

**CREENCIAS ACERCA DE LA PRUEBA VOLUNTARIA DEL VIH QUE TIENE UN
GRUPO DE MUJERES ASISTENTES AL CONTROL PRENATAL DE UN
CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE PASTO**

**CLAUDIA AMANDA CHAVES
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE MAGÍSTER EN
ENFERMERÍA**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
MAESTRIA EN ENFERMEÍA
SANTIAGO DE CALI
2011**

**CREENCIAS ACERCA DE LA PRUEBA VOLUNTARIA DEL VIH QUE TIENE UN
GRUPO DE MUJERES ASISTENTES AL CONTROL PRENATAL DE UN
CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE PASTO**

CLAUDIA AMANDA CHAVES

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE MAGÍSTER EN
ENFERMERÍA**

**MARÍA EUGENIA VILLAQUIRAN. Mag. EN SALUD PÚBLICA
DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
MAESTRIA EN ENFERMERÍA
SANTIAGO DE CALI
2011**

**BELIEFS ABOUT HIV VOLUNTARY TESTING THAT HAS A GROUP OF
WOMEN WHO ATTENDING PRENATAL CONTROL AT THE HEALTH CENTER
OF SAN JUAN OF PASTO CITY**

BY

CLAUDIA AMANDA CHAVES

**RESEARCH PROJECT SUBMITTED AS REQUIREMENT
FOR THE DEGREE OF MASTER NURSING**

**MARIA EUGENIA VILLAQUIRAN. Ms – PUBLIC HEALTH
DIRECTOR OF RESEARCH**

**UNIVERSITY OF VALLE
HEALTH FACULTY
SCHOOL OF NURSING
MASTER NURSING
SANTIAGO OF CALI
2011**

NOTA DE ACEPTACIÓN

LUZ ÁNGELA ARGOTE O.
PRESIDENTE DEL JURADO

MARÍA CLARA TOVAR DE ACOSTA
JURADO

SUSANA VALENCIA
JURADO

San Juan de Pasto, 17 de febrero de 2011

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Resumen	7
Introducción	9
1. Planteamiento del Problema de Estudio	11
1.1 Pregunta de Investigación	14
2. Justificación	15
3. Objetivos	17
3.1. Objetivo general	17
3.2. Objetivos específicos	17
4. Marco Referencial	18
4.1. Cuidado y Cultura	18
4.2. Género, riesgo e infección por VIH	24
5. Metodología	35
5.1. Diseño de la investigación	35
5.2. Rigor Metodológico	35
5.3 Criterios de Inclusión	36
5.4. Entrevista a Profundidad	36
5.5. Proceso de recolección de la información	37
5.6. Análisis de la información	37
5.7. Consideraciones Éticas	39
6. Resultados	41
6.1. Tema cultural 1. “Además de la enfermedad los espíritus malos se meten y terminan con la vida de la persona”.	42
6.2. Tema cultural 2. “Las mujeres adultas razonamos mucho, nosotras no nos dejamos llevar por el momentico”.	49
6.3. Tema cultural 3. “Hoy en día estamos experimentando las cosas muy rapidito o míreme a mí ya embarazada y tan joven”.	52
6.4. Tema cultural 4. “Cuando yo quedé embarazada yo si estaba saliendo con él, pero no estábamos enamorados más era por tener relaciones sexuales”.	59
6.5. Tema cultural 5. “Uno puede ser una mujer casada de su casa, pero ellos pueden hacérsela, por eso yo hubiera preferido que fuera antes del embarazo la prueba”.	64
6.6. Tema cultural 6. “Una vez que fui a mi primer control y me mandaron esas pruebas, yo estaba muy deprimida y no quería hacerme nada y menos la del VIH”.	70
6.7. Tema cultural 7. “Cada vez que voy a una fiesta me gusta tomar y mirar si están buenos los muchachos y con quién puedo bacilar esa noche”.	75
7. Discusión	80
8. Conclusiones	89

9. Recomendaciones	90
Agradecimientos	91
Referencias Bibliográficas	93
Anexos	99

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características socio demográficas referidas a edad, estado civil, nivel de educación, ocupación y estrato de las gestantes asistentes a control prenatal a un Centro de Salud del Municipio de San Juan de Pasto. Periodo 2010	38
Tabla 2. Características socio demográficas referidas a procedencia, religión, E.P.S y etnia de las gestantes asistentes a control prenatal a un Centro de Salud del Municipio de San Juan de Pasto. Periodo 2010	38

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Formulario de consentimiento para participar en la investigación.	96
Anexo 2. Preguntas para desarrollar por el investigador sobre la participación de sujetos humanos en investigación.	98
Anexo 3. Hoja de vida del investigador.	100

RESUMEN

El VIH es una problemática mundial, y las estadísticas revelan que está aumentando en las mujeres casadas o con una pareja estable y cuando de esta relación se deriva una gestación, con el riesgo de dar a luz a un bebé infectado si no acuden a medidas preventivas, como tomar tempranamente una prueba del VIH, que en Colombia es voluntaria, y cuyo consentimiento de tomársela se delega en la mujer; de no realizársela a tiempo, no se puede brindar un tratamiento oportuno y adecuado que evite la infección vertical.

Esta problemática llevó a realizar esta investigación que describe cuales son las creencias de las gestantes acerca de la realización de la prueba de VIH, cuáles son sus motivaciones y limitantes que giran en torno a la realización de este procedimiento, y reconocer las prácticas que favorecen en ellas acciones de prevención ante la infección; para este propósito se contó con una población de usuarias asistentes al control prenatal de un Centro de Salud, se entabló una relación de cordialidad, y mediante entrevistas en profundidad, lograr demostrar las manifestaciones y relatos ante esta temática; por ello, fue fundamental la utilización de la metodología cualitativa a través de un estudio etnográfico al estudiar una realidad cultural; se exploraron los hechos para entender y comprender una problemática social real.

PALABRAS CLAVES: Creencias, VIH, Gestantes, Prueba Voluntaria.

ABSTRACT

HIV is a global problem especially when statistics show that is increasing in married women or with a single partner and where this relationship derived in a pregnancy, with the risk of giving birth to a baby infected when they aren't take necessary steps as early HIV testing, that is voluntary in Colombia, where consent for take this HIV test is delegated in the woman, with the risk that test is positive and many times not to do it on time cannot provide timely and appropriate treatment to prevent vertical infection.

This problem allowed to do this research in which there is a detailed description of the beliefs of pregnant women about taking of HIV testing, what are their motivations and the problems involve around the implementation of this procedure and recognize the practices that help to realize action to prevent infection, for this, the research had a population of users attending the prenatal control care from a health center in a relationship of warmth and depth interviews to show all the events and stories to this topic ; it was essential the use of qualitative methodology through an ethnographic study to explore a cultural reality, the facts are explored to understand and comprehend a real social problem.

KEY WORDS: Beliefs, HIV, Pregnant, Voluntary Testing.

INTRODUCCION

El VIH/SIDA es un problema de Salud Pública mundial. Se estima que este síndrome ha cobrado más de 25 millones de vidas desde que se identificó por primera vez en 1981, y cada día la cifra de infección aumenta en todas las personas, sin distinción de género, edad o raza; de ahí, que la pandemia del VIH sigue constituyéndose en uno de los desafíos más importantes dentro de las enfermedades infecciosas, porque esta enfermedad no somete a nadie en particular; sin embargo, la mujer ha pasado de estar en menor porcentaje de infección a tener la infección casi igual que el género masculino; el problema no radica solamente en el género, se complica cuando va más allá al hablar de niños que adquieren la seropositividad aún en el vientre de sus madres.

La problemática incluye la transmisión vertical o prenatal del VIH, la primera causa de infección en los niños, y puede darse durante el embarazo, el parto o por medio de la leche materna. Estos mecanismos se pueden prevenir si se detecta a tiempo la enfermedad en la embarazada; primero incentivando a la gestante en el primer trimestre a la inscripción y luego al control prenatal, ofreciendo pruebas diagnósticas para determinar la posible infección y, con base en los resultados, brindarle un tratamiento oportuno con medicamentos antivirales, suspenderle la lactancia materna y reemplazarla por sustitutos lácteos para brindar al recién nacido una protección alimenticia específica. Para ello, desde el 2003 en Colombia se viene desarrollando el proyecto para la reducción de la transmisión Madre-Hijo del VIH, con el objetivo de prevenir la aparición de nuevos casos de infección en recién nacidos, con la incorporación de la prueba voluntaria del VIH, durante el control prenatal.

Una meta importante para la prevención de la transmisión vertical del VIH SIDA es que las mujeres en edades fértiles no adquieran el VIH y no se embaracen sin haberlo planeado; pero si lo hacen, un objetivo fundamental de prevención con las mujeres que se embarazan, es que conozcan su estado de seropositividad frente al VIH SIDA, y que se regularice la prueba como parte de la atención en salud en el embarazo. Así, en caso de detectarse seropositividad para VIH, habría muchas posibilidades de prevenir la transmisión vertical.

La investigación de esta problemática social se realiza con el interés de conocer las creencias acerca de la prueba de VIH en las gestantes teniendo en cuenta sus características sociales y demográficas, como también sus prácticas, el acceso o negación a la prueba de VIH y así determinar que la clave de la prevención está en concientizar a las mujeres ante la necesidad de realizarse la prueba y así

fortalecer la determinación del VIH como elemento de la atención en la consulta prenatal y aumentar la posibilidad de prevenir la transmisión vertical.

Una de las características principales que hay que tener en cuenta es que a pesar de que se han difundido medidas de cómo evitar los riesgos para no contraer el virus, la búsqueda constante de una vacuna y un tratamiento realmente efectivo, la etiquetan cómo una patología mortal, porque lo importante no es el comportamiento biológico del virus; por el contrario, son las fuentes de infección y las vías de transmisión los factores primordiales para la propagación del SIDA.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE ESTUDIO

El VIH se ha considerado en los últimos tiempos cómo una grave amenaza para la población, según lo afirmó Nina Ferenci, “Hasta el momento la enfermedad es incurable, la infección puede ser frenada y el tiempo de sobrevivida se ha prolongado asombrosamente, es así como hoy en día el VIH/SIDA afecta cada vez más a las mujeres jóvenes en edad reproductiva, quienes están iniciando su vida sexual a más temprana edad, lo cual aumenta el riesgo de infectarse por el cambio permanente de compañeros sexuales” (1). El SIDA es una enfermedad que causa situaciones de conflicto de tipo personal, laboral, social, emocional, familiar y plantea problemas éticos, legales, de discriminación en la vivienda y en el empleo.

El VIH comenzó cómo una epidemia en la comunidad homosexual, ahora ocurre en una proporción alta en heterosexuales, bisexuales y en mujeres; de ahí que actualmente el VIH es un fenómeno feminizado. Los agentes sociales, culturales y económicos juegan un papel importante en esa susceptibilidad, pero en muchos casos la violencia doméstica y la violación son factores importantes que contribuyen a que las mujeres contraigan el virus causante del SIDA. “Otros factores son los matrimonios a temprana edad de adolescentes con hombres mucho mayores que ellas y la práctica cultural de la no utilización del preservativo. Defensores de los derechos de las mujeres afirman que, a fin de encarar la pandemia, es necesario que las mujeres y sus derechos ocupen un lugar central en las intervenciones”. (2).

Las estadísticas demuestran que a “nivel mundial existen 40.3 millones de personas infectadas con VIH, de las cuales 17.5 millones corresponde a mujeres en edad reproductiva y 2.3 millones corresponde a menores de 15 años. 2.3 millones en embarazo cada año y 500.000 a 600.000 niños adquieren la infección de sus madres. Reducir la transmisión del VIH/SIDA en el recién nacido es un componente de cualquier estrategia de prevención, particularmente en los países de escasos recursos, donde más del 40% de las mujeres embarazadas podrían estar infectadas con el virus del VIH y el 25 al 40% de sus hijos nacerían con la infección. La intervención oportuna a la gestante VIH positiva podría disminuir el riesgo de la transmisión vertical” (3).

En Colombia el grupo poblacional más afectado es el de 25 a 29 años con 8.076 equivalentes al (20.0%), en relación con los 40.335 registros con reporte de edad (70.2%). El 57.7% se encuentra en el grupo de 15 a 34 años, igualmente, de los 57.489 casos reportados por ficha, se puede afirmar que el 3.3% (1.873 casos) son menores de 18 años, de los cuales 1.085 casos corresponden a transmisión

perinatal. En el acumulado general del 2003 al 2008 han resultando 1.127 gestantes diagnosticadas con el VIH, de las cuales en el año 2008 se han diagnosticado 184 mujeres. Del total de gestantes diagnosticadas, el 79.6% han recibido tratamiento antirretroviral profiláctico. De las 1.127 gestantes con VIH se tiene información de 866 nacimientos, de los cuales 827 (95.5%) han recibido profilaxis. Adicionalmente 746 (86.1%) de los nacidos han recibido fórmula láctea para complementar las medidas de prevención de la adquisición de la infección en el posparto por vía de lactancia materna. De los 866 niños y niñas que han nacido únicamente se han presentado 30 (3.5%) casos de niños y niñas VIH positivos. Para el 2007, de los 132 nacimientos hubo 5 casos diagnosticados (3.8%). (4).

Por tanto, en Colombia son más los niños contagiados por VIH, y esta cifra va en aumento. “La prevalencia nacional de infección en la población general de 15 a 49 años se estima entre 0,64% y 0,7%, lo cual indica que actualmente están infectadas alrededor de 58.000 mujeres en edad fértil. El creciente número de infecciones en mujeres en edad fértil ha significado un progresivo aumento en los casos de SIDA pediátrico. El primer caso de transmisión madre-hijo en Colombia se informó en 1987, y a diciembre de 2003 se notificaron 951 casos de transmisión vertical, con un aumento sostenido desde 1995. Al final de 2004 se estimaba que en Colombia había entre 4.000 y 8.000 niños infectados con el VIH. Si un millón de mujeres estuvieran embarazadas, 6.900 podrían estar infectadas con VIH; con una probabilidad de transmisión madre hijo de VIH de 30 a 40%, sin aplicación de las medidas de prevención, se tendrían entre 2.070 y 2.760 infecciones neonatales anuales nuevas” (5).

La base de datos del SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud reporta que de 1983 a noviembre de 2007 en el Departamento de Nariño se encuentran 197 casos de VIH/SIDA acumulados en mujeres y 381 en los hombres. El primer caso de transmisión vertical se reporto en 1989 y hasta el 2006 se han registrado 19 casos de esta transmisión.

En el Municipio de Pasto se encontraron 33 casos en el 2006, de los cuales 10 fueron en mujeres (32%) y 23 en hombres (68%); para el 2007 se presentaron 32 casos, 9 en mujeres (28%) y 23 en hombres (72%). (6).

Para el caso de la transmisión vertical (madre a hijo), se conoce que muchas mujeres embarazadas no saben que son portadoras del VIH, por eso es necesario que toda gestante cuando asista a sus controles se practique una prueba de detección de VIH, para que en caso de ser positiva, se tomen las medidas preventivas y así evitar que se contagie el bebé.

“Desde hace años, hay abierto un debate entre las sociedades de Obstetricia y las de Prevención de Enfermedades, sobre la necesidad de realizar pruebas de rutina de detección precoz del VIH durante la gestación. Está demostrado que cuanto antes se detecte esta infección, el tratamiento es mucho más efectivo y, además, si se consigue detectar durante los primeros meses del embarazo, se minimizan mucho los riesgos de contagiar al bebé. Hasta ahora, entre todas las pruebas de seguimiento de una embarazada (ecografías, análisis de sangre y orina...), no se encontraba un test para determinar la infección por el VIH, sólo se considera una prueba opcional por parte de la mujer, que además requiere consentimiento informado, donde ella tiene que dar su permiso. En E.U. han empezado a realizar pruebas sin necesidad de solicitar autorización a la madre. En el estado de Nueva Jersey se hacen de manera rutinaria estas pruebas, donde se obliga a todas las gestantes a realizarse el test en el primer y tercer trimestre de embarazo. Pretenden con esto disminuir drásticamente el número de infecciones de recién nacidos por transmisión de la madre. En España, la Ley General de Sanidad obliga a realizar estas pruebas siempre pidiendo permiso al paciente, y actualmente es una prueba opcional en el control de la embarazada.”(7).

En Colombia la prueba de detección de esta enfermedad continúa siendo una responsabilidad de la gestante, porque es la única que decide si desea practicársela; sin dejar de mencionar que también es una responsabilidad de los entes gubernamentales y de la salud, que mediante la estrategia para la reducción de la transmisión vertical del VIH, manifiestan que “todos los procedimientos técnico-científicos y administrativos deben realizarse mediante la integración de acciones entre los departamentos, municipios e IPS, para que se garantice el éxito de la estrategia y lograr un impacto en el VIH prenatal” (8); ya que se ha encontrado en las consultas de control prenatal que algunas mujeres no desean realizarse la prueba o si se la practican otras no vuelven por el resultado porque piensan que por el hecho de estar casadas, ya sea porque sus parejas les aseguran fidelidad, no es necesario hacerse la prueba de Elisa, mucho menos cuando están embarazadas; este es un error que se puede cometer porque la única forma de saber si fue o no contagiado con el VIH/SIDA es a través de la prueba de Elisa y Western Blot. Es necesario que las embarazadas comprendan que sus hijos no sólo heredan de ellos el color de piel u ojos, también el VIH y que se puede transmitir en el útero, durante el parto y con la leche materna.

La Estrategia para la reducción de la Transmisión Perinatal del VIH revela que ante la oferta de la prueba para VIH en la gestante en el Departamento de Nariño “la oferta solo alcanza el 39.7%. Por el contrario, un estudio centinela realizado en el Brasil, con el fin de evaluar el programa de detección de VIH durante el embarazo, reportó una cobertura del 51%; por ello se quiere prevenir la aparición de nuevos casos de infección en recién nacidos con la incorporación de la prueba voluntaria de VIH durante el control prenatal, el tratamiento y la profilaxis

antirretroviral en la gestante infectada y el niño expuesto, el parto por cesárea y la sustitución de la leche materna” (9).

Es fundamental mencionar que al haber un creciente número de mujeres en edad fértil, existe un riesgo para el aumento de la infección por el VIH.

El profesional de enfermería puede aportar a la solución de esta pandemia, y luchar para que las actitudes de todas las mujeres cambien, educándolas en valores, haciendo que se hagan responsables de sí mismas, sin depender de los demás, se responsabilicen del futuro de ellas y de sus hijos. Por ello, es importante conocer el pensar de estas mujeres que por primera vez se van a practicar la prueba y no han estado en ninguna consejería para esta enfermedad.

Los resultados de este estudio son útiles para realizar acciones que promueva en las mujeres una actitud de responsabilidad y compromiso frente a la prueba de VIH, ya que permitirá una detección temprana de la infección y un tratamiento oportuno para evitar la transmisión vertical.

1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las creencias acerca de la prueba voluntaria del VIH que tiene un grupo de mujeres asistentes al control prenatal de un Centro de Salud del Municipio de San Juan de Pasto?

2. JUSTIFICACIÓN

Desde 1981, cuando se reportó el primer caso de VIH en Estados Unidos se han realizado muchos esfuerzos del orden mundial para hacer que esta enfermedad se prevenga con el simple hecho de utilizar el preservativo y así evitar todo tipo de transmisión de esta mortal patología.

“En Colombia, un informe de la Organización de Naciones Unidas (ONU) y la Unión Europea (UE) presenta que al menos siete mil mujeres embarazadas desconocen que son portadoras del virus VIH, y la situación más grave se presenta en mujeres embarazadas de los estratos uno y dos. Durante el periodo 2006-2007 en Colombia se realizaron 187 mil pruebas y se detectaron 344 embarazadas infectadas, de las cuales el 80 por ciento son amas de casa; entre ellas el 50 por ciento afirma que sólo han tenido cómo pareja sexual a su cónyuge” (10).

La transmisión vertical es el principal mecanismo de adquisición del SIDA en los niños, ya que el creciente número de infecciones en mujeres en edad fértil conlleva a un latente aumento en los casos de VIH en los infantes. “A toda gestante que acuda al control prenatal, idealmente en el primer trimestre de embarazo, se le debe efectuar la asesoría pre prueba y se le ofrece la prueba para VIH, teniendo la opción de aceptar o rehusar, firmando un documento. Aquellas gestantes que acepten realizarse la prueba deben firmar el consentimiento informado. Aquellas gestantes que no acepten deben firmar el documento de no aceptación” (11).

En el documento *Estrategia para la Reducción de la Transmisión Perinatal del VIH en el Departamento de Nariño 2006*, se encuentra que “a partir del año 2003 hasta el 2006 cuando se terminó el proyecto, se realizaron 25.020 pruebas de tamizaje para VIH en gestantes. La meta propuesta era realizar 385 pruebas por mes, sin embargo se realizó una mediana de 1.526 por mes y para el año 2010 se tomaron 15.454 pruebas de tamizaje para VIH, cumpliendo así con el 98% del cubrimiento de las gestantes inscritas a control prenatal en el Departamento; de este total de pruebas 10 gestantes resultaron positivas para este virus.” (12).

La transmisión vertical se ha convertido en una prioridad para todos los entes gubernamentales, dadas las razones éticas, de costo-eficiencia y el impacto que genera esta enfermedad dentro del núcleo familiar. En este sentido, se quiere que todas las mujeres colombianas en edad reproductiva conozcan su estado serológico para la infección del VIH, lo cual crea la necesidad de ofrecer pruebas

diagnósticas en forma gratuita y oportuna cómo parte de la atención prenatal de todas las embarazadas. Sin embargo, debido a que la prueba es voluntaria muchas veces no todas las mujeres asistentes al control prenatal desean realizarse el procedimiento y algunas no vuelven por los resultados.

Se pretende que los resultados de esta investigación sean útiles para realizar acciones que promuevan en las mujeres una actitud de responsabilidad y compromiso frente a la prueba de VIH, ya que permitiría una detección temprana de la infección, y por tanto un tratamiento oportuno que evite la transmisión vertical.

Además, es fundamental tener en cuenta que la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en lo que hace referencia a la línea de ITS y VIH-SIDA, en su aparte de investigación propone adelantar proyectos que den respuesta a las problemáticas que día a día enfrenta Nariño, Colombia y el mundo en relación con el VIH-SIDA en una población tan importante cómo las mujeres gestantes. Este estudio se convierte en un aporte al programa de VIH que se lleva en el Municipio de Pasto y el resto del país, en cuanto no hay estudios de esta índole con mujeres embarazadas.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Describir las creencias acerca de la prueba voluntaria del VIH que tiene un grupo de mujeres asistentes al control prenatal de un Centro de Salud del Municipio de San Juan de Pasto.

3.2 Objetivo Específico

1. Caracterizar social y demográficamente a un grupo de mujeres asistentes al Control Prenatal de un Centro de Salud del Municipio de Pasto.
2. Describir conceptos culturales sobre VIH, sexualidad y género.
3. Identificar las creencias que les impiden a las mujeres gestantes practicarse la prueba del Voluntaria del VIH.
4. Identificar las creencias que motivan en la mujer gestante practicarse la prueba voluntaria del VIH.
5. Reconocer prácticas que favorezcan en la gestante llevar acciones de prevención de la infección.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1. Cuidado y cultura

Un importante artículo revela, “Comprender el cuidado desde la perspectiva de Leininger implica aprender de las personas sus formas de vida, sus contextos, sentimientos, preocupaciones, creencias, prácticas y valores, en sucesos tan diversos como maternidad, paternidad, nacimiento, adolescencia, adultez, vejez, enfermedad y muerte, con el fin primordial de ofrecer un cuidado coherente con la cultura.” (13).

Se debe tener en cuenta que el profesional de enfermería debe aprender que hay diferencias entre individuos, familias y comunidad, ya que cada uno de ellos, tienen diferentes ideologías y formas de pensar, sus comportamientos y saberes se van a diversificar de un grupo a otro y es indispensable que él o la enfermera aprenda a reconocer y trabajar con estas personas. No se debe atender contra la cultura porque esta va a permitir de alguna forma mantener el bienestar y mejorar las situaciones de salud del individuo o grupo, teniendo en cuenta que es difícil que las personas cambien fácilmente las creencias, costumbres y comportamientos por nuevos conocimientos y prácticas.

Teoría transcultural

Cuidado cultural y enfermería

La teoría del cuidado cultural denominada “Teoría de la Diversidad y el Cuidado Transcultural”

Se centra en el estudio y el análisis de diferentes culturas en relación con sus conductas asistenciales, cuidado de enfermería, valores respecto a la salud y enfermedad, creencias y patrones de conducta. Enuncia que el cuidado humano es esencial para el crecimiento y desarrollo de las personas. Los valores, creencias y prácticas del cuidado son importantes y deben estudiarse para preservarlos cómo componente esencial para la curación, bienestar y supervivencia de las personas y de su cultura” (14).

Leininger desarrolla su teoría basada en la convicción de que los individuos de culturas diferentes pueden entregar información importante y orientar a los profesionales para que brinden los cuidados, teniendo en cuenta lo que desean o necesitan los demás. Esta teoría revela la asistencia de enfermería desde un punto de vista multicultural, es útil y se puede aplicar a grupos y personas, siempre con el objetivo de proporcionar una asistencia fundamentada en los aspectos culturales. La enfermería transcultural es un área de la Enfermería que centra el cuidado en el análisis comparado de las diferentes culturas y subcultura del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones de la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el compromiso de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y universal.

Es fundamental tomar como referencia esta teoría para la investigación, porque si se quiere describir las creencias que tiene un grupo de gestantes acerca de la prueba voluntaria del VIH, es importante adentrarse en el estudio de esta teoría fundamentada en la antropología y la enfermería, desarrollada desde la aplicación de métodos etnológico y cualitativos conocidos como la etnoenfermería, que destaca la importancia de estudiar a las personas desde sus conocimientos y experiencias locales, para después contrastarlo con los factores externos, a menudo identificados como prácticas y convicciones de los profesionales de la enfermería, para hacer una aproximación holística al estudio de las conductas culturales en diversos contextos ambientales. Es así como la enfermería transcultural hace referencia a que el profesional de enfermería se ve comprometido en adquirir conocimientos y métodos prácticos de actuación dentro de lo transcultural y está fundamentado en una base teórica y práctica comparadas entre varias culturas.

Por tanto, la cultura establece estilos de vida y pautas, que pueden influir en la toma de decisión de una persona, y esta teoría ayuda al profesional de enfermería a descubrir y fundamentar la vida del paciente y utiliza sus puntos de vista personales, sus conocimientos y prácticas en conjunto con una ética apropiada (conocimiento profesional) como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales.

Con base en ello, la meta de la teoría de Leininger es proporcionar cuidados responsables y relacionados culturalmente, que concuerden de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y los modos de vida de los pacientes.

Afirma Leininger, “existe aún un conjunto de elementos cómo la ceguera cultural, los choques entre culturas, imposiciones y etnocentrismo, que influyen de forma notablemente negativa en la calidad que prestan los profesionales de enfermería a sus pacientes de otras culturas. Por otra parte los diagnósticos médicos y de enfermería que no tienen en cuenta los factores culturales producen resultados desfavorables, en ocasiones con consecuencias graves” (15).

Teniendo en cuenta que el profesional de enfermería debe proporcionar unos cuidados dependiendo de las realidades y la necesidades de los pacientes, es fundamental abordar una serie de conceptos que Leininger define dentro de su teoría así, los más importantes para la investigación son:

Principales conceptos y definiciones

Cuidados (sustantivo):

Hace referencia a todo lo relacionado con los cuidados que necesita una persona, en actividades de asistencia, apoyo o capacitación teniendo en cuenta sus necesidades dependiendo de sus estilos de vida.

Cuidar (verbo):

Hace referencia a educar, asistir y apoyar a personas y grupos con respecto a sus necesidades con el fin de mejorar estilos de vida, dependiendo de la cultura.

Cultura:

Hace referencia al modo de vivir, pensar y actuar de un pueblo, aprendidos, compartidos y transmitidos dentro de un grupo determinado.

Cuidados culturales:

Van relacionados con todos esos conocimientos que tienen una comunidad con respecto al cuidado de su salud teniendo en cuenta su estilo de vida, modo de vivir, valores y creencias que son transmitidos de generación en generación.

Cultura y sus componentes

Hablar de cultura implica comprender su origen, que procede del “latín *cultus* que, a su vez, deriva de la voz *colere* que significa “cuidado del campo o del ganado”; posteriormente se le dio un significado distinto “cultivo de las especies Humanas” o de cualquier facultad. Ya en el siglo XVIII el uso de la palabra cultura tenía que ver con todo lo filosófico, la ciencia, el arte, la religión etc. Se entiende la cultura como el conjunto de todas las formas y expresiones de una sociedad determinada. Esta incluye, prácticas, códigos, costumbres, reglas de la manera de ser, normas, religión, sistemas de creencias, rituales, vestimenta y normas de comportamiento. En 1982, la UNESCO declaró en México, “la cultura da al hombre la capacidad de reflexionar sobre sí mismo. Es ella la que hace de nosotros seres específicamente humanos, racionales, críticos y éticamente comprometidos. A través de ella discernimos los valores y efectuamos opciones. A través de ella el hombre expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente nuevas significaciones y crea obras que lo trascienden” (16).

Desde otro punto de vista se puede decir que la cultura es toda la información y habilidades que posee el ser humano, que involucra valores, comportamientos, costumbres y creencias que lleva innatas una serie de personas que se encargan de transmitirlos a otros seres humanos.

Diversidad de los cuidados culturales:

Hace referencia a todos los cuidados que tiene una persona o grupos, pero que los diferencia de una comunidad a otra por sus creencias y costumbres.

Visión del mundo:

Manera de una persona de ver las cosas.

Cultura nariñense

Desde la época precolombina cuando Nariño estuvo habitada por las tribus indígenas de los Pastos, Quillacingas y otras, se designaba a la mujer desde su nacimiento a las actividades de oficios domésticos y agrícolas, y por ello nunca se

le permitió participar en otras actividades. Subordinadas desde aquellos tiempos, se relacionaron con la sumisión y dependencia hacia el hombre, “algunas culturas indígenas asociaban al hombre con el cielo, el sol o el fuego, mientras que a las mujeres se las asoció con la tierra, la luna y el agua, anatómicamente el hombre representa la fuerza mientras que la mujer representa la debilidad y desde la filosofía se ha asociado al hombre y a la mujer respectivamente con conceptos de inteligencia y emoción, activo y pasiva, razón e intuición, forma y materia, completo e incompleta, perfecto e imperfecta” (17).

En la cultura nariñense es fácil visualizar que la familia se da en función de la mujer, cuyo destino procreador la hace dependiente a la crianza de sus hijos y del cuidado del hogar. Para las mujeres el matrimonio era su finalidad y desde su niñez se venía preparando para eso.

En aquel entonces el género femenino significaba procreación y no podían expresar libremente su sexualidad; para esa época el sentir deseo se relacionaba con actos “inmorales”, y para los hombres sólo consistía en placer y no había repercusión alguna. Si bien que hoy la sexualidad ha tomado otro giro entre las personas porque todavía se observa en la mujer de este departamento como la sumisión, la violencia sexual y la violación forman parte de este género que es vulnerado y violentado constantemente.

A mediados del siglo XX la mujer entra a las universidades de la capital nariñense y le permitió posicionarla en lo laboral. “Pese a estas nuevas condiciones en el campo laboral, la mujer ha sido excluida de trabajos y oficios que requieren cierto grado de formación académica y práctica; de esta manera la mujer tuvo que asumir trabajos prácticamente iguales a los roles que desempeñaban en la casa como, servicio doméstico, niñeras, modistas, lavanderas entre otros, trabajos que representan un desgaste físico muy alto en comparación con su remuneración, prácticamente le fue negada la oportunidad de participar en otros campos; es así como el sexo femenino debía guardar una castidad absoluta, ya que la virginidad gozaba de extraordinaria valoración; constituía una especie de prerrequisito para alcanzar un ventajoso matrimonio. Las mujeres que tenían relaciones sexuales antes del matrimonio o con más de un hombre era tratadas como inferiores al resto, eran juzgadas y subestimadas” (18).

Aun así, las que por designios económicos no pudieron ingresar a una carrera, debieron continuar con el legado de ser mujeres entregadas al hogar; esto es más evidente en el estrato socioeconómico bajo, pues deben permanecer en la casa mientras sus parejas salen a buscar lo del diario vivir, con lo cual no pueden acceder a los servicios educativos por escasos ingresos económicos.

Pese a este panorama hoy por hoy en los estratos altos la mujer forma parte de listados de personajes importantes, en cuanto logró recuperar un cierto estatus de género.

Al hablar de la gestación como fin único de la mujer, se determina que en otras épocas era la partera quien debía “acomodar” y ayudar a la parturienta a dar a luz a su hijo, mientras que hoy a como dé lugar es necesario que las gestantes cumplan con un sin número de controles prenatales que le ayuden en el parto y puerperio. Aunque esto es muy visible dentro de la sociedad, se determina desde los indicadores básicos de salud como grupos de embarazadas asisten a sus controles periódicamente, pero no todas llegan a su parto institucional, especialmente en la zona rural donde muchas veces lo geográfico agrava esta situación. Incluso, a veces genera conflicto social cuando por influencia de sus madres y abuelas prefieren que este parto sea atendido por una comadrona como en sus antepasados y no por personal de salud; lastimosamente cuando estos procedimientos fallan acuden de emergencia a un hospital.

Es importante mencionar que las usuarias asistentes a la institución de salud provienen de los barrios aledaños al centro, son personas que no pasan de un estrato tres y un nivel educativo bajo; son mujeres en su mayoría amas de casa y que por su legado cultural han aprendido las tareas del hogar por influencia de sus madres.

La evidencia recae en la aparición constante del madresolterismo en adolescentes que llevan vida sexual activa y no tienen una relación estable, en la que hace muchos años atrás la virginidad era el tesoro más preciado de este género, y que en nuestros días no cobra importancia en una relación.

Psicología del nariñense

Rasgos sobresalientes

a) “Contención en la postura y en el movimiento, en la acción y en la comunicación; en la expresión que denota tensión interior, en la forma de vestirse -usa ropa que cubre todo su cuerpo-, en el sentarse y cuando revela timidez por el ocultamiento de sus manos.

b) Reacciones rápidas. Su reacción a las preguntas es tardía porque el análisis es lento y gradual, proceso que hace que se lo catalogue cómo ingenuo y simple. A esto responde con el "humor pastuso" cómo forma de defensa.

c) Tendencia a la intimidad. La aversión a comunicarse, hace de él un hombre reservado y misántropo, humilde, disposición que tiene que ver con la estructura de su vivienda (casa con patio central y habitaciones laterales, de ambiente casi conventual).

d) Actividad mental. Sobredimensiona los acontecimientos, especialmente los de su vida interior con una propensión a sentirse enfermo y a la hipocondría.

e) Tendencia a ocultar el sentimiento, sea en la expresión o en el habla; de ahí su estado silencioso cómo consecuencia de su represión e inseguridad.

f) Expresión facial controlada e inexpresiva por pertenecer al tipo cerebro tónico, o cerebro tenso o tensionado.

g) Agorafobia, o aversión a hablar en sitios abiertos y con gente desconocida, y preferencia por lugares cerrados y conocidos.

h) Comportamiento y reacciones impredecibles por su introversión y motivaciones interiores.

i) Disociación vertical de la actividad mental. Por el carácter subjetivo de su pensamiento, la primacía de su mundo interior sobre el exterior, que lo hace muy rico e inclinado a la ensoñación. Esta "disposición vertical de la vida interior" lo torna indeciso e inseguro" (19).

4.2. Género, riesgo e infección por VIH

Al introducirnos en el mundo del VIH es importante para la elaboración del presente marco referencial tomar tópicos significativos que de alguna u otra manera intervienen en este problema que afecta cada vez a un mayor número de personas, especialmente a la mujer; es así cómo se debe evidenciar aspectos relevantes que conjugan una serie de significados alrededor de la palabra "mujer"

cómo lo son: género, infección por VIH y género, vulnerabilidad, equidad de género en la Salud Sexual y Reproductiva; todo estos aspectos enmarcados dentro del Marco teórico de la teoría de enfermería transcultural, teniendo en cuenta los valores respecto a la salud enfermedad y las creencias.

Para adentrarse a conceptualizar a la mujer sujeto del presente estudio, es fundamental trasladarse a la prehistoria donde la diferencia de género era muy marcada, mientras el hombre cazaba para llevar la carne a su casa, la mujer recogía vegetales y se hacía cargo de la familia; con el conocimiento de estos vegetales y de la flora se dice que fueron las primeras agricultoras; ya en la Edad Media la masculinidad se fue haciendo más evidente, se habla de condiciones y conductas que se les exigían a las mujeres, desde la niñez.

Guglielmi, Nilda refiere “La conducta femenina pautada para cada momento y situación de la vida. Casi siempre la edad corresponde a un estado civil y a una función de acuerdo a ella. Tal es así que representó la imagen de la prometida, la casada, la viuda, es decir, siempre ligada a un hombre que se responsabilice por su conducta. El papel más importante atribuido a la mujer era el de esposa y madre” (20).

Estas funciones sociales de la mujer exactamente consistían en las tareas domésticas y en el cuidado de los niños, y no se hablaba de un trabajo remunerado para ellas. Las mujeres más pobres, sobre todo entre las clases obreras, eran inferiores en prestigio y sus funciones laborales consistían en un trabajo domestico que no era bien pagado, colocándola en una gran desventaja frente al hombre.

Después de años de constante desafío y súplica ante los derechos femeninos en un mundo con nuevas alternativas de vida, sociedades contemporáneas, globalizadas, informatizadas y virtuales, hoy la mujer debería tener todo a su favor: estar liberada de su encierro y ejercer otra profesión que no sea la de ama de casa o de la esposa sumisa y fiel. A pesar de que todavía en el caso de la igualdad de oportunidades, aún quedan ciertas dificultades por resolver. La mujer de escasos recursos económicos continúa manifestando ciertas desventajas frente a sus compañeros tales cómo: maltrato verbal, físico y sexual, escasa participación en la toma de decisiones con respecto a su salud sexual y reproductiva, no poder trabajar, deben hacerse cargo del hogar (cocina, aseo, lavado y planchado de ropa, atención y crianza de los niños etc.), si una mujer perteneciente a una familia pobre desea trabajar no tiene los recursos para contratar a otra persona que realice todas las tareas domésticas y el cuidado de

los hijos; todo el peso del trabajo cómo ama de casa recae en ella y muy poco o casi nada en el hombre.

Esta situación afecta el desarrollo de sus capacidades personales y sociales, y se encuentra en desventaja frente a los hombres. La cantidad de tiempo que le deben dedicar al hogar depende, en gran medida, del número de hijos y la situación socioeconómica. Estudios sociológicos realizados evidencian que “cuanto más bajo es el nivel socioeconómico, más trabajo hay en el hogar, ya que por un lado no pueden utilizar servicios ofrecidos en el mercado y por otro lado, son los hogares en donde se concentran la mayor cantidad de niños. Podemos afirmar que las madres más pobres y las más jóvenes son las que están más tiempo trabajando en el hogar” (21).

En consecuencia al hablar del cuidado de salud desde una perspectiva de género se encuentra que “es una sola persona la que se hace cargo de la responsabilidad de atender la salud de las personas dependientes, y se define como cuidador principal. Y este papel es asumido, en su mayor parte, por las mujeres. La función de cuidar, de atender la salud de las personas de la familia que lo necesitan, y de ellas mismas está asociada claramente a un rol de género, en el contexto del desempeño del trabajo reproductivo, asignado culturalmente a las mujeres en nuestra sociedad. La atención informal a la salud se escribe, hoy por hoy, en femenino; y es así como, forma parte de una función adscrita a las mujeres como parte del rol de género; el cuidado de la salud de las personas que lo necesitan es “cosa de mujeres” (22).

Es importante tener en cuenta que así como la mujer cuida de los demás, también ella es la que más cuida su salud a diferencia del hombre; porque es la que más acude a los servicios de salud, la que más asiste a controles y la que puede finalizar un tratamiento médico completamente; además, se ha determinado que la mujer recurre constantemente a formas naturales como las aguas de remedio y tratamientos faciales y corporales que las haga lucir bellas sin la necesidad de recurrir a productos químicos que les puede generar de alguna forma costos.

Género

Hablar de mujer no sólo es hablar de un ser, va mas allá de la palabra; es por ello que se debe mencionar al género mediado por las formas cómo se construyen las feminidades y las masculinidades en un momento sociohistórico y una cultura específica: Según Londoño, la categoría género “cómo abstracto de pensamiento no hace relación a solo hombres y mujeres sino principalmente a significaciones

sociales, a campos simbólicos, a imaginarios colectivos, a modos de ser, estar, tener y hacer en el mundo de los sujetos sociales” (23), se puede diferenciar al género teniendo en cuenta los procesos sociales, las normatividades e ideologías, las representaciones culturales, la política, la economía etc.

Para Badinter “los estereotipos femenino y masculino están influenciados por una cultura determinada, donde unas características femeninas como la estabilidad emocional: es caprichosa, histérica, sensible, emotiva etc.; en autonomía y dependencia: tiene necesidad de confiarse, necesidad de gustar, coqueta, sumisa etc.; en el dominio, afirmación de sí misma: es débil, elusiva ante el poder, subordinada, indecisa, dominio en el espacio privado. Nivel de actividad: pasiva, inactiva, quietud. Orientación afectiva, sexualidad: es cariñosa, comprensiva, necesidad de tener hijos y de amor, no toma la iniciativa, corporal” (24), el autor muestra características importantes que tiene la mujer y cómo estas pueden influir de una u otra manera en el medio que se desenvuelve, sea social, individual, familiar, etc.

El género es un aspecto importante al abordarlo socialmente, este se asocia exclusivamente a la situación de la mujer y al cuestionamiento de las dinámicas familiares que perpetúan inequidades respecto de ellas. Por tanto, “El género remite a concepciones, valores y discursos que cambian con la historia y con los grupos humanos; no es entonces lo mismo que el sexo, que más bien refiere a datos biológicos (cromosómicos, genitales, hormonales)” (25). En 1949, Simone de Beauvoir menciona la frase con la que inicia el movimiento feminista del siglo XX, “Una no nace mujer, sino que se hace mujer”. Esta reflexión dejó un rumbo claro con respecto a la igualdad de género que hoy es tema fundamental en artículos, libros, debates políticos, encuentros académicos y movimientos sociales en todo el mundo.

Estudios que no sólo evidencien la desigualdad hacia las mujeres, y que por el contrario pretenden dar a conocer campos en la masculinidad y la diversidad sexual. Es por ello que se debe tener en cuenta que el género es también el rol sexual o lo que significa ser hombre o ser mujer, y de hecho se muestran los papeles, responsabilidades, oportunidades que posee cada uno; hay que tener en cuenta que estas características evolucionan durante el curso de la vida, aprendido en la familia y en la comunidad a través de generación en generación; esos significados variarán de acuerdo con la cultura, las relaciones interpersonales y las relaciones grupales y normativas, y con cada generación en el curso del tiempo.

El feminismo ha estado siempre buscando una igualdad en el campo del Derecho, para que no se vulneren sus condiciones en ninguno de los campos de acción al que tiene acceso la mujer y sea vista cómo un ser lleno de cualidades, que puede

llegar por sí sola a tomar sus propias decisiones sin necesidad que otro lo haga por ella. Uno de esos campos de acción que más asiste la mujer son los servicios de salud y, específicamente, los de salud sexual y reproductiva.

El hecho de analizar el género dentro de la salud sexual y reproductiva no quiere decir que no se deban analizar otras variables que de alguna manera pueden influir en el proceso salud-enfermedad; condiciones de género tales como aproximarse a su cuerpo, rodeadas de culpas, miedos, incertidumbres, subordinaciones de diferente índole, vivencias de violencia física, psicológica, sexual y económica, dentro y fuera del entorno familiar, donde deben hacer un alto a su trabajo doméstico y múltiples actividades relacionadas con la reproducción biológica y social del grupo familiar, deja a este género como el de mayor riesgo y vulnerabilidad.

Es fundamental rescatar que dentro de la salud sexual y reproductiva existen unos derechos sexuales y reproductivos que no sólo abarcan aspectos relacionados con la reproducción biológica y fertilidad, sino también las responsabilidades que implican la ejecución del rol reproductivo; estos se basan en la libertad, dignidad e igualdad para todos los seres humanos, que le permite a cada persona planear el número de hijos que desea tener, además planear un proyecto de vida responsable. Pero cada día se observa cómo estos derechos son vulnerados en la mujer, especialmente, en las de condiciones económicas bajas y que tienen una pareja sexual, esta pareja por el hecho de ser hombre tiene o adopta ciertos comportamientos y actitudes en la salud sexual y reproductiva que ponen en riesgo a la mujer, tales como: "Multiplicidad de parejas sexuales, el rechazo a utilizar el condón y una iniciación precoz de la sexualidad cuyos efectos posibles son el embarazo adolescente y juvenil y una mayor vulnerabilidad frente a las infecciones transmisibles sexualmente" (26).

Por eso, es necesario reconocer que las identidades de las mujeres están construidas carentes de autoestima, discapacitadas para desear y decidir para sí mismas; por otra parte, en su mayoría, son pobres, lo que las convierte en doblemente discriminadas.

Las mujeres aún están expuestas al riesgo de enfermar y morir por situaciones relacionadas al evento reproductivo y al aumento de los altos índices de violencia intrafamiliar, la morbilidad y mortalidad materna no han tenido mayores alteraciones a pesar de los esfuerzos y las intervenciones por todos conocidas. Trabajar en salud teniendo en cuenta el género involucra analizar cómo y por qué la vivencia de las diferencias bio-psico-sociales de mujeres y hombres, en el

marco de relaciones de poder-dominio, determina de manera diferencial y particular sus formas de enfermar y morir en los diferentes estados del ciclo vital.

Así, la mujer necesita decisiones políticas y programas que mejoren el acceso y control a una vida segura y saludable, potenciar su participación en la toma de decisiones en todos los niveles y espacios de la vida cotidiana y en todas las etapas de su ciclo vital. Entre los riesgos que los servicios de salud deben considerar prioritarios están: La violencia intrafamiliar: física, psicológica, sexual, económica. Las inequidades de la sexualidad y reproducción entre hombres y mujeres, la discriminación de las mujeres en cuanto al acceso y control de la alimentación y la sobrecarga de trabajo que usualmente desempeñan las mujeres: rol productivo y comunitario.

Género y la infección por el VIH/SIDA

La OPS ratifica que en todo el mundo, “por su condición social desigual, las mujeres corren más peligro de contraer la infección por el VIH. Ellas están en desventaja con respecto al acceso a la información acerca de la prevención de la infección, la capacidad de negociar encuentros sexuales sin riesgos y el acceso al tratamiento para la infección por el VIH/SIDA una vez infectadas. Como consecuencia de estas inequidades, la tasa de infección por el VIH en las mujeres aumenta más rápidamente que la tasa de infección en los hombres, en el Caribe y América Latina.

En los hogares donde hombres y mujeres están infectados, es más probable que los recursos familiares se gasten en el tratamiento del jefe de familia. Generalmente, las necesidades nutricionales de los hombres y los niños se tienen en cuenta antes que el de las mujeres, lo cual debilita el sistema inmunitario de las mujeres VIH positivas. Las mujeres suelen seguir atendiendo a la familia y las necesidades domésticas, aún cuando estén enfermas. Las mujeres, infectadas y no infectadas, casi siempre son las principales proveedoras de asistencia sanitaria en gran parte de los hogares y llevan la carga psicosocial y física más pesada de la atención de las personas infectadas por el VIH/SIDA” (27).

De manera que la dificultad que tienen las mujeres al acceder a los servicios de salud, a la atención sanitaria, a las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, han hecho que esta patología se vaya enraizando en este género, evidenciando de esta forma que las mujeres tienen menos probabilidades que los hombres de recibir un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado por infección del VIH. Por tanto, se puede mencionar que

las mujeres infectadas por el VIH/SIDA tienen una esperanza de vida más corta que los hombres, cómo lo afirma la ONUSIDA en su artículo género y VIH/SIDA. 2008.

También se puede afirmar que esta discriminación proviene de cada cultura, país o región; en casi todas las sociedades, las normas por razones de género determinan los roles sexuales y las perspectivas de hombres y mujeres. En esta sociedad patriarcal que sobredimensiona el “machismo” se consideran promiscuas o adúlteras a las mujeres que buscan información sobre la actividad sexual sin riesgos; por ello, los valores culturales le dan mucha importancia a la virginidad y es por este hecho, algunas jóvenes solteras pueden tener comportamientos de alto riesgo, cómo el coito anal, por el simple hecho de conservar su virginidad; también, las mujeres que le piden a sus parejas que usen condón pueden ser tildadas de infieles, lo cual, a su vez, conduce al maltrato físico y emocional, al extremo que esto puede obligarlas a dejar el hogar.

Por el contrario, lo que no pasa con los hombres que para probar su masculinidad se les ha inculcado que experimenten sexualmente a una edad temprana y a menudo que esta práctica la realicen con trabajadoras sexuales, sin tener en cuenta que los hombres y sus parejas corren el riesgo de contraer la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

Hay que tener en cuenta que existen desigualdades con respecto al género en la distribución del poder y los recursos económicos y sociales; pero la realidad nos muestra que niñas y mujeres tienen que recurrir a la prostitución para poder suplir sus necesidades de vida y poder mantener a sus familias ya que no tienen otra oportunidad de ingresos. Por ello “la mayoría de mujeres que se encuentran en situación de prostitución son madres y muchas de ellas manifiestan que iniciaron en esta actividad como medio de sustento para su familia” (28).

Es preciso mencionar que así como influye la cultura dentro del género, también el riesgo de las mujeres se intensifica, porque fisiológicamente son dos a cuatro veces más susceptibles a la infección por el VIH. “Las mujeres tienen más superficie mucosa donde pueden presentarse lesiones microscópicas, las jóvenes y adolescentes, cuyo aparato reproductor no está plenamente desarrollado, son aún más susceptibles a las infecciones por el VIH y de transmisión sexual. El riesgo de infección por el VIH en las mujeres con ITS no tratadas aumenta” (29). Cuando una mujer es abusada sexualmente sin protección, tiene mayor riesgo de adquirir esta enfermedad, ya que cuando el coito es forzado causa en ellas lesiones en el tejido anal y vaginal que las hace adquirir mayor susceptibilidad; a eso se suma una autoestima baja, que genera incapacidad para negociar la

actividad sexual con menos riesgos con sus parejas. Entre otros factores están, “Los personales que incluyen los conocimientos y habilidades requeridas para protegerse así mismo o a otros accesos a servicios: relacionados con la calidad y cobertura de servicios y programas orientados a la prevención, cuidado, apoyo social y mitigación del impacto del VIH/SIDA. Socio económicos incluyendo las severas desigualdades en el ingreso y pobreza, las normas sociales y culturales, leyes, prácticas y creencias que afectan/determinan el acceso de las personas al conocimiento, servicios, medios de prevención, a la habilidad de evitar riesgos y a negociar prácticas sexuales más seguras. Derechos: abuso de los derechos humanos incluyendo la violencia, el abuso sexual, el estigma alrededor del VIH y la marginalización debido a conductas tales como el trabajo sexual” (30).

Las mujeres son más vulnerables para adquirir el VIH, porque no son capaces de ejercer sus derechos básicos fundamentales en los ámbitos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

Vulnerabilidad y riesgo

El concepto del riesgo es diferente al de vulnerabilidad, éste hace relación de personas frente a situaciones críticas, mientras la vulnerabilidad se relaciona con las respuestas que son capaces de desarrollar las comunidades frente a ese riesgo.

“La movilización de organismos y personas de la sociedad civil en defensa de los derechos humanos llevó a la consideración de comportamientos de riesgo, sin asignarlos a grupos particulares de personas. No obstante, tales aproximaciones han recibido la crítica acerca de la necesidad de superar el nivel individual para tener en cuenta también los contextos sociales que permitan la producción y reproducción de los determinantes de riesgo a través de la historia, como lo plantea la epidemiología social” (31).

Un estudio cualitativo del comportamiento sexual hecho en Nepal describe que el “miedo que sienten las familias de perder el honor fomenta el matrimonio temprano de las niñas, y va seguido de la procreación temprana, lo cual hace aumentar los riesgos para la salud de las madres y de los lactantes. A los muchachos se les anima a tener relaciones sexuales antes del matrimonio, lo cual los hace correr el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Este estudio indica que la desigualdad de género constituye un peligro grave para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y adultos jóvenes de ese país; en un estudio financiado por la USAID y dirigido por investigadores del Population

Council, de la Universidad de Michigan, donde participaron hombres y mujeres de cuatro áreas de la zona urbana de Ndola, Zambia, con diferentes condiciones socioeconómicas, reveló que cuando no había signos y síntomas del VIH no parecía influir en las decisiones relativas a la procreación o el uso de anticonceptivos. Una excepción se observó en parejas que limitaban su procreación para encargarse de criar a los hijos de familiares que habían muerto a causa del SIDA” (32).

En el 2005, en la ciudad de Cali se realizó una investigación denominada “Factores protectores y de riesgo para VIH/SIDA en mujeres de Cali, Colombia; el propósito de este estudio fue contribuir con la promoción de la salud de las mujeres de la ciudad de Cali; adicionalmente sensibilizar a las mujeres participantes sobre la problemática de la infección por el VIH/SIDA y otras ITS. Los objetivos que se plantearon fueron: Explorar la presencia de factores protectores y de riesgo para VIH/SIDA y otras ITS, determinar la vulnerabilidad y percepción de riesgo de las mujeres a la infección por VIH y otras ITS. Aquí se utilizó un diseño transversal donde participaron 312 mujeres de las 21 comunas de Cali en un rango de edad de 12 a 76 años. El 61% de las mujeres de la muestra eran sexualmente activas, y de éstas el 84% refirieron relaciones heterosexuales; el 11% había tenido relaciones sexuales con más de una persona en los últimos 12 meses. El 45% de las mujeres percibió infiel a su pareja sexual. El 51% de las mujeres se sienten cómodas hablando con su pareja de su vida sexual, este porcentaje disminuye a 40% cuando hablan con su pareja sobre sus necesidades en la relación y decrece al 29% al hablar sobre la existencia de otras compañeras sexuales. El 9% reportó violencia sexual por su pareja. El 70% se percibió vulnerable al VIH/SIDA, sin embargo, sólo el 31% de las mujeres sexualmente activas usó el condón por temor al SIDA. La autoestima de las mujeres de la muestra fue alta, la mayoría sostenía relaciones monogámicas y no usaban ni compartían agujas para inyección endovenosa” (33).

El capítulo de vulnerabilidad y riesgo del modelo de gestión Integral de SSSR del Ministerio de la Protección Social y de la OPS 2007 menciona, “Al inicio de la epidemia del VIH se habló de grupos de riesgo (homosexuales, trabajadores sexuales, heroinómanos, haitianos), relacionados con poblaciones históricamente señaladas y segregadas, con énfasis en sus características y comportamientos individuales para determinar el riesgo a VIH. Desde este enfoque se propone estrategias de prevención centradas en los cambios de comportamientos individuales, pero se ignoran los factores culturales, sociales, económicos y políticos que constriñen la capacidad de decisión y cambio de los sujetos, a la vez que se prestan para dar inicio al estigma, discriminación y negación relacionados con cada problema” (34).

La vulnerabilidad se constituye en el impacto que tienen las enfermedades entre los individuos y las comunidades y esto está influenciado por los factores de riesgo que se encuentran entre las poblaciones y que cada ser humano es el encargado de rechazarlos o adquirirlos.

Por tanto, la vulnerabilidad es un concepto complejo, multidimensional, que engloba los diversos determinantes de la salud (biológicos, sociales psicoafectivos) encarnados históricamente y de manera dinámica en las personas. Se han propuesto diversas definiciones para esta categoría, cómo:

- ✓ “La vulnerabilidad es el grado de impacto de la enfermedad entre comunidades e individuos, cómo resultado de la influencia de complejos factores e interacciones; desde lo biológico (susceptibilidad individual) hasta los institucionales (servicios de salud inadecuados).
- ✓ La vulnerabilidad atañe a las características de personas o grupos de personas en términos de su capacidad para anticipar, enfrentar, resistir y recuperarse del impacto producido por el riesgo de enfermedad.
- ✓ La vulnerabilidad también describe las deficiencias de las entidades sociales o económicas que determinan la gravedad del impacto causado por un exceso de morbilidad o mortalidad” (35).

Un estudio en Honduras menciona que hay varias razones de tipo socioeconómico, cultural y biológico que explican porque las mujeres son más vulnerables a la infección del VIH y son:

“El área genital es más extensa y receptora de semen, los tejidos de los genitales de la mujer son delicados y se desgarran con facilidad, las mujeres más jóvenes son más vulnerables debido a que el tejido que reviste su aparato genital no está completamente desarrollado, el riesgo del VIH en las mujeres con otras ITS no tratadas aumenta, las mujeres padecen más infecciones asintomáticas de transmisión sexual, en muchas culturas el predominio masculino se demuestra y mantiene mediante la coerción sexual o la violencia, debido a que la mujer depende del hombre económica, social y emocionalmente, es difícil que pueda rechazar una relación sexual de riesgo o convencer a su pareja de no tenerlas. Expectativas culturales de sumisión de la mujer y dominación masculina en las relaciones sexuales, limitan la capacidad de la mujer de ejercer el control de su salud ante el riesgo de una infección. Las pautas culturales alientan al hombre a tener muchas compañeras sexuales comunes. La falta de comunicación entre hombres y mujeres en torno a los temas de la salud sexual y reproductiva impide compartir las responsabilidades y la toma de decisiones. El uso de preservativos requiere la cooperación del hombre lo que implica que este tenga el control” (36).

Estas características biológicas hacen vulnerable a la mujer adquirir el VIH; y a eso es importante evidenciar la parte cultural que ha generado en el hombre que dentro de su género se convierta en el ser superior que puede ejecutar acciones más importantes que la mujer; siempre por los patrones culturales instituidos en la mujer y sometidas a las decisiones de sus parejas, asumen la fidelidad del hombre como un todo, y muchas mujeres creen no estar en peligro de adquirir un infección de transmisión sexual, ni mucho menos del VIH.

5. METODOLOGÍA

5.1. Diseño de investigación

La metodología que se desarrolló en la investigación tiene un enfoque cualitativo, específicamente relacionada con la etnoenfermería, la cual se centró en el estudio de las creencias, valores y prácticas, cómo son conocidos cognitivamente o subjetivamente por una determinada cultura a través de su lenguaje local, experiencias, creencias y sistemas de valores, respecto a los fenómenos reales o potenciales de la enfermería como son los cuidados, la salud, la enfermedad y los factores ambientales.

Diez informantes claves tuvo esta investigación, y se obtuvo aplicando el criterio de saturación de datos que según Leininger, “esta se alcanza cuando hay redundancia de la información pues los informantes no aportan nada diferente de lo dicho anteriormente” (37).

La investigadora ofició como instrumento de la investigación, al introducirse en la cultura y con el sujeto entrevistado, mediante la empatía, confianza, igualdad, contacto estrecho y, aún más, cómo una amiga que buscó describir las creencias relacionadas con la prueba voluntaria del VIH.

También asumió un papel activo en las actividades cotidianas de las embarazadas, observando y pidiendo explicaciones e interpretaciones de las decisiones, acciones y comportamientos. Para ello, obtuvo información del libro de inscripción al control prenatal de primera vez de un Centro de Salud del Municipio de San Juan de Pasto; posteriormente se contactó cada una de las gestantes teniendo en cuenta los criterios de inclusión; estas gestantes conformaron el grupo de informantes claves. Las informantes fueron mujeres de la misma comunidad que han vivido la experiencia de la gestación.

5.2 Rigor metodológico

El rigor de la investigación se estableció con las gestantes que decidieron participar en el estudio, y se logró describir la información obtenida en cuanto a las creencias de la prueba voluntaria del VIH.

La credibilidad se dio a través de la transcripción textual de las entrevistas, la información recolectada fue reconocida por ellas como verdadera aproximación de lo que piensan y sienten. La investigadora en posteriores entrevistas con las participantes pudo confirmar los hallazgos y revisar algunos datos particulares, y en este momento las gestantes lograron afirmar su participación en la investigación. Algunas de las informantes corrigieron errores de interpretación de los hechos y para aclarar lo que habían descrito mencionaron algunos ejemplos de interés para que estos hallazgos fueran más creíbles y precisos.

La auditabilidad se logra dejando a disposición de investigadores externos todas las evidencias de la recolección y análisis de la información para que estos concuerden con el significado de los hallazgos y puedan ser empleados estos recursos en posteriores investigaciones

La transferibilidad se logra al extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Es importante presentar los hallazgos a entes gubernamentales y de la salud para que con base en lo encontrado en la investigación se tomen medidas necesarias y mediante políticas públicas se pueda intervenir en la problemática encontrada.

5.3 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión para esta investigación fueron:

- Mujeres con prueba de embarazo positiva
- Mujeres que no hayan sido expuestas a una consejería de VIH
- Primigestantes
- Mujeres que no se hayan hecho una prueba de VIH anteriormente

5.4. Entrevista a profundidad

La entrevista a profundidad fue la técnica que se utilizó para la recolección de la información. La entrevista fue flexible, íntima, abierta y se utilizó con el fin de que la embarazada expresará libremente creencias y sentimientos de este tema.

Las entrevistas se realizaron en la casa de cada una de las participantes, y a cada gestante se les realizó un mínimo de 2 a 3 entrevistas, para un total de 27 entrevistas.

La embarazada consintió y autorizó con su firma ser partícipe de la investigación; además entrevistas fueron grabadas y transcritas por la investigadora.

5.5. Proceso de recolección de la información

Se desarrolló en tres momentos teniendo en cuenta el Modelo OPR (observación, participación y reflexión) de Leininger.

1. Observación: se inició observando a cada una de las gestantes en el centro de salud y posteriormente en sus viviendas; aquí se pretendió captar una impresión general de las mujeres que asistieron a la consulta prenatal, y el investigador no intervino, sólo observó y tomó nota.
2. Participación: se realizó un acercamiento a través de la entrevista grupal, y se interactuó con ellas a través de la entrevista en profundidad.
3. Reflexión: hubo mayor familiaridad con las gestantes, y se identificaron sus creencias; se empezó a describir, explicar y documentar lo que ocurrió con la prueba de VIH. Posteriormente, se confirmaron los hallazgos con las participantes aplicando los tres criterios del rigor metodológico.

5.6. Análisis de la información

La información recolectada se analizó teniendo en cuenta el método Spradley, apoyado con las cuatro fases que propone Leininger; siendo su principal característica la existencia de la fase de reflexión, incrementada a la tradicional observación participante realizada por los antropólogos.

Es fundamental que los pasos orienten el trabajo del investigador desde su inicio hasta el final del proceso, según el método Spradley. Después de hacer las entrevistas a las informantes, utilizando preguntas descriptivas y estructurales, se realizó el registro etnográfico, y a medida que se fue recolectando la información se fue analizando; luego de estudiar cada entrevista se buscaron los dominios, los cuales se obtuvieron seleccionando una muestra de notas textuales, usando uno o varios párrafos, buscando nombres de cosas. Los términos nativos se subrayaron y se escribieron en una hoja aparte. Posteriormente se determinó si

alguno de esos términos era inclusivo; luego se hizo el respectivo análisis, seleccionando una relación semántica simple y mediante la utilización de una plantilla se pudieron sacar los términos incluidos y los inclusivos.

Posteriormente se construyeron las taxonomías que según Spradley (1980), es un conjunto de categorías organizadas sobre la base de una sola relación semántica. Se realizó su análisis tomando el dominio con mayor información, se buscó los posibles subconjuntos entre los términos incluidos, se buscó el dominio que cubra los subconjuntos, se construyó la taxonomía y se condujeron entrevistas estructurales adicionales para probar a través de preguntas estructurales la taxonomía.

Después de sacar las taxonomías se realizó el análisis componencial teniendo en cuenta que este sirve para la búsqueda sistemática de atributos asociados con símbolos culturales; estos atributos se buscaron a través de preguntas de contraste, luego se presentaron tres términos nativos y se preguntó cuál es el más parecido y cuál es diferente, se presentan dos términos nativos y se pregunta cuál es la diferencia entre los dos.

Finalmente, se realizó la elaboración de los temas, lo que permitió conectar varios dominios de la cultura, que cobra una mayor importancia porque requiere una síntesis de pensamiento hacia la configuración, análisis e interpretación de la información recolectada.

Para este análisis se tuvo en cuenta las cuatro fases de Leininger. La primera estuvo dirigida a recolectar, registrar y describir los datos, y teniendo en cuenta la utilización de la entrevista a profundidad de las gestantes se realizaron interpretaciones preliminares. La segunda estuvo enfocada a la identificación y validación de dominios, que según Rodríguez Gómez (1999), “un dominio es una categoría de significados culturales que incluye otros subdominios. Todos los elementos incluidos en un dominio tendrán algún rasgo de significado en común. Descubrir los dominios de una cultura es el primero de los objetivos del análisis en la investigación etnográfica”, pero referidos desde los conocimientos internos de las informantes. La Tercera fue la elaboración y análisis de las taxonomías, que Según Rodríguez Gómez (1999), “una taxonomía también es un conjunto de categorías relacionadas sobre la base de una relación semántica”. Es importante mencionar que los dominios y las taxonomías se los analizó conjuntamente. La cuarta concretó los grandes temas.

5.7. Consideraciones éticas

Proteger los derechos e intereses de las informantes.

Se examinan las implicaciones obtenidas por las informaciones, por lo cual el proyecto de investigación es evaluado, en primera instancia, por los pares correspondientes del comité de ética de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Comunicar los objetivos de la investigación a los informantes.

Este principio se consideró en cada una de las entrevistas y durante las observaciones desarrolladas en el trabajo. Igualmente, cada vez que las informantes expresaron alguna duda en relación con su participación, se les informó las razones y objetivos del trabajo.

Proteger la privacidad de las informantes.

Las participantes tuvieron la certeza de que la información suministrada por ellas no sería revelada y que su nombre quedaba en el anonimato; también tuvieron la posibilidad de rechazar o no el uso de grabaciones, fotografías o cualquier otro medio para obtener información. El anonimato se protegió recurriendo a códigos asignados a cada participante.

No explotar a las informantes.

El trabajo etnográfico no sacó ventajas personales de la información de las gestantes, y respetó la decisión de lo que desearon que apareciera en el trabajo final.

Disposición de los informantes a los reportes del trabajo etnográfico.

Las participantes contaron con los reportes del trabajo etnográfico y el informe final se presentará ante ellas y las autoridades de salud, y se dejará una copia en las instituciones respectivas. El informe final quedará a disposición no sólo de los informantes en un Centro de Salud, sino que una copia se entregará a la

Coordinación de la Red Norte de la ESE Pasto Salud del Municipio de San Juan de Pasto.

6. RESULTADOS

Tabla 1. Características Socio demográficas: edad, estado civil, educación, ocupación y estrato de las gestantes asistentes a control prenatal a un Centro de Salud del Municipio de San Juan de Pasto, 2010.

EDAD	F	ESTADO CIVIL	F	NIVEL DE EDUCACION	F	OCUPACION	F	ESTRATO	F
17-21	5	Unión Libre	5	Primaria	5	Ama de Casa	7	Uno	3
22-26	3	Casada	4	Bachillerato	4	Vendedora	2	Dos	6
27-29	2	Soltera	1	Técnico	1	Estudiante	1	Tres	1
TOTAL	10	TOTAL	10	TOTAL	10	TOTAL	10	TOTAL	10

Fuente: Creencias acerca de la prueba de VIH de las gestantes atendidas en una IPS Pública.

Tabla 2. Características Socio demográficas: procedencia, religión, E.P.S y etnia de las gestantes asistentes a control prenatal a un Centro de Salud del Municipio de San Juan de Pasto, 2010.

PROCEDENCIA	F	RELIGION	F	E.P.S	F	ETNIA	F
Pasto	10	Católica	10	Cóndor	4	Blanca	3
				Emssanar	4	Mestiza	7
				Ley 387	1		
				Sisben	1		
TOTAL	10	TOTAL	10	TOTAL	10	TOTAL	10

Fuente: Creencias acerca de la prueba de VIH de las gestantes atendidas en una IPS Pública.

Las diez participantes de la investigación proceden de la ciudad de Pasto, con edades entre 17 a 29 años, así: 2 gestantes con 17 años, 2 gestantes con 18 años y 1 embarazada en edades de 19, 22, 23, 24, 28 y 29, respectivamente. El grado de escolaridad arrojó que una 1 embarazada cursó una tecnología; 4 tienen estudios secundarios incompletos y 5 primaria incompleta; respecto a la ocupación, 7 son amas de casa o colaboran con los oficios del hogar, 1 es estudiante, 1 vendedora ambulante y 1 vendedora de la plaza de mercado. En cuanto al estado civil, 5 tienen unión libre, 4 solteras y 1 es casada. Las 10

participantes profesan la religión católica; y 6 pertenecen al estrato 2; 3 al estrato 1 y 1 al estrato 3; en la seguridad social de las entrevistadas, 4 tienen carné de Emssanar, 4 de Salud Córdor, 1 pertenece a Ley 387 y 1 al Sisben. Por el tipo de raza, 7 de las embarazadas eran mestizas y 3 blancas.

Otro aspecto fundamental fue la visita personalizada al hogar de cada una de las participantes, para realizar la entrevista a profundidad; ello confirmó las características socio demográficas, y permitió determinar que las viviendas son humildes y están ubicadas en barrios de estratos 1 y 2 de Pasto; de ellas, dos investigadas viven en habitaciones con sus familias, y que un cuarto se destina para dormir y el otro para la cocina; además, y por ser inquilinatos, viven otras familias con quienes comparten las zonas de lavandería.

En desarrollo de la entrevista con las gestantes se notó que ellas mantienen arregladas sus viviendas, que muchas casas de las participantes carecen de muebles y elementos para vivir, al manifestar que el dinero que ganan sus esposos o compañeros sólo les alcanza para pagar el arriendo y la alimentación. La gestante que no tiene pareja vive con sus padres y a expensa de ellos.

Durante la recolección de la información, las participantes describieron aspectos importantes que tienen que ver directa o indirectamente con la prueba voluntaria del VIH; el simple hecho de saber acerca de los conocimientos y profundizar en este aspecto fue fundamental, porque así se pudo identificar que consideran indispensable poseer conocimientos a la hora de tomar una decisión frente a la prueba del VIH.

También fue relevante conocer ampliamente acerca de aspectos como el género, las relaciones de pareja y las diferentes creencias, que pueden intervenir de una u otra manera en lo que la gestante piense acerca de la prueba voluntaria del VIH y como estas influyen en sus creencias.

A continuación se introduce en un mundo fantástico y maravilloso de la gestante participante, donde encuentra información valiosa que le da sustento a esta investigación.

6.1. Tema Cultural 1. *“Además de la enfermedad los espíritus malos, se meten y terminan con la vida de la persona”.*

Adentrándonos en su cultura

Hoy supo que estaba embarazada, sintió temor pero está feliz. Ha decidido “ser madre, gestar y parir”. Se ha realizado como mujer, puede procrear, y ejercer el rol que la sociedad le asigna.

“Yo estaba saliendo con él, pero no estábamos enamorados, era por tener relaciones sexuales, y un día no nos cuidamos y quedé embarazada, tengo que tenerlo igual, mi mamá me apoya; aunque mi papá está bravo, pero yo sé que después se le pasa; lo voy a tener, y mientras acabo de estudiar mi mamá me lo va ayudar a cuidar. Con él me hablo, pero ya no tenemos nada, pues él dijo que me iba a responder por los gastos del niño, pues él no, creo más que es la mamá de él, porque si él es un estudiante igual a mí y no trabaja y le gusta sólo andar en fiestas...”.

Por ello el largo camino que hoy inicia la llevará a vivir momentos grandiosos pero a la vez, sacrificados; al hacer que este hijo, esa criatura indefensa, crezca en ella y nazca sin ninguna complicación.

Asiste a su primera cita de control prenatal; siente impaciencia, incertidumbre, desconoce qué pasa con su cuerpo, debe esperar mucho tiempo, el cansancio, el agotamiento, el aburrimiento le invaden y de pronto llega la consulta; pero también mira otras mujeres que esperan y mientras espera ella observa. Asisten con ropas holgadas y cómodas; justo para el proceso que están pasando; pero otras, especialmente, las jóvenes todavía con sus jean y blusas tan pequeñas que aún dejan ver parte de su abdomen mientras caminan; algunas tratan de disimular su condición, utilizando chaquetas grandes. Están acompañadas, al parecer de la mamá, la pareja o la amiga; pero las mujeres con mayor edad lastimosamente están solas.

Para las gestantes es fácil ocultar las emociones que en esos momentos sienten y con expresiones faciales poco detalladas demuestran lo que está pasando; de ahí que revelen la tradición y cultura pastusa; es notorio que las asistentes a este centro de salud pertenecen a poblaciones de estratos 1 y 2; es de resaltar que las gestantes de estos estratos son retraídas, poco comunicativas y tímidas; esto también se descubre en el momento que deben dirigirse a pos consulta de maternas donde las orientan y explican sus cuidados; además, es notorio que cuando preguntan o solicitan algo, lo hacen con un tono de voz bajo, sin mirar a los ojos y con la timidez característica de las gentes de esta zona del país.

Tras una larga espera en la sala de consulta externa, se nota que la mayoría de ellas prefiere no entablar ninguna conversación con la persona de al lado, y si están acompañadas es fácil apreciar que cruzan pocas palabras. Observan siempre a su alrededor y están muy pendientes al llamado que les haga el personal de salud.

La espera termina y por fin ingresan al consultorio durante unos 45 minutos; allí permanecen bajo la revisión y educación de una persona que para ellas se convierte en el protector de su vida y del hijo que esperan.

“Me ordenaron la prueba del VIH, siento un poco de miedo por el resultado de lo que me va a salir, con ese poco de locuras que he hecho y le conté al inicio; me da miedo que yo tenga eso; apenas me digan que me la van a hacer, voy a ir rapidito, para salir de todas esas dudas que tengo”.

“Pues si me mandaron unas pruebas y una es para saber eso de lo que usted está preguntando, del VIH, me dijeron que me iban a explicar primero y luego que ya me la tomaban”.

Finalizada la consulta, algunas de ellas se alejan apresuradas; aligeran el paso para llegar a sus hogares a retomar su vida familiar; pero no es claro saber si el afán corresponde a los quehaceres de cada día, a cumplir con alguna labor o estudio, sin descuidar el rol social de cuidar sus hijos y de estar al mando del hogar, en tanto sus esposos o compañeros trabajan para conseguir el sustento diario.

Cosas de los espíritus y otros males

Desde un punto de vista cultural, cada una de ellas tiene un pensamiento particular de que el VIH mata a las personas enfermas. Si bien la destrucción lenta y progresiva de las células de defensa del organismo hace que la vida de los infectados se apague; algunas de ellas piensan que los espíritus malos son los encargados de acabar con esta enfermedad, otras atribuyen al debilitamiento de las células y a los males del cuerpo.

“Yo creo que además de que tiene la enfermedad son los espíritus malos, que se meten y terminan con la vida de la persona. Mire que nuestros antepasados además de que curaban las enfermedades con las hierbas, ellos decían que

habían una clase de espíritus que causaban las enfermedades y existían unos más bravos que otros; entonces pienso que es esto, pues creo que es así, ¿no?, y que este espíritu que se entra al cuerpo en esta enfermedad es bravísimo y ataca más duro a la persona hasta que hace que se muera”.

“Yo sé que es una enfermedad que no tiene cura y que la persona se muere rapidito si la tiene. No tengo bien claro, pero parece que las personas se tragan todas las malezas del cuerpo”.

“Es una enfermedad que causa la muerte y que es muy grave, porque debilita las defensas del cuerpo y la persona que llega a tenerla se va muriendo lentamente; las defensas son las que nos protegen de una enfermedad que aparezca, así sea una gripa el cuerpo reacciona y nos defiende para que no nos dé tan fuerte, y cómo el VIH ataca a las defensas estas se debilitan y la persona muere”.

Se identificaron marcadas diferencias entre las participantes al calificar la enfermedad como cosa de los espíritus y que puede curarse con aguas de hierbas. Entre las similitudes, mencionan que la medicina natural sirve para aliviar sus dolores y las diferentes enfermedades, según las enseñanzas generacionales de sus antepasados que cada una aprendió, como la utilización de las *“aguas de remedio”*, el cuidado de los embarazos y el cuidado del bebé; todo relacionado con sus creencias y prácticas del VIH.

A pesar de que todas tienen algún tipo de estudios, es relevante mencionar el marcado interés por hablar de los temas acerca de lo tradicional, especialmente en lo que hace referencia a la medicina, porque ellas prefieren en primera instancia recurrir a algún tipo de planta o “emplasto” (parche de alguna planta para utilizarla en heridas o quemaduras), y si con eso no alivian su dolencia, entonces asisten al personal médico.

Las gestantes aseguran asumen este comportamiento por economía, tiempo y facilidad en la preparación; afirman que el transporte para ir al centro de salud les genera costos, que pierden mucho tiempo durante la solicitud y espera del turno de la cita, y que muchas veces cuando son atendidas ya ha pasado su malestar; otras dicen que los tratamientos siempre son los mismos y hasta llegan a creer que los medicamentos les envenena el cuerpo.

“En mi casa todos sabemos lo de los espíritus; claro los más viejos, porque los jóvenes, esos sí que ya no aprenden de esas cosas, es más se ríen y se burlan de lo que uno dice”.

De los cuidados y creencias en el embarazo y algo más....

Las participantes mencionan a su madre como la persona fundamental en el proceso de gestación, por ser ella quien las cuida, consiente y está pendiente de todo, en particular cuando la gestante vive con su progenitora. Las que conviven con su pareja tampoco no dejan a un lado las enseñanzas maternas, ya que ven en ellas el modelo de madre procreadora que les puede aportar mucho.

Las gestantes describen el embarazo es un proceso normal que dura nueve meses y que puede tener complicaciones si no se cuidan completamente; por ello, tratan de cumplir todo lo sugerido en el centro de salud, como toma de los exámenes de laboratorio, los tratamientos, los cuidados; pero no por eso dejan a un lado los sabios consejos y creencias de otras mujeres que han pasado por el proceso de la gestación, especialmente de sus madres.

Muchas veces refieren que cuando no se practican alguna prueba, es porque están seguras de que la enfermedad no está en su cuerpo, y si la hacen es por cumplir un requisito o por salvaguardar la vida del bebé.

“Aprendí de mi mamá muchas cosas, que uno debe alimentarse bien y también estar tranquila, porque de lo contrario al bebé le iba afectar todo y podría enfermarse, además aprendí de que cuando a uno le dan esos antojos que debe comer de lo que se antoje porque sino el bebé nacía babosito de la boquita, y que también uno no puede estar con el marido en las relaciones sexuales, porque de pronto el niño se venía; que uno debe caminar cuando esté en el último mes para que así salga rápido el niño y uno no sufra, y mi mamá me dijo que tenía que tomar una agüita de remedio en la última semana que me vaya a tocar tenerlo para que así no me duela tanto”.

Algunos de los cuidados que manifiestan las gestantes fueron infundidos por sus madres, gama de alternativas para que lleven un embarazo a feliz término; es más frecuente escuchar esto en las mujeres que viven en unión libre con una pareja estable; lo contrario ocurre con las adolescentes, cuyas familias en lugar de enseñarles y ofrecerles cuidados y protección, se dedican al regaño por el “error cometido”.

“Mi mamá solamente está pendiente bien de mí, pero el resto de la familia lo que hace es regañarme, sobre todo mi papá: a mis hermanos les da igual las cosas, pero me están diciendo que yo tengo la culpa de todo. No recibo cuidados en mi

casa, como le dije sólo los de mi mamá, que ha escondidas me da leche, me compra frutas, pero eso no más”.

“Mi mamá me cuida mucho, mi papá está muy bravo conmigo y no me habla, pero mi mamá dice que eso se le pasa apenas nazca el bebé y él se encariña con él. También la mamá de mi novio, aunque no es mi familia pero también está pendiente de mí y me manda frutas dulces para que coma, y mi novio está pendiente de mí, siempre me visita y me está llamando”.

“Yo he visto por ejemplo a mis tías que dicen que uno debe estar quieto por cuarenta días y que se debe comer una gallina de campo diaria, se imagina será para quedar como una bola, y estarse en la casa cuarenta días, y quien va a estudiar por mí ah; además, que el día cuarenta dizque uno se tiene que tapar bien la cabeza y quedarse acostado, porque sino le entra un frío por la cabeza y que después uno empieza a sufrir de dolores de cabeza”.

“Yo he aprendido de mi mamá, lo de la ropa y los zapatos que debe ser cómoda, y también que si me daba algún antojo de comida que debo comérmelo porque sino el bebé nacía babosito, y que cuando vaya a tener al bebé debo caminar para que así no me vaya a doler tanto y el bebé nazca normal; eso es lo que más he aprendido”.

Pero la madre no es la que brinda los cuidados; la gestante reconoce que el centro de salud juega un papel fundamental en este proceso y que el personal que ahí labora trata de ofrecer el mejor cuidado; algunas demuestran inconformidad por la mala de la atención, por la tardanza de la consulta, por el malgenio o incomprensión de algunos profesionales de la salud.

“Fueron amables, el doctor me dijo muchas cosas y me dijo que a medida que avancen los controles me iba a explicar cosas para que yo las tenga en cuenta en mi embarazo, y lo que me dijo de cómo alimentarme lo estoy poniendo en práctica, pero allá en el centro se portaron bien conmigo y me motivaron para que siga yendo al control cada mes y que no vaya a dejar de asistir”.

“Ellos me atienden y me mandan todos los medicamentos y exámenes que me debo hacer tomar, me explican los cuidados y lo que debo hacer, aunque a veces no les entiendo muy bien porque lo hacen demasiado rápido como si quisiera que termine rápido la consulta, pero después voy al internet a informarme más de lo que me dijeron”.

“En el puesto de salud me atiende el doctor y me dice lo que debo hacer y qué exámenes tomarme, aunque a veces no le entiendo muy bien lo que me dice, yo le vuelvo a preguntar para que me quede bien claro”.

La pobreza no se deja esperar pero los cuidados son básicos para que el bebé se desarrolle saludable y que en el parto esté fuerte para parir un hijo sano y sin problemas y que pueda luego seguir una vida normal.

“Eso sí me alimento como debe ser, y como ya empecé a ir a el control y me dijeron que era cada mes, así voy a ir para que todo lo que me expliquen allá, lo voy hacer, pues como todavía no se me nota la barriga me coloco mi ropa, pero cuando ya se me empieza a notar, pues utilizaré la ropa más holgada y zapatos bajitos para cuidarme bien, también duermo bien y no tomo trago, ni tampoco fumo”.

“Sigo lo que me dicen en el centro de salud, que coma bien y eso, pues es un poco duro porque en la casa toca comer lo que hay para todos porque somos muchos, entonces mi mamá no puede estar preparando unas cosas sólo para mí, porque además, así lo quisiera, no hay la plata, sigo estudiando hasta que pueda porque cuando la barriga me crezca y no pueda caminar me tendré que retirar, pues hasta que pueda iré al colegio”.

Usando las hierbas....

Cuando las gestantes del estudio mencionan que les enseñan a cuidarse con aguas que ayudan a aliviar los dolores, se confirma que la cultura pastusa continua siendo arraigada a sus creencias y costumbres; pues para sanar los males del organismo utilizan diferentes bebedizos de plantas medicinales que los preparan y distribuyen a todas las personas que los necesiten.

Las embarazadas mencionan que muchas veces las señoras que preparan estos bebedizos no lo hacen por un valor o remuneración económica, pues es aquí donde se observa el verdadero rol y cultura social, al creer que por brindar este beneficio los espíritus divinos traerán protección a su cuerpo. Si bien parece que se estuviera hablando de siglos atrás, es importante decir que las investigadas llevan de generación en generación este legado; aunque no está tan arraigado, no pueden perder el horizonte que sus progenitores les infunden y por más que ellas quieran salir de esa concepción como lo hicieron saber algunas, porque prefieren

en cierta medida acudir a los profesionales de la salud, el poder de la familia es tan fuerte que no pueden desprenderse fácilmente, ya que la medicina popular se continúa practicando en muchos países y grupos culturales, los remedios son hierbas y las costumbres y rituales están relacionadas puede variar entre los distintos grupos culturales.

Por ello las voces refieren:

“El Llantén, la malva olorosa, el diente de león, la manzanilla, mejorana, orégano, yerbabuena, uña de gato, alfalfa, cedrón, toronjil, son buenas casi para todo, sobre todo para esos dolorcitos que a veces le dan a uno sobre todo del estomago, pues la mayoría de ellas se hacen en enfusión, pues en agüita hirviendo y se las hecha, y no hay que echarle azúcar, porque dicen que le quitan el efecto que va hacer, toca tomársela ahí, o si son como amargas que es mejor echarle un poquitico de miel, pero de esa pura, y no le quita el efecto”.

“Ahora me dijo mi mamá que cuando lo vaya a tener a mi hijo ella me mandaba con un familiar para que me haga el agua de la hierba que quita el dolor, pero no sé cómo se llama, esta se toma solamente dos veces, una por la mañana y otra por la noche, porque ella dice que es para que permanezca abrigada ya que esta agua da calorcito y uno mantiene bien. Debe tomarse un vaso pequeño no más, con esto uno se abriga y es poco el dolor”.

6.2. Tema Cultural 2. “Las mujeres adultas razonamos mucho, nosotras no nos dejamos llevar por el momentico”

¿Cuál es mi rol y qué hace mi género?

El rol que cada individuo desempeña sea mujer o sea hombre está asignado por la sociedad e identificados cada uno de ellos según el sexo; al entrevistar a las gestantes todavía está marcado el rol masculino y su género; determinado por el machismo, la infidelidad y el maltrato.

Ellas determinan como todavía se ven grabadas estas diferencias entre el género masculino y femenino y mencionan que a pesar de que algunas mujeres tienen cargos importantes en la sociedad, todavía para otras se ha estancado su desarrollo en lo que tiene que ver con la toma de decisiones, a pesar que entienden que hoy en día se está trabajando en lo de género, para las

participantes lo fundamental es que se tenga en cuenta el estrato socioeconómico, porque dicen que se está interviniendo para que la mayoría de mujeres acceden a la universidad, pero no se detienen a analizar que está pasando con aquellas que no entran a estudiar una carrera, una tecnología o por lo menos un curso de auxiliar, y ellas afirman que el estrato es un factor determinante en la educación y que se debe entender que por esta condición muchas no comprenden la magnitud a la problemática del VIH y menos aún la importancia de hacerse la prueba para esta enfermedad.

Ante esto refieren:

“Para mí toditos son iguales de jodidos, o sea, verá que se burlan de las mujeres, son muy infieles, y andan de un lado para otro, porque si son casados se la hacen con otra y la dejan a la mujer con todos los hijitos y si son novios mientras la mujer se le entrega están con ella después se van con otras, por eso se burlan”.

“Como son hombres no les importa nada, sólo suplir su deseo sexual y por naturaleza ellos lo tienen, ellos nacieron así, que tienen ese deseo sexual vivo y que necesitan sacarlo, para quedar satisfechos”.

“Todos son igualitos infieles, egoístas, que quieren tener a la mujer sumisa sólo en la casa cocinando y haciendo oficio; los jóvenes adultos y viejos son perros, les gusta estar con una y con otra y lo peor es que no se cuidan, y muchas veces las mujeres no les exigimos eso, que se cuiden, por el miedo”.

“Las mujeres de hoy en día, o sea las jóvenes, ya nos dejamos. Nos liberamos y desde pequeñas ya están en fiestas ofreciéndose”.

“Las mujeres adultas son sumisas porque se dejan y son solapadas, algunas porque se hacen las santas, viendo que son jodidísimas, o sea que están saliendo con otro que no es el esposo”.

La naturaleza del hombre y la mujer según las participantes

Para las gestantes, la naturaleza de cada individuo los diferencia de otro ser, a pesar de que ellas afirman que un hombre es como un animal en cuestiones del deseo y sexo, porque muchas integran el concepto de que la “calentura” y la

“arrechera” son cuestiones fácilmente llevaderas por la mujer, mientras que el hombre culturalmente debe “desfogar” en algo estos deseos, porque de lo contrario se convierte en un hombre malgeniado, agresivo y difícil de comprender. Para ellas, el hecho de utilizar agua fría, rezar o pensar en otras cosas les puede ayudar a disminuir estas sensaciones naturales.

La descripción más frecuente entre las mujeres adultas también fue admitir como es la naturaleza de las jóvenes de esta época, al sostener que buscan a los hombres por dinero y no les importa su estado civil. Mencionan que lo que les importa es que a cambio de una noche de “desahogo sexual” ellas puedan tener la plata para comprar y derrochar. Una de las gestantes dijo que a veces no es culpa ni del hombre sino de las mujeres que se están “ofreciendo” permanentemente.

“Ellos nacieron así, tienen ese deseo sexual vivo y necesitan sacarlo, para quedar satisfechos; ellos si ven una joven bonita ya se les despierta el deseo y quieren hacerlo, porque esa es su naturaleza”.

“Nosotras las mujeres adultas razonamos mucho, no nos dejamos llevar por el momentico, razonamos, pensamos en nuestra pareja, no somos tan afanadas, aunque es normal sentir ese deseo, nosotras sí lo podemos manejar; a las mujeres altas de naturaleza se les despierta con cualquiera, pero esas son muy poquitas, entonces ahí aparecen hombres que quieren desahogarse”.

¿Cómo son los hombres y las mujeres de hoy?

“Las mujeres de hoy se acuestan por plata para estar comprando ropa, les gusta estar en la calle y sólo bailando y tomando hasta la madrugada; son pocas las que somos así como yo, tranquilas y entregadas sólo a un hombre; las de ahora son las que les coquetean sin importar que uno esté ahí, se banderean de un lado para otro y se ponen una ropa que a cada rato están llamando la atención de ellos; entonces, ellos no se aguantan y de una nos la hacen, no se aguantan, claro porque ellos son como animales que andan atrás de las mujeres”.

“Los hombres de hoy están peor, solo borrachos y el trago los lleva a que estén con mujeres, y como ellas se están prestando para eso... ahí se ve la infidelidad, se están acostando con una y con otra y le son infieles a sus esposas”.

“Ahora las jovencitas se van acostando con cualquier hombre y ellos con cualquier mujer, y estos pueden estar infectados. Las jovencitas se acuestan hoy en día por dinero porque les gustan las cosas fáciles y entonces ellos aprovechan”.

Los testimonios de las gestantes describen que la verdadera realidad la vive cada persona desde su propia experiencia; cuando una persona está herida en su ser o es feliz, se puede evidenciar como desde el corazón los sentimientos pueden fluir sin ninguna restricción.

Para las participantes, hablar de los hombres y mujeres de hoy no es tildar a todos por igual, pero reconocen que la mayoría de ellos tienen los mismos comportamientos en cuanto a la infidelidad, la inmadurez, el irrespeto por su pareja y la frialdad. Tal vez los medios de comunicación y la tecnología han logrado influir de alguna manera en las personas en su forma de pensar y ver las cosas; por eso se ve como las mujeres que han podido surgir, se catalogan como independientes y pueden tomar sus propias decisiones; pero para las gestantes todavía existe en este género las que por su situación económica les es difícil continuar con su educación y deben quedarse en el hogar; también opinan que el hombre de hoy continúa siendo una réplica del ser que todavía mira a su mujer como la persona que debe velar por todos los cuidados de su familia; y que son muy pocos los que les permiten realizarse laboralmente, y lo evidencian cuando llega el primer hijo, porque los maridos las prefieren ver en casa de tiempo completo y ellos dedicarse a traer el sustento diario.

6.3. Tema Cultural 3. “Hoy en día estamos experimentando las cosas muy rapidito o míreme a mí, ya embarazada y tan joven”

Establecer un noviazgo

La relación de pareja comienza cuando dos personas deciden compartir más que una amistad, y a esta etapa se le llama noviazgo. Las gestantes, sobre todo, las adolescentes narran como conocieron a sus parejas; primero iniciaron por el gusto y rápidamente pasaron al enamoramiento, y como lo dicen pese a la edad que tengan *“quieren vivir y descubrir que es tener ese ser soñado para su vida a pesar de que la relación no sea evidente ante la familia”*, porque siempre las madres están infundiendo el regaño, la protección y ciertas conductas que deben tener: tener novio después de terminar los estudios y llegar virgen al matrimonio; siempre les están recalcando que así fueron educadas ellas y deben seguir con esta costumbre.

Las jóvenes comentan que para esta época quieren sentir *“las cosquillas en el estomago”*, el gusto por abrazar, besar y pasar momentos especiales en compañía de esa persona que les despertó el interés, pero manifiestan que quieren saltar de una etapa a otra apresuradamente, sin ser “conscientes” de iniciar tempranamente la vida sexual, lo que implica el riesgo de quedar embarazadas por no tener un cuidado adecuado como la planificación. Saben generalidades de este tema, pero consideran que si quieren tener una verdadera relación no deben exigir la utilización del preservativo a su pareja, ya que esto les podría traer problemas, porque parten de a ellos no le gusta esta clase de protección, basados en la falsa creencia de no sienten nada; reconocen que muchas veces no planifican por vergüenza o miedo de asistir al centro de salud, o por falta de seguridad social.

El diálogo despertó el interés de analizar que cuando todo pasa apresuradamente no les da tiempo a pensar en los “errores” que pudieron cometer y al hecho de no darle importancia a nada; sólo desean vivir intensamente la vida exponiéndose al riesgo permanentemente. Algunas dicen que iniciaron su vida sexual en estado de embriaguez y que después lo único que le preocupaba era quedar embarazadas, pero no infectarse de algo, ni siquiera del VIH. De ahí, que para ellas no es prioridad hacerse la prueba de VIH, apoyadas en la creencia de que esas pruebas se las debe hacer los homosexuales y las trabajadoras sexuales.

Las afirmaciones de las gestantes revelan:

“Para tener relaciones sexuales no se necesita estar enamorados, eso era antes; ahora ya no se necesita estar enamorado, si a uno le gusta el muchacho y se toma unas copitas, pues se va con el porque después él se lo propone a otra y la dejan a uno”.

“Mire, el siempre está saliendo con sus amigotes y están tomando y a veces ni me llama por días y se pierde y no va a estudiar y eso me da rabia, porque pienso bobadas, pues lo primero que uno se imagina es que va a estar con otras viejas, porque como ahora son más ofrecidas, entonces me da miedo que él me la haga y es que por hacerlo terminar a uno son bien malas”.

“Los jóvenes tenemos relaciones sexuales donde esté, en el baño de la fiesta o por fuera de la casa, en un llano o donde sea, hasta en la casa de uno mismo si no están los papás, claro; a mí me embarazaron en mí casa”.

“Hoy en día estamos experimentando las cosas muy rapidito o míreme a mí ya embarazada y tan joven, por eso son pocos los que le ponen atención a las cosas, es más el interés por iniciar relaciones sexuales que por cuidarse”.

A los jóvenes les interesa más las relaciones sexuales, pues quieren estar a la moda con los jóvenes que ya hemos tenido, y como nos preguntan que se siente”.

“Con el papá de mi hijo me hablo, pero ya no tenemos nada, pues él dijo que me iba a responder por los gastos del niño, pero creo más que es la mamá de él, porque si él es un estudiante igual a mí y no trabaja y le gusta sólo andar en fiestas”.

Viviendo en pareja

Las participantes afirman que cuando decidieron vivir en pareja y unir sus vidas, no todas formalizaron esto bajo el sacramento del matrimonio; solamente deciden vivir y compartir un amor que puede ser para el resto de la vida. Para ellas, esta unión muchas veces no fue la que esperaban, porque mientras son novios cada quien piensa en un hogar hermoso que se necesiten el uno al otro, pero opinan que después de un tiempo de convivencia “no es color de rosa”, y las cosas cambian; otras opinan que deben aguantarse todo lo que pase en la relación cuando dependen económicamente de él, y para ellas sería peor volver a la casa de los padres porque muchas veces no hay para la comida.

La creencia que ellas tienen sobre esto es:

“Nosotros vivimos no más, a veces le digo que nos casemos a lo bien, pero también me da miedo, porque yo he escuchado que en los matrimonios, las mujeres casadas son las que tienen más VIH. Él no trabaja aquí sino en otro pueblo y cada ocho días el viene a verme y se vuelve a ir, si ahorita estaba aquí y ya se fue”.

El pensamiento de varias gestantes se vio evidenciado al momento de hablar de su convivencia en pareja y la relación particular con cada una de ellas. Relación que inició desde el momento del noviazgo que había sucedido muchos años atrás, y que para las más jóvenes apenas lo estaban viviendo.

Vivir en pareja es una elección que algunas mujeres y hombres toman para compartir los vínculos afectivos. Por tradición cultural, las participantes consideran que cuando unieron sus vidas y hubo el encuentro del amor, esto fue cuando encontraron *“la otra mitad o la media naranja”*; cada una buscó en el otro la compañía que necesitaba, vivir una armonía absoluta y amarse por siempre. Pero piensan que al haber encontrado esa otra mitad deben velar por el bienestar de esa persona y acceder a las locuras y caprichos de pareja. Entonces, es fácil comprender que la vivencia en pareja no es ser esclavo del otro, ni permanecer en una cárcel; por el contrario, esta vivencia obliga a respetarse como seres humanos, a tener individualidad, autonomía y tener en cuenta la historia personal que cada uno trae.

“Yo no deseo enfermarme, quiero estar bien para poder criar a este bebé y darle lo mejor, y también para poder estar con mi esposo siempre, porque él me necesita mucho, para que lo consienta, lo mime, le cocine, le tenga su ropita lista, y tengamos relaciones sexuales”.

“Mi marido es bien vivido y es trabajador y no es que haya sido bien loco, sino que él tiene los pies sobre la tierra, o sea que ya no piensa en otras mujeres, sólo en trabajar, salir adelante y sacar su familia adelante”.

Así es posible el amor de pareja, y para mantener vivo el amor de pareja existen expresiones y afectos, como las caricias y la ternura que cada ser que vive en pareja necesita cultivar día a día; cuando estas cualidades se han perdido por las discusiones inútiles de la convivencia, de los abandonos, los celos, de los problemas de pareja no resueltos, de la desconfianza, será necesario reformular la relación, proveerla de nuevos sentidos y construir nuevas ataduras.

“Ay, uno embarazado y metido en la casa y el compañero trabajando en otro lugar; alguna vez se me entra esa desconfianza por lo que está haciendo por allá, como ya le había dicho que él trabaja en otra parte”.

¿Cuál es esa desconfianza?

Ellas disfrutaban mucho de sus parejas, pero muchas veces nace en ellas ese sentimiento de desconfianza.

“Yo no sé, pero a veces desconfió de él porque se porta como raro, llega bravo, malgeniado a descontar conmigo como si yo tuviera la culpa, me grita, no hace caso a las cosas que le digo del embarazo y, a veces, ni me determina; no sé si tiene otra mujer, pero con ese comportamiento cuando está conmigo hace dudar”.

“Para nada confié en mi novio, él toma mucho y yo no sé que pueda pasar cuando está borracho con las viejas”.

“Yo ya no puedo confiar, él tiene 16 años, yo apenas cumplí los 17, los dos somos muy jóvenes y como a todo joven le gusta irse a bailar y tomar, y a mi novio le gusta mucho tomar y fumar, entonces yo a veces he visto en las fiestas como el ya borracho empieza a molestar a las muchachas y eso me da mucha rabia y cuando yo le reclamo él me dice que no se acuerda, como todos los hombres”.

“Uno a veces teme a que él esté con otra. Uno sabe que hombre es hombre y no hay nada que hacer; si uno los quiere cambiar está fregado, porque ellos lo harán por un tiempo y después vuelven y caen. Yo no molesto tanto a mi marido porque se aburre y se va con otra”.

Para las investigadas, la confianza es el pilar de cualquier relación; cuando esta se deteriora, comienza una serie de sospechas que arrastran a situaciones como las precauciones y las acusaciones.

Esto genera para ellas una situación de estrés, incertidumbre y angustia, y mencionan que estos efectos son nocivos para la relación; fue habitual escuchar en las gestantes esta clase de comentarios de desconfianza hacia sus parejas; se preguntan muchas veces que harán ellos cuando no están en casa; así que la mente está llena de incógnitas, de dudas y aseguran algunas veces que las parejas las engañan, pero por ser hombres es lo más natural, al aseverar que ellos por su naturaleza tienen distintos comportamientos que los hacen diferentes a las mujeres; las parejas entran en crisis frecuentemente por problemas típicos que vienen de la convivencia; no solamente su vida íntima causa dificultades, también inciden el trabajo, el hogar, los amigos, la familia y el dinero.

En este proceso las gestantes reflejan dos situaciones: incertidumbre o engaño (no saben si la cabeza que les juega malas pasadas cuando les llega una y otra vez la idea del engaño, o si por el contrario es verdad). Esta situación de desconfianza no sólo es angustiante para ellas que creen que su marido o su novio

las engaña; también la otra parte puede estar insatisfecha con lo que pueda estar pasando como los celos constantes y las agresiones verbales.

La vivencia que tienen las participantes sobre la confianza la relacionan con un trato adecuado y mutuo entre la pareja; mencionan que a medida que pasa el tiempo esta debe irse consolidando para lograr la armonía; pero la mayoría de ellas piensan que no han llegado a este aspecto, porque ante cualquier dificultad o sospecha de infidelidad se va perdiendo este sentimiento y la relación ya no vuelve hacer la misma.

La desconfianza la describen también cuando sienten celos por las mujeres bonitas y que ellas las describen como fáciles y que andan “seduciendo” a los hombres y que ellos caen fácilmente, por ello, consideran que muchas veces no son los hombres los culpables de alguna infidelidad; para ellas son del género masculino y no le ponen límite a sus deseos sexuales, y mencionan que se debe educar más a las adolescentes y que les inculquen los valores y el respeto por su cuerpo.

“Por lo que en la calle ya encuentran con facilidad, muchas señoritas, niñas, ahorita por ejemplo las sardinitas de 18, 20 años ya tiene una vida activa, rapidísimo, porque ahora hay mucha libertad, ya no hay ninguna clase de castigo, ahora todo es con el diálogo y sino es con el diálogo, se traumatizan; antes era con una correa o con un palo, pero le enseñaban a uno y por eso uno ha crecido así como que de su casita; del trabajo a la casa y ya... pero ahora las niñas de 18 toman y los hombres las compran fácilmente”.

“A las niñas prepago, que son sardinas que uno ni siquiera piensa y por lo que les gusta la plata, les gusta la vanidad, y sé que les pagan muy bien a esas muchachitas”.

¿Infidelidad: Sospecha o verdad?

La infidelidad ha acompañado al ser humano desde el inicio de los tiempos, cuando la fidelidad y la infidelidad eran concebidas de diferentes maneras; por ejemplo, en Grecia y Roma “se consideraba que un hombre era infiel si tenía relaciones sexuales con una mujer casada (que no fuera su esposa), pero no lo era si lo hacía con esclavas, concubinas o prostitutas” (38). De ahí que este tema puede variar en cada cultura; a la vez es un asunto demasiado importante para las parejas, porque es una de las problemáticas más comunes a enfrentar.

Para las gestantes, la infidelidad no sucede porque sí, siempre existen varios motivos que obligan a las parejas a incurrir en esa conducta; mencionaron, entre otros motivos, la monotonía, ausencia de sorpresas, rutina, vida sexual deficiente, falta de comunicación, diálogo y relaciones sociales de género que la aceptan como un rol del varón.

La anterior cita va relacionada con el grupo de investigadas, pues la mayoría sienten desconfianza y piensan en la infidelidad; algunas lo han confirmado y se nota, sobre todo, en aquellas que llevan mucho más tiempo de convivencia con sus parejas. Las gestantes lo relacionan principalmente con las crisis o problemas de pareja, y para ellas este tipo de infidelidad no sólo se puede tratar de relaciones sexuales con otras mujeres; la infidelidad también se da cuando tienen encuentros de besos sin placer, y recuerdan la frase comúnmente usada, son infieles porque *“buscan en otras lo que no encuentran con sus esposas”*. A veces prefieren satisfacer todo lo que sus maridos les pidan antes que las cambien por otras.

Agregan que la infidelidad ha llevado a ciertas mujeres a quitarse la vida porque no pueden asumir que su pareja pueda estar con otra persona; en realidad dicen *“no nos han enseñado asumir una pérdida, y por ello preferimos tener otras actitudes que ponen en riesgo la relación”*.

Las gestantes creen que todo es culpa de la sociedad y la educación, que siempre infunden el hecho de estar con la misma persona, y dicen que cuando se encuentran en riesgo de perder a su pareja les causa tanta conmoción que de una u otra manera necesitan retenerla, y para ello inventan cuentos y películas para evitar que su pareja las abandone, y acceden fácilmente a las exigencias que les hagan; manifiestan que nadie les ha enseñado a perder y por ello se sienten morir.

Es importante destacar que las participantes muchas veces sienten impotencia por que son mujeres de hogar, de estrato bajo y por no trabajar; por tanto, deben estar a la espera de que sus parejas les proporcionen todo lo necesario para su casa, y por este hecho ellos tienen la ventaja en todo sentido, principalmente en el factor económico, así pueden salir y tener su *“desliz”* en el momento que quieren; en especial, cuando consumen bebidas alcohólicas pueden ser infieles porque pierden el sentido de responsabilidad y de respeto a sus parejas.

“Como dicen, la soltería es para gozar, pero ya de casados pueden cometer errores, eso les pasa más a los hombres que se casan muy jóvenes y que no han vivido, llegan al matrimonio o se juntan a vivir y empiezan a serles infieles a sus

mujeres, porque piensan que su mujer ya es de su propiedad, hacen lo que quieren”.

“La fidelidad es que la respete en todo momento, pero eso no pasa con los hombres, bueno y con las mujeres jóvenes porque son infieles”.

“Quiero que mi pareja se porte bien, que no esté con nadie más, o sea con otras mujeres; que me quiera mucho, me consienta y este sólo conmigo. A ver, yo quisiera, que no sea perro y que no se acueste con nadie más que yo”.

En contraposición a la infidelidad se encuentra la fidelidad, considerada por las embarazadas como el compromiso que se asume de cultivar, proteger y enriquecer la relación con otra persona y a ella misma. El respeto a su dignidad e integridad garantiza que su relación sea estable en un ambiente de seguridad y confianza que favorezca al desarrollo integral y armónico de las personas. Por ello, las participantes del estudio necesitan ser queridas y protegidas constantemente; sin embargo, ven que algunas de sus parejas las dejan solas en los momentos más difíciles y especiales; de ahí, que piensen permanentemente que sus maridos le sean infieles, cuando su comportamiento no es el mismo que fue al inicio de la relación; muchas pensaron que su embarazo cambiaría la relación de pareja para bien; pero desafortunadamente manifiestan que empeoraron las cosas, porque al no poder tener relaciones sexuales, hacen que ellos deban “*buscar por otra parte*”, eso que por naturaleza de hombre desean y es el placer. Lo que más ronda su cabeza es el miedo a que su esposo le sea infiel, y de ahí les surge el temor a contagiarse con infecciones de transmisión sexual.

6.4. Tema Cultural 4. “Cuando yo quedé embarazada yo sí estaba saliendo con él, pero no estábamos enamorados, era por tener relaciones sexuales”.

Hablando de sexualidad con las jóvenes

“Se siente bien al estar con la pareja o sea con el novio, porque se sienten muchas cosas que jamás había sentido; siento que yo soy de él y él es mío y nadie podrá quitármelo, por eso hago lo que él quiera y no me importa lo que él me pida”.

Según las participantes, las cosas han cambiado para los jóvenes; ya no es lo mismo de hace años atrás cuando los jóvenes esperaban que los padres guíen su camino y hasta les dijeran que ropa ponerse; para ellas, está en marcha una verdadera revolución sexual, porque ahora lo que más importa es descubrir tempranamente el mundo que por un tiempo estuvo oculto, la edad cada vez más temprana viene invadida de conceptos erróneos que tienen los adolescentes. Las participantes jóvenes afirmaron en esta investigación que a sus amigos les importa iniciar una vida sexual, sin tener en cuenta el resto, como los sentimientos que cada persona pueda tener.

Dicen que a los hombres jóvenes sólo les interesa ser reconocidos por el número de señoritas que pueden estar con ellos en la intimidad, y piensan que así pueden ser adultos a una edad temprana; y mencionan que esto los hace irresponsables al iniciar tempranamente una sexualidad sin protección.

“En los niños, o sea jóvenes, pasa que por sentirse más hombres, y dárselas de que ellos ya empiezan a sentir, empiezan por pilotear y luego después de despertarse en ellos esa cosa del deseo, ya van pidiendo a las niñas que pueden ser las novias o simplemente amiguita que tengan sexo”.

“Pilotear le llamamos a tener relaciones, pues es hacerlo por encima con la ropa puesta, sin necesidad de quitarse la ropa, el contacto es con ropa, sin la piel ni los genitales, eso no se utiliza; pero después de eso, no pasa ni una semana y ya se está teniendo relaciones sexuales a lo bien, o sea que ahí ya es sin ropa y con todo”.

Para las embarazadas, la sexualidad es sólo tener relaciones sexuales y no comprenden completamente esta palabra, se sienten carentes de conocimientos en este tema y piensan que es el cuerpo lo único que les importa a los hombres y que no van más allá de este aspecto físico, por lo cual algunas sienten rabia al mirarse con su embarazo porque piensan que al dar a luz su bebé, su cuerpo se va a “deformar” y sus parejas o novios ya no las miraran atractivas, lo que generara que posiblemente su sexualidad se vea alterada.

La visión de la sexualidad de las gestantes adolescentes relaciona a este hecho como un acto meramente biológico, dejando de lado el afecto. Permiten las relaciones sexuales sin tener lazos afectivos, y el tiempo entre conocerse y tener relaciones sexuales puede ser de horas o días, así lo expresó una de las participantes:

“Ah, ahora ya no se respeta nada en los jóvenes; el novio de uno se puede estar acostando con la mejor amiga de uno y eso supuestamente está bien; o también pasa que no hay necesidad de que sea la novia, así sea la amiga o tal vez la que conocieron en la fiesta de anoche, con esa se van acostando”.

“Los muchachos son fregones ya que a todo momento están con su recocha y no les interesa saber, lo que quieren es estar pendiente del sexo”.

“Ahora los jóvenes pasan mucho tiempo en las fiestas; ahora a nosotros los jóvenes nuestros papás nos mandan hasta que se acabe la fiesta, que es hasta la una de la mañana, y uno se les vuela otras horitas para irse con su novio y tener relaciones sexuales”.

“Cuando yo quedé embarazada yo si estaba saliendo con él, pero no estábamos enamorados, más era por tener relaciones sexuales, y un día no nos cuidamos y quedé embarazada”.

Sexualidad: Pobreza o riqueza

“La pobreza interfiere en la sexualidad. Mire usted, no se ha dado cuenta que entre más pobres más hijos tienen, no hay qué comer, toca ir a los colegios más baratos. (...) Los ricos les dan un buen estudio, pueden ir a la universidad, es como si tuvieran una meta ya planeada y que la deben cumplir, y por eso no se embarazan tan rápido y no tienen tantos hijos”.

Estos relatos demuestran que viven su sexualidad a plenitud, y parece que desconocieran el riesgo, pero en su interior saben que lo deben hacer con responsabilidad y protección, pero no la consideran una prioridad; sin embargo, algunas de las adolescentes gestantes manifiestan que la baja condición socioeconómica desfavorece a los géneros al momento de cuidarse, porque ven que es indispensable contar con algo de dinero para obtener los medios de protección, como el preservativo.

Lastimosamente, para las jóvenes participantes la falta de utilización de un método de protección es sacarle la excusa a esa sexualidad carente de valores; ellas se diferencian de las mujeres adultas, porque conocen y saben lo que quieren, y que ellas han aprendido que ser fiel a sus parejas es lo más responsable que pueden hacer.

“En la pobreza y el VIH, tal vez ocurre que no nos podemos proteger tanto con el preservativo, porque esto cuesta, y los jóvenes, sobre todo los hombres, si tienen para una cerveza ya no van a tener para un preservativo; y las mujeres peor, porque como esperamos que todo nos gasten los hombres, y ahorita los hombres, especialmente los jóvenes, dicen que todo debe ser a la americana o sea que todos debemos gastar por igual”.

“Imagínese, no hay plata ni para comprar condones y uno, a veces, con los tragos en la cabeza... y el deseo no está pensando en comprar un condón sino en tener la relación sexual”.

“Solo ven la vida con relajo y disfrute, y no piensan que puedan haber tenido un riesgo y que tengan una enfermedad”.

Es fundamental que los jóvenes conozcan y asuman la responsabilidad frente al ejercicio de una sexualidad responsable, que entiendan que si no se protegen se exponen al riesgo de un embarazo a temprana edad, a abortos, a adquirir una infección de transmisión sexual e incluso a contagiarse de VIH.

“Con respecto al VIH, los jóvenes no le ponen importancia, a ellos lo que les parece más grave es dejar embarazada a una mujer; de las enfermedades parece como si no le tuvieran miedo”.

¿Qué tanto conocemos del VIH y qué es esta enfermedad?

Conocer acerca del VIH constituye algo muy importante para el ser humano, quien debe saber acerca de esa infección, los conocimientos elementales de la enfermedad, las diferencias entre infección por VIH y el SIDA, las formas de transmisión y de prevención; sin embargo, en este aspecto hay mucho por hacer. Al respecto, las gestantes revelaron un evidente desconocimiento de este tema; se identificaron en ellas conceptos o ideas erróneas con comportamientos de riesgo y el desconocimiento de padecer el VIH y la gravedad de padecer de SIDA.

Cuando una persona conoce de este tema, reconoce la importancia de saber si está o no infectado por el virus del VIH y ve en la prueba de Elisa el principal elemento de diagnóstico. Las gestantes participantes de la investigación emiten vagos conceptos y confunden aspectos sobre esta cuestión; además, unas tienen

creencias de que esta enfermedad es cosas de espíritus, otra menciona que se puede curar y que las hierbas pueden ser benéficas para el tratamiento. Esta situación genera un riesgo ante la protección y desestima la prueba de VIH. Por fortuna, todas reconocen que cuando se practican la prueba lo hacen principalmente por el bienestar del bebé y en un segundo plano de ellas, y son conscientes de que es un requisito para sus controles prenatales.

“No sé, aunque estoy en el colegio y me gusta leer mucho e ir al internet, no me han hablado completamente de esta enfermedad. También tengo una amiga que ya le hicieron esta prueba y en el puesto de salud no le explicaron nada de la prueba, sólo se la tomaron en la sangre, pero le habían dicho que era para saber si tiene VIH”.

“No conozco muy bien que se diga sobre esa enfermedad, lo único que sé es lo que dicen en la televisión, que uno si la tiene se puede morir”.

“Sinceramente no sé mucho, y lo que le pueda decir es mentira; lo único que he escuchado es que las personas se mueren y que no pueden vivir mucho, y que se pasa al tener relaciones sexuales”.

Conocer de esta enfermedad es fundamental, pero los conceptos que tienen las participantes son vagos, y confunden la diferencia entre VIH y SIDA.

Los testimonios revelan:

“Yo no conozco mucho de eso, sé cositas por lo que veo en la televisión, pero para mí es lo mismo tener VIH o SIDA. Es que a uno no le explican muy bien en ningún lado las cosas”.

“¿Ah, y es que hay diferencia? Yo pensé que era lo mismo, porque siempre donde uno escucha hablan del VIH y SIDA sin ninguna diferencia, porque con mis amigas hemos hablado siempre de esto y de otras enfermedades, pero siempre pensamos que era lo mismo y uyy... hemos estado equivocadas”.

“Sinceramente no sé cuál es la diferencia; yo creo que es lo mismo igual, las palabras se parecen y me imagino que con las dos se va a morir de todas maneras”.

Ninguna de las gestantes entrevistadas conocía que el VIH y el SIDA son dos aspectos con signos y síntomas diferentes; los gestos de asombro eran evidentes, como si quisieran preguntar sobre el tema para no quedarse con la duda. Se deduce que existe un vacío y confusión en las participantes frente al VIH; expresan que en las instituciones educativas pocas veces tienen la oportunidad de participar en sesiones de orientación y educación sexual; y cuando lo hacen son muchos los adolescentes que no toman en serio las capacitaciones, que se burlan de las expresiones referidas a la sexualidad, y no prestan atención a estos temas que de una u otra manera podrían influir positivamente en la protección y cuidado.

“En el colegio sí nos hablan, pero lo mínimo y de esto nada”.

“En el colegio es difícil que nos hablen de estos temas, muy pocas veces me acuerdo que nos hayan hablado, pero lo que he aprendido es porque me gusta investigar”.

“De vez en cuando llevan a una psicóloga o enfermera a que nos hablen de eso, pero mis compañeros son muy fregones y piensan que todo es un chiste; a todo momento están con su recocha y no les interesa saber, lo que quieren es estar siempre pendientes del sexo”.

6.5. Tema Cultural 5. *“Uno puede ser una mujer casada de su casa, pero ellos pueden hacérsela, por eso yo hubiera preferido que fuera antes del embarazo la prueba”*

Mi gran motivación para hacerme la prueba

“Me motiva todo, sobre todo mi familia, ya que lo que le molesta a mi papá y a mi marido es verme enferma o decaída; entonces, ellos prefieren que yo me haga cosas, me haga exámenes, a verme así, enferma. Por eso todo lo que me manden en el puesto de salud yo lo tomo, para descartar si tengo no sólo VIH, sino otro tipo de enfermedades; imagínese si una sola infección urinaria dicen que le causa daños al bebé, cómo será el VIH”.

Es importante resaltar que las mujeres se realizan la prueba de Elisa porque desean lo mejor para sus hijos y no quieren que ellos nazcan enfermos, y en un segundo lugar está su salud; se preocupan por llegar a tener la enfermedad, les

alarma pensar quién se haría cargo del recién nacido y no confían la crianza al padre.

Se motivan al referirse a la prueba del VIH, especialmente, por su madre y por los consejos de amigas que ya han pasado por este proceso. Al hablar de su pareja mencionan que sólo algunos demuestran interés porque ellas se practiquen todas las pruebas, para que posteriormente no se enfermen, y porque tendrían que gastar dinero en el cuidado de una mujer y un hijo enfermo.

“Yo quiero a mi bebecito y no me gustaría que el salga enfermo; además, yo me hago todas las pruebas porque quiero que sea un bebé sano, no me perdonaría si se enferma”.

“A mí me motivan muchas cosas; principalmente como mujer embarazada creo que es el bebé, porque uno siempre le pide a Diosito que lo favorezca de todo mal y que el bebé esté sanito. Una cosa es que yo quiera ver a mi familia unida con la madre, el padre y el hijo y que todos estén sanos, y otra cosa es que yo quiero mucho a mi bebé y no quiero que le suceda nada”.

Es relevante observar que ellas repiten que no es tan importante si salen infectadas, no les interesa si tienen el VIH, para ellas lo que importa es que el bebé que llevan en su vientre no tenga ningún tipo de infección que ponga en riesgo la vida de este pequeño; es más, piensan que si llegasen a tener VIH es porque su pareja las infectó, y lo único que harían es dejarlos y seguir con su vida adelante con el cuidado dedicado de tiempo completo a su bebé enfermo.

Muchas veces no entienden que a pesar de que ellas tengan una relación estable con la pareja, él en algún momento la pueda infectar y tener una enfermedad incurable; de ahí la constante desconfianza que les tienen; y le piden a Dios que ante una situación de infección su pequeño bebé no se infecte. Afirman que prefieren morir antes de ver a su hijo enfermo.

A pesar de las creencias de cómo se puede curar el VIH, no dejan a un lado sus expectativas hacia esta prueba tan importante para una persona que ha tenido riesgos.

“Cuando uno va a ser mamá quiere lo mejor para el bebé que viene; lo mejor entonces, si uno dice, si ya tengo el virus, qué se puede hacer. Si yo lo llevo a tener ¿qué puedo hacer?, por ejemplo, Dios quiera que no, que me dijeran usted es positivo, ¡ay! no sé, santísima virgen qué puedo hacer yo ahorita por la vida del bebé, uno no quiere un hijo enfermo; yo dejaría a mi marido y lucharía por mi bebé”.

“Como ya le dije, yo si quiero estar bien segura de si tengo o no esa enfermedad y saber qué puedo hacer si la tengo; porque se imagina, ahí sí me deprimó y me daría durísimo, yo soy bien joven y no me gustaría morirme tan rápido, porque todavía me falta vivir muchas cosas”.

¿Mis sentimientos al hacerme la prueba?

Toda persona siente diferentes sensaciones cuando va a realizarse una prueba determinante para saber si tiene o no alguna enfermedad; por ejemplo, las gestantes generaron muchas reacciones que se visualizaron y se describieron al hablar de la prueba del VIH; algunas mezclaron sentimientos de desconfianza, infidelidad, rabia, o tal vez de mucha confianza hacia las parejas que dejaron ver la incomodidad por hablar de esto.

Las mujeres expresan sentimientos y miedo al enfrentarse a los resultados, porque a pesar de que la mayor parte de ellas han llevado conductas como la fidelidad, tienen desconfianza a sus parejas, porque analizan y determinan que la falta de protección con el condón las expone a un alto riesgo de infección.

“Siento como miedo, porque como uno nunca sabe qué resultado va a tener la prueba, porque igual sea como sea, uno no sabe, uno tiene una pareja, pero en sí, uno no sabe todo de ella: Uno no sabe si esa persona de pronto lo traiciona a uno y con la persona que lo traiciona puede estar contagiada, no sé; a uno le dan nervios, como miedo de que le vayan a decir a uno que positivo, y el miedo de no querer escuchar esa palabra”.

“Miedo a tener que afrontar una enfermedad de esas, de ese tamaño, miedo porque uno está seguro de que no tiene nada y que se haga una prueba y le salga positiva, no sé, es un miedo antes de hacerse la prueba, pero en últimas toca hacérsela para estar seguros de que no se tiene esa enfermedad, porque uno siente angustia pero no es de que le saquen la sangre como la gente piensa, es eso de están enfermos”.

“Siento un poco de miedo por el resultado de lo que me va a salir, pues no ve que con ese poco de locuras que he hecho y le conté; me da miedo que yo tenga eso; por eso, apenas me digan que me la van hacer, voy a ir rapidito, para salir de todas esas dudas que tengo”.

“Yo creo que a todas las mujeres nos da miedo, que tal saber que uno tiene esa enfermedad, porque igual si uno no se cuidaba con el condón cualquier cosa puede pasar, y hay que esperar no más a que le digan el resultado; qué susto”. El temor es propio del ser humano, y se caracteriza por un intenso sentimiento desagradable, provocado por la percepción de un peligro; pero este temor es necesario para la supervivencia, porque indica que el peligro está cerca, que puede ser real o supuesto. La mayoría de las veces el temor desaparece cuando crece la confianza en la pareja y la única forma de que el temor desaparezca es enfrentándolo; y en este caso, las gestantes manifiestan que lo hacen para salir rápido de la duda de estar infectadas.

“Sí, yo siento temor y uno ruega a Dios que no vaya a tener eso, porque uno le pide a Dios que no le vaya a pasar nada, que sea una prueba más de las que van a salir normales, ehh pero uno ponerse a pensar que eso le va a salir positivo, qué miedo para las dos vidas”.

“Me da miedito, porque uno nunca sabe que le vaya a salir en ese resultado; a uno a veces se le mete en la cabeza que pueda tener eso, el otro día me dio ganas de llorar porque a uno los nervios lo atacan, yo sentí como si se me fuera a salir el corazón y me sudaban las manos”.

“Me da susto, porque como yo no me he cuidado con el condón y mi marido se emborracha y que no hará por halla fuera; entonces, me da susto. Vea, se me irisa la piel de pensarlo no más, qué tal que me digan que tengo, yo me muero”.

Para una de las gestantes, el miedo y el temor no nacía en ella, pues confiaba demasiado en su pareja y para ella esta prueba *“no es más que un proceso de rutina”* y que en su momento el resultado será negativo. A pesar de que la gestante confirmó que nunca tuvo exigido la protección del preservativo, está segura de que su esposo jamás le ha sido infiel, que con el matrimonio el cambió, ya de novios era como todos los hombres que le gustaba embriagarse y tener muchas mujeres, pero dice que es tan bueno el comportamiento ahora que por eso ella hubiese preferido no hacerse esta prueba; además, su pareja la motivó para que no se la practique porque debe confiar plenamente en él.

“Se que voy a ir tranquila porque estoy segura de que no tengo nada, entonces no me va a pasar nada; tal vez al momento de sacarme la sangre sienta miedo y dolor porque no me gustan las agujas, pero miedo a la prueba no, yo confié mucho en mi esposo y sé que él no me ha pasado nada”.

“Estoy tranquila, porque yo y mi marido hemos hecho las cosas bien; no me debe salir eso mal; cuando las personas hacen todo bien no debe haber preocupaciones por nada. Si me afecta es el chuzón de la aguja, porque le tengo un poco de miedo a las inyecciones, pero todo será por saber la salud”.

La prueba del VIH, ¿qué tan importante es?

El VIH, considerado una grave problemática mundial, que cada día origina mayor número de muertes y que no tiene distinción de género, raza o edad, obliga a que los gobiernos planteen alternativas viables y que lleven a futuro lograr que esta enfermedad se detenga o disminuya; por esta razón, entre los ocho objetivos del milenio, el número 6 corresponde a combatir el VIH/SIDA, y para esto es necesario primero la detección temprana en las personas con factores de riesgo; para así poder determinar la prevalencia e incidencia de esta patología; las estadísticas pueden revelar cifras alarmantes de los casos reportados, pero se conoce que existe un subregistro de portadores que no se han confirmado.

Es importante enfatizar que la prueba del VIH constituye la respuesta a la pregunta que muchas personas se pueden hacer ¿será que tengo VIH?; pero la realidad pone de manifiesto que a pesar que el ser humano está en la capacidad de decidir o acudir para solicitar esta prueba, se evidencia que no asisten por razones como la falta de aseguramiento en salud, la discriminación, falta de educación e información, temor a la enfermedad y a la muerte.

Entonces, es necesario movilizar a los gobiernos y la sociedad civil para que se aseguren de que la prueba esté disponible y accesible. Es primordial movilizar a usuarios y proveedores para que los servicios de salud les hagan vigentes las 3C de la prueba de VIH: Consejería, Confidencialidad y Consentimiento Informado, que garantiza que la prueba es voluntaria o con el derecho a declinar.

¿Por qué es importante esta prueba en mi embarazo?

Algunas mujeres desconocían por completo que debían realizarse la prueba y sólo en el centro de salud les informaron de esta posibilidad; además, se enteraron de

que era voluntaria y que si después de una consejería decidían no practicársela, podían retirarse, y a pesar de que la mayoría de ellas dijeron que la consejería no fue tan enriquecedora, porque el profesional que las atendió sólo les enseñó que es una enfermedad que se la puede transmitir al bebé y que por eso debían hacérsela. Ellas descubrieron que era algo importante porque su condición de madre las obliga a proteger a su bebé desde su vientre, y porque es una de sus responsabilidades y prioridades.

Algunas gestantes vieron la importancia de que esta prueba no sea voluntaria sino obligatoria, para saber la condición de infección y tener un tratamiento que les pueda ayudar a que su bebé no se contagie. Refieren que conocen amigas que no se hicieron la prueba y de otras que se la hicieron pero no fueron a recoger el resultado porque no les quedó tiempo. Por situaciones como estas existen casos de VIH en mujeres y niños.

Algunas creen que esta prueba no siempre es segura, que estas son muy dolorosas y que los resultados no los entregan fácilmente; por razones como estas, hoy por hoy se observan gestantes que desisten hacerse el procedimiento.

“¿Es voluntaria para las embarazadas? Yo creo que debería ser obligatoria, para que todas las mujeres se la hagan; sí, porque imagínese que no quieran y no se la hagan y que vayan a estar infectadas, pobrecito el bebé, sería irresponsabilidad y de pronto un cargo en la conciencia. Yo sino me perdonaría no hacérmela y que después mi bebé salga infectado y después se muera, por no hacerme una pruebita que me imagino no duele”.

“Es bien importante que a uno le manden esa prueba, para saber si uno está infectado y de paso si el bebé también, porque como ahora no se puede confiar en nada, vaya hacer que de pronto el marido de uno le haya pasado cualquier cosa mala”.

“Listo uno puede ser una mujer casada de su casa, pero ellos pueden hacérsela; por eso yo hubiera preferido que fuera antes la prueba, para saber qué es lo que está pasando, uno no se está cuidando, si ellos vienen y lo infectan a uno”.

“Yo pienso que está bien que nos hagan esta prueba, porque creo que así como tenemos mujeres que confiamos en el marido y estamos seguras de él, habrán otras pobres que el marido les es infiel y está con otras y otras; por eso a todas las

mujeres les deben mandar esa prueba y todas debemos hacérsola, sin saber lo que pueda pasar”.

“Pues yo creo que eso se la mandan a uno no es tanto por uno sino más bien es por el bebé, para saber si está infectado. Porque si no imagínese a todas las personas a si no estén embarazadas y no usan el condón les mandaran la prueba, así que es más por el bebé y yo creo que lo pueden curar”.

Por consiguiente, conocer el estado serológico en una embarazada tiene muchas ventajas de vital importancia; la primera es que si estas pruebas salen positivas, se pueden tomar medidas apropiadas para acceder a los servicios de atención, tratamiento y apoyo, antes de que inicien los síntomas. Con esto, se supone, que la mujer pueda vivir unos años más de vida, y el bebé tenga la probabilidad de que no salga infectado; Así también, que la embarazada tome las precauciones necesarias para evitar contagiar a otras personas.

6.6. Tema Cultural 6. “Una vez que fui a mi primer control y me mandaron esas pruebas, yo estaba muy deprimida y no quería hacerme nada y menos la del VIH”.

¿Qué pasa? ¿Por qué a veces prefiero no hacerme la prueba?

La realidad muestra que aunque los medios de comunicación y el personal de salud han unido esfuerzos para que todas las embarazadas conozcan de esta enfermedad y puedan tomar la decisión de realizarse la prueba voluntaria, todavía algunas desisten o se la toman y no van por el resultado, o nunca se hacen ningún control prenatal y peor aún el examen.

Para las gestantes participantes y, en particular para dos, dicen que a veces sus parejas les ponen barreras para que ellas se practiquen esta prueba, porque ellos les insisten en la fidelidad y el compromiso adquirido de estar siempre con ellas.

Para otras, no hay impedimentos sino dificultades en el tiempo, porque al hacerse cargo de tantas cosas del hogar, no tienen tiempo y siempre están aplazando la toma, hasta el próximo control que tengan en el centro de salud.

Las investigadas retoman algo fundamental, que en ellas recae todo el control prenatal y la toma de pruebas, y que no existe una ley que mencione que la pareja

debe involucrarse completamente en la gestación; por eso manifiestan que como son las del género femenino destinadas a procrear, tienen el cuidado directo de que todo salga bien en el embarazo y el parto; pero la misma sociedad y cultura han denegado esta condición en el hombre, señalándolo como el “macho” y productor del factor económico que va a solventar las necesidades de la familia, pero eliminando la responsabilidad directa de ser el cuidador y colaborador del embarazo de su pareja.

“Una vez que fui a mi primer control y me mandaron esas pruebas, yo estaba muy deprimida y no quería hacerme nada, y menos la del VIH, porque me daba miedo lo que pueda pasar con el resultado y porque no confié en mi novio completamente”.

“El problema que se me armó cuando yo le dije a mi marido que me habían mandado hacerme esa prueba, él me dijo que para qué me la iba hacer si él nunca había estado con otra y que ni él ni yo teníamos ninguna enfermedad rara; yo le dije que era importante para el bebé, entonces primero me dijo que vea bien no vaya hacer yo la que me acosté con otros y que vaya a salir enferma y después le eche la culpa a él, después de tanto decirle, dijo que bueno que me la haga”.

Las que desconfían se la practican pero están consientes de que puede existir algún riesgo, sin embargo, algunas de ellas conociendo esto conciencia no acuden pronto al examen y prefieren prorrogarlo, ya que esto interfiere en sus trabajos y no tienen el tiempo para asistir al laboratorio y mucho menos después a volver por el resultado.

“Al principio yo no estaba de acuerdo con la prueba porque pienso que si uno tiene marido y no se acostado con nadie más, uno para que se la iba hacer”.

“Yo si quiero hacérmela, pero yo no he tenido es el tiempo suficiente para ir al médico. Antes sí quiero hacérmela”.

“Yo hubiera preferido hacérmela antes de saber que estoy embarazada”.

Otro inconveniente que ven las participantes es que deben desplazarse y tener dinero para comprar algo para alimentarse cuando las citas son tan prolongadas y que esto le implica recursos económicos que a veces no los tienen porque dependen completamente de la pareja; además, piensan que por ser una

enfermedad tan grave no va a cubrir las pruebas ni el tratamiento; de ahí el miedo en algunas de ellas a que esta situación les pueda traer problemas con sus parejas, cuando les pidan dinero para gastos extras del embarazo, lo que genera molestias, inconformidades y reclamos.

“Lo único que me impediría no hacérmela es la plata, pues como ve nosotros somos pobres y ir al médico cuesta mucho, pero como me dijeron que todo iba a ser gratis por estar embarazada, entonces, no me impide nada; si me cobraran yo sino me la hago porque conque la pago”.

Algunas gestantes dieron sus respectivas versiones del porque piensan que algunas gestantes no se realicen la prueba así:

“A mi amiga nunca le dijeron que tocaba hacerse ese examen y yo creo en ella, porque como es estudiante yo se lo hubiera hecho hacer, porque ella me cuenta que a su novio le gusta estar con hartas muchachas y parece que le monta los cachos, pues no estoy bien segura”.

“Yo conocí una amiga que no se la hizo, porque dijo que para que eso, si el marido era bien con ella y no necesitaba hacérsela”.

Las versiones de algunas gestantes revelan que todavía existen mujeres que desisten de hacerse esta prueba, a pesar de que para ellas es lo más importante, y pueden saber la situación de salud de ellas y de sus bebés.

¿Qué pasa si mi prueba es positiva?

Las mujeres fueron enfáticas y contundentes al mencionar que la culpa sería única y exclusiva de sus parejas; pero no faltó la que mencionó que por errores de su vida sexual, tal vez esté infectada. Durante el diálogo hacían notar sus dudas y su incertidumbre para realizarse la prueba y reclamar los resultados; aunque les causa miedo, querían salir rápido de eso y saber el verdadero resultado; porque les preocupaba la salud del bebé.

“Sentiría rabia y le echaría la culpa a mi marido, porque igual yo he sido fiel, tal vez pensaría en quitarme la vida, pero primero debo pensar en mi bebé, ¿verdad?; no sé, me pondría a llorar, porque como no tiene cura pienso que me moriría al otro día que me digan el resultado; es que sería algo tan duro y difícil de entender,

porque lastimosamente, pensaría que los que se van a morir son dos y no yo sola, por eso me deprimiría mucho y mi salud se pondría muy pero muy mal; pero mejor no quiero ni pensarlo”.

“No va hacer igual, la vida tanto mía como la del bebé ya no va hacer igual; así a uno le pongan que psicólogo o que le coloquen que con esto le van a prevenir o la van a tratar ya no, ya es diferentísimo, más exámenes, más gastos”.

Ellas perciben el riesgo hasta el momento de analizar la enfermedad, y piensan en el temor y las cosas que harían si resultaran infectadas; la mayoría cree que sus parejas (sean casadas o en una unión libre) son totalmente fieles, por lo que ellos les dicen, aunque ellas desconfíen.

Enterarse de que se está infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) puede causar mucho miedo. Por ello, es muy importante informar y sensibilizar a las personas que una forma de luchar contra ese miedo es aprender todo lo que pueda de la enfermedad; conocer acerca de la infección por VIH y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las posibilidades de tratamiento con un diagnóstico temprano; esto ayudará a cuidarse y a protegerse para no adquirir esta patología.

Es indispensable que la gestante se tome la prueba voluntariamente y que vuelva por los resultados; únicamente así podrá disminuir su preocupación acerca de la infección por el VIH. Debe ser consciente de que es un deber como mujer y como gestante, a pesar de que su pareja se lo impida.

“¿Se imagina si yo tuviera esa enfermedad y me entero que mi marido me la paso y más encima mi hijito se va a morir?; por eso, yo me quisiera morir también y matarlo a mi marido por habernos pasado eso tan feo”.

“Uno piensa en matarse porque todos mencionan que con esa enfermedad se muere y que esa muerte es bien fea porque uno se va enflaqueciendo horrible y termina secándose, yo no quisiera terminar así, y prefiero matarme antes”.

¿Y si mi bebé está infectado?

“Me daría mucha pena, porque igual lo estoy llevando en mi barriga y tengo que cuidarlo, pero con ese apoyo del papá del niño; como es tan joven, parece como si no le importara, y todo me deja a mí y a mi familia y el no se aparece para nada; sólo hablamos por celu y me dice que va a responder, pero no está conmigo, aunque yo no lo quiero y no quiero que este conmigo en una relación, pero que sí le importe el bebé”.

“Yo soy bien joven y no me gustaría que mi bebé nazca infectado, yo lo quiero mucho y quiero verlo crecer”.

La preocupación es grande entre las embarazadas al momento de pensar que su hijo pudiera estar infectado; el mayor deseo que tienen es que nazca y verlo crecer sano, porque mencionan que llevarlo con ellas nueve meses es un sentimiento muy especial que despierta el deseo pronto de ser madres.

Un bebé se convierte en la razón de vivir de toda mujer y antes de pensar en su cuidado personal siempre tiene en la mente cuidarse para que su hijo reciba toda la protección por parte de ella, muchas veces dejan a un lado el cuidado de su pareja para dedicarse al de su hijo; todo pasa a un segundo plano, pero nunca pasará su bebé, la razón de vivir y afrontar cualquier aspecto negativo que estén atravesando en ese momento.

¿Por qué sólo las embarazadas nos debemos hacer la prueba? ¿Y el resto de personas que?

Cada vez que se hablaba de la prueba del VIH con las participantes, siempre se resaltaba el porqué no pedir la prueba a todas las personas con riesgo o solicitarla también a la pareja para que haya igualdad de género y condición; el hecho de que la mujer sea la que lleva el embarazo no excluye al hombre respecto a la responsabilidad de cuidarse; ellas fueron enfáticas en decir que el embarazo es de los dos y la responsabilidad de su cuidado es mutua.

También mencionaron que las trabajadoras sexuales y otras personas deberían practicarse las pruebas constantemente para conocer oportunamente su condición de infección y no transmitirla a los hombres que con ellas mantiene relaciones sexuales, porque uno de estos hombres podría ser su esposo.

“La prueba se la deberían pedir a todo mundo, especialmente a las personas que están en embarazo, mujeres y hombres adultos, la juventud, porque andan

también descarriados, o sea andan enrumbados y con una y con otra y a esa edad no piensan en nada que les pueda afectar sólo en disfrutar”.

“A los hombres les deben exigir más que se hagan la prueba, y de ahí las mujeres; y más si están embarazadas. Yo no sé porque cuando va uno al hospital sólo citan a la embarazada, si el bebé es de dos y la responsabilidad es de dos. Si uno está infectado, el marido también lo tiene; claro, si uno es la seria”.

“Primero esas viejas sucias de la calle, luego esos hombres borrachos buenos para nada, y esos que son infieles deberían ir solitos al puesto de salud a que les hagan esa prueba”.

“Las prostitutas, que son las que más se acuestan con hombres y están con uno y con otro, después esos hombres que son infieles y que están siempre con muchas mujeres, ah y las embarazadas, por si el bebé y ella lo tienen porque ahí se infectarían dos personas.

“Yo creo que todas las que no utilizan el preservativo, que es lo único que cuida, entonces habrán muchas que ya tienen VIH y entre esas puedo estar yo; no, qué susto”.

6.7. Tema Cultural 7. *“Cada vez que voy a una fiesta me gusta tomar y mirar si están buenos los muchachos, y con quien puedo bacilar esa noche”.*

Protegiéndose de la infección....

Las gestantes conocen de alguna manera las formas de protección, pero lastimosamente la mayoría no las ponen en práctica, muchas veces por complacer los caprichos de sus parejas, y para facilitar la convivencia en las mejores condiciones posibles.

Respecto al uso del preservativo, afirman que este rol le corresponde al hombre, que ellos saben donde comprarlos, como guardarlos y como colocárselos, por lo cual no se motivan a informarse sobre este método; además consideran la creencia popular de que no se siente nada y que se rompe fácilmente.

Los programas de prevención deben enfocarse a aumentar el conocimiento de la población, especialmente de los grupos más vulnerables en cuanto a la salud sexual y reproductiva, aumentando la percepción del riesgo y fortaleciendo la autoestima. En este grupo cabe resaltar que las formas de prevención las tienen muy claras pero no las ponen en práctica, contradiciéndose entre el saber y el hacer.

“Primero que todo se debe utilizar el condón en todas las relaciones sexuales, también uno debe tener sólo una pareja para tener relaciones sexuales; no debe tomar licor para tener relaciones sexuales; debe serle fiel a su pareja; yo creo que no siempre practico esto, a mi cada vez que voy a una fiesta me gusta tomar y mirar si están buenos los muchachos y con quien puedo bacilar esa noche y que más pueda pasar; el condón lo utilizo cada vez que me acuerdo de decirle a la pareja que se proteja, de lo contrario me olvido y por eso estoy embarazada: Serle fiel a nadie, eso ya no está de moda, sobre todo en nosotros los jóvenes, porque es mejor vivir en pleno la vida sin necesidad de matarse tanto y cuando uno está joven después de viejo y casado ya que toca estar con el marido; el licor hace que te acuestes con cualquiera”.

“Una sola pareja, aunque uno no tiene ninguna prevención, la prevención sería utilizar el condón, pero como que no, como que en esos momentos no piensa eso, tengo mi pareja estable, no me va a pasar nada”.

Saben que para no adquirir la enfermedad del VIH deben usar el preservativo, ser fieles, tener una pareja estable y asistir a los controles prenatales; tienen la creencia de que porque se casaron por la iglesia o tienen una unión formal ya establecida, no necesitan del cuidado y protección, partiendo de que sus parejas sólo están con ellas; además, les asalta el temor de hablarles a sus esposos de la protección, les da miedo que ellos las tilden o rechacen y que las calumnien de infieles.

Mantienen la creencia de que el condón es para los hombres y si la relación es estable no lo deben utilizar; describen que en ocasiones, por situaciones negativas entre la pareja, deciden experimentar con el consumo bebidas alcohólicas que las lleve a estar con otros hombres, sin importarles si utilizan o no protección, y menos aún si se infectan o no. Para ellas, la creencia principal es que todas las enfermedades causan unos síntomas evidentes y que como después de las relaciones no les sucede nada están tranquilas. Con esto, se deduce que la falta de información y educación potencializa el riesgo de contagiarse y expone la salud individual y de la sociedad en conjunto.

A estos planteamientos las gestantes revelan:

“El condón siempre es incómodo, pues ni a él, ni a uno le gusta, y dice yo soy su marido y entonces no le gusta y ni a uno tampoco le gusta, porque eso no es como sentir la piel de la persona; además, a mí me da miedo que eso se vaya a quedar metido en la vagina de uno, porque parece que se sale fácilmente y después uno como se lo saca”.

“Yo pienso que todos deberíamos saber cómo se coloca un preservativo, pero a veces no es porque lo explican, sino sólo en la experiencia y, a veces, a uno le da miedo que el hombre no sepa colocárselo, la mujer debe saber eso, pero como las mujeres adultas eso no les interesa y piensan que sólo es de los hombres y quienes deben ser ellos los que los anden a llevar”.

“Sí es importante utilizar los condones, si los dos quieren, porque sino mejor serían los otros métodos; pero sinceramente eso si sale caro, y a veces los esposos y uno también, pues como le digo, quiere estar varias veces en la semana y estar comprando eso si sale caro”.

En ese sentido, el uso correcto y constante del preservativo puede reducir el riesgo de transmisión de infecciones sexuales, incluido el VIH/SIDA; pero todavía existen personas que aducen que no conocen como se pone un condón; especialmente, las mujeres manifiestan que esta es una responsabilidad única de los hombres, y dicen que así como el hombre es el que debe conocer todo sobre este tema, ellas son las únicas que deben conocer de los métodos de planificación familiar. Este reflejo de mujeres adultas y con un compromiso adquirido, coincide con las jóvenes adolescentes, que testimonian el no uso del condón; prefieren métodos alternos de planificación. Aquí, lo importante es no embarazarse y no darle importancia a infectarse de VIH, creyendo que el método anticonceptivo también protege de la infección.

“No conozco el condón, he visto en el internet algunas cosas, pero yo creo que eso de colocárselo lo deben saber muy bien los hombres, porque uno planifica con otras cosas como las pastillas y las inyecciones que debe saber más que los hombres”.

“Pues verás, él debe saber todo porque él es el hombre y como eso es para los hombres, y es él quien se los pone; es como si ellos supieran de las pastillas y las inyecciones, eso es de mujeres y ellos no deben saberlo; así que sobre el condón es el hombre que debe saber cómo colocárselo correctamente”.

“Las primeras veces que tuve relaciones con mi novio sí lo utilizamos, después no, porque como ya me dijeron sobre la planificación, yo empecé con esto y nunca más volvimos a utilizar el condón”.

Sería fundamental que para no contraer una infección de transmisión sexual y no tener un embarazo no deseado, las parejas practicaran la abstinencia del contacto sexual o mantener una relación fiel con una persona; pero difícilmente algunas personas puedan confiar en sus parejas plenamente; lo peor de todo, es que es posible que muchas personas positivas desconozcan su situación de infectados.

“Más que todo, los hombres que no son casados deben utilizar el condón porque es quienes más tienen mujeres, pues también los casados, pero ellos por el hecho de que ya están casados tienen por fuera menos mujeres, pero que las tienen las tienen”.

“Las prostitutas lo deben utilizar más porque se pueden infectar más rápido, aunque las demás mujeres también, pero no es con la facilidad que como ellas, porque como yo sólo tengo relaciones con mi marido, no me infecto tan rápido”.

La no utilización del preservativo responde a que sus parejas no les gusta colocárselo, al decirles no sienten nada, y porque el uso constante genera mayores gastos económicos para una pareja.

“A mi marido no le gustó la vez que utilizamos el condón, y dijo que planifique con otra cosa, que con el condón no se sentía lo mismo y que salía caro estar comprando a cada rato eso, entonces yo fui a la droguería y me vendieron la inyección”.

“No es fácil utilizarlo seguidamente, después de llevar tiempo con el novio y cuando uno se ha acostumbrado a no utilizarlo, y más el que no le gusta para nada colocárselo; y qué tal decirle, será para que me deje y yo lo amo mucho y no quiero dejarlo... si el día que terminamos casi me muero”.

“Ay, es que a él no le gusta y sale muy caro estar comprando eso, por eso yo no le insisto”.

¿Y cómo podríamos contagiarnos?

La mayoría de las gestantes contestaron acerca de las formas de transmisión que lo único que sabían es que se infectaban a través de las relaciones sexuales y no tenían claro otras formas de contagiarse. La creencia para una de ellas es que el bebé se puede infectar al tomarse el líquido amniótico y como ya se dijo, también creen que pueden intervenir seres de otro mundo.

Algunas gestantes tienen la creencia de que en la relación sexual determina la infección, al inferir que en la posición tradicional es donde más se transmite la enfermedad, a que si la tuviera ejemplo en una relación “oral”. Creen también que el VIH se puede transmitir en los baños que ha utilizado una persona infectada; y mencionan que a veces cuando la pareja llega en estado de embriaguez, lo primero que hacen es decirles “que no vaya a dejar ninguna “suciedad”, que ellas no saben que pasó esa noche y que sentándose en el inodoro se pueden contagiar de algo”.

“Bueno, sé que se transmite por transmisión sexual y... no sólo eso”.

“Lo primero acostándose con uno y con otro, porque ellos pueden tener y se lo pasan a uno en la relación sexual, y ahora también en el hospital me dijeron que la mamá se lo puede pasar al hijo, por eso sé, no más”.

“Se pasa cuando uno tiene relaciones sexuales, eso es lo que dicen en la televisión y en el centro de salud me dijeron que si yo lo tenía, le puedo pasar al bebé”.

“Sé que se pasa si uno se sienta en un baño contaminado, porque ahí queda todo lo malo, sea de mujeres o de hombres”.

7. DISCUSIÓN

El Centro de Salud donde se realizó el estudio recibe a usuarios de estratos uno y dos; la mayor parte de las participantes son amas de casa; algunas tienen niveles bajos de estudio y todas confían en un sólo y único Dios; la vulnerabilidad a contagiarse de VIH no sólo depende de la pobreza y de la educación; estudios revelan, “los factores personales los que incluyen la disponibilidad de conocimientos y habilidades requeridas para protegerse así mismo o a otros. Acceso a servicios: relacionados con la calidad y cobertura de servicios y programas orientados a la prevención, cuidado, apoyo social y mitigación del impacto del VIH/SIDA. Socioeconómicos incluyendo las severas desigualdades en el ingreso y pobreza, las normas sociales y culturales, leyes, prácticas y creencias que afectan/determinan el acceso de las personas al conocimiento, servicios, medios de prevención, a la habilidad de evitar riesgos y a negociar prácticas sexuales más seguras. Género: las desigualdades de género y la opresión de niñas y mujeres. Derechos: abuso de los derechos humanos incluyendo la violencia, el abuso sexual, el estigma alrededor del VIH y la marginalización debido a conductas tales como el trabajo sexual” (39).

Lo anterior sustenta las opiniones y entrevistas dadas por las participantes, y se observa que el panorama no ha cambiado; incluso se mantiene o tiende a desmejorar la condición de las mujeres en el siglo XXI, en cuanto a la agresión, sumisión, culpabilidad o temor a la pérdida de la pareja; parece que el ser humano se ha estancado en la edad primitiva, y las culturas han sobredimensionado la función doméstica de la mujer dedicada cocinar, lavar, planchar y ser la responsable del cuidado y crianza de los hijos y el cuidado del compañero, pero sumisa en el afecto y ejercicio de su rol sexual.

Al describir las características sociales y demográficas de las gestantes participantes, se encuentra que sólo dos de ellas no dependen económicamente de su esposo y tienen un trabajo independiente que les ayuda aportar para su familia; si bien se puede corroborar con el siguiente aparte que la mujer que no tenga independencia económica tiene un factor de riesgo a su lado, porque “Debido a que la mujer depende del hombre económica, social y emocionalmente, es difícil que pueda rechazar una relación sexual de riesgo o convencer a su pareja de no tenerla. Expectativas culturales de sumisión de la mujer y dominación masculina en las relaciones sexuales, limitan la capacidad de la mujer de ejercer el control de su salud ante el riesgo de una infección” (40).

Las estadísticas revelan que esta enfermedad está creciendo más y se vuelve preocupante porque un mayor número de mujeres se está contagiando; es oportuno citar datos en Colombia que evidencian que la situación no cambia en relación con el resto del mundo; las cifras revelan que en el 2005 “17.000.000 de mujeres son VIH positivas; 2.3 millones en embarazo cada año; 500.000 a 600.000 niños adquieren infección de sus madres; el 72% son mujeres con VIH y a esto se le suma una relación estable. El 90% son amas de casa y de un total de 54.805 casos; 11 millones son mujeres en edad reproductiva” (41).

Por tanto, las condiciones sociodemográficas influyen de una u otra manera para que esté presente la probabilidad de enfermarse con VIH; porque el hecho de encontrar gestantes que no han terminado estudios de bachillerato y de primaria; no les garantiza que entiendan y comprendan a fondo la concepción de esta importante enfermedad y el riesgo al que están expuestas; a pesar de contar todas con una seguridad social que les respalda la atención de su estado en una Institución prestadora de servicios de salud; no quiere decir que al salir de su atención ellas hayan captado el 100 por ciento de los cuidados que deben tener al exponerse a una relación sexual sin protección.

Las gestantes participantes revelan una parte cultural que viene fundamentada por un modelo de comportamiento que lo han ido desarrollando a lo largo del tiempo; culturalmente están guiadas por pensamientos, actitudes y formas de ser que las distinguen como únicas, pero a la vez están influidas por creencias, valores, normas y prácticas aprendidas de generación en generación. Sus costumbres y tradiciones nariñenses traen consigo un sello especial en su saber popular y ancestral; el nariñense se cataloga por “Tendencia a ocultar el sentimiento, la expresión, el habla; de ahí su estado silencioso como consecuencia de su represión e inseguridad; aunque son seres inteligentes, diferentes a otros” (42).

Estas mujeres en igualdad de condiciones no son diferentes a ningún género existente; porque llevan innato el poder pensar y tomar decisiones. Es así como reflejan que el cuidado hacia los demás es un aspecto fundamental en sus vidas antes de preocuparse por su propio bienestar y protección; este cuidado no sólo lo manifiestan en el ejercicio diario de amas de casa, sino va más allá de una simple preparación de alimentos, el arreglo de ropa y todos esos oficios domésticos que las hacen particulares; es el cuidado con la salud y el cuerpo de sus seres queridos en el hecho de utilizar hierbas medicinales que ayudaran de una u otra manera a mitigar el dolor, o por la singular creencia de que las enfermedades provienen de los espíritus malos.

Estas creencias populares se ven reflejadas en el hecho de que en este territorio predominan los grupos étnicos que logran de una manera u otra transmitir sus conocimientos ancestrales; además, porque la cultura nariñense tiene un alto componente indígena. “Históricamente las culturas Indígenas de los Pastos y Quillacingas; se asentaron en las mesetas de Ipiales, Túquerres y Pasto. La población actual se ha originado de la mezcla de españoles e indígenas, entre estos últimos los Quillacingas y los Pastos; En el Departamento se encuentran 38 resguardos; predominan las familias Quillacinga y Awá, con 76.828 indígenas, correspondientes al 6,36% de la población y ocupan 258.637 hectáreas del territorio departamental” (43). Quizá, por eso, la población lleva marcadas las tradiciones que la cultura indígena ha entregado para que sea llevada su historia y costumbre como tradición importante.

Desde que un niño nace debe atravesar una serie de etapas que son importantes dentro de la vida del ser humano sin importar su cultura; por ejemplo, el noviazgo es una de esas etapas que puede ser transitoria entre un hombre y una mujer; que inicia por una atracción de gustarse y puede pasar a una relación de más conocimiento, siempre fundada en el respeto, la comprensión y la responsabilidad; antes de optar en un determinado momento por el matrimonio.

En la etapa natural del noviazgo se sienten atraídos entre jóvenes o adultos y viven a plenitud su sexualidad; la atracción se inicia en el colegio o en un medio que facilita el establecimiento de relaciones; cuando los adolescentes deciden iniciar una etapa de relaciones sexuales, empiezan por los roces de su cuerpo por encima de su ropa, posteriormente, todo se vuelve más deseo y placer y ven la necesidad de consolidar su relación coital; conocen y saben que el condón les da protección pero no lo usan.

En esta etapa la mayor parte de los adolescentes confunden una relación de noviazgo como el inicio de la relación sexual, y no surten el proceso de una etapa de novios; no dan tiempo para que esa relación se fortalezca en la confianza, por el contrario prefieren abrirse al mundo descubriendo situaciones de riesgo como iniciar tempranamente las relaciones sexuales; para ellos puede ser muy placentero y creer que por haber iniciado su vida sexual son personas mayores capaces de tomar decisiones; y ahí corren riesgos como los embarazos no deseados, abortos, la terminación de la relación, y el madresolterismo, a cargo de su hijo que puede llegar a ser su hermano menor.

Estos actos derivan en decepciones amorosas por el abandono de la pareja y por llevar consigo una responsabilidad tan grande, y buscan salidas en el licor, la irresponsabilidad, el abandono de su hijo y hasta la muerte; pero no todas sufren

la consecuencia del abandono, aunque tiene a su pareja, se entristecen por el hecho de no poder desarrollar las actividades que una joven de su edad puede hacer. Mientras él se divierte en fiestas y salidas con sus amigos, ella aguarda en su casa la llegada de su bebé para evitar complicaciones; quizá arrepentida por la experiencia vivida.

Después de la relación del noviazgo viene la convivencia en pareja, y para las gestantes del estudio ha hecho que continúen con un legado cultural que es quedar al cuidado del hogar delegando en el hombre las responsabilidades del sostenimiento y el trabajo remunerado para solventar sus necesidades diarias; a pesar de que ellas tienen una forma de pensar y tomar decisiones, su compañero es quien tiene la última palabra con respecto a la economía, cuidado y protección de la familia. Esta realidad va sustentada por el escrito que aparece en el artículo el Machismo y la Mujer “la mujer es el eje de la economía doméstica y, en consecuencia, el jefe de la familia es quien toma las decisiones; el patriarcado marcó un ciclo histórico” (44).

Esta situación les genera desconuelo cuando algunas no pueden aportar económicamente al hogar; sin pensar que la tarea que cumplen es una ocupación importante. La condición de madre cuidadora se observa entre todas las participantes a pesar de sus diferencias en edad; para las más jóvenes, el hecho de quedar en embarazo fue sacrificar sus estudios, la vida de adolescente que deben llevar; olvidarse de sus fiestas y salidas con sus amigos y a acostumbrarse a que el padre de su hijo no esté cuando lo necesiten, porque estará dedicado a sus funciones de ser joven. Para estas mujeres, el tener que responder en su casa por el hijo que espera es hacer cosas que de pronto antes no las hacían como aprender a cocinar, aprender los oficios del hogar y aprender del cuidado que su madre les enseñe; aquí se ve la connotación cultural.

Tener en cuenta el rol de cada quien en los procesos a llevar en la vida cotidiana es fundamental, como la igualdad de oportunidades, porque una persona no es más que la otra. “El verdadero rol masculino: El hombre es esencialmente un ser interesado por lo que pasa a su alrededor, conocedor de su ambiente; atento a los cambios, a los peligros. Detecta los riesgos y pone el límite a cada miembro de la familia para garantizar el bienestar de todos. Es un ser tierno, atento, cuidadoso del bienestar de su mujer y de sus hijos. Genera seguridad. El hombre siempre tiene un proyecto, una realización, un logro en su mente; su actividad está dirigida a alcanzarlo.

El rol femenino. “La mujer, en primera instancia, es un ser en contacto consigo misma; conoce su mundo interior. Elige al hombre adecuado para ser su compañero y el padre de sus hijos. En su capacidad de “ver adentro”, escucha, está atenta a los cambios emocionales, a las relaciones. Por eso puede integrar, unir, cuidar y proteger. Su capacidad para comprender a cada miembro, la convierte en el centro del hogar. Está presente cuando la familia comparte logros, dificultades, necesidades. En la vida diaria de una mujer siempre hay en la mira un encuentro, un estar con otros” (45).

Es bien entendido que cada persona, sea hombre o mujer, lleva un género definido; pero cuando las participantes de la investigación hablan de una naturaleza que distingue a estos dos seres humanos traspasa la barrera de esta situación. Para ellas es fácil evidenciar los comportamientos de los hombres, ya que por su naturaleza ellos siempre han sido los que tienen el mando y que jamás podrán cambiar, edúquenlos como los educan.

Esta naturaleza está definida como única para todo ser humano “El hombre, en efecto, si por un lado pertenece a la naturaleza y participa de las cosas, a cuyas leyes obedece, es, por otro lado, el único ser natural dotado de la libertad; la cual consiste justamente en el poder de superar la naturaleza. La libertad humana hace del hombre el ser capaz de luchar contra la naturaleza y vencerla. La libertad humana convierte al hombre en autor de su propia vida y en responsable de ella - lo que jamás puede ser un ente meramente natural-. Considera la diferencia capital que existe entre el hombre y el animal” (46).

Cuando una relación tiene un proceso, se consolida y toma la decisión de vivir con la otra persona y crear un proyecto de vida en común, ambos deben aprender su nuevo papel de cónyuges y desafiar cambios importantes en su nuevo estilo de vida. La nueva pareja debe establecer las nuevas pautas de comportamientos valores y creencias; porque ya son uno sólo, y a pesar de que traigan consigo las creencias y las formas de vivir de sus familias, deben comprender que esta unión cambia los aspectos negativos e influyentes que podrían intervenir en la convivencia diaria. Por ello, “Formar una pareja es relativamente fácil, no así vivir las exigencias y responsabilidades de la vida diaria, mantener el diálogo, la comunicación y la comprensión. Un aspecto que influye en las rupturas de la pareja es la distribución de las actividades diarias, ya que estas involucran aspectos de poder, expectativas, economía y otras” (47).

La madre tiene el papel principal de mantener unida la familia, y el padre sentar el precedente de que dirige y es cabeza de hogar. Ellas sienten algunas veces que a sus compañeros, esposos o novios, no les importa el embarazo; mencionan que el

bebé es de dos y por ende deberían tener un tiempo en su trabajo para que las acompañen a sus controles mensuales o a la realización de las pruebas; dicen que ellos les llevan cosas para alimentarse, pero que eso no es todo, que deberían contribuir con los oficios de la casa, sobre todo, en los meses finales del embarazo. Las inequidades de género se notan constantemente, porque mientras ella se debe cuidar en el embarazo, ellos siguen con su vida normal; continúan saliendo, consumiendo licor y realizando actividades cotidianas; esto propicia en ellas desconfianza, al pensar qué harán ellos cuando están fuera de casa y más aún si están en una fiesta o bebiendo con sus amigos.

Las adolescentes reportaron en la investigación que ven en sus novios un cambio de comportamiento, que están pendientes de ellas, pero continúan realizando sus actividades sociales cada fin de semana, lo que les genera sentimientos de angustia al desconocer con quien se están relacionando. “Dentro de las relaciones entre pares que se desarrollan en las escuelas, ocupan un lugar importante los conflictos generadas por cuestiones en torno a la sexualidad, los enamoramientos, las emociones y los afectos. Generalmente cuando se piensa en este tipo de problemáticas, se entiende a encuadrarlos en las diferencias entre los géneros” (48).

También expresan desconfianza hacia las jovencitas de hoy en día, porque están despertando tempranamente y no les importa a ellas con quien pueden vincularse afectivamente, así sea con el novio de la mejor amiga para cometer locuras.

Creer que han perdido una parte fundamental de su vida, la libertad a expresar completamente sus emociones y a salir; por otro lado, deben enfrentarse a un mundo diferente y a la vez complicado como lo es el embarazo. Consideran que un hombre o una persona puede cambiar sus comportamientos porque estos son aprendidos y no heredados. Al entender esta situación de riesgo de la gestante o su pareja, comprenden el uso de un método de barrera como el que puede prevenir la infección, pero no lo utilizan por las diferentes creencias como los tamaños, los olores y el valor económico.

En consecuencia, el uso inconsciente de este método de barrera como lo es el condón de látex, ha propiciado que cada el VIH y otras infecciones de transmisión sexual estén en aumento, ya que el contagio puede ocurrir con un sólo acto sexual con una pareja infectada; además, si el uso del preservativo no es correcto, el efecto protector también disminuye. “No siempre hay equilibrio entre el conocimiento y el comportamiento, en este último la cultura y la sociedad tiene efectos poderosos y a menudo contribuyen a aumentar la vulnerabilidad de los

jóvenes al VIH por no comprender plenamente el alcance de su exposición al riesgo y los resultados potencialmente peligrosos” (49).

Ahora, las mujeres no se conforman con tener los mismos derechos del hombre, después de siglos de sometimiento lo quieren todo. “La mujer actual quiere ser un hombre pero también pretende ser una mujer; y esa dualidad es el mayor problema que agrava aún más la confusión de roles” (50).

Pero el hombre continúa siendo él, porque según afirma Bobino “de nacimiento el hombre pertenece al grupo genérico dominante masculino, el ser dominante provoca que se coloquen ante las mujeres centrados en sí y viéndose como el centro de referencia, aprovechándose de las capacidades y asignaciones sociales femeninas, hipervalorando sus propios sufrimientos y minusvalorando el sufrimiento producido en las mujeres” (51).

A lo largo del estudio se evidencia el desconocimiento que tienen las gestantes acerca de la enfermedad; pese a esto, todas decidieron practicarse la prueba voluntaria del VIH y manifestaron que no estaban de acuerdo que sea voluntaria, por el contrario que debería ser obligatoria, porque a pesar de que saben de los cuidados que deben tener para no contagiarse de esta infección no los ponen en práctica. Para ellas sería ideal que todas las personas se realicen la prueba de Elisa, y que no la deben hacer sólo cuando están en embarazo, sino hacerla a todas las personas que tiene riesgo, con lo cual evitarían la infección de muchos bebés. Pese a que conocen que el preservativo es el método de barrera que evita la infección, desconocen la correcta colocación, al creer que es responsabilidad masculina y no un asunto de mujeres; es difícil que ellas puedan negociar el uso del condón con su pareja por el temor a ser juzgadas y consideradas infieles, o bien estos manifiestan que no sienten placer y ellas prefieren satisfacer a su pareja por encima del cuidado de su salud, por depender económicamente de ellos, o porque los aman tanto que temen que las dejen por exigir esta condición en la relación.

Si bien los resultados presentados en este estudio son válidos para el grupo de las gestantes entrevistadas, sus testimonios respecto a cómo controlan el riesgo sexual al no tener protección con sus parejas, son una muestra o reflejo de cómo puede estar la situación de infección por VIH en la población nariñense.

Esta investigación permite entender porqué y cuáles son las motivaciones e impedimentos que tienen las gestantes al hacerse la prueba. Cabe resaltar que en este grupo las motivaciones son muchas, especialmente aquellas que tienen que

ver con la protección y el amor a su bebé, anteponiendo el bienestar de ellas; otra es la influencia de la familia en la protección para que ella no sufra ningún malestar futuro, y la última y más razonada es que si salieran positivas, que les brinden un tratamiento oportuno para que puedan cuidar a su bebé, ya que no lo dejarían al cuidado de su pareja, al manifestar que ellos no sabrían cómo hacerlo.

Ellas no dejarían de hacerse la prueba, excepto por condiciones de tiempo o presupuesto. Es importante mencionar que el estudio marca la pauta para agregar un valor adicional de estas participantes sobre lo que piensan las mujeres que no se hacen la prueba o no recogen los resultados, por influencia de las parejas en torno a la desconfianza o atribuirles una infidelidad; y por otra parte, la confianza que tienen las embarazadas hacia sus parejas que por el hecho de pensar que tiene una relación con un estado civil casadas o en unión libre les da ese derecho de protección y no de daño.

Estos resultados reflejan el valor de incluir las voces y las experiencias de las embarazadas, respecto a sus creencias en torno a la prueba voluntaria del VIH, que creen que la prueba es dolorosa y que les da miedo del diagnóstico y de todo lo que deriva este hecho; describir estos aspectos es importante para el éxito de intervenciones individuales o comunitarias que buscan mejorar las condiciones de salud de la población.

Algunas gestantes comentan que en las consultas, la clase de educación y comunicación por parte de los profesionales no es comprensible; la mayoría posee estudios incompletos de primaria y bachillerato y les es difícil captar todo lo que les dicen, por el uso de tecnicismos que no entienden; por eso las más jóvenes prefieren salir de la consulta e investigar por otros medios que se les facilite, y las demás se quedan muchas veces con dudas sobre las explicaciones y recomendaciones recibidas. “Por su condición social desigual, las mujeres corren más peligro de contraer la infección por el VIH. Ellas están en desventaja con respecto al acceso a la información acerca de la prevención de la infección, la capacidad de negociar encuentros sexuales sin riesgos y el acceso al tratamiento para la infección por el VIH/SIDA una vez infectadas. Como consecuencia de estas inequidades, la tasa de infección por el VIH en las mujeres aumenta más rápidamente que la tasa de infección en los hombres, en el Caribe y América Latina” (52).

Finalmente, a pesar de que los medios de comunicación y el sector salud han hecho todos los esfuerzos y campañas para dar a conocer los peligros de las diferentes enfermedades, no se ha entendido que la educación ofrecida debe

hacerse desde varios aspectos de la vida de una persona, y teniendo en cuenta sus características sociales y culturales.

8. CONCLUSIONES

- ✓ Los motivos expresados por las embarazadas para realizarse la prueba voluntaria del VIH están relacionados con el bienestar del feto y del recién nacido, y su propio bienestar pasa a un aspecto secundario. Dichos motivos van desde protección al bebé, la influencia de la familia y el compañero, quienes la responsabilizan del cuidado durante la gestación para estar sanas, y los roles ligados al género cuya función más importante es la de ser reproductoras y cuidadoras de otros.
- ✓ Las creencias de las gestantes que impiden realizar la prueba de VIH tienen que ver con la confianza hacia la pareja, el miedo hacia la pareja porque las cataloguen como mujeres “malas”, el qué dirán si se hacen la prueba o simplemente porque sus parejas les ordenan no practicársela.
- ✓ Sus creencias en prácticas de prevención tuvieron que ver con los conocimientos que ellas tienen de la infección; a pesar de reconocer las medidas de protección, ninguna de ellas las practica por el temor de realizarse la prueba de Elisa con la posibilidad de tener un resultado positivo, ya que a pesar de ser fieles con sus compañeros y tener sólo relaciones sexuales con ellos, existe la desconfianza por el comportamiento del hombre, catalogados por ellas de machistas, infieles y mujeriegos; características masculinas que refuerza la desigualdad de géneros. Mientras el hombre puede tomarse el derecho de realizar estas actividades, a la mujer se le cohibe y se le atribuyen características de sumisión, manejo de los hijos, las labores de la casa y, en ocasiones, contribuir con un aporte económico para el hogar, además de satisfacer su sexualidad y no reprimirse.
- ✓ Los comportamientos de riesgo en el ejercicio de la sexualidad están influidos por la cultura, la cual establece el poder decisorio del hombre frente a la conducción de la relación, negando a la mujer la posibilidad de negociación de algunas prácticas de protección, como el uso del preservativo; además, desde la perspectiva de la mujer y su relación de género con el ser masculino es importante que se negocie con ellos su participación en la consejería pre prueba VIH y desde aquí el acceso a la prueba; logrando la reflexión permanente acerca de cómo ellos llevan su estilo de vida, como están viviendo la sexualidad, si es segura y responsable o, por el contrario, se enfrentan a un riesgo continuo.

9. RECOMENDACIONES

- ✓ La educación y la información de todas las personas, especialmente de las gestantes, se debe hacer según aspectos culturales, sociales y demográficos adecuados y competentes, ya que cada individuo es culturalmente único.
- ✓ Para hablar de temas específicos y sensibles como lo son los de sexualidad se deben realizar investigaciones con metodologías cualitativas, valiosas por el tipo de información que podamos llegar a tener de las personas participantes.
- ✓ En las políticas de salud se debe hacer énfasis en el enfoque de género; promoviendo relaciones equitativas y empoderando a las mujeres sobre sus derechos y deberes en salud sexual y reproductiva.
- ✓ Es importante hacer énfasis en el rol del hombre con respecto a los cuidados que tiene como padre frente al nuevo proceso del embarazo, mediante campañas públicas dirigidas hacia la comunidad para promover la paternidad responsable, enfatizando en las obligaciones culturales y sociales y señalando específicamente sus tareas en el cuidado y respeto por la mujer.
- ✓ Se debe implementar la consejería pre prueba para padres, ofreciendo la prueba voluntaria de VIH, de la misma forma que se hace con las gestantes, para que el hombre además de acceder a la prueba, pueda reflexionar acerca de cómo está llevando su sexualidad y así se pueda vincular directamente en el proceso de la gestación junto con su pareja.
- ✓ Se recomienda continuar investigando temáticas de interés como la salud sexual y reproductiva, con ello las relaciones de género, patologías de interés en salud pública y otras que respondan a los objetivos del milenio y con ello enriquecer las líneas de investigación de diferentes programas de pregrado y posgrado.
- ✓ Al desarrollar estudios cualitativos lleva al investigador a enfrentarse a ciertas limitantes que tal vez no se piensan al momento de plantearse el problema; por ello, es necesario que se tenga en cuenta todas las

dificultades a las que el investigador se pueda ver enfrentado y con ello poder resolverlos a tiempo, sin que esto vaya a generar desistir de continuar con el estudio.

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus sinceros agradecimientos a:

Las gestantes participantes del estudio por su tiempo y testimonios que hicieron realidad esta investigación.

Al Centro de Salud por permitir obtener los datos de las participantes

A la directora del trabajo María Eugenia Villaquirán, Mg. en Salud Pública, por su dedicación y acompañamiento constante en el proceso investigativo.

Directivos y Docentes de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle.

Todas aquellas personas que de alguna manera contribuyeron para llevar feliz término esta meta.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Que hace la mujer más vulnerable [sitio en Internet]. [Consulta Octubre 2008]. Disponible en: <http://www.fbas.org.ar/site/b/02noticias/b0204/10.htm>.
2. Casas Jerez U. El machismo y la Mujer. Crítica Política; 2000; 69: 6 - 7
3. Pinzón MV, Cárdenas L, Valencia J. Detección de VIH en gestantes que asisten al control Prenatal a la Unidad Popayán (Cauca). Enero 2004 a noviembre de 2005. [Sitio en Internet] [Consulta Noviembre 2008]. Disponible en: <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/deteccionvih.pdf>
4. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Grupo de Promoción y Prevención. Resumen de situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia 1 Diciembre 2007. Semana 44 [sitio en Internet]. [Consulta julio 2008]. Disponible en: <http://www.Minproteccionsocial.gov.co>.
5. Proyecto Nacional de la reducción de la transmisión madre – hijo del VIH. Boletín Informativo Bimensual. Nº 8. Diciembre 2005 – enero 2006. P. 7
6. Alcaldía de Pasto. Dirección Municipal de Seguridad Social en Salud. Situación de Salud en Pasto. Indicadores Básicos. 2007
7. Organización de las Naciones Unidas. Pruebas de detección del VIH. [Sitio en Internet] [Consulta Agosto 2008]. Disponible en: <http://www.Bebesymas.com/pruebas-del-VIH-durante-el-embarazo>
8. Ministerio de la Protección Social. Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH. Manual de procedimientos tercera edición. Ed. Argos. Bogotá. 2007
9. Departamento de Nariño. Instituto Departamental de Salud. Estrategia para la reducción de la Transmisión Perinatal del VIH. Caracterización de la población con VIH/SIDA. Programa ITS – VIH/SIDA. 2008. P. 14

10. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Estadísticas del SIDA y VIH en el mundo. [Sitio en Internet]. [Consulta julio 2008]. Disponible en: <http://www.avert.org/estadisticas.sida.htm>.
11. Departamento de Nariño. Caracterización de la población con VIH-SIDA. Estrategia para la reducción de la Transmisión Perinatal del VIH. Instituto Departamental de Nariño. Programa ITS – VIH/SIDA. 2008. P.15
12. Garzón J. Oficina de Vigilancia Epidemiológica para ITS y VIH/SIDA. Laboratorio de Salud Pública. Instituto Departamental de Nariño. Enero 2011.
13. Vásquez, Martha L. de Rodríguez, Lucy. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. Revista Colombia Médica. Vol. 38 N° 4. Octubre Diciembre. 2007.
14. Leininger Madeleine. Culture care diversity and universality: A Theory of Nursing. New York: National League for Nursing Press.1991
15. Marriner, Ann. Modelos y teorías de enfermería. Mosby/Doyma Libros. Tercera Edición. 1995. P. 65.
16. Declaración de México sobre las Políticas Culturales. Conferencia mundial sobre Políticas culturales. México D.F., 26 de julio al 6 de agosto de 1982. Consultado: 2011 Enero 11. Disponible es: <http://portal.unesco.org/cultura/es/files>
17. Arango L, León M. y Viveros M. Género e Identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino. Coed. Tercer Mundo Edit., Uniandes y Universidad Nacional. Facultad de Ciencias Humanas. Santafé de Bogotá, 1995. P.131.
18. Gutiérrez V. Familia y cultura en Colombia. Edit. Universidad de Antioquia. ISBN. 958-655 421-X. 2003. p127.
19. Pineda, Beatriz. Metodología de la investigación en Salud. OPS. 2001

20. Guglielmi, Nilda. Aproximación a la vida cotidiana en la Edad Media Buenos Aires, UCA, 2000. P.25 y 75
21. Alcaldía de Pasto. Observatorio de asuntos de Género. Oficina de Género y Derechos Humanos. Boletín Informativo N° 1. 2008
22. García Calvente M. Cuidados de salud, género y desigualdad. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. Consultado. 2011 Enero 5. Disponible en: <http://pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/5/editorial>
23. Londoño A. Una Aproximación a la categoría de Género. Boletín Informativo 2000
24. Bandinter, E. El uno es el otro. 2001. Editorial Caprino. P. 75
25. Ministerio de la Protección Social, OPS, OMS, UNICEF, UNFPA. Modelo de Gestión Integral de Servicios de Salud Sexual Reproductiva y prevención de la infección por VIH (proyecto INTEGRA). Bogotá. Primera Edición. 2007
26. Viveros Viyoga M. Identidades masculinas, étnico-Raciales y Salud Sexual y reproductiva: una articulación necesaria. VII Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y de Salud. Brasil. 2003 P. 11 y 20
27. Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. 2007. P. 13 y 17
28. Bernal A; Gualteros A; Hassan V; Lozano J; Tovar C. Embarazo en mujeres en situación de prostitución, autocuidado y prácticas de riesgo. Universidad del Bosque; Facultad de Enfermería. 2007. <http://www.uelbosque.edu.co>.
29. Modelo de gestión integral de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de la infección por VIH. ONUSIDA. Ministerio de la Protección Social. Primera Edición. Bogotá Colombia. ISBN: 798-958-97914-9-3. 2007. P 106

30. Departamento de Nariño. Caracterización de la población con VIH SIDA. Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal. 2006. P. 20
31. Morrison, en Caballero. Vulnerabilidad y movilización. 2004. P. 26
32. Robinsón, Elizabeth. Revista Networt en Español. Investigación cualitativa. Family Healt Internacional. Volumen 32. Numero 2. 2002. P. 8 y 11
33. Eugenia Canaval G, Valencia C, Forero L, Guárdela N, Magaña A, Vargas Y. Factores protectores y de Riesgo para VIH/SIDA en Mujeres de Cali, Colombia. Scielo Chile. Ciencia y Enfermería XI (2): 23-33. Versión On-line ISSN 0717-9553. Cienc.enferm.V.11 n.2 concepción dic. 2006. Doi: 10.4067/s0717-95532005000200005.
34. Ministerio de la Protección Social, OPS, OMS, UNICEF, UNFPA. Modelo de Gestión Integral de SSSR y prevención de la infección por VIH (proyecto INTEGRA). Bogotá. Primera Edición. 2007. P.107
35. Bates, Frenton. Conceptos de la Vulnerabilidad. 2004. P. 16
36. Padilla, Iris y Bande, Irina. Reportaje periodístico investigativo. La mujer más vulnerable a adquirir la infección por VIH. Las desigualdades de género su mayor condicionante. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Enero-Junio de 2005. P. 46
37. Leininger M. Transcultural nursing: perspectives: basic concepts, principles and culture care incidents. En: Transcultural nursing. New York: Mc Graw-Hill; 1995. p 90
38. Aureste A.; Bravo C.; Manríquez F.; Diez F. Factores actitudinales que inciden en la infidelidad de pareja. [Sitio en Internet]. [Consulta 3 de octubre de 2010] Disponible en: <http://www.psicochile.cl/trabajos/infidelidad.pdf>.
39. Departamento de Nariño. Caracterización de la población con VIH SIDA. Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal. 2006. P. 20

40. Padilla I, Bande I. La mujer más vulnerable a adquirir la infección por VIH. Las desigualdades de género su mayor condicionante. Revista de la Facultad de Ciencias Medicas. (Hond) 2005. 101; 48.
41. Londoño Cardona JG. Estrategias para reducir la Transmisión Vertical del VIH. Facultad de medicina Universidad de Antioquia. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Estadísticas del SIDA y VIH en el mundo. [Sitio en Internet]. [Consulta julio 2008]. Disponible en: <http://www.avert.org/estadisticas.sida.htm>.
42. Urresty, Edgar. Nariño Historia y Cultura. Ediciones testimonio. 2002. P. 70-72
43. Jiménez, R. Así es Nariño. Pasto. Ediciones Milenio III. 2000. P. 23.
44. Casas Jerez U. El machismo y la Mujer. Critica Política; 2000; 69: 6 - 7
45. Herrera P. Rol de género y funcionamiento familiar. Revista Cubana. Med. Gen Integr. 2000; 16(6):568-73
46. Sánchez G. La naturaleza del Hombre. . [Sitio en Internet]. [Consulta 3 octubre 2010]. Disponible en: http://www.Contra-mundum.org/castellano/sanchez/natur_hombre.pd.
47. Garrido Garduño A, Reyes Luna A, Ortega S. y Torres Velásquez L. La vida en pareja un asunto a negociar. Revista Enseñanza e Investigación en psicología. Universidad Veracruz. ISSN. 0185-1594. VOL. 12. No 002. México. 2007. P. 388
48. Maldonado M. Noviazgo, emotividad y conflicto. Revista Mexicana de Investigación Educativa. ISSN. 1405-6666. Vol. 10 No. 026. México. 2005. P. 727.
49. Política laboral y seguridad social. Todo dependerá de nuestro propio esfuerzo. La Habana: Editora Política; 2006.
50. Burgos Zaens, H. Psicología la guía. 2000. Consultado: 2011 Enero 17. Disponible en: [http:// www.psicologia.laguia2000](http://www.psicologia.laguia2000)

51. Bonino L. Obstáculos y resistencias masculinas al comportamiento igualitario. Consultado: 2010 Octubre. Disponible en: [http// www.traboules.org/text/chang.pdf](http://www.traboules.org/text/chang.pdf). 2004.

52. Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. 2007. P. 13

ANEXO 1

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

TÍTULO DEL ESTUDIO: Creencias acerca de la Prueba Voluntaria del VIH que tienen las mujeres asistentes al control prenatal de un centro de salud de San Juan de Pasto.

INVESTIGADORA: Claudia Amanda Chaves

Estimada señora:

A continuación le daré algunas explicaciones que serán de interés para usted, quien va a ser parte del grupo de gestantes que participaran en la investigación "*Creencias acerca de la Prueba Voluntaria de VIH que tienen las mujeres asistentes al Control Prenatal de un Centro de Salud del Municipio de Pasto*".

Las profesionales de Enfermería responsables del cuidado de las mujeres gestantes consideramos de gran importancia conocer cuáles son las creencias acerca de la prueba voluntaria del VIH que tienen las mujeres asistentes al Control Prenatal de un Centro Salud del Municipio de Pasto. Igualmente quisiéramos conocer qué necesidades relacionadas con el cuidado durante la gestación tiene y cómo es la atención que usted ha recibido. (**Propósito de la Investigación**). Obtener esta información permitirá que los cuidados que aquí ofrecemos consideren sus opiniones frente al mismo y las creencias que usted tiene. Siendo la prueba de VIH uno de los exámenes que hacen parte de la atención prenatal.

Con este estudio pretendemos identificar las creencias que impiden su realización o aquellas que la favorecen y para promover en todas las gestantes una actitud de responsabilidad y compromiso frente a la prueba voluntaria del VIH, ya que esto permitiría detectar tempranamente la infección y por tanto llevar a cabo un tratamiento oportuno para evitar la transmisión de la madre al hijo (**Beneficios Potenciales**). El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por personas expertas bajo la dirección de una docente, el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana de la Universidad del Valle y el un Centro de Salud del Municipio de Pasto, Nariño. (**Consentimiento Oficial**). Realizar este estudio no implicará daños previos para la gestante y la Institución. (**Riesgos Potenciales**).

Si usted acepta participar en la investigación será entrevistada al menos en dos o tres oportunidades, en su casa o en un Centro de Salud, o en el sitio que usted prefiera. Las entrevistas serán grabadas en audio y luego transcritas.

La información que usted proporcione sólo será utilizada para los propósitos de la investigación. Durante la entrevista es posible que usted se sienta incómoda con las preguntas o la investigadora. Usted puede solicitar que finalice la entrevista en el momento que usted quiera. También puede decidir sí responde o no una pregunta. **(Explicación del Procedimiento)**. El número de participantes será de 10 gestantes y el tiempo que se empleará para la entrevista será de aproximadamente 40 minutos **(Compromiso Temporal)**. Puede preguntar cualquier duda del estudio o su participación a Claudia Amanda Chaves, llamando al número 3156584640 durante el día (8 a.m. a 6 p.m), o a María Eugenia Villaquirán, directora de la Investigación, al número celular 3014471159; de igual manera, al Comité Institucional de revisión de Ética Humana de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle de la ciudad de Cali, al número telefónico 5185697. **(Posibilidad de contestara cualquier duda)**.

Su participación en el estudio es voluntaria; no tiene ninguna obligación de participar **(Consentimiento Voluntario)**. Tiene derecho a abandonar el estudio cuando quiera y Usted y la Institución no se verán en absoluto afectados. **(Posibilidad de abandonar el estudio)**.

La información del estudio será codificada para que no pueda relacionarse con Usted. Su identidad no será publicada durante la realización del estudio, ni una vez haya sido publicada. Toda la información del estudio será recopilada por la investigadora, la cual se mantendrá en un lugar seguro y no será compartida con nadie más sin su permiso. **(Garantía de anonimato y confidencialidad)**.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento participar en este estudio.

Favor firmar en el espacio correspondiente.

Nombre y Firma

Fecha

Cédula

Testigo: _____

Nombre y Cédula

Hemos explicado el estudio arriba representado y hemos confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

Firma del Investigador

ANEXO 2

PREGUNTAS PARA DESARROLLAR POR EL INVESTIGADOR SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE SUJETOS HUMANOS EN INVESTIGACIÓN

- 1. Proporcione una descripción detallada de la participación de sujetos humanos incluyendo número, edad, sexo, grupo étnico y estado de salud**

Respuesta:

En esta investigación participaron mujeres gestantes de bajo riesgo, inscritas en el programa de control prenatal del un Centro de Salud de San Juan de Pasto. Se entrevistaron 10 gestantes quienes voluntariamente aceptaron participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado. Fueron primigestantes mayores de edad, a quienes no se les había realizado consejería previa a la prueba ni tampoco el procedimiento de la prueba de VIH, fueron de los diferentes grupos étnicos del Departamento de Nariño, residentes en el área urbana del Municipio de Pasto.

- 2. Identifique las fuentes de materiales para la investigación propuesta que se obtendrá de seres humanos como muestras clínicas, datos, historias clínicas. Identifique si este material será obtenido específicamente para propósitos de investigación o si se utilizarán muestras, datos, etc., existentes o tomados para otros propósitos**

Respuesta:

Las muestras materiales fueron las entrevistas en profundidad realizadas a las gestantes, donde la información fue grabada para su análisis y los resultados que se obtuvieron fueron para uso exclusivo de la investigación. Se garantizó la confidencialidad de la información y el anonimato de las participantes asignando códigos a cada una de ellas. Los nombres de las participantes no fueron mencionados en los informes de investigación.

- 3. Describa los planes para el reclutamiento de los participantes en el estudio, y los procedimientos para informar y obtener el consentimiento**

informado ¿Qué información será proporcionada al participante potencial? ¿Quién comunicará esta información y obtendrá el consentimiento? ¿Cómo se documentará el consentimiento?

Respuesta:

Se inició por brindarles a las gestantes que acuden a su primer control prenatal toda la información correspondiente de la investigación por parte de la investigadora, respecto a la finalidad, el propósito, los beneficios; para esto ellas decidieron el lugar donde desea recibir la información; posterior a esto se dio a conocer el consentimiento informado, entregándole una copia de este para su lectura y análisis del mismo y luego la investigadora recogió el documento y aclaró dudas que tuvieron las gestantes al respecto.

4. Describa los riesgos potenciales físicos, psicológicos, sociales, legales u otro y evalúe su probabilidad y gravedad. Cuando sea apropiado, indique tratamientos y/o procedimientos alternativos que podrían ofrecer ventajas al participante.

Respuesta:

Los riesgos que se pueden generar en la investigación están relacionados con la respuesta emocional de la gestante frente a las preguntas durante la entrevista, las cuales pueden generar temor frente a la posibilidad de infección en cualquier persona sexualmente activa, quien desconoce su condición de salud frente a esta. Dicha posibilidad se intervendrá explicando los beneficios de la detección temprana de la infección y las posibilidades actuales de tratamiento, los cuales son asumidos por el sistema de seguridad social en salud a través de la política de disminución de la transmisión perinatal del VIH, la cual garantiza a la gestante métodos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento para ella y su recién nacido; además del acompañamiento por parte de los servicios de salud. Si la participante se siente incómoda o afectada por las preguntas podrá solicitar que finalice la entrevista en el momento que lo requiera y podrá también decidir si responde o no una pregunta.

5. Describa los procedimientos para proteger a los participantes de riesgos potenciales y para minimizar los riesgos, incluyendo riesgos de confidencialidad y evaluar su probabilidad de ser efectivos. Cuando sea

apropiado, indique las medidas para asegurar la provisión de atención médica en el caso de efectos adversos a los participantes. También, cuando sea el caso, debe indicar las provisiones para monitorear los datos obtenidos en el transcurso del estudio para asegurar la seguridad de los participantes

Respuesta:

Para proteger a las participantes se asignó un número para identificarla como participante en el estudio que sólo lo conoció el investigador principal. Esto garantizó el anonimato de las entrevistadas. Los nombres de las participantes no se incluyeron en los informes y resultados de la investigación. Para no generar riesgos de tipo psicológico, se hizo necesario establecer comunicación antes de iniciar la recolección de la información, en la etapa de observación participante de las gestantes que esperaban en la institución para ser atendidas. Para la atención de las gestantes que así lo requieran se contará con el apoyo del psicólogo de la institución y de los demás profesionales del servicio.

6. Indique por qué los riesgos a los sujetos participantes son razonables en relación con los beneficios para ellos y en relación con la importancia del conocimiento que podrían esperar de la investigación

Respuesta:

No hubo riesgos para las participantes. Dada la gravedad del problema, para los profesionales de salud es de gran importancia conocer cuáles son las creencias y las practicas de cuidado que tienen las mujeres participantes en torno a los factores de riesgo de infección con el VIH para ofrecer servicios de salud de acuerdo con las necesidades identificadas.

7. Indique si se ha iniciado la realización del proyecto

Respuesta:

Ya se terminó

Firma Investigador Principal

ANEXO 3

HOJA DE VIDA DEL INVESTIGADOR

Nombre	CLAUDIA AMANDA CHAVES
Título de pregrado	ENFERMERA
Títulos de Postgrado:	GERENCIA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

VINCULACIÓN CON EL PROYECTO

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

ASESOR
METODOLÓGICO:

CO-INVESTIGADOR:

DIRECTOR DE
PROYECTO:

ASESOR TEMÁTICO:

ESTUDIANTE
POSTGRADO:

ESTUDIANTE
PREGRADO: