantes de IV semestre de Enfermería permite establecer el significado que le atribuyen a dicha problemática. Al respecto se identifica, que el esquema figurativo de la representación social del VIH/SIDA es enfermedad, muerte y sexo; elementos que permiten evidenciar que el SIDA, es para el grupo una enfermedad asociada a la muerte, con una forma de transmisión: las relaciones sexuales, como esquema causal. Estos elementos centrales, les permiten construir socialmente el objeto (VIH/SIDA) de una manera coherente y sustentarlos con los diversos significados de los elementos periféricos: virus, contagio, sexo, protección y condón, entre otros.

Del discurso de los participantes, se deduce que hay una **construcción social de la enfermedad**, a partir de un **estigma**³¹ “*grupos de riesgo*”, que genera una creencia de que el VIH/SIDA es una enfermedad de otros (prostitución, promiscuidad, homosexuales, drogadicción) y no de nosotros: “*todos están expuestos*”. Esta última aseveración tiene su fundamento en la “*confianza*” y el “*lazo afectivo con la pareja*”, que surgiría como método de protección, evitando el uso del condón y negando el riesgo.

³¹ CONDE G, F. Editorial. Escenarios de Futuro del VIH-SIDA: de la enfermedad «acontecimiento» a la Cronicidad Difusa. Del Estigma Moral a las zonas más centrales de la vulnerabilidad Social. Editorial. Rev. Esp Salud Pública 1997 vol. 71, N0 1, pp. 1-7. También en: XIBILE, C I, LEYVA F, R., CABALLERO G, M., GUERRERO C, CUADRA S M, BRONFMAN M: VIH/SIDA y Rechazo a Migrantes en contextos fronterizos. MIGRACIÓN Y DESARROLLO. P.45-53. México.2001. En: RODRIGUEZ M, E N, GARCIA G, N. Enfermedad y significación: estigma y monstruosidad del VIH/SIDA. Opción, año /vol.22, número 050. Universidad de Zulia. Maracaibo Venezuela. Pp. 9-28.2006. Red de revistas científicas de América latinas y del Caribe, España y Portugal. Universidad Autónoma del estado de México. <http://redalyc.uaemex.mx/> Opción, año 22, No 50 (2006): 9-28. Y en: GIL de ARRIBA, C. Viejos estigmas y nuevos riesgos epidemiológicos. Incidencia y prevalencia del VIH/SIDA a escala internacional. Diez años de cambios en el Mundo, en la Geografía y en las Ciencias sociales, 1999-2008. Actas del X Coloquio Internacional de Geocritica, Universidad de Barcelona. Mayo 2008. <<http://www.ub.es/geocrit/-xcol/programa.htm>>

Unido a esto, se identifica que la mujer tiene escasa capacidad de negociación en sus relaciones sexuales, que la llevan a ceder fácilmente a las presiones de su pareja “no uso... porque a mi novio no le gusta, es por eso...”, esta situación tal vez se presente por la construcción social de lo femenino³², y la persistencia de los roles de género,³³ los cuales **subordinan** a la mujer a los deseos del hombre, en materia sexual, identificándose en este aspecto, una desigualdad de género en cuanto a la prevención de esta problemática de salud.³⁴

De lo anterior se deduce, que los participantes del estudio, poseen aún esquemas cognitivos de la transmisión del VIH/SIDA basados en la noción de exclusión: “otros con ciertas características”³⁵ no “yo” es decir que aún persisten en las personas antiguos paradigmas dominantes de la explicación de la enfermedad, predominantes en la década de los 80”s en donde se atribuía la enfermedad a “otros” y se condenaban ciertos estilos de vida de las personas. Esto conlleva a que prácticas como la realización del test y uso del condón, no se traduzcan en conductas concretas sino en un discurso aprendido para otros.

³² GARCÍA CASTAÑO, R., Investigación e intervención Comunitaria con enfoque participativo. 2º Edición. Impresores Johndan. Pasto.2000. p. 48 . También en: GENOLET, A., LERA C., GELSI, MC, MUSSO, SI, SCHOENFELD, Z, MULOTE, MS., SCHMUCK, M S. Mujeres adolescentes. Maternidad y anticoncepción. Enfoque cuali-cuantitativo Facultad de Trabajo Social UNER. Y en: VILLARRAGA DE RAMÍREZ, L., BARROSO NIÑO, M., Maternidad vivida: una alternativa para la salud mental. CEMAV Universidad Nacional. Bogotá 1990. p.39.

³³ BIANCO PAGANI L. y otros. Mujer, sexualidad y SIDA y en: JACOBS C, Gestión de Riesgo de contagio de VIH-SIDA en alumnos de la Universidad católica del Norte, la Región de Antofagasta, Chile. Revista Psicología. 2000. Monografías.com.

³⁴ CDC. Centro nacional para la prevención de VIH/SIDA, ETS y TBC. Creencias culturales hispanas o latinas: Factores de riesgo y de protección. Departamento de Salud y Servicios humanos. Divisiones para la prevención del VIH-SIDA.

³⁵ VERA, L M. y otros. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. Bucaramanga, Colombia. Acta Médica Colombiana Vol. 26 Nº1: Enero/Febrero ~ 2001pp.16-23. Además en: GUCHIN MEIRE M, MERE ROUCO J. J. Jóvenes, Sexualidad y VIH /SIDA en el Uruguay. Conocer para Prevenir. Programa Sexualidad y Género Iniciativa Latinoamericana 2004 Con el apoyo del Sector Educación de la Oficina de UNESCO de Montevideo.

Es en este contexto, que los participantes del estudio, construyen sus representaciones de seguridad y peligro: 1) a partir de una posición personal desde sus experiencias sexuales, independientemente de la información que posean sobre VIH/SIDA y de la percepción del riesgo y 2) paradigmas basados en la exclusión; circunstancias que inciden tanto en su comportamiento sexual como ocupacional (estudiantes de enfermería).

Desde esta óptica, el cuidado enfermero que los estudiantes brindan o brindarían a las personas afectadas por el VIH/SIDA, evidencia distanciamiento espacial (*establecer mayor distancia/alejarse de la persona*) y relacional “*utilización de medidas de precaución específicas*” (guantes, bata, tapabocas) cuando entran en contacto directo con los afectados de esta problemática de salud, independientemente de que sean “seropositivos” o presenten la enfermedad y de la actividad a realizar durante el cuidado. Se observa por tanto, que no existe claridad que en las actividades cotidianas no existe riesgo de contagio. Dicho actuar estaría enmarcado en el estigma identificado “grupos de riesgo”, que genera miedo al contagio directo y a la vía de contagio (sangre), lo que deriva en rechazo y discriminación y magnificación del riesgo ocupacional de contagio para el personal de salud, el cual es mínimo según estudios realizados. Lo anterior origina entonces, barreras que afectan la calidad de los cuidados enfermeros.

En este punto, es importante definir **estigma y discriminación**; el primero hace referencia a una marca o señal que porta una persona de manera visible, en este caso tener unas “prácticas de riesgo” y el segundo, se refiere al actuar de las personas frente a otra, con base en esas características: “adopción de normas específicas de precaución”. Por lo que se puede deducir, que el cuidado a brindar a los afectados por VIH/SIDA, se enmarca desde la estigmatización que genera discriminación.

Al respecto, estudios realizados sobre la actitud de estudiantes y profesionales de enfermería, explican que el uso de elementos de protección como los guantes al prestar cuidado a las personas afectadas por el VIH/SIDA, aumenta con la realización de procedimientos invasivos por el miedo al contagio³⁶ aunque existen otros estudios, que indican, que el cuidado continuo a estas persona genera en el personal, exceso de confianza que lleva a reducir las medidas de protección.

En cuanto a la información recibida por los participantes a través de las diferentes fuentes (colegio, familia, medios de comunicación) se identifica que esta se encaminó a promover medidas de prevención: uso del condón “*se fomenta mucho el uso del preservativo y se olvidan de las otras formas de transmisión*”, a informar sobre los efectos de la enfermedad “*... vi un programa de Discovery Chanel... qué horror... muestran que les sucede*”, “*... en mi familia... me explicaron...que no tienen defensas y pueden adquirir cualquier enfermedad*” o a relacionar enfermedad/muerte a través de afiches, publicidad radial y televisiva, lo que puede haber fomentado más la discriminación hacia los afectados del VIH/SIDA y, repercutiendo en el cuidado que como profesional se debe brindar.

Al respecto, Weller clasifica los mensajes preventivos del SIDA en tres grupos: prevención eje enfermedad/muerte, normativa y estratégica. Sin embargo considera que las dos primeras se privilegian en la mayoría de discursos preventivos, la segunda utiliza un lenguaje “científico” pero cargado de un mensaje moralizante: “*no tenga relaciones sexuales ocasionales*”, discursos que pudieron fomentar la desinformación, discriminación y la estigmatización.

³⁶ MERINO G, A. Actitudes y Conocimientos de profesionales de Enfermería sobre el paciente VIH+/SIDA. Unidad de Infecciosos del Hospital General de Huelva Juan Ramón Jiménez. Nure Investigación, nº 6, Junio 2004. Pp1-6. Además en: PERALTA A, M del S, MUNOZ R. C G., Conocimientos de la enfermera en el manejo de pacientes con VIH/SIDA. PRÁCTICA DIARIA Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social (Méx.), vol. 7, núm. 1, 1999pp 43-47.

También se puede establecer que en la información que manejan los estudiantes de enfermería, existen unas concepciones **ancladas** en el modelamiento histórico de la enfermedad y de los géneros, que lleva a que el sentir “yo no” y el poco empoderamiento de la mujer en la toma de decisiones a nivel sexual, dificulte a nivel personal llevar a la práctica las medidas de prevención del VIH/SIDA y entorpezca las acciones educativas que como personal de salud deben desarrollar en el marco preventivo de esta problemática de salud.

Además de lo anterior se puede inferir, que en el manejo del VIH/SIDA, tanto a nivel familiar como de salud, existen comportamientos incluyentes y excluyentes hacia los portadores del VIH y los enfermos de SIDA: se le brinda cuidado (familia/sistema de salud) pero no se acepta la enfermedad (evitar el contacto, bajos niveles proxémicos y relacionales, ocultamiento).

Estos comportamientos desde la óptica de salud, se enmarcan en paradigmas de control de enfermedades históricas como: la peste (inclusión) y la lepra (exclusión), lo cual repercute en las relaciones de cuidado: enfermero(a)-persona/sujeto de cuidado y en la calidad de vida de estos últimos.

Como se puede observar, no basta con brindar información científica a las personas/estudiantes de enfermería para obtener protección frente al VIH/SIDA y una actuación enfermera adecuada, ya que existen otros aspectos como lo afectivo, las creencias, los aspectos moralizantes y las actitudes hacia la sexualidad, entre otros aspectos, que deben considerarse para mejorar los elementos cognoscitivos y las prácticas preventivas.

Para estos estudiantes, por tanto el VIH/SIDA como objeto social construido, es un entramado complejo de representaciones entre las que se destacan: la enfermedad, la sexualidad y la muerte.

5. IMPLICACIONES PRÁCTICAS

Teniendo en cuenta, que la representación social es un conocimiento socialmente elaborado y construido ((Jodelet, 1984:473) que permite a las personas interpretar, pensar y comunicarse en relación a situaciones, acontecimientos y objetos, la realización de este estudio, ofrece una visión respecto de los significados que en torno al VIH/SIDA existen y cómo estas RS han dificultado a nivel personal la adopción de comportamientos sexuales seguros y como se ha magnificado el riesgo ocupacional de contagio, a pesar del conocimiento que poseen los estudiantes sobre las formas de transmisión y prevención.

La recuperación de este conocimiento, a través del discurso de los participantes del estudio, es clave para una adecuada interpretación de las prácticas de los individuos y es de gran importancia, en este caso en particular, tanto para el campo de la docencia como el de la salud. Con respecto al primero, permite sugerir estrategias educativas a nivel docente que permitan modificar la actitud negativa (temor, miedo rechazo) en el cuidado hacia los afectados de VIH/SIDA y en cuanto al segundo, facilita la elaboración de estrategias de prevención acordes con el conocimiento socialmente construido.

Estudios realizados, sugieren que desde la academia es importante capacitar a los estudiantes en los aspectos biológicos, psicológicos (sentimientos, emociones, aspectos cognoscitivos, espiritualidad) sociales (relaciones consigo mismo y con otros), éticos y morales relacionados con la problemática del VIH/SIDA, con el fin de lograr un cambio comportamental de este recurso humano frente a las personas que padecen de esta problemática. Para ello, es necesario modificar el nivel actitudinal y conceptual, mediante la utilización de técnicas pedagógicas de participación como psicodramas, revisiones personales, dramatización, trabajo en

grupos, proyección de escenarios, enseñanza *inter pares*³⁷ ³⁸, grupo pequeño, prácticas de aptitudes de resistencia y negativa, colaboración de personas con SIDA en las sesiones educativas⁸, y prácticas formativas con estas personas.

Las anteriores estrategias brindan seguridad a los alumnos para participar en la elaboración del conocimiento y ayudan a modificar los comportamientos hacia el SIDA y al trabajo con personas afectadas con esta problemática de salud. De igual manera, el conocimiento del contexto social en el que se desenvuelven los afectados por el SIDA, es importante, ya que permite realizar ajustes en los aspectos educativos y elaborar alternativas de atención y educación que respondan realmente a las necesidades y expectativas de estas personas. Al respecto, la utilización de las TICs en este campo, como las videoconferencias, el aprendizaje en tiempo real, y la formación multimedia a distancia, facilitarían la adquisición y ejercitación de las capacidades clínicas al utilizar modelos de simulación de situaciones con pacientes³⁹.

En este campo, un aspecto importante a tener en cuenta, es el fomento de aptitudes vitales frente al VIH/SIDA, como las sociales (comunicación, para llegar a acuerdos y rehusar y de eficacia social), cognitivas (toma de decisiones y pensamiento crítico) y de equilibrio emocional (control y refuerzo), elaboradas por Alfonso García Martínez a partir de las variables de Schenker (2001)¹, que facilitarían el cuidado de los estudiantes con las personas afectadas con el VIH/SIDA, además de promover valores culturales positivos en los estudiantes hacia la adopción y el mantenimiento de conductas saludables y seguras, en relación a la actividad sexual.

³⁷ Proyecto Colombia: Educación para la sexualidad. Módulo 3. PROINAPSA-UIS. 2006. Pp.1-87

³⁸ PROYECTO ONUSIDA. Líderes inter pares: Vivir con VIH en Uruguay. Atención en el Instituto de Higiene. 2007. Actualizado Junio 2008.

³⁹ CIE (2000) Teleenfermería, telesalud: la enfermería y la tecnología avanzan juntas.

La implementación de investigaciones cualitativas y cuantitativas, sobre representaciones y prácticas sexuales, tanto en población estudiantil de enfermería, como en la población en general, aumentaría el conocimiento de sus particularidades socioculturales, la comprensión de las situaciones de riesgo y la identificación de los recursos socio culturales disponibles para la prevención, así como un mejor entendimiento de los roles de género, que fomentan una desigualdad frente a la prevención del VIH. Dichas investigaciones, facilitarían la realización de estrategias educativas según género y culturalmente pertinentes, para fomentar en las mujeres seguridad en sí mismas y capacidades de negociación para evitar el ejercicio del sexo no deseado o sin protección, logrando de esta forma su empoderamiento. De igual manera se debe manejar la educación en pareja, enfatizando en la importancia de la comunicación, la conversación con sus parejas sobre la adopción de conductas sexuales sin riesgo y la adquisición de habilidades para la resolución de problemas. Una opción a esto, sería formar líderes (estudiantes de enfermería) para que promuevan normas y conductas de relaciones sexuales sin riesgo dentro de su red social.

Promover el concepto de que la prevención del VIH es una parte esencial de la formación educativa y del cuidado enfermero, por ello la generación de una cultura de bioseguridad mediante la elaboración de protocolos de actuación según los ámbitos en donde se desarrolla la práctica formativa, es una de las estrategias fundamentales para evitar magnificar el riesgo de transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de enfermería. Estos protocolos, se basan en la concepción que el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) tiene de “trabajador de salud”⁴⁰ cualquier persona (estudiante, clínico, trabajador de seguridad pública, voluntarios, enfermeras, personal de laboratorio, empleados en general) cuya actividad involucra el contacto con pacientes o con sangre y otros líquidos corporales de pacientes en sitios dedicados a la atención de la salud o en los

⁴⁰ MARCANO P, M G., ZAVALA T, I., Protocolo de Manejo de pacientes con infección por el VIH-SIDA. Universidad Autónoma de Guadalajara.

laboratorios, y en la clasificación del riesgo según sitio de rotación/atención personas.

Con la anterior información se puede establecer el riesgo de contraer el VIH/SIDA y establecer las medidas de prevención respectivas. La Universidad Autónoma de Guadalajara, tiene experiencia en cuanto el establecimiento de un protocolo para sus estudiantes de medicina, enfermería y odontología según clasificación de riesgo, por actividad desarrollada en cada área de rotación.

Por último y teniendo en cuenta que, los avances en las tecnologías de las telecomunicaciones están revolucionando la formación y los servicios de salud, incluida la prestación de los servicios de enfermería, es necesario utilizarlos para tratar de resolver problemas relacionados con: información general sobre VIH/SIDA, asesoría y consejería sobre la prueba para VIH, uso adecuado del condón femenino y masculino y, brindar cuidado domiciliario a las personas con SIDA.

Lo anterior se lograría a través de la formulación y ejecución de un plan de tele enfermería que ayudaría a pacientes y familias en la participación activa en los cuidados y al personal de enfermería a dar información, apoyo oportuno en tiempo real y ofrecer continuidad en los cuidados.

Esta estrategia, sin embargo debe integrarse adecuadamente a la política y estrategia globales para el desarrollo del ejercicio de la enfermería, la prestación de los servicios de enfermería y la formación y capacitación de las enfermeras (os), además debe disponer de políticas y normas para garantizar el ejercicio seguro, profesional y ético, y garantizar la seguridad, privacidad y confidencialidad de la información.

6. CONCLUSIONES

A partir del desarrollo del presente trabajo, se establecen las siguientes conclusiones.

- El núcleo organizador o esquema figurativo de las representaciones sociales frente al VIH/SIDA que poseen los alumnos de enfermería gira en torno a tres cogniciones: *enfermedad/ muerte/sexo*. Este esquema moldea el sentido del fenómeno y permite identificar la información más representativa que sobre el VIH/SIDA poseen, además de comprender sus comportamientos y actitudes frente a las personas portadoras del virus y los afectados del SIDA.
- La identificación de los niveles periféricos de la Representación Social del VIH/SIDA, brinda soporte al núcleo organizador de la misma y permite establecer que ser VIH+ es sinónimo de muerte, haciendo alusión tal vez a la última etapa de SIDA. El temor a la muerte en estos casos, abarca dos aspectos importantes: *muerte biológica* y *muerte social*. Y es a la muerte social, a la que más temen, por el efecto que sobre sus relaciones interpersonales origina: rechazo, aislamiento, discriminación. Se infiere desde sus discursos, que asocian la enfermedad con estar *“muerto en vida”* y la diferencian de otras enfermedades crónicas que tienen como desenlace la muerte, mediante expresiones como: “además de que te enferma, te mata!” “te aíslan,! no; no es lo mismo”
- Las representaciones Sociales del VIH/SIDA, están *ancladas* en viejos paradigmas que asociaron la enfermedad a determinados grupos con ciertos comportamientos: *homosexuales, drogadictos, promiscuos*. Desde este paradigma, la percepción de riesgo a nivel personal e íntimo en el grupo de

estudiantes es bajo, ya que no son poseedores de esas características y en sus relaciones de pareja identifican claramente dos niveles relacionales para el riesgo de transmisión del VIH: los niveles periféricos (relaciones esporádicas) que presentan riesgo y unos niveles próximos o cercanos a él (pareja) libres de riesgo. Por el discurso que manejan los estudiantes, estos niveles próximos de relaciones, se enmarcan en el concepto romántico del amor, que implica fidelidad; por ello, la utilización del preservativo en las prácticas sexuales de los participantes del estudio con los niveles próximos de relaciones, no es relevante como mecanismo de protección para VIH, pero sí, como medio de prevención del embarazo. Además, en las relaciones de pareja, se observa una desigualdad de género: *“la mujer esta para complacer al hombre”*, concepción anclada en la construcción social de lo femenino, que dificulta los aspectos preventivos de la transmisión del VIH/SIDA.

- Las Representaciones Sociales que sobre el VIH/SIDA poseen los estudiantes de enfermería, influyen en su actitud y comportamiento frente a los portadores de VIH y enfermos de SIDA. Por ello, a pesar de que manejan un discurso en el cual se puede identificar “empatía” por estas personas, la utilización de “todas las medidas de bioseguridad frente a la condición de “seropositivo” o “enfermo de SIDA”, sin tener en cuenta la actividad a realizar (administración de medicamentos vía oral, entrevista) y el nivel de atención (consulta externa, sala de hospitalización), contradice dicho discurso. Este actuar enfermero, gira en torno al eje inclusión/exclusión, que permite que coexistan conductas como brindar cuidado enfermero (inclusión), con temor y sin la aceptación de la enfermedad (exclusión), manifestaciones éstas, de una actitud negativa y discriminatoria hacia las personas afectadas por el VIH/SIDA.
- Persistencia en los estudiantes del concepto de contagio para el VIH/SIDA y no de transmisión, que puede estar influyendo en la presencia de manifestaciones coherentes con una actitud negativa en cuidado a las

personas afectadas de VIH y enfermas de SIDA, que permiten establecer que existe un comportamiento discriminatorio en el futuro profesional de enfermería hacia las personas con esta problemática.

7. RECOMENDACIONES

Con base en los resultados del presente estudio, el equipo investigador plantea las siguientes recomendaciones.

- Implementar estrategias metodológicas participativas (psicodrama, educación inter pares, práctica), en el desarrollo de la temática sobre VIH/SIDA, en la asignatura “Cuidado a las personas con procesos infecciosos” del programa de Enfermería, para modificar los comportamientos de los estudiantes hacia las personas afectadas por esta enfermedad, ya que el entablar contacto con estas personas, se facilita la desconstrucción y reconstrucción de conocimiento desde el contexto social en el que se desenvuelven los afectados por el SIDA, permitiendo adecuar el cuidado de enfermería a las necesidades y expectativas de estas personas. En este punto es importante involucrar el desarrollo de habilidades en técnicas de relación de ayuda como comunicación, consejería y apoyo en crisis.
- El equipo investigador propone a nivel comunitario/universitario la creación de una **consejería universitaria en VIH-SIDA**, que brinde información y asesoramiento sobre VIH/SIDA (promoción de prácticas de cuidado) a los estudiantes, pareja, familia y grupos comunitarios u otras organizaciones. Esta consejería se puede realizar a través de dos actividades:
 - 1) **Consulta** (individual, pareja, familia) en la cual se identifican: creencias y opiniones sobre VIH/SIDA, estrategias de cuidado, obstáculos, recursos de las personas para prácticas de cuidado. Se brinda información sobre mecanismos de transmisión y formas de prevención, orientación sobre derechos en salud. Promoción del testeo voluntario y remisión a otros servicios en caso necesario (médico, psicólogo)

2) **Talleres de prevención con grupos específicos** (adolescentes, jóvenes, mujeres, embarazadas) permiten que las personas piensen, se expresen, se informen, busquen soluciones a problemas comunes, tomen decisiones y actúen frente las situaciones que los afectan.

- A nivel individual, concienciar a los estudiantes en la adopción de comportamientos preventivos durante la realización de sus prácticas en los niveles primario, secundario y terciario de atención, mediante la adopción de un manual de normas de bioseguridad, según clasificación del riesgo por área de trabajo y procedimientos realizados, lo que disminuiría además la magnificación del riesgo y las conductas discriminatorias hacia los portadores de VIH y enfermos de SIDA. De esta forma se formarían agentes de prevención, con menor perturbación emocional al trabajar, menos accidentes laborales y mayor eficacia en la comunicación preventiva hacia los pacientes.
- Socializar los resultados del presente trabajo a los participantes del estudio, estudiantes de enfermería y docente de la asignatura “Cuidado a las personas con procesos infecciosos” para mejorar el desempeño del estudiante en el desarrollo de su práctica formativa.

BIBLIOGRAFÍA

ALBORNOZ NR, y otros. VIH-SIDA y drogas: Representaciones y prácticas de profesionales de salud, y usuarios y ex usuarios de drogas inyectables. Santiago Wallace. Sección Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras (UBA)

ARAYA UMANA S. Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. Cuaderno de Ciencias Sociales 127. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).Sede Académica, Costa Rica. p. 52-59.

BARZANI, A. Algunas reflexiones acerca del complejo VIH - SIDA: Del Imaginario Social al Imaginario Adolescente. E-mail: carlos.barzani@topia.com.ar

BIANCO PAGANI ML. Mi Mujer, Sexualidad y SIDA: Equipo interdisciplinario de Mujer y SIDA de FEIM. Buenos Aires.

BLANCO CEDRES, LUCILA y otras. Conocimientos y conducta sexual. Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Ciudad Universitaria. Gac. Méd. Caracas v.113 n.3 Caracas jul. 2005. VIH/SIDA www.scielo.org.ve/scielo.phpscript.

BLOCH C. La feminización de la epidemia de VIH/SIDA: ¿Hecho natural o responsabilidad política? Director general Coordinación Sida Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. p/12,6-12-02

CIE. Como reducir el impacto del VIH/SIDA sobre el personal de Enfermería y partería. Ginebra, (1996).

CONDE GF. Escenarios de Futuro del VIH-SIDA: «acontecimiento» a la Cronidad Difusa. Del Estigma Moral a las zonas más centrales de la vulnerabilidad Social. Editorial. Rev. Esp Salud Pública 1997 vol. 71, N0 1, pp. 1-7.

CDC. Centro nacional para la prevención de VIH/SIDA, ETS y TBC. Creencias culturales hispanas o latinas: Factores de riesgo y de protección. Departamento de Salud y Servicios humanos. Divisiones para la prevención del VIH-SIDA.

DE FIGUEROA, y otros. Representaciones de los jóvenes pioneros del proyecto Colombia respecto a la sexualidad y VIH SIDA, en el primer semestre de 2006. En: Revista Ciencia y cuidado. Universidad Francisco de Paula Santander. Vol. 3(3): 21-29.

DUQUE MC., Enfermería y Cultura: Espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivos. En: Actual. Enferm. Vol. 5 No 2 Junio 2002. P.12-16

FERNANDEZ GARCÍA V. Perspectiva de la enfermería transcultural en el contexto mexicano. En: Rev Enferm IMSS 2006; 14(1):51-55.

FIPSE. Estudio sobre discriminación arbitraria de las personas que viven con VIH o SIDA": discriminación y VIH/SIDA 2005.

----- Fundación para la Investigación y Prevención del Sida en España. Imágenes y representaciones sociales de los mecanismos de inserción social de las personas afectadas por el VIH/SIDA. Unidad de Investigación de Psicología Comunitaria.

FLORES PALACIOS F. LEYVA FLORES R. Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. Salud Publica Mex 2003; 45 supl 5:S624-S631. Texto completo en inglés disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

GARCÍA CASTAÑO, R. Investigación e intervención Comunitaria con enfoque participativo. 2º Edición. Impresores Johndan. Pasto.2000. p. 48

GARCIA GONZALES J., y otros. Interacción social y comunicación para la salud: Las representaciones sociales de los jóvenes poblanos sobre sexualidad y VIH/Sida como fundamento para la implementación de programas institucionales de mejoramiento de la salud pública. UNI revista - Vol. 3, nº 1: (Julio 2006) ISSN 1409-465

GARCIA MARTINEZ, Alfonso. Educación y prevención del SIDA: Anales de psicología. 2005, vol. 21, nº 1 (junio), 50-57. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (España). Web: www.um.es/analesps.

GENOLET, A., y otros. Mujeres adolescentes: Maternidad y anticoncepción. Enfoque cuali-cuantitativo Facultad de Trabajo Social UNER.

GIL DE ARRIBA, C. Viejos estigmas y nuevos riesgos epidemiológicos: Incidencia y prevalencia del VIH/SIDA a escala internacional 1999-2008. Actas del X Coloquio Internacional de Geocritica, Universidad de Barcelona. Mayo 2008. www.ub.es/geocrit/-xcol/programa.htm

GUICHIN MEIRE M y MERE ROUCO J. J. Jóvenes, Sexualidad y VIH /SIDA en el Uruguay. Conocer para Prevenir. Programa Sexualidad y Género Iniciativa Latinoamericana 2004.

GULZERUNO J, DE PEA M. Actitudes y prácticas sobre VIH-Sida: Encuesta anónima a médicos y practicantes. Comisión Especial Impacto Psicosocial del Sida. Uruguay: Revista Medica; 1998. 14: 5-2.

HURTADO MINOTTA EA. Estadística descriptiva: Distribuciones de frecuencia. Universidad Antonio Nariño.

INFORME SOBRE LA EPIDEMIA MUNDIAL DEL VIH/SIDA. PNUSIDA, OMS Junio de 1998.

JACOBS C, JP y REYES C, S. Gestión de Riesgo de contagio de VIH-SIDA en alumnos de la Universidad católica del Norte, la Región de Antofagasta, Chile. Revista Psicología. 2000. Monografías.com

JODELET D. “La representación social: fenómenos concepto y teoría”, en Moscovici S., Psicología social, Buenos Aires, Paidós, 1988, pág. 474.

KORS J y STRAUSS L. Los jóvenes y el Sida: Un estudio cualitativo sobre representaciones sociales del VIH/Sida en las comunidades bonaerenses de Lanús, San Fernando y La Matanza. Departamento de salud. Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini. Ediciones del Instituto Movilizador de Fondos Cooperativos. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. www.centrocultural.coop.pp1-44

LOS VIRUS DEL SIDA: Los retrovirus. SIDA; 1.996 - 2.000. Revisión, Septiembre 1.998. www.ctv.es/USERS/fpardo/virus.htm

MARRINER TORNEY A y RAILE ALLIGOW M. Modelos y Teorías en Enfermería. Cuarta edición. Ed. Harcourt Brace. España. Lic. Isidora Reyes.1999:
Email: isidorareyes@hotmail.com

MERE ROUCO, JJ y BUQUET, A. Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA: Sistematización de las acciones y estrategias en VIH/SIDA, un enfoque cultural. Programa de Investigación de la UNESCO/ONUSIDA. Uruguay. 2003. Estudios e informes. Serie Especial No 17 p.1-96

MERINO G, A. Actitudes y Conocimientos de profesionales de Enfermería sobre el paciente VIH/SIDA. Unidad de Infecciosos del Hospital General de Huelva Juan Ramón Jiménez. Nure Investigación, nº 6, Junio 2004. Pp1-6

MORA, M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Atenea Digital-num 2. Otoño 2002.

PENUELA EPALZA, M y otros. Factores asociados a la coinfección VIH/sida tuberculosis. Barranquilla Colombia 2003-2004. Salud Uninorte. Barranquilla (Col). 2006. 22(1): 5-19.

PERALTA A, M del S y MUNOZ R, CG. Conocimientos de la enfermera en el manejo de pacientes con VIH/SIDA. Práctica diaria. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social (Méx.), vol. 7, núm. 1, 1999pp 43-47.

POGGIOLO LAMBERTINI, Ariana y PEETERS, Martine. Fuentes associated Press. Historia del origen del SIDA, IRD, Francia, Prise en charge du SIDA en Afrique. Universidad Central de Venezuela.

PRIETO BELISARIO, SONIA. Actitudes del profesional de la salud hacia los pacientes con SIDA. Centro de Investigaciones Psicológicas. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela.

QUILAQUEO D. Análisis de Contenido, codificación, categorización e inferencia. Documento de trabajo No 5. Universidad Católica de Temuco. Chile. 2002. Pp. 1-57.

RAITER A, y otros. Representaciones sociales, Buenos, Aires, Eudeba; 2002. pág. 11-12.

RAMOGNINI ME, y otros. VIH-SIDA y drogas: Representaciones y prácticas de profesionales de salud, y usuarios y ex usuarios de drogas inyectables. Santiago Wallace. Sección Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras (UBA).

RODRIGUEZ M, EN., GARCIA GN. Enfermedad y significación: Estigma y monstruosidad del VIH/SIDA. Universidad de Zulia. Maracaibo Venezuela. Pp. 9-28.2006. Red de revistas científicas de América latinas y del Caribe, España y Portugal. Universidad Autónoma del estado de México. Opción, año /vol.22, número 050. <http://redalyc.uaemex.mx/> Opción, año 22, No 50 (2006): 9-28

SISTEMA DE DEFENSAS DEL HOMBRE. Retrovirus: El primer retrovirus humano descrito, HTLV-I. 1.980. Bioweb/Recbio_archivos/hiv/.

TOLEDANO TF. La representación social del VIH-Sida. Concurso de Reflexión sobre los Derechos Humanos 2004, UNAM.

TOMÁS SABADO J y otros. Actitud ante el SIDA en estudiantes de Enfermería: ¿Cuál es el papel de la formación académica?. Universitaria de Enfermería. Gimbernat. Sant Cugat del Valle (Barcelona).

UNIDAD DE ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. Fortalecimiento del auto cuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS) Original en Español. Enero 2006.

VAGGIONE A. Investigación Sociosemiótica: El imaginario social del VIH/Sida.

VERA, L M. y otros. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. Bucaramanga, Colombia. Acta Médica Colombiana Vol. 26 No1: Enero/Febrero. 2001pp.16-23

VILLARRAGA DE RAMÍREZ, L y BARROSO NIÑO, M. Maternidad vivida: Una alternativa para la salud mental. CEMAV Universidad Nacional. Bogotá 1990. p.39

WEEKS, J. y otros. "AIDS: The intelectual agenda", en P.Aggleton, G.Hart y P. Davies (eds.) Aids: Social representations, social practices. Londres, The Falmer Press, 1989. www.UNAIDS.ch www.WHO.ch

XIBILE CI, y otros. VIH/SIDA y Rechazo a migrantes en contextos fronterizos. Migración y desarrollo. P.45-53. México.2001.

CUADRO 3

CATEGORIAS DEDUCTIVAS, PREGUNTAS ORIENTADORAS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CATEGORÍA DEDUCTIVA	PREGUNTAS ORIENTADORAS	TÉCNICA
INFORMACION	Palabras/ términos relacionados con VIH/SIDA. Cadenas de palabras que contemplen el término inductor VIH/SIDA y cada uno de los términos expresados.	TÉCNICA DE ASOCIACIÓN
ACTITUD	¿Qué piensa de una persona con VIH SIDA? ¿Qué comportamientos adopta frente a una persona con VIH/SIDA? Explique el porqué de dicho comportamiento.	GRUPO FOCAL
IMAGEN Y SIGNIFICADO	¿Qué es VIH SIDA? ¿Cuáles son los medios de transmisión para adquirir el VIH SIDA? ¿Cuáles son los factores de riesgo para adquirir el VIH? ¿Cuáles son las formas de prevenir el VIH SIDA? ¿Quién le brindo conocimientos sobre el VIH SIDA?	ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

FI: Estudio de las representaciones sociales del VIH/SIDA en estudiantes de enfermería. Universidad del Cauca. Popayán 2008.

CUADRO 4

CATEGORIAS DEDUCTIVAS, INDUCTIVAS, SEMÁNTICAS Y ANALÍTICAS

CATEGORÍAS DEDUCTIVAS (Según componentes RS)	CATEGORÍAS INDUCTIVAS (Según Carta Asociativa)	CATEGORÍAS SEMÁNTICAS (Según Carta Asociativa)	CATEGORÍAS ANALÍTICAS (preguntas orientadoras entrevista semiestructurada)
CONOCIMIENTO	MUERTE	Pronóstico Expectativas.	¿Cuál es la expectativa de vida de las personas con VIH/SIDA? ¿Las personas con VIH/SIDA tienen expectativas para el futuro?(trabajo, familia) ¿Tener VIH/SIDA es sinónimo de muerte
	ENFERMEDAD	Manifestaciones, consecuencias /complicaciones sentimientos y emociones	¿Cómo se manifiesta el VIH/SIDA? ¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar el VIH/SIDA? ¿Por qué los (as) drogadictas, promiscuos(as) y prostitutas(os) son una población de mayor riesgo para adquirir VIH/SIDA? ¿Cuáles son las consecuencias a nivel psicológico y social del VIH/SIDA?
	SEXO	Prácticas sexuales formas de prevención prácticas de autocuidado	¿Cuántas parejas sexuales ha tenido, si las ha tenido? ¿La última vez que usted tuvo relaciones sexuales usó condón? ¿Quién toma la decisión de utilizar condón durante las relaciones sexuales? ¿Por qué ciertos grupos de personas están expuestas al VIH/SIDA? ¿Usted se ha realizado una prueba de Elisa para VIH?

FI: Estudio de las representaciones sociales del VIH/SIDA en estudiantes de enfermería. Universidad del Cauca. Popayán

2008

CUADRO 4. CONTINUACIÓN

CATEGORÍAS DEDUCTIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS	CATEGORÍAS SEMÁNTICAS	CATEGORÍAS ANALÍTICAS
IMAGEN. SIGNIFICADO	Percepción enfermedad	Pronóstico Expectativas	Curación Gravedad
	Creencias sobre enfermedad	Causas de la enfermedad. Significado de la enfermedad	Prácticas de riesgo Amenaza Castigo
	Consecuencias	Biológicas. Psicológicas. Sociales	Deterioro funcional. Enfermedades mentales. Rechazo
	Grupos de riesgo	Todos. Otros	Todos. Grupos con comportamientos de riesgo.
	Prácticas de Autocuidado	Prácticas de sexo seguro. Realización de test. Uso de normas de Bioseguridad.	Uso de condón. Parejas estables. Test. Elementos de protección
	Percepción del riesgo de enfermar	Individual. Colectivo	Ninguno. Bajo. Alto
	Redes Sociales	Presencia. Clase de red.	Existencia. Familiar. Social
	Ambiente familiar	Respuesta frente enfermedad. Estrategias de afrontamiento	Vergüenza, Temor, miedo, apoyo. Familiar. Búsqueda de ayuda
	Fuentes de información	Hogar Universidad Otros medios	Información Suficiente Insuficiente

FI: Estudio de las representaciones sociales del VIH/SIDA en estudiantes de enfermería. Universidad del Cauca. Popayán

2008

ANEXOS

Anexo A

GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE LA CARTA ASOCIATIVA

A continuación se detalla la manera en que verbalmente y por escrito (tablero) se orientó para la realización de la carta asociativa

Los datos por usted suministrados serán manejados de manera reservada y exclusivamente por los investigadores, previa autorización a través del consentimiento informado.

INSTRUCCIONES

1. En la hoja entregada, marque su código de estudiante y luego coloque términos que usted considere se relacionan con el término VIH/SIDA. Por ejemplo, si la palabra es: **Tb pulmonar**, usted registra los siguientes elementos: **enfermedad, aislamiento, contagiosa, tratamiento prolongado, sintomático respiratorio.**
2. Registradas una vez las palabras, que usted considera asociadas al término inductor (VIH/SIDA), elabore cadenas de palabras que contemplen el término inductor VIH/SIDA y cada uno de los términos expresados. Continuando con el ejemplo anterior se tendría:

Tb pulmonar	→	Enfermedad
Tb pulmonar	→	Aislamiento
Tb pulmonar	→	Contagiosa
Tb pulmonar	→	Sintomático respiratorio
Tb pulmonar	→	Tratamiento prolongado
3. A continuación elabore nuevas cadenas de palabras, con los datos obtenidos anteriormente. Ejemplo:

Tb pulmonar → Enfermedad: respiratoria, ataca otros órganos, resistente

Tb pulmonar → Aislamiento: rechazo familiares, angustia, soledad.

4. Elabore una última cadena de palabras, con los datos obtenidos anteriormente.

Ejemplo:

**Tb pulmonar → enfermedad → respiratoria: hospitalización,
Aislamiento, drogas.**

**Tb pulmonar → enfermedad → ataca otros órganos: tratamiento
largo, abandono, contactos.**

Agradecemos su participación en esta primera fase del estudio, esperamos contar con su presencia en la siguiente fase. GRACIAS.

Anexo B

GUÍA DE PREGUNTAS GRUPO FOCAL

Como profesionales de Enfermería, podemos recomendar a las personas de la comunidad o a las personas que asisten a consulta médica en los centros de salud, la realización del Test para VIH. Las siguientes preguntas están orientadas hacia este tema⁷:

1. ¿Cuándo indicarían el test de VIH a una persona?
2. ¿Consideran que como solicitantes de la prueba, son las personas indicadas de dar el resultado de la prueba del VIH, cuando sale positivo?
3. ¿Quién creen ustedes que debería saber la condición del VIH, a quien deber informarse?
4. ¿Si la persona no cuenta o no está en la capacidad de contar sobre su condición de VIH+, a quien creen ustedes que debería informarse?
5. Si durante un control de Enfermería, un paciente que están atendiendo, les dice que tiene VIH ¿Qué sentirían? ¿Como actuarían?
6. ¿Cuáles serían las 3 recomendaciones que le harían al portador de VIH?
7. ¿Ustedes recomiendan todo el tiempo la prueba de VIH, a todas las personas independientemente de que tengan o no factores de riesgo, si la prueba da negativo, cuál es su conducta?

7. a ¿Ustedes solicitan el test para VIH a un paciente y su resultados es negativo, como actuarían?
7. b. Si ustedes solicitan un test de VIH para dar un diagnóstico y su resultado es negativo, ¿como lo interpretan?
8. Imagínense que ustedes tiene un paciente con VIH. ¿Cuáles son las precauciones que tendrían con este paciente y por qué?
9. ¿Cuál es la probabilidad de que ustedes adquieran la enfermedad, teniendo un paciente con VIH?
10. ¿Consideran que las actividades que se han llevado a cabo en la facultad/ Universidad: clases o charlas sobre VIH/SIDA es suficiente, insuficiente o muy suficiente? ¿Dicha información le permite desenvolverse con los afectados del VIH/SIDA? ¿Prevenir o manejar este problema?

Anexo C

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado con C.C./T.I. No _____ de _____, concedo mi consentimiento para participar en forma voluntaria en el estudio de investigación “REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL VIH/SIDA EN LOS ESTUDIANTES DE CUARTO SEMESTRE DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, PRIMER PERIODO DE 2008”

Se me ha informado que el estudio incluye entrevistas abiertas, personalizadas y observación directa sobre todos los participantes del estudio, de manera que se obtenga información sobre las representaciones frente al VIH/SIDA. Mi identidad, así como la de los demás miembros de mi familia, será tenida en reserva y los nombres serán cambiados por un código. Solo se revelaran los datos pertinentes y concernientes al estudio. Esta información será manipulada, diligenciada y registrada únicamente por los investigadores, de manera que se le de uso estrictamente científico.

Manifiesto que me quedan claros los objetivos y beneficios del estudio, estoy informado de los riesgos y del derecho de retirarme voluntariamente en el momento que lo desee.

Bajo mi libre disposición firmo el presente formulario, a los ____ días del mes ____ del año ____

Firma Entrevistado (a)

Firma Investigador principal

Firma Investigador

Firma Investigador

Firma Investigador

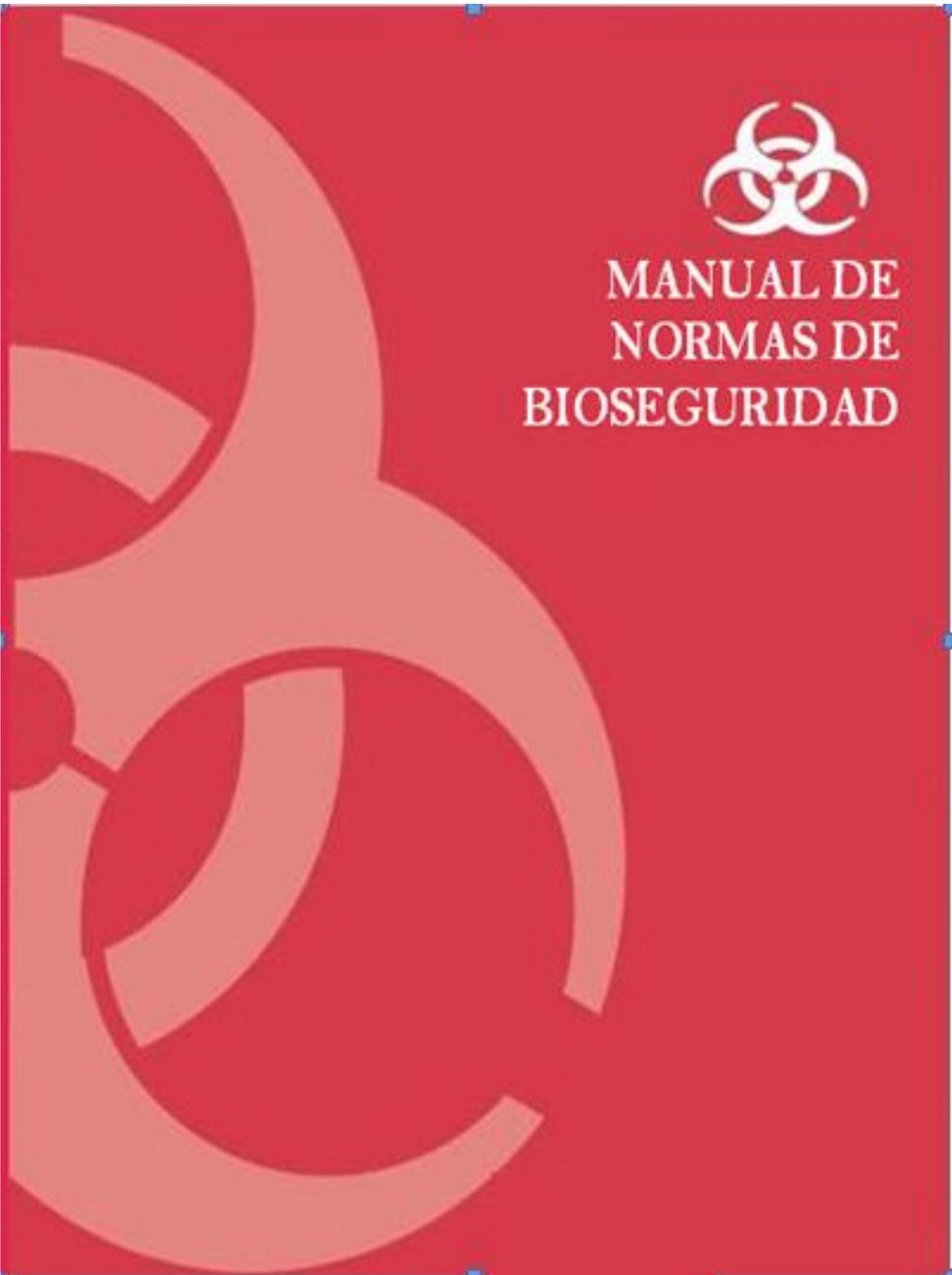
Firma Investigador

Anexo D.

PROPUESTA

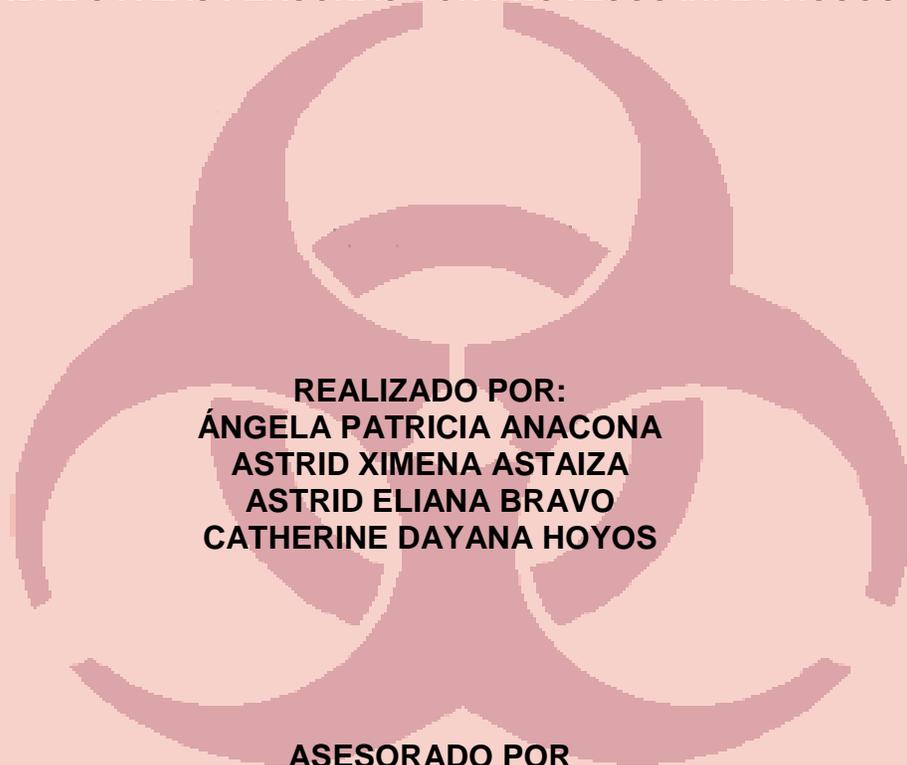


MANUAL DE
NORMAS DE
BIOSEGURIDAD



**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**MANUAL DE NORMAS DE BIOSEGURIDAD
PRACTICA FORMATIVA ASIGNATURA
“CUIDADO A LAS PERSONAS CON PROCESOS INFECCIOSOS”**



**REALIZADO POR:
ÁNGELA PATRICIA ANACONA
ASTRID XIMENA ASTAIZA
ASTRID ELIANA BRAVO
CATHERINE DAYANA HOYOS**

**ASESORADO POR
MSc. GLORIA AMPARO MIRANDA M**

**REVISADO POR:
Enf. Bact. Microbióloga MARIA AMPARO BRAVO SOLANO**

POPAYÁN, 2008

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. Objetivo.....	136
2. Campo de aplicación.....	136
3. Definiciones operacionales.....	136
3.1 Agente biológico.....	136
3.2. Accidente de Exposición a Sangre o fluidos corporales (AES).....	136
3.3. Bioseguridad.....	136
3.4. Inmunización.....	137
3.5. Muestra para Diagnóstico.....	137
3.6. Medidas Preventivas.....	137
3.7. Peligro.....	137
3.8. Peligro biológico.....	137
3.9. Procedimiento invasivo.....	137
3.10. Residuo infeccioso.....	137
3.11. Riesgo.....	137
3.12. Sustancia infecciosa.....	138
3.13. Trabajador de Salud.....	138
3.14. Transmisión por gotas.....	138
3.15. Transmisión por la vía aérea.....	138
4. Principios básicos de bioseguridad.....	138

5. Precauciones universales.....	139
6. Uso de elementos de protección personal.....	140
7. Recomendaciones.....	143
8. Precauciones durante procedimientos invasivos.....	147
9. Precauciones en el control de la infección por tuberculosis.....	148
10. Normas generales de bioseguridad para salas de hospitalización.....	149

Bibliografía

INTRODUCCIÓN

La población estudiantil de Enfermería que cursa la Asignatura “Cuidado a las personas con procesos infecciosos” está expuesta a una serie de riesgos ocupacionales por mecánicos y biológicos, que pueden originar enfermedades generalmente prevenibles.

Los riesgos a los que se exponen en sus prácticas formativas se relacionan con: manipulación de muestras clínicas de pacientes con enfermedades infectocontagiosas (Bacilo de la Tuberculosis), inoculación percutánea con agujas y material corto punzante; contacto con heridas abiertas, piel escoriada, membranas y mucosas; manejo de fluidos corporales, atención a personas con procesos infecciosos (tuberculosis pulmonar, personas Seropositivas, neumonías, entre otras) y realización de procedimientos invasivos que involucran contacto con sangre (venopunciones, administración de medicamentos por vía parenteral)

Sin embargo, si los estudiantes conocen y aplican las normas de BIOSEGURIDAD: manejo adecuado del material infeccioso y uso de elementos de protectores durante la realización de procedimientos de cuidado, ese riesgo se puede disminuir y los estudiantes pueden convertirse en autogestores de su propia seguridad, de sus compañeros y de la comunidad en general.

El presente documento ha sido elaborado con el objeto de establecer Normas de Bioseguridad, aplicables a las diferentes prácticas formativas que realizan los estudiantes de enfermería que cursan IV semestre de Enfermería y hace énfasis en la necesidad de que los estudiantes consideren a TODOS los pacientes y sus muestras como potencialmente infectantes y sigan rigurosamente las precauciones para el control de las infecciones; minimizando el riesgo de exposición a secreciones de sangre y otros líquidos corporales, durante la manipulación de muestras y el cuidado a personas con procesos infecciosos.

1. OBJETIVO

Establecer la normativa para proteger la salud de los estudiantes de enfermería, que pueden estar expuestas a riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos, en los diferentes campos en donde se realiza las prácticas formativas.

2. CAMPO DE APLICACIÓN

El presente documento es aplicable a los diferentes campos en donde se realizan las prácticas formativas, los cuales están distribuidos en cuatro sitios: laboratorios de microbiología y Secretaria Departamental de Salud, ESE Popayán (consulta ambulatoria), y Hospital Universitario San José de Popayán (salas de hospitalización).

3. DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Agente biológico: Todo organismo viviente capaz de causar infección, enfermedad o muerte en el ser humano y endoparásitos humanos susceptibles de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad.

3. 2. Accidente de Exposición a Sangre o fluidos corporales (AES): Se denomina a todo contacto con sangre o fluidos corporales y que lleva una solución de continuidad (pinchazo o herida cortante) o un contacto con mucosas o con piel lesionada (eczema, escoriación, etc.).

3.3. Bioseguridad: Conjunto de medidas preventivas reconocidas internacionalmente orientadas a proteger la salud y la seguridad del personal y su entorno, cuando realizan actividades frente a riesgos ocupacionales procedentes de agentes biológicos.

3.4. Inmunización.- Proceso destinado a brindar protección mediante la aplicación de inmunobiológicos (gammaglobulinas, toxoides, vacunas) a personas en riesgo de contraer enfermedades.

3.5. Muestra para Diagnóstico: Es el material de origen humano consistente en excretas, secreciones, sangre y sus componentes, tejidos y líquidos tisulares enviados con fines de diagnóstico.

3.6. Medidas Preventivas: llamadas ahora precauciones estándares y anteriormente precauciones universales (PU), son un conjunto de medidas que deben aplicarse sistemáticamente a todos los pacientes sin distinción: lavado de manos, protección ocular y tapabocas y protección corporal.

3.7. Peligro: Todo aquello que puede producir un daño o un deterioro de la calidad de vida individual o colectiva de las personas.

3.8. Peligro biológico: Todo agente biológico y material que es potencialmente peligroso para los seres humanos, animales y/o plantas.

3.9. Procedimiento invasivo: Se entiende por invasivo todos los procedimientos que irrumpen la barrera tegumentaria o mucosa del paciente (venopunción, administración de medicamentos vía parenteral)

3.10. Residuo infeccioso: Es aquel material capaz de producir una enfermedad infecciosa. Sin embargo, a diferencia de los residuos químicos y radiactivos, los desechos infecciosos y sus riesgos asociados no pueden ser identificados de una forma objetiva.

3.11. Riesgo: Probabilidad de que ante un determinado peligro se produzca un cierto daño, pudiendo por ello cuantificarse.

3.12. Sustancia infecciosa: Es aquella que contiene microorganismos viables (bacterias, virus, rickettsias, parásitos, hongos) que pueden causar enfermedades tanto en el hombre como en los animales.

3.13. Trabajador de Salud: cualquier persona (estudiante, clínico, trabajador de seguridad pública, voluntarios, enfermeras, personal de laboratorio, empleados en general) cuya actividad involucra el contacto con pacientes o con sangre y otros líquidos corporales de pacientes en sitios dedicados a la atención de la salud o a los laboratorios

3.14. Transmisión por gotas: Las gotas generadas por la persona fuente, principalmente durante la tos, el estornudo, al hablar, durante procedimientos como aspiración y durante las broncoscopias. Las gotas pueden depositarse en las mucosas conjuntival, nasal u oral del hospedero.

3.15. Transmisión por la vía aérea: Ocurre por inhalación de gotas suspendidas en el aire (pequeñas partículas de cinco micras o menos) que resultan de gotas evaporadas que contienen microorganismos que permanecen suspendidos en el aire por largos períodos de tiempo, o partículas de polvo que contienen el agente infecciosos.

4. PRINCIPIOS BÁSICOS DE BIOSEGURIDAD

Los principios de BIOSEGURIDAD se pueden resumir en:

A) Universalidad: Las medidas deben involucrar a todos los pacientes de todos los servicios, independientemente de conocer o no su serología. Todo el personal debe seguir las precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas, en todas las situaciones que puedan dar origen a accidentes, estando o no previsto el contacto con sangre o

cualquier otro fluido corporal del paciente. Estas precauciones, deben ser aplicadas para TODAS las personas, independientemente de presentar o no patologías.

B) Uso de barreras: Comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos. La utilización de barreras (ej. guantes) no evitan los accidentes de exposición a estos fluidos, pero disminuyen las consecuencias de dicho accidente.

C) Medios de eliminación de material contaminado: Comprende el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados a través de los cuales los materiales utilizados en la atención de pacientes, son depositados y eliminados sin riesgo.

5. PRECAUCIONES UNIVERSALES

Las siguientes son recomendaciones universales que deben ser puestas en práctica por los estudiantes de enfermería, en la realización de los diferentes procedimientos y actividades que se requieren en el desarrollo de las prácticas formativas:

- Utilizar siempre ELEMENTOS DE BARRERA apropiados, según necesidades: blusa, guantes, mecheros, tapabocas, cámaras de seguridad, mascarilla y gafas.
- Usar diaria y exclusivamente en el área de trabajo, bata preferiblemente larga.
- Realizar venopunciones u otros procedimientos de acceso vascular (administración de medicamentos vía parenteral) y manipular muestras, siempre con guantes desechables (látex); ellos reducen la incidencia de

contaminación con sangre u otros líquidos durante los diferentes procedimientos, pero no pueden prevenir lesiones penetrantes causadas por agujas o instrumentos cortopunzantes.

- Establecer una zona de asepsia entre el material a procesar (toma de cultivos en sangre) y usted, utilizando mechero en estos procedimientos.
- Evitar el contacto de las mucosas con aerosoles, gotas y salpicaduras producidas por muestras, utilizando tapabocas, mascarilla y gafas protectoras.
- Realizar **lavado de manos** antes y después del contacto con un paciente; inmediatamente si se contamina con sangre u otros líquidos corporales y después de quitarse los guantes.
- Descartar inmediatamente elementos cortopunzantes (agujas, lancetas, bisturís, pinzas, otros), utilizados y contaminados en contenedores resistentes llamados "guardianes".
- Evitar todo contacto directo con pacientes y manejo del equipo correspondiente, si se presenta lesiones exudativas o dermatitis, hasta que hayan sanado completamente.
- Recordar que las agujas usadas nunca deben ser dobladas, quebradas o reencapuchadas.

6. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Los elementos de protección personal son un complemento de los métodos de control de riesgos para proteger al trabajador colocando barreras en las puertas de entrada para evitar la transmisión de infecciones. Sin embargo debe recordarse

que muchos de ellos fueron diseñados para evitar la contaminación de campos quirúrgicos y la transmisión de microorganismos de paciente a paciente a través del personal de salud, por lo cual tienen esa doble función.

De acuerdo con el procedimiento a realizar, se determina el uso de elementos de protección específicos tales como:

- Uso de mascarilla y protectores oculares en los procedimientos que se generen gotas de sangre o líquidos corporales. Con esta medida se previene la exposición de mucosas de boca, nariz y ojos, evitando que se reciban inóculos infectados.



Lentes de seguridad



Pantallas faciales

- Uso de mascarilla buconasal: protege de eventuales contaminaciones con saliva, sangre o vómito, que pudieran salir del paciente y caer en la cavidad oral y nasal del trabajador. Al mismo tiempo, la mascarilla impide que gotitas de saliva o secreciones nasales del personal de salud contaminen al paciente, debe usarse en los pacientes en los cuales se halla definido un plan de aislamiento de gotas.



Respirador N-95

- Uso de braceras: para evitar el contacto del antebrazo y brazo con sangre o líquidos corporales en procedimientos invasivos como citología.
- Uso de guantes: Reducen el riesgo de contaminación por fluidos en las manos, pero no evitan las cortaduras ni el pinchazo. Es importante anotar que el empleo de guantes tiene por objeto proteger y no sustituir las prácticas apropiadas de control de infecciones, en particular el lavado correcto de las manos. Los guantes deben ser de látex bien ceñidos para facilitar la ejecución de los procedimientos. Si se rompen deben ser retirados, luego proceder al lavado de las manos y al cambio inmediato de estos. Si el procedimiento a realizar es invasivo de alta exposición, se debe utilizar doble guante. El guante se diseñó para impedir la transmisión de microorganismos por parte del personal de salud a través de las manos; por tal motivo cuando se tengan los guantes puestos deben conservarse las normas de asepsia y antisepsia.
- Delantal de caucho: Es un protector para el cuerpo; evita la posibilidad de contaminación por la salida explosiva o a presión de sangre o líquidos corporales; por ejemplo, en drenajes de abscesos, atención de heridas, punción de cavidades, entre otros.
- Polainas: Se utilizan para trabajadores de la salud que estén expuestos a riesgos de salpicaduras y derrames por líquidos o fluidos corporales.

- Gorro: Se usa con el fin de evitar en el trabajador de la salud el contacto por salpicaduras por material contaminado y además evita la contaminación del paciente con los cabellos del trabajador de salud.

7. RECOMENDACIONES

Estas normas de bioseguridad deben implementarse en forma permanente y universal considerando que todo material biológico es potencialmente infeccioso.

El cumplimiento de estas precauciones es responsabilidad de cada estudiante y los (as) docentes deben proveer orientación, entrenamiento y educación continua, además de monitorear el cumplimiento de las precauciones universales y específicas, y de desarrollar mecanismos de asesoría y reentrenamiento.

En el área de trabajo del laboratorio, se prohíbe comer, beber, fumar, aplicarse cosméticos, y guardar o almacenar alimentos o bebidas.

Para prevenir la auto-inoculación, desarrollar el hábito de mantener las manos lejos de la boca, nariz, ojos y cara.

Tras el lavado de las manos, éstas se secan con toallas de papel desechables o corriente de aire.

El personal docente (estudiantes) debe recibir actualización o instrucción adicional según sea necesario, conforme a las modificaciones de los procedimientos.

Se recomienda el cambio frecuente de guantes acompañado del lavado de las manos, cuando se manipula material infeccioso. No se debe volver a usar los guantes descartables.

Absténgase de tocar con las manos enguantadas alguna parte de su cuerpo y de manipular objetos diferentes a los requeridos durante el procedimiento.

Si el trabajador de salud presenta herida no profunda se debe cubrir bien la herida con esparadrapo o cura y usar guantes, si es muy profunda limitarse a hacer actividades en donde no se exponga a riesgos de contaminación.

Tener todos los materiales necesarios para la obtención de muestras antes de iniciar el procedimiento, esto también incluye la provisión de descontaminantes y depósitos para eliminar el material usado.

Utilizar una adecuada técnica y materiales para evitar cualquier accidente que conlleve a una contaminación.

Usar si es posible, el sistema de tubo al vacío para la obtención de muestras de sangre, la ventaja de este sistema es que protege tanto al personal que obtiene el espécimen como a la muestra.

Al ingresar al laboratorio y/o sitio de práctica se debe utilizar bata. En laboratorio usar delantal con la delantera lisa, sin abertura delantera y mangas largas. No se debe usar la ropa de protección fuera del laboratorio o sitio de práctica, como en biblioteca, cafetería, oficinas o baños.

El trabajador de salud/estudiante debe someterse a las inmunizaciones o a los análisis de los agentes manejados o potencialmente presentes (ejemplo: vacuna contra la Hepatitis B o evaluación cutánea de tuberculosis, entre otros).

Con el fin de evitar exposiciones de riesgo al VIH/SIDA por parte del trabajador de salud/estudiante y detectar pacientes de alto riesgo de ser poseedores de la infección por VIH/SIDA en poblaciones de pacientes en las cuales el diagnóstico de infección por el VIH/SIDA es frecuentemente desconocido por el propio paciente y por el personal de la salud, se proponen las siguientes medidas:

- 1) Interrogatorio completo a todos los pacientes, en el cual se incluya historia de transfusiones o derivados de la sangre, utilización de drogas prohibidas por vía endovenosa, y si es aplicable: inicio de vida sexual activa, número de parejas.
- 2) Historia de síntomas y signos sugestivos de infección por el VIH/SIDA en los cuales se incluye: pérdida de peso, diarrea crónica, fiebre por más de 1 mes, infecciones frecuentes, etc.
- 3) Historia de enfermedades de transmisión sexual.
- 4) Determinará si un paciente es considerado de "riesgo" para presentar infección por VIH/SIDA, una vez finalizado el interrogatorio. Previo consentimiento del paciente, se realizará la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH y se tomarán las medidas preventivas igual que las que se aplican para pacientes con infección conocida por el VIH/SIDA.

Todo accidente en el laboratorio (biológico, heridas, caídas) sin importar su magnitud, debe ser notificado, al docente y jefe del laboratorio, en el respectivo formulario (ficha única de accidentes de trabajo) con copia, para optimizar la atención al accidentado, realizar un seguimiento de las consecuencias y estudiar medidas tendientes a evitar la repetición.

Todo paciente que solicite un examen de laboratorio hay que considerarlo como potencialmente contaminante y tomar las precauciones del caso ante cualquier eventualidad.

Se debe evitar tocarse los ojos, nariz, mucosas o piel durante los procedimientos de obtención de muestras.

Obtener las muestras acompañado de un personal asistente sobre todo cuando se trata de pacientes nerviosos, sensibles al dolor o con miedo a ver sangre.

En el caso de los tubos para la obtención de muestras de sangre, colocar el nombre o código del paciente antes de realizar el procedimiento, si se realiza después, se puede ocasionar derrames.

El procesamiento de muestras biológicas (hisopado nasal, faríngeo, nasofaríngeo, rectal, esputo, orina, heces, líquido cefalorraquídeo, etc.) que son requeridas para diagnósticos microbiológicos deben hacerse junto a un mechero bunsen o al interior de una cabina de seguridad biológica, según corresponda para evitar contaminación de la muestra, operador y medio ambiente.

Los ambientes que se emplean para obtener y procesar muestras especialmente esputo para el diagnóstico del bacilo de Koch, deben de ser ventilados, amplios y tener acceso a iluminación natural.

El ambiente debe contar con camilla debido a que algunos pacientes pueden sufrir desvanecimientos durante la obtención de sangre.

Si se va a trasvasar la muestra mediante pinchazo a un frasco con tapón (hemocultivos) tomar todas las precauciones del caso para no correr el riesgo de punccionarse con la aguja.

Los anteojos para la corrección de problemas de visión no proporcionan protección a los ojos. En el caso de que una persona necesitara llevarlas por

prescripción facultativa, está obligada a llevar también siempre que estuviera expuesta a un riesgo biológico y/o químico, gafas de seguridad.

El Respirador N-95, es el adecuado para protección respiratoria frente a enfermedades transmitidas por vía aérea. El respirador deberá estar sujeto adecuadamente para asegurar el sellado entre éste y piel de la cara. Es de uso personal.

Disponga el material patógeno en las bolsas de color rojo, rotulándolas con el símbolo de riesgo biológico.

En los laboratorios se recomienda utilizar calzado cerrado.

8. PRECAUCIONES DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

Las precauciones en los *procedimientos invasivos* (citología, venopunción para toma de muestras, administración de medicamentos vía parenteral, inserción de catéter venoso periférico, entre otros) son:

- Uso de guantes y tapa boca.
- Protección para los ojos. (gafas o mascarilla)
- Las sobretúnicas se usan para protección durante procedimientos invasivos con riesgo de salpicaduras (curaciones, citología).
- Cuando un guante se rompe, se debe retirar ambos guantes, lavarse las manos con agua y detergente por arrastre y colocarse otros nuevos.
- Todo material cortopunzante usado durante el procedimiento invasivo deberá ser desechado en recipientes descartables adecuados.
- Los materiales deben ser transportados en recipientes adecuados según código de desecho de materiales: en bolsa roja desechos biológicos

- La ropa contaminada (bata) será depositada en bolsas plásticas y transportada para el procesamiento

9. PRECAUCIONES EN EL CONTROL DE LA INFECCIÓN POR TUBERCULOSIS

La mayoría de casos con TB reciben tratamiento ambulatorio, por ello cuando un paciente asiste para evaluación diagnóstica o servicio clínico, debe ser evaluado inmediatamente para determinar la posibilidad de que sea un paciente infeccioso con TB activa.

Cualquier individuo con tos recibirá papel facial y será instruido a cubrirse la boca cuando tosa o estornude. Todo el personal mantendrá papel facial en su área de trabajo.

El personal les recordará a los pacientes que se laven las manos después de toser.

Letreros con instrucciones de cubrirse la boca al toser deberán ser colocados en todas las áreas del consultorio.

El profesional de enfermería y otros que atienden al paciente en un cuarto de consulta decidirán utilizar protección respiratoria adecuada (Respirador de partículas tipo Technol PF95 y / o NIOSH N95) mientras el paciente esté presente en el cuarto. Para tomar esta decisión considerarán:

- Si el paciente está usando una máscara/pañuelo facial y continuará utilizándola durante la consulta, el riesgo de transmisión reduce.

- Si se sospecha que el paciente es infeccioso por su historial y/o síntomas, o si el paciente es RMD, el riesgo de transmisión es mayor.

Al realizar entrevistas a pacientes con TB activa, el personal de enfermería debe mantener buena ventilación en su consultorio, ubicando el escritorio detrás o cerca a una ventana.

Cuando el paciente presente **coinfección con VIH**, se debe utilizar además del tapabocas, mascarilla para protección de transmisión del VIH/SIDA a través del contacto con los ojos. Además utilizar dispositivos o instrumentos de exploración preferiblemente desechables y se manejarán en bolsas impermeables de acuerdo a la reglamentación local de manejo de desperdicios.

A nivel hospitalario, las medidas recomendadas son:

- Habitación individual (en condiciones ideales con presión negativa, seis recambios de aire mínimos por hora, filtración del aire a la salida del cuarto y doble puerta a la entrada de la habitación)
- Mantener la puerta del cuarto siempre cerrada.
- Uso de mascarilla de alta eficiencia (N95, 95 % de eficiencia).
- Cuando es necesario sacar el paciente del cuarto debe ir con mascarilla quirúrgica.

10. NORMAS GENERALES DE BIOSEGURIDAD PARA SALAS DE HOSPITALIZACIÓN

Para el conjunto de trabajadores de la salud/ estudiantes que desarrollan su práctica en salas hospitalarias se asignan las siguientes medidas preventivas para el manejo de pacientes en general y con infección por VIH/SIDA:

- Lavado de manos intensivo.
- Utilice guantes estériles para realizar toma de muestras de sangre, administración de medicamentos vía parenteral, curaciones; guantes limpios para baño de pacientes y aseo de unidad.
- Utilice además monogafas, mascarilla y delantal plástico para curaciones y procedimientos donde se esperen salpicaduras, derrames, aerosoles, o salida explosiva de sangre o líquidos corporales.
- Utilización de bata. La ropa utilizada deberá ser colocada en bolsas impermeables y se seguirá el control normal de manejo de lavandería de hospitales. .
- El personal de salud evitará la utilización de batas que se contaminen con sangre o secreciones del paciente, fuera del ámbito hospitalario.
- Antes de tomar las muestras de sangre rotule el tubo; emplee la técnica correcta y evite la presencia de derrames en las paredes externas. Envíe al laboratorio los tubos sellados y debidamente rotulados, disponiéndolos en gradillas y éstas a su vez en un recipiente irrompible para evitar accidentes al personal encargado del transporte de dichas muestras.
- Antes de desechar los sistemas de drenajes como Cistofló, drenes al vacío; evacue los líquidos o drenajes respectivos en las unidades sanitarias agregando soluciones de hipoclorito a 5000 ppm durante 30 minutos, posteriormente deseche éstos recipientes en una bolsa plástica roja.
- Realice todos los procedimientos empleando las técnicas asépticas, los métodos correctos, teniendo en cuenta en disponer los residuos en los recipientes respectivos. No arroje residuos al piso o en áreas no destinadas para ello.
- Con los implementos para el control de las constantes vitales se deben tener las siguientes precauciones:
 - ❖ Termómetro: lavar con jabón y agua de arrastre y desinfectar con alcohol a 70% con fricciones mecánicas mediante un algodón.

- ❖ Estetoscopio y esfigmomanómetro: La funda del brazalete del esfigmomanómetro debe periódicamente ser lavada, y particularmente en todas aquellas situaciones en donde se contamine con sangre, heces y otros líquidos biológicos. En cuanto al estetoscopio, la membrana del mismo y las olivas deben mantenerse en condiciones higiénicas con alcohol a 70 C.

En Caso de paciente con VIH/SIDA, además de las anteriores precauciones, tener en cuenta las siguientes:

- Protección de transmisión del VIH/SIDA a través del contacto con los ojos mediante el uso de máscara, cubre bocas (en el caso de pacientes con infección por el VIH/SIDA, que pueden transmitir enfermedades a través de la vía respiratoria).
- Utilización de contenedores de instrumentos punzo-cortantes, para evitar heridas con agujas, que es la forma más común de infección ocupacional por el VIH. Las agujas no deberán ser colocadas en camas, muebles o en botes de desechos.
- Utilizar dispositivos o instrumentos de exploración preferiblemente desechables y manejarlos en bolsas impermeables de acuerdo a la reglamentación local de manejo de desperdicios.

BIBLIOGRAFÍA

ALVARES DE WELDEFORD, ALICIA. Bioseguridad. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Bacteriología. Julio de 2004

ASUNTOS DEL SIDA Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (OCASET). Programa Control de Tuberculosis Estado Libre Asociado de Puerto Rico Departamento de salud Oficina Central.

BIOSEGURIDAD EN LABORATORIOS DE ENSAYOS, BIOMÉDICOS Y CLINICOS. MPR-CNSP-013: Manual de Bioseguridad para Laboratorios Instituto Nacional de Salud. Agosto 2005.

BIOSEGURIDAD EN LOS LABORATORIOS DE MICROBIOLOGIA Y BIOMEDICINA. 4th. ed; Atlanta; 1999. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Centers for Disease Control – National Institutes of Health (CDC-NIH). Diciembre 2004: www.cdc.gov/od/ohs/pdf/bmbl4_spanish.pdf

DUPONT, MARIO ALBERTO. CUERDO PALERMO, VANESA. LEGUIZAMON, SAMANTA. MIANO, VIVIANA. SCORNAVACHI, MARCELA. DIAZ, NIDIA. BRAGONI, VIRGINIA. FERNANDEZ, SILVIA. NUÑEZ, ZULMA. Prevención de VIH-SIDA y acciones en el ámbito hospitalario. Gestiones de la biopsicoseguridad. Servicio de Salud Mental en VIH-SIDA del Hospital Dr. Carlos G. Durand, www.psi.cuba.ar/academica/carrerasdegrado/sicologia/informacion_adicional

MANUAL DE BIOSEGURIDAD EN EL LABORATORIO. Tercera Edición. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2005

MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE BIOSEGURIDAD. Comité de vigilancia epidemiológica (COVE). División de talento humano.Salud ocupacional (2003): www.CVC.gov - www.minsalud.gov.co

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS. Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología Francisco José de Caldas, Colciencias. Bioseguridad. Cartagena de Indias; 1999 – 2004: http://www.science.oas.org/Simbio/bioseseg/*.pdf

PREVENCION DE VIH-SIDA Y ACCIONES EN EL AMBITO HOSPITALARIO:
www.infecto.edu.uy/prevención/bioseguridad/bioseguridad.htm.

PROTOCOLOS DE WGO-OMGE, “Herida producida por punción con aguja”:
www.omge.org/guidelines/guide

RECOMENDACIONES DE BIOSEGURIDAD PARA LABORATORIOS:
<http://orbita.starmedia.com/forobioq/index.html>

VIDAL, JALHEL. BASSO, JORGE: Programa Nacional de ETS y Sida. BAGNULO, HOMERO. MARCOLINI, PIERINA. SCARPITTA, CANDIDA. GONZALEZ, MARIA DEL CARMEN. LUZARDO, GRACIELA: Comisión Asesora de Control de Infecciones Hospitalarias del MSP.Normas de Bioseguridad en la Prevención de Accidentes por Exposición a Sangre y Fluidos Corporales. Ministerio de Salud Pública.