



UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Ciencias Sociales

Trabajo de Integración Final

*Miedos y creencias sobre el VIH durante el
testeo*

Autor: Silvana Belén Camino

Profesor tutor actuante: María del Carmen Mucci

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
OBJETIVOS.....	4
MARCO TEÓRICO.....	5
1. El VIH y el SIDA: desde su aparición hasta su construcción.....	5
1.1 El virus de VIH.....	5
1.2 SIDA: una afección al sistema inmunológico.....	7
1.3 La construcción social del SIDA.....	7
2. Información y prevención del VIH.....	9
3. Pruebas de laboratorio que diagnostican la infección por VIH.....	10
4. Asesoramiento y consejería en el análisis de VIH.....	11
4.1 Asesoramiento pre test.....	13
4.2 Asesoramiento post test.....	14
4.3 Asesoramiento en el ámbito hospitalario.....	16
5. Definición de miedo.....	18
5.1 Miedos hacia el VIH / SIDA.....	19
6. Representaciones sociales.....	21
6.1 Representaciones sociales de la enfermedad.....	22
6.2 Representaciones sociales sobre el VIH / SIDA.....	23
METODOLOGÍA.....	26
DESARROLLO.....	29
Asesoramiento y consejería.....	32
Caracterización de los miedos y creencias que presentan las personas en el testeo de VIH.....	38
Miedos.....	38
Creencias.....	41
Diferencias entre los miedos que presentan las personas en el pre test y los miedos en el post test.....	45
Información, prevención y rol del psicólogo en el testeo de VIH.....	49
CONCLUSIONES.....	52
REFERENCIAS.....	54
Anexo.....	60

MIEDOS Y CREENCIAS SOBRE EL VIH DURANTE EL TESTEO

INTRODUCCIÓN

La práctica se realizó en una Fundación , que tiene como objetivo la concientización social de la comunidad sobre el VIH y el SIDA, lo que posibilita la aproximación de la población a estrategias de prevención y promoción de la salud, a través de la educación e información.

La Fundación está constituida por un equipo de profesionales (psicólogos, médicos, asistentes sociales, abogados), pasantes y voluntarios.

Asimismo, la institución está conformada por diferentes áreas: 1) voluntarios; 2) atención psicológica; 3) investigaciones clínicas; 4) comunicación; 5) epidemiología y prevención y 6) área legal.

La labor que se llevó a cabo específicamente en la práctica profesional, y en virtud de la cuál se confeccionó el Trabajo de Integración Final, es en el Equipo de Testeo que funciona en el Servicio de Infectología de un Hospital .

El testeo o análisis de VIH consta de dos momentos: pre y post test. En estos espacios de consejería, se brinda a la persona asesoramiento y orientación sobre la prueba, el significado de cada resultado y los pasos a seguir en función del mismo; además se proporciona información sobre la enfermedad y sus formas de transmisión, respondiendo a las dudas que se puedan escuchar.

Por otro lado, estos encuentros constituyen núcleos de contención frente a la angustia, ansiedad o temores que expresan las personas al testearse.

La Dirección de SIDA y Enfermedades de transmisión sexual (2008) considera fundamental el rol del psicólogo:

La práctica del asesoramiento facilita la superación de bloqueos subjetivos, posibilitando al usuario evaluar sus reales posibilidades de riesgo de infección por VIH, reflexionar y decidir medidas preventivas viables y buscar una mejor calidad de vida, independientemente de su condición serológica. (p.9).

El trabajo se elaboró dentro del marco de la Psicología de la Salud, la cuál propone un modelo centrado en la concepción de las enfermedades desde un abordaje multifactorial, multidimensional e interdisciplinario (Mucci & Benaim, 2005).

Este campo ubica la salud dentro del entorno en que las personas viven, crecen y mueren, y tiene como objetivo el desarrollo de estrategias para la prevención y la promoción de conductas que acrecienten una mejor calidad de vida (Mucci & Benaim, 2005).

La tarea del psicólogo en este campo se orienta tanto a intervenciones clínicas como estrategias preventivas (Mucci & Benaim, 2005).

OBJETIVOS

Objetivo general

- Examinar los miedos y creencias que presentan las personas en el testeo de VIH y el rol de psicólogo en las entrevistas pre y post test.

Objetivos específicos

- Describir los miedos y creencias que presentan las personas en el testeo de VIH
- Analizar si existen diferencias entre los miedos que las personas manifiestan en el pre- test y los miedos que manifiestan las personas en el post- test.
- Describir la información brindada por el psicólogo y el tipo de intervenciones durante el testeo de VIH

MARCO TEÓRICO

1. El VIH y el SIDA: desde su aparición hasta su construcción

1.1 El virus de VIH

En 1983 comienza a vislumbrarse la base sobre la que se desarrollarían las investigaciones sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) al considerar los siguientes argumentos: 1) la enfermedad se manifestaba en

grupos sociales ubicados en zonas geográficas distintas, con predisposición a las enfermedades infectocontagiosas; 2) quienes recibían transfusiones de sangre y eran hijos de pacientes con Síndrome Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) también presentaban la enfermedad aunque no estuvieran expuestos a otros factores de riesgo; 3) se observó la afección de los linfocitos T4, las células de defensa del sistema inmunológico (protegen contra infecciones virales), como un agente común entre los pacientes portadores de la enfermedad (Gallo, Shaw y Markham, 1986).

Luc Montagnier, en 1983, en París, trata el primer paciente con manifestaciones tempranas de SIDA, y en 1984 el grupo de científicos de Roberto Gallo, en Estados Unidos, establece la relación etiológica entre el VIH y la enfermedad (Esparza, 1995).

El VIH constituye una infección de evolución crónica configurada por estadios silenciosos y otros con manifestaciones clínicas, y puede transcurrir entre dos y diez años hasta que se manifiesten los síntomas de la inmunodeficiencia (Cahn & Krolewiecki, 2006; Castilla et al. 2002; Esparza, 1995). Sin embargo, que una persona esté infectada, no significa que padezca SIDA (Irwin, Millen & Fallows, 2005).

Existen 3 formas de transmisión del virus: a) por contacto sanguíneo al compartir, agujas, canutos, transfusión de sangre con jeringas no esterilizadas; b) mantener relaciones sexuales vaginales, orales y anales sin preservativo y c) la transmisión vertical, es decir la transmisión de la madre (con VIH) al bebé durante embarazo, el parto y la lactancia (Irwin et al. 2005; Ministerio de Salud, 2008).

La infección por VIH es incurable pero, con los medicamentos antirretrovirales se controla y la persona puede llevar una vida normal como enfermo crónico, sin embargo, si la persona no tiene acceso a la medicación desarrolla un cuadro de SIDA y posteriormente fallece (Miranda Gómez & Nápoles Pérez, 2009).

En la actualidad se considera el VIH/SIDA como una de las principales enfermedades que afectan a la humanidad y el número de casos en el mundo sigue aumentando (Gutiérrez Villa, Menéndez Román, Úzanga Pestano &

Álvarez Delgado, 2010). El virus se convirtió en una pandemia y su forma más frecuente de transmisión es mediante relaciones sexuales heterosexuales y homosexuales, no por causa de compartir jeringas contaminadas (Gattel, Zulaica, Del Romero & Robledo, 2010).

1.2 SIDA: una afección al sistema inmunológico

El sistema inmunológico es el conjunto de células y órganos que faculta al organismo para defenderse del ataque de infecciones. Este sistema se configura sobre órganos denominados linfoides, que contienen los linfocitos y forman parte de los glóbulos blancos. Los linfocitos T atacan a los virus invasores, y dentro de éstos se encuentran las células denominadas CD4 (Cahn et al. 1992).

La persona con VIH puede sufrir enfermedades oportunistas, es decir, enfermedades secundarias que aparecen a causa de una disminución extrema de las células CD4 y deben tratarse cuando aparecen; su profilaxis permite enriquecer y aumentar la calidad de vida (Berenguer et al. 2004; Esparza, 1995; Ministerio de Salud, 2008).

Las infecciones oportunistas más conocidas son: el citomegalovirus; la tuberculosis; la histoplasmosis; la neumonía, la toxoplasmosis cerebral; el sarcoma de Kaposi (Berenguer et al. 2004; Cahn et al. 1992; Esparza, 1995).

Para Esparza (1995) estas enfermedades no son el SIDA, sino la consecuencia de la inmunodeficiencia producida por la infección de VIH mientras que, para autores como Cahn & Krolewiecki (2006), una persona tiene SIDA ante la aparición de infecciones oportunistas.

En la actualidad el porcentaje de respuesta al tratamiento antirretroviral es alto y la recuperación del sistema inmunológico es suficiente para controlar las infecciones oportunistas (Gattel et al. 2010).

1.3 La construcción social del SIDA

La emergencia del SIDA significó, en el campo de la medicina, un enigma ya que se desconocía su naturaleza y forma de propagación (Kornblit & Méndez Diz, 1995).

Así, la infección comenzó a asociarse a hechos que revelaban el funcionamiento de la sociedad, y se convirtió en un fenómeno social. Entre los términos que lo configuran se encuentran: factor de riesgo, grupo de riesgo, seropositividad, portador sano que se vincula con la culpa a estar infectado (Biagini & Sánchez, 1995) y negativizar (Kornblit & Méndez Diz, 1995).

Durante mucho tiempo se englobó en los grupos de riesgo a homosexuales, prostitutas, travestis, consumidores de drogas pero, posteriormente, la concepción de una posible de transmisión e infección fue atribuida a conductas de riesgo (Biagini & Sánchez, 1995).

Según Sontag (2003), hay un cúmulo de teorías sobre el supuesto origen del virus del VIH, como el nacimiento del virus en África y su posterior propagación en Haití, Europa y Estados Unidos; la hipótesis que la transmisión se produjo a través de los monos; la guerra bacteriológica y por último, la fabricación del virus en un laboratorio de la Agencia Central de Inteligencia (CIA) y su envío al continente africano, contraído por norteamericanos homosexuales que lo llevaron nuevamente a su país de origen. La autora concibe a estas teorías como las creadoras de estereotipos.

Siguiendo con el eje de las hipótesis, los autores Miranda Gómez y Nápoles Pérez (2009) plantean que existirían otras teorías como la exposición y transmisión de una bacteria capaz de segregar una sustancia que afectara la inmunidad, la concepción del SIDA como un castigo a la homosexualidad y por el uso del nitrito de anilo durante el acto y activación sexual.

Biagini (2004) sostiene que para comprender el efecto SIDA en la sociedad es necesario un análisis global, que incluya la multiplicidad de intereses, actores, esferas, prácticas e intervenciones.

La época en la que aparecieron los primeros casos de SIDA se denominó *época negra de la epidemia* y en este primer momento, el puente que conectaba con la vida, como el sexo y la reproducción, ahora se ligaba a la muerte (Reyero, 2005). Esta connotación comenzó a asociarse con campañas preventivas sostenidas en el miedo y difusión de datos erróneos por los medios de comunicación (Moreno Gil & Hurtado, 2009; Reyero, 2005).

Por defecto, el estigma, se ve alimentado también, por las personas infectadas, que al interiorizar esas jerarquías morales deciden alejarse de las relaciones e interacciones sociales (Reyero, 2005). Por su parte, el estereotipo hace del virus del VIH una enfermedad estigmatizante, a través de su asociación con lo inmoral (Moreno Gil & Hurtado, 2009).

Los factores socioculturales del SIDA ejercieron un papel principal en el desarrollo de la epidemia y lo que está en juego es su construcción social, es decir, los significados que la población y los equipos de salud le asignan a la enfermedad (López, 2010).

2. Información y prevención del VIH

La información sobre el VIH puede obtenerse a través de charlas informativas, folletos, cursos, comentarios o por cuenta propia (Kornblit & Méndez Diz, 1995). Sin embargo, conocer las formas de transmisión del virus es una condición necesaria pero no suficiente para un comportamiento preventivo (Kornblit & Méndez Diz, 1995).

La información conforma la estructura de conocimientos que tienen las personas sobre objetos y situaciones sociales. Permite, además, constituir el cúmulo de explicaciones que los seres humanos construyen sobre su realidad cotidiana (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Sede Académica Costa Rica, 2002).

Con respecto a la prevención, para Cahn y Vázquez (2004), a pesar del trabajo de redes sociales, ONGs y organizaciones comunitarias, las estrategias de prevención en Argentina son recientes y están en etapas de desarrollo. Dentro del crecimiento táctico, un progreso notable ha sido el de promover el testeo voluntario y gratuito.

Por su parte, Irwin et al. (2005) consideran que para que las personas modifiquen su comportamiento, las estrategias de prevención deben apuntar a disminuir la vulnerabilidad, es decir, reducir las conductas de riesgo que exponen a las personas a la infección.

Antecedentes más recientes destacan la relevancia de la información y la prevención en el trabajo con la problemática del VIH/SIDA, tal es el caso de la Coordinación de SIDA del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, que entre 2004 y 2005, realizó diversas investigaciones con el fin de evaluar el trabajo llevado a cabo por la Red de Prevención (Weller, 2006).

El primer estudio *Diagnóstico de la Red de Prevención de la Coordinación de SIDA* llevado a cabo por Buchana, Corniglia, Ludueza, With y With (2004) tenía como objetivo conocer el acceso de la población al preservativo y los folletos preventivos. La investigación denominada *Aspectos relacionados con la Red de Prevención de VIH/SIDA en el marco de un encuentro de trabajo* (2004) examinó aspectos referentes al funcionamiento de la red y los proveedores e instituciones de salud. El tercer estudio titulado *Caracterización y perfil de los usuarios de preservativos de los centros de distribución* realizó un cuestionario a 167 usuarios de la red. La última investigación *Recordación, percepción, impacto de las acciones y campañas de prevención de VIH/SIDA* se fundamentó en una encuesta telefónica a personas que vivían en la zona Sur de la Ciudad de Buenos Aires (Weller, 2006).

A nivel general, los resultados de las investigaciones plantean: 1) las acciones de prevención más reconocidas por las personas son la distribución de preservativos (22 %) y de folletos (13%); 2) considerar el nivel socioeconómico de la población al momento de desarrollar estrategias de prevención; 3) se observa una mejora en la actitud de la población respecto del pedido de preservativos y folletos; 4) en el 65 % de los lugares de asesoramiento sobre VIH había carteles informativos y 5) la entrega en mano de folletos puede demorar la asistencia pero da mayor privacidad y la obtención de información adicional (Weller, 2006).

3. Pruebas de laboratorio que diagnostican la infección por VIH

Para Castilla et al. (2002) la prueba de VIH es un proceso diagnóstico de laboratorio, similar a otros análisis, sin embargo carga con implicaciones

sociales y culturales, vinculadas a grupos de riesgo. La resistencia a solicitarla puede asociarse a la atribución de prácticas de riesgo solo a ciertos grupos.

Por lo tanto, la única manera que tiene una persona para saber si está o no infectada es mediante el “análisis de VIH” o “test del SIDA” (Weller, 2003)

Por su parte, la OMS/ONUSIDA (2006) consideran que las pruebas de diagnóstico de VIH tendrían que formar parte de la atención primaria, cuando una persona acude con síntomas de una infección que podría ser causada por el virus. Estas pruebas también deberían sugerirse a pacientes quirúrgicos.

La solución que los autores citados en el párrafo precedente proponen difundir, dentro de la decisión voluntaria del paciente, es una disposición habitual frente a la prueba, debido a que el diagnóstico precoz de la infección por VIH brinda a la persona la utilidad del tratamiento antirretroviral, evitar infecciones oportunistas y los síntomas clínicos del SIDA, así como mejorar las conductas preventivas (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

López (2010) sostiene que el test de VIH es un análisis sencillo, no obstante el conjunto de temores, prejuicios, fantasías, creencias y representaciones de la enfermedad hacen compleja y difícil la decisión de testearse. Incluso cuando la prueba se ofrece en forma voluntaria, confidencial y gratuita.

4. Asesoramiento y consejería en el análisis de VIH

Para la ONUSIDA (1997) el contexto de asesoramiento debe centrarse en cuestiones psicológicas y sociales relacionadas con la infección por VIH y SIDA, así como la prevención de las formas de transmisión y conductas sexuales seguras.

Sin embargo, existen aspectos que impedirían la instalación de un servicio de consejería: 1) falta de espacios y recursos que impiden que el consejero lleve adelante la tarea ; 2) dificultades de acceso al servicio, 3) escaso apoyo a las personas infectadas, su pareja y familia y 4) falta de intimidad y confidencialidad (ONUSIDA, 1997).

Este espacio de consejería se funda en un diálogo entre el paciente y su asesor (Cahn et al. 1992; ONUSIDA, 1997; Weller, Adaszko, Huergo & Sotelo,

2009) y supone el empleo de principios éticos para obtener el consentimiento informado de la persona, asegurar su confidencialidad y privacidad (Ámeal, Pemoff, Cando, Pérez, & Cahn, 2005; OMS/ONUSIDA, 2006).

En una investigación actual realizada en Ruanda, se estudió el influjo de un programa de asesoramiento en la prueba de VIH en 684 hombres heterosexuales. Luego de un año de rastreo, los examinadores dieron cuenta de que había aumentado el uso del preservativo en la relaciones sexuales de parejas serodiscordantes (un miembro de la pareja es VIH positivo y el otro miembro VIH negativo), y concluyeron que la consejería centrada en hombres y parejas heterosexuales, disminuye la incidencia de conductas sexuales de riesgo (Irwin et al. 2005).

En ambos momentos de la consejería el profesional debe proveer la información correspondiente adaptándola a la edad y etapa en que se encuentra la persona (OMS/ONUSIDA, 2006).

Actualmente, la tasa de personas que desconocen su estado serológico es alta, de modo que los servicios de consejería y asesoramiento se convierten cada vez en más imprescindibles (OPS, 2008).

La noción de consejería comienza a tener relevancia a principios de siglo XX, cuando Frank Parsons, en Estados Unidos, caracteriza un tipo de modalidad de atención en jóvenes que debían elegir su carrera. Posteriormente, esta modalidad se extiende a las áreas de la salud mental y la atención pediátrica (Dirección de SIDA y Enfermedades de transmisión sexual, 2008).

Entre las décadas del '60 y '80 se crean y promueven centros de aconsejamiento en Estados Unidos e Inglaterra .En Sudamérica, Brasil se convirtió en uno de los impulsores en los servicios de consejería y apoyo serológico; en Argentina empezaron a funcionar los primeros centros de testeo a partir de 1997 (Dirección de SIDA y Enfermedades de transmisión sexual, 2008).

El proceso de testeo y consejería está compuesto por los siguientes momentos: primer acercamiento del paciente con el equipo de salud mediante

la entrevista pre test, extracción de sangre y devolución del resultado en la entrevista post test (Weller et al. 2009).

4.1 Asesoramiento pre test

Durante la consejería de pre-test, se suministrará información sobre el análisis de VIH y el profesional deberá centrarse en dos cuestiones principales:

1. La historia particular de la persona y si estuvo o está expuesto al virus (riesgo)
2. El registro y evaluación de lo que sabe acerca del VIH y sus experiencias frente a situaciones de riesgo.

Este espacio supone entrevistar a la persona considerando que: a) el paciente puede presentar un alto nivel de angustia que le impida entender adecuadamente lo que se le plantea; b) es posible que espere de la prueba más de lo que ésta puede ofrecerle y c) no comprenda porque se lo interroga acerca de su comportamiento privado (Cahn et al. 1992).

Entre otros temas abarcados en la consejería se encuentran la sexualidad, los comportamientos de riesgo, drogas, etc. (ONUSIDA, 1997).

Este tipo de asesoramiento prepara a la persona para el análisis, y le explica qué significa estar infectado, también le brinda la información adecuada sobre los mitos y creencias que trae consigo (Mora Salazar et al. 2009; ONUSIDA, 1997).

La entrevista pre-test se constituye en torno a ciertos objetivos: brindar información sobre el período ventana, entiendo el mismo como lapso de tiempo en el cual los anticuerpos contra el VIH elaborados por el organismo no pueden ser detectados por las pruebas de laboratorio (OPS, 2008), aclarar la diferencia entre VIH y SIDA y concertar la próxima entrevista para la entrega del análisis (Dirección de SIDA y Enfermedades de transmisión sexual, 2008; Mora Salazar, 2009).

La consejería pre test es un instrumento que aporta elementos para quebrar la cadena de transmisión del VIH, al brindar información para que las personas reflexionen e identifiquen los riesgos de infección, promueve estilos de vida

saludables y reduce el estrés ante la espera del resultado (Mora Salazar, 2009).

En un hospital nacional de Lima, Perú, se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal para evaluar en 449 personas de ambos sexos los conocimientos adquiridos durante la consejería pre test (Mora Salazar, 2009).

Los resultados mostraron que el grupo de personas que se encontraban en la franja etaria de veintidós a veintiocho años fue el que más acudió a la consejería, no obstante, los encuestados más jóvenes asimilaron en menor medida la información. Esto podría deberse a percibir la posibilidad de contraer el virus como una situación ajena a ellos (Mora Salazar, 2009).

También se apreció una diferencia significativa en relación al género, la asistencia a consejería fue el doble de mujeres que varones. Respecto del nivel de conocimientos, las personas que acudieron por tener pareja con serología positiva fueron los que asimilaron mejor la información recibida, en cambio, aquellos que acudieron a realizarse la prueba como rutina previa a una intervención quirúrgica, captaron en menor medida la información sin contemplar la posibilidad de estar infectados (Mora Salazar, 2009).

4.2 Asesoramiento post test

El resultado de la prueba puede ser negativo, positivo o indeterminado.

Asesoramiento post – test negativo

Ante un resultado negativo, cabe evaluar qué implicación tiene para la persona y manifestación produce en la misma (Cahn et al. 1992). En este contexto, es necesario que el psicólogo provea la información correcta respecto de qué significa un resultado negativo, ya que éste no implica que una persona esté exenta del riesgo de contraer la enfermedad (Cahn et al. 1992).

En la práctica, es posible que se presenten reiteradamente pacientes para realizarse el análisis de VIH cuando su resultado es siempre negativo, estos casos deben ser atendidos en un contexto psicoterapéutico que permita a la persona manifestar las motivaciones de su conducta (Cahn et al. 1992).

No obstante, la repetición del análisis se sugerirá cuando, con un resultado negativo, el paciente no tenga registro concreto de la última exposición a una situación considerada de riesgo o este dentro del período ventana (Cahn y Bouzas, 2006; Cahn et al. 1992).

Además, en este encuentro, deben proporcionarse datos acerca del control y evitación de la infección por VIH, para fortalecer las estrategias de prevención respecto de la formas en que el virus se trasmite (Cahn et al. 1992; OPS, 2008).

Cuando un sujeto que se realiza el test considera que está infectado y recibe un resultado negativo, se ve frente a su universo de representaciones que debe repensar, ya que ese resultado le devuelve una visión de sí mismo que lo modifica (López, 2010).

Asesoramiento post – test positivo

Para Cahn et al. (1992) cuando se notifica un resultado positivo se debe tener en cuenta: 1) el estado de salud de la persona; 2) la preparación para recibir la información, ya sea que se haya realizado el primer examen en otro lugar o porque tiene registro de una situación de riesgo; 3) las condiciones de vida; 4) el estado psíquico y personalidad previo al análisis y 5) la información que tiene respecto de la enfermedad, creencias y valores.

En este contexto además, se abordará junto con ella como afrontará la situación, la aceptación del resultado y la continuación de su vida cotidiana (ONUSIDA, 1997).

Desde este espacio, el objetivo es brindar apoyo psicológico, privacidad y confidencialidad al paciente en el momento de recibir el resultado (ONUSIDA, 1997), ya que es un evento que generará dolor, miedo y angustia (Reyero, 2005).

Reyero (2005) reflexiona acerca del impacto frente a la serología positiva, y hace hincapié en la vivencia que tiene la persona de su propio cuerpo, que atravesará por modificaciones y requerirá cuidados a partir de la infección.

Por su parte la OMS/ONUSIDA (2006) sostiene que notificar un resultado positivo requerirá la explicación clara del mismo, para que sea comprendido por el paciente, y poder conocer lo que para este significa.

La entrega de un resultado positivo contiene puntos básicos: a) dar a la persona el tiempo necesario para incorporar la noticia del diagnóstico y manifestar sus sentimientos; b) brindar un espacio de conversación y contención; c) desmitificar sentimientos de culpa; d) recordarle que convivir con el virus no implica que desarrolle la enfermedad ya que el virus es tratable; e) aclararle que debe reforzar las prácticas de cuidados para evitar un reinfección y que debe cuidarse porque puede transmitirle el virus a otras personas; f) informarle que por ley las obras sociales y prepagas deben brindarle cobertura completa (asistencia médica, estudios y medicación) y g) evaluar junto a la persona con quien compartiría la información ya sea familia, amigos, pareja sexual (Dirección de SIDA y Enfermedades de transmisión sexual, 2008).

Asesoramiento post – test indeterminado

Un resultado indeterminado puede significar un falso positivo por cuestiones biológicas, o un verdadero positivo en una persona que se infectó recientemente, y aun no desarrolló anticuerpos contra el VIH. En este caso se charlará con ella sobre el resultado y se la orientará sobre la realización un re-testeo (Dirección de SIDA y Enfermedades de transmisión sexual, 2008).

4.3 Asesoramiento en el ámbito hospitalario

Según Weller (2003) para muchos profesionales no hay tiempo para prácticas de consejería en el hospital, sin embargo, la experiencia ha demostrado que los equipos de salud sienten la necesidad de crear estos espacios como una estrategia global, promoviendo el testeo voluntario y las tareas de prevención para garantizar una mejor accesibilidad de las personas a este servicio.

Desde la década del '90 el Hospital Fernández tiene en su servicio de infectología un centro de testeo voluntario para el VIH. Para llevar adelante la tarea, se puso en marcha un dispositivo de consejería con entrevistas pre y

post test coordinado por un equipo de psicólogos. En el transcurso de estas entrevistas, se elabora la historia clínica compuesta por diversas variables de estudio como género, nivel de escolaridad, ocupación, conocimiento del preservativo y utilización (Ámeal et al. 2005).

Por otro lado, la tarea de estos equipos de salud consiste en desarrollar estrategias de asesoramiento, orientación, prevención y diagnóstico temprano del VIH (Ámeal, et al. 2005).

El personal de salud debe brindar a la persona información concreta respecto de la importancia del análisis: razones, beneficios, consulta de dudas, el derecho a negarse y los servicios de seguimiento independientemente del resultado (OMS/ONUSIDA, 2006).

Es importante que los trabajadores de la salud sepan que, cuando una persona no desea testearse, no se deben negar los servicios ni ejercer un trato coercitivo, sino que es necesario generar un ámbito de confianza y confidencialidad que le permita poder acercarse nuevamente (OMS/ONUSIDA, 2006).

El contacto entre un paciente y el profesional de la salud puede tomarse como la base del acceso a los servicios de atención y prevención, y conocer el vínculo posibilitará mejorar el procedimiento de testeo y consejería (OPS, 2008).

En Argentina, la Dirección de SIDA y Enfermedades de transmisión sexual llevó a cabo una investigación durante el 2008 con el objetivo de evaluar, en 205 instituciones de salud de la ciudad de Buenos Aires, el acercamiento y condiciones del análisis, asesoramiento y diagnóstico de VIH. Las dimensiones tenidas en cuenta fueron, lugares donde se realizan las extracciones, presencia de equipos especializados para las entrevistas pre y post test y existencia del consentimiento informado en el momento de realizar el test (Weller et al. 2009).

Los resultados salientes mostraron que el 97 % de las instituciones refirió hacer el test de VIH y el 62 % efectuar las extracciones. El 25 % de las instituciones cuenta con un equipo especializado (personas con diferentes

profesiones y experiencia, inclusive con serología positiva) (Weller, et al. 2009).

5. Definición de miedo

El miedo ha sido desde tiempos remotos una preocupación en la vida de las personas (Fernández Rivas & Ruiz Velasco, 2002). No obstante aparece en el psiquismo como una advertencia que organiza la conducta y la supervivencia (Fernández Rivas & Ruiz Velasco, 2002), es una señal de alarma que prevé a la persona sobre una amenaza y le permite enfrentarse a ella (André & Sánchez, 2005).

Este miedo puede provenir del mundo interno y del entorno del sujeto, juega como un factor estructurante, tanto en el psiquismo como en la vida social de las personas (Fernández Rivas & Ruiz Velasco, 2002) y es constitutivo de la especie humana (Guinsberg, 2002).

El miedo como una forma fantasmática, interpreta y recrea la realidad circundante (Fernández Rivas & Ruiz Velasco, 2002), continuará existiendo, y será cada vez más específico de situaciones sociales concretas (Guinsberg, 2002).

Guinsberg (2002) destaca tres terrenos de riesgo y sufrimiento, entre ellos el referido al propio cuerpo y las enfermedades. Este autor sostiene que el miedo se genera en la subjetividad de los sujetos como una experiencia privada, sin embargo cuando varias personas se ven atacadas al mismo tiempo, se genera una amenaza conjunta y el miedo condiciona la conciencia y conductas. La conciencia de riesgos con efectos severos es fuente de angustia para las personas (Guinsberg, 2002).

El miedo a la enfermedad y a la muerte son afectos que se presentan en la experiencia cotidiana de las personas y se pueden desencadenar por una percepción real o fantaseada (Fernández Rivas & Ruiz Velasco, 2002).

El miedo produce distintas emociones como ansiedad, angustia, pánico y pavor. La ansiedad es miedo anticipatorio y se relaciona con la espera o proximidad de un peligro. La angustia es la manifestación de la ansiedad a través de signos físicos y por último, el pánico, terror y pavor se caracterizan

por una intensidad extrema y por la falta de control sobre el miedo (André & Sánchez, 2005).

Por su parte, André y Sánchez (2005) definen el miedo normal como aquel cuya activación se produce ante un peligro veraz y desaparece cuando el peligro ha pasado. Sin embargo, el miedo no controlado se puede transformar en pánico y ésta falta de control provoca que haya un retorno patológico del mismo.

5.1 Miedos hacía el VIH / SIDA

La información errónea y difundida de modo distorsionado provocaría el acrecentamiento del miedo en las personas, incluso hasta convertirlo en un miedo irracional (Christ & Wiener, 1986; Kornblit & Méndez Diz, 1995).

Para Bayes, Comellas, Lorente & Viladrich (1998) las personas manifestarían la irracionalidad cuando creen que la transmisión puede producirse a través de los comportamientos cotidianos como estrechar la mano, dar un abrazo, besar, compartir vasos, cigarrillos, ropa o estornudar. Los autores proponen eliminar las falsas amenazas que provocan vulnerabilidad en las personas y así disminuir el miedo hacia el VIH.

Según Christ y Wiener (1986) existiría otro tipo de miedo, en este caso miedo al abandono social, que supondría para la persona con un diagnóstico de VIH positivo, el distanciamiento de amistades, trabajo, relaciones íntimas e incluso la sociedad.

La autora Aresti de la Torre (2002) en respuesta a lo señalado en el párrafo anterior, sostiene que los hechos subjetivos y sociales que vinculan al VIH con la muerte, provocan miedo en niveles elevados de generalización, y abarca tanto los afectados con el virus como los que no. Esto supone que, la existencia de un virus como el que provoca la enfermedad del SIDA, trae aparejado miedo al deterioro (Christ & Wiener, 1986; Ministerio de Salud, 2008).

El miedo al VIH está asociado al temor que genera un futuro incierto y la alteración en la conservación y el transcurso de la vida, ya que la fórmula VIH

igual a SIDA igual a muerte penetró en el imaginario social de modo profundo, como amenaza vital (Aresti de la Torre, 2002).

Las personas cuyo miedo al VIH y al SIDA se incrementa, están dispuestas a tomar mayores medidas de prevención y cuidado de si mismo frente a situaciones que impliquen la infección por VIH (Kornblit & Méndez Diz, 1995), pero Bayes et al. (1998) plantean que las personas de 40-50 años presentan más temor hacia el VIH que los que forman parte de la franja etárea de 20-30 años, y este temor jugaría un papel más relevante que la información.

En el espacio de consejería, Cahn et al. (1999) plantean que es posible escuchar los siguientes miedos: 1) a estar infectado por falta de cuidado personal; 2) por la representación del SIDA como problema del tipo social-moral; 3) por la concepción del SIDA como una enfermedad a nivel global que avanza constantemente y 4) a haber contraído la enfermedad. Los autores señalan que el miedo más firme que las personas manifiestan es el último.

En relación al proceso consejería y asesoramiento, los temores de no haberse cuidado, estar infectado, a no poder utilizar el preservativo en las relaciones sexuales, a realizarse el análisis y la poca claridad respecto de las vías de transmisión, dan la pauta de una demanda específica (Cahn et al. 1999).

La demanda puede encontrarse en el tiempo que transcurre entre la realización del análisis y su devolución, ya que ese lapso genera un grado de angustia cuando la persona supone que su resultado será una sentencia de muerte (Sontag, 2003).

Por otro lado, los individuos, frente al resultado de la prueba, sienten miedo al pensar como reaccionaría su familia y si se lo contarían en caso que fuese positivo, y otras pueden no sentir nada (Ministerio de Salud, 2008).

Moreno Gil y Hurtado (2009) consideran que en el momento en que la infección por VIH sea concebida como una enfermedad crónica y tratable el miedo al contagio y la muerte descenderán.

6. Representaciones sociales

Hewtone (1992) define las representaciones sociales, como un cúmulo de explicaciones que se elaboran en el transcurso de la vida diaria y las redes comunicacionales, constituyendo un sistema de mitos y creencias compartido por muchos individuos y aludiendo a una variada gama de fenómenos.

Moscovici reemplazó la representación colectiva de Durkheim por el concepto de representación social, al concebir que los conocimientos de la vida y la sociedad, son compartidos por los actores sociales como teorías que se elaboran en la interacción recíproca y las conversaciones cotidianas (Hewtone, 1992).

Por otra parte, las creencias son inferencias configuradas como proposiciones que las personas hacen sobre un objeto externo y conforman el marco de la representación social, en cambio la opinión supone una toma de posición frente a un tema socialmente valorado por un grupo o controvertido (FLACSO, 2002). La imagen es la reproducción del exterior en un contenido mental y la representación le otorga el marco y la construcción social (FLACSO, 2002).

Ramírez Plascencia (2007) en su trabajo “Durkheim y las representaciones colectivas”, las define como una trama que abarca las creencias religiosas, mitos, leyendas populares, nociones científicas (Hewtone, 1992) y crea un abanico de manifestaciones que tienen la característica de los hechos sociales. Así, estas representaciones develan el modo en que un grupo se piensa en función de los objetos que lo rodean.

Durkheim (1912/1993) define dos tipos de representaciones colectivas: los conceptos y los ideales. Sin embargo, previamente hace la distinción con las representaciones mentales entre las que se encuentran las sensaciones, las imágenes y los conceptos. Estos últimos son las representaciones colectivas (Ramírez Plascencia, 2007).

Los ideales se asocian con una actividad práctico moral y constituyen aspiraciones colectivas que dan significado a la realidad convirtiéndola deseable, por otro lado, los conceptos son maneras estables de pensar, comunicables y compartidos universalmente a través de la trama lingüística.

Estos conceptos simbolizan objetos y describen realidades (Durkheim, 1911/2003; citado en Ramírez Plascencia, 2007).

Valencia Abundiz (2007) considera que el término representación social tiene un doble rasgo, al presentarse como producto y como acción. Producto cuando le otorgan un contenido y la organizan dentro de una realidad, y acción al incorporar esa realidad como propia a través de un proceso mental. Las representaciones sociales sugieren la conexión entre los aspectos psicológicos y los aspectos sociales.

El conocimiento que un sujeto posee es comunicado y estos intercambios comunicacionales determinan la relación entre los individuos, y al mismo tiempo provocan que las representaciones sociales se vayan nutriendo de otros conocimientos y creencias que condicionarán a las personas en su forma de conducirse en el mundo y con el otro (Jodelet, 1989 a; citado en Valencia Abundiz, 2007).

6.1 Representaciones sociales de la enfermedad

Para Morin (1996) hay un vínculo entre las representaciones de la enfermedad y la muerte y las representaciones del amor y la sexualidad con el fenómeno del SIDA.

El estudio de la representaciones de la enfermedad incluye aquellas conductas, las creencias y prácticas y los cambios biológicos y psicológicos del ser humano en relación a la enfermedad (León, Páez & Díaz, 2003).

Las representaciones de la enfermedad son concebidas como estructuras prototípicas determinadas culturalmente y que constituyen teorías implícitas. Por otro lado, la amenaza de una enfermedad provoca en la persona la elaboración de los orígenes de la misma (León et al. 2003).

Estos autores sostienen que los pacientes que conocen los motivos de su enfermedad enfrentan física y emocionalmente la situaciones de una mejor manera que aquellos que no manifiestan causas (León et al. 2003). La percepción de gravedad, control y causas de la enfermedad así como las creencias que tienen las personas y que condicionan la conducta ante la misma, se configuran en función de aspectos y diferencias culturales.

Desde su inicio, la sociedad ha recurrido a mitos y creencias para explicar y darle un sentido a la enfermedad provocada por el virus de VIH (Flores Palacios & Leyva Flores, 2003).

En función de lo mencionado a lo largo del apartado podría decirse que numerosos trabajos se han volcado a las representaciones sobre el VIH y la reflexión se orienta hacia las formas de transmisión, conocimientos médicos, conductas preventivas, los efectos de las representaciones, el VIH y la mujer (Banchs, 2007).

6.2 Representaciones sociales sobre el VIH / SIDA

El concepto de las representaciones sociales ha sido de interés en cuanto a las interpretaciones que las personas elaboran alrededor del VIH y el SIDA. Estas nociones acerca de la enfermedad forman parte de la memoria colectiva (Páez, 1992 citado en Kornblit & Méndez Diz, 1995).

Morin (1996) plantea que existiría un sistema de representación social del SIDA, relacionado con los siguientes espacios: espacio enfermedad, espacio identitario y espacio de relaciones interpersonales.

Dentro el espacio enfermedad, se sitúa el fenómeno del SIDA como una enfermedad grave que requiere de un diagnóstico precoz e implica hospitalización y padecimiento y aunque se asocia con el cáncer, se diferencia por los siguientes rasgos: riesgo, vergüenza, contaminación, la sangre, lo social, el amor (Morin & Vergès, 1992 citado en Morin, 1996).

El espacio identitario se asocia a una personificación de la enfermedad y la valoración negativo de la persona que convive con VIH (Morin, 1996).

El espacio de relaciones interpersonales se constituye como el polo positivo a partir de valores como la confianza, la responsabilidad, el placer y la libertad imprescindibles para disminuir la tensión de las representaciones desfavorables del VIH (Morin, 1996).

Flores Palacios y Leyva Flores (2003) entre 1999 y 2000, llevaron a cabo una investigación en la Ciudad de México, con el objetivo de analizar la representación social que tienen los jóvenes sobre el SIDA. Para ello se convocó a 46 estudiantes 28% hombres y 72% mujeres de entre 16 y 23 años

que asistían a una escuela pública. El trabajo se elaboró considerando la influencia que la información científica, mitos, creencias y prácticas ejercen sobre los sujetos respecto del SIDA.

El estudio involucró tres fases: 1) Nivel de información; 2) Campo de representación y 3) Actitudes (Flores Palacios & Leyva Flores, 2003).

En la dimensión informativa los estudiantes manifiestan variada información acerca del VIH (explicaciones científicas y de sentido común). Los conceptos de sexo, enfermedad y muerte modelan estas representaciones en primer lugar y luego le siguen otras concepciones como transmisión y prevención. Este nivel informa además de las emociones y sentimientos de convivir con VIH como preocupación, tristeza, sufrimiento (Flores Palacios & Leyva Flores, 2003).

En la dimensión del campo de la representación aparecieron elementos moralizantes de la enfermedad y la inserción social normal. Por otro lado, los sujetos manifestaron información con carga valorativa, en este caso comportamientos sexuales relacionados con el SIDA (Flores Palacios & Leyva Flores, 2003).

Por último, en la dimensión actitudes, se pudo deducir que para los participantes de los grupos de discusión la transmisión del VIH depende de factores internos y externos, ya se por ellos o por situaciones que lo rodean (Flores Palacios & Leyva Flores, 2003).

Actualmente hay un elevado conocimiento sobre el virus como una enfermedad crónica, sus formas de transmisión, sus mecanismos, qué lo produce, los posibles tratamientos y las pruebas de detección. No obstante, aún existe una situación de confusión entre tener VIH y tener SIDA y la interpretación folclórica del SIDA permanece vinculada a la muerte, al género, la raza, la pobreza y el estigma sexual (Reyero, 2005).

Por su parte, Banchs (2007) plantea que un fenómeno del cual la gente habla, opina y obtiene información es el del SIDA, por lo tanto para que un objeto sea propio de una representación es necesario las personas hablen de él e intercambien ideas.

Otro antecedente latinoamericano es el de la ciudad de San Juan Sacatepéquez, Guatemala, donde se llevó a cabo un estudio que evaluaba a través de un cuestionario validado por la ONUSIDA, los conocimientos y actitudes hacia el VIH/SIDA. Se entrevistó a 380 individuos (190 mujeres y 190 hombres) de entre 18 y 59 años. Las preguntas formuladas abarcaban conocimientos relacionados con la prevención y los conceptos erróneos acerca de las formas de transmisión del VIH (Moreno Gil & Hurtado, 2009).

En relación a los resultados obtenidos, se observó que el 83 % de los hombres y 82 % de las mujeres conocían qué era el VIH (Moreno Gil & Hurtado, 2009).

Cuando se preguntó acerca de las creencias erróneas (picadura de mosquito, compartir alimentos y apariencia de una persona con VIH) se encontró una diferencia de género, ya que mientras que el 47,4 % de los hombres creen que una persona que vive con VIH no puede tener un aspecto saludable, el porcentaje de mujeres fue del 35,3 %. No obstante no se divisaron desigualdades respecto de los conocimientos correctos acerca del VIH en el género (Moreno Gil & Hurtado, 2009).

Otros resultados demostraron que 35% de los individuos creen que no estén en riesgo de infectarse mientras que un 25 % supone que existe una cura para el VIH. Entre las personas entrevistadas, la creencia errónea más usual es la transmisión del VIH por la picadura de un mosquito (Moreno Gil & Hurtado, 2009).

Abordar la temática SIDA implica conocer un área específica de la vida de las personas, que es la sexual. Esto genera la movilización de representaciones y significaciones tanto de los pacientes como del personal de salud (López, 2010).

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Descriptivo

Participantes

Veinte personas de ambos sexos, mayores de veintiún años, anónimos y voluntarios con serología negativa. Son residentes en Capital Federal y Ciudad de Buenos Aires y asisten al Servicio de Infectología del Hospital para realizar el testeo de VIH.

Algunos de estos participantes son atendidos por el equipo de testeo de la Fundación en la entrevistas pre y post test, y otros sólo en la entrevista de

devolución. La franja etária de las personas es entre veintidós y setenta y tres años.

Instrumentos

Observación no participante que consiste en asistir a las entrevistas pre y post-test que realiza el psicólogo, observando el modo en que comunica el resultado, la información que brinda a la persona, las intervenciones que hace, y la modalidad de trabajo que utiliza para completar la historia clínica.

Observación participante, aportando información que la persona solicite. Las observaciones son de las entrevistas pre y post test.

Entrevista de testeo (pre y post test) semiestructurada, que permite tener datos de la persona y completar la historia clínica de la misma.

En la entrevista se utiliza la versión 2009 elaborada por el equipo de salud mental de la Fundación de la historia clínica a completar.

Los campos que componen la historia clínica son:

- Pre test
- Domicilio
- Motivo de consulta
- Fechas de serologías
- Conducta de riesgo
- Escolaridad
- Ocupación
- Conoce y aplica los cuidados
- Consumo de drogas
- Pareja con VIH
- convivencia
- Derivación
- Observaciones
- Reacción frente al resultado

En la entrevista post test se utiliza la versión 2009 de la encuesta elaborada por el Centro Internacional Fogarty de Estudios Avanzados en

Ciencias de la Salud y utilizada por el equipo de salud mental de la Fundación , para evaluar miedos y creencias acerca del VIH durante el proceso de testeo. El estudio llevado a cabo se tituló Análisis de los obstáculos de acceso al test de VIH en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires.

Los campos que componen la encuesta son:

- Datos sociodemográficos
- Aspectos previos al análisis de VIH
- Entrevista pre-test
- Ideas respecto del testeo
- Entrevista post test (solo para los que tuvieron entrevista pre test)
- Entrevista post test (para lo que no tuvieron entrevista pre-test)
- Creencias (para todos)

Procedimiento

Se observa y entrevista a las personas que asisten al Servicio de Infectología del Hospital elegido para la realización del testeo (pre y post test) durante seis meses.

Las actividades de entrevista y observación (participante y no participante), se realizan tres veces por semana el horario de la mañana.

La observación no participante consiste en acompañar al psicólogo en ambas etapas del testeo, observando como lleva adelante la labor.

La observación participante implica intervenir en consultas que la persona manifiesta, y se brinda información sobre las formas de transmisión del VIH y los cuidados correspondientes.

En la entrevista pre test se completa la historia clínica de la persona y se le pregunta si quiere consultar acerca del testeo o de la enfermedad. Se interroga para conocer el estado anímico que presenta.

En la entrevista post test se entrega el resultado a las personas y en función del mismo se le indican los pasos a seguir. En esta entrevista se consideran los datos obtenidos en el pre test y en relación a estos se encuadra la mencionada etapa.

En el post test se le administra a la persona una encuesta que permite obtener datos de los miedos y creencias acerca del VIH que presenta durante el proceso de testeo.

DESARROLLO

Durante las entrevistas de asesoramiento se obtiene información acerca de las razones que impulsan a las personas a realizar el análisis de VIH. Entre los motivos se enumeran, en primer lugar, las relaciones sexuales sin protección, tal el caso cinco (varón, 26 años)¹ que relata sus dudas al creer que tenía VIH: *“estuve con una chica, no con mi novia, con otra y no me cuidé”*.

El entrevistado nueve (mujer, 73 años) acude por la misma razón, comenta que se reencontró con una ex pareja y mantuvo relaciones sin protección: *“me hice el análisis porque tenía dudas. Estuve con un hombre y no me cuidé. A este hombre yo lo conocí de joven y después de muchos años me reencontré pero nunca pensé que iba a terminar así. Hace un tiempo que no hablo con él, desapareció, yo pensé que quizás está enfermo, que tiene SIDA”*.

¹ Ver tabla 1- Pág. 61-62.

Otro motivo de consulta es por control de rutina: el entrevistado uno (mujer, 26 años) cuenta *“decidí hacerme el análisis por control, fui a pedir turno al laboratorio para hacerme análisis de rutina, me preguntaron si quería hacerme el de VIH y dije que sí”*.

En tercer lugar, quienes consultan por tener pareja con VIH: *“Me hice el análisis por precaución, para mayor tranquilidad porque mi pareja tiene VIH”* entrevistado siete (varón, 27 años).

Por último, derivación médica, tal el caso tres (mujer, 28 años) cuya médica le sugiere hacer el análisis de VIH: *“me mandó la médica, sino, no me lo hacía. Tenía miedo y pensaba que si me daba positivo me iba a morir”*.

Según Weller (2003) la única manera que tiene una persona de conocer su estado serológico es mediante un análisis de sangre. La autora sostiene que ello se refleja en lo que expresan los entrevistados al preguntarles de la importancia del testeo:

Entrevistado ocho (mujer, 31 años): *“me hice el análisis porque me separé de mi pareja y me enteré que él estaba con otras personas. El examen hay que hacérselo, es la única forma de saber si tenés o no el virus”*.

Entrevistado once (varón, 30 años) *“muchísima gente no está diagnosticada, no lo saben si no se hacen la prueba”*.

Entrevistado quince (varón, 28 años): *“es un virus malo, no se lo deseo a nadie. Espero que el que esté contagiado no contagie a nadie. La gente se tendría que hacer el análisis”*.

Entrevistado cuatro (varón, 22 años): *“tomé conciencia de que con el análisis también estaba cuidando a la otra persona”*.

La OPS (2008) propone considerar la prueba de VIH como una disposición rutinaria, además de obtener un diagnóstico temprano de la infección, que le permita a la población acceder a un tratamiento antirretroviral y evitar síntomas clínicos del SIDA, en el caso de un resultado positivo.

Fragmentos de las entrevistas que se administran a los consultantes ejemplifican sus manifestaciones sobre los beneficios de la detección temprana de la enfermedad, coincidiendo en que el virus de VIH es una infección se que se controla.

Entrevistado veinte (mujer, 35): *“me hice el análisis porque me pinché con una aguja. Soy odontóloga y estaba atendiendo un paciente cuando me dí cuenta que se había roto el guante y ví que tenía sangre. El paciente se negó a realizarse el análisis (...) el VIH es una enfermedad que tomando conciencia se puede manejar bien, con los controles necesarios. No erradicar pero si tratar”*.

Entrevistado dos (mujer, 27 años): *“es un virus que se puede tratar”*.

Entrevistado once *“ya no es tan mortal, se controla. Todos estamos en riesgo”*.

Entrevistado trece (hombre, 54 años): *“conozco personas con VIH, se qué es una enfermedad que se controla bien, no es lo mismo que hace 20 años atrás”*.

Por otro lado, quienes consultan por derivación médica, se ajustan a lo que la OPS (2008) plantea al considerar que el análisis debe ser pedido a pacientes quirúrgicos y con otras afecciones, o como sugiere la OMS cuando los síntomas podrían asociarse al virus. Al respecto, dos entrevistados cuentan el motivo por el cual se acercan al servicio para testearse.

Entrevistado diecisiete (mujer, 51 años): *“me hice el análisis por control, porque me salió un herpes”*.

Entrevistado dieciocho (varón, 29 años): *“ me mandó el médico, el gastroenterólogo”*.

No obstante, para López (2010) aunque el análisis de VIH sea una prueba confidencial y gratuita, las personas pueden experimentar dificultades

para concretarla, asociada a temores, prejuicios y fantasías, como el caso del entrevistado tres que sólo realiza la prueba porque el médico lo deriva.

Asesoramiento y consejería

El espacio de asesoramiento en el Hospital se divide en dos etapas, entrevista pre test y entrevista post test. El objetivo de este dispositivo es crear un espacio basado en la confianza, la escucha empática y la privacidad, que permita a las personas elaborar cuestiones en relación a la infección por VIH, el análisis, temores y consultar dudas respecto de las formas de transmisión y conductas de riesgo.

De la totalidad de participantes, doce asisten a los dos momentos del testeo, mientras que ocho sólo a la entrevista post test cuando retiran el resultado.

Aquellas personas que no tuvieron pre test y tampoco reciben información durante la consulta con el médico exponen lo siguiente:

Entrevistado uno:” *No me explicaron de qué se trataba el análisis. Se que me saqué sangre para ver si estaba o no infectada*”.

Entrevistado dos: *“le conté a la médica mi historia de consumo y que me relaciono sin cuidarme. No me explicó de que se trata, me dijo que me lo haga para ver si tenía o no el virus.”*

De la lectura de estas viñetas, se divisa una discrepancia en relación al concepto que se presenta al hablar de consejería y asesoramiento frente a la prueba de VIH, debido a que la OMS/ONUSIDA (2006) propone que en cada etapa de la consejería, en este caso pre test, debe brindarse la información adecuada.

Autores como Cahn et al. (1992), ONUSIDA (1997) y Weller et al. (2009) concuerdan en que el análisis de VIH no es una mera entrevista médica, sino, que es un espacio que debe focalizarse en cuestiones psicológicas y sociales relacionadas a la infección. Siguiendo la misma línea la

OMS/ONUSIDA (2006) resuelve esta falencia planteando que la persona debe conocer los beneficios y razones de la prueba, e incluso el derecho a negarse.

En cambio, las personas que tienen entrevista pre test expresan que ese momento influye en su decisión de hacerse el análisis, y encuentran un espacio para elaborar sus temores y ansiedades, ya que se sostiene en un diálogo entre el consultante y su asesor.

Al respecto, coinciden en que pueden aclarar dudas, el miedo disminuye y cambia su posición frente a la prueba. Para ejemplificar claramente, es posible citar a los consultantes entrevistados:

Entrevistado tres: *“la médica me dijo te lo tenés que hacer y nada más. Tenía mucho miedo porque la médica me lo mandó hacer sin decirme nada. Estaba nerviosa porque era la primera vez que me lo hacía y nunca había hablado de esto con nadie. La entrevista fue muy buena y pude aclarar dudas. Influyó porque ésta vez me lo quería hacer, antes me lo habían pedido y no me lo hice (...) algo cambio, no tenía tanto miedo (...) me dijeron que tendría una segunda entrevista y que no me asustara cuando me llamaran a un consultorio”.*

Entrevistado siete: *“me parece bien lo que hacen, está bueno este sistema (...) me tranquilizó, me sentí cómodo. Me quedó todo claro, hacen que la información sea más fácil de entender (...) si me predispuso de otra manera, aunque los miedos y nervios están”.*

Entrevistado nueve: *“excelente la entrevista por todo lo que me preguntó (...) entendí pero ahora no quiero más información, me da miedo esta enfermedad y no quiero saber nada (...) aclaré todas las dudas. Si hubo cambios, porque me tengo que cuidar. Influyó en que me tenía que hacer el análisis, al principio no quería saber nada pero después me lo quise hacer”.*

Entrevistado diez (mujer, 30 años): *“tenía dudas de que tuviera el virus. Estaba segura de que lo tenía. Fuí por mucho tiempo trabajadora sexual, con algunos clientes me cuidaba pero con otras personas o mi pareja no. Ahora estoy en tratamiento por adicción (...) recibí mucha información que no tenía*

antes y me dijeron que después del resultado tendría otra entrevista (...) me hizo tomar la decisión de hacerme el análisis. Tenía ganas de volverme y no hacerlo”.

Lo expuesto por estos consultantes está en consonancia con uno de los objetivos que propone la ONUSIDA (1997) para el asesoramiento, que es la preparación para el análisis. Asimismo sostiene que es necesario abarcar diversos temas que pueden ser factores de riesgo como drogas, sexualidad y comportamientos no seguros. Estas entrevistas confirman la propuesta de la OPS (2008) al concebir los servicios de consejería y asesoramiento como imprescindibles.

Sin embargo, el entrevistado tres comenta que la primera vez que le sugirieron hacer el análisis ella no quiso, y al respecto la OMS/ ONUSIDA (2006) manifiesta que cuando una persona se niega a testearse se debe brindar un servicio no coercitivo, que le permita sentirse cómoda y en confianza para acercarse en otra ocasión.

Siguiendo los lineamientos estructurales que presenta La Dirección de SIDA y enfermedades de transmisión sexual (2008) los consultantes son comunicados sobre una segunda entrevista en la que se haría la devolución del resultado.

Por otro lado, el relato del entrevistado once se ajustaría a los puntos principales que proponen Cahn et al. (1992) en el asesoramiento, entre ellos, considerar la historia personal del entrevistado, su exposición a situaciones de riesgo, su demanda de conocer el tipo de prueba de laboratorio que se efectúa y su expectativa respecto de la misma. En sus palabras: *“tuve varias situaciones de riesgo, no me cuidé. La entrevista fue muy completa porque quería saber varias cosas de mí, fue corta pero profunda. Yo quería saber en que consistía la prueba y que tan específica era”.*

Se concluye que elaborar la historia clínica del consultante durante la entrevista pre test es fundamental para obtener datos básicos como género, escolaridad, antecedentes de análisis previos, uso de drogas, compañeros sexuales y conocimiento y utilización del preservativo, entre otros.

Con otro consultante la entrevista esta orientada, desde la perspectiva de la OPS (2008), no solo a comunicar información acerca del VIH, también se le explica en que consiste el período ventana y porque debe realizarse nuevamente otro análisis.

Entrevistado quince: *“estuve con una chica de mi trabajo y no me cuidé. Mis compañeros se enteraron y en la empresa decían que ella tenía el bicho (...) en la otra entrevista me dieron información sobre el virus y me dijeron que tenía que esperar seis meses para hacerme otro análisis”*.

Las entrevistas citadas a continuación permiten visualizar los puntos comunes de los autores mencionados en este apartado. Su similitud radica, en su concepción de la entrevista pre test como una herramienta que, tomando como base la información, apunta a romper con los focos de infección del virus, mediante el registro que las personas hacen de las situaciones de riesgo y además, disminuye la ansiedad que supone esperar un resultado (Mora Salazar, 2009).

Entrevistado cuatro: *“tuve varias relaciones sexuales sin cuidarme (...). La entrevista me calmó, fue informativa, me dieron información importante (...) yo tenía la decisión de hacerme el análisis pero tomé conciencia de lo que me dijeron”*.

Entrevistado dieciséis (mujer, 33 años): *“estuve con mi ex pareja y no me cuide. Hubo muy buena energía en la entrevista y me sentí cómoda. Me bajo la ansiedad”*.

La totalidad de los participantes asisten a las entrevistas post test.

En el espacio de devolución de un resultado negativo el psicólogo debe focalizarse, según lo planteado por Cahn et al. (1992) y la OPS (2008), en acentuar y enriquecer estrategias de prevención para evitar la transmisión del virus. Al respecto el entrevistado diecinueve (mujer, 39 años) dice *“pude*

aclarar dudas sobre las formas de transmisión, yo no sabía que el sexo oral también era riesgoso”.

Durante este asesoramiento, el consejero debe explicarle al consultante qué significa el resultado negativo, y que aún así debe cuidarse de no contraer la enfermedad, tal como lo describe el entrevistado dieciocho: *” está perfecta la entrevista porque mucha gente no está enterada de qué se trata el virus. Para que tomen conciencia de la enfermedad y cómo pueden contagiarse”.*

Por último es interesante resaltar lo que dice un consultante al recibir el resultado negativo *“ya estaba expuesto, estaba seguro de que estaba infectado”* (entrevistado cinco). Esa situación provoca, desde la teoría de López (2010), que la persona vea modificado su conjunto de representaciones así como la visión de sí mismo.

Cahn et al. (1992) sugieren conocer las circunstancias en que una persona se encuentra cuando le es anunciado el resultado positivo; estas condiciones abarcan el estado de salud actual, situaciones de riesgo, información, creencias y valores acerca de la enfermedad y el estado psíquico. Tal es el caso del entrevistado trece, cuya inquietud radica en las circunstancias en que una persona se testea y manifiesta *“es importante por las condiciones en que te haces el análisis. Yo tenía muchas preguntas sobre el tratamiento a seguir si tenía el virus. Es importante sobre todo si el resultado es positivo, las personas menos informadas pueden tener mucho miedo”.*

Asimismo, en lo que relatan los entrevistados se ve reflejada la perspectiva de Reyero (2005) que describe las emociones que el paciente puede experimentar ante ese evento, entre ellas miedo, dolor, angustia, y para este párrafo, se puede citar el siguiente relato *“están bien estas entrevistas por el miedo que puede tener alguien y por la contención”* (entrevistado uno)

Por su parte la OMS/ONUSIDA (2006) considera fundamental la explicación y el significado de un resultado positivo, atendiendo qué implicancia tiene para la persona.

La Dirección de SIDA y Enfermedades de transmisión sexual (2008) señala ciertos aspectos que deben tenerse en cuenta para llevar adelante una adecuada tarea post testeo. En el presente trabajo se mencionan aquellos que

son identificados en las entrevistas: a) dar a la persona el tiempo necesario para incorporar la noticia del diagnóstico y manifestar sus sentimientos; b) brindar un espacio de conversación y contención; c) recordarle a la persona que convivir con el virus no implica que desarrolle la enfermedad ya que el virus es tratable; d) aclararle que debe reforzar las prácticas de cuidados para evitar una reinfección y que debe cuidarse porque puede transmitirle el virus a otras personas.

Dos entrevistas ejemplifican los puntos mencionados

Entrevistado ocho: *“se cuida a la persona. Es necesario porque hay gente que no está informada”*.

Entrevistado diecisiete: *“es un modo contenedor de tratar con una paciente con SIDA, su contexto, la estigmatización”*.

Los consultantes se cuestionan un interrogante que va configurando la demanda de un espacio post test, tal como señala este fragmento *“me parece que las dudas surgen más cuando el resultado da positivo, la persona no sabe cómo seguirá su vida, el tratamiento”* (entrevistado siete) y según la ONUSIDA (1997), en donde la persona pueda elaborar y aceptar el resultado positivo para organizar como continuará su vida diaria. Tal interrogante se refleja en esta cita *“hace una semana estaba que venía y no, lo pateaba. Tenía mucha incertidumbre de saber el resultado final. Como encararía la situación si me daba positivo”* (entrevistado dieciséis).

Para cerrar este apartado se cita a Weller (2003) con un párrafo de su autoría, en el cual expresa, que en la práctica profesional se ha podido demostrar que los espacios de consejería en el hospital promueven el mejor acceso al servicio de testeo, impulsan a la gente a realizarlo y desarrollan estrategias de prevención.

Los entrevistados ejemplifican la teoría:

Entrevistado siete: *“la primera entrevista te deja tranquilo y cuando venís a recibirlo los miedos vuelven. Yo esperaba y estaba nervioso, te pone ansioso la espera. Ahora estoy más tranquilo”*.

Entrevistado nueve: *“a mí me sirvió, no se si hubiera podido enfrentar esto sola. Necesitaba hablar con alguien, porque ahora no se que hacer con mi pareja, no se si llamarlo y contarle que me hice el análisis, si volverlo a ver”*.

Entrevistado diez: *“me parece bien porque te ayuda a superar el temor y se le da confianza al paciente para tomar la decisión de hacerse el análisis y venir a buscarlo. Es importante que te escuchen”*.

Entrevistado veinte: *“sea positivo o negativo el paciente tiene que estar preparado. No se le puede decir al paciente sós positivo y arréglatelas como puedas”*.

Caracterización de los miedos y creencias que presentan las personas en el testeo de VIH

Miedos

Los miedos que presentan las personas en el testeo de VIH son: a) al resultado positivo; b) al deterioro; c) a contraer otra enfermedad; d) a infectar a otra persona; e) a los cambios si se tuviera el virus.

Esto coincide con lo planteado por Cahn et al. (1999) respecto de los miedos que se pueden escuchar en consejería, desde estar infectado a lo que representa el SIDA moral y socialmente.

Los puntos citados se reflejan en los miedos que los entrevistados manifiestan durante el testeo, entre ellos, el entrevistado uno dice: que *“tenía miedo del resultado, si me daba positivo. Pensaba en las personas con las que tuve relaciones sexuales, en mi novio, si los había contagiado”*.

Mientras que los entrevistados doce (varón, 31 años) y dieciséis se expresan sobre de otros miedos como *“miedo de que por el SIDA me de cáncer”* y *“miedo a que mi vida se convierta en un caos”* respectivamente.

Estos fragmentos también hacen referencia a lo que Sontag (2003) plantea en relación a la demanda en la consejería, que se vuelve aún más específica cuando la persona manifiesta angustia y necesita de un espacio de escucha en el tiempo que transcurre entre el análisis y la devolución del resultado.

Lo que argumenta el entrevistado diecinueve lo ejemplifica: *“cuando venía en el subte tenía mucho miedo al positivo”*.

Cuando a los entrevistados se les pregunta sobre sus temores lo vinculan, como en la teoría lo hace Aresti de la torre (2002), con una amenaza vital que afecta su transcurso de la vida y genera incertidumbre. Este párrafo es sostenido en lo que expresan dos consultantes:

Entrevistado diecisiete: *“miedo al resultado positivo, a la muerte, el SIDA lo veo como una condena”*.

Entrevistado dieciocho: *“miedo al positivo, la incertidumbre de esperar que todo este bien”*.

La misma autora, sostiene que las citas anteriores dejan ver que la ecuación SIDA igual a muerte está arraigada en el imaginario social. No obstante, el miedo al resultado se relaciona, no solo a la muerte sino también a los estigmas sociales ya que, el *“miedo al positivo forma parte de afrontar esto. Es un miedo normal, me quería sacar la duda”* (entrevistado veinte) (Sontag 2003).

Tomando la expresión de la consultante “miedo normal” es posible mencionar a los autores André y Sánchez (2005) que sostienen que el miedo normal aparece ante un evento peligroso y se extingue cuando el mismo pasa, en este caso, cuando el entrevistado se sacara la duda. En cambio si el miedo persiste y no es controlado se puede tornar patológico.

La solución que proponen Moreno Gil y Hurtado (2009) es entender la infección por VIH como una enfermedad crónica, controlable a través de un tratamiento, así el miedo al resultado positivo disminuirá.

Los autores Christ y Wiener (1986) y el Ministerio de Salud (2008) sostienen que el miedo a estar infectado no solo trae consigo el miedo a la muerte, sino también el miedo al deterioro. Sin embargo para el Ministerio de Salud el miedo al resultado positivo se funda en la reacción que tendrá la familia y amistades cuando la persona se los cuente y las expectativas que tiene la propia persona de esta reacción. A este miedo Christ y Wiener lo llaman miedo al abandono social, y en palabras de un consultante consiste en *“muchos miedos, miedo a tener la enfermedad, miedo a deteriorarme. Si la tenía, miedo a qué pensarían mis hijos, miedo a no saber qué hacer si estaba enferma”* (Entrevistado nueve).

Por otro lado, las entrevistas que se administran a los consultantes permiten conocer las emociones que en la teoría plantean André y Sánchez (2005) como ansiedad y pánico. El pánico aparece cuando hay una situación de miedo intenso y no hay control sobre ese miedo, mientras que la ansiedad es la anticipación del miedo y se produce ante la espera de un peligro, en este caso la espera del resultado de VIH.

Los entrevistados siete y tres dicen tener un alto nivel de ansiedad en el momento de retirar el resultado, mientras que el entrevistado catorce (mujer, 45 años) expresa que *“tenía pánico, situación de mucho miedo. Cuando me dieron el resultado negativo sentí que me saqué un peso de encima”*.

El siguiente fragmento se relaciona con lo planteado por Fernández Rivas y Ruiz Velasco (2002) y Guinsberg (2002) acerca de que el miedo es constitutivo del psiquismo humano, puede provenir del mundo interno y externo del sujeto y jugar un papel estructurante en la vida social.

Entrevistado siete: *“miedo a recibir la noticia, miedo a no estar preparado si me da positivo, miedo a desconocerme”*.

Creencias

Las creencias son proposiciones que las personas hacen sobre un objeto externo para configurar la representación social (FLACSO, 2002) y desde su aparición la sociedad se aferró a mitos e inferencias para darle explicación y sentido al SIDA.

Los consultantes durante las entrevistas se remiten a los primeros tiempos de la enfermedad, al desconocimiento de su origen y forma de transmisión que mencionan Kornblit y Méndez Diz (1995).

También reflejan la asociación entre el SIDA y la muerte, como menciona Reyero (2005). Otra mención del autor junto a Moreno Gil y Hurtado (2009) son las campañas y publicidades de prevención cuyo mensaje vincula al SIDA con el temor y la muerte. Estos últimos autores remarcan que el estereotipo volcado sobre el VIH se asocia a lo inmoral.

Kornblit y Méndez Diz (1995) así como Biagini y Sánchez (2004) plantean que en su comienzo y durante mucho tiempo se englobó al VIH dentro de grupos de riesgos que estarían conformados en principio por homosexuales, prostitutas, consumidores de drogas, asimismo se han utilizado ciertos términos como grupo de riesgo, portador sano, negativizar.

Para argumentar lo propuesto por los autores en los párrafos precedentes se citan a dos entrevistados:

Entrevistado diecisiete: *“en su momento con el desconocimiento de la enfermedad tenía muchos fantasmas, lo asociaba con la muerte. Ahora la información que tengo es que es una enfermedad manejable, un riesgo más en la vida. Yo por mucho tiempo la relacioné con la promiscuidad”*.

Éste entrevistado utiliza durante la consulta el término negativizar.

Entrevistado catorce: *“antes la asociaba a la muerte y a un sector de riesgo, comenzó como la peste rosa y no la tenía cualquiera. Perdí muchos amigos a causa de la enfermedad. Ahora sé que todos están en riesgo de infectarse y que por la medicación hay más posibilidades de sobrevivir. Lo asociaba a la promiscuidad y al deterioro. Yo en esa época no me cuidaba*

porque creía que no me podía pasar, luego tomé conciencia. En los noventa había muchas publicidades que asociaban al SIDA con la muerte”.

Por su parte, Biagini y Sánchez (1995) sostienen que la noción de portador se vincula a la culpa de haber contraído la enfermedad y desde la praxis el entrevistado dieciséis hace referencia a tal concepción al decir que el VIH *“es una enfermedad, un virus. Si bien es tratado, tenés que tomar conciencia. Es una enfermedad producto de un descuido que tiene que ver con uno mismo. Las otras enfermedades como la gripe es más simple no la podés prevenir, con esta enfermedad te podés cuidar”.*

Cuando una persona se identifica con la posición de portador paralelamente intenta asumir la responsabilidad de estar enfermo como dice el entrevistado cinco *“yo me sentía entregado porque pensé que me había dado mal el resultado. Me tendría que hacer cargo, asumir la culpa y no quejarme”.*

Banchs (2007) plantea que dentro de una estructura de conocimientos hay temas en este caso el SIDA, del cual la gente habla, opina, intercambia información como le sucede al entrevistado dieciocho que comenta haber escuchado de otras personas que con los besos en la boca, cubiertos se podía infectar, incluso el llegó a pensarlo.

Las opiniones dan a conocer la postura que las personas asumen frente a una situación socialmente controvertida (FLACSO, 2002).

Una comparación que se hace entre el material obtenido en las entrevistas y lo descrito en el marco teórico, es con la investigación llevada a cabo en Guatemala respecto de las formas de transmisión, las creencias y aspecto de la persona con VIH (Moreno Gil y Hurtado, 2009).

Se relaciona con las siguientes entrevistas:

Entrevistado doce: *“es un virus que te consume las defensas y hay diferentes virus. Te produce cáncer y te mata (...) a la gente se le cae los dientes, adelgaza mucho. Te puede dar cualquier tipo de cáncer”.*

Entrevistado quince: *“yo pensé que con el sexo oral no te contagiabas. Tenía dudas sobre las formas de transmisión, por la saliva, el mate. Pensé que si una persona tenía hongos y se los tocas te puedes contagiar”*.

Entrevistado ocho: *“yo pensaba que siempre que una persona se infectaba tenía síntomas como gripe o neumonía, tengo amigos que les pasó. Pero ahora me explicaron que no es así, que no siempre pasa. No sabía que el VIH no producía síntomas”*.

El análisis de las entrevistas constituidas en el estudio nombrado precedentemente, da a conocer que la creencia errónea más frecuente fue que la transmisión del virus se podía producir por la picadura de un mosquito (Moreno Gil & Hurtado, 2009) en cambio, en las encuestas tomadas en el servicio de infectología del Hospital Fernández, durante el espacio de consejería, y utilizadas como parte de la metodología, la creencia errónea más común es que el sexo oral no trasmite el virus.

Entrevistado cinco: *“yo pensaba que con el sexo oral estaba todo bien, no te contagiabas”*.

Entrevistado seis (varón, 30 años): *“yo creía que en el sexo oral no era necesario usar preservativo porque no se trasmitía el VIH”*.

Entrevistado siete: *“antes pensaba que el sexo oral no contagiaba”*.

Entrevistado diez: *“antes de estas entrevistas yo pensaba que el sexo oral no contagiaba, no sabía que había un riesgo”*.

Entrevistado dieciséis: *“sé como se trasmite pero tenía dudas con el sexo oral”*.

Por su parte, Flores Palacios y Leyva Flores (2003) mencionan en el estudio realizado entre 1999 y 2000 en la Ciudad de México, que en la dimensión informativa, cuando a los participantes se les pregunta acerca de la

implicancia que tiene convivir con VIH, ellos hacen referencia a emociones como preocupación, sufrimiento, tristeza, porque en palabras de un consultante *“no deja de ser un inconveniente, por la medicación, los análisis, llevás una vida normal pero problemática”* (Entrevistado trece).

Desde el campo de la representación social, la conclusión del correspondiente estudio (2003) es la asociación que las personas hacen entre el SIDA y la muerte, que queda ejemplificado a través de fragmentos siguientes:

Entrevistado seis: *“es una enfermedad que te consume, una amenaza”*.

Entrevistado diez: *“es una enfermedad que mata a la gente de a poco, le tengo terror”*.

Además, el conocimiento que se trasmite mediante el intercambio comunicacional incide en el vínculo humano y así las representaciones sociales determinan la manera en que se manejarán en el mundo y con el otro. El entrevistado dieciséis dice que tiene un comportamiento contradictorio cuando trabaja con un amigo con VIH *“trabajamos juntos cocinando y tengo miedo que se corte. Sé qué no se contagia por un mate o un abrazo pero yo tengo mis fantasmas y eso a veces me condiciona”*.

Otro de los autores que plantea su perspectiva acerca de las representaciones sociales en el VIH, es Morin (1996) que sostiene que la misma consta de tres espacios, entre ellos, el espacio de la enfermedad y sitúa al SIDA como una afección grave que requiere ser detectada precozmente e implica padecimiento y hospitalización. Para este autor, la diferencia entre el cáncer y SIDA radica en los rasgos riesgo, vergüenza, lo social, el amor: entrevistado nueve *“pienso que con el VIH la persona se deteriora. Si me dijeran que tengo cáncer lo tomo diferente pero si estoy enferma por esto no lo aceptaría”*.

En el segundo espacio que describe el autor, el identitario, se produce una personificación de la enfermedad asignándole una valoración negativa a la persona que convive con VIH. El entrevistado once confiesa que *“antes de entrar estaba ansioso, porque veía a gente en la sala de espera enferma, muy flaca y tenía miedo de ser parte de este mundo, me sentiría diferente”*.

El último espacio valorado, las relaciones interpersonales, contribuye con valores como la responsabilidad, para disminuir la tensión que se genera en torno a representaciones negativas acerca del VIH. Este aspecto se condice con lo que expresa el entrevistado trece *“el cuidado es muy importante. Si voy a tener sexo pensarlo dos veces, porque es un compromiso con el otro”*.

Por otro lado, existe una imagen del enfermo de SIDA como alguien deteriorado y sentenciado a muerte, tal como expresa el entrevistado diecinueve *“me parece que es gravísimo tenerlo, hay muchos tratamientos con los que vivís, pero tengo la imagen de que es una sentencia de muerte. No conocí mucha gente con SIDA pero tengo la imagen del enfermo, deteriorado”*. Se relaciona con lo que plantea la FLACSO (2002) al decir que la imagen reproduce el exterior en un contenido mental y la representación le otorga el marco y construcción social.

Diferencias entre los miedos que presentan las personas en el pre test y los miedos en el post test

En función de las entrevistas administradas es posible establecer qué miedos se presentan como comunes en ambos momentos de la consejería y cuales distintos.

El miedo al resultado positivo es el que más se escucha entre los entrevistados.

Entrevistado quince: *“miedo a todo, al resultado positivo”* (pre test).

Entrevistado dieciséis: *“miedo al resultado positivo”* (pre test).

Entrevistado ocho: *“tenía miedo a que me diera positivo. Al no saber tenía la duda porque la posibilidad estaba”* (post test).

Entrevistado quince: *“miedo al resultado positivo”* (post test).

Guinsberg (2002) sostiene que el miedo vinculado al riesgo y sufrimiento del propio cuerpo y la enfermedad se genera en la experiencia subjetiva de las personas, pero se convertirá en una amenaza conjunta si varias se ven atacadas al mismo tiempo y así, el miedo condiciona la conciencia y conducta de los sujetos que hayan estado expuestos a una situación de riesgo. La conciencia de esa situación si tiene efectos severos es causa de angustia.

Otro miedo común es a tener el virus que se diferencia del miedo al resultado positivo.

Entrevistado dos: *“miedo a tener el virus, cómo tratarme porque además tengo otra enfermedad que es la adicción”* (pre test).

Entrevistado diez: *“miedo al resultado positivo, miedo a tener la enfermedad y en que grado me afectaría”* (pos test).

Para Cahn et al. (1999) el temor a tener la enfermedad forma parte de una demanda específica en el espacio de asesoramiento y consejería.

El miedo a tener la enfermedad es diferente del miedo al resultado positivo al constituirse como un temor arraigado en el avance de la misma y la incertidumbre de saber como se encuentra el organismo si la infección data de hace tiempo.

Relacionado con el temor mencionado en el párrafo precedente el miedo a la evolución de la enfermedad y el miedo al deterioro son manifestados por las personas durante el testeo.

Entrevistado nueve: *“miedo a deteriorarme”* (pre test).

Entrevistado trece: *“miedo al resultado positivo. Mucho miedo por la evolución de la enfermedad”* (post test).

El miedo al deterioro se asocia, desde la visión de Esparza (1995), a las consecuencias que puede traer la inmunodeficiencia producida por la infección de VIH, es decir enfermedades oportunistas que aparecen ante una disminución de las defensas

El miedo a contagiar a la pareja u otras personas constituye una de las preocupaciones que los consultantes expresan.

Entrevistado cinco: *“tenía miedo que mi pareja se enojara conmigo si la había contagiado”* (pre test).

Entrevistado cinco: *“miedo a que si me daba positivo mi novia se haya contagiado”* (post test).

Entrevistado quince: *“pensé en todo lo que hice, si contagié a mi novia, a mis sobrinos, no estaba seguro si compartía algo con ellos los podía contagiar”*.

Cuando una persona cree que la transmisión del virus se puede producir a través de comportamientos de la vida diaria como compartir vasos, estornudar o estrechar la mano, emergen falsas amenazas, incluso irracionales que incrementan el miedo al VIH

Los autores mencionados en la teoría no han especificado acerca del miedo a infectar a la pareja pero podría decirse que se asocia al miedo que la persona experimenta al infectarse por falta de cuidado personal y la dificultad de utilizar el preservativo en las relaciones sexuales (Cahn, 1999).

No saber que hacer y no estar preparado adecuadamente ante el resultado positivo es un temor que aflige a las personas y los somete a una situación de vulnerabilidad.

Entrevistado siete: *“miedo a no estar preparado si me daba positivo”* (pre test).

Entrevistado nueve: *“miedo a no saber que hacer si estaba enferma”* (post test).

Entrevistado tres: *“No se que reacción hubiera tenido si me daba positivo”* (post test).

Por ende, el miedo que una persona experimenta ante una circunstancia de enfermedad repercute, según los autores Fernández Rivas y Ruiz Velasco (2002), en la vida psíquica y social del sujeto. Además la conducta y el modo en que una persona reacciona frente al resultado positivo está condicionada por la percepción de gravedad, control y causas del mismo.

No obstante, para León et al. (2003) si una persona conoce los motivos de su enfermedad, enfrenta física y emocionalmente la situación de manera favorable.

Por otro lado, durante la consejería se encuentran miedos que difieren entre ambos momentos del asesoramiento.

En el pre test, en primer lugar, el miedo a desconocerse es exteriorizado por el entrevistado siete al decir que su miedo a recibir el resultado positivo está asociado a desconocerse a si mismo.

En segundo lugar, cuatro de los entrevistados manifiestan no tener miedo entre ellos el entrevistado once dice no tener *“ningún miedo”* y el entrevistado cuatro *“no tenía miedo”*. Al respecto el Ministerio de Salud (2007) sostiene que las personas pueden no experimentar miedos frente al análisis de VIH.

En el post test se diferencian, por un lado, el miedo a tener cáncer por causa del VIH *“tenía miedo de que por el SIDA me de cáncer”* dice el entrevistado doce mientras que para entrevistado diecisiete el miedo al resultado positivo acrecienta el miedo a la muerte.

El nexo entre el resultado positivo y el miedo a la muerte se puede analizar desde el vínculo que para Morin (1996) existe entre las representaciones de la enfermedad y la muerte, que además, para León et al. (2003) las representaciones de la enfermedad abarcan creencias y cambios psíquicos del sujeto frente a la infección de VIH. Este concepto es coherente con lo que manifiesta el entrevistado dieciocho *“es lo más devastador que puedo ocurrirle a alguien por más que haya drogas es un signo de muerte tarde o temprano”*.

Con respecto a la preocupación del primer consultante a sufrir una enfermedad oportunista, en este caso cáncer, Gattell et al. (2010) plantean que actualmente la eficacia del tratamiento antirretroviral es elevada, lo que permite al sistema de defensas evitar la afección de enfermedades marcadoras.

Por último el entrevistado diecinueve manifiesta que su miedo a tener VIH radica en su temor a no poder tener hijos si está infectada.

Desde la perspectiva de Reyero (2005), y a partir de lo que los consultantes dicen que en el post test, es posible considerar que aunque hay un alto nivel de conocimiento acerca del VIH como una enfermedad crónica, aún la infección seguiría asociada a la muerte, el género y el estigma sexual.

Información, prevención y rol del psicólogo en el testeo de VIH

La FLACSO (2002) considera que la información que la persona adquiere estructura su conocimiento acerca de objetos y situaciones sociales y además le permite elaborar explicaciones de la realidad cotidiana. De este modo, los entrevistados durante el testeo apelan a la información para darle una estructura y sentido a la enfermedad producida por el virus de VIH. Al respecto manifiestan:

Entrevistado siete: *“aunque tengo amigos con VIH, el tener información hace que sea más normal la enfermedad”*. Expresa que a partir de la charla con el psicólogo tiene y entiende mejor la información.

Entrevistado diecisiete: *“la primera vez que me lo hice en 1993 tenía la información que circulaba en el momento, había mucho de suposición y fantasía. Ahora sí tengo información concreta pero no hago un seguimiento cercano”*.

Kornbkit y Méndez Diz (1995) consideran que la información sobre el VIH se obtiene mediante folletos, cursos, comentarios o por cuenta propia. A los entrevistados se les pregunta donde obtuvieron información acerca del VIH/SIDA:

Entrevistado uno: *“de las charlas que me dieron en el secundario”*.

Entrevistado cuatro: *“yo tenía información de charlas que me dieron”*.

Entrevistado ocho: *“yo tenía información de mi mama que es enfermera, de libros y también tengo amigos con VIH”*.

Entrevistado nueve: *“tenía información de libros y revistas”*.

Entrevistado dieciséis: *“No tenía dudas porque tengo un amigo con VIH y hablamos mucho sobre esto”*.

No obstante, dichos autores consideran que un comportamiento preventivo no depende solo de conocer las formas de transmisión del virus, sino, de una modificación en la conducta para disminuir la exposición que hace vulnerable a las personas a contraer la infección (Irwin et al. 2005).

Los fragmentos reflejan lo siguiente:

Entrevistado cuatro: *“la información que me dieron fue importante”*.

Entrevistado diez: *“recibí mucha información que no tenía antes. La psicóloga me dijo que cuando trabajara o tuviera un cliente utilizara preservativo”*.

Entrevistado quince: *“pude preguntar las dudas sobre las formas de transmisión. Tenía dudas sobre la saliva, el mate”*.

Entrevistado dieciséis: *“tome conciencia”*.

Durante el testeo, la labor del psicólogo se divide en un trabajo preventivo, que tiene por objetivo brindar información sobre las formas de transmisión del virus y cómo se puede prevenir; la segunda tarea a cumplir es crear un ámbito de contención cuando la persona siente miedo, angustia o ansiedad frente al análisis y su resultado. La búsqueda del profesional es instalar en el consultante un interrogante.

A los consultantes se les pregunta si algo de lo mencionado por el psicólogo permite elaborar ese interrogante y responden:

Entrevistado tres: *“la información que me dió la psicóloga me ayudó a no tener tanto miedo”*.

Entrevistado nueve: *“la psicóloga me dijo que me tengo que cuidar”*.

Entrevistado diez: *“me sentí mejor porque la psicóloga me tranquilizó. Vine con mucho miedo. Me dijo que era un punto favorable que no me inyectara cuando consumo droga”*.

CONCLUSIONES

El Trabajo de Integración Final constituye una interrelación entre la práctica profesional realizada en una Fundación y lo articulado en el marco teórico.

Sin embargo, está atravesado por limitaciones propias del mismo. Una de ellas es el criterio de selección de las personas entrevistadas. La entrevista elaborada por el Centro Internacional Fogarty de Estudios Avanzados en Ciencias de la Salud, que evalúa miedos y creencias sobre VIH durante el proceso de testeo, fue administrada a personas cuyo resultado en la devolución fue negativo, por considerar la entrega de un positivo, un momento no propicio para efectuar una encuesta. Esta es en coincidencia con Reyero (2005) quien plantea que cuando una persona recibe la serología positiva atravesará por una situación de gran impacto.

La segunda limitación, radica en que tanto la entrevista como la historia clínica fueron completadas solo una vez, sin posibilidad de profundizar en aspectos relevantes para el trabajo.

Continuando con la encuesta sobre miedos y creencias, se sugiere una modificación en su estructura. El cambio radicaría en acortar la extensión de la misma, omitiendo preguntas que podrían caer en la repetición, para así focalizar solo en aquellas que permitieran obtener más datos.

Con respecto a las limitaciones en el marco teórico, faltó agregar antecedentes epidemiológicos del VIH/ SIDA en la Argentina, en particular sobre miedos y representaciones sociales sobre el virus.

El presente trabajo ha permitido conocer los miedos y creencias que tienen las personas sobre el VIH y que se hacen evidentes en el momento en que un individuo se testea.

La ventaja de conocer estos factores, es el punto de partida para generar un adecuado trabajo de asesoramiento, contemplando la diversidad de experiencias a las que el psicólogo deberá enfrentarse y necesitará estar formado para responder a las demandas del consultante. La tarea de los equipos de salud consiste en poner en práctica intervenciones de asesoramiento, orientación, escucha y prevención (Ameal et al. 2005).

Otro beneficio del trabajo es el recorrido del concepto de asesoramiento en el testeo, al destacar la impronta que el mismo quiere generar en los consultantes, entendiendo como consejería, aquel espacio que nace de la interacción empática entre el consultante y su asesor, que se fundamenta en la confidencialidad y la privacidad (Ameal et al. 2005; OMS/ONUSIDA, 2006).

El rol de este servicio es preventivo y contenedor. Los consultantes buscan explicaciones de la enfermedad, y también un interlocutor que escuche el motivo por el cuál se testearon y qué preocupaciones lo aquejan.

En el apartado de asesoramiento y consejería se describe como actúa el psicólogo y qué funciones cumpliría en ambos momentos (entrevistas pre y post test) lo que permite aseverar que prescindir de estos espacios, es negarle a la población la posibilidad de mejorar su calidad de vida y el cuidado de su salud.

Lo que quedaría pendiente para un próximo trabajo sería definir, dentro de los objetivos, los estilos comunicacionales que intervienen en el testeo y que afectan el modo en que se desenvuelven las entrevistas.

Como se ha señalado, el trabajo estaría ajustado solo a los datos obtenidos por personas que si bien estuvieron expuestos a situaciones de riesgo, no han contraído el virus. El motivo que los llevó a testearse ha sido diverso, sin embargo, un grupo que por razones de definición de la muestra quedo fuera, es el que constituyen los adolescentes, y que es de particular interés por quien escribe.

El objetivo sería profundizar en lo relativo a los temores, mitos, información que manejan del VIH, el uso del preservativo y cuidado de la salud.

REFERENCIAS

- Ámeal, F., Pemoff, R., Cando, O., Pérez, H. & Cahn, P. (2005). Diez años de testeo para HIV en el Hospital Fernández. *Actualizaciones en SIDA*, 13, 150-156.
- André, C & Sánchez, A. (2005). *Psicología del miedo: temores, angustias y fobias*. Barcelona: Kairos.
- Aresti de la torre, L. (2002). El miedo y la muerte. En I. Jaidar Matalobos (Eds.). *Los dominios del miedo* (pp. 13-40). México DF: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Banchs, M., A. (2007). Entre la ciencia y el sentido común: representaciones sociales y salud. En T. Rodríguez Salazar & M García Curiel (Eds.).

- Representaciones sociales: Teoría e investigación* (pp. 219-253).
Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Bayes, R., Comellas, B., Lorente, S. Viladrich, M. (1998). Información, miedo y discriminación en la pandemia por VIH/SIDA. *psicothema*, 10, 127-134.
- Berenguer, J., Laguna, F., Aldeguer, J. L., Moreno, S., Arribas, J. R. & Arrizabalaga, J. (2004). Prevención de las infecciones oportunistas en pacientes adultos y adolescentes infectados por el VIH. Recomendaciones de GESIDA/ Plan nacional sobre el SIDA. *Enfermedades infecciosas microbiológicas clínicas*, 22 (3), 160-176.
- Biagini, G. & Sánchez, M. (1995). *Actores sociales y SIDA: ¿Nuevos movimientos sociales? ¿Nuevos agentes de salud?; las organizaciones no gubernamentales en Argentina y el complejo VIH/SIDA*. Buenos Aires: Espacio.
- Biagini, G. (2002). De implicancias y sentidos, efecto SIDA y sociedad civil. *Revista argentina de sociología*, 2, 27-42.
- Cahn, P., Cahn, R., Casiro, A., Goodkin, K., Maglio, F., Maldavsky, D. et al. (1992). *PSIDA un enfoque integral*. Buenos Aires: Paidós.
- Cahn, P., Bloch, C. & Weller, S. (1999). *El SIDA en Argentina: epidemiología, subjetividad y ética social*. Buenos Aires: Arketipo.
- Cahn, P. & Bouzas, M. B. (2006). Primoinfección HIV. *Actualizaciones en SIDA*, 14, 110-116.
- Cahn, P & Krolewiecki, A. (2006). Infección por HIV: historia natural. *Actualizaciones en SIDA*, 14, 120-124.

- Cahn, L. & Vázquez, M. (2004). Prevención: de lo hipotético a lo práctico. *Actualizaciones en SIDA*, 12, 24-31.
- Castilla, J., Noguer, I., Belza, M. J., Del Amo, J., Sánchez, F & Guerra, L (2002). ¿Estamos diagnosticando a tiempo a las personas con VIH? *Atención Primaria*, 29(1), 20-25.
- Chirst, G. H. & Wierner, L. S. (1986). Consideraciones psicosociales en el SIDA. En V. T. De vita, S. Hellman & S.A. Rosenberg (Eds.). *SIDA: etiología, diagnósticos, tratamiento y prevención* (273-292). Barcelona: Salvat.
- Dirección de SIDA y Enfermedades de transmisión sexual (2008). *Consejería: una estrategia esencial en la prevención del VIH y las ITS*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.
- Durán, A. Ebenrestejin, J., Parlante, A., Lourtau, L., Losso, M. & León, L. (2003). Prevalencia de infección por VIH en la experiencia de un centro de prevención, asesoramiento y diagnóstico. *Infosida*, 3, 70-76.
- Esparza, J. (1995). La causa del SIDA es el VIH: evidencias clínicas, etiopatogénicas, epidemiológicas y experimentales. *Gaceta Médica Caracas*, 103(2), 105-128.
- Facultad Latinoamericana de Ciencias sociales- Sede Académica Costa Rica (2002). Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión.
- Fernández Rivas, L. & Ruiz Velasco, M. E. (2002). Del miedo y la locura. En I. Jaidar Matalobos (Eds.). *Los dominios del miedo* (pp. 53-76). México DF: Universidad Autónoma Metropolitana.

- Flores Palacios, F. & Leyva Flores, R. (2003). Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud pública de México*, 45, 624-631.
- Gallo, R.C., Shaw, G. M. & Markham, P.D. (1986). Etiología del SIDA. En V. T. De vita, S. Hellman & S.A. Rosenberg (Eds.). *SIDA: etiología, diagnósticos, tratamiento y prevención* (31-49). Barcelona: Salvat.
- Gattel, J. Zulaica, D. Del Romero, J. & Robledo, T. (2010). Como promover y facilitar el diagnóstico precoz de la infección por el VIH-1: papel de los odontólogos. *Cient. Dent.* 7, 65-65.
- Guinsberg, E. (2002). Miedo en nuestro malestar en la cultura. En I. Jaidar Matalobos (Eds.). *Los dominios del miedo* (pp. 77-101). México DF: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Gutiérrez Villa, N. Menéndez Román, M. Úzanga Pestano, E. & Álvarez Delgado, M. (2010). Conocimiento sobre percepción del riesgo del VIH/SIDA en adultos jóvenes de la enseñanza superior del municipio de Morón. *Mediciego*, 16.
- Hewtone, M. (1992). *La atribución causal. Del proceso cognitivo a las creencias colectivas*. Buenos Aires: Paidós.
- Irwin, A., Millen, J. & Fallows, D. (2005). *SIDA global: Verdades y mentiras. Herramientas para luchar contra la pandemia del siglo XXI*. Buenos Aires: Paidós.
- Kornblit, A. L. & Méndez Diz, A. M. (1995). *Los trabajadores de la salud en los tiempos del SIDA*. Buenos Aires: Oficina de publicaciones del C.B.C. Universidad de Buenos Aires.

- León, M., Páez, D. & Díaz, B. (2003). Representaciones de la enfermedad. *Estudios psicosociales y antropológicos. Boletín de psicología*, 77, 39-70.
- López, L. (2010). Obstáculos subjetivos en el acceso al test de VIH. Aportes desde el psicoanálisis. *Actualizaciones en SIDA*, 18, 34-40.
- Ministerio de Salud (2008). *Vivir en positivo*. Buenos Aires: Ubatec.
- Miranda Gómez, O. & Nápoles Pérez, M. (2009). Historias y teorías de la aparición del Virus de la Inmunodeficiencia Humana. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 38, 63-72.
- Mora Salazar, J., Palomino Vargas, J., Velásquez Ruiz, C., Gómez Pomar, E., Castillo Schilder, R., Soto Archiño, L. et al. (2009). Evaluación de la consejería pre test para el VIH en un hospital nacional en Lima- Perú. *Revista Salud Publica*, 11, 559-567.
- Moreno Gil, A & Hurtado, J. J. (2009). Creencias y conocimientos sobre VIH/SIDA en la población de 18 a 59 años de edad el área urbana de San Juan Sacatepéquez, Guatemala. *Revista de la facultad de medicina*, 1, 4-34.
- Morin, M. (1996). Representaciones sociales y prevención del SIDA. En N. Basabe, D. Páez, R. Usieto, H. Paicheler & J. C Deschamps (Eds.). *El desafío social del SIDA* (pp. 193-212). Madrid: Fundamentos.
- Mucci, M. & Benaim, D. (2005). Psicología y salud: Calidoscopio de Prácticas Diversas. *Psicodebate*, 6, 123-135.
- Organización Panamericana de la Salud, 2008. *Guía práctica para la implementación de pruebas fiables y eficientes para el diagnóstico de VIH*.

- Ramírez Placencia, J. (2007). Durheim y las representaciones colectivas. En T. Rodríguez Salazar & M García Curiel (Eds.). *Representaciones sociales: Teoría e investigación* (pp. 17-50). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Reyero, G. (2005). SIDA: factores psicosociales en la adherencia al tratamiento. *Actualizaciones en SIDA*, 13, 43-55.
- Sontag, S. (2003). *El SIDA y sus metáforas*. Madrid: Suma de Letras.
- Valencia Abundiz, S. (2007). Elementos de la construcción, circulación y aplicación de las representaciones sociales. En T. Rodríguez Salazar & M García Curiel (Eds.). *Representaciones sociales: Teoría e investigación* (pp. 51-89). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Weller, S. (2003). Resultados de análisis de VIH no retirados: un ruido que debemos escuchar. *Infosida*, 3, 60-63.
- Weller, S. (2006). Cuatro miradas sobre el trabajo preventivo en la ciudad. *Infosida*, 5, 25-31.
- Weller, S., Adaszko, A., Huergo, M. & Sotelo, J. (2009). *¿Dónde estamos? ¿A dónde queremos ir? Respuesta al VIH/SIDA desde el sistema público de salud*. Buenos Aires: UBATEC S. A.

Anexo