



Gobierno
Federal

Este material se realizó con recursos del Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género, empero el Instituto Nacional de las Mujeres no necesariamente comparte los puntos de vista expresados por las (los) autores del presente trabajo

INSTITUTO DE LA MUJER DEL ESTADO DE CAMPECHE

Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Igualdad de Género en la Administración Pública del Estado de Campeche

META 8

“ESTUDIO CUALITATIVO DE ACTITUDES Y PRACTICAS DEL PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE A MUJERES CON VIH-SIDA”

Folio: IMEC/PFTPG-CAM/17/2012

Coordinador Académico: Dr. Salvador Rafael Castro Aguilera
26 de noviembre del 2012



INDICE

Resumen.....2

Introducción

 Etiología.....3

 Etiología en Campeche.....6

 Aspectos Culturales y Sociales del VIH/SIDA.....8

Objetivos

 General.....13

 Específicos.....13

Marco de Referencia.....14

Metodología.....18

 Instrumentos.....20

Análisis de Contexto.....23

Recomendaciones Generales.....36

Conclusiones Generales.....38

Bibliografía.....40

Anexos

RESUMEN

El objetivo de este estudio es conocer las creencias y actitudes consecuentes que tiene el personal de salud para con las mujeres portadoras de VIH para que, una vez analizados los datos resultantes y haber obtenido conclusiones, dejar la fundamentación lista para que en el futuro se puedan generar programas y nuevos proyectos que logren generar los cambios necesarios para una atención adecuada.

Se plantea el trabajo con grupos focales de personal de salud de Instituciones Públicas en dónde se manejaron tres ejes temáticos: 1. El tipo de emociones que maneja el personal de salud por sus pacientes portadoras de VIH para saber si hay neutralidad, discriminación o empatía; 2. Saber si el conocimientos médico queda por encima o por debajo de los prejuicios en la atención a la mujer portadora de VIH y 3. Conocer si el trato empático del personal de salud hacia las pacientes portadoras de VIH se proporciona la información suficiente sobre prevención.

Palabras clave: VIH/SIDA, Profesionales de la salud, mujeres con VIH/SIDA, modelo ASE, México

ABSTRACT

The objective of this study is to know the beliefs and consequential attitudes that health personnel have for women carriers of HIV so that, once analyzed the resulting data and conclusions have been reached, leave the list Foundation so that in future programs and new projects that can generate the changes needed for adequate care can be generated.

Working with focus groups of personnel of public institutions health arises where three thematic axes were handled: 1. the type of emotions that health personnel handled by their patients HIV carriers to find out if there are neutrality, discrimination or empathy; 2 Know if the medical knowledge is above or below the biases in attention to HIV-carrying women and 3. Know if treatment empathetic toward patients carriers of HIV health staff provides sufficient information on prevention.

Key words: HIV/AIDS, health professionals, women with HIV/AIDS, ASE model, Mexico.

INTRODUCCIÓN

Etiología

Según la información Epidemiológica del VIH/SIDA en México 2011, proporcionada por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología, ONUSIDA informó que el crecimiento general de la epidemia mundial de SIDA se ha ido estabilizando y que el número anual de nuevas infecciones por VIH ha ido disminuyendo desde 1990, así como el número de defunciones, esto debido a la ampliación del acceso a tratamiento antirretroviral en los últimos años.

Esto no significa que la batalla contra el VIH/SIDA y su erradicación se haya ganado, por el contrario, los niveles aún siguen altos y por lo tanto no se debe de bajar la guardia en cuanto a materia de prevención, dar un mayor énfasis a la atención del VIH/SIDA.

Hasta 2010 ONUSIDA reporta que 34 millones de personas siguen viviendo con VIH en el mundo; de las cuales 15.9 millones son mujeres y 2.5 millones son niños menores de 15 años. Estos datos nos indican inequívocamente que la atención de estos millones de personas es indispensable, no solo para mejorar su calidad de vida, sino que puedan ser ellas y ellos mismos los colaboradores en prevención de la enfermedad misma.

2.7 millones de personas se infectaron con el VIH en todo el mundo.

1.8 millones de personas murieron por enfermedades relacionadas con el SIDA.

En cuanto a América Latina se estima que en 2010 1.5 millones de personas viven con el VIH, 100 mil se contagiaron con el VIH y hubo 67 mil defunciones relacionadas con el SIDA.

México ocupa el lugar 16° en América Latina y el Caribe. Esto aunque nos coloca lejos de los primeros lugares, no es suficiente ya que desde el inicio de la epidemia hasta el 18 de noviembre del 2011 existen:

152,390 casos de SIDA notificados

125,197 (82.2%) son hombres

27,193 (17.8%) son mujeres

Es importante hacer notar la palabra NOTIFICADOS, ya que generalmente se encuentran sub-registros que no permiten ver la magnitud del problema desde una perspectiva real.

En Ciudad del Carmen, Campeche, encontramos una gran población masculina flotante, caracterizada por su intensa actividad sexual, de la cual no se lleva un registro confiable sobre su estado de salud y por lo tanto es difícil de medir los grados de contagio que pueda haber entre esta población y hacia la población estable de la ciudad.

Dentro de los Estados que tienen la mayor prevalencia de casos de VIH/SIDA por cada 1,000 habitantes hasta el 2010 son:

ENTIDAD	PREVALENCIA VIH/SIDA
Distrito Federal	1.6
Quintana Roo	1.5
Yucatán	1.4
Campeche	1.3
Guerrero	1.2
Tabasco	1.1
Morelos	1.0
Baja California	1.0

ENTIDAD	HABITANTES MUJERES	HABITANTES HOMBRES	TOTAL HABITANTES	% *
Distrito Federal	4,617,297	4,233,783	8,851,080	7.8
Quintana Roo	652,358	673,220	1,325,578	1.1
Yucatán	992,244	963,333	1,955,577	1.7
Campeche	414,720	407,721	822,441	0.7
Guerrero	1,743,207	1,645,561	3,388,768	3.0
Tabasco	1,137,845	1,100,758	2,238,603	1.9
Morelos	918,639	858,588	1,777,227	1.5
Baja California	1,563,460	1,591,610	3,155,070	2.8

*Porcentaje que ocupa cada Entidad Federativa en relación al total de la Población en México en el 2010: 112,336,538 habitantes. (www.cuentame.inegi.org.mx)

.Etiología en Campeche

Tomando en cuenta la cantidad de habitantes que tiene cada uno de estos estados y la prevalencia de la que hace mención ONUSIDA tenemos lo siguiente:

Si por cada 1,000 habitantes Campeche muestra una prevalencia del 1.3, estamos hablando que por 822,441 habitantes en total del Estado, tienen 1,069 casos.

Según prevalencia y número de habitantes, podemos decir que los casos que se presentan en estos estados son:

ENTIDAD	PREVALENCIA	TOTAL HABITANTES	CASOS
Distrito Federal	1.6	8,851,080	14,162
Quintana Roo	1.5	1,325,578	1,988
Yucatán	1.4	1,955,577	2,738
Campeche	1.3	822,441	1,069
Guerrero	1.2	3,388,768	4,067
Tabasco	1.1	2,238,603	2,462
Morelos	1.0	1,777,227	1,777
Baja California	1.0	3,155,070	3,155

Estos datos nos indican, no únicamente que Campeche se encuentra en el lugar no.4 de prevalencia, sino que esta rodeado de otros estados que ocupan lugares importantes dentro de la estadística del VIH/SIDA

Datos con los cuales podemos determinar que Campeche tiene una alta prevalencia, además se encuentra en un potencial riesgo de aumentar su población infectada y por lo tanto los tratamientos que deberán ser aplicados a los pacientes, ya que se encuentra en una zona de alta prevalencia en proporción con la media nacional.

En cuanto a los casos registrados nos encontramos que la edad se concentra en entre los 25 a 44 años, con el 65.7% de los casos registrados. Pero hay que hacer énfasis en que en el grupo de 15 a 24 años se ha observado un incremento en el número de casos, con un alarmante 117.4% entre el año de 1990 y el 2000 y del 74% entre 1990 y 2010.

Este dato nos indica claramente que parte de los esfuerzos deben de concentrarse en la prevención a este grupo de edad, entre los 15 y 24 años, porque aunque se piense que la promoción del preservativo ha sido exhaustiva y las campañas exitosas, esto queda en entre dicho cuando se ve un incremento tan grande en el número de casos de la población más sexualmente activa e informada y que sin embargo se sigue contagiando.

ONUSIDA nos informa que de los casos de SIDA conocidos el 93.8% la transmisión fue por vía sexual, el 4% por vía sanguínea que incluye transfusiones, usuarios de drogas intravenosas y exposición ocupacional y que el 2.2% a la vía perinatal.

Es por ello que la prevención y atención de las mujeres se vuelve imperiosa en la lucha contra el VIH/SIDA, no solamente porque puedan ser víctimas y por ello contagiar a sus hijos durante el embarazo, sino porque es en las mujeres en quienes recae, mayoritariamente, la educación de la prole. Podremos estar o no de acuerdo con que sea la mujer la responsable única de dicha educación y para ellos se están realizando esfuerzos para la equidad, pero mientras ello llega, la mujer tiene un papel preponderante y de empoderamiento en cuanto a la educación y preparando, informando e involucrando a la mujer en estos temas, no únicamente para su auto-protección, sino para la difusión y prevención de su entorno se podrá dar grandes pasos en campañas para la prevención y atención del VIH/SIDA, así como para cualquier otro tipo de promoción sobre cualquier otro tema.

En México, los esfuerzos para la prevención del VIH han sido de consideración, pero todavía no se puede hablar de la erradicación de una enfermedad que sigue afectando a la población, por ello todos los esfuerzos que se encaminen en este sentido deben de ser realizados para mejorar la calidad de vida de las personas que en este país habitamos.

El VIH sigue teniendo un incremento en el número de casos. No nos podemos limitar a la prevención, también habrá que atender a las personas que ya están infectadas.

La realidad nos golpea diciéndonos que las campañas para la prevención sobre el VIH no son suficientes, ya que la enfermedad sigue presentándose y transmitiéndose, sin encontrar razones aparentes para ello.

El problema del VIH-SIDA es multifactorial y rodeado de una serie de prejuicios, mala información o desinformación, intereses comunitarios, políticos y religiosos, así como económicos que lejos de ayudar, entorpecen su control.

Aspectos Culturales y Sociales del VIH/SIDA

Es una enfermedad que puso al descubierto con su aparición una serie de tabúes y de doble moralidad social, familiar y del individuo que en la concepción del mismo padecimiento entraña problemáticas difíciles de resolver y por lo tanto se trasladan a la atención de la enfermedad, despojándola de la objetividad necesaria para poder ser atendida.

Enfrentar a la sociedad ante la realidad de que las prácticas sexuales tienen una variedad en la expresión de la que nunca se había hablado en voz alta, ha sido encarar una verdad de la que se prefería no hablar. Ahora sabemos que hay heterosexualidad, homosexualidad, bisexualidad, trans-género, travestismo y transexualidad. Conceptos que aún hoy en día son difíciles de distinguir, no solo en la población en general, sino aún en el personal de salud que atiende a pacientes con VIH/SIDA.

Parecería ser que la única razón que existe en el constructo social para explicar el VIH-SIDA es la homosexualidad y la promiscuidad sexual, uso de drogas, siendo estas tres algunas de las muy variadas razones para la transmisión de la enfermedad, pero ante este prejuicio, todo lo demás no cobra importancia.

Es por ello que el desarrollo de una investigación para detectar actitudes del personal de salud ante pacientes con VIH-SIDA puede comenzar a dar idea del problema al que nos enfrentamos, como sociedad ante la prevención de este tipo de enfermedades y así poder actuar de una forma más acorde a lo que debe ser el ejercicio del personal de salud: la objetividad.

Construcción Social del VIH/SIDA

El SIDA ha hecho que la construcción cultural que se tenía de diversos aspectos inherentes a toda persona, se hayan visto cuestionados, analizados y modificados dentro de la sociedad.

Con la aparición del VIH/SIDA la intimidad de la persona queda expuesta al escrutinio público y por lo tanto sujeta a una serie de pre-juicios que han hecho de esta enfermedad un tabú.

El cómo las personas se deben de cuidar a sí mismos y al otro durante un encuentro íntimo, la forma del emparejamiento, las diferentes maneras de concebir a las parejas, las prácticas sexuales. El VIH/SIDA ha sido el catalizador a todos estos cuestionamientos.

Como dice Gallego-Montes G, en México la concepción que se tiene del VIH/SIDA primordialmente es de carácter epidemiológico. Poco nos hemos



detenido en analizar la compleja problemática que rodea a la enfermedad y por lo tanto poco sabremos de la forma en la que se puede prevenir de forma efectiva al desconocer aspectos a mayor profundidad de los que brindan las estadísticas.

La forma en la que la información sobre la aparición de la enfermedad fue dada, creó una serie de tabúes en torno a ella.

Al ser primero considerada una enfermedad exclusiva de un grupo social marginado como lo eran los homosexuales, parecería que la enfermedad era “la consecuencia lógica” a las prácticas sexuales anti-naturales que en la sociedad conservadora se tenían y que muy a pesar de la sociedad misma, se sigue conservando.

Posteriormente, hasta que la enfermedad no alcanzó a sectores de la población que no pertenecía a la comunidad homosexual, se comenzó a analizar que la enfermedad también tenía un componente de transmisión sanguínea que entonces tocaba a cualquier persona, a la sociedad entera y quedábamos sujetos a una epidemia que podía afectarnos a todos.

Esto junto con el tiempo en que se tardó en descubrir qué era “esa enfermedad” que afectaba principalmente a la comunidad homosexual, que comenzaba a cobrar víctimas en la sociedad en general, sobre la cual giraban una serie de mitos como que provenía de los monos, que se había experimentado con presos en prisiones americanas, que era exclusiva de los homosexuales, generó una serie interminable de interpretaciones que han perdurado en el tiempo.

Para poder tener una comprensión global del VIH/SIDA, es indispensable tener la biografía sexual del paciente infectado, porque el 93.8% de los casos de SIDA tienen un precedente sexual, este es un proceso acumulativo de eventos y vivencias sexuales, desde la primera relación sexual, cualquiera que ésta haya sido hasta la última.

Si logramos entender que la relación sexual puede ser heterosexual, homosexual y homo-erótica, la problemática se vuelve más compleja, ya que hay un grupo de personas, hombres en su mayoría, que no se consideran homosexuales y por lo tanto no tienen las medidas de sensibilización, conciencia y prevención que tiene este grupo social y se convierten en otro grupo social con un mayor riesgo, tanto de contagiarse como de propagar la enfermedad dentro de su familia nuclear.

Como podemos observar, el VIH/SIDA es un problema multifactorial, y por lo mismo, sujeto a una serie de pre-juicios y creencias que lejos de ayudar, complican su prevención y atención.

Si esto se traspolamos al personal profesional de salud, que están en esta primera trinchera de atención, podremos detectar cuál es el riesgo si este sector de atención primaria se maneja en una esfera poco objetiva en la ejecución de su labor. Por ello, planteamos la siguiente línea de investigación.

Enfoque del estudio Cualitativo sobre VIH/SIDA con Perspectiva de Género

Basados en el Modelo ASE (Attitude, Social influence and Efficacy) descrito por los profesores H. de Vries y G. Kok, y este a su vez ha sido construido sobre las teorías de la Acción razonada de Fishbein, la Teoría de la Autoeficacia de Bandura y el Modelo de Creencias sobre la Salud de Becker, sabemos que antes de ejercer una conducta, hay una intención de conducta y es precisamente en esta fase en dónde se puede influir para una modificación.

Pero ¿cómo pretendemos influir para modificar cierto tipo de conductas si no las conocemos? Es por ello que este tipo de estudios nos permite determinar qué sucede antes de la actuación del personal de salud que atiende a pacientes con VIH-SIDA, para de ahí hacer una serie de propuestas.

Sabemos que la intención de la conducta está influida por tres determinantes:

1. La actitud y creencias: fundamentalmente afectivo, se encuentra relacionado con la información que poseen las personas sobre todas las posibles consecuencias de realizar una determinada conducta.

Para poder pensar en modificar una conducta con el personal de salud hacia la atención a mujeres con VIH/SIDA se deben de conocer las creencias,

prejuicios, información que manejan, no solamente de la enfermedad, sino de aspectos psico-emocionales de las pacientes.

2. La norma subjetiva o influencia social: la directa es la creencia acerca de la conducta que esperan de uno las personas relevantes. La indirecta es la creencia acerca de si los demás realizan o no la conducta.

El personal de salud se ve rodeado por un ambiente que definitivamente los influye. Si el ambiente familiar y el laboral se encuentran en sincronía, podrá haber coherencia en la actitud.

Cuando se tienen una serie de prejuicios, falta de información o mala información sobre el VIH/SIDA, su transmisión y tratamiento; pero en el ambiente labora hay otro tipo de enfoque hacia la enfermedad; el personal de salud se verá en un continuo conflicto sobre cómo hacer el acercamiento a las pacientes y por ello, su actitud se verá influenciada.

3. La autoeficacia: la habilidad que alguien estima que tiene para realizar una conducta específica en una situación determinada.

El personal de salud podrá verse adecuadamente motivado a tener un cambio de actitud hacia las pacientes con VIH/SIDA si existe un constructo de auto-eficacia anterior. De lo contrario, si no han tenido la retroalimentación necesaria para poder contrastar sus actos y los resultados de los mismos, la estima de su actuación se podría ver mermada.

Estas tres determinantes predicen la intención, y esta predice la conducta. Pero dejar un modelo con estas características sería simplista, ya que en realidad, detectar estas determinantes únicamente nos estaría dando un primer rastro.

A esto hay que agregarle otra serie de variables como son el sexo, el género, la edad, la profesión, el estatus cultural y económico entre otros)

Parecería sencillo poder predecir cierto tipo de actitud según sea el bagaje de creencias, de influencia social o de autoeficacia, pero en realidad este es un proceso lo suficientemente complejo de autoconocimiento, reflexión, análisis, crítica y decisión que cada persona lleva a cabo ante una situación determinada.

Según el Modelo Trans-teórico de Prochaska y DiClemente, sostienen la hipótesis de que los cambios de conducta siguen una serie de etapas más o menos estandarizadas, tanto en los cambios espontáneos como en aquellos que siguen recomendaciones terapéuticas.

Es verdad que este modelo se comenzó a usar para cambiar el hábito del tabaquismo, es decir de adicciones, se ha visto su efectividad en el cambio de otro tipo de conductas como las construidas desde los prejuicios.

El modelo se conforma de cinco estados:

1. Pre-contemplación, en donde la persona no tiene la intención de cambiar, ya sea por falta de información, por no tener suficiente información y por haberlo intentado sin éxito.

Cuando el personal de salud que atiende a mujeres con VIH/SIDA no tiene información sobre el padecimiento, pero sobre todo de los aspectos psico-emocionales, culturales y familiares con los que la paciente tiene que enfrentarse, difícilmente su actitud hacia una mayor comprensión y empatía podría surgir. Lo mismo sucede con las medidas de auto-protección ante la enfermedad, que en ocasiones no hay la suficiente conciencia sobre las consecuencias que puede tener adoptar o no ciertas medidas. Simplemente porque se ha intentado en otras ocasiones, ya sea acercarse a las pacientes o tener medidas de auto-protección pero no han sido cómodas, pudieron generar situaciones difíciles de manejar y entonces es preferible conservar las actitudes conocidas y que no sacan a las personas de su zona de confort.

2. Contemplación: es cuando la persona tiene interés de cambiar en los siguientes seis meses. Están suficientemente informados sobre los pros y contras del cambio. En este estado puede producirse ambivalencia y prolongarse a lo largo del tiempo sin llegar a ejecutar el cambio (pro-castinación o postergación)

El personal de salud, llega a ser consciente de que se necesita un cambio de actitud hacia las pacientes con VIH/SIDA, pero por distintas razones no hay una decisión real de cambio. Esto se debe a distintos factores que deberían ser investigados para poder ayudar a realizar dichos cambios.

3. Preparación: cuando la persona tiene la intención de cambiar en un futuro próximo; ya han realizado alguna acción significativa en un pasado cercano que les ha mostrado las ventajas de actuar sobre ese cambio.

Para llegar a este estado, es necesario que el ambiente en dónde se pretende realizar el cambio, sea propicio y adecuado, que apuntale a la persona. En el personal de salud, generalmente hay conciencia sobre los cambios que deben ser realizados, cómo hacerlo, pero pueden encontrarse con que el entorno no lo facilita o hasta lo entorpece, por lo que se opta por no realizarse.

4. Acción: cuando la persona ya ha realizado modificaciones específicas en su estilo de vida.

Desde las pacientes con VIH/SIDA se puede identificar quién dentro del personal de salud han hecho un cambio de actitud, hacia una mayor empatía y comprensión, ya que es con ellos con quienes prefieren atenderse.

5. Mantenimiento: la persona se esfuerza en prevenir las recaídas. Tienen más auto-eficacia que las personas que se encuentran en el estado de acción. Para lograr un cambio de conducta o de hábito, se debe de perseverar en este estado desde seis meses a cinco años. Cuando el entorno laboral sostiene de manera institucional las motivaciones para los cambios de actitud hacia la atención para mujeres con VIH/SIDA, será mucho más probable que estas logren mantenerse a lo largo del tiempo.

LAS ETAPAS DEL CAMBIO				
Contenidos de una Intervención hecha a medida				
Pre-contemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento
Promover conflicto interno y mover a la reflexión de pros y contras	Desequilibrar el balance de decisión a favor de la conducta a modificar, romper la ambivalencia, evocar razones para la modificación de la conducta y riesgos de la antigua conducta	Facilitar la acción e incrementar la auto-eficacia	Evaluar actividades y técnicas necesarias y establecer controles	Identificar y prevenir situaciones que motiven a regresar a la antigua conducta



OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer las actitudes y prácticas del personal que trabaja en Instituciones Públicas de Salud hacia las mujeres con VIH/SIDA a través de un estudio cualitativo.

14

Objetivos Específicos

Caracterizar las formas en que se construye la percepción y trato del personal de salud hacia las pacientes con VIH/SIDA.

Analizar los patrones culturales que influyen en la percepción del personal de salud hacia las mujeres con VIH/SIDA.

MARCO DE REFERENCIA

Basándonos en la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, en donde afirman que *“en sus inicios la infección fue considerada como exclusiva a un sector determinado por sus preferencias sexuales, sin embargo, se ha demostrado que las vías de transmisión son más amplias, por lo que están en riesgo todos los sectores sociales independientemente de su edad, posición económica, ideológica, educativa o sexual”*

Al hacer esta aseveración, se reconoce la necesidad de intervenir de forma multifactorial en la prevención y atención al VIH/SIDA y es por ello que investigar sobre las situaciones a las que se enfrentan los profesionales de la salud frente a las mujeres seropositivas.

Dentro de la norma se considera población vulnerable a:

- Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)
- Trabajadora y trabajadores del sexo comercial (TSC)
- Usuarios de drogas inyectables (UDI"s)
- Personas privadas de su libertad
- Niñas y niños en situación de calle.

En el apartado 5.1 de la NOM se cita: *La prevención del VIH/SIDA debe considerarse en el marco de la promoción de la salud como un proceso para evitar la transmisión del VIH/SIDA en la población, mediante el fortalecimiento de conocimientos, aptitudes, actitudes y hábitos de las personas y la comunidad para participar corresponsablemente en el autocuidado. El cuidado colectivo y la construcción de una sociedad saludable y libre del VIH/SIDA debe referirse al Modelo Operativo de la Promoción de la Salud y a la aplicación de las Guías de Prevención Primaria y Secundaria del CENSIDA, disponibles para consulta en www.censida.salud.gob.mx y www.promocion.salud.gob.mx/dgps*

Sobre este apartado sustentamos, que el personal profesional de la salud que atiende a mujeres con VIH/SIDA es un grupo de importancia para desarrollar programas de prevención y atención, partiendo de sus características, pre-juicios y criterios para la atención de este tipo de población. Sosteniéndolo en los apartados 5.1.2 de Desarrollo de capacidad y competencia en salud, 5.1.4

Detección oportuna del VIH, 5.1.5 Desarrollo de entornos saludables, 5.2 que habla de que la prevención se debe de llevar a cabo por lo órganos competentes de Salud y Educación en los tres niveles de gobierno, en donde se insertan nuestros grupos focales.

En la declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA, México firmó *“(L)a plena realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos es un elemento indispensable de la respuesta mundial a la pandemia de VIH/SIDA, particularmente en las esferas de la prevención, la atención, el apoyo y el tratamiento, y (...) reduce la vulnerabilidad al VIH/SIDA y evita el estigma y la discriminación conexas de las personas que viven con el VIH/SIDA o con riesgo de contraerlo”*

Esta declaración fundamental de los Derechos humanos amparan este tipo de estudio cualitativo del personal profesional de salud, en dónde no solamente se protege a dicho personal, sino que a partir de ellos, se transfiere al información adecuada a las mujeres con VIH/SIDA.

De igual forma el principio de mayor participación de las personas infectadas o afectadas por el VIH y el SIDA se estableció en la Declaración de la Cumbre de París en 1994, en donde se comprometieron a: *“...proteger y promover los derechos de los individuos, en particular los que viven con el VIH/sida o son más vulnerables a la infección, por medio del entorno jurídico y social; lograr la plena participación de las organizaciones no gubernamentales y comunitarias, así como de las personas que viven con el VIH/sida, en la formulación y aplicación de las políticas públicas; asegurar la protección equitativa de la ley a las personas que viven con el VIH/sida por lo que respecta a acceso a asistencia sanitaria, empleo, educación, desplazamiento, vivienda y bienestar social...”*

Uno de los derechos humanos básicos es el derecho a la información, objetiva y profesional, por lo que si los profesionales de la salud se conducen de acuerdo con sus pre-juicios y creencias, separándose de la práctica profesional adecuada, estarían faltando a un derecho humano.

Aunque no hay ningún tratado internacional que aborde específicamente el VIH, existen diversas estipulaciones en tratados y declaraciones internacionales de derechos humanos, hay algunos derechos que hacen mención al derecho a la salud como son:

El derecho al máximo nivel alcanzable de salud. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales artículo 12

No discriminación e igualdad ante la ley. Se encuentra en todas las legislaciones internacionales e implica que el ser seropositivo se conservan todos los derechos humanos y constitucionales como cualquier otra persona capaz.

Derechos humanos de las mujeres. En la promoción de estos derechos, la salud juega un papel fundamental para la prevención del VIH y reducir el impacto de la epidemia sobre las mujeres.

Derecho a la educación. Establecido en el artículo 26 de la Declaración de Derechos Humanos y el artículo 13 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En este artículo se fundamenta que posterior al estudio cualitativo se propongan una serie de cursos, diplomados y capacitación, tanto para el personal profesional de salud como a las usuarias de los servicios de Salud de las Instituciones, tanto Públicas como Privadas.

Libertad de expresión e información. En el artículo 19 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos estipula el derecho a buscar, recibir e impartir información y esto está ligado directamente al VIH/SIDA. Todos los estados firmantes están comprometidos a asegurar este derecho a todos sus ciudadanos.

De manera enunciativa el marco jurídico es el siguiente:

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica
- DOF. 29-IV-1986
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud,
- DOF. 06-I-1987.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica
- DOF. 14-V-1986.
- Programa Nacional de Salud 2001-2006.
- DOF. 21-IX-2001.
- Programa Nacional de VIH/SIDA, con fecha de edición y publicación 02 de mayo de 2002
- Decreto por el cual se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA
- DOF.21-VIII-1998, FE. DOF. 19-X-1998



- Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993 Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- DOF. 18-VII-1994 FE. DOF. 23-XII-1996.
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993 Para la prevención y control del VIH/SIDA.
- DOF.17-I-1995
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA1-1993, Que establece las especificaciones sanitarias de los condones de hule látex.
- DOF.08-IV-2004
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 Para la vigilancia epidemiológica.
- DOF. 18-07-1994, 11-10-1999
- Guía de orientación para informadores de VIH/SIDA
- Guía para la atención psicológica de personas que viven con el VIH/SIDA
- Guía para el manejo de la mujer embarazada con infección por VIH
- Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por el VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales.
- Guía para Enfermeras en la Atención del Paciente con VIH/SIDA
- Guía de manejo antirretroviral de las personas que viven con VIH/SIDA

METODOLOGIA

El análisis que presentamos se basa en una investigación con grupos focales de corte cualitativo que se llevó a cabo en el mes de octubre del 2012, en el que se entrevistó a 33 personas que laboran en el área de salud atendiendo a mujeres con VIH/SIDA.

La población de estudio fueron profesionales de la salud de Instituciones Públicas que atienden mujeres seropositivas, del Hospital General Dra. Ma. Del Socorro Quiroga Aguilar y de los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las Infecciones de transmisión sexual (CAPASITS)

El lugar en donde se llevó a cabo el estudio y reclutamiento fue Hospital General Dra. Ma. Del Socorro Quiroga Aguilar, en las Aulas de Enseñanza, en Ciudad del Carmen, Campeche.

De este mismo Hospital fue el reclutamiento para el estudio, así como de los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) a través de una invitación directa hecha al Hospital General Dra. Ma. Del Socorro Quiroga Aguilar, con el Coordinador de Enseñanza en Enfermería L. E. José Rafael Villanueva Echavarría.

En los criterios de inclusión se solicitó a Profesionales de la salud encargados de la recepción, atención y canalización de mujeres consultantes por VIH/SIDA que laboren en Instituciones Públicas dentro del sector Salud. Siendo el criterio de exclusión todo el personal de salud que no reúna los requisitos anteriores.

Siguiendo un guion de preguntas abiertas, se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas en grupos de 10 personas, basando la atención en el tipo de emociones que maneja el personal de salud por sus pacientes portadoras del VIH, para detectar si el conocimiento médico queda por encima o por debajo de los prejuicios hacia las pacientes y si se proporciona la información suficiente sobre prevención a dichas pacientes.

Las entrevistas fueron grabadas y atendidas por un moderador y un coordinador y se llevaron a cabo en las aulas de Enseñanza del Hospital General Dra. Ma. Del Socorro Quiroga Aguilar de Ciudad del Carmen, Campeche.



A las personas seleccionadas se les informó que la entrevista la realizaría personal independiente del Hospital, que la Institución promotora de el estudio es el Instituto de la Mujer del Estado de Campeche, que la información obtenida del estudio sería utilizada exclusivamente por dicho instituto para que en el futuro se puedan generar programas y nuevos proyectos que logren generar los cambios necesarios para una atención adecuada de mujeres con VIH/SIDA.

El consentimiento informado se realizó de manera verbal al inicio de cada entrevista, momento en el que también se notificaba a las/los participantes que toda la información se manejaría de forma confidencial.

Con el grupo focal 1 se hizo mayor hincapié en los temas de redes social, historia profesional, grados de involucramiento, tipo de relación con el paciente, tipo de capacitación recibido por el profesional, medidas de bio-seguridad y sugerencias a la educación sexual.

Con el grupo focal 2 se enfatizó en la necesidad del abordaje integral a las pacientes con VIH/SIDA, tipos de comportamiento sexual, los protocolos que se dan sobre el manejo de pacientes, así como los aspectos empíricos de los mismos, el tipo de seguridad que tienen las pacientes para con sus redes sociales inmediatas, los comportamientos no verbales y empáticos del personal de salud para con sus pacientes, así como la evitación o exclusión entre pacientes y profesionales de la salud.

Con el grupo focal 3 cobraron importancia los temas de la capacidad para poder tener contacto con las pacientes, lo fundamental del trato, lo especial en el vínculo que se forma entre el personal de salud y las pacientes, mitos en relación a no involucramiento, la bio-seguridad y acercamiento emocional; también en las relaciones familiares de los trabajadores y la información que brindan para la prevención; la ansiedad por la ideación latente del contagio y su aceptación.

Instrumentos

PREGUNTAS SOBRE VIH-SIDA PARA GRUPOS FOCALES

Personal de Salud de Ciudad del Carmen, Campeche

PLANO MEDICO-PACIENTE

Objetivo Específico preguntas de la 1 a la 5: sondear si las dificultades provienen del personal de salud hacia la paciente o viceversa y saber si el personal tiene algunas ideas de solución. También se podrá detectar en base a sus respuestas si existen rastros de creencias y prejuicios que modifiquen la actitud

1. ¿Cuántas pacientes portadoras de VIH atienden por día?
2. ¿Vienen solas o acompañadas? ¿Por quién?
3. ¿Cómo es su acercamiento al personal de salud después del diagnóstico de VIH/SIDA?
4. ¿Cómo sienten que son tratadas las mujeres portadoras por los familiares que las acompañan?
5. ¿Cuáles son las principales dificultades que encuentran ustedes en la atención a las mujeres portadoras de VIH?

Objetivo Específico preguntas desde la 6 a la 11: Tratar de descubrir si existe algún tipo de temor fóbico a la infección, al tomar medidas excesivas de protección. También para descubrir si hay mala información sobre los procesos de transmisión que hagan que se basen más en las creencias y prejuicios que en la ciencia

6. ¿Cuáles son las medidas de auto-protección que toman Uds ante una paciente portadora de VIH?
7. Además de las medidas que su propia Institución les recomiendan, ¿Uds toman algunas otras? ¿Cuáles y por qué?
8. ¿Les da temor el contagio? ¿Por qué?
9. ¿Sus familias se preocupan sobre el tipo de labor que realizan? ¿Quién se preocupa más de su núcleo familiar?

10. ¿En su comunidad han encontrado algún tipo de rechazo por la labor que realizan en el sector salud? ¿Cuál y por qué?

11. ¿Temen por la salud y seguridad de su familia? ¿Por qué?

Objetivo Específico preguntas de la 12 a la 14: Descubrir el grado de involucramiento o alejamiento afectivo por parte del personal de salud con sus pacientes; si la información es la adecuada.

12. ¿Cuáles son las recomendaciones que le dan Uds a sus pacientes como medidas de prevención?

13. ¿Estas medidas las entienden las mujeres portadoras, claramente o les tienen que explicar con más detenimiento? ¿Cómo?

14. ¿Normalmente estas recomendaciones se las dan a las mujeres portadoras o de preferencia a sus parejas, hijos o familiar que la acompaña?

PREGUNTAS SOBRE VIH-SIDA PARA GRUPOS FOCALES

Público en General, Ciudad del Carmen, Campeche

1. ¿Crees que cualquier persona puede infectarse por el VIH?

2. ¿Por qué crees que las personas jóvenes se siguen infectando por el VIH, aunque tengan información?

3. ¿Cómo amenaza el SIDA a la población de hombres y mujeres?

4. ¿Crees que tú te puedes contagiar por VIH/SIDA?

5. ¿Qué te haría sospechar que una persona tiene la infección por el VIH/SIDA?

6. ¿Qué se debe hacer para evitar contraer la infección por VIH?

7. ¿Qué medidas tú consideras eficaces para disminuir el riesgo de VIH?

8. ¿De qué modo crees que se pueda mejorar la prevención del VIH/SIDA?

9. ¿Cree ud que los programas de prevención llevados a cabo por el personal de salud de su comunidad y/o su escuela disminuyen la posibilidad de adquirir la infección por VIH?

10. Si ahora te enteraras que tienes la infección por VIH ¿cómo te sentirías?

11. ¿Qué puedes hacer por las personas que tienen VIH/SIDA?

12. Como personal de salud, ¿qué te gustaría hacer en tu comunidad para prevenir el SIDA?

ANÁLISIS DEL CONTEXTO

Modalidad: Metodología cualitativa de investigación, grupos focales.

Introducción:

Analizar las creencias, actitudes y prácticas del profesional que atiende aspectos de la salud sexual y reproductiva es fundamental, toda vez que no se sustenta únicamente en los aspectos propios de la formación específica que recibe a nivel formal (desde las aulas), sino además influyen los de carácter no formal (desde la familia de origen), como los informales (del entorno de socialización secundario). Por otra parte hacen referencia dichos elementos no sólo a quehaceres técnicos y protocolarios, el trabajar con personas en condiciones de vulnerabilidad o situaciones que involucren dolor o sufrimiento humanos y en lo concerniente a la salud (biológica, psicológica y / o social) expone a efectos adversos de mediano o largo plazo en el mismo personal con los consecuentes costos que ello implica.

Hacer este tipo de análisis permite, por tanto poseer elementos de fortalecimiento y promoción de estrategias que incidan en la profesionalización constante de los equipos de trabajo como en el monitoreo de sus propios procesos de salud, en beneficio de las poblaciones que dichos personales atienden.

ANÁLISIS DE GRUPO 1.

Número de participantes: 13

Hospital General Dra. María del Socorro Quiroga Aguilar, en Ciudad del Carmen Campeche

Fecha: 27 Octubre 2012

ANÁLISIS DE LA NARRATIVA:

De las redes sociales de apoyo.

Ent. - Bueno pues son algunas preguntas, algunos cuestionamientos que traemos, y que tienen que ver con lo que es pacientes, mujeres principalmente, portadoras de VIH, fundamentalmente, que ustedes atienden, y que ahorita desde el elevador, ¿no? De repente surge este comentario, ¿no?, acerca del miedo, ¿no?, bueno desde antes, desde abajo, desde el pasillo, ¿no?, todo lo

que implica una persona que llega a CAPASITS. entonces en ese sentido eh, vamos a comenzar un poquito con datos muy generales, ¿cuántos?, ¿cuántas pacientes, por favor, las mujeres que tienen VIH atienden en promedio por día?

C	- Por día... Somos dos turnos, la señora T. viene en el turno de la tarde y yo atiendo el turno de la mañana, pero por día son alrededor de 108 pacientes (...) en mujeres podría ser el 60 ó 70%.
Ent.	- De esos 108 podría ser el 70%
C	- Así es... en el turno de la mañana.
Ent.	- ¿En un solo turno?
C	- En un solo turno
Ent.	- ¿y en el turno vespertino?
T	- En el turno vespertino manejo más caballeros que mujeres (titubeo...) diría un 80%... mujeres... Un 20% mujeres

La asistencia al CAPASITS es diferenciada en función del sexo así como del acompañamiento, ello tiene que ver tanto con la historia y antecedentes del centro así como de las redes sociales de apoyo diferenciadas.

Ent.	- Se invierte, hay un cambio muy fuerte... es interesante que planteen esto ¿no?, a ver cómo podemos ir metiendo algunas dudas, ¿porqué creen que pueda darse este cambio?, que sean más, un poco más equitativo, en la mañana
C	- Yo siento que porque los hombres normalmente trabajan en la mañana y tienen más posibilidades de venir en la tarde
Ent.	- Eso es lo que usted (...) y lo que me ha comentado usted.
T	- ¿Qué me han comentado a mí? (...) ¿que por qué tenemos menos mujeres?... mire este, de hecho al doctor que atiende mi turno fue el que comenzó con el área de CAPASITS aquí, entonces a él le llegaron los primeros pacientes, pacientes hombres, por eso se abre el centro...
Ent.	- En el caso de las mujeres que vienen eh portadoras, a atención, ¿vienen solas o acompañadas?
3	- Acompañadas
Ent.	- ¿acompañadas?
1	- Sí, normalmente vienen acompañadas, por el esposo y los hijos
E1	- Ah ok, en ese orden digamos comúnmente ¿y después?
3	- Por una amiga
E1	- Una amiga... En su turno, ¿también sería esa la secuencia, esposo, hijos, amiga?
3	- Mire en este con amigas, antes
E1	- O sea, hay una diferencia en el tipo de acompañamiento de las que vienen en la tarde con respecto a la mañana, que también cambia el volumen.
3	- Sí

Si bien la asistencia de redes sociales de apoyo cambia de modo diferenciado en función del sexo de la persona (variable de género), por otra parte comprende la valía del apoyo social.

- Ent,** - **Mmm, en el caso que señalan que vienen acompañadas de familiares o en el caso de amigas, cómo sienten que son tratadas estas mujeres por los acompañantes.**
- T** - Se sienten acompañadas, apoyadas por ellos, de hecho hasta cuando van a la entrevista con trabajo social quieren pasar, pero la premisa es sólo pasa el paciente (...), ¿qué pasa?, hablan con la trabajadora social, ya después que ella (...) se pone de acuerdo con ellos, ya dice “adelante” y pasa la persona que quiere (ir) contigo, pero las preguntas a ellos son personales, obviamente.

De la atención.

La atención que se les brinda a las mujeres seropositivas inicia desde el ingreso, desde la recepción y la derivación oportunas, el personal está consciente de ello y forma parte del trabajo que realizan cotidianamente.

- C** - Todos estamos en el trato, somos prácticamente la carta de presentación de la institución, de entrada genera una confianza, porque muchas veces la persona, no le llamemos paciente, la persona... No sabemos todavía, la persona llega normalmente y ahí llega a decir lo que siente, lo que piensa y entonces muchas veces tienen hasta temor de decir lo que... por ejemplo, una persona que ya tiene VIH, pero no nos lo dice, de entrada “oye y aquí que atienden” y entonces ya uno empieza a hablarles porque uno se da cuenta que la persona está temerosa, que llega con el miedo (remarca la frase), entonces lo que uno debe de hacer es generar confianza (eleva tono de voz) para que la persona pueda decir qué es lo que necesita y yo pueda decirle qué es lo que puedo ofrecerle, si es ahí o es en otro lugar (...), si esta persona tiene problemas de alcoholismo yo le digo “bueno el problema puede ser atendido en (menciona institución correspondiente)”.

De la historia personal y el compromiso profesional.

El grado de involucramiento, que en el caso del personal entrevistado se distingue por su calidez y compromiso, se encuentra estrechamente vinculado al historial personal, así por ejemplo, una participante manifiesta:

- C** - **(..) créame que a mí siempre me ha gustado estar ahí, yo siempre me gustó sector salud, yo creo (...) trabajé muchísimos años en el área de construcción, pero el sueño mío fue ser enfermera, quería ser enfermera pero mis padres no tenían posibilidades de pagarme una carrera. Yo me caso muy chica y tengo mis hijos muy pronto. Trabajo, estudio o qué, no se pueden hacer todas las cosas y me dedico a trabajar. Y una vez más compruebo que la vida te da un punto medio. Yo voy, como quien dice, moviendo las cosas, moviendo las cosas y así en determinado momento, estudio por las tardes y llega el (inaudible) en sector salud, cargo que a mí me gusta, me gusta muchísimo, y transito por departamento de salud reproductiva, departamento de cáncer de mama, cáncer cervicouterino, pero yo no sólo me limito a hacer, haz, no, a mí**

me gusta aprender... que la paciente que venga no se vaya con dudas, qué es lo que necesitas, que “no sé donde está”, vamos yo te llevo, está en mi naturaleza...

De la capacitación.

La capacitación constante se percibe de singular valía, al respecto otra participante comenta:

- K** - (...) por técnicas, me baso más, me falta experiencia, yo me fijo en otras cosas, pero en eso no, yo de hecho iba a (describe un intento de usar jeringa con un paciente) y me dice yo soy seropositivo y le digo “ah muchas gracias por la información”, ya lo piqué y ya, pero yo ni en cuenta. No, ahí si que no, me falta más experiencia.

Dicha capacitación se vincula con el conocimiento y aplicación práctica de medidas de bioseguridad,

- C** - Sí por supuesto, los cursos nos los han dado, los médicos internistas, cada vez que vamos al servicio médico (nos dicen) “ustedes deben de usar cubre bocas”. Si por los expedientes, mire, a veces llegan, le ha pasado, se sacan el carnet (expresión de asombro), se lo sacan de aquí (hace dos indicaciones, inicialmente de atrás de algún bolsillo de pantalón y secundariamente del escote) para que no lo vean, les decimos “es un carnet universal”, de Pemex, de seguro social, o sea, sólo no lo abran, pero... llevan un documento algo así... estamos expuestas la señora T. y yo, muy expuestas.

No obstante, el uso de medidas de bioseguridad implica manejos que pueden ser percibidos como factibles de intervenir negativamente en los procesos de confianza para con la población.

- Ent.** - El contacto, estaba pensando en que, sienten una descripción en términos emocionales de muchas necesidades que está sintiendo la persona, ocultar su identidad, no verse relacionado con el centro, pero también esta respuesta de ustedes, esta actitud... hasta dónde les ayuda a tener un acercamiento físico con las personas. Estaba pensando en que una persona en esos estados, un estado emocional muy lastimado tiene muchas necesidades, no solamente de hablar sino de tener un acercamiento, como se dan las medidas de seguridad a propósito de lo que nos comentaba K. ¿cómo toman las medidas de seguridad ustedes?

- C** - Lo manejamos de tal manera, de esa forma para que el paciente no se sienta agredido. Todos los días usamos cubre bocas y dicen “oye y estos canijos si no se da por hablar”, cuestiones así, honestamente no usamos medidas de seguridad, nosotros no (evitan el uso de cubre bocas). La señora y yo no. El enfermero sí, la médico internista sí, por supuesto que sí(...)

- C** - (...) Yo hace poco me puse muy mal de bronquitis, terrible, son cosas así que ya sabe medicina interna que cuando se va el paciente, que tuvo que (inaudible), que ya estuvo en enfermería, ya estuvo media hora platicando y en verdad a veces ni nos damos cuenta. No nos damos cuenta porque el paciente llega tranquilo. Ya cuando escucho la tos del paciente, ya está en enfermería, ya estuvo media hora platicando conmigo, cuestiones así. Entonces, honestamente no manejamos medidas de seguridad. Sí las conocemos, por supuesto que sí, hemos ido a varios cursos; yo soy de las personas que se meten a cursos, que esto que sí, porque es bueno conocer. Pero no las aplicamos por respeto, yo creo que es más de querer hacer, pero sí se sienten incómodos a veces ellos. Tenemos que buscarles la vuelta, decirles que quien no quiere afectarlos soy yo, porque ellos se sienten agredidos.

De las sugerencias en torno a la educación sexual integral.

Refieren la dificultad de prevenir en VIH si no se aborda desde la educación sexual integral

- C** - Ajá y la gente está en la playa con toda la familia, se acercan, les dan la información y ofrecen condones a los jóvenes, la primera que salta es la mamá, “cómo se atreve, está usted vendiendo sexo” o “los está usted provocando...” que la educación que tienen en casa permita tener a ellos este conocimiento. Entonces como carecen del conocimiento también caen en eso. Yo creo que es una de las partes más difíciles porque primero hay que hacerles conciencia a los padres antes que a los hijos porque desde que uno crece en el ambiente familiar es donde uno crece, hay donde no podemos hablarles de sexualidad. (...) en mi casa hablar de sexualidad jamás, mi padre muere siendo yo muy joven entonces ya empiezo a abrirme yo sola, conocer, preguntar, todo esto y los trabajos que he tenido me han permitido este adquirir toda la experiencia que pudiera tener hasta ahorita. Pero eso sí me causa mucha pena que los padres no permiten que uno informe a sus hijos y le juro aquí tenemos una secundaria a una cuadra, los jóvenes vienen a pedirnos condones, aquí es donde los jalamos, metemos a psicología, se les da el conocimiento de cómo usar el condón, en el 80% de la población no sabe cómo usar el condón, hasta un adulto le preguntas cómo y no saben cómo usar el condón, aquí es donde aprovechamos al joven, cuando vienen a buscar un condón, llegan en grupo normalmente, 15, 20 y están riéndose “y no, y mejor entra tú y, pero es que nos dejaron una tarea”, pásenle, quieren les vamos a regalar condones.

No obstante las dificultades educativas en sexualidad involucran tanto a nivel formal como no formal. Al respecto indican:

- Ent.** - Una campaña de información puede ser voy te informo, pongo posters y aquí viene la secuencia de cómo se pone el condón, pero qué tanto permite la escuela vamos a repartir condones.
- C** - Bueno si creo que ha tenido algunos problemillas, si hay escuelas que... no sabría

decirle que escuelas sería, porque eso sería la promotora

Y proponen estrategias que comprenden a la población no sólo como vulnerable sino en su potencial participativo.

-
- Ent.** - **Déjame ver si te voy siguiendo una de las propuestas es promotores en las escuelas (...) y hacer una cascada de información, que pudiera hacerse la transmisión en centros de educación, como hacer un esquema como hacerles ser beneficiados, información veraz y precisa, esta idea de las 3 is, inmortales, inmunes e infértiles (...) chicos que puedan hacer conciencia, de este cambio brutal en la vida, porque yo supongo que es mucho miedo, ha de ser un pánico, estas personas que dicen venir caminando cabizbajas, meditabundas, cuando lleguen a la universidad reforzarán y mientras tanto tenemos un tiempo de seguridad bastante bueno**
-

Se piensa en una alternativa que ayude ante las dificultades de acceso a la educación sexual formal y no formal.

-
- C** - **Estaba pensando que cuando hagan las juntas para padres en las escuelas sería importantísimo que estuviera la promotora de salud, darle la plática a los padres, concienticen a que darles un condón a sus hijos no es darles libertinaje**
-

ANÁLISIS DE GRUPO 2.

Número de participantes: 10

Hospital General Dra. María del Socorro Quiroga Aguilar, en Ciudad del Carmen Campeche

Fecha: 27 de Octubre 2012

ANÁLISIS DE LA NARRATIVA:

De la necesidad de abordajes integrales que abarquen la diversidad comportamental sexual humana.

Un punto importante es que aún a pesar del trabajo en VIH – SIDA, se requiere mayor profundización de conceptos en relación a la sexualidad humana y su diversidad.

-
- D** - **a él (el médico de turno) le llegan los pacientes en su mayoría (...) hombres... homosexuales (baja el tono de voz) y hombres (...) entonces este, el, ya empezaron a llegar esporádicamente mujeres**
-

Del manejo empírico y protocolario.

El trabajo no sólo implica un manejo protocolario sino además de procedimientos emocionales y condensados en la experiencia

-
- D** - Exactamente (...), lo primero que tengo que hacer es darle confianza a la persona que llega para que ella pueda hablar y créanme que lo hacen, antes de que pasen con la psicóloga a mí ya me contaron mínimo media vida, porque genera una esta confianza y se siente uno bien porque puede uno llegar más rápido
-

En otro momento se expresa que:

-
- V** - La persona se cierra y no habla pues difícilmente les podemos ayudar, a veces... empiezo a hablarles, a decirles (...), pero aquí en los medicamentos también, me lo dicen, claro, este es un programa para protegerme, esto lo otro... “es que yo, yo soy portador, estuve en Mérida, hace muchos meses que no recibo tratamiento” y empiezan a hablar, ya generé confianza, en ese momento me doy cuenta que la persona ya se siente libre, ¿no? Ya me empieza a decir, yo le explico qué hay que hacer, pero lo más importante es eso, generar la confianza de la persona que entra, sea quien sea
-

En ocasiones, el personal extiende en su interés el conocimiento y difusión de servicios externos que faciliten los procedimientos a los pacientes.

-
- 3** - Pues yo me he dado a la tarea de investigar cuánto sale la prueba, cuando no tenemos como en estos momentos, que no tenemos, yo le digo mira, ya veo que la persona está preocupada y ya empiezo a dar... la información, que si eres candidato para hacerse la prueba, entonces me va platicando y yo le digo, mira si tú tienes una duda que está muy fuerte y tú necesitas y no puedo ofrecerte el servicio, entonces puedes hacerte la prueba en un laboratorio (...) la prueba de Elisa, si te sale positiva entonces vienes, se te hace otro estudio... ya es el enfermero el que hace la entrevista y le dice los pasos a seguir. Cuando una situación pasa a ser pacientes nuestros pues ya pasan a trabajo social (...) pero por lo pronto (...) credencial de elector, comprobante de domicilio, pasa a seguro popular, me saca cinco copias de cada cosa y te presentas...
-

De la cercanía poblacional.

Esta extensión de servicios se encuentra asociada al hecho de la misma cercanía al interior de la población:

-
- Ent.** - ¿Por qué hace eso? (lo mencionado en el segmento anterior)
-
- V** - Porque me nace, me dicen que dan vueltas y vueltas, hay muchas personas que no sabe dónde está el seguro popular, ni cómo le van a hacer, si los
-

medicamentos les van a costar, entonces, yo tengo la... de que soy nativa de aquí de Carmen y conozco a muchas personas, por lo regular conozco a muchas personas, al 70% de las personas que asisten al CAPASITS, conozco desde me conocieron y yo los conozco y, entonces, eso este, me da la pauta, a mi...

De la formación personal:

Al igual que en el grupo 1, la formación personal tiene un peso considerable en la actitud y disposición del personal del CAPASITS.

F - (...)Yo te puedo jurar, a mí mi mamá me crió con algo “tú haz el bien y no mires a quién”, a mi desde niña me lo inculcaron, ya creces con eso. Si yo te puedo apoyar y te puedo decir dónde están las cosas te las digo, no se me quita nada, y tú ya te vas contento y con la información

De la capacidad de observación fenomenológica:

El personal posee la capacidad, dada por la experiencia, para observar e interpretar el comportamiento no verbal de las usuarias y ser de este modo empáticos en su proceder y contacto.

Ent. - Eso que planteaba, sí... igual... una pregunta... usted comentaba que puede saber cuando una persona que viene ya es portadora, en qué se basa, cómo lo puede usted detectar.

F - En su sintomatología, en su aspecto... una intuición que yo tengo, no me pregunte porqué o cómo es... simple y sencillamente yo lo sé, desde que viene la paciente y la vemos en el mostrador desafortunada o afortunadamente tenemos todo el panorama del estacionamiento (...), desde que viene el paciente caminando yo sé como viene

Ent. - ¿Cómo camina una persona así?

F - Camina cabizbajo, despacio, su, su rictus... no viene contento, su semblante es de tristeza, de pesar, viene triste (la voz a 2 se hace más pausada y baja) , se para un ratito... bueno, ese día me toca más temprano por alguna circunstancia me toca ver a mi jefa y una persona me dice “hasta qué horas abren”, le digo “necesita algún trámite de acá”, “no” me dice (...), “a las cuatro ya está abierto” le digo y entonces ya se va el señor, en la tarde tengo que entregar el turno, porque soy de la tarde y veo que vuelve a entrar el señor, “sabe qué, tengo una cita con trabajo social”, desde ese momento yo... desde que yo lo vi, ya sabía que era portador, ya sabía, vi con esa intuición. Hay algo que me dice, no te puedo explicar qué, solo yo lo percibo.

Del manejo dentro y fuera del CAPASITS.

El personal está consciente del manejo dentro y fuera del CAPASITS y en su experiencia y contacto con las personas que atienden han desarrollado pautas de relación implícitas que son respetadas y seguidas.

-
- D** - 5 años...incluso estuvieron pasando spots en la televisión nacional y todo eso, empezó a ser más conocido el nombre, por eso tenemos mucho (...) respeto a toda persona que llegue, pertenezca o no ahí, con los pacientes al menos en la mañana, es muy importante la confianza, eso no implica que tengamos que proyectarnos mucho para el paciente, porque la persona cuando está fuera de CAPASITS es otra, a veces está con su familia o está con su pareja, claro es otra la situación cuando el paciente no nos saluda, de hecho estamos perfectamente de acuerdo con eso, porque nosotros normalmente salimos a la calle, como madre, como hija tengo cosas que hacer, si voy a un centro comercial, me topo con un paciente y yo llevo el logotipo o mi credencial, no sé, pues es obvio que la persona no me quiera... tratamos de no involucrarnos con eso, tenemos mucho cuidado, porque sabemos perfectamente que la unidad somos las personas que estamos para eso, para atenderlos, para hacerlos sentir bien, para generar la confianza, fuera ellos son otras personas, si quieren me saludan y si no, con todo el respeto que me merecen, es bien sabido.
-

También puede darse el establecimiento de lazos comunitarios.

-
- N** - A mí me ha pasado algo muy bonito (...) con los pacientes, o las señoras, me he hecho parte de sus vidas, este, me invitan a sus eventos, ya vez que un bautizo, un baby shower, un cumpleaños, que puede tomarse como dice la señora D, hay pacientes que no nos quieren cerca de su entorno hay otros que al contrario y me ha tocado también cuando un paciente sus familiares nos habla y nos dicen “nos gustaría que estuvieras aquí” y son cosas bonitas
-

ANÁLISIS DE GRUPO 3.

Número de participantes: 11

Hospital General Dra. María del Socorro Quiroga Aguilar, en Ciudad del Carmen Campeche

Fecha:

ANÁLISIS DE LA NARRATIVA:

De la especialización y el trabajo de calidez:

El personal que trabaja en el CAPASITS ha confluído desde distintas áreas de formación disciplinar y aprovechan dichos conocimientos en el abordaje de los pacientes. Ello a su vez se encuentra

matizado por el contacto cálido y humanizado, en cercanía a lo que serían enlaces colaborativos con la población.

-
- A** - Yo soy enfermera (inaudible)... con enfermedades crónicas, la patología, y lo que me dedico es con enfermedades crónicas (...) en mi caso le explico en mi área de enfermería, ya lo que hago en CAPASITS es punto y aparte, manejan psicología, manejan muchas cosas ellos, si el paciente habla se le escucha, mientras no... manejo sangre, se la saco ahí, hago pruebas de reactivos, su presión, su cintura, su peso, todo eso... manejo que aprendan a hacer eso (inaudible), etcétera, etcétera. Aquí en el hospital me dedico puramente a lo que es VIH, de hecho creo que están muy orientados, a lo que son sus medicamentos, sus bitácoras, mis respetos, veo que saben la información, la verdad me da gusto, “ya me tocan mis medicamentos” y ves que solitos se los toman, “ya me tomé señorita, mire”, excelente.
-

32

De la importancia del trato:

El grupo 3, similar a los dos grupos anteriormente mencionados, resalta la importancia del trato y su efecto pragmático en el establecimiento de rapport con la población que atienden.

-
- N** - Así es, eso es definitivo, en la mañana mucha comunicación en cuanto a eso, la atención al paciente es prácticamente una atención integral. Ahí las profesionistas, las psicólogas (...) el enfermero, todos tienen contacto, lo mismo sucede con el paciente, ¿porqué?, porque es importante... puede llegar a sentirse incómodo (...) o puede llegar a recepción y una mirada puede parecerles agresivo. Es importante y lo platicamos mucho porque, lo que queremos es precisamente eso, que el paciente no se sienta de ninguna forma, ningún medio agredido, generar la confianza en él. Saber que cuando él llega, llegue tranquilo, pues. Ya nada más de pensar que va caminando el paciente de la entrada a la oficina, para ellos, quisieran estar en un túnel y que entren ahí y que el paciente llegue con una sonrisa “hola”, es alentador, o que uno los reciba así para ellos ese fabuloso. “buenos días, oiga, qué bien se ve”, como que les levanta uno el ánimo. Es importante eso, el generar más allá, no involucrarnos tanto, yo nunca, nunca...
-

Si bien mencionan el “tratar de no involucrarse tanto”, las pautas de relación que establecen son de tal naturaleza que en no pocas ocasiones mencionan contactos estrechos, quizás vinculados a la exposición recurrente a enfermedades oportunistas contagiosas.

-
- Ent.** - El contacto, estaba pensando en que, sienten una descripción en términos emocionales de muchas necesidades que está sintiendo la persona, ocultar su identidad, no verse relacionado con el centro, pero también esta respuesta de ustedes, esta actitud... hasta dónde les ayuda a tener un acercamiento físico con las personas. Estaba pensando en que una persona en esos estados, un estado emocional muy lastimado tiene muchas necesidades, no solamente de hablar sino de tener un acercamiento, como se dan las medidas de seguridad a
-

propósito de lo que nos comentaba K. ¿cómo toman las medidas de seguridad ustedes?

V - No me lo va a creer pero desde que estamos ahí nos enfermamos C y yo, nos enfermamos porque la gente llega y tenemos solamente un mostrador, casi los tenemos aquí (señala una distancia próxima al rostro) y en lo que el paciente, la persona que llega empieza a entablar conversación, le damos el apoyo, la información que... ya estuvo mínimo media hora platicando. Ahí nos damos cuenta de muchas cuestiones, cuando la persona no es... y nosotros tenemos también la cuestión de que no nos cubrimos a veces, no usamos cubre bocas ni nada de eso. (...) Las veces que yo he estado mal de la tos y hemos tenido que usar cubre bocas, les digo, bueno yo, tengo mucha tos y no quisiera este...

Ent. - Contagiarlas.

V - No, no usamos esa palabra, pero no quisiera afectarlas.

En otro momento, otro personal añade:

D - **Sí, cómo no, mire, en mi turno ha sucedido, la señora administrativo se sentó una vez en el sillón y se llenó pero empezó de inmediato, cuestiones que no... de rash, de rash cutáneo, por comezón comenzó y cosas así. Bueno la señora creo que tiene, ¿usted tiene una alergia no? (otra persona del grupo asiente).**

La conciencia de las medidas de bioseguridad no implica para el personal un medio de acercamiento emocional por lo cual suelen exponerse.

N - **Sería estupendo que nos pusieran un cristal un plástico ahí que nos protegiera de tal manera pero también el acercamiento no sería tanto (inaudible), por supuesto porque lo que queremos es generar confianza en la persona que llega y con un cristal enfrente no habría tal acercamiento. Creo que se iría mucha gente, se iría.**

Ent. - Bien, ¿conoce medidas de seguridad de autoprotección?

N - Eh sí, gorras, guantes, cada vez que atiendo un paciente tengo que lavar las manos, de hecho, antes y después (inaudible), se me olvida, se me olvida y hay que tener cuidado con las manos...

D - Si de verdad que sí, hay que ser muy cuidadosos aquí en las manos

Ent. - Oigan y en esa influencia de la presencia del virus, la presencia de gérmenes oportunistas...

D - Nunca he temido contagiarme

Ent. - Esa sensación de estar expuestas

D - Sé que estoy expuesta, pero miedo no, quien no, verdad, hay que tenerle precaución.

Ent. - ¿De dónde salen estas mujeres valientes? (risas generalizadas)

V - Quizás por ser un poco mayor, genero mucha confianza en los pacientes, si traen una pena, qué tal como están (indica un abrazo o contacto corporal), los veo que me abrazan...

Ent. - O un abrazo...

V - ... Sí, lo que traen, no te preocupes, yo sí tengo mucho contacto físico con ellos...

- Ent.** - Pero no hay garantía.
- D** - Sí, pero lo que no te mata te hace más fuerte (risa), pero sí, quiero (inaudible)... un abrazo, que un beso en la mejilla, porqué no lo voy a hacer, luego se sienten bien.

De la información como elemento de protección y la relación con los pacientes.

Tanto la relación bidireccional de confianza y respeto que han establecido con los pacientes como el estar informados / as hacen que el personal se sienta confiado de no ser contagiado de alguna enfermedad.

34

Ent. - Parecería obvia la pregunta, ya nos contestaron de que no les da miedo... pero, estas mujeres muy valientes. La pregunta aunque suene obvia y boba creo que sería importante desmenuzarla, ¿porqué no les da miedo?

J - (breve silencio) una bueno, en mi caso...

D - Por la información...

J - Bueno yo sé que no por hablar... esa creo que es la más importante, la información con la que ya contamos nosotros, es la básica, una. La otra porque hay pacientes que llegan, sí, con toda la confianza del mundo que quieren darte un beso y una no se puede negar, no se puede uno negar la verdad que no y son pocos, la verdad son muy pocos los pacientes que llegan y besan, por ejemplo, la mayoría se (inaudible)... son muy conscientes, ellos también son conscientes. Sí eso también a nosotros nos da tranquilidad, porque el paciente, al menos en el turno de la mañana (...) es más si el paciente llega mal "discúlpeme le voy a hablar desde acá porque traigo gripa", de verdad eh, genera confianza, punto número dos.

Del círculo familiar del personal.

La alta valoración de la información no es gratuita, al personal le ha sido útil para sensibilizar a sus familiares ante la problemática y a su vez desensibilizarlos con respecto a los miedos que experimentan de saberles trabajando en CAPASITS.

N - Al principio les hable de estas enfermedades a mi familia porque por supuesto que existe miedo. Tengo mi madre, mi hija de (...) años, mi niño de 6 y trabajo con mi hermano en las tardes en un restaurant, entonces por supuesto que había miedo. Llego lo primero que hago es quitarme la ropa, bañarme y abrazar a mi hijo, pero sí todo el tiempo es hablarles de la enfermedad, lo mismo que yo estaba aprendiendo aquí hay que dárselos a ellos. Eso dio la confianza para que ellos, estoy, estoy por mi propia voluntad con todo el conocimiento que haya podido adquirir y tres, es mi trabajo y lo amo, me gusta y creo eso ha sido también suficiente para que mi familia lo sepa y respete mi trabajo porque es bueno hablar de eso

En relación con las enfermedades oportunistas comentan:

Ent.	- ¿y teme que se contagien? Dijo “me cambio de ropa para abrazar a mi hijo”, ¿hay temor?
N	- De que mi hija se contagie, si...

De la posibilidad del contagio.

El poseer información impele a este personal a sentirse protegido.

Ent.	- ¿creen que ustedes se pueden contagiar de VIH? (silencio) usted dice que no, es la experta
V	- No, es que es casada (risas)
Ent.	- Pero están diciendo que la mayor población que se contagia son amas de casa, ¿no confían?, como considerando, no considerando, sino estadísticamente que son un sector de alto riesgo porqué no se cuidan o usted también señora teresa porqué no se puede infectar
D	- Por lo que ya conocemos (...) por lo que ya sabemos
Ent.	- O sea, ¿el VIH es meramente sexual?
D	- (revisa las vías de contagio) y porque simple y sencillamente le digo a mi esposo si no te pones el disfraz no hay fiesta, ya de ahí la prueba también...
E2	- Vuelvo al comentario y lo retomo lo que decía hace rato, qué mujeres tan valientes, pero desde esa valentía a veces tomamos medidas medio osadas...
N	- Somos osadas
Ent.	- ... Y eso te habla de un tomar riesgos, media hora que una persona me esté hablando, escupiendo eso no se considera, porque al marido le dice si no hay globito no hay fiesta, es una medida, pero hay otras cosas que podrían poner en riesgo, trabajar con personas con VIH ya es un riesgo
N	- Para nosotras no hay riesgo ¿verdad D?, no nos pasa nada
D	- Yo creo que amamos nuestro trabajo (...) yo llego a mi trabajo como llegaría a cualquier otro trabajo, y he trabajado muchos años en PEMEX, trabaje en empresas particulares, en la PGR también, he trabajado en varios tipos de oficina también y trabajo aquí como si trabajara en PEMEX, no entro psicológicamente preparada a que todos los días voy a trabajar en riesgo, todos los días. No, yo creo que no podría trabajar así, eso es definitivo, mi trabajo me gusta y si me gusta yo vengo feliz todos los días, porque lo hago con amor, el día que mi trabajo no me guste o no me satisfaga renuncio

La posibilidad de no considerarse en riesgo se fortalece por la ansiedad que supone el poder estar en dicho contagio y todo lo que implica, sobre todo, en función del conocimiento que se posee de los mismos pacientes.

Ent.	- Ahorita comentaban de esto... realmente se requiere de mucha valentía para que... e insistiendo en lo mismo, reiterativo (risas), pero ahora vamos un poquito porque todos y todas estamos expuestos, todas al riesgo y si un momento determinado ustedes se enteraran que tuvieran por alguna razón un
-------------	---

diagnóstico positivo cómo se sentirían

D	- Mmm
A	- Yo lo he pensado, porque cuando me dicen mis pacientes que ya están cansados de tomar esas pastillas y nomas por ver ese cuadro que tanto medicamento ya les harta, les comprendo a ellos que se (...) ya no soporto tanto medicamento, ya estoy harta, independientemente de cómo así como los ayuda les hace (...) en su organismo... sí me sentiría fatal, para atrás ni para dar impulso
Ent.	- Podría ser más específica, en fatal
A	- Pues que me sentiría mal, que a pesar de todo el conocimiento que tengo
Ent.	- Se reprocharía eso
A	- Pues, tal vez sí, tal vez... no aseguro eso (...) como me sentiría precisamente porque un paciente me dijo ya no soporto mis pastillas, ya no quiero saber nada, tengo ganas de vomitar... si sería horrible. De algo me tengo que morir
Ent.	- Saben que pasa, hice la pregunta diciendo que era la misma sabiendo que no era la misma y de inmediato como un aplanamiento de modo y entendí que alguna vez lo han pensado
D	- Si lo he pensado si me contagiaría, pero no he pensado si el paciente me contagiase.
Ent.	- No, no, independientemente, no sólo por la medicación, por los reproches, "sabiendo todo lo que sé me contagié".
A	- Poniéndose en los zapatos del otro, no es fácil, no es fácil y (...) para como decir voy a tomar esta vida y me la voy a poner para ver que sentiría yo... solo que estuviera yo en esa situación, no sé cómo me sentiría, a lo mejor segura porque tenemos el servicio médico que tenemos, de ahí en fuera no sabría porque tendría que estar en la situación, yo creo que si ha de ser muy difícil.
Ent.	- Hasta nos cuesta trabajo responder esta última, nos está costando mucho
A	- Si porque no es nada mas yo, tengo un niño de 6 años, tengo proyectos, una mamá, es una pregunta de verdad muy a muy difícil
Ent.	- Y lo manifiestas hasta con las manos, no acá, afuera, ¿no?
A	- La verdad no podría decir, no me voy a infectar con VIH, tampoco podría ser adivina para decir jamás. Yo siento que lo que ellos traen ha de ser muy duro, por eso considero que la atención entre mejor, más placentera más, les aligeramos el peso que ya traen, sí sería muy difícil una situación así, no son sólo las pastillas como diría doña N, son muchas cuestiones, muchas, entorno, trabajo, escuela, hijos, pareja.
Ent.	- Como se sentiría usted
N	- Pues que ya no hay más
Ent.	- Pero eso sería una resignación, cómo se sentiría
N	- Pues mal obviamente (...) ya me tocó a mí, que más se puede hacer (inaudible), qué me queda. Es mi profesión, es el riesgo que tengo, sigo adelante nada más.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Incorporar en los esquemas de capacitación tanto la Perspectiva de Género como la Educación Sexual Integral, tanto en modalidades informativas (conferenciadas) como formativas (talleres).
- Insistir en la incorporación de personal múltiple (de distintas áreas) en dichas capacitaciones para buscar trabajos tanto intra como interdisciplinarios e integrales que aseguren retroalimentaciones constantes de los equipos de trabajo.
- Fortalecer a los equipos en estrategias de diagnóstico y epidemiología social que permitan acciones articuladas (y de seguimiento) no sólo óptimas de segundo y tercer nivel preventivos, sino además de primer nivel de salud pública.
- En especial, en el grupo dos se destaca la importancia de colaborar en la creación de sistemas de referencia y contra referencia, sensibilizados, oportunos y al alcance de las poblaciones en mayor vulnerabilidad.
- A diferencia de los grupos 1 y 2 se requiere mantener, a la par de educación en perspectiva de género y sexualidad humana integral, capacitación en bioseguridad y estrategias de acercamiento.
- Se requieren esquemas de contención emocional especializados y permanentes.

CONCLUSIONES GENERALES

CONCLUSIONES DEL GRUPO 1:

1. El personal del CAPASITS ha llegado a adquirir conocimientos de carácter empírico en su quehacer cotidiano lo cual les ha conllevado a la modificación de sus prácticas, redundando en acciones de acercamiento a las poblaciones con que trabajan.
2. A lo anterior, se añade el hecho de poseer informaciones que servirían para procesos de análisis tanto del impacto diferenciado de las estrategias de prevención y de atención en VIH – SIDA, como de las dinámicas de elaboración de redes sociales de apoyo y por tanto de intervención no sólo biomédica sino además psicosocial de los procesos de integración y discriminación comunitarios, objetivos que también son de carácter prioritario en términos que señala CENSIDA tanto como del COESIDA Campeche.
3. La formación profesional del personal no es la única fuente en la conformación de juicios, prejuicios y actitudes, la formación individual es decisiva en ese sentido ya que posee tanto aspectos positivos (de involucramiento y compromiso social), como negativos (en lo concerniente a aspectos de orientación sexo – genérica).
4. Al abordar de modo reflexivo y grupal los puntos señalados el personal de CAPASITS reelabora tanto sus procesos de acercamiento como el potencial de intervención para con las poblaciones vulnerables ante prácticas de riesgo.

CONCLUSIONES DEL GRUPO 2:

1. El personal del CAPASITS ha adquirido experiencia en manejo de rapport y sensibilización en el trato continuo con las poblaciones que atiende.
2. La densidad poblacional de Ciudad del Carmen, no reduce el contacto estrecho entre los residentes de la isla, esto combinado a la asistencia diferenciada por género en turnos (dato aportado por grupo 1) hace que se hayan desarrollado pautas de sociabilización distintas en el contacto tanto en el centro como fuera de él. Esta experiencia implica un abordaje específico por género, si tomamos en cuenta que el ascenso a las labores comunes en esta comunidad (plataformas petroleras) implica períodos catorcenales de flujos poblacionales.
3. Al igual que en el grupo 1, se requiere formación y capacitación continua en perspectiva de género, educación y abordaje de la sexualidad integral y análisis epidemiológico multifactorial (no constreñido exclusivamente a lo biológico).



CONCLUSIONES DEL GRUPO 3:

1. El grupo 3 revela la importancia del contacto de calidad y calidez.
2. Dicho contacto puede conflictuarse con la adopción de las medidas de bioseguridad.
3. Si bien están consientes de los riesgos, la necesidad de cercanía con las poblaciones ha hecho que desarrollen estrategias de acercamiento que exponen al personal.
4. El involucramiento y compromiso emocional hace mella en la sensibilidad del personal.
5. Las medidas arriesgadas y el compromiso se matizan por el alto valor dado de protección a la información de prevención en VIH –SIDA, constituyendo paradójicamente una condición más de riesgo si no es abordada oportunamente.).



BIBLIOGRAFIA

“Información Epidemiológica del VIH/SIDA en México 2011”, Gobierno Federal, Dirección General de Epidemiología, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

“Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México”, Registro Nacional de Casos de SIDA, Actualización al 31 de Diciembre del 2011, CENSIDA

Grimberg Mabel, “VIH-SIDA, vida cotidiana y experiencia subjetiva. Una revisión conceptual de las dimensiones de vivir con VIH”, Cuadernos médicos sociales 82, 43-89, Centro de Estudios Sociales y Sanitarios, Asociación Médica de Rosario, Argentina, 2010 (www.ilazarte.com.ar)

Chong V. Francisco, Fernández C. Carmen, “Estrategias de personas VIH para enfrentar el estigma asociado del VIH/SIDA. Pacientes del Hospital General de Huixtla, Chiapas”, Estudios Fronterizos, nueva época, vol. 13, número 25, enero-junio de 2012, www.uabc.mx/iis/ref/REFvol13num25/EFVOL13NUM25-2.pdf

“Hablemos de la Sexualidad y VIH/SIDA en la Unidad de Apoyo a la Educación Especial: Promoción de una sexualidad saludable”, Material elaborado por el departamento de formación y prevención de SIDA STUDI, Barcelona, www.sidastudi.org

Gallego-Montes Gabriel, “Implicaciones del VIH/SIDA en la biografía de varones con prácticas homo-eróticas en la Ciudad de México”, Salud Pública Mex. 20120,52:131-147. www.Bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2010/Marzo%20Abril/6-varones.pdf

Hernández Diana, “Latinas y el VIH/SIDA: Una epidemia de desigualdad”, Movilizando la comunidad latina/hispana, para la XIX Conferencia Internacional sobre el SIDA, Boletín AIDS 2012, Washington D.C., www.nalaan.org/wp-content/uploads/2012/4June2012_newsletter_esp.pdf

“Manual de Organización Específico de Centro Ambulatoria para la Prevención y Atención de SIDA e infecciones de transmisión sexual (CAPASITS), Secretaría de Salud, CENSIDA.

“VIH-SIDA y Violencia contra las mujeres”, Grupo Guatemalteco de Mujeres, Red Nacional MVVS, Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH/SIDA, Guatemala agosto 2007, www.unifemweb.org.mx/indez.php?option.com

Mariño Andrea, “Nuestras historias, nuestras palabras: Situación de las mujeres que viven con VIH en 14 países de América Latina”, ONUSIDA, ANHCR, ACNUR,



Movimiento latinoamericano y del Caribe de Mujeres positivas.
www.portalsida.org/repos/INVESTIGACION.20MLCM.2B.202011.pdf

“El VIH/SIDA en México 2011 Numeralia epidemiológica”, Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, Secretaría de Salud, CENSIDA, México, 2011

AfriCASO, “Lista de autoevaluación: Prevención del VIH”, NGO Code of good practice, www.hivcode.org

Robalino C. Magaly (coordinación general), “Formación Docente y Prevención del VIH ySIDA”, Proyecto de incorporación de la prevención del VIH y SIDA en la formación docente en nueve instituciones formadoras de docentes en Argentina, Colombia, Ecuador, Honduras, Perú y República Dominicana, Oficina regional de Educación para América Latina y el Caribe, Pro-Educa, GTZ, Perú 2006.
www.unesco.cl/kipus

Torrío P. María Eugenia, Moscoso f. Alberto (edición final), “Homofobia y VIH/SIDA”, Asociación de Desarrollo Social y Promoción Cultural Libertad GLBT, La Paz, Bolivia, 2010. www.adesproclibertadglbt.org

“Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA-2010, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana”, Secretaría de Salud.

“Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA1-1993, Que establece las especificaciones sanitarias de los Condones de Hule Látex”. Secretaría de Salud

“Guía para la aplicación de la prueba rápida”, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH/SIDA, CENSIDA.
www.salud.gob.mx/conasida

Hernández F. Ricardo, Rivas S. Héctor, “El VIH/SIDA y los Derechos Humanos: Guía Básica para Educadores en Derechos Humanos”, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, CNDH. www.cndh.org.mx

Cameron Edwin, “Guía de Instrumentos nacionales e internacionales de Derechos Humanos en el contexto del SIDA”, Johannesburg, Sudáfrica, 2000

“Guía para la Atención Psicológica de personas que viven con el VIH/SIDA”, CONASIDA; Secretaría de Salud, 1998

“Guía sobre prevención de VIH, para Personal que Trabaja en Centros Penitenciarios”, Secretaría de Salud, Secretaría de Seguridad Pública, México 2007

“Guía para Enfermeras, en la Atención del Paciente con HIV/SIDA”, Hospital Infantil de México Federico Gómez, México.



GOBIERNO FEDERAL

Este material se realizó con recursos del Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género, empero el Instituto Nacional de las Mujeres no necesariamente comparte los puntos de vista expresados por las (los) autores del presente trabajo

“Los caminos de la vida, Manual de capacitación”, CONASIDA, ONUSIDA, IMSS, JUNTOS POR LA SALUD, Secretaría de Salud, México