



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FAULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS**



**NOEMAS Y NOESIS DEL EQUIPO DE SALUD
ANTE EL NIÑO Y ADOLESCENTE CON VIH Y SIDA**

**Autora: Milagro Soto de Facchin
Tutor: Dr. Jesús Leal Gutiérrez**

Valencia, 23 de Noviembre de 2011



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FAULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS**



**NOEMAS Y NOESIS DEL EQUIPO DE SALUD
ANTE EL NIÑO Y ADOLESCENTE CON VIH Y SIDA**

**Autora: Milagro Soto de Facchin
Tutor: Dr. Jesús Leal Gutiérrez**

Trabajo que se presenta ante la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo para su aprobación como Tesis Doctoral para optar al Título de

DOCTOR EN CIENCIAS MÉDICAS

Valencia, 23 de Noviembre de 2011

DEDICATORIA

Primero quiero darle gracias a Dios y la Virgen por ser mis fortalezas cuando creía no poder seguir.

A mi esposo Carlos Manuel, por su comprensión al tiempo exclusivo dedicado a mis estudio del doctorado y en la culminación de la tesis doctoral.

A mis hijas Vanessa, Carla y Estefanía, quienes han sido mi inspiración para ser mejor cada día.

A ti madre, fuente de vida apoyo, amor y admiración

A Aurora, por ser tan incondicional en las buenas y en las malas.

AGRADECIMIENTO

Siempre a Dios Todopoderoso y a la Virgen María por mejorar mi salud física, emocional y espiritual para alcanzar mis proyectos y metas.

A mi tutor Dr. Jesús Leal Gutiérrez, por haberme guiado y orientado en el estudio de lo cualitativo especialmente la Fenomenología, y a aprender a hacer” ciencia con conciencia”.

A la secretaria y amiga Alexandra, con la que compartí momento de alegría y también momentos muy difíciles durante la realización del doctorado.

A mi Madre María Socorro, que siempre creyó en mí y estuvo a mi lado fortaleciéndome, para no desmayar en la culminación de este nuevo reto en mi vida profesional.

A los profesionales de la salud que compartieron sus experiencias de vida, sin ustedes no hubiera sido posible esta investigación.

A mis compañeros del doctorado por darme confianza y animo para continuar a pesar de las vicisitudes que nos pone la vida.

A todas aquellas personas cuyos nombres no aparecen, que creyeron en mí y me apoyaron en la realización y feliz terminación de esta investigación.

Le preguntaron a Mahatma Gandhi ¿cuáles son los factores que destruyen al ser humano? Él respondió así:

La vida es un espejo

La Política sin principios, el Placer sin compromiso, la Riqueza sin trabajo, la Sabiduría sin carácter, los Negocios sin moral, la Ciencia sin humanidad y la Oración sin caridad.

La vida me ha enseñado que la gente es amable, si yo soy amable; que las personas están tristes, si estoy triste; que todos me quieren, si yo los quiero; que todos son malos, si yo los odio; que hay caras sonrientes, si les sonrío; que hay caras amargas, si estoy amargado; que el mundo está feliz, si yo soy feliz; que la gente es enojona, si yo soy enojón; que las personas son agradecidas, si yo soy agradecido.

La vida es como un espejo: Si sonrío, el espejo me devuelve la sonrisa. La actitud que tome frente a la vida, es la misma que la vida tomará ante mí.

"El que quiera ser amado, que ame".

Mahatma Gandhi

INDICE GENERAL

	Pág.
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Pensamiento	vii
Índice general	viii
Índice de Tablas	xi
Índice de Figuras	xii
Resumen	xiii
Summary	xiv
Introducción	1
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
Contextualización de la situación de estudio	4
Justificación	10
Delimitación y alcance de la Investigación	12
Objetivo General	13
Objetivos Específicos	13
CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL	14
Datos cercanos de aproximación al fenómeno	14
Perspectivas Teóricas Referenciales:	25
Dimensión Epistemológica	25
Fenómeno	26
Fenomenología	27
Nueva Epistemología	31
Actitud fenomenológica	32
Conciencia	32
Contenidos de la Conciencia	37
Noemas y Noesis	37
Dimensión Psicológica	39
Actitudes	39
Sistema de creencias	41
Emociones	44
Dimensión Axiológica de la actividad humana	49

Valores	49
Dignidad Humana	50
Estigma y Discriminación	55
El VIH/SIDA como enfermedad	56
Normas de Bioseguridad	66
Equipo Interdisciplinario de Salud	109
Modelo Biologicista de la Medicina	110
Paradigma Biomédico	114
Visión Médico-biológica del VIH/SIDA como enfermedad	116
Humanización de la Salud	118
Dimensión de la enfermedad desde las ciencias Sociales	124
Aspectos Éticos, Bioéticos	130
Aspectos Legales	132
CAPÍTULO III. ABORDAJE EPISTEMOLÓGICO	135
Fundamento Epistemológico	135
Conceptos que guían la Investigación	136
CAPÍTULO IV. ABORDAJE METODOLÓGICO	142
Abordaje fenomenológico-hermenéutico	142
Hermenéutica	144
Fenomenología-Hermenéutica	146
Procesamiento Metodológico	147
Sujetos de estudios	148
Métodos	151
Diseño de Spiegelberg	151
Técnica de Recolección de la información	153
Entrevista a profundidad	153
Observación Participante	157
Procesamientos de la Información.	158
Validez	164
Saturación y Triangulación	166
Confiabilidad	168
Credibilidad	169
Transferibilidad	169
CAPÍTULO V. PRESENTACIÓN DE EVIDENCIAS Y RESULTADOS	170
Categorías emergentes	172

Resultados- Interpretaciones	184
Triangulación de significados e interpretaciones	188
CAPÍTULO VI. TEORIZACIÓN	189
Enunciado de la teoría	191
Procesos de teorización	191
Conclusiones	201
Recomendaciones	203
Aportes Epistemológicos	205
Referencias Bibliográficas	208
Anexos	220
Anexo 1. Consentimiento Informado	
Anexo 2. Filtros Epistemológicos y de Triangulación	
Anexo 3. Entrevistas a los sujetos de estudio	

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Régimen Básico para el uso de Antirretrovirales En profilaxis Post-exposición Ocupacional	101
Tabla 2. Régimen Extendido para el uso de Antirretrovirales En profilaxis Post-exposición Ocupacional	102
Tabla 3. Disposición de Desechos Biológicos	107
Tabla 4. Desinfectantes comunes de uso Hospitalario: Principales características	108
Tabla 5. Paradigmas y supuestos básicos en la investigación científica del VIH/SIDA que han abordado el VIH/SIDA	129
Tabla 6. Triangulación de los significados e interpretaciones de los sujetos de estudio de las categorías emergentes	204

INDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura N° 1. Diagramación de la Concepción Epistémica	139
Figura N° 2. Interpretación de los Significados que emergieron en la Investigación y Categoría Central Fundamental	190



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FAULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS



NOEMAS Y NOESIS DEL EQUIPO DE SALUD ANTE EL NIÑO Y
ADOLESCENTE CON VIH Y SIDA

Autora: Milagro Soto de Facchin

Tutor: Dr. Jesús Leal Gutiérrez.

Año: Octubre 2011

RESUMEN

El complejo VIH/SIDA es multidimensional, abarca aspectos biológicos, sociales, psicológicos y culturales que deben ser interrelacionados estrechamente en la atención médica. **Objetivo.** “Generar una aproximación teórica de los Noemas y Noesis del equipo de salud ante el niño y el adolescente con VIH/ SIDA”. A través del enfoque fenomenológico-hermenéutico cuyo fundamento epistemológico, es la fenomenología con fin último la comprensión interpretativa, aplicando la epojé. Con entrevistas a profundidad grabadas y transcritas, a once profesionales: pediatras, odontólogos, bionalista, enfermeras y estudiantes; y dos adolescentes escogidos por muestreo intencional, en la consultas d externas del Hospital Dr. Jorge Lizárraga y Odontología. UC. Valencia. Análisis del contenido, codificación, categorización, interpretación y triangulación. **Resultados:** Surgieron las categorías: Enfermedad VIH/SIDA, Conceptualización del VIH/SIDA; Atención al paciente; Discriminación; Aspectos psicológicos frente al paciente, las que giraron alrededor de la categoría central: Representación Social del equipo de salud sobre el VIH/SIDA. **Conclusión:** En la Representación Social de los profesionales de salud del VIH/SIDA, interactúan diversos elementos de orden científico y de la cotidianidad, como: creencias, mitos, discriminación, miedos, vivencias, experiencias, que distorsionan el verdadero enfoque para la atención de pacientes. Esta representación incluye, una amplia conceptualización de la enfermedad basada en información aprehendida de diversas fuentes, predominando el arte mecanicista y biologicista en los discursos y práctica de los profesionales; que se aísla de todo el componente social de la salud. Situándose en el núcleo del campo representacional el miedo y temor al contagio, como consecuencia de unas normas de bioseguridad que no se cumplen rigurosamente, o se tornan exageradas al hablar de VIH/SIDA.

Palabras claves: VIH/SIDA, Noemas, Noesis, Equipo de salud, Representación Social.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FAULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS



NOEMA AND NOESIS HEALTH TEAM TO A CHILD
AND ADOLESCENT HIV AND AIDS

Autora: Milagros Soto de Facchin
Tutor: Dr. Jesús Leal Gutiérrez.
Year: October 2011

SUMMARY

The complex HIV / AIDS is multidimensional, covering biological, social, psychological and cultural factors that should be closely interrelated in health care. **Objective.** "Building a theoretical approach of the noema and Noesis health team to the child and adolescent HIV / AIDS." Through the phenomenological-hermeneutic epistemological foundation which is the ultimate phenomenology with the interpretive understanding, applying the epoché. In-depth interviews recorded and transcribed, eleven professionals, pediatricians, dentists, biologist, nurses and students, and two teenagers chosen by purposive sampling, in the external d consultations Dr. Jorge Lizarraga and Hospital Dentistry. UC. Valencia. Content analysis, coding, categorization, interpretation and triangulation. **Results:** categories emerged: Disease HIV / AIDS, knowledge about HIV infection / AIDS Patient Care, discrimination, psychological aspects from the patient, which revolved around the central category: Social Representation of HIV / AIDS. Mechanical art prevailed in discourses of professionals, that is isolated from all the social component of health. **Conclusion:** The social representation of HIV / AIDS among health professionals, interact with various elements of a scientific and everyday life, such as beliefs, myths, discrimination, fears, experiences, experiences that distort the true focus for attention patients. This representation includes a broad conceptualization of the disease based on information seized from various sources, predominantly mechanistic and biologist art in the discourse and professional practice that is isolated from all the social component of health. **Standing** at the core of the representational field of fear and fear of contagion, following biosecurity rules are not strictly adhered to, or become exaggerated to talking about HIV / AIDS.

Keywords: HIV / AIDS, Noemas, Noesis, Health Team, Social Representation.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más complejo debido a sus implicaciones sociales, económicas, políticas y éticas, así como sus repercusiones en el ámbito de los seres humanos, lo que ha contribuido a generar el estigma y los mitos en torno al VIH/SIDA.

Se ha identificado que la salud, el acceso a tratamientos, al trabajo, a la educación, y la discriminación encabezan los principales derechos ciudadanos que son vulnerados a causa de la condición de vivir con VIH/SIDA.

A nivel de la Salud, la atención de los pacientes con VIH/ SIDA, a pesar de que los integrantes del quipo de salud tienen formación académica, esta dirigida al conocimiento clínico y terapéutico de la enfermedad pero no al enfoque holístico e integral del paciente. Desarrollándose, en algunas ocasiones conductas no adecuadas, que limitan la relación interpersonal. ⁽¹⁾

Es un tema que ha sido objeto de estudio desde distintos puntos de vista, como la calidad de vida de los pacientes VIH /SIDA, la influencia social y familiar en el comportamiento de las personas con VIH, la representación social del SIDA que

tienen los jóvenes y adolescentes; y aún así continúa siendo una problemática muy compleja que genera nuevos abordajes para su estudio.

De esta forma los profesionales de la Salud estamos llamados a abordaje al paciente con VIH/SIDA; de manera interdisciplinaria, multidisciplinaria y transdisciplinaria, explorando otros abordajes que permitan un enfoque sistémico del paciente y así brindar una atención integral con calidad.

Por las razones antes mencionadas, como médico necesitaba explorar al equipo de salud desde su interior, buscar la esencia del fenómeno. Para ello me deje llevar por un estudio sistémico, de naturaleza cualitativa, la fenomenología que permitió, mostrar los *noemas* (contenido de la conciencia que se develan) y *noesis*: (manifestaciones, acciones, comportamientos y expresiones de los noemas) de los profesionales de la salud. Y comprender e interpretar los significados que ellos asignan al niño y adolescente con VIH/SIDA.

Este trabajo está incluido en la Línea de Investigación Salud del Programa Doctoral en Ciencias Médicas y adscrito a la Unidad de Investigación de Infectología Pediátrica de la Universidad de Carabobo, Hospital “Dr. Jorge Lizarraga”.Valencia.

El estudio se estructuró en cinco capítulos, que se presentan de la manera siguiente:

El Capítulo I, contiene el Planteamiento del problema, con su objetivo general y

objetivos específicos, delimitación de la investigación y la justificación que le da importancia y vigencia a la presente investigación. En el **Capítulo II**, se expone Presupuestos Teóricos Referenciales, el cual consta de datos cercanos de aproximación al fenómeno. Perspectiva referenciales teóricas antecedentes de la investigación, aproximaciones teóricas, aspectos Legales y Bioéticos. En el **Capítulo III**, se detalla el Fundamento Epistemológico, Conceptos que guían la investigación. Representación Diagramática de La Matriz Epistémica Fenomenológica. En el **Capítulo IV**, se describe el Abordaje Metodológico; abordaje fenomenológico-hermenéutico donde más allá de la cosificación del sujeto se esmera por interpretar y comprender al equipo de la salud ante el niño y adolescente VIH/SIDA. En el **Capítulo V**, se expone el Análisis e Interpretación del Discurso Cualitativo y los Filtros Epistemológicos. En el **Capítulo VI**, incluyo La teorización: el Enunciado de la teoría, el Proceso de Teorización, Conclusiones y Recomendaciones.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“La ingenuidad del racionalismo objetivista no da cuenta del sujeto cognoscente ni del mundo de la vida”

Edmundo Husserl

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DE ESTUDIO

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) desde su surgimiento, han estado acompañados por el del miedo, el estigma, la discriminación y en muchos países, la marginación. Estos han afectado a personas de todas las edades, credos y condición sexual. Su rápido incremento y propagación a pesar de los intentos para prevenirlo y detenerlo han hecho centrar la atención en él.

Durante los primeros años de estudios sobre el VIH, la comunidad científica se dedicó a determinar las nociones biológicas que subyacen a la enfermedad y a las consecuencias del virus en el cuerpo. Sin embargo, en pleno siglo XXI a pesar de que existe una gran evolución en, los progresos alcanzados a través del conocimiento de la estructura del virus, las manifestaciones clínicas de la enfermedad, las pautas de bioseguridad empleadas, el conocimiento de los mecanismos de transmisión y aspectos terapéutico y tecnológico de las enfermedades se ha dejado a un lado los

aspectos psico-sociales, espirituales y humanos. Desarrollándose un proceso de deshumanización en la atención de las personas que padecen sobre todo enfermedades crónicas, y estigmatizadas como lo es la VIH/SIDA.

En tal sentido se observa que, la situación se agrava con las estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS) que reportan que persiste la discriminación en el ámbito laboral, familiar, salud y social, los países que ocupan los primeros lugares en numero de casos a nivel mundial. ⁽²⁾

Por otra parte, las tasas de nuevas infecciones por VIH han ido en descenso globalmente, pero el número total de infección sigue siendo muy alto. Ocultando las variaciones regionales.

En América Latina y el Caribe han sido reportados más de 55.000 menores de 15 años de con VIH/SIDA. Es más, la sub-región caribeña se ubicó como la segunda en prevalencia del VIH más alta en el mundo, después del África subsahariana, también la discriminación, el rechazo y el estigma se suman al sufrimiento de las personas infectadas con el virus que causa el SIDA en América Latina y el Caribe. ⁽²⁾ Asimismo, la epidemia del VIH/SIDA en el escenario venezolano se presenta con grandes retos y desafíos. Se ha identificado que la salud, el acceso a tratamientos, el

trabajo, la educación, la vida privada y la no discriminación encabezan los principales derechos ciudadanos que son vulnerados a causa de la condición de vivir con VIH. ⁽³⁾

Debo destacar que, en el Hospital “Dr. Enrique Tejera” de Valencia, desde el año 1985 en la consulta de Infectología Pediátrica se atienden niños y adolescentes con VIH y SIDA, existiendo para ese año, tres niños infectados con el VIH ⁽⁴⁾. Actualmente cuenta con aproximadamente 250 niños que adquirieron la infección por vía vertical (materno-fetal) en su mayoría. Al principio de la epidemia solamente recibieron asistencia médica orientada hacia el diagnóstico clínico debido a las limitaciones que se tenían para la época en cuanto al tratamiento; pero desde el año 1999 reciben del estado la terapia antirretroviral de forma universal y gratuita.

En tal sentido, como médico pediatra de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, he tenido contacto con niños VIH y SIDA; presentando desde el principio de la epidemia, al igual que el resto del personal de salud, algunas actitudes de miedo y desconfianza ante la nueva enfermedad, las cuales fueron desapareciendo con el pasar del tiempo por el adiestramiento y la práctica. Posteriormente al realizar docencia con los alumnos de 5to año de Odontología y del Postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo en el año 2002, cuando se comenzó a referir niños con VIH y SIDA a la consulta odontológica, pude evidenciar actitudes de rechazo y discriminación hacia los niños por parte del personal de salud en la atención odontológica.

Más aún, durante el ejercicio de mi práctica profesional y docente, he presenciado los testimonios de pacientes con VIH/SIDA y de familiares; sobre actitudes conductuales y afectivas de rechazo por algunos integrantes del equipo de salud. Las cuales destaco a continuación:

- Negativa a ingresar o tratar a pacientes con VIH /SIDA.
- Tendencia a ignorar y retraso en la atención a estos pacientes.
- Realizar pruebas del VIH sin consentimiento.
- Tratos ofensivos o discriminatorios.

Asimismo la preocupación por la demora, algunas veces en la llegada del tratamiento antirretroviral, por la falta de adherencia al mismo por parte de los pacientes y algo más terrible el testimonio de las madres y familiares que relatan cómo sus hijos no han sido aceptados en las escuelas y algunos habían sufrido hostigamiento y rechazo de parte de los maestros, compañeros de estudios y hasta por madres de otros niños, que ejercen presión para que no los acepten o sean retirados, quizás por la ignorancia que sobre esta enfermedad existe en la mayoría de las personas, o posiblemente por la falta de educación sobre el VIH y SIDA en todos los niveles educativos.

Algunos niños adolescentes perciben la enfermedad como mortal o corto plazo , quizás por el precedente de haber visto morir a sus padres, víctima del mismo mal o posiblemente por las creencias populares de que, que sufre VIH / SIDA

está condenado a morir irremediablemente, algo incierto, pues el tratamiento antirretroviral nos ha llevado a trabajar con una enfermedad crónica.

Todo lo anterior, me hizo repensar mi actitud como médico pediatra y darme cuenta, que esta fallando en algo en la atención a estos pacientes y me propuse que debía acercarme a ello no solo como médico si verlos como una totalidad descubrir que sienten a su parte vivencial y espiritual tanto los pacientes como familiares; y así lo hice. Pero luego me parecía que debía indagar en los demás integrante del equipo de salud, que significaba la atención a pacientes con VIH/SIDA.

No obstante, para el abordaje de los pacientes que viven con VIH/SIDA, no solo se requiere de un adecuado conocimiento de la enfermedad, sino también de los fenómenos psicosociales, humanos, explorando sus vivencias desde el interior de la conciencia, que para Husserl ⁽⁵⁾, es la percepción interna que tiene toda persona, de sus propias vivencias y actos psíquicos por lo tanto; noema habla del sentido o contenido de dicha vivencia y noesis se refiere a la expresión de todo hecho o vivencia de la conciencia en sí misma.

En concordancia con lo anteriormente expuesto, surgieron las siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son las actitudes del equipo de salud ante los pacientes con VIH/SIDA?
- ¿Qué sistema de creencias y valores forman su estructura conceptual?
- ¿Qué sentimientos y emociones expresan el personal de salud ante el paciente con VIH/SIDA?
- ¿Cuáles principios bioéticos rigen la práctica médica?
- ¿Cómo comprender las actitudes del equipo de salud ante los niños con VIH y SIDA?
- ¿Qué percepciones tienen los niños y adolescentes de la Atención prestada por el Equipo de Salud?

Con la finalidad de buscar respuestas a las interrogantes de la investigación, se produjo en mí, un giro paradigmático en mi estilo de pensamiento, y de investigar; optando por el enfoque fenomenológico-hermenéutico con un lenguaje cualitativo para conocer y comprender la estructura interna del equipo de salud, y establecer una verdadera relación dialógica e iniciar en ellos el proceso de darse cuenta. Con la finalidad de generar una aproximación teórica de los noemas y noesis del equipo de Salud; que le permita reflexionar en su actuar en la prestación del servicios asistencial a los pacientes con VIH/SIDA.

JUSTIFICACIÓN

La situación de la infección VIH/SIDA en el mundo es devastadora, encontrándose que 2,7 millones de niños y niñas menores de 15 años están infectados con el VIH; 15,2 millones de niños y niñas menores de 18 años han perdido a uno o ambos progenitores debido al SIDA y millones más son vulnerables a esta enfermedad. ⁽²⁾

En este sentido, para el 2009 se registraban 33,4 millones de personas conviviendo con el VIH y 2,1 millones de muertes por SIDA y enfermedades asociadas; de éstos, 430.000 correspondía a niños menores de 15 años. Para ese mismo año se registraron 2,7 millones de nuevas infecciones. ⁽²⁾

Desafortunadamente, Venezuela no escapa a la terrible realidad del VIH/ SIDA; desde 1982 hasta el 2005 se registraron 50.000 casos de Sida. Pero sabemos que existe un subregistro epidemiológico por lo que otros reportes señalan que en Venezuela, de 27 millones de habitantes, hay entre 90.000 y 150.000 personas viviendo con VIH. Siendo la prevalencia estimada de VIH en la población venezolana de 15 a 49 años de 0.7% y se viene observando un ascenso sostenido de casos en las mujeres y en los jóvenes de 15 a 25 años. ⁽⁶⁾

Es en las instituciones públicas por lo general, es donde se hospitalizan a los pacientes con VIH/SIDA, donde a veces no se reconoce que cada individuo reacciona de una manera diferente. Siendo sometido a múltiples exploraciones por diferentes especialistas tan necesarias, pero sin conformar un equipo de trabajo integral y

humano que tome en cuenta su entorno o contexto social; lo que propicia su fragmentación como persona.

Por otra parte, las investigaciones sobre el VIH/SIDA, se han basada principalmente, en las actitudes de discriminación y estigmatización ante estos pacientes, conocimiento sobre la enfermedad, resistencia a antirretrovirales. Los avances médicos han logrado categorizar la enfermedad como crónica, sin embargo, los retos en el ámbito social son la constante. Lo cual representa para las Ciencias Médicas un desafío y para Equipo de la Salud un campo de acción para el mejoramiento e investigación en la atención asistencial y de la calidad de vida de las personas que viven con el virus.

Existen escasos estudios desde la perspectiva cualitativa fenomenológica en el sector salud. Por lo que esta investigación desde el enfoque fenomenológico permitirá a los profesionales de salud, considera que el conocimiento exacto y profundo acerca de las creencias, vivencias de las personas con VIH/SIDA, es importante desde la subjetividad de las personas que padecen la enfermedad, para el estudio del paciente en forma integral. La fenomenología constituye quizá la corriente filosófica que más influencia ha tenido en el pensamiento del siglo XX.⁽⁷⁾

De allí la importancia de abordar a los sujetos de estudios desde su interior, para comprender sus noemas y noesis ante el paciente con VIH/SIDA. Vinculando con la realidad propia del ser humano estudiando a la persona en su contexto cultural y social.

DELIMITACIÓN Y ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo investigativo sobre noemas y noesis del equipo de salud ante el niño y adolescente con VIH/SIDA, se llevo a cabo durante los meses enero y diciembre del 2010 en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Valencia, en el Departamento de Pediatría “Dr. Jorge Lizárraga” y durante las consultas externas y hospitalización y en la Consulta de Odontopediatría y Endodoncia de Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo (UC). Esta dirigida al equipo de salud que trabaja con niños y adolescentes VIH y SIDA.

Se estudió a médicos pediatras, enfermeras, odontólogos bionalistas y estudiantes de medicina y odontología, 2 adolescentes con VIH/SIDA, con el propósito de comprender e interpretar los significados de sus experiencias con niños y adolescente con VIH/SIDA.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

Generar una aproximación teórica sobre las Noemas y Noesis del equipo de salud ante el niño y el adolescente con VIH y SIDA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir las vivencias que tiene el equipo de salud con respecto al VIH y SIDA en los niños y adolescentes.
- Explorar noemas y noesis del equipo de salud, a través de sus vivencias ante el niño y adolescente con VIH/SIDA.
- Buscar la significación que le da el personal de salud a los pacientes con VIH/SIDA.
- Interpretar las noemas y noesis del equipo de salud ante los niños y adolescentes con VIH y SIDA, a través de los elementos obtenidos y comprendidos en la realidad del fenómeno
- Explorar la percepción que tienen los niños y adolescentes con VIH/SIDA y/o familiares sobre la atención brindada por el equipo de salud.

CAPITULO II

MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL

“Nuestros sistemas conceptuales expresados a través del lenguaje, son los lentes con los que contemplamos al mundo”

Lakatos, 1984

DATOS CERCANOS DE APROXIMACION AL FENÓMENO

Presento las investigaciones cercanas, datos o informaciones que se aproximaron al fenómeno de estudio: “Noemas y noesis del Equipo de salud ante el niño y adolescente con VIH Y SIDA”. Así como también considero elementos teóricos o los postulados que más se ajusten a la realidad del mismo y la situación problemática, relacionada con las actitudes del personal de Salud, tomando en cuenta los conocimientos, experiencias y vivencias de otros autores que en el tiempo han sido muy valiosas y necesarias para una mejor confrontación, comprensión y reflexión de la realidad de este proceso investigativo.

En una investigación cualitativa este “marco” no debe enmarcar (delimitar) la búsqueda del investigador, pues sólo es referencial, es decir, sólo tiene por finalidad exponer lo que hecho hasta el momento para esclarecer el fenómeno objeto de la investigación. En cualquier caso este marco es sólo teórico-referencial”, es decir,

fuentes de información y nunca modelo teórico en el cual ubicar nuestra investigación. Servirá para contrastar, nuestras conclusiones con las de otros autores y así entenderlas mejor, pero nunca para forzar o imponer una interpretación.⁽⁸⁾

Por su parte, Valdez, E.⁽⁹⁾ en un estudio realizado en Bolivia, señala que el 34% del personal de salud refirió que tenían miedo de atender a persona con VIH y SIDA, por miedo al “contagio” y a la falta de material para realizar el test a todos los pacientes en los servicios de salud. El 32% afirmó que tiene el derecho de rechazar la atención a una persona seropositiva al VIH o enferma con SIDA.

Por el contrario, en el Hospital de Huelva, España⁽¹⁰⁾, se estudió, la actitud y los conocimientos del personal de enfermería sobre el paciente VIH y SIDA; en el cual se detectó, además de un gran miedo al contagio, deficiencias en cuanto a ciertos conocimientos específicos respecto a la infección.

Por otra parte, en el Centro de Salud “Leonel Rugama” en Nicaragua⁽¹¹⁾, se llevo a cabo un estudio, sobre la atención de personas con VIH, siendo encuestados, médicos especialistas, enfermeras, bionalista, encontrándose, un 69.2% respondió no haber asistido a los pacientes y aquellos que, si los habían atendido, reflejaron una actitud indiferente, tratando al paciente de forma inadecuada, con temor y asombro, extremando las medidas de bioseguridad. Sin embargo, las enfermeras tuvieron una actitud más positiva hacia estas personas.

Dentro de esta perspectiva, Escobar, M. ⁽¹²⁾, realizó un estudio para analizar los conocimientos, actitudes y prácticas en médicos, enfermeras y personal de laboratorio del Hospital Alemán Nicaragüense, enero 2009. Aplicó una encuesta anónima a 67 persona, de un universo de 361 trabajadores de salud, 56.7% fueron mayores de 36 años, 77.6% tenían estudios universitarios, 76% más de 3 años de laborar en la unidad de salud, 70% fueron mujeres, médico y enfermeras (38.8%). En general, en el componente de conocimiento en el 67% fue regular; actitud positiva en 52%, prácticas adecuadas en 96%. El 71.9% de personal con actitud negativa tenían conocimientos regulares. El 65.6% con prácticas adecuadas presentaron un conocimiento regular.

En tal sentido, Volkow P. ⁽¹³⁾ en su estudio encontró, que la actitud de los profesionales de la salud se relaciona con la seguridad laboral que se les ofrece al atender no solo a pacientes seropositivos, sino ante el riesgo de cualquier otra patología que implica riesgos para su propia salud, por ser estas de alto riesgo infectante.

Ontivero A., López E., Cabrera J.A. ⁽¹⁴⁾, en su estudio Influencia en Pacientes de las Representaciones Sociales, sobre la representación social del VIH y SIDA, reportaron que la familia cohabitacional incluye, como generalidad, una actitud de dirección negativa e intensidad máxima, una información amplia y en el núcleo del campo representacional se sitúan elementos cognitivos asociados a vivencias y

conceptos negativos; por tanto, existe una relación coherente, de carácter negativo, entre los elementos que integran la representación social del VIH y sida que tienen los familiares y la actitud que asumen los pacientes hacia la enfermedad.

Asimismo, Bra. M. y cols. ⁽¹⁵⁾ llevaron a cabo una investigación para valorar los conocimientos, actitudes y práctica en personal de salud del Hospital “Roberto Calderón”, el cual reveló un mayor porcentaje de conocimiento en médicos residentes, una actitud positiva sobre esta patología en médicos residentes y especialistas y actitud negativa en médicos internos. En términos generales se demostró buenas prácticas.

Perera M. A. ⁽¹⁶⁾ en el estudio sobre “A propósito de las Representaciones Sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad”, La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente, 2001. Ha señalado, que la actitud no va a depender necesariamente de la cantidad o tipo de información que se tenga, sino de la orientación favorable o desfavorable hacia el objeto. Según este autor, el campo de representación no es más que la organización de los conocimientos de forma jerárquica. Por ejemplo: la muerte y las ITS, aparecen como contenidos centrales y definitorios en la representación social del VIH y SIDA. Estos indicadores por su importancia y distribución se revelan como el esquema figurativo que define de forma coherente y sintética la enfermedad.

Ahora bien, Aggleton, S. y Tyrer P.⁽¹⁷⁾, estudiaron las respuestas al VIH y al SIDA en la India. Identificando niveles significativos de discriminación, el personal sanitario enviaba a los pacientes de un hospital a otro y tenían dudas sobre la transmisión del VIH y de las precauciones universales. Postergaban las intervenciones quirúrgicas para evitar cualquier riesgo de infección. El estudio pone de manifiesto una imagen deprimente de etiquetado, estereotipaje y desatención generalizados en todo el sector sanitario, con la posible excepción de un pequeño número de hospitales en los que se han establecido políticas y prácticas adecuadas.

Vidal F., Carrasco M., Santana P.⁽¹⁸⁾ realizaron un informe sobre Discriminación por VIH/SIDA en Chile, “Cambios y Continuidades”, estudio cualitativo que abordó las situaciones de discriminación que afectan a las personas viviendo con VIH/SIDA en los ámbitos de atención, trabajo, educación y entorno familiar. Para ello, se trabajó con 38 personas viviendo con VIH/SIDA (19 hombres y 19 mujeres) que representan a 18 agrupaciones de la Red VIVO POSITIVO, ubicadas en 13 regiones del país. Los resultados del estudio muestran avances importantes en acceso a tratamientos antirretrovirales.

No obstante, se constatan problemas de disponibilidad y dispensación de los fármacos en algunos servicios de salud. Observaron una mejor evaluación de la relación con el médico a tratante en los Programas de VIH/SIDA de los servicios públicos,

particularmente en la forma en que se aborda el tema de la sexualidad en las personas que han adquirido el virus, evidenciándose una relación más lúdica y natural con los/as profesionales de la salud, disminuyendo los relatos sobre visiones represivas de la sexualidad desde los servicios.

Varas-Díaz N., Marzan-Rodríguez M. llevaron a cabo una investigación sobre, el papel de las emociones en el proceso de estigmatización de las PVVS por los profesionales de la salud y estudiantes, en Puerto Rico. Estudio exploratorio y diseño integrador con entrevistas semi-estructuradas y cuestionarios sobre, el aspecto emocional del estigma al SIDA entre los profesionales de la salud. La muestra estuvo constituida por 501 profesionales de la salud y estudiantes.

Resultados cualitativos lo demuestran el papel de las emociones negativas, como el miedo, la compasión, el asco y vergüenza, de la estigmatización de personas con VIH/SIDA. Los participantes también describen las emociones como fenómenos que deben ser reprimidas con el fin de brindar un servicio eficaz. Resultados cuantitativos evidencian la manifestación de las emociones negativas para la mayoría de las situaciones que se les han presentado relacionadas con el VIH/SIDA. Las emociones que se manifiestan en escenarios de salud productiva pueden obstaculizar la prestación de servicios relacionados con la salud y por lo tanto debe abordarse como parte de las intervenciones para reducir el estigma. ⁽¹⁹⁾

En Uruguay, Falero ⁽²⁰⁾ llevo a cabo un estudio, sobre las actitudes y percepciones sobre el SIDA en profesionales de la salud; en una muestra de 396 profesionales a través de la técnica de la encuesta. Reportando que el mayor conocimiento que tienen sobre la infección VIH, no evita que algunos estereotipos del imaginario social, algunos prejuicios del sentido común, también aparezcan en su práctica laboral. También se filtran elementos, interpretaciones alejadas del conocimiento científico. La encuesta coloca aspectos débiles y resistencia aún presentes dentro del campo de la salud.

Silva M. y Cols ⁽²¹⁾, realizo un estudio para establecer las actitudes del equipo de salud hacia la atención que brinda al paciente infectado con VIH/SIDA. Identificar el nivel de conocimiento (definición, transmisión, bioseguridad). Estudio tipo descriptivo, con cuestionario estructurado al equipo de salud a través de una entrevista, con muestra queda distribuida así: médicos (31), enfermeras (17), técnicos de enfermería (14), nutricionista (3), bionalista (6), psicólogo (1), asistenta social. En el cual reportaron 67% tienen una aceptación favorable y el 33% tienen una actitud de rechazo, temor y se sienten mal al atender al paciente infectado. Recomendando que el equipo de salud debe estar permanentemente capacitado para el manejo de pacientes con HIV / SIDA y lograr actitudes adecuadas para su atención.

Dávila, M.E. y Gil, M. ⁽²²⁾, realizaron una investigación en la cual se determinó el nivel de conocimiento y la actitud de los odontólogos hacia portadores del

VIH/SIDA. Participaron 48 profesionales del sector público, quienes respondieron un instrumento de 50 ítems. Se encontró que 60,4% presentan conocimiento bueno, 43,8% tienen una actitud negativa hacia el portador VIH/SIDA., 85,8% afirma que las personas con SIDA deben ser aisladas y 60,4% reportaron incorrectamente la medida de esterilización indicada a ser usada en el consultorio dental. Con respecto a la actitud, 45,8% tuvo una actitud negativa para tratar al portador VIH/SIDA. Se encontró además, una actitud desfavorable entre los profesionales con mayor tiempo de ejercicio a pesar de su nivel de conocimiento bueno y mayor años de graduados.

En efecto, la actitud negativa o rechazo a la atención de personas portadores de VIH/SIDA de algunos profesionales de la salud, específicamente de los odontólogos ha sido estudiada por Prieto ⁽²³⁾, quien reportó que el nivel de rechazo de los odontólogos supera al de los médicos y enfermeras, probablemente debido al temor del contagio durante la práctica clínica, por la relación odontólogo-paciente y al uso no frecuente de barreras de protección. Podría estar influyendo en el rechazo de la atención del paciente seropositivo al VIH por parte del odontólogo.

Tovar, V., Guerra M.E. y Araujo A. ⁽²⁴⁾. Asistencia odontológica a personas VIH/SIDA. Al transformarse el VIH/SIDA en una enfermedad crónica, aumenta la necesidad de estas personas en requerir servicios de salud, incluyendo entre ellos el servicio odontológico. El uso de normas o medidas de bioseguridad minimizan el

riesgo de contraer esta enfermedad, pero todavía siguen presentándose situaciones o dilemas éticos basados en la negativa o rechazo de algunos profesionales a proveer servicio odontológico a personas que viven con VIH/SIDA. Algunos odontólogos tienen poca información acerca de la responsabilidad que tienen frente al paciente durante el ejercicio de su profesión, lo que lleva a la necesidad de conocer las distintas disposiciones que al respecto tiene la Legislación Venezolana.

Por otra parte Barrón R., A. y Palma C., A., Juárez Huerta L. ⁽²⁵⁾ realizaron un estudio “Actitud del médico familiar en Mérida Venezuela ante el paciente con VIH/SIDA”, reportando un 78% de actitud positiva asociado a un conocimiento adecuado, 39% tenían disponibilidad en la atención de pacientes seropositivos.

Fonseca A. en su estudio de las representaciones sociales del VIH en jóvenes con y sin VIH/SIDA, de corte cualitativo-interpretativo de edades entre 18 y 27 años. Los resultados fueron discutidos en relación con el conocimiento científico, la construcción de procesos de estigma y discriminación y los significados propios de los jóvenes con VIH. Resaltando la naturaleza dinámica de las construcciones sociales del VIH/SIDA y de incorporar los significados de los jóvenes en el diseño de estrategias de prevención y en programas orientados a la atención y apoyo de las personas con VIH. ⁽²⁶⁾

Igualmente Ribeiro de Souza M. y de Fátima Freitas M. ⁽²⁷⁾ realizaron un estudio cualitativo, fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales, con profesionales que actúan en la atención primaria sobre el riesgo de infección por el VIH a que están expuestos en su trabajo cotidiano. Fueron entrevistados doce profesionales, médicos y enfermeras, que actuaban en dos Centros de Salud en el municipio de Belo Horizonte, MG, Brasil. El análisis terminó con la saturación de las informaciones, por el método propuesto por el Análisis Estructural de Narración.

Los resultados revelaron que los profesionales de la salud entrevistados conocen el riesgo de infección en su trabajo cotidiano, representándolo como muy bajo en la atención básica, porque lo relacionan con una complejidad tecnológica, que consideran no existir en el nivel de asistencia en que actúan. Creen que el uso de equipamientos de protección individual puede minimizar los riesgos y que, hoy, ningún profesional de la atención básica deja de atender pacientes por miedo de infectarse, inclusive no utilizando todas las precauciones recomendadas.

Con respecto, a las investigaciones realizadas en América Latina y el Caribe, se destaca en la metodología utilizada técnicas como las encuestas, teniendo los mismos defectos y describiendo situación análoga en relación a las actitudes y los comportamientos discriminatorios, que siguen vigentes en muchas comunidades, y repercuten adversamente en el bienestar psicológico y físico de las personas con VIH/SIDA.

Investigaciones previas han informado que las personas que sienten estigmatización por parte de profesionales de la salud enfrentan problemas para hacerse la prueba de VIH y para acceder a servicios de salud óptimos una vez han sido diagnosticadas^(28, 29, 30,31). Poblaciones vulnerables, como las enfermas crónicamente (incluyendo aquellas que viven con VIH) tienen problemas accediendo a servicios de salud de calidad⁽³²⁾. Esta situación empeora cuando son identificadas como parte de un grupo estigmatizado y temen acceder a servicios de salud debido a la actitud negativa de otras personas⁽³³⁾. El estigma relacionado con el VIH/SIDA entre proveedores de servicios de salud ha sido bastante documentado^(34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42,43). Estas actitudes estigmatizadoras de los profesionales de la salud son desafortunadas, sobre todo cuando las personas viviendo con el VIH (PVVS) les revelan frecuentemente su estatus⁽⁴⁴⁾.

Algunos de los hallazgos más preocupantes indican que el estudiantado de medicina estigmatiza más al VIH/SIDA que a otras enfermedades^(45,46). Otros estudios presentan que la literatura usada para adiestrar a profesionales de la salud tiende a ser moralizante y contribuye a la estigmatización del VIH/SIDA⁽⁴⁷⁾. Además, este mismo adiestramiento puede promover la idea de que las PVVS son peligrosas para los/as profesionales de la salud⁽⁴⁸⁾. Como si estos hallazgos no fueran lo suficientemente preocupantes, se ha documentado que las actitudes negativas de los doctores/as hacia las PVVS tienden a empeorar a través de su adiestramiento.⁽⁴⁹⁾

PERSPECTIVA TEÓRICAS REFERENCIALES

He revisado teorías que puedan contribuir, complementar mi investigación, desde Dimensiones epistemológicas, fenomenológicas, axiológicas, psicológicas, bioéticas, sistemas de creencias hasta la normativa legal.

DIMENSIÓN EPISTEMOLÓGICA

La Epistemología para Jiménez V. D. ⁽⁵⁰⁾, es el tratado del conocimiento, es decir, aquella parte de la filosofía que tiene por objeto juzgar la validez de nuestros conocimientos. Agrega, que la Epistemología como filosofía de la ciencia contribuye fundamentalmente a la formación del espíritu científico, creando en el estudiante las condiciones para una mejor objetividad, análisis crítico y valorativo de su mejoramiento académico y de su responsabilidad.

En este orden de ideas, Martínez M. ⁽⁵¹⁾ hace referencia al principio de complementariedad, que trata de integrar en forma coherente y lógica las percepciones de varios observadores, con sus filosofías, enfoques y métodos, consciente de que todo conocimiento es relativo a la matriz epistémica de que parte y por eso mismo, ofrece un valioso aporte para una interpretación más completa de la realidad.

La epistemología estudia, evalúa y confronta los diferentes elementos, concepciones, fundamentos y estructuras que presenta el proceso de producción del conocimiento

científico. Este término se deriva de la palabra *epistéme* que significa “conocimiento verdadero”; la epistemología entonces es la disciplina que estudia la búsqueda del conocimiento. Por lo tanto el conocimiento científico no tiene fundamento en sí mismo, sino que depende de una concepción que lo legitima: un paradigma, epistéme, una teoría. De allí que es importante revisar el concepto de “matriz epistémica”. Ésta concibe un sistema de ideas que dan origen aun paradigma científico o a teorías de las cuales surgen los métodos o estrategias concretas para investigar la naturaleza de una realidad natural o social. ^(52: 40-41)

Para la sistematización de la situación problemática una epistemología de fondo es absolutamente necesaria, para darle sentido a la metodología y a las técnicas que se utilizará, como, igualmente, a las reglas de interpretación que se usen. Es así, que toda persona que decide iniciar un proceso de investigación, debe delimitar previamente la matriz epistemológica que desea abordar para establecer sus relaciones con la realidad que investigará.

FENÓMENOS

Los fenómenos constituyen el objeto de nuestro conocimiento. No son las cosas en sí mismas sino sólo tal como a nosotros se nos presentan, las cosas ya sometidas a la estructura de nuestras facultades cognoscitivas: las tiempo y al espacio como formas a priori de la sensibilidad y a las categorías del entendimiento. En efecto, una de las características del idealismo trascendental es que el conocimiento humano no puede

alcanzar las cosas tal y como puedan ser ellas mismas sino sólo tal y como se nos muestran a nuestras facultades cognoscitivas, y por lo tanto influidas o mediatizadas por la propia estructura de dichas facultades.

Más aún, hoy día el objeto de investigación es el propio fenómeno, a través del cual intentamos recubrir la verdad que está en su propia manifestación y que nosotros interpretamos de muchas y variadas formas, siendo más adecuadas que otras en la definición de Ríos, C. ⁽⁵³⁾

LA FENOMENOLOGÍA

Husserl, E. ⁽⁵⁴⁾, construyó una definición acabada de fenomenología, presentándola como una corriente filosófica con características de trascendental; para él la fenomenología constituye el método que permite describir el sentido de las cosas viviéndolas como fenómenos (noemáticos) de conciencia. Lo concibe como una tarea de clarificación para poder llegar a las cosas mismas partiendo de la propia subjetividad, en cuanto las cosas se experimentan primariamente como hechos de conciencia, cuya característica fundamental es la intencionalidad. No se trata de una descripción empírica o meramente psicológica, sino trascendental, esto es, constitutiva del conocimiento de lo experimentado, porque se funda en los rasgos esenciales de lo que aparece a la conciencia.

El mundo de la fenomenología como lo llama Leal ⁽⁵²⁾ concibe a la fenomenología como una ciencia rigurosa, impulsada por Husserl, que critica a la forma de hacer ciencia basado en el modelo Newtoniano-cartesiano, él decía que bajo la forma de la ciencia moderna, el saber racional se hace unilateral: no conoce más que el objeto, la naturaleza, la cantidad; se olvida al sujeto y se separa de él, de la sensibilidad, del espíritu y del mundo de la vida: la razón científica se vuelve ciega. Esta corriente ve al fenómeno desde adentro del sujeto de estudio, busca la esencia en su conciencia, es la vuelta al mundo vivido para buscar el significado del fenómeno.

En este proceso Husserl habla de la epojé, que significa desconexión, interrupción o suspensión de juicios, dejar a un lado mi propia posición y mis ideas personales sobre el fenómeno y sujeto de estudio. La conciencia fenomenológica se vuelve espectadora en sí misma y es capaz de interesarse exclusivamente por el sentido que tienen los fenómenos para el sujeto de estudio; esta reducción fenomenológica, es el acto por medio del cual el mundo es puesto entre paréntesis, asociada a lo inductivo, lo holístico, lo subjetivo, lo creíble, la intuición, lo intangible (los sentimientos) y lo inconmensurable.

Asimismo, refiere este autor que la fenomenología trabaja con la condición humana para comprenderla, la dignidad del ser humano es el punto de partida, por lo tanto, hay que procurar la aceptación, el respeto y la tolerancia. Para ser fenomenólogo no

basta tener conocimiento de los postulados de esta materia, sino que hay que estar dispuestos a comprender, a sentir lo que el otro siente. ⁽⁵²⁾

La fenomenología tiene como punto cardinal la experiencia humana y sus pilares principales son la temporalidad, tiene que ver en el tiempo que se vive la experiencia; la corporalidad (el sujeto mismo que tiene sus vivencias), la espacialidad o el área geográfica donde se da el fenómeno y la relacionalidad o comunicación, la interrelación del individuo con otros y con su medio.

Para Leal J. ⁽⁵⁵⁾, la fenomenología de Husserl constituye la ciencia que trata de descubrir las estructuras esenciales de la conciencia; el fin de la fenomenología es descubrir en el fenómeno singular la esencia, el eidos válido universalmente y útil científicamente. La define como la ciencia que estudia la esencia de la experiencia consciente y especialmente de la experiencia intencional. “Lo que aparece a la luz”, “lo que se muestra”, lo que llega a ser revelado. Estudia la esencia, la conciencia pura. Ciencia descriptiva, teórica y no interesada, en oposición al pragmatismo y utilitarismo de la razón.

Citando a Martínez, señala que la fenomenología se centra en el estudio de los fenómenos tal como son experimentados, vividos y percibidos por el hombre, es decir, en el estudio del mundo de vida o mundo vivido, con su propio significado. Esto exige, abstenerse de prejuicios, conocimientos y teorías previas, a fin de basarse

de manera exclusiva, en los fenómenos no adulterados, en las cosas mismas, en lo que se presenta en la conciencia. ⁽⁵⁶⁾.

Para Bergson y Freud, la fenomenología se ocupa de la conciencia con todas las formas de vivencias, actos y correlatos de los mismos, es una ciencia de esencias que pretende llegar sólo a conocimientos esenciales y no fijar, en absoluto, hechos. ⁽⁵⁷⁾

Husserl ⁽⁵⁴⁾ propone un método fenomenológico para clasificar y organizar los fenómenos mediante serie de pasos que resaltan la importancia del sujeto en el objeto:

- **Reducción fenomenológica:** consiste en poner entre paréntesis, a modo de una suspensión de juicio (epojé), lo que Husserl denomina la actitud natural: creencia en la realidad del mundo, cuestionamiento de si lo percibido es real, supuestos teóricos que lo justifican, afirmaciones de las ciencias de la naturaleza, etc. El resultado de esta reducción o epojé es que no queda sino el residuo fenomenológico, a saber, las vivencias o fenómenos de la conciencia, cuya estructura intencional presenta dos aspectos fundamentales: el contenido de conciencia, noema, y el acto con que se expresa este contenido, noesis.

- **Reducción eidética:** la realidad fenoménica, por una libre consideración de todas las posibilidades que la razón descubre en ella, pierde las características individuales y concretas y revela una esencia constante e invariable. La razón pone

entre paréntesis todo lo que no es fenómeno y, del fenómeno, todo lo que no constituye su esencia y su sentido, su forma o su idea (eidos): intuición o reducción eidética. La ciencia de estas esencias, y su descripción, es la tarea fundamental de la fenomenología.

- **Reducción trascendental:** resultado de la reducción fenomenológica no es sólo la aparición de lo que se da a conocer a la conciencia (los noemas), sino también el que todo es conciencia (noesis); esta unión de noema y noesis configura la unidad de conciencia, o la subjetividad; esto es, el sujeto trascendental. De esta conciencia trascendental, surge el mundo conocido.

- **Mundo e intersubjetividad:** en la misma conciencia está ya presente el mundo, porque de la misma manera que no hay conciencia sin sujeto tampoco la hay sin mundo. La fenomenología lleva metódicamente, a través de los noemas, al descubrimiento y análisis de los objetos del mundo (cosas, animales, psiquismos) y al descubrimiento y análisis de los demás, los otros, como sujetos igualmente conscientes, con los que construimos (intersubjetivamente) el sentido del mundo o *un mundo común para todos nosotros*.

NUEVA EPISTEMOLOGÍA

Para Leal la observación está cargada de teoría, no hay verdad absoluta ni objetiva; el conocimiento es producto de un ir y venir. Aparece la diversidad de lo real y la no

linealidad, además del principio de incertidumbre y la idea de la complementariedad.

El tiempo y el espacio son conceptos relativos. Con un pensamiento sistémico. ⁽⁵²⁾

LA ACTITUD FENOMENOLÓGICA

Requiere que el fenomenólogo se vacíe de sus ideas, movimientos interiores (nivel emocional-juicios). Asume la actitud desinteresada (renuncia a las intenciones, al intentar convencer). Permanece libre de influencias, sin buscar aprobaciones, no escandalizar, no sugerir, abriéndonos a todo lo que es, y en sintonía con los sujetos de estudio. Estar al servicio de la intuición (conocimiento directo e inmediato, sin intervención de la deducción. Con capacidad para la comprensión de las cosas sin usar el razonamiento. ⁽⁵⁸⁾

CONCIENCIA

La conciencia o consciencia, del latín conscientia (propiedad del espíritu de reconocerse como sujeto de sus atributos), es definida en general como el conocimiento que un ser tiene de sí mismo y de su entorno. "Conscientia" significa literalmente "con conocimiento" (del latín: cum scientia). En la especie homo sapiens, la conciencia implica varios procesos cognitivos interrelacionados.

La consciencia es un concepto que entendemos intuitivamente, pero que es difícil o imposible de describir adecuadamente en palabras. Se puede decir que consciencia es el estado subjetivo de percibir algo, sea dentro o fuera de nosotros mismos.

No existe ninguna definición consensuada de la consciencia. Pero consciencia significa experiencia subjetiva, o sea, lo opuesto a objetividad. En algunos escritos la consciencia es considerada sinónimo de mente. Pero la mente incluye procesos mentales inconscientes, y puede definirse como el funcionamiento del cerebro para procesar información y controlar la acción de manera flexible y adaptativa.

La consciencia tiene contenidos, pero aunque pueda tener una enorme variedad de contenidos no puede tener muchos al mismo tiempo. La consciencia no es un fenómeno pasivo como respuesta a estímulos, sino un proceso activo de interpretación y construcción de datos externos y de la memoria relacionándolos entre sí.

La conciencia puede también ser definida como el estado cognitivo no-abstracto que permite la interacción, interpretación y asociación con los estímulos externos denominados realidad. La conciencia requiere del uso de los sentidos como medio de conectividad entre los estímulos externos y sus asociaciones.

En tal sentido, el estado de conciencia es aquel en que se encuentran activas las funciones neurocognitivas superiores. El estado de conciencia determina la percepción y el conocimiento del mundo psíquico individual y del mundo que nos rodea. ⁽⁵⁹⁾

Para Feo García ⁽⁶⁰⁾ la conciencia es una función del organismo mediante la cual éste se experimenta a sí mismo de manera inmediata en una interrelación significativa yo-otro. La conciencia usando las múltiples vivencias presentes en mí mismo y de la percepción de lo que me rodea, es la que me permite dar-me sentido como individuo particular y, simultáneamente, dar-le significado a lo otro. Saber orgánicamente que esto es esto y no aquello: una flor y no una silla. Es por ello que con mis sentimientos, pensamientos y acciones, puedo conducirme a evitar, elegir, evaluar, perdonar, condenar, aprobar, sufrir, avergonzarme, disfrutar, conocer, ignorar, amar, odiar y otras más.

La conciencia para Sartre, es la conciencia de algo, de algo distinto de sí misma y en este sentido trascendente. El objeto trascendente aparece a o para la conciencia y así puede ser descrito como fenómeno. Pero para él, el objeto fenoménico no es la apariencia de una realidad subyacente, o la esencia que no aparece, la revelación de un noúmeno oculto. El ser fenoménico se manifiesta él mismo, manifiesta tanto su esencia como su existencia. Lo que aparece ante mí aquí y ahora es un acto de percatación, de conciencia. ⁽⁶¹⁾

El hombre de esta era debe percatarse, debe tomar conciencia de lo que es, de cómo es el mundo donde vive, cómo es su modo y estilo de vida. Debe tomar conciencia, de lo que es y lo que no es beneficioso para la salud; de lo que debe o no debe tomar de lo que el mundo de la tecnología le oferta.

El dualismo de apariencia y realidad no existe y al identificar algo, al identificar una cosa lo hacemos con la totalidad de sus apariencias. No podemos conformarnos con decir que ser, es ser percibido. El ser de lo que aparece no aparece sólo en tanto y cuanto aparece. Rebase el conocimiento que nosotros tenemos de él y es, por ende, transfenoménico.

Es así como, de acuerdo a Sartre, queda abierto el camino para transcurrir en el ser transfenoménico del fenómeno. Sartre habla de la conciencia prerreflexiva, la cual es trascendente en el sentido de que pone su objeto como trascendiéndola, como aquello hacia lo que ella apunta. Difiere, así de Descartes quien habla de la conciencia reflexiva que expresa un acto por el que el yo se constituye como objeto. Se pasa de ese yo, autoencerrado, objeto de la conciencia a una legítima afirmación de la existencia de otros yos, de otras personas, de otros objetos externos. Esto no se plantea si se va más allá, de la conciencia reflexiva a la conciencia prerreflexiva. ⁽⁶¹⁾

Para Husserl conciencia, es conciencia de algo y rechaza que este algo sean ideas o enunciados sobre ideas. El ser conciencia de, significa que la conciencia es esencialmente intencional y que ella lo que hace es representar algo siempre y en todo momento. Para él la conciencia, lejos de ser una cosa o un ámbito vacío es una relación a un objeto. Se trata, de un conjunto de vivencias en la que se distingue una estructura bipolar: El objeto intencional (noema) y el acto intencional (noesis). ⁽⁵⁴⁾

Según Husserl toda conciencia es objeto de algo. No hay conciencia que no sea la posición de un objeto trascendente, que la conciencia no tiene ningún contenido. Al hacerse conciencia de un objeto, éste no está en la conciencia como un contenido; al intencionalarlo yo lo pongo como trascendente y no como inmanente a mi conciencia. Crítica por tanto el recurso de Husserl de meter entre paréntesis la existencia y tratar todos los objetos de la conciencia como inmanentes a ella, suspendiendo por principio cualquier juicio acerca de su referencia objetiva. En cuanto a la percepción el objeto de la conciencia se pone como trascendente, como existente. ⁽⁵⁴⁾

Al percibir yo un objeto es el objeto mismo, no la representación mental de ese objeto. El objeto mismo es el objeto del acto intencional, es puesto como existiendo. Esto no quiere decir que no podrían existir errores acerca de la naturaleza del objeto, no porque se confunda una cosa real con un contenido mental, con la representación psíquica del objeto. Se puede percibir un objeto, y ponerlo como trascendente, pero podría existir un error en cuanto a su naturaleza haciendo un juicio erróneo sobre un objeto real. ⁽⁶²⁾

Los modos de vida deben ser percibidos por la conciencia, para que no estén en las personas como un contenido, sino como trascendente. Que los estilos de vida se hagan conscientes, que no queden como una representación psíquica, como un contenido mental, sino como un existente trascendental.

La conciencia es como una superficie que oculta, que debe ser levantada, a fin de descubrir bajo ella la “explicación” de dicha subjetividad, su origen antiguo, su principio infantil. Lo que el sujeto es se explica por aquellos deseos arcaicos y primigenios de los que no es consciente y a los que debe ser referida la conciencia para que adquiriera su verdadero sentido. ⁽⁶²⁾

LOS CONTENIDOS DE LA CONCIENCIA

Los contenidos de la conciencia son fenómenos que se presentan a la intuición. Estos fenómenos tienen una naturaleza diferente a los datos de los sentidos y al material organizado mediante formas de intuición a priori o categorías. Los contenidos de la conciencia se muestran por sí mismos. Fenómeno y conciencia son términos correlativos: toda conciencia es conciencia de algo y este algo es el fenómeno que se da en aquella conciencia. La correlación fenómeno-conciencia está por encima de todo dualismo sujeto-objeto, en tanto que realidades.

SIGNIFICADO DE NOEMA Y NOESIS

En su análisis fenomenológico de los contenidos de la conciencia, Husserl diferencia un aspecto noético de un aspecto noemático. La noesis se aplica a todo hecho o vivencia de la conciencia en sí misma, mientras que noema se refiere al sentido o al contenido de dicha vivencia, en el supuesto general que toda conciencia o todo contenido de conciencia, es conciencia de algo. Introduce modificaciones, enfatizando que la conciencia es conciencia de algo y que este algo u objeto

intencional de todo acto de conciencia se encuentra presente en la conciencia misma como unidad idéntica de cambiantes modos de conciencia.⁽⁵²⁾

Husserl llama noesis al acto psíquico individual de pensar y noema al contenido objetivo del pensamiento. Esta distinción se basa en que el contenido es independientemente del acto de pensamiento.⁽⁵²⁾

En su ensayo sobre la fenomenología Azocar A.⁽⁶³⁾, refiere que el resultado de la reducción fenomenológica o epojé es que no queda sino el residuo fenomenológico, a saber, las vivencias o fenómenos de la conciencia, cuya estructura intencional presenta dos aspectos fundamentales: el contenido de conciencia, noema, y el acto con que se expresa este contenido, noesis. Y el resultado de la reducción fenomenológica no es sólo la aparición de lo que se da a conocer a la conciencia (las noemas), sino también el que todo es conciencia (noesis); esta unidad de noema y noesis configura la unidad de conciencia, o la subjetividad; esto es, el sujeto trascendental.

La fenomenología lleva metódicamente, a través de los noemas, al descubrimiento y análisis de los objetos del mundo (cosas, animales, psiquismos) y al descubrimiento y análisis de los demás, los otros, como sujetos igualmente conscientes, con los que construimos (intersubjetivamente) el sentido del mundo o un mundo común para todos nosotros.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA.

ACTITUD

Puede considerarse a la actitud como el vínculo existente entre el conocimiento adquirido por un individuo y la acción que realizará en el presente y en el futuro. También, en su memoria, cada individuo lleva depositada la influencia del pasado. Por ello, la actitud frente a la vida está relacionada con la visión que tengamos del mundo que nos rodea. Así, que lo que influye en cada uno de nosotros depende de la opinión que tengamos de los hechos antes que de los hechos mismos. De ahí que nuestra actitud cambiará si también lo hacen nuestras opiniones y nuestras creencias.

(64)

La actitud frente a la vida está relacionada con la visión que tengamos del mundo que nos rodea. De ahí aquello de que “lo que influye en cada uno de nosotros depende de la opinión que tengamos de los hechos antes que de los hechos mismos”.

Las actitudes se adquieren de los padres, maestros y grupos de compañeros. Nacemos con ciertas predisposiciones genéticas. Después, en nuestros primeros años, empezamos a moldear nuestras actitudes de acuerdo con aquellos que admiramos, respetamos o tal vez hasta tememos. Observamos la manera en que la familia y los amigos se comportan y moldeamos nuestras actitudes y comportamiento para

alinearlos con los de ellos. La gente también imita las actitudes de individuos populares y de aquellos que admiran y respetan.

Las actitudes, como estructuras psicológicas, configuradas por el sujeto cumplen funciones básicas en el individuo, tal como: Dan una interpretación del mundo, son instrumentales, adaptativas o utilitarias, expresan de los valores y creadoras de autoestima. No son innatas, sino que se adquieren, se aprenden, se modifican, se maduran y suelen ser estables, y su fundamento último hay que buscarlo en los valores. ⁽⁶⁵⁾

Asimismo, las actitudes desde la psicología, se manifiestan en tres tipos de respuestas.

- Las respuestas afectivas, basadas en los sentimientos que hacen reaccionar a una persona y tomar una actitud en una situación determinada.
- Las respuestas cognitivas, basadas en las creencias y valores que una persona tiene como referencia en su vida.
- Las respuestas conductuales, basadas en, en el comportamiento que tenemos en una situación.

Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las opiniones son ideas que uno

posee sobre un tema y no tienen por que sustentarse en una información objetiva. Por su parte, los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social. Finalmente, las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimientos propios. Las actitudes orientan los actos si las influencias externas sobre lo que se dice o hace tienen una mínima incidencia. También los orientan si la actitud tiene una relación específica con la conducta, a pesar de lo cual la evidencia confirma que, a veces, el proceso acostumbra a ser inverso y los actos no se corresponden, se experimenta una tensión en la que se denomina disonancia cognitiva.

Las actitudes tienen mucho interés para los psicólogos porque desempeñan un papel muy importante en la dirección y canalización de la conducta social. Las actitudes no son innatas, sino que se forman a lo largo de la vida. Éstas no son directamente observables, así que han de ser inferidas a partir de la conducta verbal o no verbal del sujeto. ⁽⁶⁵⁾

SISTEMAS DE CREENCIA

Las creencias son pensamientos y sentimientos de certidumbre que viven dentro de nosotros y se refieren a una persona, situación o cosa. De esta manera, todas nuestras acciones, construcciones y materializaciones son resultados de nuestras creencias. ⁽⁶⁶⁾

Asimismo, la mayoría de las creencias están basadas en experiencias pasadas con resultados dolorosos o placenteros. Son interpretaciones personales de los

resultados, una vez aceptadas, ejercen un poder increíble sobre nuestras acciones futuras.

El cerebro humano no puede diferenciar entre lo que es imaginado vívidamente y lo que es experimentado físicamente. Esto significa que usted puede lograr lo que sea, desarrollando el sentido de certeza que proporcionan las creencias.

En este mismo orden de ideas, Kovac A. ⁽⁶⁷⁾ hace referencia a los Sistemas de Creencias: a lo largo de la vida, vamos acumulando experiencias y creencias sobre como son, o como deberían ser las cosas. Son “nuestras verdades” y de acuerdo a ellas es la forma en que nos desenvolvemos en los diferentes casos que se nos van presentando.

Por lo tanto, el sistema de creencias está basado en un conjunto de normas impuestas en gran parte por la sociedad en la que nos desarrollamos, es decir desde la educación del hogar, la escuela, leyes de urbanidad o convivencia, creencias religiosas, entre muchas otras hasta la moda, sea ésta relacionada a la vestimenta, al físico o la estética corporal en general. Todo ese conjunto de normas están compuestas de palabras y acciones fueron siendo inculcadas durante el transcurso de la vida, conforman una gran barrera, no armada por nosotros, que no nos permite fluir desde adentro como verdaderamente sentimos y necesitamos. ⁽⁶⁷⁾

Existen dos tipos de creencias, a las cuales llama resistibles e irresistibles. Las primeras hacen referencia a creencias presentadas como respuesta a estímulos sociales, y que luego son abandonados por el sentido común para adoptar representaciones nuevas. Las segundas, las irresistibles, son como ilusiones perceptuales: nosotros no tenemos la libertad de desecharlas, tenerlas o corregirlas, si se necesita hacerlo; son las ideas, memorias, o rituales que toman posesión de nosotros y son inadvertidamente asociadas en su forma, como si fueran independientes de nuestro razonamiento. Ejemplos de esto último son los prejuicios, trivialidades, proverbios, significados compartidos y también los paradigmas. Estas diversas formas de creencias van a venir a constituir, tal como se verá más adelante, los contenidos de las representaciones sobre un padecimiento crónico. ⁽⁶⁸⁾

Las creencias epistemológicas conforman un conjunto de premisas y presuposiciones personales acerca del conocimiento y del aprender. Considerable evidencia científica sustenta el hecho que tal constructo, acuñado por psicólogos y educadores, juega un importante rol en el entendimiento del proceso cognitivo. Según el modelo actual, las "creencias epistemológicas" deben ser entendidas como un conjunto de creencias y actitudes que integran una teoría individual acerca de la naturaleza, certeza, origen y justificación del conocimiento. Esta teoría individual "ilustra" que las ideas de las personas acerca del conocimiento forman una estructura continua y conexas, aunque no necesariamente formal y explícita -como en el caso de un filósofo profesional. ⁽⁶⁹⁾

EMOCIONES

Para Aristóteles la emoción era una agitación del alma, como ejemplos el miedo, el temor, angustia, rabia, la alegría etc. El alma se siente agitada, movida por las emociones las cuales siempre aparecen ante la perspectiva de algo que las genera. Para algunas personas, incluyendo algunos filósofos, las emociones deberían ser descartadas, pues para éstos las emociones son perturbaciones del ánimo. Estas perturbaciones empañan la serenidad que acompaña a la racionalidad, por lo que las emociones han sido consideradas por algunos, como opuestas a la razón.

Los filósofos han discutido mucho el papel de las emociones en la vida del hombre. Unos abogan porque debe buscarse armonía entre ellas, otros que solamente deben cultivarse las emociones que causan alegría o placer y otros que cualquiera que sea el tipo de emoción, éstas deben experimentarse con moderación, con control.

Oatley ⁽⁷⁰⁾, señalaba que lo realmente definitorio y diferenciador de las emociones es la disposición para la acción y la "cualidad fenomenológica". Así, una emoción podría definirse como una experiencia afectiva en cierta medida agradable o desagradable, que supone una cualidad fenomenológica característica y que compromete tres sistemas de respuesta: cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico-adaptativo.

Las emociones y los sentimientos no son, como las funciones cognoscitivas, si no que son el reflejo de las necesidades de y los motivos de actividad del sujeto. Existen diferentes tipos de vivencias emocionales tales como: La alegría, la tristeza, la cólera, la indignación, el miedo.

Las vivencias emocionales positivas o negativas dependen de las exigencias o necesidades de la sociedad y se caracterizan únicamente por la relación que hay entre las causas que las producen, las necesidades del hombre y las exigencias de la sociedad.

Una vivencia emocional positiva es la alegría, amor, satisfacción, etc. y las vivencias emocionales negativas son la insatisfacción, tristeza, angustia, miedo. Los sentimientos se diferencian de las emociones ya que han aparecido a través del desarrollo de la humanidad y dependen de las condiciones en las que viva el hombre y sobre todo por las necesidades de relación en la sociedad.

Las emociones están motivadas por cualidades aisladas de los objetos, los sentimientos son específicos del hombre ya que han aparecido en el desarrollo del ser humano.

Las Emociones y sentimientos son distintos tipos de vivencias emocionales o actitudes subjetivas hacia la realidad o distintas maneras de sentir lo que actúa sobre el sujeto.

El sujeto tiene una actitud emocional hacia los objetos o fenómenos que lo rodean y los siente de distinta manera según las emociones objetivas que estos le causen. Sin embargo no todo objeto o fenómeno real motiva a una actitud emocional debido a que la mayoría de lo que se percibe le es indiferente. Solamente motiva a una reacción emocional aquello que de alguna manera directa o indirectamente sirva para satisfacer las necesidades del sujeto. ⁽⁷¹⁾

La emoción surge ante una situación que aparece de repente, bruscamente. No es instintivo, ni tampoco innato y es el resultado de un aprendizaje. Por lo tanto, es adquirido por procesos complejos de aprendizajes de una cultura y por incorporación de vivencias personales.

Los sentimientos, en función de los seres sociales de nuestro contexto social y cultural, son resultado de la relación, vivencias y experiencias de nuestra forma de actuar. Son estados afectivos, más complejos, más estables, más duraderos y menos intensos que las emociones. No hay un estímulo que hace que surja en un momento, si no que es producto de una situación progresiva que deja su huella.

El sentimiento se distingue básicamente de la emoción por estar revestido de un número mayor de elementos intelectuales y racionales. En el sentimiento ya existe alguna elaboración en el sentido de entender y comprender. En el sentimiento ya

tiene lugar cierta aproximación a la reflexión y al libre albedrío, a la espiritualidad y a la racionalidad o evolución humana

La fuerza creativa no se acciona directamente por el pensamiento. Toda acción creativa es resultante de un sentimiento. Por tanto, los sentimientos desempeñan un papel muy importante, porque son ellos los que accionan todos los pensamientos y la materialización de los actos.

Emociones y sentimientos ⁽⁷²⁾, caminan muy cerca unos de otros. Incluso porque afloran desde el mismo punto de la mente, el subconsciente, aunque las emociones sean más reptilianas (primitivas, instintivas, carentes de cierta censura), mientras que los sentimientos son emociones que ya han pasado por filtros concienciales y espirituales. La gran diferencia está en el proceso evolutivo del individuo, o sea, si él acepta ser movido: por los instintos y la irracionalidad (emoción), o bien por la espiritualidad, asumiendo su libre albedrío y todas sus consecuencias (sentimiento).

Alegría es sentimiento. Euforia es emoción. La alegría es espontánea, y la mayoría de las veces no depende de un motivo o causa, simplemente sucede y se desborda. Es calma y contagiante. La euforia atropella, es inadecuada, incomoda y es poco diplomática. Normalmente, tras la euforia surgen cuadros de frustración, depresión y apatía.

Tristeza es sentimiento. Depresión es emoción. La tristeza es inevitable en algunas situaciones de la vida, pero puede ser vivenciada juntamente con la paz porque se llega a entender que todo es pasajero y transitorio, y asimismo aprendizaje.

Miedo es sentimiento. Pánico es emoción. Los miedos son muchos e incluso sirven como auto -protección, auto - preservación o alerta. Pero el miedo constante, sin motivo aparente o real, el que paraliza, revela falta de lucidez y confianza.

Rabia es sentimiento. Odio es emoción. Es humano expresar el sentimiento de rabia, incluso como una toma de posición, un discernimiento. Pero este sentimiento ha de ser rápido, pasajero, el tiempo de aprender cómo transformarlo en actitudes realizadoras, en oportunidades para el ejercicio de la paciencia, la tolerancia y la comprensión. Jamás permitas que la rabia se transforme en resentimiento, rencor u odio, pues este es el camino de la auto-destrucción.

Amor es sentimiento. Pasión es emoción. El Amor anima y liberta. Juntamente con la pasión vienen como obsequio los celos, el dolor, la inseguridad y el posesivismo. ⁽⁷²⁾

LA DIMENSIÓN AXIOLÓGICA DE LA ACTIVIDAD HUMANA

VALORES.

Según Ramos, los valores son construcciones que subsisten y se realizan en el ser humano, por y para éste. En consecuencia, las cosas naturales o creadas por el sujeto, sólo adquieren un valor al establecerse la relación entre aquellas y éste, quien las integra a su mundo como cosas humanizadas. ⁽⁷³⁾

Los valores son esencias, hechos fenomenológicos, distinguibles tanto de los hechos naturales como de los hechos científicos. Son la expresión del tono moral, cultural, afectivo y social marcado por la familia, la escuela, las instituciones y la sociedad en que nos ha tocado vivir.

Así pues los valores reflejan la personalidad de los individuos, asimismo sirven para guiar la vida de los seres humanos, mediatizan la percepción que nos formamos de los demás y de nosotros mismos. Sirven de base para juzgar a los demás, para mantener y exaltar la autoestima. Son metas ideales que trascienden a las situaciones. Son patrones normativos y determinantes de actitudes y conductas. De igual forma, los valores dignifican y acompañan la existencia de cualquier ser humano. Facilitan la relación madura y equilibrada con el entorno, con las personas, acontecimientos y cosas, proporcionándonos un poderoso sentimiento de armonía personal. ⁽⁷³⁾

Por otra parte, existen diversos tipos de valores: espirituales, morales o humanos: personales, estéticos, familiares, sociales, religiosos.

La dimensión axiológica de la actividad humana concedida como valor y valoración, y como proceso y resultado, en tanto momento esencial del devenir humano, deviene atributo cualificador de la subjetividad humana, como lo son también los momentos gnoseológicos, prácticos y comunicativos de la actividad humana.⁽⁷⁴⁾

Más que teorizar sobre los valores, nos preocupa encontrarlos, cultivarlos en la conducta del hombre como medio de ascensión humana, para revelar un conjunto unitario de cualidades humanistas, coherentemente estructuradas en torno a la persona, su razón de ser y los modos de conducir la creación de condiciones sociales favorables, ya que los valores son también modos esenciales del devenir del hombre en su naturaleza social, integrados en la cultura, a manera de formas de existencia del ser humano y sus necesidades materiales y espirituales.

LA DIGNIDAD HUMANA

Digno proviene del latín *dignus*, significa que merece algo, en sentido favorable o adverso. Considerando el término de manera absoluta se toma en buen sentido en contraposición a indigno, la segunda acepción es proporcionada al merito y condición de una persona. Es una cualidad inseparable del ser humano.

La dignidad como concepto y fuente de respeto a cada hombre por ser tal, ha venido surgiendo en el devenir de la humanidad por diversas fuentes: la filosófica, la religiosa, la institucional tanto política como jurídica y en el área de la salud. En el campo de la medicina, el valor de la persona en su condición de enfermo, se ha reconocido desde la antigüedad en los códigos y juramentos, hasta nuestros días en las declaraciones y las leyes existentes, como la Declaración Universal de los Derechos del Hombre (ONU, 1948), a la altura de la Carta Magna y Declaración Francesa de los Derechos del Hombre, como un hito en la lucha por su dignidad y su libertad.⁽⁷⁵⁾

La dignidad es vista en la actualidad como una categoría multidisciplinar, producto de la reivindicación y conquista histórica de los derechos naturales del ser humano, para constituirse en el imperativo categórico de nuestro tiempo y que permite mediante la libertad irreductible y propia, con responsabilidad ética y con una capacidad inexorable la construcción de una cultura de la vida y una sociedad donde se conviva en armonía y justicia. La dignidad evoluciona en la medida que la racionalidad y las libertades individuales consolidan la democracia y las seguridades jurídicas y políticas de solidaridad en los pueblos.

La educación en valores⁽⁷³⁾, enseña que la “dignidad” es un valor singular que puede reconocerse en el ser humano por sus actos. Por ello, dichas conductas las podemos descubrir en nosotros mismos o las podemos ver en los demás, generalmente se

aprenden más a través del modelaje y se refuerza en el contraste de lo observado externamente con uno-mismo. Lo cierto es, que no podemos otorgarla ni está en nuestras manos retirársela a alguien. Es algo que viene dado, es innato en nuestro ser.

El significado de ser humano se fue diluyendo en el devenir del tiempo, con el progreso de la ciencia; se fue desintegrando con la aparición de las disciplinas actuales. Lo biológico, lo psíquico, lo espiritual, lo social, cultural e histórico se fue fragmentando; la unidad compleja de la naturaleza humana debe restaurarse de tal manera que se tenga conocimiento que todos los seres humanos poseen una identidad común al mismo tiempo que una identidad compleja. Así lo plantea Morín en “Los siete saberes necesarios para la educación del futuro”, él afirma que estos saberes son imperativos en la transformación de la sociedad humana, la cual es a su vez indispensable para satisfacer las necesidades del hombre. Es a través de la educación como se pueden lograr los cambios fundamentales en nuestros estilos de vida, en nuestro comportamiento. ⁽⁷⁵⁾

Se debe retomar el ser, darle prioridad, su lugar en la sociedad incluyéndolo, para ello se deben romper las barreras tradicionales entre las disciplinas, de manera de volver a unir lo que hasta ahora estaba separado. La educación debe modificarse, de manera que se pueda enfrentar la complejidad creciente del medio ambiente, los cambios rápidos e imprevisibles de nuestro mundo exterior a los cuales ha de adaptarse

nuestro mundo interior. El conocimiento debe reorganizarse para poder modificar nuestro pensamiento.

En la medida que las diferentes disciplinas se centren en el ser visto desde la dimensión de la complejidad, desde su totalidad, éste podrá comprenderse mejor, y es que la condición humana debe ser esencial en cualquier disciplina. Reconocer la unidad y la complejidad humana, reuniendo y organizando conocimientos dispersos en las ciencias de la naturaleza, las ciencias humanas, la literatura, la filosofía, permitirá mostrar la unión indisoluble entre la unidad y la diversidad de todo lo que es humano. La condición humana debe rescatarse, en todos los ámbitos, incluyendo el de las ciencias.

El componente valorativo de la actividad y de todo el proceso del devenir humano, comprendido en sus diversas expresiones y niveles, como valor y valoración; y en la relación dialéctica de lo objetivo-subjetivo, lo absoluto-relativo y lo general-particular, posee una gran importancia teórico-metodológica y práctica para la comprensión del hombre y la sociedad.

Como al hombre no sólo le preocupa qué son las cosas, cuál es su esencia (conocimiento), sino ante todo, para qué le sirven, qué necesidades satisfacen o qué le falta para realizarlas (valor, valoración, juicios valorativos) en la aprehensión práctico-espiritual de la realidad, la dimensión valorativa de su actividad cumple una

función orientadora-reguladora en la realización de su ser esencial. Los valores y la valoración humana, al ser desprendimiento de la praxis misma, le imprimen vitalidad, (vitalidad) energía creadora, imaginación para superarse a sí mismo y transitar a nuevos peldaños de realización. ⁽⁷⁶⁾

No es lo mismo conocer una necesidad, la carencia de algo, que esforzarse por darle realidad efectiva, por convertir el en sí, en para sí, e integrarlo al devenir humano en formas nuevas y superiores de realización. Por eso el componente cognoscitivo de la actividad humana se completa y hace realidad efectiva, en estrecha interacción con el componente valorativo.

Conocer la realidad, hacerla objeto y valorarla, que es al mismo tiempo, evaluarla, superarla e integrarla en función de las necesidades e intereses del hombre y la sociedad, comporta realizar el ser esencial del hombre, en tanto sujeto. Es identificar su naturaleza humana, en esencia social, e integrarla al cuerpo de la cultura como contenido y medida de su desarrollo.

En esta misma dirección de análisis, elucidación y discernimiento del valor, como concepto sociocultural, como concepto psicológico y como concepto lógico-gnoseológico, se integra en su expresión sintética a la concepción del mundo y, por consiguiente, como una totalidad sistémica inserta en la subjetividad humana. ⁽⁷⁷⁾

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

El estigma, la discriminación y los derechos humanos fueron la base de la Campaña Mundial de Lucha contra el Sida de los años 2002 y 2003, cuyo objetivo primordial era prevenir, disminuir y eliminar todas las formas de discriminación y estigma relacionadas con el VIH/SIDA. ⁽⁷⁸⁾

ESTIGMA

El fenómeno del estigma social, definido por el sociólogo Goffman, E. ⁽⁷⁹⁾ en el año 1963, puede describirse como un atributo profundamente desacreditador dentro de una interacción social particular, donde el individuo que lo porta queda reducido, para otros participantes de la interacción, de una persona completa y normal a una cuestionada y de disminuido valor social.

Parker y Aggleton ⁽⁸⁰⁾ prefieren describir al estigma como un proceso que varía de acuerdo con la cultura, donde surgen nuevos estigmas y otros van desapareciendo. Para estos investigadores sociales las verdaderas raíces del estigma asociado al VIH/SIDA descansan profundamente en las estructuras genéricas (de género), económicas, raciales y sexuales, que pueden ser encontradas en cada sociedad.

El estigma yace principalmente en el mundo de las percepciones y actitudes, como un atributo negativo de un grupo o un individuo. La discriminación se mueve entre las

acciones y el comportamiento – un trato diferencial basado en esas actitudes negativas.

Por otra parte, la discriminación, tal como la define el ONUSIDA 2000, hace referencia a cualquier forma de distinción, exclusión o restricción arbitrarias que afecte a una persona, generalmente pero no exclusivamente, por motivo de una característica personal inherente o por su presunta pertenencia a un grupo concreto – en el caso del VIH y el SIDA, el estado seropositivo, confirmado o sospechado, de una persona–, con independencia de que exista o no alguna justificación para tales medidas.⁽⁸¹⁾

En efecto, algunas personas aun conociendo las formas de transmisión del VIH, experimentan miedo y angustia producto de los significados culturales asociados a la esta condición de salud, las cuales puede inducir las a asumir comportamientos estigmatizantes y discriminatorios hacia las personas que viven con el VIH y/o SIDA, justificando estos comportamientos a partir de estereotipos y argumentos que no se sostienen frente a un análisis racional.⁽⁸²⁾

EL VIH Y EL SIDA COMO ENFERMEDAD.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana pertenece a la familia de retrovirus humanos (Retroviridae), dentro de la subfamilia de lentivirus. Se conoce el VIH 1 y VIH 2. Es ARN y su característica principal es la transcripción inversa de su ARN genómico a

ADN por actividad de la transcriptasa inversa. Provoca importante inmunodeficiencia al afectar la inmunidad celular principalmente a través del agotamiento de los linfocitos CD4 por los cuales tiene mayor afinidad, también invade macrófagos y células dendríticas.

MODO DE TRANSMISIÓN:

La transmisión del VIH puede ocurrir por dos vías: 1) Transmisión Horizontal (Contacto sexual íntimo, contacto parenteral con productos sanguíneos o líquidos corporales que contengan sangre). 2) Transmisión Vertical (madre a hijo) del VIH constituye la forma más frecuente en niños, y equivale a más del 80%. Puede ser: a) Transmisión Intraútero, b) Transmisión intraparto (64 %), c) Transmisión post-parto por la lactancia materna: (14%)

ETAPAS DE LA ENFERMEDAD:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1994 (83), describieron las siguientes etapas de la enfermedad:

- 1) Infección Primaria;
- 2) Asintomático,
- 3) Sintomática,
- 4) SIDA

CLASIFICACIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN NIÑOS:

En 1994 el Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) en los Estados Unidos de Norteamérica. elaboró un sistema de clasificación para la infección de niños menores de 13 años, remplazando el de 1987, este toma en cuenta la condición clínica, el estado infeccioso e inmunológico y lo divide en categorías mutuamente excluyentes y toma en cuenta tres parámetros⁽⁸⁴⁾

- a) Estado infeccioso,
- b) Estado clínico,
- c) Estado inmunológico.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LA OMS DE LA INFECCIÓN POR EL VIH ESTABLECIDA⁽⁸⁵⁾

Síntomas asociados a la infección por VIH. Estadios Clínicos de la OMS

Asintomático	1
Síntomas leves	2
Síntomas avanzados	3
Síntomas graves	4

ESTATIFICACIÓN CLÍNICA DE LA OMS DE LA INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA EN NIÑOS CON INFECCIÓN POR EL VIH CONFIRMADA ⁽⁸⁵⁾

ESTADIO CLÍNICO 1: Asintomático. Linfadenopatía generalizada persistente

ESTADIO CLÍNICO 2: Hepatoesplenomegalia persistente idiopática. Erupciones papulares pruriginosas. Infección extensa por papilomavirus. Infección extensa por molusco contagioso. Onicomycosis. Úlceras orales recurrentes. Hipertrofia parotídea persistente idiopática. Eritema gingival lineal. Herpes Zoster. Infecciones del tracto respiratorio superior recurrentes o crónicas (sinusitis, amigdalitis, otitis media, otorrea).

ESTADIO CLÍNICO 3: Desnutrición moderada idiopática que no responde adecuadamente al tratamiento estándar. Diarrea idiopática persistente (≥ 14 días)-. Fiebre idiopática persistente ($> 37,5^{\circ}$ C, intermitente o constante, durante más de un mes). Candidiasis oral persistente (a partir de las 6 a 8 semanas de vida). Leucoplasia oral vellosa. Gingivitis / periodontitis ulcerativa necrotizante aguda. Tuberculosis ganglionar. Tuberculosis pulmonar. Neumonía bacteriana grave recurrente. Neumonitis intersticial linfoide sintomática. Enfermedad pulmonar crónica asociada al VIH (incluyendo bronquiectasias). Anemia ($< 8,0$ g/dl), neutropenia ($< 0,5 \times 10^9/l$) y/o trombocitopenia crónica ($< 50 \times 10^9/l$). Idiopático.

ESTADIO CLÍNICO 4: Síndrome de consunción grave idiopático, retraso del crecimiento o desnutrición grave que no responde al tratamiento estándar. Neumonía por *Pneumocystis*. Infecciones bacterianas graves recurrentes (empiema, piomiositis, osteomielitis, artritis, meningitis; excluyendo neumonía). Infección crónica por virus herpes simplex (orolabial o cutánea de más de un mes de duración, o visceral de cualquier duración). Tuberculosis extrapulmonar. Sarcoma de Kaposi. Candidiasis esofágica, o candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar. Toxoplasmosis del sistema nervioso central (después del período neonatal). Encefalopatía por VIH. Infección por citomegalovirus (retinitis o infección por citomegalovirus que afecte a otros órganos y que se inicie después del período neonatal). Criptococosis extrapulmonar (incluyendo meningitis). Micosis endémica diseminada (histoplasmosis extrapulmonar, coccidioidomicosis). Criptosporidiasis crónica. Isosporiasis crónica. Infección diseminada por micobacterias no tuberculosas. Linfoma no Hodgkin de linfocitos B ó cerebral. Leucoencefalopatía multifocal progresiva. Nefropatía asociada al VIH o miocardiopatía asociada al VIH.

CLASIFICACIÓN INMUNOLOGICA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).⁽⁸⁵⁾

NINGUNA O NO SIGNIFICANTE

- 1) 35% T-CD4+ en niños < 11 meses
- 2) 30% T-CD4+ en niños de 12 a 35 meses

- 3) 25% de T-CD4+ en niños de 36 a 59 meses
- 4) Contaje absoluto de T-CD4>500/microL para niños mayores de 5 años

LIGERA- MODERADA:

- 1) 30 – 35% de células T-CD4+ para niños menores de 11 meses.
- 2) 25 – 30% de células T-CD4+ para niños de 12 a 35 meses.
- 3) 20 – 50% de células T-CD4+ para niños de 36 a 59 meses, y
- 4) Contaje absoluto de T-CD4+ de 350 a 499/microL para niños mayores de 5 años

AVANZADA:

- 1) 25 – 29% de células T-CD4+ para niños menores de 11 mese.
- 2) 20 – 24% de células T-CD4+ para niños de 12 a 35 meses.
- 3) 15 – 19% de de células T-CD4+ para niños 36 – 59 meses. Y
- 4) Contaje absoluto de T-CD4+ de 200 a 349/microL para niños mayores de 5 años.

SEVERO:

- 1) 255 de células T-CD4+ para niños menores de 11 m2ses.
- 2) < 20% de células T-CD4+ para niños de 12 – 35 meses.
- 3) > 15% de células T-CD4+ para niños de 36 – 59 meses y

- 4) < 15% T-CD4+ o conteaje absoluto de T-CD4 < 200 para niños mayores de 5 años.

En muchos países los pacientes no tienen acceso a realizar carga viral por lo cual la ONS no usa este parámetro para tomar la decisión de tratar, si embargo si se conoce la carga viral y mediante esta clasificación se ubica en los estadios 3 y 4 ellos deberán recibir antirretrovirales. Hay cuatro enfermedades que clasifican a estos pacientes como estadio 3 de acuerdo a la OMS y ameritan tratamiento (Tuberculosis pulmonar, Leucoplasia pilosa oral, Trombocitopenia y Neumonía intersticial linfoidea); mientras aquellos con enfermedades en los estadios 1 y 2 no deben recibir terapia a menos que tengan severa inmunosupresión, basándose en valores de T-CD4+ o en el conteaje de linfocitos.

BIOSEGURIDAD ⁽⁸⁶⁾

El número de lesiones y enfermedades ocupacionales sufridas por el equipo de salud (ES) se ha incrementado en la última década; su atención representa un desafío al requerir un abordaje preventivo y medidas de tratamiento oportuno. La exposición ocupacional a riesgos biológicos, particularmente a agentes patógenos de la sangre, necesita intervenciones de manera prioritaria.

Por consiguiente, hay que disminuir la exposición ocupacional a agentes patógenos transmitidos por sangre en el equipo de salud, mediante la mejora e implantación de

políticas para proteger a los trabajadores (a nivel nacional, estatal y local), y logrando la participación activa de trabajadores de salud, organizaciones, empleadores, instituciones educativas y gobierno en los programas de prevención.

Equipo de salud (E.S.): Se define como aquellas personas cuyas actividades involucran contacto con pacientes y/o sus fluídos corporales (sangre, líquido cefalorraquídeo, secreción vaginal, etc.) Ejemplo: Médicos, bioanalistas, odontólogos, enfermeras, estudiantes, empleados, obreros del sector salud, etc.

Fuente: Se define como el paciente y/o sus fluídos corporales con el cual el T.S. tiene una exposición, la fuente puede ser positiva para Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH, negativa para VIH ó de status serológico desconocido.

Exposición: Se define como un accidente que coloca a riesgo al trabajador de salud de adquirir una infección con el VIH y/u otros patógenos transmitidos por sangre.

Síndrome retroviral agudo: Es el conjunto de síntomas y signos (fiebre, cefalea, adenomegalias, rash, etc.) que pueden presentar algunos pacientes cuando tienen una infección reciente por el VIH. En esta etapa de la enfermedad la prueba de Elisa para el VIH es negativa, la infección aguda se diagnóstica mediante cultivo viral, PCR y antigenemia.

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: Infección por el VIH en sus infecciones y/o Neoplasias oportunistas, y/o disminución de linfocitos CD4 menor de 200/mm³

Agente infeccioso: Un microorganismo capaz de producir una infección o una enfermedad infecciosa.

Desinfección: Eliminación de agentes infecciosos que están fuera del cuerpo por medio de la exposición directa a agentes químicos o físicos.

Esterilización: Destrucción de todas las formas de vida por calor, radiación, gas (óxido de etileno o formaldehído) o tratamiento químico.

Desinfección concurrente (OPS): Es la aplicación de medidas desinfectantes lo más pronto posible después de la expulsión de material infeccioso del organismo de una persona infectada, o después de que hayan sido contaminado con dicho material algunos objetos.

Desinfección terminal (OPS): Es la que se hace después de egresar al paciente, ya sea por defunción o después de haberse suspendido el aislamiento hospitalario u otras medidas.

Infección: Penetración y desarrollo o multiplicación de un agente infeccioso en el organismo de personas o animales.

Usuarios: Todo el personal expuesto a factores de riesgo biológico.

Elementos de protección personal:

Protección ocular o lentes de seguridad: Para, Médicos que realizan procedimientos médico-quirúrgicos con elevado riesgo de contacto con fluidos y/o secreciones, Médicos ayudantes en cirugías, personal de Enfermería sólo si realiza procedimientos con factor de riesgo biológico, personal de laboratorio clínico y de patología, Médicos que realicen procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos.

Mantenimiento:

Lavar los protectores oculares con agua y jabón.

Utilizar un pañuelo facial para secador; no emplear otro tipo de tela o material abrasivo, tampoco frotarlas con las manos.

Evitar dejar caer los lentes o colocarlas con los lentes hacia abajo porque se

Pueden rayar fácilmente. Guardarlas en el estuche respectivo.

Almacenarla en un lugar seguro y en óptimas condiciones de aseo.

No utilice soluciones cáusticas para su lavado, no las esterilice en autoclave.

Uso de protección buconasal y facial (mascarilla):

Bata quirúrgica: (preferible largas con protección de miembros superiores):

Para, Médicos cirujanos principales y ayudantes que realicen procedimientos invasivos con riesgo de contacto con fluidos y/o líquidos corporales, médicos que realizan procedimientos en salas de hospitalización o unidades de terapia intensiva, como venoclisis, colocación vía central, paracentesis, toracocentesis, punción lumbar, estudio médula ósea, entre otros, enfermeras que atienden pacientes con heridas y en los cuales hay que realizar manejo de secreciones y/o fluidos corporales.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD

El concepto de bioseguridad se estableció con el propósito de reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas, o no de infección, en servicios de salud vinculados a accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales. Sin embargo otros autores ampliaron el concepto, y lo definieron como un sistema de conocimientos, actitudes y prácticas que promueven la prevención de accidentes laborales en el campo de laboratorio y práctica médica, o bien como una doctrina del comportamiento que compromete a todas las personas del ambiente asistencial con el fin de diseñar estrategias que disminuyan los riesgos. Toda medida preventiva debe enmarcarse dentro de los postulados:

Universalidad: Se debe involucrar al personal y pacientes de todos los servicios, aún sin conocer su serología; debiendo seguir todas las recomendaciones estándares para prevenir exposición a riesgos.

Barreras: Comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre u otros fluidos en potencia contaminantes u otras sustancias nocivas, mediante la utilización de medidas o materiales que se interpongan al contacto de los mismos.

Medios de eliminación de material contaminado: Se refiere al conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados por medio de los cuales el material utilizado en la atención del paciente se elimina sin riesgo.⁽⁸⁶⁾

Las Normas Generales de Bioseguridad son:

- Mantenga el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene y aseo.
- Evite fumar, beber y comer cualquier alimento en el sitio de trabajo.
- No guarde alimentos, en las neveras ni en los equipos de refrigeración de sustancias contaminantes o químicos.
- Maneje todo paciente como potencialmente infectado. Las normas universales deben aplicarse con todos los pacientes, independientemente del diagnóstico, por lo que se hace innecesaria la clasificación específica de sangre y otros líquidos corporales.

- Lávese cuidadosamente las manos antes y después de cada procedimiento e igualmente si se tiene contacto con material patógeno.
- Utilice en forma sistemática guantes plásticos en los procedimientos que conlleven manipulación de elementos biológicos y/o cuando maneje instrumental o equipo contaminado en la atención de pacientes.
- Utilice un par de guantes por paciente.
- Absténgase de tocar con las manos enguantadas alguna parte del cuerpo y de manipular objetos diferentes a los requeridos durante el procedimiento.
- Emplee mascarilla y protectores oculares durante procedimientos que puedan generar salpicaduras góticas -aerosoles- de sangre u otros líquidos corporales, como ya se señaló.
- Use batas o cubiertas plásticas en aquellos procedimientos en que se esperen salpicaduras, aerosoles o derrames importantes de sangre u otros líquidos orgánicos.
- Evite deambular con los elementos de protección personal por fuera de su sitio de trabajo.

- Mantenga sus elementos de protección personal en óptimas condiciones de aseo, en un lugar seguro y de fácil acceso.
- Utilice equipos de reanimación mecánica, para evitar el procedimiento boca a boca.
- Evite la atención directa de pacientes si usted presenta lesiones exudativas o dermatitis serosas, hasta tanto éstas hayan desaparecido.
- Mantenga actualizados los esquemas de vacunación contra el riesgo de Hepatitis B.
- Las mujeres embarazadas que trabajen en ambientes hospitalarios expuestas al riesgo biológico VIH/SIDA y/o Hepatitis B-C, deberán ser muy estrictas en el cumplimiento de las precauciones universales y cuando el caso lo amerite, se deben reubicar en áreas de menor riesgo.
- Aplique en todo procedimiento asistencial las normas de asepsia necesarias.
- Utilice las técnicas correctas en la realización de todo procedimiento.
- Maneje con estricta precaución los elementos cortopunzantes y dispóngalos o deséchelos en recipientes a prueba de perforaciones. Los que son para reutilizar, se

deben someter a los procesos de desinfección y esterilización; los que se van a desechar, preferiblemente se les coloca en el recipiente hipoclorito de sodio a 5.000 ppm durante 30 minutos, se retira luego el hipoclorito y se esterilizan o incineran. Puede emplearse otro tipo de desinfectante que cumpla los requisitos mínimos de este proceso.

- No cambie elementos cortopunzantes de un recipiente a otro.
- Absténgase de doblar o partir manualmente las hojas de bisturí, cuchillas, agujas o cualquier otro material cortopunzante.
- Evite desenfundar manualmente la aguja de la jeringa. Para ello, utilice la pinza adecuada y solamente gire la jeringa.
- Absténgase de colocar el protector a la aguja y descártela en recipientes resistentes e irrompibles.
- Evite reutilizar el material contaminado como agujas, jeringas y hojas de bisturí.
- Todo equipo que requiere reparación técnica debe ser llevado a mantenimiento, previa desinfección y limpieza. El personal de esta área debe cumplir las normas universales de prevención y control del factor de riesgo biológico.

- Realice desinfección y limpieza a las superficies, elementos, equipos de trabajo al final de cada procedimiento y al finalizar la jornada.
- En caso de derrame o contaminación accidental de sangre u otros líquidos corporales sobre superficies de trabajo, cubra con papel u otro material absorbente; luego vierta hipoclorito de sodio a 5.000 ppm (o cualquier otro desinfectante indicado) sobre el mismo y sobre la superficie circundante, dejando actuar durante 30 minutos; después limpie nuevamente la superficie con desinfectante a la misma concentración y realice limpieza con agua y jabón. El personal encargado de realizar dicho procedimiento debe utilizar guantes, mascarilla y bata.
- En caso de ruptura de material de vidrio contaminado con sangre u otro líquido corporal, los vidrios deben recogerse con escoba y recogedor, nunca con las manos.
- Los recipientes para transporte de muestras deben ser de material irrompible y cierre hermético. Deben tener preferiblemente el tapón de rosca.
- Manipule, transporte y envíe las muestras disponiéndolas en recipientes seguros, con tapa y debidamente rotuladas, empleando gradillas limpias para su transporte. Las gradillas a su vez se transportarán en recipientes herméticos de plásticos o acrílico que retengan fugas o derrames accidentales. Además deben ser fácilmente lavables.

- En caso de contaminación externa accidental del recipiente, éste debe lavarse con hipoclorito de sodio al 0.5% (5.000 ppm) y secarse.
- Restrinja el ingreso a las áreas de alto riesgo biológico al personal no autorizado, al que no utilice los elementos de protección personal necesarios y a los niños.
- La ropa contaminada con sangre, líquidos corporales u otro material orgánico debe ser enviada a la lavandería en bolsa plástica.
- Disponga el material patógeno en bolsas resistentes de color rojo que lo identifique con símbolo de riesgo biológico.
- En caso de accidente de trabajo con material cortopunzante haga el reporte inmediato de accidente de trabajo.
- Los trabajadores sometidos a tratamiento con inmunosupresores no deben trabajar en áreas de riesgo biológico.

EQUIPOS DE BIOSEGURIDAD

El kit de bioseguridad consta de: 2 batas quirúrgicas, lentes de seguridad, guantes, gorro, botas, campos quirúrgicos. El trabajador de salud podrá usar los equipos o kits

de bioseguridad en aquellos procedimientos en que se identifique una alta probabilidad de exposición a sangre y fluidos potencialmente infectantes.

Estos procedimientos involucran: cirugías abdominales como apendicitis aguda, colecistectomía, esplenectomía, cirugía por peritonitis, traumatismos o heridas abdominales, cirugía por laparoscopia. Corrección quirúrgica de la enfermedad arterial oclusiva y aneurismática, enfermedad venosa o accesos vasculares. Lesiones ortopédicas. Trasplantes de órganos. Toma de biopsias de tumores de tejidos blandos o de órganos específicos. Corrección de hernias. Drenaje de absceso cerebral, cirugías craneoencefálicas, cirugía urológica. Parto o cesárea. Procedimientos invasivos torácicos. Por cada acto quirúrgico se entregará 1 equipo o kit de bioseguridad. ⁽⁸⁶⁾

Normas específicas de Bioseguridad en el Área de Emergencia.

1. Realice el procedimiento empleando técnicas correctas para minimizar el riesgo de aerosoles, gotitas, salpicaduras o derrames.
2. Utilice ambú sobre nariz y boca del paciente e insufle oxígeno.
3. El material corto punzante usado en venopunción debe ser desechado directamente en el guardián sin re-enfundar la aguja.
4. Nunca deje elementos cortopunzantes al lado del paciente.

5. Todo paciente debe ser examinado y asistido con guantes desechables.
6. Utilice el equipo de aspiración mecánica para aspirar secreciones de la boca y faringe. Evite manipulación directa.
7. El manejo de equipo y material debe ser con técnica aséptica.
8. Utilice en forma permanente el equipo de protección personal como: bata plástica, guantes de látex, gafas protectoras y mascarilla que cubra nariz y boca, sobre todo en pacientes en los que haya mayor riesgo de exposición de secreciones y/o fluidos corporales.
9. Todo elemento desechable como guantes, gasas, apósitos, sondas, jeringas sin agujas, equipos de venoclisis debe ir a una bolsa.
10. Maneje el estrés para evitar accidentes laborales. No se distraiga.
- 11 En caso de un pinchazo o herida accidental, retire los guantes, deje sangrar la herida, lávese con agua y jabón abundantemente, e informe a su jefe y a al Servicio de Infectología o Medicina Interna.

Normas específicas de Bioseguridad en el Área de Cirugía (Quirófano)

1. El personal de quirófano debe ser informado de todo paciente VIH (+) que requiera ser intervenido. Se aplican las mismas recomendaciones generales antes mencionadas en cualquier paciente.
2. Utilice permanentemente el equipo de protección personal: gorro, guantes estériles, tapabocas, protectores oculares, mascarilla con visera, delantal plástico (precauciones estándar).
3. El equipo quirúrgico debe estar bien identificado y es aconsejable restringir la concurrencia solamente a las personas necesarias. Una vez que comienza el acto quirúrgico restringir al máximo la circulación. Deberá realizar lavado de manos previo y posterior a cirugía.
4. Utilice durante todos los procedimientos técnica aséptica. Cumpla las normas de asepsia y antisepsia dentro del quirófano.
5. Utilice el equipo de aspiración mecánico o succionador para la aspiración de secreciones de boca y faringe.
6. Utilice la mesa de Mayo de transición. Forrar la mesa quirúrgica con funda plástica.

7. Utilice el porta agujas y la pinza de disección para suturar.
8. Coloque mango de bisturí con hoja de bisturí sobre mesa de Mayo de transición, no lo entregue en la mano a la instrumentadora.
9. Coloque sobre la mesa de Mayo de transición la aguja de sutura montada en el porta agujas.
10. No meta la mano dentro del campo quirúrgico para buscar aguja de sutura, utilice el porta aguja y la pinza de disección.
11. Al terminar el procedimiento se deberá retirar la aguja de bisturí con ayuda de una pinza y llevarlo junto con las agujas de suturas y los elementos cortopunzantes en un envase de recolección de basura.
12. Evite al máximo hablar durante el procedimiento.
13. No practique cirugía si presenta lesiones dérmicas severas. No busque con los dedos la aguja de sutura.
14. En caso de accidente por pinchazo o herida retire los guantes tan pronto el procedimiento se lo permita, deje sangrar y lávese con agua y jabón

abundantemente, informe a su jefe y acuda al servicio autorizado para la Profilaxis post exposición.

15. Utilice el equipo de aspiración mecánico el succionador para la aspiración de secreciones de boca y faringe. Evite su manipulación directa.
16. Cambie oportunamente los recipientes de drenaje o aspiración del paciente, secreciones sangre, orina, materia fecal.
17. Los cirujanos deberán evitar en la medida de lo posible la hemorragia excesiva, manejarán los tejidos con delicadeza, erradicarán espacios muertos, colocarán drenajes apropiados y reducirán la duración de la cirugía al máximo para eliminar riesgos de contacto o transmisión de noxas entre profesional a paciente o viceversa.
18. Evitar las pinchaduras con material cortante tratando de no cambiar hojas de bisturíes (tener 2 ó 3 mangos de bisturí preparado).
19. Todo el material descartable se maneja como basura infectada.
20. Los recipientes de aspiración descartables se sellan y se tiran en bolsa como basura infectada, debidamente rotulada.

21. Las superficies del área quirúrgica, léase pisos, techos, mesas, etc., deben ser limpiadas con antisépticos acordes a la situación, debiendo repetirse la limpieza al menos una vez por semana, salvo los casos en los que la contaminación sea extrema como por ejemplo un derrame de líquidos corporales, en el cuál se recomienda colocar material absorbente por encima del derrame para luego aplicar cloro, yodo o fenol sintético en el área del mismo y limpiar de nuevo pasados 10 minutos.
22. Efectúe desinfección y limpieza en las áreas quirúrgicas empleando las técnicas correctas y las diluciones adecuadas de los desinfectantes una vez finalizada la cirugía. La ropa y materiales se manejarán bajo las normas habituales. El instrumental utilizado se debe descontaminar en el quirófano propiamente sucio con cloro diluido 1/10 durante 30 minutos, antes del proceso habitual.
23. Envíe las muestras de laboratorio en los recipientes adecuados, teniendo en cuenta las normas específicas para laboratorio clínico.
24. Envíe a patología las muestras de tejidos u órganos, en recipientes adecuados que contengan formol a las concentraciones indicadas, debidamente rotulados y con tapa.

25. Coloque el material anatómico-patológico y aquel resultante de amputaciones en bolsa plástica, rotulándola como “Riesgo Biológico - Material Anatomopatológico”, sellarla y entregarla al personal del Aseo para su disposición final.

26. Maneje los equipos e instrumental siguiendo las técnicas de asepsia: desinfección y esterilización específicas para cada elemento. ⁽⁸⁶⁾

Normas de bioseguridad en las salas de Hospitalización

1. Todo paciente hospitalizado debe ser manejado de acuerdo a las normas de precauciones estándar; independientemente de su status serológico para el VIH.

2. Debe evitarse contacto directo con la sangre y/o fluidos corporales de los pacientes. Todo paciente debe ser examinado con guantes cuando haya exposición a sangre.

3. En caso de infección respiratoria en la que se sospecha tuberculosis, usar tapa boca.

4. Lavarse las manos (preferiblemente con una solución a base de alcohol) entre el examen de un paciente y otro para evitar infecciones cruzadas. También debe lavarse las manos antes y después de cada procedimiento, al retirar los guantes.

Lavarse las manos con agua y un jabón medicado cuando estén visiblemente sucias o cuando exista contacto con sangre u otro fluido corporal.

5. Los procedimientos realizados deben hacerse empleando técnicas correctas para minimizar el riesgo de aerosoles, gotitas, salpicaduras o derrames. Si utiliza agujas de sutura o hipodérmicas deposítelas en el guardián, no las deje al lado del paciente, no las arroje al piso, no intente re-enfundar la aguja, se puede pinchar.
6. Procurar en todas las áreas de atención de pacientes hospitalizados y/o ambulatorios la disponibilidad de envases plásticos resistentes que contengan hipoclorito de Na al 10%, para la eliminación de material descartable tipo agujas y/o bisturí.
7. Se recomienda el uso de tapabocas, lentes, guantes, cuando se vaya a manipular sangre y/o fluidos corporales o ante cualquier procedimiento médico – quirúrgico invasivo como por ejemplo: cateterización de vías centrales o periféricas, arteriales ó venosas, procedimientos endoscópicos y manipulación odontológica en general, intervenciones quirúrgicas etc.
8. Al limpiar o lavar heridas hágalo suavemente evitando salpicaduras, si el

9. procedimiento se lo permite. Si necesita rasurar hágalo con maquina rasuradora, evite el manejo de cuchillas.
10. Antes de tomar las muestras de sangre rotule el tubo; emplee la técnica correcta y evite la presencia de derrames en las paredes externas. Envíe al laboratorio los tubos sellados y debidamente rotulados, disponiéndolos en gradillas y éstas a su vez en un recipiente irrompible para evitar accidentes al personal encargado del transporte de dichas muestras.
11. Antes de desechar los sistemas de drenajes debe evacuar los líquidos o drenajes respectivos en las unidades sanitarias agregando preferentemente, soluciones de hipoclorito durante 30 minutos, posteriormente deseche éstos recipientes en una bolsa plástica.
12. Pedir consentimiento al paciente para realización de la prueba del VIH, así como también realizar consejería pre y post-prueba.
13. Informar al paciente o a sus familiares de la evolución de la enfermedad así como de su pronóstico.
14. Pedir consentimiento informado al paciente, para la realización de exámenes especiales, así como su inclusión en protocolos de investigación.

15. Ofrecer tratamiento endovenoso en unidades de tratamiento ambulatorio.

En el área de Ginecología-Obstetricia

Atención de trabajo de parto ⁽⁸⁶⁾

1. Solicite a la paciente colaboración para los procedimientos.
2. Lávese las manos, séquelas y colóquese guantes desechables para realizar acto vaginal. Use las precauciones estándar en caso de que paciente sea VIH negativa o con status desconocido. Utilice permanentemente y durante los procedimientos gorro, guantes, protectores oculares, mascarilla y bata con delantal plástico.
3. Para amniotomía colóquese los guantes, tome el amniótomo y realice el procedimiento, evitando ser salpicado por el líquido amniótico, coloque la pinza en el recipiente con hipoclorito de sodio a 5000 ppm, déjelo 15 minutos, lávelo con agua y jabón y esterilícelo en líquido o en autoclave.
4. Al canalizar la vena, retire el mandril o guía del jelco y deposítelo en el guardián. Si no puede hacerlo, no intente taparlo, déjelo en una bandeja destinada para tal fin, mientras acaba el procedimiento y puede llevarlo al guardián.
5. Envíe las muestras de laboratorio en recipientes de paredes resistentes, teniendo en cuenta las normas específicas para laboratorio clínico.

6. En caso de un pinchazo o herida accidental, retire los guantes, deje sangrar la zona, lávese con agua y jabón abundantemente e informe inmediatamente del accidente a su jefe y al servicio encargado en el centro asistencial.

Atención del parto (86)

1. Solicite a la paciente su colaboración.
2. Al atender el parto mantenga el equipo de protección personal completo hasta tanto se haya cortado y ligado el cordón, retirado la placenta y realizado la episiorrafia.⁽¹⁶⁾
3. Someta la placenta a escurrimiento por gravedad, revísela con cuidado para no sufrir salpicaduras y colóquela en bolsa plástica para ser incinerada.
4. Al infiltrar el área perineal para sutura, no intente retapar la aguja, colóquela sobre una gasa estéril en la bandeja para tal fin.
5. Para buscar la aguja de sutura no meta los dedos, utilice la pinza de disección y el porta agujas.
6. Mantenga la técnica aséptica durante todo el procedimiento de atención del parto.

7. Todo el instrumental usado durante el parto, debe ser colocado en un recipiente con hipoclorito de sodio a 5000 ppm por 15 minutos, lavarlo con abundante agua y jabón, secarlo y esterilizarlo en vapor.
8. Las agujas de suturas y agujas de jeringas deben ser depositadas en el guardián. Los guantes, gasas, jeringas, compresas, placenta, membranas y cordón deben ir en bolsa para ser incinerados. La ropa contaminada debe ser desechada.
9. Utilice permanentemente y durante los procedimientos, gorro, guantes, protectores oculares, mascarilla con visera, delantal o bata plástica.
10. En caso de un pinchazo o herida accidental, retire los guantes, deje sangrar la zona, lávese con agua y jabón abundantemente, informe inmediatamente del accidente a su jefe y a servicio encargado de atención de accidentes laborales.
11. Cámbiese los guantes si estos se rompen, tan pronto el procedimiento se lo permita. Cámbiese de guantes al ligar el cordón y realizar episiorrafia.
12. Lávese las manos antes y después de cada procedimiento o cuando el guante se haya roto.

Legrado obstétrico o ginecológico

1. Realice lavado de manos quirúrgico.

2. Si no utilice permanentemente y durante los procedimientos gorro, guantes, protectores oculares, mascarilla con visera, delantal plástico de acuerdo a las precauciones estándar y normas generales de bioseguridad.
3. Realice el procedimiento dentro de la técnica aséptica.
4. Recoja muestra para patología en frasco con formaldehído.
5. Retire los guantes y deposítelos en bolsa, retire la ropa quirúrgica y deposítela en el compresero o deséchela.
6. Al canalizar vena, retire el mandril o guía del yelco y deposítelo directamente en el guardián sin retapar o déjelo en una bandeja para tal fin, mientras acaba el procedimiento y llévelo al guardián.
7. Al aplicar anestesia tenga cuidado de no traspasar el catéter o caucho, no intente retapar la aguja, si es necesario usar nuevamente la jeringa colóquela sobre una gasa estéril, sino, retire la aguja en la ranura de la tapa del guardián para tal fin.
8. Utilice el equipo de aspiración mecánica para aspiración de secreciones de boca y faringe de la paciente si es necesario. Realice el procedimiento con guantes.
9. Deseche los guantes, sonda de succión, gasas en bolsas.

10. Envíe las muestras de laboratorio en recipientes de paredes resistentes, teniendo en cuenta las normas específicas para laboratorio clínico.

11. Envíe a patología muestra rotulada y tapada.

Cesárea ⁽⁸⁶⁾

- a. Solicite a la paciente colaboración para colocar anestesia y realizar cesárea.
- b. Mantenga técnica aséptica durante todo el procedimiento.
 1. Si no utilice permanentemente y durante los procedimientos gorro, guantes, protectores oculares, mascarilla con visera, delantal plástico de acuerdo a las precauciones estándar y normas generales de bioseguridad.
 - c. Utilice el equipo de aspiración mecánico para aspirar líquido amniótico, colocando de base 200 cc de hipoclorito de sodio a 5000 ppm al frasco de succión.
 - d. Cambie oportunamente los recipientes de aspiración, vertiendo los fluidos por el sifón y deje correr el agua por tres minutos.

2. Someta la placenta a escurrimiento por gravedad, revísela con cuidado para no sufrir salpicaduras y colóquela en bolsa plástica roja para ser incinerada.
 - e. Coloque mango de bisturí con hoja de bisturí sobre bandeja adicional, no lo entregue en las manos a la instrumentadora.
 - f. No meta la manos dentro del campo quirúrgico para buscar agujas de sutura, utilice el porta agujas y la pinza de disección, entregue montada la aguja en el porta agujas a la instrumentadora o colóquela en la bandeja para tal fin.
3. Al terminar el procedimiento, coloque el instrumental en de hipoclorito de sodio a 5000 ppm, déjelo 15 minutos, lávelo con agua y jabón, séquelo y llévelo a esterilizar. Coloque todos los elementos cortopunzantes en el guardián.
4. Utilice permanentemente y durante los procedimientos: Gorro, guantes, protectores oculares, mascarilla con visera.
 - g. El delantal o bata plástica debe ir debajo de la bata estéril de cirugía.
 - h. En caso de un pinchazo o herida accidental, retire los guantes, deje sangrar la zona lávese con agua y jabón abundantemente e informe inmediatamente a su jefe y al servicio destinado a la atención de los accidentes laborales.

En el Área de Neonatología ⁽⁸⁶⁾

1. Para la manipulación de los niños, utilice permanentemente y durante los procedimientos gorro, guantes, protectores oculares, mascarilla con visera, delantal plástico de acuerdo a las precauciones estándar normas generales de bioseguridad.
2. Use agua estéril en los estuches de la incubadoras. El agua de ellos debe ser cambiada diariamente.
3. Se debe desinfectar la incubadora entre un paciente y otro. Todas las superficies deben ser limpiadas por lo menos cada 24 horas. Esta limpieza se debe realizar con desinfectantes no irritantes ni corrosivos y con nivel de acción intermedia o baja.
4. Las colchonetas de cuna e incubadoras deben ser forradas completamente en hule para facilitar su limpieza.
5. Los termómetros deben ser asignados a cada paciente, lavados y secados después de cada uso.

En el área de Odontología

Dentro del equipo de salud el odontólogo tiene un alto riesgo de adquirir enfermedades infecciosas en su sitio de trabajo, ⁽⁸⁶⁾ pues- la mayoría de los

instrumentos requeridos para realizar sus actividades son punzo-penetrantes, trabaja con motricidad fina, - por tiempo prolongado, sometido a stress, tanto por el trabajo que realiza como el transmitido por el paciente, por estar en contacto directo con fluidos del paciente (sangre y saliva).

Cuando se realizan procedimientos odontológicos de rutina, se pueden causar durante las maniobras pequeños sangrados o incluso no es raro observar sangrados espontáneos.

Si tenemos en cuenta además, que la cavidad bucal es portadora de una multiplicidad de agentes microbianos, podemos concluir que el odontólogo puede contaminarse o contaminar accidentalmente.

Por lo antes señalado es necesario que el odontólogo conozca detalladamente las normas de bioseguridad y las incorpore a su práctica cotidiana: Universalidad: observar las normas con todos los pacientes, sin importar su edad, sexo ni condición social, usar barreras y eliminar adecuadamente el material contaminado.

Se recomienda:

- Vestimenta: zapatos cerrados, bata que llegue a media pierna y de manga larga con puños (para evitar arrastrar materiales o instrumentales que lo lleven a tener un accidente laboral); gorro, tapa boca, guante y careta no anteojos. Ante de la

colocación de los guantes debe revisar las manos y en el caso de detectar alguna solución de continuidad debe colocarse un dedil o cubrir la pequeña herida con cinta adhesiva o tirro. Debe cambiarse por cada paciente y de ser preferible a las dos horas de actividad clínica. En caso de trabajar con pacientes identificados como portadores de VIH-SIDA o hepatitis se recomienda usar dos pares de guantes.

- En la Atención del paciente: Tener en la bandeja solo los instrumentos necesarios, en mesa adjunta se colocaran los instrumentos que no se utilizan en el momentos y que puedan necesitarse más tarde.
- Colocar turbina, pieza de mano y scaler con punta hacia abajo y afuera, teniendo cuidado que estén a una distancia adecuada de la pierna.
- Cubrir la jeringa triple con dispositivo desechable, para usar con cada paciente.
- Colocar en uno de los bordes de la bandeja y sujetado con tirro un vaso de plástico desechable con cloro puro, donde deben depositarse todos los algodones y gasas que vengan de la boca del paciente impregnados de sangre o saliva.

- Uso de sobre guantes al dispensar material, realizar anotaciones en la historia clínica u otra actividad requerida, para de esta forma no tocar superficies con los guantes mojados con fluidos del paciente.
- Limpieza con solución desinfectante el sillón dental, asa de lámparas y bandeja después del trabajo con cada paciente o al terminar el turno clínico.
- Después de la colocación de anestesia se debe ser muy cuidadoso en el manejo de la aguja, purgar la aguja, el encapuchado de dicha aguja no debe hacerse directamente. Puede usarse un protector de aguja que se vende en casas dentales para tal o colocando la capucha en la bandeja arrastrando la aguja para así taparla (el llamado método de cucharita); también puede colocarse inmediatamente y antes de taparla en cloro puro y luego proceder a desecharla. En caso que se necesite anestésicar nuevamente se usará una aguja nueva.
- No doblar la aguja, lo cual se realiza muchas veces para tener acceso a zonas anatómicas. ⁽⁸⁶⁾

Eliminación del material de desecho:

- Colocar los elementos punzo-penetrantes en envase de plástico rígido, de boca pequeña.

- El traslado de los instrumentos utilizados hacia el sitio de lavado debe hacerse en bandeja rígida de plástico y no con las manos.

 - Al quitar los guantes debe cuidarse de no tocar la superficie externa ya que está contaminada.

 - Desechar inmediatamente todos aquellos materiales desechables que se usaron en la atención de cada paciente.

 - Los desechos de la actividad clínica deben depositarse en papeleras con tapas y de pedal.
- a. Recuerde entonces que: la sangre y la saliva de cualquier paciente deben ser considerados como potencialmente contaminados y de alto riesgo para el personal del área odontológica, por lo tanto utilice permanentemente el gorro, mascarilla, careta, bata y guantes en todos los procedimientos en que se espere, salpicaduras o gotitas aerosoles.
- b. La correcta higiene de las manos ya fue señalada en el presente material, debiendo recalcar su importancia. A tales efectos destacamos que dicho lavado deberá realizarse antes y después de cada consulta y deberá incluir al limpieza adecuada del lecho subungueal. Para hacerla efectiva deberá siempre retirarse de las manos todas

las alhajas, incluyendo el reloj. No se debe usar toallas de tela para el secado de las manos, siendo recomendable la utilización de toallas de papel descartables.

c. Maneje con estricta precaución el material cortopunzante (agujas, hojas de bisturí, cuchillas, curetas), deséchelo en el guardián ubicado en el servicio.

d. Las servilletas en donde se coloca el instrumental deben cambiarse entre paciente y paciente.

e. El material y los equipos de trabajo deben desinfectarse y esterilizarse después de cada procedimiento de acuerdo a los Procedimientos básicos de limpieza y desinfección.

f. El uso de diques de goma eyectores de alta velocidad con dispositivos desechables y una adecuada posición del paciente, disminuye el riesgo de contaminación en los distintos procedimientos. Maneje el resto de los elementos y equipos de trabajo odontológico según indicaciones que aparecen en las normas generales de bioseguridad.

g. Las mangueras de los eyectores y las pinzas de mano usadas con aire, deben ser aireadas por 20 segundos al inicio del día laboral y entre cada paciente.

h. Las mangueras de los eyectores deben someterse a succión por 20 segundos en solución tipo desinfectante de alto nivel como el hipoclorito de sodio, al inicio del día laboral y entre cada paciente.

i. El material de impresión y de laboratorio que sea introducido en la boca del paciente, debe ser limpiado y transportado en recipiente seguro al laboratorio dental. No se recomienda usar desinfectantes porque estos alteran las propiedades del material de impresión.

j. Disponga en forma adecuada los desechos.

k. Descontamine las superficies de trabajo, de acuerdo a los Procedimientos básicos de limpieza y desinfección y experiencias exitosas en otras regiones a fin de identificar factores de éxitos y elementos comunes que sirvan de punto de partida para la construcción de soluciones globales. En segundo término representa un intento de prevenir la transmisión ocupacional de agentes patógenos de la sangre por lesiones percutáneas con agujas, además de dar respuesta al mandato nacional de desarrollar y ejecutar programas de protección de los trabajadores a fin de superar la deuda moral contraída de crear condiciones y medio ambiente de trabajo adecuados y seguros para los TSS. ⁽⁸⁶⁾

ACCIDENTES LABORALES. CLASIFICACIÓN Y CONSIDERACIONES

Exposición: Se define como un accidente que coloca a riesgo al Trabajador de Salud, de adquirir el VIH y/u otros patógenos transmitidos por la sangre.

Tipos de exposición

- 1.- Parenteral.
- 2.- Cutánea.

Exposición Parenteral:

- 1- Percutánea: punción con aguja u otro instrumento cortante contaminado con sangre u otro fluído corporal.
- 2- Contacto de mucosas: (oral – conjuntival – etc.) con sangre u otro fluído corporal.
- 3- Contacto de piel no intacta con sangre u otro fluído corporal.

Una exposición parenteral implica que debe considerarse profilaxis postexposición para el VIH (si la fuente es VIH positivo, paciente SIDA o de serología desconocida) y otros patógenos transmitidos por sangre, ejemplo Hepatitis B.

Exposición Cutánea:

Contacto directo de piel sana ó intacta con sangre ó fluidos corporales. Esta exposición no amerita profilaxis para el VIH, excepto si el contacto involucra virus concentrado de VIH, o si el contacto es con grandes volúmenes de sangre por tiempo prolongado.

Riesgo de líquidos corporales en la transmisión del VIH:

- 1.- Riesgo elevado

Semen, secreción vaginal, sangre y otros fluídos corporales contaminados con sangre. Exposición con estos fluídos requiere profilaxis para el VIH, si son positivos para el VIH o si el status serológico es desconocido.

2.- Riesgo indeterminado

Líquidos: cefalorraquídeo, sinovial, amniótico, peritoneal, pleural, articular etc.

Exposición con estos fluidos requiere profilaxis para el VIH, si la fuente es positiva para el VIH o si el status serológico es desconocido.

3.- Sin riesgo

Heces, saliva, orina, sudor, lagrimas. Exposición con estos fluídos no requiere profilaxis a menos que estén contaminados con sangre.

Factores de riesgo asociados a seroconversión de VIH

Postexposición percutánea:

- 1- Pinchazo profundo.
- 2- Aguja proveniente de una arteria o una vena.
- 3- Sangre visible en el instrumento.
- 4- Fuente con enfermedad avanzada.

También son factores de riesgo: la Carga viral elevada de la fuente, que el TS no haya utilizado guantes, que el accidente sea con una aguja perforada o sólida. Influye también el diámetro de la aguja.

El riesgo de seroconversión post - exposición percutánea (transmisión ocupacional del VIH) ha sido descrita, el riesgo varía dependiendo del tipo y severidad de la exposición. En estudios prospectivos, se ha estimado que en accidentes percutáneos el riesgo es aproximadamente de 0,3% y después de una exposición de mucosas es de 0,09%. Algunos episodios de transmisión se han descrito, después del contacto de piel no intacta con fluidos con sangre, estimándose que es menor a la exposición de mucosas. ⁽⁸⁶⁾

CONDUCTA DEL TRABAJADOR DE LA SALUD (TS) ANTE UN ACCIDENTE DE TIPO EXPOSICIÓN PARENTERAL ⁽⁸⁶⁾

1. Lavado inmediato de la zona afectada (con agua y jabón). En caso de mucosa oral, conjuntival y nasal: lavar con solución estéril o agua estéril.
2. Notificar el accidente al superior inmediato (aunque le parezca insignificante).
3. Acudir inmediatamente al servicio encargado de los accidentes laborales tipo exposición parenteral. Este debería ser el servicio de Infectología del centro asistencial. Sino, debe ser atendido en el servicio de Medicina interna o Epidemiología.
4. El trabajador de salud debe ser evaluado por un médico especialista entrenado quien debe estar en capacidad de: Brindar psicoterapia de apoyo, consejería,

clasificar el accidente, identificar la fuente y el fluido involucrado, evaluar severidad del accidente, identificar los factores riesgo asociados a seroconversión, indicar profilaxis post-exposición VIH (PPE), hepatitis B si el 40, caso lo amerita, informar al TS los efectos colaterales de los antirretrovirales, realizar exámenes basales y de seguimiento mínimo por 6 meses.

5. Si la fuente es positiva para el VIH y si la exposición es de tipo parenteral: indicar PPE durante cuatro semanas.
6. El tiempo ideal para iniciar la PPE para VIH es en la primera hora hasta 48 horas. La demora en el inicio de la terapia mayor de 72 horas disminuye la efectividad del mismo.
7. Si se desconoce el status serológico de la fuente, se recomienda iniciar PPE para VIH hasta que esté disponible el resultado del VIH de la fuente; si este es negativo se procederá a la suspensión del mismo.
8. Debe informarse al trabajador de salud que tuvo el accidente laboral que debe utilizar preservativos y abstenerse de donar sangre por un tiempo de 6 meses.
9. Se debe realizar un seguimiento por 6 meses; controles de Elisa para VIH en el momento del accidente o al día siguiente, a las 6 semanas, 3 y 6 meses. Si la

fuelle está coinfectada con el HCV, y el TS seroconvierte para HCV, el seguimiento debe hacerse por 12 meses en vista del alto riesgo de infección por el VIH.

10. Deben solicitarse controles de laboratorio; durante la primera y tercera semana (hematología completa, transaminasas, amilasa, creatinina y urea) y aplicar la toxoide tetánica, en caso de ser necesaria.
11. Durante el tiempo de seguimiento notificar si presenta síntomas que nos hagan sospechar Síndrome Retroviral Agudo (ver Pauta Nacional de ARV) en este caso se realizará carga viral o PCR VIH; si se confirma seroconversión el TS será referido al a consulta con el experto en VIH para su evaluación y control.
12. La PPE en la trabajadora de la salud embarazada; debe ser igual a la de la T.S. no embarazada, sin embargo deben tomarse en cuenta la edad del embarazo, la toxicidad de las drogas sobre el feto y severidad del accidente.

No se debe usar Efavirenz, tampoco combinaciones con D4t y DDi, en vista de toxicidad mitocondrial. El Indinavir se asocia con litiasis renal e hiperbilirrubinemia lo cual puede afectar al RN.

Profilaxis antirretroviral postexposición (PPE) ⁽⁸⁶⁾

La selección de los ARV para la PPE debe ser el resultado de un balance entre el riesgo de infección y la toxicidad potencial que pueden producir estas drogas. La PPE ocupacional se indicará en aquellos trabajadores de la salud que presenten exposición de sangre y/o fluidos corporales con pacientes: VIH positivo, caso SIDA y con serología desconocida, en este último caso al disponer de la serología de la fuente desconocida se procederá de la siguiente manera: si la fuente desconocida es positiva para el VIH se continua la PPE por cuatro semanas, si la fuente desconocida es negativa para el VIH se suspende la PPE indicada; si la fuente desconocida sigue siendo desconocida (no se tuvo acceso a la fuente índice) se continuará la PPE por cuatro semanas.

TABLA N° 1. Régimen Básico para el uso de antirretrovirales en profilaxis postexposición ocupacional (PPE).⁽⁸⁶⁾

Régimen básico	Drogas	Dosis	Presentación	Tiempo
	Zidovudina(ZDV)	300mgs VO c/12hrs	Tabletas de 300 o de 100mgs	4 semanas
	Lamivudina(3TC)	150mgs VO c/12hrs	Tabletas 150 mgs.	4 semanas
	Presentación combinada de ZDV más 3TC	1 tableta vía oral cada 12hrs	Tabletas 300/150 mg	4 semanas
Alternativas	Lamivudina+Stavudina Lamivudina+Didanosina			

Fuentes: Carvajal A, Hernández P, Lebrún Carlos. Pitteloud Jean J, Tovar de V. 2007

TABLA N° 2. REGIMEN EXTENDIDO (2) ⁽⁸⁶⁾

Régimen básico	Drogas	Dosis	Presentación	Tiempo
(Basado en IP)	Indinavir (IDN)	800mgs V.O. c/8hrs	Cap. 400mgs	4 semanas
	Lopinavir/ Ritonavir*	400/100 V.O c/12 hr	Lopinavir:200/ Ritonavir:50mgrs	4 semanas
(Basado en ITRNN)**	Efavirenz	600 mg OD VO	Efavirenz 600mg	4 semanas
Alternativas**	Cualquier otro Inhibidor de Proteasa o combinación con Abacavir (trizivir)			

Fuentes: Carvajal A, Hernández P, Lebrún Carlos. Pitteloud Jean J, Tovar de V. 2007

El esquema básico se prefiere en: Accidente laboral con riesgo leve ó moderado, fuente con infección por el VIH asintomática, ausencia de factores asociados a seroconversión. También se recomienda cuando la exposición de mucosas ó de piel no intacta a fluidos corporales contaminados con sangre es por corto tiempo y en escasa cantidad.

La adición de un tercer o cuarto ARV debe considerarse en los TS que tengan un elevado riesgo de transmisión del VIH o en los que exista la posibilidad de resistencia

viral en la fuente. Este hecho está basado, en la capacidad de que una tercera droga reduce la CV en los pacientes con VIH, sin embargo no existen datos que confirmen y demuestren un incremento en la eficacia del PPE con tres drogas respecto a la PPE con 2 ARV.

El régimen extendido se prefiere para: Aquellos usuarios que tienen un riesgo sustancial a la transmisión del VIH al tener contacto de membranas mucosas, piel no intacta con lesiones severas y numerosas secundarias a una enfermedad dermatológica (de acuerdo a evaluación del médico) o contacto percutáneo con sangre y/o fluidos corporales con gran volumen de sangre por tiempo prolongado, conociendo que la fuente está infectada con el VIH. O en los casos de lesiones severas con factores de riesgo para seroconversión aunque la fuente VIH sea asintomática o tenga una CV menor de 1500 RNA/ml.

Se recomienda por el CDC (2005) como primera opción en PPE, sin embargo en la mayoría de los países Latinoamericanos este IP se usa como tratamiento de 2da y 3era línea, prefiriéndose el uso de ITRNN tipo Efavirenz.

Reporte de accidentes laborales al programa nacional de SIDA/ITS ⁽⁸⁶⁾

Al momento de ocurrir un accidente se recomienda sangrar el sitio de punción o cortadura y enseguida lavar perfectamente con abundante agua y jabón. Idealmente dentro de las dos primeras horas se acudirá al departamento especializado para recibir

información, en el mismo se le dará el seguimiento para establecer su condición de riesgo y otorgarle el apoyo tanto médico como psicológico.

El trabajador de salud debe ser evaluado por un médico que además de cumplir lo ya mencionado, debe reportar el accidente, llenando debidamente una Ficha de Registro de Accidente laboral la cual está aprobada para su uso a nivel nacional por el Programa Nacional de SIDA/ITS del Ministerio del Poder Popular para la Salud Esta ficha de registro incluye datos que permitirán hacer vigilancia epidemiológica. La ficha tiene 6 secciones que deben ser debidamente llenas en letra clara, de esa manera se obtendrán datos sobre la identificación de la institución y el trabajador de salud, accidente laboral (fecha del accidente, tipo de exposición, tipo de objeto, líquido contaminante y situación en la que ocurrió el accidente), si requiere o no tratamiento antirretroviral profiláctico (básico o ampliado), pruebas de laboratorio realizadas al momento del accidente y durante el seguimiento y finalmente aportará datos de la fuente del accidente (paciente SIDA, VIH positivo, status desconocido o negativo).

En resumen, la información necesaria para llevar a cabo dicha labor debe incluir lo siguiente:

1. Fecha y hora de la exposición.
2. Categoría laboral.
3. Tipo y volumen del líquido o fluido corporal con el que se tuvo contacto.

4. Mecanismo de la exposición.
5. Estatus serológico del paciente índice (VIH, VDRL, Hepatitis B y Hepatitis C)
6. Estatus serológico del trabajador la salud (VIH, VDRL, Hepatitis B y Hepatitis C)
7. Detalles sobre el seguimiento y decisión del trabajador con relación al tratamiento (inmunización pasiva, activa, uso de antirretrovirales, efectos colaterales de las drogas antirretrovirales, marcadores serológicos, seroconversión al VIH o a la Hepatitis viral etc.).

En el interior del país: El paciente o familiar autorizado deberá llevar la ficha de registro del accidente a la Coordinación Regional quien verificará existencia de kits de PPE en sus Farmacias y/o Depósitos de ARVs y le entregará los medicamentos al paciente por 48 horas mientras tienen resultado de VIH de la fuente. Si resulta negativo lo suspende, como ya se señaló. Si la fuente resulta positiva o ya es conocida con status de SIDA, la profilaxis debe ser continua por 4 semanas (1 mes). Mensualmente el Coordinador Regional debe enviar las fichas de registro al PNSIDA/ITS donde se revisará el llenado de ésta y el tratamiento profiláctico indicado.

DISPOSICIÓN Y TRANSPORTE DE MATERIALES BIOLÓGICOS Y DESECHOS HOSPITALARIOS ⁽⁸⁶⁾

- Separación de desechos infecciosos
- Escogencia en el sitio donde se produce.

- Educación del personal para la utilización de recipientes de manera adecuada.
- Los desechos líquidos como sangre, productos de la sangre y/o líquidos corporales pueden desecharse a través de drenaje en sitios especiales para ello.
- Disponer del material sólido preferiblemente mediante incineración.
- El material de los laboratorios de micobacteriología, micología y virología debe esterilizarse en autoclave antes de sacarlo del laboratorio.
- Deben emplearse bolsas dobles de plástico en caja de cartón para los desechos sólidos, con etiqueta de clasificación de la basura.
- Para los objetos punzocortantes y agujas (sin re-encapuchar), se utilizarán contenedores o recipientes rígidos con etiquetas que adviertan con claridad el peligro.

Transporte: Es, quizás, la etapa de mayor riesgo tanto para el personal del hospital como para el personal del aseo urbano. Dentro del hospital los desechos deben transportarse, previo almacenaje en sitios seguros y regularmente aseados, en carritos especiales, aseados igualmente en forma periódica. Muchos de los accidentes que ocurren en los trabajadores de mantenimiento están relacionados con la negligencia de los usuarios que depositan objetos punzocortantes en bolsas de plástico.

Manejo final de los desechos: En muchos centros asistenciales, en el mundo, sobre todo en los países industrializados, la incineración es el método que más se utiliza en los hospitales, la desinfección con agentes químicos y calor se emplea más en los

laboratorios. Un aspecto importante es que cuando los desechos del hospital se esterilizan o desinfectan, no deben incluirse objetos punzocortantes por el riesgo que representan para el personal de mantenimiento.

A continuación, se presenta una tabla en el que se expone el tratamiento y disposición de basuras contaminadas en el hospital como recomendación muy especial.

TABLA N° 3. DISPOSICIÓN DE DESECHOS BIOLÓGICOS TRATAMIENTO / TIPO DE MANEJO ORIGEN / TIPO DE BASURA CONTAMINADA ⁽⁸⁶⁾

	<i>V</i>	<i>I</i>	<i>Q</i>	<i>D</i>
Basura microbiológica	+	+	+	-
Líquidos, sangre y productos derivados	+	+	-	+
Desechos de diálisis y sólidos	-	+	-	-
Basura de áreas de aislamiento estricto	+	+	+	+
Desechos de patología	-	+	-	-
Punzo cortantes	+	+	-	-
Limpieza de zonas con salpicaduras	+	+	-	-
Cadáveres de animales y basura de bioterios	-	+	-	-
Cadáveres de animales infectados con patógenos humanos y basura de bioterios	+	+	-	-

Fuentes: Carvajal A, Hernández P, Lebrún Carlos. Pitteloud Jean J, Tovar de V. 2007

V = vapor; I = incineración; Q = químico; D = drenaje.

TABLA N° 4
Desinfectantes Comunes De Uso Hospitalario: Principales Características Inactivación ⁽⁸⁶⁾

Grupo químico	Dilución Habitual	Nivel de Desinfección	Bacterias	Virus lipofil	Virus hidrofil.	Bactubercul.	Hongos	Esporas	Efecto Corrosivo	Irritación de Piel	Inactivación pormat. orgánica
Glutaraldehído	2 %	ALTO	+	+	+	+	+	+	-	+	-
Formaldehído	3- 8 %	ALTO	+	+	+	+	+	+-	-	+	-
Peróxido de hidrogeno	3 - 25%	ALTO	+	+	+	+	+	+	-	+	+-
Clorados	100 - 1000 p.p.m.	Variabile +	+	+	+	+	+-	+	+	+	
Alcoholes	60 - 95 %	Intermedio	+	+	-	-	+	-	+-	+-	+
Iodóforos	30 - 50 p.p.m.	Intermedio	+	+	+	+-	+-	-	+-	+-	+
Fenólicos	0,4 - 5 %	Interm.-bajo	+	+	+-	+	+-	-	-	+	+-
Amonios cuaternarios	0,4 - 1, 6 %	Bajo	+	+	-	-	+-	-	-	+	+

Fuente: Carvajal A, Hernández P, Lebrún Carlos. Pitteloud Jean J, Tovar de V. 2007

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE SALUD

Se puede definir como aquel que está integrado por un grupo de profesionales, de dos o más disciplinas, con elementos conceptuales que los califican para brindar cuidados de calidad, con eficacia y eficiencia a las personas que lo requieran. Así mismo, estas personas, tendrán características especiales tales como sensibilidad y amor ante el dolor ajeno, respeto por si mismo y por los otros y responsabilidad en el cuidado de sí y de sus semejantes.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁽⁸⁷⁾ define al equipo interdisciplinario de salud como un conjunto de individuos de diferentes disciplinas que interactúan, cambiando el foco de la atención centrado en la disciplina misma (consulta médica, consulta psicológica, evaluación nutricional), a la entrega de servicios centrados en la necesidad o problema, y que no tiene límites disciplinarios.

Como se puede apreciar, según el concepto de la OPS, esta atención debe tener una visión integral, global, basada en la interconexión e interdependencia de todos los sistemas. Capra citado por Lastra,⁽⁸⁸⁾ plantea que vivimos en un mundo caracterizado por sus interconexiones a nivel global en el que los fenómenos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, son todos recíprocamente interdependientes. Esta visión comprende una teoría de sistemas, sobre la vida, la mente, la conciencia y la evolución. En palabras de Morin “somos parte de un sistema ecosocial complejo con redes y jerarquías morales y económicas”.⁽⁸⁹⁾

Lamentablemente, en nuestro medio, el equipo de salud ha sido formado para promover la salud, prolongar la vida, controlar riesgos, curar y rehabilitar enfermos, aliviar el dolor físico; pero no para comprender que en ocasiones su intervención profesional esta dirigida a ayudar al enfermo y a su familia a enfrentar dignamente la con el diagnóstico de enfermedades de trasmisión sexual como el VIH/SIDA y enfermedades malignas y apoyarlos en sus decisiones, lo cual implica enfrentar no solo problemas profesionales y técnicos, sino también emocionales y espirituales.

MODELO BIOLOGICISTA DE LA MEDICINA

El conocimiento brindado por la ciencia, ha sido concebido hasta ahora, una ciencia basada en la capacidad de demostrar, de poder probar lo que afirma, tal como la definió la filosofía griega hace muchísimos años. Sin embargo, esta manera de hacer ciencia ha sido cuestionada desde la centuria anterior principalmente por los físicos, especialmente en lo que respecta a la explicación de los fenómenos naturales. Ya Descartes señalaba que ninguna ciencia estaba capacitada para demostrar científicamente la solidez de su propia base, de la base que la apoya y que está determinada por el enfoque epistemológico y metodológico seleccionado para estudiar los problemas que se investigan. ⁽⁹⁰⁾

A través de la historia de la ciencia occidental, se ha observado que el desarrollo de la biología ha sido paralelo al de la medicina, por lo cual no sorprende que la visión mecanicista de la vida, ideada por Descartes en el siglo XVII y que predominó en el

campo de la biología, también lo hiciera en el campo de la medicina, en lo que respecta a la actitud del médico ante la salud y la enfermedad.⁽⁹⁰⁾

Descartes, concibió a los organismos vivos como sistemas mecánicos y estableció un esquema conceptual rígido, que fue utilizado prácticamente en todas las investigaciones en el área de la medicina, en especial la fisiología. Varias fueron las explicaciones fisiológicas exitosas dadas por los fisiólogos en términos mecanicistas, entre ellos Giovanni Borelli, discípulo de Galileo y William Harvey quienes aplicando leyes físicas y matemáticas a sus conocimientos anatómicos, describieron con claridad procesos biológicos, relacionados con la circulación, la hemodinamia y los movimientos del corazón⁽⁹⁰⁾

Fuera de estos éxitos de la medicina mecanicista, hubo otros intentos de los fisiólogos para explicar algunas funciones orgánicas como la digestión y el metabolismo, pero los resultados fueron poco satisfactorios.

Antes de Descartes, la curación estaba orientada a la interacción entre cuerpo y alma, el paciente era tratado dentro del contexto de su entorno social y espiritual. La rigurosa separación que hiciera Descartes entre cuerpo y alma, condujo a los médicos de esa y de épocas subsiguientes, a dedicar toda su atención a la máquina del cuerpo, olvidándose de los aspectos psicológicos, sociales y ambientales de la enfermedad.

Aunque la revolución cartesiana introdujo el cambio más importante en la medicina occidental al establecer una separación entre cuerpo y alma; sin embargo el propio Descartes consideraba la interacción de ambas como un aspecto esencial de la naturaleza humana y conocía las repercusiones que esto tenía en la medicina.

Ante el padecimiento ajeno en su actuar como médico, él tomaba en consideración la influencia de la mente sobre el cuerpo, indicando además de remedios físicos, reposo y meditación, lo que lo muestra menos cartesiano que muchos médicos que siguieron, representando su pensamiento años posteriores.

La biología continua siendo cartesiana en un sentido más amplio, al tratar de reducir los organismos a las interacciones físicas y químicas de sus componentes más pequeños. La fisiología estrictamente mecanicista halló su máxima expresión en La Mettrie, quien escribió un tratado que tituló “El Hombre Máquina”. Este autor, refutaba el dualismo mente cuerpo, propone el monismo materialista, siendo materialista al extremo, además de polémico y controvertido; para él la materia ya está animada. Su pensamiento fue seguido por otro biólogo francés, Needhman, quien publicó un libro con el mismo nombre e identificándose con el mismo pensamiento; llegó a escribir: “En ciencia el hombre es una máquina y si no lo fuese no sería nada”. Él era de la opinión que el mecanicismo y el materialismo constituían las bases del pensamiento científico.⁽⁹⁰⁾

El mayor auge de la medicina moderna ocurrió en el siglo XIX; para esta época se había avanzado muchísimo en el conocimiento de la anatomía, a principios de siglo se sabía casi todo lo referente a las estructuras anatómicas del cuerpo humano; iguales avances se habían hecho en el conocimiento de los procesos fisiológicos, sobre los cuales ejercieron gran influencia, los experimentos de Claude Bernard.

Los médicos y los biólogos, centrados en el enfoque reduccionista, dirigieron sus investigaciones hacia las pequeñas estructuras. Dos investigadores se disputaron la causalidad de las enfermedades. Uno de ellos, Rudolf Virchow, pretendía establecer a la biología celular como la base de la medicina, él suponía que las enfermedades tenían su origen en defectos estructurales a nivel celular. Otro investigador, Louis Pasteur, dedicado al estudio de los microorganismos, atribuía a las bacterias la responsabilidad de la aparición de las enfermedades, él relacionó varias enfermedades con determinados microbios, logrando demostrar correlación entre ellos.⁽⁹⁰⁾

Un aspecto ampliamente discutido en ese tiempo, fue el determinar si las enfermedades eran originadas por un factor único o si por el contrario era el resultado de la interacción de múltiples factores. Puntos de vista que fueron debatidos por Bernard y por Pasteur. Bernard hacía énfasis en los factores ambientales externos e internos, afirmando que la enfermedad era producida por una pérdida del equilibrio del medio interno, que suponía la concurrencia de otra serie de factores.

Pasteur abogaba por su teoría de la influencia de las bacterias en la aparición de las enfermedades. Al final se impuso la teoría de los gérmenes, se creó la doctrina según la cual cada enfermedad era causada por un microbio específico, esta doctrina fue aceptada por los científicos y médicos de la época.

Poco después se introdujo el concepto de “etiología”, propuesto por Koch en sus postulados. Mediante ellos pretendía probar que, sin lugar a dudas, un microbio determinado causaba una enfermedad también determinada. Esto dio lugar a la doctrina de la causalidad, la cual se ajustaba perfectamente al esquema de la biología del siglo XIX.⁽⁹⁰⁾

De esta influencia cartesiana en el pensamiento médico, que data del siglo XVII, surgió el paradigma biomédico, que constituyó la base conceptual de la medicina científica moderna en los siglos posteriores.

PARADIGMA BIOMÉDICO.⁽⁹¹⁾

El médico y su formación:

- Tiene una formación eminentemente hospitalaria.
- Su formación especializada es en el hospital con marcado enfoque clínico.
- Su formación lo capacita para enfrentar problemas médicos bien diferenciados y en etapas de evolución que requieren atención curativa.

El médico como prestador de servicios:

- Predomine en él la utilización de la tecnología.
- Médico super-especializado que brinda atención fragmentada a un paciente.
- Práctica médica eminentemente curativa, paciente atendido en la dimensión biológica fundamentalmente.
- Se centra en la enfermedad del individuo.
- Tiende a limitar la información al paciente. Alta confiabilidad y menor autonomía.
- La atención médica tiene un enfoque generalmente sin análisis integral del individuo.
- Hay preponderancia del pensamiento clínico individual y la tendencia a la superación tecnológica
- La atención médica tiene un enfoque etiopatogénico fundamentalmente biologicista. Tendencia a la insatisfacción del paciente con la dimensión interpersonal de la atención médica.
- Alto peligro de iatrogenia.
- Dedicar menor tiempo a la atención directa.

El médico como comunicador:

- Tiene una participación individual y social mínima.
- La relación médico-paciente la hace individual y paternalista con un predominio del modelo contractual.
- Tiene una menor influencia sobre la conducta y los estilos de vida.

VISIÓN MÉDICO-BIOLÓGICA DEL VIH/SIDA COMO ENFERMEDAD

La medicina moderna deja a un lado la humanidad del paciente para concentrarse en el hombre fragmentado en sistemas, aparatos y órganos, reduciéndolo cada vez más a tejidos, células, moléculas hasta el punto de tratar de explicar hoy en día muchos mecanismos por la biología molecular. Esta visión fragmentada y reduccionista del paciente, ha sido la visión del paradigma biomédico predominante.

Esta forma de ver la medicina, ha llevado a considerar el cuerpo como una máquina, que puede ser analizada desde sus partes; ha conducido a ver la salud como una función mecánica y a la enfermedad como el funcionamiento defectuoso de esos mecanismos biológicos desde el punto de vista de la biología celular y molecular; la función del médico es reparar la avería de esa máquina.

De acuerdo a este abordaje, se dificulta no solamente la relación médico paciente, sino también el diagnóstico, tratamiento y hasta la curación, aspecto esencial de la medicina y principal defecto atribuible a este enfoque.

A partir de la identificación de la enfermedad las ciencias médicas concentraron sus esfuerzos investigativos, en la ampliación de la descripción de las manifestaciones clínicas del SIDA y en el desarrollo de pruebas diagnósticas. En 1985 se comercializó el primer Test de detección del virus y se construyeron las primeras guías clínicas y analíticas de diagnóstico. Simultáneamente, se trabaja en la detención de los mecanismos de trasmisión.

La concepción médico-biológica, mantiene una visión del VIH/SIDA centrada en la descripción y explicación de los mecanismos biológicos y físicos-químicos asociados. Desde los primeros indicios de la enfermedad y a partir del descubrimiento del virus responsable de la misma, el objeto de los estudios centrados en esta concepción ha de describir las formas de transmisión y replicación del virus en el sistema inmune y explicar su evolución hacia el deterioro sistémico del individuo. Esto con el fin de lograr el objetivo: controlar tanto las manifestaciones letales de la enfermedad como la replicación del virus en el sistema inmune, deteniendo su expansión.

Desde este punto de vista el VIH/SIDA es visto como enfermedad entendida como trastorno de equilibrio o disfunción en el funcionamiento del cuerpo concebido como sistema biológico receptor pasivo de influencias medioambientales. Los mecanismos de infección y transmisión del virus son analizados en términos de agentes etiológicos concebidos como condiciones físicas, químicas o biológicas, que impactan al organismo cuya respuesta es conceptualizada a partir de las mismas dimensiones.

Se observan dos tipos de atención médica que guardan relación con la preocupación por la problemática del VIH/SIDA y con la ausencia de información adecuada y de “categoría”. Por un lado los médicos humanistas que se caracterizan por: (a) tener una relación más directa con el afectado; (b) conciben al afectado como un individuo en su totalidad, no sólo en sus aspectos médicos sino también sociales; (c) valoran la

importancia de la palabra y crean un espacio donde es posible su circulación, restituyendo el lazo perdido.⁽⁹²⁾

Por otro, los médicos mecanicistas u organicistas que se caracterizan por:(a) conciben a la persona como un cuerpo fragmentado (una enfermedad específica que hay que tratar), (b) absoluta prioridad a los análisis, pruebas, diagnósticos, tratamientos farmacológicos, teniendo la palabra del enfermo como única misión explicitar de la mejor forma los síntomas.

HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

El ser humano ha terminado con frecuencia siendo también rebajado al plano de un objeto más, bajo el dominio de la ciencia y la tecnología, su dignidad ha quedado rota y olvidada. La sociedad globalizada postmoderna ha entrado en el tránsito cuesta abajo de una cultura humanista a una cultura tecnicista.⁽⁹³⁾

Retos y Exigencias para una Atención Sanitaria Humanizada

La atención de la salud será cada vez más humanizada y a la vez humanizadora, en la medida que logremos asumir los siguientes imperativos:

Imperativo filosófico: el ser humano digno:

Cada persona concreta posee una condición de absoluto moral. Todo ser humano constituye un valor en sí mismo y por sí mismo, lo que le hace un sujeto digno que

debe de ser siempre un fin y nunca un medio para otro fin, por bueno o loable que este aparente ser. Esta dignidad es absoluta, esto es, un valor inviolable e innegociable del que emanan todos los derechos y deberes humanos. La dignidad personal constituye la raíz y fundamento de la igualdad de todos los seres humanos entre sí. ⁽⁹³⁾

Imperativo antropológico: la persona, un ser para el encuentro:

La persona, tal y como afirmaba Santo Tomás de Aquino “*es lo más perfecto que hay en la naturaleza*” ⁽⁹⁴⁾. Pero esa misma perfección y complejidad, la tornan frágil y sumamente vulnerable en todas sus dimensiones (ontológica, corpórea, psicológica, espiritual, moral, social y cultural), por lo que cada ser humano al no poder desarrollarse por sí mismo, experimenta una necesidad radical de encuentro con los demás en la alteridad (del latín alter ego: otro yo) con un “tú”, y dentro de un contexto social con un “nosotros” ⁽⁹⁵⁾

Imperativo ético: el ser humano, libre para el bien y la justicia:

En relación con su claridad (inteligencia, conocimiento) y su fuerza (voluntad), en la base del comportamiento humano se conjuga tanto la sensibilidad para descubrir y asumir determinados valores, como la capacidad y la posibilidad de ejercer mediante un continuo proceso de discernimiento ético, una libertad responsable, siempre orientada al bien y a la justicia ⁽⁹⁶⁾.

Solo un ser humano es capaz de reconocer la dignidad de otro y de respetar sus derechos, asumiendo en consecuencia el deber ético de asistirlo, cuidarlo, consolarlo y acompañarlo en su fragilidad.

Pero junto a la comprensión coherente del ser humano, - de la humanista - en su pluridimensionalidad, resulta además imprescindible para lograr un verdadero encuentro entre las realidades ambientales del paciente y del profesional sanitario, en el que la apertura y la donación propicien una relación de servicio solidario y altruista, que el profesional médico conjugue: vocación, competencia profesional y virtudes morales.

La vocación, y en especial la vocación médica, es una categoría compleja que evoluciona en un constante proceso de desarrollo y maduración, en el que podemos distinguir tres niveles por los que se asciende sin que esto implique que el nivel superior barra con las motivaciones y la riqueza del precedente.

El primero de estos niveles es el «afectivo», en el que el sujeto, por decirlo de alguna manera, descubre que se ha ido generando en él o ella una especial inclinación personal a ejercer una profesión que se desenvuelve en el ámbito de algunos de los valores más estimados por el ser humano ⁽⁹⁷⁾, así como el intenso deseo de conocer y desentrañar el profundo misterio que representa la vida, la enfermedad y la muerte. El segundo nivel es el «racional», en este, la cercanía al sufrimiento humano y el

discernimiento consciente, conducen al compromiso libre y responsable como respuesta a un profundo llamado que va más allá del simple cumplimiento del deber y de las normas.

Por último, el nivel «volitivo» en la vocación, consiste en la capacidad de perseverar en la misión asumida gracias al ejercicio de la voluntad, a pesar de los esfuerzos, dificultades, riesgos o hasta sacrificios que exige todo el trayecto de la vida profesional. De aquí se desprende la importancia del cultivo de la propia vocación por parte de cada profesional médico, así como del sumo cuidado que se debe poner por parte de las instituciones docentes y luego de las asistenciales para que esta madure, consolidándose de forma satisfactoria, de forma tal que no quede “anclada” en sus fases iniciales.

Por su parte, las virtudes morales: prudencia, sensibilidad, honestidad, discreción, humildad, paciencia, justicia, entre otras, son valores fundamentales, actitudes firmes y estables caracterizadas por el equilibrio y la armonía, las cuales modelan nuestra forma de actuar, el modo de ser, de estar y de relacionarnos. La virtud constituye de algún modo, la meta de la vida moral. Al decir de Diego Gracia *“El médico perfecto es el médico virtuoso (...) la relación médico-enfermo (o más genéricamente, la relación sanitario-paciente) solo será perfecta si el profesional aspira a la virtud, es decir a la excelencia”* ⁽⁹⁸⁾.

Son numerosas las voces que claman a favor de la recuperación de las riquezas del modelo clásico Aristotélico de la ética de la virtud, totalmente suplantado por el actual modelo principalista anglosajón de la ética de los derechos y los deberes. La experiencia ha demostrado que la ética biomédica centrada exclusivamente en la tetralogía de principios (beneficiencia, no maleficencia, autonomía y justicia), afronta el riesgo de terminar reducida a una moral de mínimas obligaciones, insuficiente para asumir los grandes retos que plantea una atención sanitaria plenamente humanizada, “Porque ausente esta perspectiva de los grandes ideales, de la supererogación, del ir más allá de las obligaciones y los deberes mínimos, el horizonte de la ética que ellos perciben se difumina, se diluye y angosta.

La vida moral de los médicos parece quedar sin inspiración, carente de un reto moral ilusionante que tienda a elevarles, a tirar hacia arriba, a exigirles un sacrificio - una dimensión de máximos - que les haga sentirse al final, más felices.”⁽⁹⁹⁾ Esta adquisición de las virtudes morales, como lo expresara el mismo Aristóteles en su “Ética a Nicómaco”, no se da en un proceso teórico sino eminentemente vivencial: solo se aprende a ser virtuoso practicando y viendo practicar la virtud.⁽¹⁰⁰⁾

En primer lugar resulta imprescindible incentivar aquellos espacios de intercambio, estudio e investigación que favorezcan un continuo proceso de reflexión, los cuales deben comprometer tanto al personal sanitario, como a las autoridades de salud, los

diseñadores de políticas sanitarias, las autoridades civiles, entre otras instancias sociales, de forma tal que se logre desentrañar y solucionar los factores que propician una atención de salud deshumanizada.

Otro importante terreno es el de la formación profesional, la cual debe ser sumamente rigurosa, unas cuantas conferencias no son suficientes para “aprender” a actuar bajo el auspicio de una ética humanista. ⁽¹⁰¹⁾ La enseñanza de la ética médica y de la bioética en los estudios de pregrado, debería combinar una parte de formación básica en forma de conferencias o seminarios con profesores expertos en la materia, y una parte más práctica e interactiva que coincida con la formación clínica, “la bioética solo se puede enseñar si se trata de llevar a la práctica y solo se puede aprender si se ve practicar” ⁽¹⁰²⁾.

Esta enseñanza, tal y como lo han aconsejado algunos autores debe ser multidisciplinaria, debido a que es importante proveer al estudiante de toda una cosmovisión humanística, antropológica y filosófica que le sirvan de sólido fundamento. Es necesario además, que la bioética esté formalmente integrada a los programas de estudio de las residencias, pues determinadas especialidades generan situaciones y conflictos éticos propios, que el futuro especialista deberá estar capacitado para manejar satisfactoriamente. Por último, también es imprescindible que esta forme parte de los planes de formación continuada de todo el personal sanitario.

En medio de los embates que sufre la asistencia sanitaria por parte de los diversos factores de deshumanización, cobra especial relieve el rescate y desarrollo de la medicina familiar como recurso capital. Esto es, un espacio donde los pacientes encuentren una atención personalizada y a la vez integradora por parte de un profesional competente, que asume responsablemente además de su tradicional papel preventivo-terapéutico-rehabilitatorio, el de servir de guía a la persona enferma ante las complejidades de los sistemas de salud actuales: una referencia de confianza que ayuda a poner orden, y claridad en medio del desconcierto, la tristeza y la desolación que con tanta frecuencia genera la enfermedad.⁽⁹³⁾

DIMENSIÓN DE LA ENFERMEDAD DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES

Desde esta lógica, el VIH/SIDA es visto como enfermedad entendida en como trastorno, desequilibrio o disfunción en el funcionamiento del cuerpo concebido como sistema biológico, receptor pasivo de influencias medioambientales. Los mecanismos de infección y trasmisión del virus son analizados en términos de agentes etiológicos concebidos como condiciones físicas, químicas o biológicas, que impactan al organismo cuya respuesta es conceptualizada a partir de las mismas dimensiones.

La complejidad del VIH/SIDA, representa en la insuficiencia de los esfuerzos de las ciencias biomédicas y de la epidemiología tradicional para la comprensión de las condiciones contextuales de su transmisión y propagación, es el hecho que marca la contribución de las disciplinas sociales frente a la comprensión del VIH/SIDA y al

diseño de estrategias de prevención y acompañamiento a las personas y comunidades afectadas. La inclusión del VIH/SIDA dentro del horizonte de estudio de las disciplinas sociales dedicadas al estudio de la conducta humana, implicó la producción de conocimiento teórico orientado a la comprensión de las dimensiones cultural, social y subjetiva asociadas al VIH/SIDA. ⁽²⁶⁾

Los aportes hechos por las ciencias sociales pueden dividirse en dos tendencias. La primera propia de las disciplinas como la sociología, la antropología y la psicología en sus vertientes tradicionales, las cuales se muestran coherentes y complementarias con la concepción del VIH/SIDA como fenómeno médico-biológico, incluyendo una dimensión individual o psicológica que corresponde, según el enfoque teórico, al comportamiento, al funcionamiento cognitivo, los procesos psicopatológicos, las creencias, entre otros. ⁽²⁶⁾

La segunda tendencia, corresponde a perspectivas y modelos alternativos que representan una ruptura, o bien una problematización en relación con la concepción tradicional de VIH/SIDA al reconocer los procesos sociales, culturales e históricos como dimensiones e indisociables para entender las condiciones actuales en las que el VIH/SIDA surge y vivenciados por las personas y familiares. ⁽²⁶⁾

Ahora bien, para Carmona, Rozo y Mogollón, ⁽¹⁰³⁾ la investigación que se realiza desde las ciencias sociales en torno al VIH/SIDA se refiere, a la concepción

psicológica de la enfermedad con un abordaje centrado en una perspectiva individual que reconoce el papel de los procesos afectivos, cognitivos y comportamentales como factores con igual importancia que los biológicos, en la génesis y evolución de los problemas de salud. Dando un lugar preponderante a lo individual asociado a los comportamientos y prácticas de los individuos.

Los análisis realizados desde esta perspectiva se centran en la identificación de factores o características del comportamiento individual asociados al VIH/SIDA, ya sea como referencia a la probabilidad de infección o a la respuesta ante la enfermedad.

El supuesto que apoya esta perspectiva es el de una relación causal entre la conducta o características individuales y la enfermedad. Según esto, los factores individuales, y principalmente el comportamiento, poseen amplio peso explicativo en la etiología de los procesos de enfermedad, planteando que “la presencia o ausencia de ciertos comportamientos parece propiciar un riesgo más elevado de trastornos graves de salud”.⁽¹⁰⁴⁾

Aunque estos abordajes explicativos mantienen una metodología y un abordaje cuantitativo del fenómeno, se observa en algunos planteamientos la ruptura con la visión del VIH/SIDA predominantemente en el ámbito de la investigación científica, dando paso a preguntas y reflexiones que llevan a su problematización.

Frente a las dificultades y cuestionamientos planteados a la tradición investigativa predominante, surge un conjunto de estudios desde posiciones teóricas que tienen en común una visión ontológica diferente de la salud y la enfermedad, así como el cuestionamiento de los supuestos epistemológicos y metodológicos propios de la lógica positivista. Así mismo, asumen una posición crítica frente a las formas que asume la práctica médica tradicional basadas en tales supuestos.

Desde la perspectiva crítica, la salud y la enfermedad no se consideran como estados contrapuestos, sino como procesos condicionados por múltiples y complejas determinaciones articuladas en su último término a los procesos sociales, de lo cual se concluye que la dimensión biológica está condicionada por el contexto social ⁽¹⁰⁵⁾ Salud y enfermedad son productos complejos de la dinámica social de un grupo específico en un momento histórico particular materializándose en la realidad concreta de los individuos. En este sentido, la concepción de la salud y la enfermedad están más allá de los procesos biológicos y físicos e incluyen una reflexión acerca de las condiciones contextuales que se constituyen en elementos necesarios para la definición.

De esta manera, la concepción del VIH/SIDA se transforma de manera radical al ser considerado como fenómeno marcado por dinámicas intersubjetivas, sociales y culturales que trascienden a su materialidad biológica. ⁽¹⁰⁶⁾

Sin embargo, frente a estas reflexiones los paradigmas alternativos constituyen un giro epistemológico en la medida en que muestran una concepción del VIH/SIDA como fenómeno socialmente construido, en el cual las dinámicas sociales hacen parte misma de su naturaleza, y por ende, resultan necesarias para su comprensión y prevención.

Estas perspectivas se caracterizan por una amplitud de abordajes metodológicos y marcos conceptuales. Bajo esta perspectiva crítica, se agrupan estudios derivados de la medicina social, los movimientos comunitarios de base y las corrientes socioculturales. A nivel epistemológico y ontológico comporten los supuestos en torno a la imposibilidad de la objetividad y neutralidad científica basada en el reconocimiento del carácter socialmente construido del conocimiento ⁽¹⁰⁷⁾. De la misma forma, acogen estrategias metodológicas que privilegian la interacción y el diálogo como acercamientos válidos a las realidades de interés. De esta manera, la concepción del VIH/SIDA se transforma de manera radical al ser considerado como fenómeno marcado por dinámicas intersubjetivas, sociales y culturales que trascienden a su materialidad biológica.

La Tabla 5 muestra una visión panorámica de los diferentes paradigmas que han abordado el VIH/SIDA a través de su historia, y los supuestos básicos que lo caracterizan según, Guba y Lincoln ⁽¹⁰⁸⁾

TABLA N° 5. PARADIGMAS Y SUPUESTOS BÁSICOS EN LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DEL VIH/SIDA QUE HAN ABORDADO EL VIH/SIDA.

	Positivism Neopositivismo	Teoría Hermenéutica Interpretativa	Teoría Crítica
Ontología	VIH/SIDA; proceso de naturaleza físico-biológica con correlatos individuales de índole conductual, cognitivo o social	VIH/SIDA: Construcción social a partir del contexto particular de los individuos	VIH/SIDA: Fenómeno biológico determinado por condiciones históricas, culturales, económicas y políticas
Epistemología	Búsqueda de la objetividad/neutralidad Enunciados expresados en hipótesis	Búsqueda de la subjetividad La objetividad como alejamiento de la realidad estudiada no es posible	Aproximación subjetiva mediada por los valores e intereses del investigador
Metodología	Uso de diseños experimentales, causiexperimentales, correlacionales Definición y manipulación de variables. Uso de instrumentos cuantitativos, no reactivos en la recolección de información Actividad investigativa orientada a la prueba de hipótesis Construcción de leyes generales sobre lo real	no de diseños no experimentales Usos de estrategias cualitativas, reactivas Análisis hermenéutico-Interpretativo Actividad investigativa orientada a la creación de sentido en entorno a la experiencia de los individuos Construcción de conocimiento particular sobre la realidad	Uso de diseños no experimentales Uso de estrategias cualitativas, reactivas No exclusión, de datos cuantitativos Orientada a la identificación de situaciones de dominación e imposición Denuncia y transformación de la realidad.

Fuente: Guba y Lincoln, 2001

ASPECTOS ÉTICOS, BIOÉTICOS Y LEGALES

No se puede hablar de la dimensión ética del hombre, si antes no se habla de que todo hombre tiene una consistencia real en sí mismo: El ser humano es un valor absoluto. Uno de los teólogos más brillantes del siglo XX, Karl Rahner, fallecido en 1964, ha definido esta verdad del siguiente modo: “El hombre es persona que consciente y libremente se posee; por tanto, está objetivamente referido a sí mismo y, por ello, no tiene ontológicamente carácter de medio, sino de fin; posee, no obstante, una orientación –saliendo de sí- hacia otras personas, no ya hacia cosas. Por todo ello, le compete un valor y una dignidad absoluta. Lo que nosotros consideramos como vigencia incondicional de los valores morales, se basa fundamentalmente en el valor absoluto y en la dignidad absoluta de la persona espiritual y libre”.⁽¹⁰⁹⁾

El hombre es la fuente de los valores éticos, no en cuanto él los crea, sino porque estos se hallan inscritos en su ser. Por eso, no es un ser más, como el resto de los seres del mundo, sino que es totalmente diferente en el orden cualitativo, por su condición personal.⁽¹¹⁰⁾

Al reconocer al hombre como un ser consistente por sí mismo y fuente de toda realidad, se llega a comprenderle, no desde las distintas mediaciones culturales, económicas y políticas, sino desde la originalidad de un ser absoluto que está primero y más allá que todas las mediaciones llamadas a servirlo, porque se hallan referidas a él y no al revés de el SIDA se hace cada vez más indispensable, a fin de evitar dos

grandes peligros: que el enfermo no sea tratado como una persona y que sea manipulado. ⁽¹¹⁰⁾

Es importante la búsqueda de un sentido a la reflexión ética en el ámbito de una práctica médica dominada por una crisis de valores morales, fundamentada en lo más preciado del ser humano que es su propia racionalidad.

En efecto, existen conflictos éticos relacionados con el SIDA, que voy a señalar: el derecho a procrear, confidencialidad, derecho al tratamiento y ensañamiento terapéutico, calidad de vida y carácter sagrado de la vida, la discriminación, la reproducción humana y las investigaciones biomédicas. ⁽¹¹⁰⁾

Igualmente se han vulnerados principios bioéticos básicos: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia en la relación con VIH/SIDA.

Sólo el carácter personal, absoluto y ético del ser humano, puede constituir la motivación para una actitud y actuación moral hacia los enfermos del VIH-SIDA. Por esta razón, a nivel odontológico, la Federación Dental Internacional (FDI) propuso una serie de lineamientos éticos entre los cuales manifiesta el deber que tiene el odontólogo, como profesional de la salud, a salvaguardar la salud oral de todos sus pacientes independientemente de su condición individual ⁽¹¹¹⁾. En el año 2002,

código de la ADA, determina que el odontólogo tiene la obligación de brindar asistencia aquellos pacientes que necesiten sus servicios. ⁽¹¹²⁾

En Venezuela, el cumplimiento de este deber profesional odontológico se alcanza mediante la ejecución correcta del acto odontológico muy bien definido en el artículo 5 del Código de Deontología Odontológica. ⁽¹¹³⁾.

ASPECTO LEGAL

De conformidad con las atribuciones establecidas en el artículo 46 del Decreto con Rango y Fuerza de Ley Orgánica de la administración central, en concordancia con lo dispuesto en los artículos 5 y 11, numerales 7 y 10 de la Ley Orgánica de Salud ⁽¹¹⁴⁾

Resuelve:

Artículo 1. Las instituciones dispensadoras de servicios de salud, tanto pública como privada, deben realizar con carácter obligatorio la prueba Elisa para detectar anticuerpos del a toda embarazada que acuda al control prenatal.

Artículo 2. Las pruebas de anticuerpos contra el VIH solo podrán practicarse previo consentimiento en información de la persona que será sometida al examen.

Artículo 3. La Dirección General de Salud poblacional a través del programa Nacional SIDA/ITS velará por garantizar el tratamiento antirretroviral y test virológico.

Asimismo, estas resoluciones fueron ratificadas en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, año CXXVII mes del 8-8-2000, Gaceta N°292. ⁽¹¹⁵⁾. Igualmente en el informe Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela. ⁽¹¹⁶⁾

- La ley protege a todos los individuos por igual, en consecuencia, no debes sufrir discriminaciones de ningún tipo. (artículos 19 y 21).
- No estás obligado (a) a someterte a prueba de detección de anticuerpos del VIH ni a declarar que vives con VIH o has desarrollado SIDA. Si de manera voluntaria decides someterte a la prueba de detección de anticuerpos del VIH, tienes derecho a que ésta sea realizada en forma confidencial y que los resultados de la misma sean conservados con absoluta discreción.
- No podrá restringirse tu libre tránsito dentro del territorio nacional.
- Si deseas contraer matrimonio no podrás ser obligado a someterte a ninguna prueba de detección del VIH. Vivir con VIH o SIDA no es impedimento para el ejercicio de la sexualidad.
- Cuando solicites empleo, no podrás ser obligado a someterte a ninguna prueba de detección de VIH. Si vives con VIH o has desarrollado SIDA, esto no podrá ser motivo para que seas suspendido o despedido de tu empleo.

- No se te puede privar del derecho a superarte mediante la educación formal o informal que se imparta en instituciones públicas o privadas.
- Tienes derecho a asociarte libremente con otras personas o afiliarte a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA.
- Tienes derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH y la forma de protegerte.
- Si vives con VIH o has desarrollado SIDA, tienes derecho a recibir información sobre tu padecimiento, sus consecuencias y tratamientos a los que puedes someterte.
- Tienes derecho a una atención médica digna y tu historial médico deberá mantenerse en forma confidencial.
- Si estás privado de libertad o en situación de encierro, con mayor razón y energía debes exigir el cumplimiento de tus derechos.

CAPITULO III

ABORDAJE EPISTEMOLOGICO

Para alcanzar la verdad es necesario una vez en la vida, desprenderse de todas las ideas recibidas y construir de nuevo desde los cimientos. Todos nuestros sistemas de conocimientos.

René Descarte

FUNDAMENTO EPISTEMOLÓGICO

Una epistemología de fondo es absolutamente necesaria, ya que es la que le da sentido a la metodología y a las técnicas que se utilicen, como igualmente, a las reglas de interpretación que se usen.

La epistemología actual, se entiende como la conciencia en la que se sustenta el conocimiento científico, obtienen sus cimientos en los preconceptos que iluminan la razón y guían la construcción del saber. La epistemología y metodología de la investigación, guardan una estrecha relación, por que de ella se derivan las teorías o concepciones donde se generan las estrategias para la búsqueda del conocimiento; estas estrategias o procedimientos específicos no son más que los métodos.

Por consiguiente para hacer ciencia se han planteado diferentes formas de abordar la realidad de estudio; dependiendo de las características del fenómeno a estudiar y el estilo de pensamiento del investigador; por lo cual en la presente investigación emplee el enfoque Fenomenológico-hermenéutico.

CONCEPTOS QUE GUÍAN LA INVESTIGACIÓN

Esto se refiere a la forma como veo el fenómeno de estudio, y al estilo de pensamiento que me guio para la realización de la investigación. Me propuse explorar el contenido de la consciencia del equipo de salud bajo el abordaje fenomenológico-hermenéutico, aplicando la epojé y la reducción fenomenológica, observando desde adentro del sujeto la esencia en su conciencia, sus sistemas de creencias, valores, conocimientos, actitudes, emociones, sentimientos, sus noemas y noesis. Con una actitud abierta, flexible, dispuesta a comprender y no juzgar, a sentir lo que el otro siente no juzgar sus conceptos y pensamientos. Congelando mis creencias y predisposiciones durante el proceso de investigación, en la búsqueda de una comprensión profunda y reflexiva de las perspectivas de otras personas, sin buscar la verdad, ni la moralidad.

Durante las entrevistas me puse en los zapatos de ellos, y así pude interpretar de una manera comprensiva, sin juzgarlos, para no contaminar la información recibida. Comprendiendo a los sujetos de estudio dentro del marco de referencia de ellos mismos, experimentando la realidad tal como ellos la experimentaban. Esto permitió

elaborar conceptos, significados, interpretaciones y comprensiones partiendo de los datos.

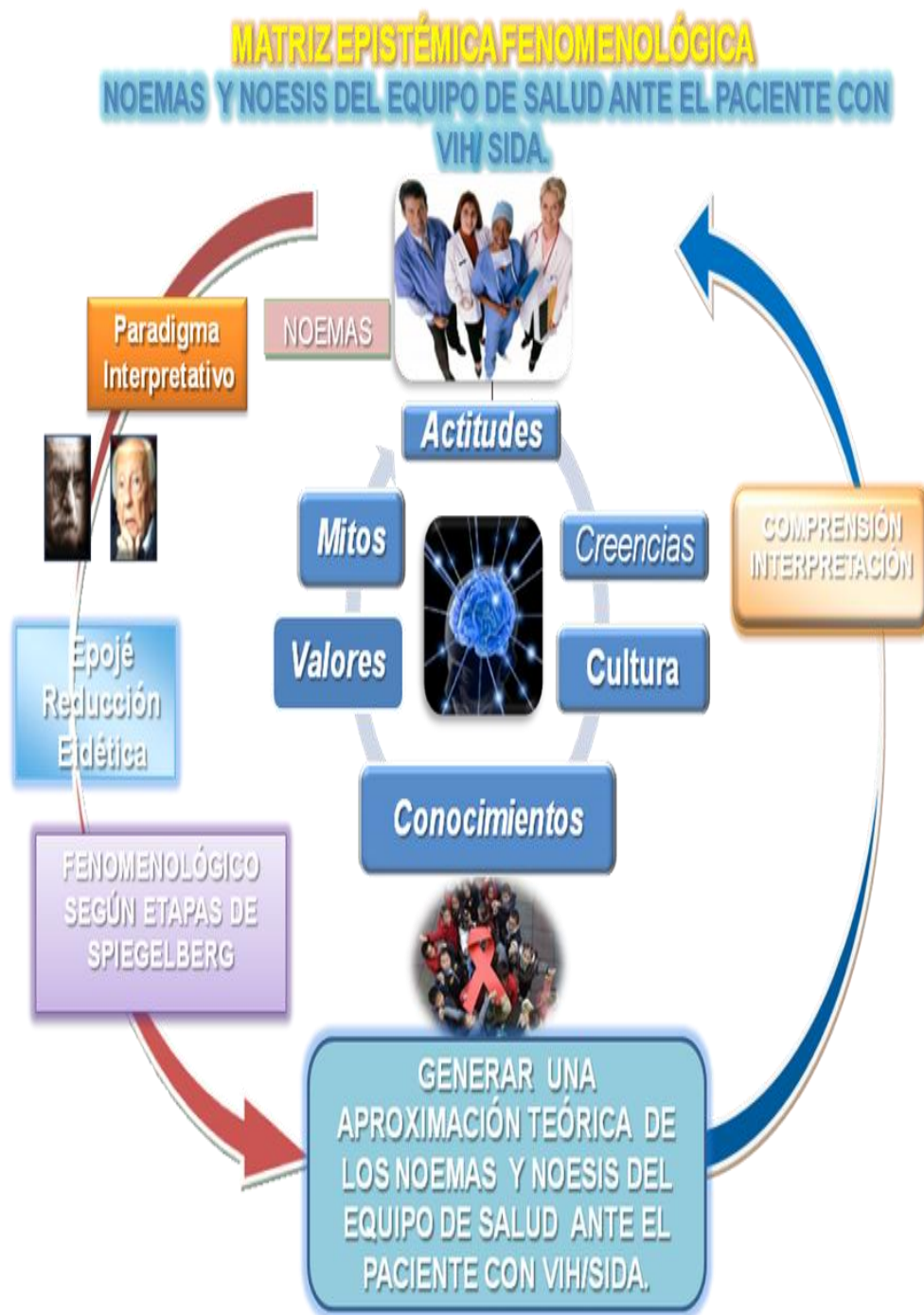
El método fenomenológico-hermenéutico me permitió estudiar la realidad humana, las experiencias vivenciales del equipo de la salud frente al VIH/SIDA bajo una lógica configuracional, bajo el paradigma interpretativo ontológico, estudiando la forma de convivir y actuar en el mundo histórico-social-cultural, dimensión fundamental de la conciencia humana.

La metodología fenomenológica es un método inductivo, (de los datos a la teoría), se presenta lo racional en relación complementario con lo emocional, intuitivo y espiritual, se encuentra el sentido de los planteamientos humanistas, donde se conoce al individuo en lo personal, a experimentar lo que siente en sus luchas cotidianas dentro de la sociedad, manejando conceptos como sus luchas morales, sus éxitos, fracaso, experiencias.⁽¹¹⁷⁾

Por lo, que el tratar de comprender y por ende acercarse a un mejor manejo de las circunstancias que rodean esta compleja etapa, consecuentemente brindar una mejor atención al paciente y a su familia. También se promueve un mejor desarrollando profesional y emocional del equipo de salud. Que al poder tomar decisiones cruciales más asertivas tendrá menor desgaste biofísico y emotivo, lo que ofrece un agregado positivo a las circunstancias de tensión en su ejercicio diario.

Los conceptos que me guiaron para ver la realidad de estudio fueron: sistemas de creencias, actitudes, conocimientos, mitos, valores, sentimientos, emociones., experiencias, vivencias. A lo largo de la investigación aparecieron nuevos conceptos que incorpore, que me sirvieron para ampliar el horizonte científico en la búsqueda del conocimiento de los noemas y noesis del equipo de salud a través del significados e interpretaciones de sus discursos.

FIG. N° 1 DIAGRAMACIÓN DE LA CONCEPCIÓN EPISTÉMICA



Fuente: Soto, M, 2010

La figura N° 1. Es un diagrama como proyección mental de la concepción y estilo de pensamiento que oriento la presente investigación Noemas y Noesis del equipo de salud ante el paciente VIH/SIDA.

A través de la representación diagramática se puede apreciar, que para abordar la realidad objeto de estudio incursione en una forma novedosa de la epistemología que estaba emergiendo de mi entorno y me lance a la aventura de llevar a cabo mi investigación aplicando un método diferente.

Al comienzo no todo fue fácil, por que una cosa es darse cuenta de que tenía que innovar y adaptarme cambio y fin último de la investigación y otra cosa era materializarlo y más que mis raíces paradigmáticas del positivismo estaban muy arraigadas.

La diagramación o proyección mental de la concepción epistémica es un aspecto de mucha utilidad en el proceso de relacionar la temática de estudio con la corriente de pensamiento que guía la investigación. Ello permite a los investigadores vivir “el darse cuenta”, en algunos casos de la concordancia entre lo que se expresa y cómo es concebido mentalmente, puesto que esta relación influye en la coherencia y validez del estudio. ^(52:71)

A través del paradigma cualitativo interpretativo, con una matriz epistémica fenomenológica, ya que de acuerdo con esta corriente, el fenómeno es observado desde adentro del sujeto de estudio, se busca la esencia en su conciencia, es la vuelta al mundo vivido para buscar el significado del fenómeno: Se asocia con lo holístico, lo intangible (los sentimientos). Trabaja con la condición humana para comprenderla.

El método que se utilizó en la investigación fue el fenomenológico según el diseño de Spiegelberg donde se describió las cinco etapas 1) Descripción del fenómeno. 2) Búsqueda de múltiples perspectivas. 3) Búsqueda de la esencia y la estructura. 4) Constitución de la significación. 5) Interpretación del fenómeno. Empleando siempre la epojé durante todo el proceso de investigación con el fin último de comprender e interpretar los significados de los sujetos que componen el equipo de salud y la generación de una aproximación teórica de los noemas y noesis del equipo de salud ante el niño y adolescente con VIH/SIDA.

CAPITULO IV

ABORDAJE METODOLÓGICO

“Fenomenología, aquella que produce reseñas descriptivas: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y las experiencias vividas”

Taylor y Bogdanm, 2000

Este capítulo describe la forma como aborde desde el punto de vista metodológico el fenómeno para conocer su realidad y comprenderla.

ABORDAJE FENOMENOLÓGICO

La fenomenología nace como una crítica a la manera de hacer ciencia de acuerdo al modelo cartesiano, que se concreta en el objeto y en lo cuantificable, olvidándose del sujeto y separándose de él. Trabaja con la condición humana para comprenderla, la dignidad del ser humano es el punto de partida, por lo tanto, hay que procurar el respeto y la tolerancia. ⁽⁵²⁾

Edmund Husserl, creador de la fenomenología, la define como el método que intenta comprender de forma inmediata el mundo del hombre, su Lebens-welt, mediante una

visión intelectual basada en la intuición de la cosa misma; es decir del conocimiento que se adquiere válidamente a través de la intuición que conduce a los datos inmediatos y específicos. ⁽⁵⁴⁾

Es así como Husserl, en su afán de hacer ciencia y apegado al rigor de la metodología científica, prescribió abstenerse de los prejuicios, conocimientos y teorías previas, con el objeto de basarse únicamente en lo dado. Se debe volver a los fenómenos, volver a la persona que expuso el fenómeno para verificar si el significado de los fenómenos fue alterado. El leit-motiv de Husserl en la investigación fenomenológica, es ir a las cosas mismas; entendiéndose por cosas todo aquello que se presenta a la conciencia. ⁽⁵⁴⁾

El método fenomenológico es una manera de abordar la realidad que no es observable u objetiva y por lo tanto no cuantificable. Se busca el significado del fenómeno, el cual es observado desde adentro del sujeto de estudio, desde su conciencia, para poder ver la esencia del mismo.

Se fundamenta en la comprensión de los significados subjetivos implícitos en el mundo de los actores sociales y en la creación del saber partiendo del conocimiento de la vida diaria.

Son realidades que, por su naturaleza, sólo pueden ser captadas desde el interior de quien las vive o experimenta, realidades desde el marco referencial interno del sujeto. Se estudia una realidad única, diferente, que no es igual para todos, sino propia de cada sujeto en particular. Son realidades que constituyen la esencia de cada ser humano.

La fenomenología y su método estudian las realidades tal cual son, realidades que se manifiestan por sí mismas, que afloran o emergen sin ser modificadas desde el exterior porque son respetadas en su totalidad. ⁽¹¹⁷⁾

Según Lyotard, ⁽¹¹⁸⁾ la fenomenología es una corriente del pensamiento, propia de la investigación interpretativa, que aporta como base del conocimiento la experiencia subjetiva inmediata de los hechos tal como se perciben. De allí que lo que se extraiga de la significación de las pacientes sea una representación de la realidad, tal como se presenta en la conciencia del Equipo de Salud,

HERMENÉUTICA

El nombre viene de Hermes, hijo de Zeus, también conocido como el Dios de los viajeros, comerciantes y ladrones que a causa de su slyness se tomó como competente para interpretar las intenciones de los dioses a los seres humanos.

La hermenéutica, según Wilhelm Dilthey ⁽¹¹⁹⁾ es el arte de la interpretación de comprender las expresiones de la vida que la escritura ha fijado. Desde sus orígenes la hermenéutica es la base de la intelectualidad cristiana; ya que a partir de esta, se realizaron y se realiza en gran medida el análisis de textos bíblico y posteriormente apareció el beneficio para las ciencias sociales, que consiste en reconocer el historicismo como elemento principal para el progreso de las sociedades.

La hermenéutica es el arte de interpretar los textos e hipertextos. No es totalmente libre. Atiende a la intención del autor, a su contexto y a su sistema de significación; está ligada a la fenomenología porque está asociada a las ciencias humanas, es el arte de comprender las expresiones de la vida que la escritura ha fijado. Su regla fundamental es la circularidad metódica, se realiza por un ir y venir entre las partes y el todo, pero también entre el texto y la totalidad mayor de la que forma parte: el texto remite al libro que remite a la obra completa, que remite a un contexto existencial y cultural, que remite a una época, una historia. (52:21-122)

Es decir, que la hermenéutica tendría como misión descubrir los significados de las cosas, interpretar lo mejor posible las palabras, los escritos, los textos, la conducta humana gestual y las actitudes comunitarias, así como cualquier acto u obra, pero conservando su singularidad en el contexto de que forma parte.

FENOMENOLOGÍA HERMENÉUTICA

Se interesa por la interpretación y la comprensión en contraste con la explicación, se preocupa por la búsqueda del significado de las experiencias vividas. La investigación se orienta hacia la generación de una teoría que trate de aclarar y de comprender formas específicas de la vida social, la validez de la teoría generada por este enfoque está en términos de su coherencia, consistencia y poder interpretativo y del sentido que tiene para quienes se investiga, esta teoría puede ayudar a la personas a comprenderse mejor y por ende, a cambiar; sus métodos están inclinados hacia el paradigma interpretativo y se expresan en lenguaje cualitativo. Este enfoque interpretativo es ontológico, estudia la forma de convivir en el mundo histórico-social-cultural, la cual es una dimensión fundamental de toda conciencia humana y se manifiesta a través del lenguaje/texto. (52:126)

ACTITUD FENOMENOLOGICA.

- Ser tolerante
- Comprensivo
- Actuar con la Intuición
- Vaciar mis contenidos de la conciencia
- No emitir juicios (**Epojé**)
- Buscar la esencia en la conciencia, sin dejarme contaminar por el ego.
- Eliminar lo que no es fenómeno (**Reducción eidética**).

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

El procesamiento de la información fue simultáneo con la recolección de la misma, describiendo, codificando y categorizando en unidades temáticas. La selección de los participantes en el estudio se realizó de manera intencional, en tal sentido se consideraron varios criterios: Participación voluntaria mediante la obtención del consentimiento informado. Que estuviesen sensibilizados con el fenómeno de estudio. Disponibilidad de tiempo suficiente para la realización de las entrevistas.

Así mismo se le solicitó por escrito el consentimiento informado a las personas seleccionadas. Se les explicó claramente que la información dada por ellos, se utilizará en forma confidencial y se les informará a los sujetos el objetivo del estudio. Se les dará una copia de la entrevista una vez transcrita para la revisión y aprobación por parte del entrevistado.

SELECCIÓN DE SUJETOS DE ESTUDIO

El muestreo que se sigue en la metodología cualitativa, para la selección de informantes tiene un carácter intencional, dinámico y secuencial. Los sujetos se eligen de forma intencionada de acuerdo con unos criterios establecidos por el investigador y este proceso de selección se continúa prácticamente durante todo el proceso de investigación. Se parte de la elección de unas personas que responden a unas cuestiones, se abordan nuevas cuestiones, se pregunta a nuevos informantes.

CRITERIOS GEOGRÁFICOS:

Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera (CHET), Departamento de Pediatría Hospital de Niños “Dr. Jorge Lizárraga”. Valencia en las Consultas Externas de Pediatría, Cirugía Pediátrica, Servicio de Hospitalización Medicina 2; y Consulta de Odontopediatría y Endodoncia de los Postgrado de Odontología Universidad de Carabobo (UC) Valencia.

CRITERIOS DEMÓGRAFICOS

Profesionales de la salud que trabajan en INSALUD. Departamento de Pediatría y Odontología y odontólogos de Universidad de Carabobo. De ambos sexos

CRITERIOS DE TEMPORALES:

La información se recogió en el momento en que los participantes del equipo de salud lo decidieran, fuera de su horario de trabajo.

Profesionales de la salud:

- 1 Pediatra.
- 2 Odontólogos
- 1 Bionalistas
- 2 Enfermeras

- 1 Cirujano Pediatra
- 1 Estudiante de medicina
- 1 Estudiante de pediatría
- 2 adolescentes de diferente sexo; para la triangulación se selecciono.

La selección de la muestra es de primera importancia, no por lo que representa en sí, sino por la filosofía de la ciencia y los supuestos que implica. De su correcta comprensión depende el significado de toda la investigación. La elección de la muestra dependerá de lo que pensamos hacer con ella y de lo que creemos que se puede hacer con ella.

En los estudios cualitativos la selección de la muestra, requiere que el investigador especifique con precisión cuál es la población relevante o el fenómeno de investigación, usando criterios (que justificará) que pueden basarse en consideraciones teóricas o conceptuales, intereses personales, circunstancias situacionales u otras consideraciones.⁽¹²⁰⁾

En la fenomenología se impone la muestra intencional, donde se prioriza la profundidad sobre la extensión, y la muestra se reduce en su amplitud numérica. El muestreo por conveniencia o intencional tiene su origen en consideraciones de tipo

práctico en las cuales se busca obtener la mejor información en el menor tiempo posible, de acuerdo con las circunstancias concretas que rodean tanto al investigador como a los sujetos o grupos investigados. ⁽¹²¹⁾

En la muestra intencional se elige una serie de criterios que se consideran necesarios o altamente convenientes para tener una unidad de análisis con las mayores ventajas para los fines que persigue la investigación.

Por ello, se suelen eliminar los casos atípicos muy peculiares y calibrar muy bien la influencia de todo lo que tiene carácter excepcional; sin embargo se procura que la muestra represente lo mejor posible los subgrupos naturales. Es decir, se trata de buscar una muestra que sea comprensiva y que tenga, a su vez, en cuenta los casos negativos o desviantes, pero haciendo énfasis en los casos más representativos y paradigmáticos y explotando a los informantes o sujetos de estudio. ⁽¹²¹⁾

La muestra en definitiva estuvo constituida por once (11) sujetos de estudio, que me van a dar información con respecto al fenómeno. Conformados por un Pediatra; tres Odontólogos; dos Enfermeras, un estudiante de odontología un estudiante de Pediatría, un Bionalista y un cirujano pediatra y dos adolescentes con VIH/SIDA. A

lo largo de todo el proceso investigativo se procuró establecer una relación de confianza con los sujetos de estudio.

MÉTODO

El método en fenomenología es equivalente a la actitud del investigador: un modo especial de la conciencia, se relaciona con una forma especial del espíritu humano, un modo del preguntar filosófico, saber escuchar. ⁽⁵⁸⁾

Se empleó el método Fenomenológico-Hermenéutico, según el diseño propuesto por Spiegelberg (52:126)

FASES DEL MÉTODO DE SPIEGELBERG:

FASE 1: DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO

Spiegelberg, H. reconoce que esta fase consiste en la exploración y descripción del fenómeno bajo estudio. El investigador describe el fenómeno con toda su riqueza, sin omitir detalles, su discurso no es riguroso, puede hablar en primera persona. La fase exige al investigador utilizar los principios éticos pertinentes para adentrarse en la conciencia de los actores sociales del estudio, con el fin de conocer de forma directa y cercana sus respuestas significativas, en cuanto a las interrogantes planteadas. Con

ello, el investigador comienza a entender el fenómeno, tal como es descrito por los informantes.

Graba, transcribe y colecciona las descripciones personales e individuales e intenta identificar y describir el fenómeno con la inclusión y agrupación de elementos del fenómeno. Spiegelberg H. establece que el primer objetivo es la investigación directa y descripción del fenómeno conscientemente experimentado; sin teorizar, sin explicaciones causales, y tan libre como sea posible, de preconcepciones y presupuestos.

FASE 2: BÚSQUEDA DE MÚLTIPLES PERSPECTIVAS:

El investigador no solamente toma en cuenta las opiniones de los sujetos de estudio, sino también la visión del fenómeno por parte de agentes externos o personas involucradas, además de su propia opinión sobre el fenómeno; cabe resaltar que la perspectiva que presenta el investigador es sobre el fenómeno de estudio y no una crítica sobre las opiniones emitidas por los actores participantes.

FASE 3: BÚSQUEDA DE LA ESENCIA Y LA ESTRUCTURA:

En este proceso se organiza la información a través de matrices para ser contrastada de manera que emerjan las semejanzas y diferencias sobre el fenómeno de estudio.

FASE 4: CONSTITUCIÓN DE LA SIGNIFICACIÓN:

Una vez organizada la información e identificadas las semejanzas y diferencias se facilita la constitución de los significados, que los sujetos de estudio tienen con respecto al fenómeno.

FASE 5: INTERPRETACIÓN DEL FENÓMENO:

Después de haber seguido este procedimiento el investigador tiene todos los elementos para hacer la interpretación que le permita comprender la realidad de estudio; es importante señalar que todo este proceso está presidido por la epojé o suspensión de juicios.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

En la investigación fenomenológica las técnicas de recolección de información deben permitir que el investigador se sumerja en el fenómeno de estudio por lo tanto tienen que ser flexibles y abiertas. Las técnicas más usuales son la observación participante, la entrevista cualitativa en profundidad o entrevista abierta.

LA ENTREVISTA ABIERTA.

En la entrevista cualitativa es fundamental la connotación del habla, las señales acerca de las emociones o los sentimientos, expresados a través de la gestualidad, de

la entonación de la voz. El cómo se dice es tan importante como lo que se dice. En tal sentido, la entrevista no sólo proporciona textualidades de relatos, sino también información acerca del contexto y la situación a la que se refieren dichos relatos.

La entrevista en profundidad es una entrevista personal, directa y no estructurada en la que el investigador hace una indagación exhaustiva para lograr que el entrevistado hable libremente y exprese en forma detallada sus motivaciones, creencias y sentimientos sobre un tema, es una técnica de intensa interacción personal que posibilita un gran nivel de persuasión y armonía con el entrevistado, dando lugar a una relación sustentada en un clima de confianza en la cual fluye la confianza e inclusive la información que normalmente se oculta o no se comparte con nadie, es decir, busca que el entrevistado hable sinceramente de lo que cree de si mismo ⁽¹²²⁾

El objetivo es descubrir las razones más fundamentales de las actitudes y comportamientos del entrevistado, a fin de reconstruir el sistema cultural que origina la producción discursiva y aspectos no cognitivos de las personas como sus compromisos, afectos y emociones.

Esta técnica junto con la observación participante es la más usada en investigación cualitativa. Es llamada también entrevista en profundidad, busca encontrar lo más

importante y significativo para los informantes sobre los acontecimientos y dimensiones subjetivas. Es un encuentro cara a cara, no estructurado.

Se pretende la búsqueda de la esencia del fenómeno de estudio, representado por la atención del equipo de salud al paciente con VIH/SIDA, en una introspección hacia los sentimientos, hacia los noemas, para comprender las proyecciones de estos en las noesis del equipo de salud.

La duración de las entrevistas estuvo en un rango comprendido entre 40-60 minutos. Todo el contenido de las entrevistas fue grabado y transcrito respetando la narración que la persona hace de sus vivencias, ya que al tratarse de algo personal, no habrá ninguna razón externa para pensar que ella no lo vivió, no sintió o no percibió las cosas, como dice que lo hizo.

PREPARACIÓN DE LA ENTREVISTA

- Se presentó la investigadora, una vez concertada cada un de los sujetos de estudio para ser entrevistados.
- Concertar la entrevista por anticipado, previa programación: fecha día y hora, de esta manera facilitar el empleo del tiempo de manera más racional.

- Se concertó el lugar de encuentro entre el entrevistador y el entrevistado, se realizó la entrevista en las mejores condiciones de privacidad y bajo el consentimiento informado.
- Al inicio expuse aspectos muy generales que quería explorar y presentadas en forma de temas previamente elegido, dejando hablar libremente al entrevistado, expresándose de acuerdo a sus experiencias vivenciales y de su personalidad.
- No se dirigió la entrevista, el entrevistado la abordó como quiso y por el tiempo que deseó, claro interviniendo sutilmente cuando se iba por otros temas.
- Como entrevistador no discutí, ni opondré, ni mostré sorpresa o desaprobación. Tan solo interés en lo que me decían.
- Mi actitud como investigador fue la de oyente, pero tomé nota de la observación de sus gestos., expresión corporal.

La diferencia primordial entre la observación participante y las entrevistas a profundidad reside en los escenarios y situaciones en los cuales se da la investigación. Mientras que los observadores participantes llevan a cabo sus estudios e situaciones naturales, los entrevistadores realizan los suyos en situaciones específicamente preparadas. El observador participante obtiene una experiencia directa del mundo

social, en cambio el entrevistador reposa exclusiva e indirectamente sobre los relatos de otros.

OBSERVACIÓN PARTICIPANTE.

En cuanto a esta técnica se puede afirmar que ésta implica la interacción entre el investigador y los grupos sociales. Su objetivo es recoger datos de modo sistemático directamente de los contextos y se fundamenta en el principio de la convivencia personal del investigador con el grupo o institución que se investiga. ⁽¹²³⁾

Para llevar a la práctica esta técnica hay que tener presente tres momentos: Un primer momento denominado acceso al escenario, en el cual el investigador debe buscar la aceptación del grupo; un segundo momento: estancia en el escenario, donde el investigador involucrado con el grupo realiza el proceso de observación interactiva y un tercer momento: retirada del escenario en el cual el investigador se retira del grupo en forma amigable. ⁽¹²⁴⁾

La observación participante realiza su tarea desde "adentro" de las realidades humanas que pretende abordar. Ahora bien, cuando se investiga mediante la observación directa significa que el investigador observa los hechos tal como ocurren. Además, los hechos son observados en escenarios o situaciones "naturales", en el

sentido de que no han sido sometidos a ninguna clase de manipulación por parte del investigador.

REGISTRO DE OBSERVACIONES.

En el presente estudio se empleo la técnica de la entrevista como proceso de recolección inicial de la información; comparándola constantemente con las informaciones provenientes de los diferentes sujetos de estudios y la observación participante y la observación participante, como investigadora observe en sus puestos de trabajo cuando pasaban consulta los profesionales de la salud, igualmente en los servicios de hospitalización durante las revistas matutinas y, a la hora de cumplir los tratamientos y la dieta y cuidados personales que debían realizar las enfermeras cuando no están los familiares. De la misma forma durante la s entrevista a profundidad observaba los gestos de las manos, cara sonrisa, forma de expresión y lenguaje que me permitieron comprender sus noesis

PROCESAMIENTO DE DE LA INFORMACIÓN

La investigación cualitativa, está orientada al estudio en profundidad de la compleja realidad social, por lo cual en el proceso de recolección de datos, el investigador va acumulando numerosos textos provenientes de diferentes técnica (120) El análisis de esta información debe ser abordado de forma sistemática, orientado a generar

“constructos” (construcción lógica) y establecer relaciones entre ellos, constituyéndose esta metodología, en un camino para llegar de modo coherente a la teorización.

Una vez realizadas las entrevistas Se procedió a transcribir las grabaciones; y luego a procesar la información en forma manual; a través de lecturas sucesivas de los textos descriptivos, se segmentaron fragmentos de textos significativos del texto de las entrevistas a profundidad. Describiendo línea por línea, párrafo por párrafo. Y a la triangulación de fuentes, comparando los conceptos de los integrantes del equipo de salud entrevistados, guía del proceso de contrastación para la constitución de los significados y de esto surgió el discurso interpretativo del contenido, identificando desde la perspectiva de los informantes respecto a las experiencias o situaciones relacionadas con la atención del equipo de salud a pacientes con VIH/SIDA.

En lo referente a la *categorización* de la información ésta es definida por Leal, J ⁽⁵²⁾ como “la recolección y revisión de información a través de diferentes entrevistas con el grupo de estudio, de manera que las categorías van emergiendo y repitiéndose hasta su punto de saturación.” Del mismo modo, refiere que un *Código*: son los conceptos, es de quien se habla, o de que se habla. *Propiedades*: Lo que se dice del código. Categorías: Conjuntos de códigos vinculados.

Por consiguiente, las verdaderas categorías que conceptualizan nuestra realidad deben emerger del estudio de la información que se recoja, al realizar el proceso de “categorización”, y durante los procesos de “contrastación” y de “Teorización”, es decir cuando se analicen-comparen-y contrasten las categorías. ⁽⁵²⁾ Este procesamiento de la información fue el empleado en la realización para de las Matrices y los Filtro Epistemológico. ⁽⁵²⁾

Existen otras formas de procesar la información; ya que los investigadores desarrollan (y desarrollarán) sus propios modos de procesar la información cualitativa, pero todas las comprensiones emergentes estarán fundamentadas en los datos y se desarrollarán desde ellos, implicando etapas diferenciadas, que desde la perspectiva de Taylor y Bogdan ⁽¹²⁵⁾ son:

Etapas del procesamiento de la información

1.- Descubrimiento en progreso: Identificar temas y desarrollar conceptos y proposiciones teóricas. Para desarrollar esta etapa es necesario a) leer repetida mente los datos obtenidos del trabajo de campo, transcripciones, etc.; y conocerlos cabalmente. b) Seguir la pista de temas, intuiciones e interpretaciones e ideas, registrando todas las ideas importantes que se tengan sobre nuestros datos, c) buscando los temas emergentes, confeccionando listas tentativas de temas en esta

etapa del proceso, sin apostar por ninguna idea en particular hasta su comprobación. Luego d) elaborar tipologías que nos permitirán identificar temas y desarrollar conceptos y teorías, e) desarrollando conceptos y proposiciones teóricas, pasando desde la descripción a la interpretación, y desde allí a la teoría mediante conceptos y proposiciones, de forma intuitiva. f) Es necesario leer el material bibliográfico que nos proporciona posibilidades de interpretación, teniendo el cuidado de no forzar los datos. g) El desarrollo de una guía de la historia es en ocasiones útil como elementos de orientación del análisis, siendo una manera de realizarlo con la ideación de una sentencia o frase que describa el trabajo en términos generales.

2.- Reducción de la información: Cuando la información es recogida, se inicia el proceso de codificación de los datos y el refinamiento de la comprensión del tema de estudio. Es necesario a) desarrollar categorías de codificación, que implican redactar una lista con todos los conceptos, interpretaciones, tipologías y proposiciones que se identifican durante el análisis inicial, repasándola en más de una ocasión. La cantidad de estas categorías dependerán de la cantidad de datos recogidos y de la complejidad de nuestro esquema de análisis. Es necesario b) codificar todos los datos (notas de campo, transcripciones, etc.) lo que permite la refinación del esquema de codificación, siendo la regla general de codificación que los códigos se ajusten a los datos y no de forma inversa. Es necesario c) separar datos pertenecientes a las

diversas categorías de codificación, de manera mecánica y no interpretativa, tanto de forma manual como asistidos con programas informáticos. Mediante esto se logran d) ver los datos que han sobrado, evaluado si algunos de ellos pueden ajustarse a nuevas categorías de análisis, no forzando nunca su ingreso en el esquema analítico y si no hay ajuste analítico. Finalmente llegaremos a la e) refinación del análisis, dado que la codificación y separación de nuestros datos nos permitirá comparar diferentes fragmentos relacionados con temas, conceptos, proposiciones, entre otros.

3.- Relativización de los descubrimientos: Comprensión de los datos en el contexto de su recolección, no debiendo descartarse nada. Las consideraciones que se deben tener en esta etapa son con respecto a si los a) datos fueron solicitados o no, b) la influencia del observador sobre el escenario, c) las influencias de quienes estaban cuando se obtuvieron los datos, como por ejemplo directivos, supervisores, entre otros. Observar si se tratan de d) datos indirectos o directos, pues cuanto más se deben realizar los datos indirectos para realizar inferencias, menos seguridad tendremos con respecto a la validez de las interpretaciones y conclusiones. Es necesario considerar las e) fuentes en que basamos nuestras interpretaciones, pues si son de un informante o un grupo. Finalmente es necesario controlar f) nuestros

propios supuestos, aunque sean difíciles de evitar, siendo la autorreflexión crítica elemento clave para comprender nuestro análisis

La categorización siguió al proceso de codificación selectiva. Al reflexionar y concentrarse en la información, irán apareciendo en nuestra mente las categorías o las expresiones que mejor las describen y las propiedades o atributos más adecuados para especificarlos y, poco a poco, también la estructura teórica que le integra en un todo coherente y lógico.⁽¹²⁶⁾

Las categorías se interpretaron a través de un análisis del discurso desde el nivel semántico, haciendo énfasis en la comprensión de los significados, y contrastando permanentemente los datos, mediante la triangulación y confrontación. Galeano, M. estima que la triangulación “es una estrategia general que permite la evaluación de la consistencia de los hallazgos contándolos, es decir, confrontando lógicas, saberes, versiones”.⁽¹²⁶⁾

Según Galeano,⁽¹²⁶⁾ la categorización se refiere “a la agrupación de datos que comportan significados similares. Es clasificar la información por categorías de acuerdo a criterios temáticos referidos a la búsqueda de significados”. Por ello en esta investigación se prevé realizar diferentes entrevistas a los participantes, grabar

sus respuestas y escribir aspectos relevantes que orienten hacia la constitución de los significados que tienen con respecto al fenómeno.

Después de establecer y organizar las categorías y propiedades emergentes, se procedió a la **estructuración de la significación** la cual es una actividad específicamente humana y personal y se establece en torno a una idea que tiene un gran poder de explicación del fenómeno o problema estudiado. En este proceso se debe distinguir claramente dos etapas: la estructuración individual y la estructuración general. La primera está referida a cada miembro o fuente de información. La segunda se relaciona con todos los miembros o fuentes de información. Buscar la *esencia* del fenómeno de estudio.

VALIDEZ

Los resultados de la investigación se contrastan con aportes de otros compañeros, informadores, observadores y personas implicadas en el asunto. Desde una perspectiva más operativa se puede establecer una distinción entre la validez interna y la validez externa ⁽¹²⁷⁾. La primera hace referencia a que las observaciones sean representaciones reales de alguna realidad, relacionando los datos obtenidos con la finalidad para la que se recogieron, estando íntimamente ligado con la validez de contenido.

La validez externa implica la posibilidad de extrapolación de los resultados a otras situaciones o contextos similares, siendo la transferibilidad más precisa que hablar de posibilidades de generalización. La singularidad del análisis de datos cualitativos es evidente y no podemos hablar de un proceso único ni estandarizado, ante lo cual podemos asegurar que es posible distinguir en la mayoría de los casos una serie de tareas y operaciones que constituyen el proceso analítico básico ⁽¹²⁸⁾.

Una investigación tiene un alto nivel de validez si al observar, medir o apreciar una realidad, se observa, se aprecia esa realidad y no otra; es decir, que la validez puede ser definida por el grado o nivel en que los resultados de la investigación reflejan una imagen clara y representativa de una realidad o situación dada. La validez es la fuerza mayor de las investigaciones cualitativas. En efecto, el modo de recoger los datos, de captar cada evento desde sus diferentes puntos de vista, de vivir la realidad estudiada y de analizarla e interpretarla inmersos en su propia dinámica, ayuda a superar la subjetividad y da al investigador un rigor y una seguridad en sus conclusiones que muy pocos métodos pueden ofrecer.

Por lo tanto, la validez para este estudio está en la forma de recoger los datos y la transcripción de las entrevistas a los profesionales del equipo de la salud y

a los dos adolescentes, para de este modo realizar el análisis respectivo y ser validados

En el caso de la investigación cualitativa, los procedimientos para determinar la validez cualitativa son: ⁽¹²⁹⁾

SATURACIÓN Y TRIANGULACIÓN

Se entiende la saturación como aquella situación donde el investigador ya no encuentra datos adicionales para desarrollar el contenido de una categoría. Strauss y Glaser ⁽¹³⁰⁾ emplean el término “saturación teórica” para aludir al momento del proceso de trabajo de campo en el que los datos comienzan a repetirse y no se logran nuevos hallazgos importantes. Para el investigador, este es el momento de dejar el trabajo de campo.

Se denomina triangulación a la combinación dentro de un mismo estudio de distintos métodos de recolección de información o de fuentes de datos (observación participante, entrevistas individuales, entrevistas grupales, análisis de documentos, etc.). Taylor y Bodgan ⁽¹²⁵⁾ conciben a la triangulación como “un modo de protegerse de las tendencias del investigador y de confrontar y someter a control recíproco relatos de diferentes informantes. Abrevándose en otros tipos y fuentes de datos, los

observadores pueden también obtener una comprensión más profunda y clara del escenario y de las personas estudiados”... En la investigación fenomenológica se utiliza como método para la validación de la información; presenta una amplia variedad de modalidades.

La información recopilada exige la triangulación para lograr confiabilidad, validez y la verificabilidad de la información. Al respecto Jesús Leal, ⁽⁵²⁾ especifica que la triangulación consiste en determinar ciertas intersecciones o coincidencias a partir de diferentes apreciaciones y fuentes informativas o varios puntos de vista del mismo fenómeno.

En fenomenología se utiliza como método para la validación de la información; presenta una variedad de modalidades, a saber: triangulación de métodos y técnicas, de fuentes e investigadores.

Galeano, M. ⁽¹²⁶⁾ estima que la triangulación “es una estrategia general que permite la evaluación de la consistencia de los hallazgos contándolos, es decir, confrontando lógicas, saberes, versiones”.

Por consiguiente, en el presente estudio se utilizó los sujetos de estudio formados por el equipo de salud, para obtener la información necesaria relacionada con el

significado que tiene para ellos, el paciente con VIH/SIDA, con la finalidad de obtener diferentes apreciaciones o puntos de vistas relacionados con este fenómeno.

CONFIABILIDAD

Concepto relacionado con la validez, pero tiene que ver con la repetitividad de los hallazgos. Sí los datos replican la realidad (validez) estos han de ser repetibles ante condiciones similares. Los dos momentos más importantes en la investigación cualitativa, son la generación de datos y el análisis. La interpretación de los mismos lleva a una confiabilidad del estudio.

Se debe partir de la confiabilidad en la generación de los datos y se evaluará la calidad de los recursos humanos, con un entrevistador bien entrenado y con experiencia, al igual que la calidad del diseño de investigación, descripción del problema de investigación, la definición de la muestra, recolección de datos, y procesamiento. “Para que la confiabilidad pueda ser establecida, el investigador debe documentar su procedimiento”

Para Lincoln y Guba, la investigación cualitativa debe desarrollar sus propios criterios de evaluación a los cuales la metodología cualitativa debe responder: ⁽¹³¹⁾

LA CREDIBILIDAD:

El investigador muestra los resultados obtenidos y ellos son creíbles para los otros investigadores; la credibilidad se asegura por las actividades de terreno y la observación reiterada.

Para Castillo y Vásquez ⁽¹³²⁾ la credibilidad se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Así entonces, la credibilidad se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o con el fenómeno investigado.

LA TRANSFERIBILIDAD

Es imposible generalizar a partir de una muestra, pero se debe tener en cuenta el contexto a partir del cual las hipótesis y los conceptos podrían aplicarse de un contexto a otro.

CAPITULO V

PRESENTACIÓN DE EVIDENCIAS Y RESULTADOS

*“La conciencia se conmueve sobre su
emoción, la intensifica.
Cuanto más se huye, más miedo se tiene.”*

Jean - Paul Sartre

En este capítulo se presenta el procesamiento de la información obtenida de las entrevistas a profundidad en filtros epistemológico que van a permitir o depurar la información hasta llegar a la esencia y triangulación. Igualmente se exponen los resultados del proceso de categorización más resaltantes.

Después de establecer y organizar las categorías y propiedades emergentes, se procedió a la estructuración de la significación la cual es una actividad específicamente humana y personal y se establece en torno a una idea que tiene un gran poder de explicación del fenómeno o problema estudiado. En este proceso se debe distinguir claramente dos etapas: la estructuración individual y la estructuración

general. La primera está referida a cada miembro o fuente de información. La segunda se relaciona con todos los miembros o fuentes de información.

Seguidamente se procedió a la contrastación en la cual se relaciono y contrasto los resultados obtenidos. El proceso de categorización-análisis-interpretación deberá estar guiado fundamentalmente por conceptos que provengan o emerjan de la información recabada y de su contexto propio, que muy bien pudieran ser únicos, y no de teorías exógenas, las cuales sólo se utilizarán para comparar y contrastar los resultados propios.

Estos procesos permiten las aproximaciones teóricas, mediante la proposición de conceptos bien desarrollados vinculados por medio de oraciones de relación, las cuales juntas constituyen un marco conceptual integrado que puede usarse para comprender, explicar o tener en cuenta como elemento predictivo de un fenómeno.

En este sentido emergieron las siguientes categorías:

1. Enfermedad VIH/SIDA,
2. Conceptualización enfermedad VIH/SIDA.
3. Atención del VIH/SIDA por los profesionales de salud

4. Discriminación.

5. Aspectos psicológicos frente al paciente VIH/SIDA.

Mediante la intuición emergió la Categoría Central: la Representación Social de los profesionales de salud ante del VIH/SIDA. Y es la que se vincula a las demás categorías. La Categoría Central cuando la muestro la razón la comprende inmediatamente y es el centro de mi teoría.

La categoría central sintetizó integralmente los contenidos de los significados de los análisis, para luego pasar a la interpretación. Al interconectar significados creando nuevos constructos conceptuales y asociados en categorías emerge la nueva aproximación teórica.

CATEGORÍAS QUE EMERGIERON

ENFERMEDAD VIH/SIDA

Enfermedad infectocontagiosa producida por el Virus de Inmunodeficiencia Humana; que se produce por contacto con sangre, secreciones contaminadas y relaciones sexuales. Afecta al sistema inmunológico del paciente con predisposición a ser atacado por gérmenes oportunistas.

Los siguientes discursos evidencian los significados de los profesionales:

“Es in a infección por el virus de inmunodeficiencia humana que entra al organismo y no sale”. (Estudiantes, enfermera, odontólogo)

“Es una enfermedad infectocontagiosa” (pediatra, bionalista, enfermera, odontólogos)

“El SIDA se adquiere cuando la infección por el virus VIH debilita al sistema inmunológico del paciente; de tal modo que le resulta difícil luchar contra las infecciones oportunistas” (Pediatra, bionalista, enfermera, estudiantes)

“Como se trasmite lo sabe todo el mundo, sexual, consumidores de drogas que intercambian jeringas. Medio de contagio prácticamente es la sangre”

“Es una enfermedad de transmisión sexual” (Pediatra, bionalista, enfermera, estudiantes, odontólogos)

El tratamiento reduce las infecciones oportunistas, disminuye la mortalidad” (pediatra, enfermera, estudiantes, bionalista))

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Enfermedad mortal, que pasó hacer parte de las enfermedades crónicas. El tratamiento con antirretrovirales los mejora porque disminuye las hospitalizaciones por infecciones por gérmenes oportunistas. Todos refirieron que la enfermedad se transmite por relaciones sexuales sin protección.

Los siguientes discursos evidencian los significados de los profesionales:

“Enfermedad infectocontagiosa producida por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, que paso de ser una enfermedad mortal, a ser crónica en los que tienen acceso a los tratamientos antirretrovirales” (médico).

“El tratamiento antirretroviral mejora la supervivencia, mejora la calidad de vida, Aparece como varias enfermedades en una sola”. (Estudiantes, pediatría).

“La sociedad continua viéndola como enfermedad mortal” (Enfermeras).

“Enfermedad que no tiene cura, hay desigualdad social”

“Enfermedad que nos invadió a todos... incurable, terminal”

“El sida al comienzo de la epidemia era considerada como una enfermedad de grupos desviados moralmente y de crisis de valores, ahora involucra a otros comportamientos de riesgo; como los heterosexuales, mujeres, niños”(pediatra, odontólogos, enfermeras).

“Un fantasma muy amenazador sobre la humanidad, las cifras siguen siendo alarmantes” (médico).

“El problema actual, está en la adherencia a los tratamientos y los efectos colaterales de la medicación” (pediatra).

“Existe un fuerte predominio de la asociación del sida con la muerte” (enfermeras Estudiantes, odontólogo).

“Son pacientes que con el tratamiento tienen una vida mejor, con el tiempo es un paciente normal que debe decirle al profesional que tiene VIH”), (pediatra, enfermeras, bionalista).

CATEGORÍA ACTITUD DEL EQUIPO DE SALUD

Son pacientes de alto riesgo, y durante la atención médica son tratados igual que otra enfermedad; pero exagerando el empleo de las normas de bioseguridad para prevenir el contagio.

La atención por algunos miembros del equipo de salud es deshumanizada, sobre todo para dar el diagnóstico en los adolescentes, algunos rechazan dar las citas y tienen actitudes conductuales negativas.

Los siguientes discursos evidencian los significados de los profesionales:

“Tratarlo en servicios de menos contaminación, buscar brindarle todo lo mejor”.

“Al afrontar a los pacientes con VIH/SIDA hay una mezcla de riesgo y miedo, incrementando medidas de bioseguridad”.

“Son pacientes que con el tratamiento tienen una vida mejor. Con el tiempo Es un paciente normal que debe decirle al profesional que tiene VIH”.

“A la hora que un paciente es VIH esta solapadamente marginados y nadie quiere tener en su familia un paciente con VIH/SIDA en cualquier

parte, de repente uno marca distancia” (pediatra, odontólogos).

“Miedo porque a veces no se cumplen con la bioseguridad, por falta de materiales en la institución” (estudiante de pediatría, pediatra, odontólogos, enfermeras)

“Me puedo infectar con la sangre durante la atención al paciente” (odontólogo, enfermeras, estudiantes).

“No lo atiendo, si no tengo un área especial, porque puede contaminar a otros pacientes”. (odontólogo)

”En el hospital no tengo miedo, porque son pacientes con tratamientos y en control con infectólogo pediatra. En la consulta privada si he sentido temor cuando los atiendo” (odontólogo)

“Antes tenía mucho cuidado del contacto, pero ahora trato de manejarlos de forma integral, incorporándolos a la consulta con Psicólogo” (pediatra)

“Tratarlo en servicios de menos contaminación, buscar brindarle todo lo mejor” (pediatra, enfermera)

“A medida que vas manejando información tú sabes que puedes llegar más al paciente y abordar otras cosas sin miedo o tabús” (pediatra).

DISCRIMINACIÓN

En lo referente a la práctica profesional, la mayoría refirieron situaciones de rechazo o maltrato de un alguien abstracto, pero nadie reconoció sus propias contradicciones frente a los pacientes. Sucedió al comienzo de la epidemia y lo adjudicaban, por la falta de conocimiento de la nueva enfermedad, problemas culturales, creencias, mitos.

Los siguientes discursos evidencian los significados de los profesionales:

“Solicito siempre la prueba de Elisa a los pacientes en la consulta odontológica y de cirugía” (odontólogo, cirujanos, estudiantes).

“Sino sé que es VIH positivo lo trato en nombre de Dios” (odontólogo)

“Solicitó la prueba de Elisa a los pacientes en la consulta odontológica y cirugía cuando son sospechoso” (cirujano pediatra, odontólogo)

“Se despiden con besitos no le tengo miedo pero tomo precaución, dejo que me besen de la mejilla para fuera no en la boca, me puedo contaminar porque hay puede estar el virus” (odontólogo)

“No lo trato si no reúno las condiciones ideales, no porque no quiera, sino que si es VIH+ yo debo garantizarle las condiciones mínimas de asepsia en el ambiente” (odontólogo)

“Es una enfermedad desde el comienzo estigmatizante y discriminatoria, pero

hay que reconocer que ha disminuido la discriminación” (pediatra)

“Es una enfermedad muy excluyente” (pediatra)

Rechazo Institucional:

“Los familiares me han referido que no los aceptan en la escuela” (enfermera, pediatra)

“Le piden al personal de salud, cuando sus hijos van a ser hospitalizados, que no se enteren los demás para evitar discriminación” (enfermeras)

“Hay madres que evitan que tengan contado su hijo con otro niño que ella se ha enterado que tiene VIH, creen que se puede contaminar por abrazos, juguetes, utensilios de comer” (Enfermeras, pediatras, estudiante pediatría.).

“Las madres me refirieron, que sufrieron rechazo en las consultas de odontología y cirugía”

“Los atienden de último y los refieren a otros especialistas”. (Odontólogos, cirujano).

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL EQUIPO DE SALUD:

La relación del profesional-paciente, sobre todo en el caso del médico se estructura en torno al compromiso emocional, emociones de cariño, tristeza, pena, miedo, rechazo.

Esto se refleja en los siguientes testimonios aportados por los profesionales de la salud

“Antes tenía mucho cuidado del contacto, pero ahora trato de involucrarme mas con ellos” (pediatra, residente de medicina, enfermera)

“Me siento bien atendiéndolos, brindarle todo lo mejor” (pediatra, enfermera, residente)

“Los trato con más cariño son niños que han perdido a sus padres y los traen sus abuelas” (pediatra, residente pediatría, enfermera)

“La misma sensibilidad humana te hace más sensible y va cambiando tu actitud” (odontólogo)

“Me da mucha tristeza y lástima por la situación irregular que viven” (odontólogo, residente pediatría)

“Le doy mucho cariño al niño” (pediatra, residentes, bionalista)

“Cuando veo a una adolescente embarazada esperando en la consulta de infectología, pienso Dios mío que esperanza para ese niño si muere la mamá, siento lastima, todo eso te sensibiliza” (odontólogo)

“Hacerle la vida más agradable” (pediatra)

“Penetra lo más hondo del ser: alma, corazón, pensamientos, emociones”

“Los profesionales de la salud refieren, sentirse bien, atendiendo a niños y adolescentes con VIH/SIDA porque se han ido sensibilizando a través del tiempo” (pediatra)

“Sentimientos de rabia, impotencia y angustia al tener que ingresar a un niño con VIH/SIDA” (estudiante medicina, odontólogo)

Significados de los Adolescentes con VIH/SIDA respecto a la Atención prestada por el Equipo de Salud.

Algunos adolescentes descalifican la relación con médicos con quienes tienen el primer contacto, por la forma de darles el diagnóstico y al pronosticarles que se van a morir. Aún existen miembros del equipo de salud que no están claros del concepto de orientación, asesoría y protección de los niños y adolescentes, independientemente de su condición de VIH.

Sin embargo manifestaron que la consulta médica de infectología a través de la cual le indican el tratamiento, les devuelve el bienestar, se sienten sanos, lo que consideran beneficioso, al ofrecerles condiciones de salud adecuadas con menos morbilidad y mortalidad por infecciones oportunistas.

Los siguientes testimonios ofrecidos por adolescentes y madres reflejan la atención del equipo de salud:

“Nos asiste nos solicitan controles, nos dan los récipes, pero ignoran lo que sentimos, pensamos y como vivimos nuestra realidad”

“Rechazan la forma que señalan el consultorio donde los atienden”

“Enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA”, ya que favorece la discriminación o rechazo”

“Como el hablan sobre la enfermedad y le pronostican que se van a morir si no reciben tratamiento antirretroviral”

“algunas enfermeras le dicen delante de otros pacientes o familiares lo que tienen, exponiéndolos a la discriminación o escarnio público”

“Todos deben realizarse la prueba de Elisa por que deben estar infectados”

“Es una enfermedad miserable, que se la trasmití a mi hija y se puede morir” (madre).

“Los rechazo en las consultas de odontología y cirugía”

“Los atienden de último y los refieren a otros especialistas”.

“Perciben que los odontólogos en muchas ocasiones adoptan actitudes extremas e innecesarias de bioseguridad lo que les genera cierta incomodidad asociada con su diagnóstico”. (Adolescente).

"El odontólogo debe tomar precauciones igualmente con cualquier paciente porque cuánto tiempo viví yo con el virus y no lo sabía y las pruebas salían negativas... me parece normal que se proteja y de hecho los odontólogos que me atienden se han mostrado muy queridos" (representante).

"Aunque me siento incómodo, al saber que debe protegerse, sé que es muy bueno que lo haga por evitar el contagio para otros pacientes y para él mismo, porque uno puede sangrar debe cuidarse porque es peligroso que los aparatos se infecten"

"El odontólogo que me atiende se pone los guantes, el tapabocas y bata manga larga. (adolescente).

"El miedo a la enfermedad se extiende por todo lo que toco" (adolescente).

En relación Sentimientos y Emociones de los pacientes

"Con miedo al rechazo" (adolescente 1)

"Siente limitaciones en sus actos por su enfermedad" (adolescente 1)

"Temor a la soledad. (adolescente 1).

"Conflictos familiares, culpa a la madre por abandonarlos para no infectarse (adolescente 1).

"Al inicio sintió tristeza y miedo a morir". (adolescente 2).

“Después asumió una vida llena de conductas de riesgo para él y sus contactos sexuales” (adolescente2).

“Sin importarle los demás tal vez por carencia afectiva de toda la familia (adolescente2).

“Pelear con la madre y rabia porque le culpa de su enfermedad” (adolescente2).

INTERPRETACIONES

*“La superficies puede ser vista,
pero las profundidades deben ser
interpretadas.
Va mas allá de todo lo que puede ser
visto y atrapado con las manos”*

Son la interpretación del fenómeno, que no es más que el significado que los sujetos le otorgan a las cosas dadas, en una conciencia pura, es la significación que los participantes atribuyen a sus prácticas y a la situaciones en las que se desarrollan.

Del entretreído de actitudes, creencias, mitos, conocimientos, sentimientos y emociones, expresados por los sujetos de estudio y los agentes externos al explorar sus noemas y noesis; para comprender e interpretar su mundo interior, se pudieron develar sus sentires en relación al fenómeno. Emergiendo las siguientes interpretaciones.

En las categorías que formaron el sustrato de los discurso, prevaleció modelo biologicista y el hegemónico en la construcción de la representación social del

VIH/SIDA por los profesionales de salud. Las representaciones generadas por el modelo biologicista, se trasladan a la comunidad y permean toda concepción de lo que realmente significa el trabajo con la comunidad. Es así, como progresivamente se va produciendo un nuevo reordenamiento en el orden de vida, con la cristalización y sedimentación del único saber sobre la salud, el saber científico aislado de todo componente social. ⁽²⁰⁾

En relación a los conocimientos de la enfermedad VIH/SIDA que tiene el personal de salud (médicos, enfermera y biologicista), es adecuado, proveniente de la formación académica y de cursos que han realizado o de charlas recibidas por especialistas en cada área de servicio. Con respecto a la conceptualización de la enfermedad, se ha desarrollado sobre lo biológico y moral a través de la caracterización psicosociocultural basada en comportamientos de riesgo, debido a sus connotaciones valorativas y moralizantes, que incentivan el miedo ante el enfermo; el cual se manifiesta como rechazo y discriminación al paciente adolescente. Aislada de todo componente social.

De lo anterior se desprende, la ambigüedad que existe entre el conocimiento sobre la enfermedad y la actitud que estos profesionales expresan, condicionados por el temor al contagio. Dicha premisa coincide con lo expuesto por Perera, quien señala que la

actitud no va a depender necesariamente de la cantidad o tipo de información que se tenga, sino de la orientación favorable o desfavorable hacia el VIH/SIDA ⁽¹⁶⁾

El miedo y temor al contagio, aparecen como núcleo central y definitorios en la representación social del VIH/SIDA en los profesionales de salud estudiados. Estos indicadores por su importancia y distribución se revelan como el esquema figurativo del campo representacional del VIH/SIDA. Contrario a lo reportado en otro estudio ⁽²⁷⁾ donde refieren; que el uso de equipamientos de protección individual puede minimizar los riesgos y que, hoy, ningún profesional de la atención básica deja de atender pacientes por miedo de infectarse, inclusive no utilizando todas las precauciones recomendadas.

Por otra parte, la relación del profesional-paciente, sobre todo en el caso del médico se estructura en torno al compromiso emocional, donde prevalecieron los de fraternidad, tristeza, pena y cariño; si embargo otros miembros expresaron rabia, temor, miedo, rechazo moral, pena. De igual forma, en el estudio realizado por Varas y Marzan, ⁽¹⁹⁾ se evidenció la existencia de emociones asociadas al VIH/SIDA tales como pena, lástima, compasión, fobia y miedo entre los profesionales y estudiantes que participaron.

Ahora bien, los profesionales de la salud manifestaron la aplicación de normas de bioseguridad durante su ejercicio laboral como protección para evitar el contagio; destacando el hecho de que algunos, extreman estas medidas al atender a pacientes que padecen la enfermedad. De ahí que, Volkow ⁽¹³⁾, considera que la actitud de los profesionales de la salud se relaciona con la bioseguridad, siendo ésta un factor significativo en la protección del equipo de salud para disminuir el miedo al contagio. Según Carvajal y cols. ⁽⁸⁶⁾ estas precauciones deben ser aplicadas en forma universal permanente y en relación con todo tipo de pacientes; a los fines de su manejo. No se justifica, bajo ningún aspecto, la realización de test como estudio pre-quirúrgico o previo a procedimientos invasivos, dado que las normas de bioseguridad no deben cambiarse según la serología del paciente.

TRIANGULACIÓN DE LOS SIGNIFICADOS E INTERPRETACIONES DE LOS SUJETOS DE LAS CATEGORÍAS QUE EMERGENTES

CATEGORÍAS	SIGNIFICACION GLOBAL	INTERPRETACION GLOBAL
ENFERMEDAD VIH/SIDA	Es una infección producida por el virus de Inmunodeficiencia humana que afecta al sistema inmunológico, que se produce por contacto con sangre y secreciones contaminadas, el paciente	Es una infección producida por el virus de Inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA), que se produce por contacto con sangre, secreciones contaminadas, y relaciones sexuales. Afecta al sistema inmunológico del paciente con predisposición a ser atacado por gérmenes oportunistas
CONCEPTUALIZACIÓN DE VIH/SIDA	Enfermedad es producida por el VIH al principio sin síntomas luego en etapa terminal SIDA que a pasado hacer una enfermedad mortal que paso a crónica en los que reciben tratamiento antirretroviral Que se contamina a través de relaciones sexuales, la sangre y secreciones	Enfermedad producida por el VIH, que al comienzo no presenta síntomas, luego en etapa terminal SIDA manifestaciones sistémicas múltiples. Es una enfermedad mortal que paso a ser enfermedad crónica, en los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral Haciendo énfasis más en la enfermedad y dando menos valor al sujeto.
ATENCIÓN AL PACIENTE CON VIH/SIDA	Pacientes de alto riesgo para atenderlos se emplean normas de bioseguridad algunos exageran para prevenir contagio y esconder el miedo. Se trata igual que a otro paciente pero sus actitudes son ambiguas con sus discursos ya que exageran en la aplicación de las normas	Son pacientes de alto riesgo, en la atención médica son tratados igual que otra enfermedad, pero exagerando el empleo de las normas de bioseguridad, para prevenir contagio y esconder el miedo.
DISCRIMINACIÓN	El médico siente que el paciente con VIH/SIDA esta solapadamente marginado. Sufren de rechazo por otras madres, en la escuela y en los centros de Salud.	Rechazo no moral por el equipo de salud. Discriminación por social, institutos educacionales, representantes de otros niños. El médico siente que el paciente con VIH/SIDA esta solapadamente marginado.
ASPECTOS PSICOLÓGICOS	Refieren sentimientos de tristeza, angustia, lastima y miedo aun utilizando las medidas de bioseguridad	El equipo de Salud presentan emociones de tristeza, angustia, lastima y miedo en el abordaje de pacientes con VIH/SIDA

CAPITULO VI

TEORIZACIÓN

“Las teorías científicas, como los icebergs, tienen una enorme parte sumergida que no es aceptada, y que constituye la zona ciega de la ciencia, pero que es indispensable para el desarrollo de la misma”

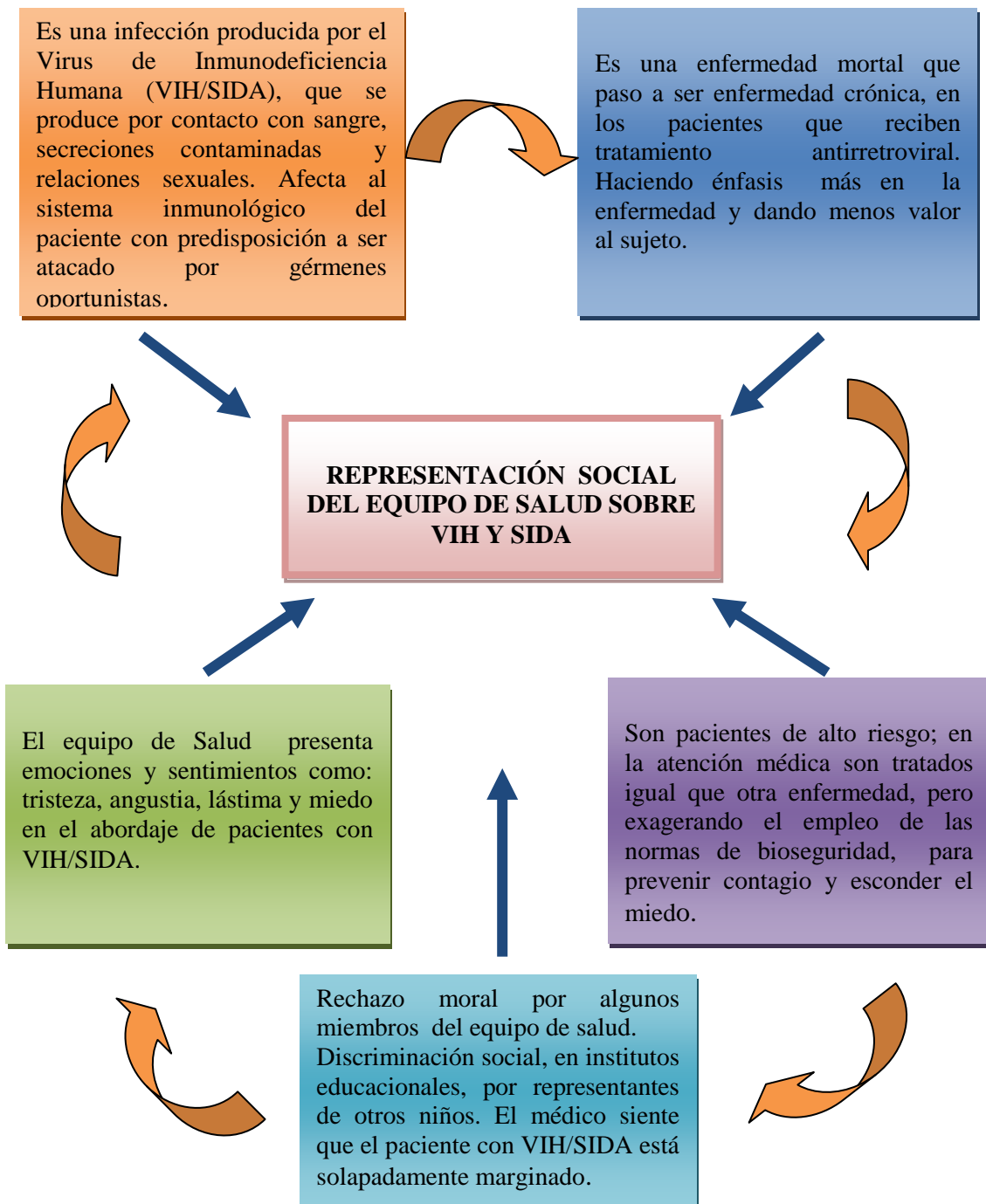
Morin, 1984

En este capítulo, se profundiza en la comprensión e interpretación del fenómeno objeto de estudio, interpretando el sentir del equipo de salud ante el niño y adolescente con VIH/SIDA.

Según Leal, J ⁽⁵²⁾ la teoría es un modo de mirar el fenómeno de estudio, de organizar sus elementos y representarlos conceptualmente, a través de una nueva red de relaciones. Por lo cual el trabajo del teorizador consiste en: percibir, comparar, contrastar, agregar, establecer nexos, relacionar. Por lo tanto una teoría es una construcción mental simbólica que nos obliga a pensar de un modo nuevo al interpretar un conjunto de conocimientos que hasta ahora se consideraban incompletos o inconexos y/o intuitivos. (52:142)

FIGURA. N°2.

INTERPRETACIÓN DE LAS SIGNIFICADOS QUE EMERGIERON EN LA INVESTIGACIÓN Y CATEGORÍA CENTRAL FUNDAMENTAL.



ENUNCIADO DE LA TEORIA

En los noemas y noesis de los profesionales de salud, interactúan diversos elementos de orden científico y de la cotidianidad, tales como: creencias, mitos, estigmas, discriminación, vivencias, experiencias, miedos, lo cual conforman la Representación Social que tiene el equipo de la Salud sobre el VIH/SIDA.

Es así como, esta representación social, incluye como generalidad, una amplia conceptualización de la enfermedad basada en información aprehendida de diversas fuentes, situándose en el núcleo del campo representacional el miedo y temor al contagio, como consecuencia de unas normas de bioseguridad que no se cumplen rigurosamente en todo paciente o que en la mayoría de los casos se tornan exageradas al hablar de VIH/SIDA. Distorsionando el verdadero enfoque integral de estos pacientes.

PROCESOS DE TEORIZACIÓN

Esta investigación permitió realizar un acercamiento desde un enfoque Fenomenológico-hermenéutico de las percepciones del equipo de salud, ante el niño y adolescente con VIH/SIDA. Mediante un diálogo con la realidad fenoménica, donde el sujeto se funde con el objeto de estudio; y no es posible separar el observador de lo observado, dando paso a la subjetividad e intersubjetividad.

Los profesionales de la salud prestan una atención orientada al manejo conceptual mecanicista y biologicista de la enfermedad VIH/SIDA, tratando a los niños y adolescentes con SIDA guiados por paradigma biomédico tradicional, que no permite un enfoque diferente al abordaje que hacen para tratar a otras patologías, predominando en ellos el miedo al contagio, ejerciendo una medicina despersonalizada y deshumanizada.

Los noemas y noesis de equipo de salud en relación a conceptualización y conocimientos de la enfermedad, expresan que el SIDA, es producido por el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); que se trasmite por contacto con sangre, secreciones contaminadas y relaciones sexuales, transmisión materno- fetal, el que cual ataca al sistema inmunológico del paciente, predisponiéndolo a ser invadido por gérmenes oportunistas. La Infección al comienzo no presenta síntomas, pero luego en etapa terminal SIDA presenta manifestaciones sistémicas múltiples. (Pediatra, enfermera, odontólogos, bionalista, estudiantes).

En tal sentido, el personal de salud manifestó una concepción médico-biológica, en la atención del paciente VIH/SIDA, centrada en la descripción y explicación de los mecanismos biológicos y físicos-químicos asociados. Esto, con el fin de controlar tanto las manifestaciones letales de la enfermedad, como la replicación del virus en el sistema inmune, deteniendo su expansión. Haciendo énfasis más en la enfermedad y dando menos valor al sujeto-paciente.

Desde esta lógica, el VIH/SIDA es visto como enfermedad entendida como trastorno, desequilibrio o disfunción en el funcionamiento del cuerpo, concebido como sistema biológico y receptor pasivo de influencias medioambientales. Los mecanismos de infección y transmisión del virus son analizados en términos de agentes etiológicos, concebidos como condiciones físicas, químicas o biológicas, que impactan al organismo cuya respuesta es conceptualizada a partir de las mismas dimensiones.

De esta manera, se observa que, gracias a los avances médicos, el VIH/SIDA pasó de ser concebida como enfermedad mortal, a enfermedad crónica. Sin embargo, los retos en el ámbito social son constantes, debido al énfasis biologicista que persiste sobre la enfermedad; lo cual representa actualmente un desafío para las Ciencias Médicas.

Cabe considerarse, que los conocimientos que tiene el personal de salud sobre el VIH/SIDA (médicos, enfermera y bionalista), son adecuados, provenientes de la formación académica, de cursos que han realizado o de charlas recibidas por especialistas en cada área de servicio. Con respecto a la conceptualización de la enfermedad, ésta se ha desarrollado sobre lo biológico y moral, a través de la caracterización psicosociocultural basada en comportamientos de riesgo; debido a sus connotaciones valorativas y moralizantes, que incentivan el miedo ante el enfermo; el cual se manifiesta como rechazo y discriminación al paciente adolescente; y aislada de todo componente social.

De lo anterior se desprende, la ambigüedad que existe entre el conocimiento sobre la enfermedad y la actitud de rechazo que estos profesionales de salud expresan y realizan; condicionados por el temor al contagio. Dicha premisa coincide con lo expuesto por Perera ⁽¹⁶⁾, quien señala que la actitud no va a depender necesariamente de la cantidad o tipo de información que se tenga, sino de la orientación favorable o desfavorable hacia con respecto a la enfermedad. Según este autor, el campo de representación no es más que la organización de los conocimientos de forma jerárquica. El miedo y temor al contagio, aparecen como contenido central y definitorios en la representación social del VIH/SIDA de los profesionales de salud estudiados.

La formación centrada de forma casi exclusiva en el desarrollo de habilidades técnicas, en detrimento de los contenidos filosóficos y antropológicos humanistas, casi inexistentes en los programas de pre y postgrado; unido a la enseñanza de una ética deontológica limitada a códigos administrativos y procedimentales, logra como resultado, profesionales con un elevado saber científico y gran pericia técnica, pero con una pobre formación humana y la consecuente incapacidad para interactuar con la persona enferma, no comprendiendo el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva holística e integradora. No resulta raro constatar que incluso para médicos recién graduados con brillantes calificaciones; conceptos básicos como “dignidad humana”, resulten tan difusos o sumamente abstractos que se les dificulte de sobremanera su aplicabilidad o vivencia en la práctica profesional.

Por consiguiente, la carencia de conocimientos no es lo que ha provocado que se cometan faltas éticas, al brindar servicios médicos hacia las personas portadoras VIH que las estigmatizan y contribuyen al deterioro de su salud física y emocional.⁽¹⁶⁾ Para algunos miembros del personal de la salud, el riesgo de contagio por el VIH durante el tratamiento es bajo, y otros desconocen la magnitud del mismo. En varios casos consideran a los enfermos altamente contagiosos y, en el peor de los casos, son abandonados a su suerte. (Odontólogos). Esta situación viola los principios éticos de cumplimiento obligatorio que rige el ejercicio de la medicina y de la salud en general.

Dentro de las múltiples razones dadas para la negación de la atención odontológica hacia el sujeto infectado por el VIH, predominaron las relacionadas principalmente con deficiencias en el conocimiento y a ambiente de trabajo considerados inadecuados para el tratamiento de estos pacientes; aún aplicando las medidas de bioseguridad para evitar el contagio o y así poder ocultar el miedo; lo que favorece las actitudes conductuales negativas hacia las personas con VIH/SIDA; y que forman parte de la representación social que tienen del VIH/SIDA.

Uno de los componentes de sus noemas más importantes y expresadas a través de sus noesis, fue el temor al contagio; muy a pesar de la aceptación y reconocimiento de la existencia de las medidas de bioseguridad durante la consulta. (Pediatra, enfermeras, odontólogos estudiante, cirujano). Siendo la bioseguridad una doctrina de

comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo para el personal de salud de adquirir infecciones en el medio laboral incluyendo a pacientes, visitantes y el medio ambiente.

Debe señalarse que estos propios temores al contagio y la desinformación han dado como adverso resultado que los pacientes con VIH/SIDA estén siendo desatendidos; propiciando sentimientos de vulnerabilidad y fragilidad de la personalidad, que aumentan sensaciones de deterioro de la salud.

El personal de salud siente que el paciente con VIH/SIDA está solapadamente marginado y que existe rechazo y discriminación social por parte de los institutos educacionales, maestros y representantes de otros niños. (Pediatra, enfermeras, bionalista). Se han reportados en varios países de Centroamérica y América del Sur aislamiento y estigmatización de los niños con VIH por un contacto casual, por la creencia errónea de que representan un riesgo para los demás. Cuando esto sucede, estos niños pueden perder mucho del cuidado, dedicación, contacto social y educación temprana que necesitan y se merecen para crecer.

Los adolescentes con VIH/SIDA, refirieron la omisión y discriminación por parte de algunos odontólogos, enfermeras y estudiantes; puesto que un gran número se niega a

tratarlos, los remiten a otros servicios para evitar atenderlos, les prestan inadecuada atención o retrasan sus citas.

Se sienten vulnerados al recibir un trato inapropiado por parte de algunos miembros del equipo de salud y tener que tolerar el uso de técnicas de bioseguridad extremistas; lo que les genera cierta incomodidad asociada con su diagnóstico. (Adolescente 1).

En este sentido, la interacción equipo de salud-paciente con VIH/SIDA, se ve afectada por la existencia y persistencia del énfasis biologicista, con que se percibe al paciente con VIH/SIDA, con sentimientos de temor, rechazo que se convierten en elementos de exclusión social. Sin embargo, algunos miembros del personal de salud refieren que se sienten bien atendiéndolos, con amor, cariño, respeto, lastima, temor. (Pediatras, estudiantes y enfermeras).

En las interpretaciones de los noemas y noesis de los profesionales de la salud se refleja que el mayor conocimiento que tienen sobre la infección estos profesionales, no evita que algunos estereotipos del imaginario social, algunos prejuicios del sentido común, también aparezcan en su práctica médica.

En este sentido, en relación al riesgo de la infección y contagio se filtran elementos, interpretaciones alejadas del conocimiento científico. Se evidencio aspectos débiles y

resistencias aún presentes en el campo de la Salud; indicando que se debe fortalecer un abordaje interdisciplinario como se postula desde hace años entre los que trabajan en los desafíos de la salud integral.

Por todo lo expuesto anteriormente en las ciencias de la salud, el ser humano ha terminado con frecuencia siendo trabajado al plano de un objeto más, bajo el dominio de la ciencia y la tecnología, su dignidad ha quedado rota. La sociedad globalizada postmoderna ha entrado en el tránsito cuesta abajo de una cultura humanista a una cultura mecanicista. Donde la representación social del VIH/SIDA esta dominada por miedo al contagio.

Por consiguiente, encontré modos de aproximación al complejo VIH/SIDA, donde se pude identificar tres niveles interrelacionados como el cognitivo en el sentido biológico, epidemiológico, el pragmático que nos lleva a la forma de las respuestas del equipo de salud y el perceptivo que nos coloca en el terreno de las percepciones y representaciones.

Ahora bien, existe en algunos miembros del equipo de salud desinformación y algunos prejuicios precisamente equiparables a los que tiene la sociedad en general. Señalaba Fitzpatrick ⁽¹³³⁾ que estamos habituados a considerar un abismo entre conceptos ordinarios y médicos pero muchas veces se exagera este abismo.

En muchos aspectos de la enfermedad, el conjunto de sentidos conformados en la sociedad se desplaza, al saber médico, al saber de los profesionales de la salud en general, para terminar integrándolo como saber técnico.

De este modo, el sentido común está presente en el saber del médico, en el saber de la enfermedad, en el saber técnico e introduce sesgos que no son advertidos. El problema es complejo porque en el área de la salud, como cualquier campo científico, supone que su saber es un sistema crecientemente amplio e inclusivo capaz de neutralizar valores o elementos no técnicos con los que se va enfrentando en su conocimiento.

Por ello, se considerar que no existe un área de estabilidad cognitiva inevitablemente abarcadora disponible, sino que está en una búsqueda de enriquecimiento carácter permanente. En la relación con la realidad; por lo que emerge para el equipo de salud, la necesidad de identificar y romper con presagio y advertencia moral; que todavía existentes en torno a la enfermedad VIH/SIDA.

El eje central de la representación social del VIH/SIDA en los profesionales de la salud en la presente investigación, es reflexionar para formular un nuevo sentido común, liberador y que sugiere específicamente la comprensión de unas relaciones cotidianas libre de preconceptos, estereotipos y discriminaciones. Souza ⁽¹³⁴⁾ propone “doble ruptura epistemológica” ya que por un lado tenemos el sentido común que se

cuela en determinada comunidad retórica y esto requiere una primera ruptura, pero por otro lado está la necesidad de un nuevo acto epistemológico a fin de volver desde la ciencia con un nuevo saber, transformando en un nuevo sentido común, sobre las experiencias y trayectorias de vida.

En estas mediaciones aparece entonces la importancia de los profesionales de salud y la necesidad de un proceso educativo permanente, continuo, que va promoviendo, generando cambios sólo lentamente. No pensando solo en la dimensión biologicista para la apropiación de conocimientos con efectos mecanicistas y simplicista. Tenemos que incluir otras dimensiones imprescindibles como la sociológica, antropológica y cultural.

Por todo esto, la capacitación excede un saber puramente instrumental y de corto plazo. Hoy la ciencia de la salud le corresponde seguir haciendo biológica-mecanicista, práctica terapéutica del VIH/SIDA y profundizar otras dimensiones que hacen a la prevención y contribuyen en construir la enfermedad con una perspectiva superadora del estigma en la sociedad en general.

CONCLUSIONES

Del estudio de los noemas y noesis de los profesionales de la salud ante el VIH/SIDA emergió la Representación social que tiene este equipo de salud sobre los niños y adolescente con VIH/SIDA; orientada al manejo conceptual mecanicista y biologicista de la enfermedad, guiados por el paradigma biomédico tradicional, que no permite un enfoque diferente al abordaje que hacen para tratar a otras patologías, predominando en ellos el miedo al contagio, y ejerciendo una medicina despersonalizada y deshumanizada.

El conocimiento de las Representaciones sociales que tiene el equipo de salud sobre el VIH/SIDA es de gran relevancia, dado que los programas de prevención más exitosos son los que parten de las experiencias de los sujetos afectados, centrados en los grupos de iguales y sus familiares, que buscan la integración social, que introduce conceptos preventivos con base en el universo simbólico de los implicados y los que se asocian a prácticas socioculturales.

Siendo la Representación Social producto de la cultura y al estar cargada de significados colectivos, pueden favorecer o dificultar las acciones y las prácticas tendientes a mejorar la atención de salud en las personas que viven con VIH/SIDA.

Cabe considerarse, que los conocimientos que tiene el personal de salud sobre el VIH/SIDA son adecuados, provenientes de la formación académica, cursos que han realizado o charlas recibidas por especialistas en cada área de servicio. Con respecto a la conceptualización de la enfermedad, ésta se ha desarrollado sobre lo biológico y moral; considerándola como una enfermedad crónica.

Algunos miembros del personal de la salud consideran que el riesgo de contagio por el VIH, durante el tratamiento, es bajo; y otros desconocen la magnitud del mismo. En varios casos, consideran a los enfermos altamente contagiosos y, en el peor de los casos, son abandonados a su suerte. Esta situación viola los principios éticos de cumplimiento obligatorio que rige el ejercicio de la medicina y de la salud en general. Los sentimientos y emociones del equipo de salud para unos fueron de amor, cariño, tristeza; mientras para otros de rabia, miedo y/o rechazo.

La aplicación de medidas de bioseguridad de forma no rigurosa por falta de recursos en las instituciones hospitalarias y en otros casos la aplicación de normas de bioseguridad exageradas, producen en los pacientes con VIH/SIDA sentimientos de vulnerabilidad y fragilidad de la personalidad que, a su vez, aumentan sensaciones de deterioro de la salud y ausencia a la consultas de control. Los adolescentes con VIH/SIDA, son víctimas de rechazo moral y discriminación por parte de algunos odontólogos, enfermeras y estudiante; al remitirlos a otros centros asistenciales para evitar atenderlos, o al prestarles una atención inadecuada y retrasar sus citas.

RECOMENDACIONES

Es necesario que los miembros del equipo de salud dispongan de herramientas conceptuales que fundamenten su desempeño profesional y les permitan analizar las implicaciones éticas, humanitarias y socio-culturales de su propia práctica; así como su trascendencia existencial en la profesión, lo cual redundará en una atención sistémica, integral y holística de los pacientes con VIH/SIDA. Esta reflexión permitirá mejorar la representación social que tienen de la enfermedad.

Fomentar el desarrollo de un sistema de atención médica integral, para una enfermedad que requiere no solo atención de la sintomatología y seguimiento o controles de tratamiento, sino que aborde el VIH en toda su complejidad: efectos secundarios, orientación en cuidados (nutrición/ejercicio), vivencias, temores, asesoría, etc. Una medicina que sea un apoyo real en la construcción de una nueva forma de vida que implica toda enfermedad crónica.

Son necesarios equipos de trabajo que atiendan a esta compleja dimensión de la enfermedad, hoy más que nunca, cuando las personas que viven con VIH/SIDA deben hacer frente a una exigencia feroz de cuidado multidimensional.

Exhortar a las Universidades nacionales a fomentar y estimular a su personal docente y estudiantil a incorporarse en el proceso enseñanza-aprendizaje del VIH/SIDA, como eje cardinal de su desempeño humano; promoviendo, además, la responsabilidad individual de interesarse por su desarrollo personal, profesional e integral.

A través de esta investigación, es urgente sentar estrategias de sensibilización para trascender conceptos, noemas, noesis, nemes o ideas transmitidas; con el fin de transformar la postura no acorde con la ética profesional, que muestra actualmente el equipo de salud.

APORTES EPISTEMOLÓGICOS

“La comprensión se halla en la renuncia, en el desprendimiento de toda intención, y en el asentamiento a la realidad tal como se presenta”

Bert Hellinger

Debo comenzar reconociendo la importancia de los estudios cualitativos en el área de las Ciencias de la Salud; con la producción de teorías que permitan cambiar la actual, que argumenta que los médicos han tendido a ignorar la teoría, ya que creen que están trabajando directamente con la realidad; pero siempre habrá un filtro cultural entre nosotros y la realidad.

La investigación cualitativa reconoce la visión biomédica del mundo que se centra en la naturaleza objetiva de las cosas, como el VIH/SIDA y su medición cuantitativa. Sin embargo, ella nos permite entender los diferentes filtros culturales de los pacientes y profesionales para la comprensión de los problemas de salud.

Por consiguiente, el camino recorrido en el área de la investigación Fenomenológica-hermenéutica fue una experiencia nueva y enriquecedora, que me impulsó a adentrarme en su estudio con gran dedicación y pasión, permitiéndome hacer un giro

paradigmático en mi forma de investigar y en el estilo de pensamiento, para hacer “ciencia con consciencia”. A través de la metodología cualitativa, pude explorar las experiencias vivenciales contenidas en los noemas y noesis del equipo de salud ante el niño y adolescente con VIH/SIDA y comprender los significados que ellos otorgan a esta enfermedad; donde interactúan diversos elementos de orden científico y de la cotidianidad, tales como: creencias, mitos, estigmas, discriminación, vivencias, experiencias, miedos, lo cual conforma la Representación Social que tiene el equipo de la Salud sobre el VIH y SIDA.

Uno de los componentes más importante de los significados de la representación social del equipo de salud ante el VIH/SIDA; es que estaban cargados de una fuerte connotación biológica- mecanicista, como respuesta a un método analítico científico tradicional que continúa predominado en la practica de los profesionales de la salud; limitando la libertad de estilo de pensamiento del sujeto para ver la realidad y poder atender a los pacientes de una manera integral.

La atención a los pacientes que viven con VIH/SIDA, debe basarse no solo en elementos clínicos o técnicos, sino en aspectos culturales, psicológicos, éticos y espirituales y humanos, debido al connotación social que tiene la infección; lo que permitiría una atención integral, respetuosa y humanizada, sin que estos tengan pacientes sufran discriminación o reciban atención de mala calidad por parte del equipo de salud.

Finalmente, hago referencia a las múltiples vicisitudes por las que tuve que pasar, para la publicación del artículo de investigación con resultados preliminares; debido a su corte cualitativo, la revista de Pediatría se demoran y al final ponen tan trabas para su aceptación casi pidiendo que lo adate a lo cuantitativo. En vista del tiempo y de la engorrosa situación, desistí con esa revista y lo pude gracias a Dios publicar en otra. Lo que nos evidencio que hay pocas revistas interesadas en publicar trabajos con metodología cualitativa en nuestro país; por no conocer otros formas de hacer investigación que no se el método científico tradicional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Real S, Sara y Pimentel R, María. Discriminación y rechazo en la relación médico-paciente con VIH-SIDA. Implicaciones y propuesta ética. Disponible en:<http://yeltconunasgotasdehiel.spaces.live.com/blog/cns!45EF55702667E23F!10546.entry> 2011
2. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS) 2011. Situación de la epidemia de sida 2009. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArche/2011/default.asp>. 2009.
3. Red Venezolana de Gente Positiva (RVG+), ACCSI Acción Ciudadana Contra el SIDA ONUSIDA VENEZUELA – AID FOR AIDS. Informe final del estudio diagnóstico situacional de las personas viviendo con VIH/SIDA en Venezuela Febrero de 2007. Disponible. En: <http://www.accsi.org.ve/PDF/Publicaciones/inffeb2007.pdf>
4. Casanova de E. L; Castillo de F. O; Rosas MA; López de S. G; Casanova E. Luis; Sánchez de N. M. Infección por el Virus de Inmunodeficiencia humana en niños de Valencia: 17 años de Experiencia, Bol. Venez de Infectol. Vol. 15, N°1. 2004
5. Lambert, C. Husserl, E: La idea de la fenomenología. Teol. Vida Vol.47, N.4, pp. 517-529. ISSN 0049-3449.doi:10.4067/S0049-34492006000300008. 2006
6. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Venezuela Disponible: en: http://www.unicef.org/venezuela/spanish/hiv_aids_11984.htm 2011
7. Sandín M^a. Investigación Cualitativa en Educación. Fundamentos y Tradiciones. España S.A. 2003. (p. 61-62).
8. Martínez M. Evaluación Cualitativa de Programas. Edit. 2^a 2007, México. Trillas. 2009. p.52
9. Valdez C, E. La cara oculta del SIDA en Bolivia. Marzo. Vol.47, N.4, pp. 517-529. 2000
10. Jiménez, J. Actitudes y Conocimientos de profesionales de Enfermería sobre el paciente VIH/SIDA. Ángeles Merino Godoy. Unidad de Infecciosos del Hospital General de Huelva. Nure Investigación, N° 6, Junio 2004.

11. Rojas, C, J; Torre, V. Actitud ante VIH por el personal de salud del Centro de Salud Leonel Rugama, Estelí. Noviembre 2006. Disponible: trab-final-VIH.
12. Escobar M Conocimientos, actitudes y prácticas de VIH/SIDA en personal médico, enfermería y laboratorio, Hospital Alemán Nicaragüense, Enero 2009. Tesis en línea. Disponible: http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/mintegral/Conocimientos_actitudes_y_practicas_de_VIHSIDA.pdf
13. Volkow P. VIH/SIDA y la mujer: aspectos clínico-epidemiológicos de relevancia. SIDALAC. Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina 2009. Disponible en: URL: <http://www.sidalac.org.mx/spanish/publicaciones/vancouver/vorkow.htm>
14. Ontiveros Rodríguez A, López Rodríguez E, Cabrera Rodríguez JA. Influencia en pacientes de las representaciones sociales sobre el VIH y sida de los familiares. Revista Ciencias Médicas de La Habana. 2010; 16 (2). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol16_2_10/hab19210.htm
15. Bra. María G y col. Conocimientos, actitudes y prácticas por parte del personal de salud en el Hospital Dr. Roberto Calderón. 2004, Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/mintegral/Conocimientos_actitudes_y_practicas_de_VIHSIDA.pdf
16. Perera M. A propósito de las Representaciones Sociales: apuntes teóricos, Trayectoria y actualidad. La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente; 2001.
17. Shalini Peter Aggleton y Paul Tyrer India: Discriminación, estigma y negación relacionados con el VIH y el SIDA ONUSIDA/02.23S Disponible: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/jc587-india_es.pdf. 2009
18. Vidal F, Carrasco M, Santana P. Discriminación por VIH/SIDA en Chile - Cambios y Continuidades - 2002-2005. FLACSO-Chile, Universidad ARCIS, Vivo Positivo Disponible en; <http://es.scribd.com/doc/24577426/>
19. Varas-Díaz N, Marzan-Rodríguez M. The emotional aspect of AIDS stigma among health professionals in Puerto Rico. AIDS Care. 2007 Nov; 19(10):1247-57.
20. Falero Alfredo. Actitudes y percepciones sobre el SIDA en técnicos y Profesionales de la Salud en Uruguay. 2002. Mirada desde el Sur. Disponible

en:WWW.iniciativalatinoamericana.org.

- 21.Silva M y Cols. Actitudes del Equipo de Salud hacia la Atención del paciente con VIH/SIDA en el Servicio de Emergencia del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. 2001
22. Dávila, M.E; Gil, M. Nivel de conocimiento y actitud de los odontólogos hacia portadores de VIH/SIDA. Revista en línea volumen 45 N° 2 / 2007 Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/nivel_conocimiento_actitud.asp
- 23.Prieto BS. Actitud de los profesionales de la salud hacia los pacientes con SIDA. Med- ULA. (Revista Electrónica) 1996; 5:39-43. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/medula/>
- 24.Tovar, V, Guerra, ME y Araujo, A. Asistencia odontológica a personas VIH/SIDA. Acta Odontol. Venez. [online]. Mar. 2008, Vol.46, no.1 p.10-14. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652008000100003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0001-6365.
- 25.Barrón R, A y Palma C, A, Juárez Huerta L, Actitud del médico familiar ante el paciente con VIH/SIDA, Factores relacionados. Rev. Med. IMSS; 38(3): 203-209, 2000.
- 26.Fonseca A. Representaciones sociales del VIH/SIDA en jóvenes con y sin VIH en la ciudad de Bogotá D. C.: Aportes para la comprensión de sus significados y práctica. 2009. Biblioteca digital El repositorio institucional. Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/view/person/Fonseca_=C1vila=3A Ana_Paola=3A=3A.html
- 27.Ribeiro de Souza Marina y de Fátima Freitas María. I. Representations of Primary Care Professionals about the Occupational Risk of HIV Infection. Rev. Latino-Am. Enfermagem .2010 Jul-Aug; 18(4):748-54 Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
- 28.Link, B. & Phelan, J. C. On stigma and its public health implications. 2001. Disponible en: www.stigmaconference.nih.gov/LinkPaper.htm
- 29.Valdiserri, R. O. HIV/AIDS stigma: An impediment to public health. American Journal of Public Health. 2002, 92: 341-343.
- 30.Varas-Díaz, N. & Marzan Rodriguez, M. The emotional aspect of AIDS

- stigmaamong health professionals in Puerto Rico. *AIDS Care* 2008. , 19, 1247-1257.
- 31.Varas-Díaz, N. & Marzan Rodriguez, M. The emotional aspect of AIDS stigmaamong health professionals in Puerto Rico. *AIDS Care* 2008. 19: 1247-1257.
- 32.Weiss, M. G. & Ramakrishna, J. Interventions: Research on reducing stigma. 2001. Disponible:www.stigmaconference.nih.gov/WeissPaper.htm
- 33.Davies, H. T. O., Washington, A. E. & Bindman, A. B. Health care report cards: Implications for vulnerable patient groups and the organizations providing them care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2002, 27: 379-400.
- 34.Murray, J. A study of the relationship between perceived HIV related stigma and service utilization among HIV/AIDS patients.2001.Unpublished doctoral dissertation, California State University, Long Beach.
- 35.Acuff, C., Archambeault, J., Greenberg, B., Hoeltzel, J., McDaniel, J. S., Meyer, P., et al. Mental health care for people living with or affected by HIV/AIDS: A practical guide. Washington, DC, USA: 2001. Research Triangle Institute.
36. Crawford, A. M. Stigma associated with AIDS: A metaanalysis. *Journal of Applied Social Psychology*.1996, 26: 398-416.
- 37.Gordon, J. H., Ulrich, C., Feeley, M. & Pollack, S. Staffdistress among hemophilia nurses. *AIDS Care*. 1993, 5:359-367.
- 38.Herek, G. & Glunt, E. K. An epidemic of stigma: Public reactions to AIDS. *American Psychologist*. 1988. 43:886-891
39. Hortsman, W. R. & McKusick, L. The impact of AIDS on the physician. In L. McKusick (Ed.), *What to do about AIDS: Physicians and mental health professionals discuss the issues* .1986:63-74. Berkeley, CA: University of California Press.
- 40.Rizzo, A. Social worker's attitudes toward persons with AIDS according to the mode of acquiring HIV. 2002. Unpublished doctoral dissertation, Adelphi University, School of Social Work, New York
- 41.Silverman, D. C Psychosocial impact of HIV-related care giving on health providers: A review and recommendations for the role of psychiatry. *American Journal of Psychiatry*. 1993, 150:705-712.

42. Stevenson, S. R. & Strohm Kitchener, K. Ethical issues in the practice of psychology with clients with HIV/AIDS. En J.R. Anderson & B. Barret (eds.). Ethics in HIV-related psychotherapy: Clinical decision making in complex cases Washington, D.C.: American Psychological Association. 2001:19-42.
43. Trezza, G. HIV knowledge and stigmatization of persons with AIDS: Implications for the development of HIV education for young adults. Professional Psychology: Research and Practice. 1994. 25: 141-148
44. Ventura, M. J. The realities of HIV/AIDS. Rn 1999, 62:26-31.
45. Sowell, R. L, Lowenstein, A., Moneyham, L., Demi, A., Mizuno, Y. & Seals, B. Resources, stigma, and patterns of disclosure in rural women with HIV infection. Public Health Nursing. 1997, 14: 302-312.
46. Cohen, L. A., Romberg, E., Dixon, D. A. & Grace, E. G. Attitudes of dental hygiene students toward individuals with AIDS. Journal of Dental Education. 2005, 69: 266-269.
47. Malavé, S. & Varas-Díaz, N. Regulating illness through definition and restriction: Health professionals speak about HIV/AIDS. Ciencias de la Conducta 2006, 21: 61-96.
48. De Moor, K. The doctor's role of witness and companion: Medical and literacy ethics of care in AIDS physicians' memoirs. Literature and medicine. 2003, 22: 208-229.
49. O'Rourke, A. Dealing with prejudice. Journal of Medical Ethics. 2001, 27: 123-125. Woloshuk, W., Harasym, P. H. & Temple, W. Attitude change during medical school: A cohort study. Medical Education. 2004, 38: 522-53
50. Jiménez V Dolores. La Fundamentación Epistemológica en los Enfoques de Investigación Social. ECOS Desde las fronteras del conocimiento 2010... Revista electrónica, No 6. Disponible en: <http://www.revistaecos.net/ojs/index.php/ECOS/article/view/10>
51. Martínez M. M. Ciencia y Arte en la metodología Cualitativa. Edit. 2ª ed. México: Trillas, 2006, p. 139
52. Leal G, J La Autonomía del Sujeto Investigador y La Metodología de Investigación. 2da Edición. Valencia. Venezuela. Editorial Azul Intenso C. 2009

53. Ríos C, J H. Epistemología Fundamentos generales. Santafé de Bogotá D C. Universidad Santo Tomás. 2007. p 97
54. Husserl, Edmund. La Idea de la Fenomenología. México d. F. Editorial. Fondo de cultura económica. Internet. 1982. p 25-53. Disponible: <http://filosofia.idoneos.com/index.php/344127>
55. Leal O, N. Fenomenología de la conciencia del estudiante de la UNA. Fondo Editorial Ipasme. Primera edición. Caracas Septiembre 2008. p. 69-79.
56. Martínez M, La investigación cualitativa. Síntesis Conceptual. Revista Facultad de Psicología, Vol. 9 - Nº 1 –pp. 123 – 146
57. Bergson y Freud. Filosofías de la conciencia (I). [Documento el Línea]. Disponible en: http://www.hiru.com/es/filosofia/filosofia_03500.html
58. Leal, J. La Actitud del Fenomenólogo en la generación del conocimiento. Conferencia Dictada En El Marco De La I Jornada Doctoral De Fenomenología: Un Nuevo Modelo De Investigación En Ciencias De La Salud Lugar: Auditorio del modulo Docente UC. Hospital Dr. Adolfo Prince Lara. Puerto Cabello 08 de Julio 2011.
59. Rubia Francisco J. Conferencia pronunciada en la Real Academia Nacional de Medicina el 12 de enero de 2010, con motivo de la inauguración del curso académico. Publicado originalmente en el blog Neurociencias del autor en Tendencias21. Disponible en ;http://www.tendencias21.net/La-consciencia-es-el-mayor-enigma-de-la-ciencia-y-la-filosofia_a4026.html
60. Feo G, G, Caos y Congruencia, La terapia gestáltica: Un estudio científico de la personalidad. Caracas-Venezuela. Editorial Gálac S. A. 2003. p 49-51.
61. Sartre Jean-Paul La idea de la Fenomenología”. Ed. F.C.E. México, 1984.
62. Ricoeur P. El conflicto de las interpretaciones 2010 Disponible en: <http://antropologia-online.blogspot.com/2007/10/p-ricoeur-el-conflicto-de-las.html>
63. Azocar A R. Ensayo Epistemológico: La Fenomenología. Disponible <http://www.analitica.com/va/sociedad/articulos/1078066.asp>. 2010
64. Rodríguez A. Estudio de las actitudes. En: Bello Dávila Z, Casales Fernández JC. Psicología Social. La Habana: Félix Varela; 2002. p.93.

65. García Madruga, J y Lacasa, P. "Psicología Evolutiva." Vol. I y II. UNED.35.- Salas Castelán, V.M Sistemas de Creencias y Valores CESUNV.2009 Disponible en: <http://www.slideshare.net/bazael/el-sistema-de-creencias>
- 66.Rodríguez, A. Actitudes Creencias Representaciones Ideológicas en línea Disponible: <http://www.mitecnologico.com/Main/ActitudesCreenciasRepresentacionesIdeologicasAptitudes>
- 67.Kovac A. Sistema de creencias. Disponible en: <http://www.enplenitud.com/nota.asp?articuloID=10655>. 2010
- 68.Salas Castelán, V.M Sistemas de Creencias y Valores CESUNV.2009 Disponible en: <http://www.slideshare.net/bazael/el-sistema-de-creencias>
- 69.Peña Adolfo. Medicina y Filosofía. Investigación biomédica y problemas epistemológicos. Anales de la Facultad de Medicina UNMSM. 2005,Vol. 66, N° 3
- 70.Oatley. Breve historia de las emociones I. Mulino 2007 Emociones
- 71.Marzan R, Melissa & Varas D, Nelson Las dificultades de sentir: el rol de las emociones en la estigmatización del VIH/SIDA Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research. 2006; 7(4), Art. 2, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs060428>.
- 72.Conceição Trucom. Los Sentimientos y las Emociones. 2010. Disponible en: <http://somostodosum.ig.com.br/conteudo/conteudo.asp?id=7545>
- 73.Ramos, M. G. Para Educar en Valores. Teoría y Práctica. Valencia-Venezuela. Editorial El Viaje del Pez. Dirección de Medios y Publicaciones. Universidad de Carabobo; 2000
- 74.Valmaseda Jorge. La dimensión axiológica del hombre. Los valores de "Revelación Axiológica y Formación Humana"
- 75.Dignidad Humana. Disponible en. http://es.wikipedia.org/wiki/Dignidad_humana.2010
- 76.Morín, E. Los Siete Saberes Necesarios a la Educación del Futuro. Unesco, Francia 1999
- 77.Hernández Ludwig Schmidt. Hacia una mejor comprensión de la Dignidad humana en el siglo XXI. Este material recoge las líneas principales de la Conferencia magistral de apertura del II Congreso Venezolano de Bioética y II

Congreso Iberoamericano de Bioética, Caracas, del 29 de julio al 1 de agosto de 2008. Disponible; http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/29763/1/articulo_3.pdf

78. Marco conceptual y base para la acción: Estigma y discriminación relacionados con el VIH-SIDA. Ginebra, ONUSIDA, 2002.
79. Goffman, E. Stigmate. Les usages sociaux des handicaps. Paris, Éditions de Minuit, 1963
80. Parker, R y Aggleton, P. Estigma y Discriminación por VIH y SIDA: Un Marco Conceptual e Implicaciones para la Acción 2002. Disponible: <http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b1/Discriminaci%F3n%20por%20VIH.pdf>
81. ONUSIDA Estigmatización, discriminación y negación relacionadas con el VIH y el SIDA: formas, contextos y factores determinantes. Estudios de investigación en Uganda y la India. ONUSIDA, Ginebra. 2000
82. Miric, M. y Díaz, L. Factores implicados en la estigmatización y la discriminación hacia las personas VIH positivas en el acceso al mercado laboral y los servicios de salud en la República Dominicana. Santo Domingo: estudio realizado para el Proyecto CONECTA/USAID. 2004.
83. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS. Organización Panamericana para la Salud. Washington 1994
84. Centres for Diseases Control and Prevention. (CDC). Atlanta. Revised classification-system for Human Immunodeficiency Virus Infection in children less than 13 years of age. Morbidity and Mortality Weekly Report: 1994; 43:1-11
85. World Health Organization. Who case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children. 2007.
86. Carvajal A, Hernández P M, Lebrún Carlos, Pitteloud Jean J, Tovar de V. 2007. "Reglamentación Técnica Sobre Procedimientos de Bioseguridad Para La prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Hepatitis B/ C y conducta del trabajador de Salud ante una exposición con sangre y/o fluidos corporales. En Venezuela" Programa Nacional de SIDA/ITS. Disponible en: http://manual_bioseguridad_y_PPE_laboral_VIH.pdf

87. Organización Panamericana de la Salud. (OPS) Manual de Medicina del Adolescente. Serie Paltex para Ejecutores de Programas N° 20. Washington D.C. 1992
88. Lastra, A. Qué bello es Vivir. Ediciones Octaedro. Madrid. España. 2004
89. Morín, E. El Método. La Naturaleza de la Naturaleza. 5ta. Ed. Ediciones Cátedra. Madrid España. 1999
90. Pérez Cárdenas Marcelino. Los paradigmas médicos: factores de su conservación y cambio 2005 Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/filosofia_y_salud/los_paradigmasmedicosfactoresdesuconservacion.htm/
91. Capra, F. El Punto Crucial. Ciencia, Sociedad y Cultura Naciente. Troquel. (1992). Buenos Aire
92. Peixoto Caldas José y Gessolo. Kleber M. SIDA: Discursos y Prácticas. Revista Mal-estar e Subjetividade Fortaleza. Septiembre. 2003, V. III, N. 2; pp. 237 - 274 / Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/271/27130202.pdf>
93. Hernández, Aldo, Peña Margarita. Humanización de la atención sanitaria; retos y perspectivas. La Deshumanización en la Práctica Sanitaria Actual Cuadernos de bioética Año 2003, Vol. 14, Número Disponible: <http://www.aebioetica.org/archivos/B4%20Humanizacion.pdf>
94. Díaz J. A. La formación bioética en la universidad. Cuadernos de Bioética 1999; 37(10): 38-43.
95. Fernández P. Potenciar el capital humano es clave para la excelencia de las empresas hospitalarias. Tribuna, 24 julio 1998.
96. Frank V. El hombre doliente. Barcelona: Herder, 1989
97. Gort Ma. Del C., Tellez N. Humanización de la medicina: una necesidad. Vitral 1996; 3(12):25-6.
98. García M. Llamada de atención para recuperar y desarrollar la riqueza ética de la medicina. Diario Médico, 5 julio 2002.
99. Gómez L. La enfermedad y los hombres en Memorias del II Fórum de Bioética, la Habana: Centro Juan Pablo II, 1996.
100. González P. Medicina y persona humana. Cuadernos de Bioética 1998; 34(9): 275-83.

101. Gort Ma. Del C y Telliz N. Humanización de la medicina: una necesidad. *Vital* 1996; 3(12):25-6
102. Gracia D. El juramento de Hipócrates en el desarrollo de la medicina. *Dolentium Hominum, Iglesia y Salud en el Mundo* 1996; 31(11): 22-8.
103. Carmona L, Rozo C, Mogollón A. La Salud y la promoción de la Salud: Una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista ciencias de la Salud V3*, N°001, p. 62-77. Disponible en <http://redalyc.vacmex.mx/redalyc/pdf/562/>
104. Matarazzo y Beneit, P. Conductas de salud. En *Introducción a la psicología de La salud*. 1984. Barcelona. Paidós
105. Quevedo, E. El proceso salud enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivista. En A, Cardona (Org): *Sociedad y salud*. 1992. Zeus Asesores. Bogotá
106. Mercado, F. Investigación cualitativa en América Latina: perspectiva críticas en salud. *International Journal of Qualitative methods*, 1 (I). Artículo 4 Disponible en: http://www.ualberta.ca/_ijqm. 2010
107. Guba E, Lincoln I. Paradigmatic controversies, contradictions, and emergin influences. En: K, Denzel, *Lincoln Handbook of qualitative research* Cap. 6. Sag Publications. London 2000
108. Rodríguez. Antonio. Fundamentación ética de la atención a los pacientes con VIH-SIDA. *Bioética* Enero-Abril 2006 Disponible en: <http://www.cbioetica.org/revista/61/612225.pdf>
109. Scrigni, A. Reflexiones éticas sobre el SIDA. *Arch. Argent. Pediatrics*. (en línea). 2005, vol.103, n.2 [citado 30 -11-2009], pp. 175-179. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S03250075_2005_000200013&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0325-0075
110. Guzmán Toro Fernando. *Ética y Humanidad de la Medicina Contemporánea*, 2003, pág. 16-17
111. Declaración de Estatutos de la Federación Dental Mundial (FDI). Principios Internacionales para la Profesión Odontológica. Aprobado por la Asamblea General de la FDI en Seoul, Corea, Septiembre 1997
112. Declaración de la federación Dental Internacional. Virus de Inmunodeficiencia Humana y otras infecciones transmitidas por vía sanguínea. Versión Marzo 2001.

113. Código de Deontología Odontológica. Aprobado en la XIX Convención Ordinaria del Colegio de Odontólogos de Venezuela realizada el 9 y 10 de agosto de 1972.
114. Ley Orgánica de la Administración Central, en concordancia con lo dispuesto en los artículos 5 y 11, numerales 7 y 10 de la Ley Orgánica de Salud y con lo establecido en el artículo 1 literal, de la resolución SG-439 de 1 26 de Agosto, 1994, publicada en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N°35538, de fecha 2 de Septiembre, 1994.
115. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. Año CXXVII mes X Caracas, 8 de agosto de 2000, Gaceta N°37009, MSDA. N° 292
116. Peña S, Olletta J y Carvajal A. Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela. Noticias Epidemiológicas N° 117- 11- 2009. Situación del VIH/SIDA en Venezuela
117. Martínez M, M. Evaluación Cualitativa de Programas. Edit. 2ª México. Trillas. P.52. 2007
118. Rotad, J.F. La fenomenología. Eudeba Sem. Buenos Aires. 1973
119. Dilthey, W "Die Entstehung der Hermeneutik. En Gesammelte. 1900
120. Cárcamo, Héctor. Hermenéutica y Análisis Cualitativo, Revista Cinta de Moebio. Septiembre No 023; Universidad de Chile. Santiago de Chile. 2005. ISSN 0717- 554X
121. Quintana, A. y Montgomery, W. Metodología de Investigación Científica Cualitativa. Psicología: Tópicos de actualidad. Lima: UNMSM 2006
122. Martínez M., M. Comportamiento Humano: Nuevos Métodos de Investigación. Trillas, México 2009
123. Díaz, Cruz Mayz. ¿Cómo desarrollar, de una manera comprensiva, el análisis cualitativo de los datos? Educere. 2009, vol.13, no.44 [citado 07 Julio 2010], p.55-66. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S131649102009000100007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1316-4910.
124. Hernández Castilla, R. y Opazo Carvajal, H. Apuntes de Análisis Cualitativo en Educación. 2010. Pág: 9-13. Disponible en: http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Materiales/Apuntes_Cualitativo.pdf.

125. Taylor, S.J. y Bogdan, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 1984. Barcelona: Paidós
126. Galeano, María E. Diseño de Proyectos en al Investigación Cualitativa. Colombia. Editorial Universidad EAFIT. 2004.
127. García Llamas, J.L. Métodos de investigación en educación. Volumen II. Investigación educativa. Madrid: UNED. 2003
128. Rodríguez, G., Gil Flores, J. y García Jiménez, E. Metodología de la Investigación Cualitativa. Málaga: Aljibe. 1999
129. Pérez Serrano, G. Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes. II. Técnicas y Análisis de datos. Madrid: La Murall. 1994
130. Strauss, Anselm y Corbin, Juliet. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Bogotá. Colombia. (2a. Ed.). Editorial Universidad de Antioquia. 2002
131. Lincon y Guba. Lincon y Gua. Criteria for assessing naturalistic inquiries as products. Paper presented at the American Educational Research Association, New Orleans, LA. 1988.
132. Castillo E y Vásquez M El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colomb Med 2003; 34: 164-167. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/7178033/Castillo-E-Vasquez-ML-El-Rigor-Metodológico-en-Invest-Cual-Colombia-Medica-Vol-34-N-3-2003>
133. Fitzpatrick, Ray. “Conceptos comunes de enfermedad”. En la “la enfermedad como experiencia”, Fitzpatrick et al. México. FCE, 1990 (1984)
134. Souza Santos, Boaventura. “A crítica da razão intolente. Contra o desperdício da experiência”, São Paulo, Cortez. Editora. 2000

A N E X O S

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ C.I: _____, médico pediatra, odontólogo, enfermera, estudiante, adolescente y familiar de niños con VIH/SIDA de las consulta externa, hospitalización en el servicio de pediatría de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera “ Valencia y del servicio de Odontopediatría de la Facultad de Odontología UC, doy mi consentimiento para la realización de entrevista, grabaciones, toma de notas, con la finalidad de llevar a cabo, la investigación de Noemas y Noesis del equipo de salud ante el niño y adolescente con VIH/SIDA (estudio de la consciencia del pensar y actuar). Dicha información forma parte de un estudio integral “Noemas y Noesis del equipo de salud ante el niño y adolescente Noemas y Noesis del equipo de salud, para su sensibilización en la atención integral de salud de niños y adolescentes con VIH/SIDA., el cual será realizado por la doctoranda Milagro Coromoto Soto de Facchin, C.I 4462222 con el fin último, de Generar una aproximación teórica de Las Noemas y Noesis del equipo de salud, para su sensibilización en la atención integral de salud de niños y adolescentes con VIH/SIDA.

Comprendo y acepto, que la participación en este estudio es voluntaria y que puedo retirarme cuando lo considere necesario, sin que ello implique algún tipo de represalia. Así mismo, sé que el seguimiento de este estudio puede ser expuesto en conferencias, congresos nacionales e internacionales por motivo de docencia, e investigación.

Igualmente, estoy consciente que los resultados de la investigación me serán proporcionados y que debo buscar a la autora, si tengo alguna pregunta acerca de ellos la cual será respondida.

Firma

ANEXOS N°2

FILTROS EPISTEMOLÓGICOS

A continuación se elaboró los filtros epistemológicos, que significa una matriz que permite depurar la información hasta llegar a la esencia, en los cuales se identificaron; Códigos, Propiedades y Categorías, Significados e Interpretaciones de contenido de las entrevistas a profundidad de los sujetos de estudios. Para la categorización por la vía inductiva, partimos haciendo uso de un corpus textuales (ver anexos).

TABLA N° 7

MATRIZ 1: PEDIATRA

CÓDIGOS	PROPIEDADES	CATEGORÍAS
VIH/SIDA	Es una infección por un virus que entra en el organismo y no sale Mejora con el tratamiento	Enfermedad VIH/SIDA
Riesgo de contagio	Incrementar medidas de seguridad si es VIH/SIDA	Atención del paciente
Paciente con VIH/SIDA	Tratarlo en servicios de menos contaminación, buscar brindarle todo lo mejor. Igualdad al tratarlos	Atención del paciente
Tratamiento	El tratamiento antirretroviral mejora la supervivencia, mejora calidad de vida, ante sin tratamiento la enfermedad era igual a morir	Enfermedad VIH/SIDA
Rechazo	A la hora que un paciente es VIH/SIDA esta solapadamente marginados y nadie quiere tener en su familia un paciente con VIH/SIDA en cualquier parte, de repente uno marca distancia	Discriminación
VIH/SIDA	Es muy excluyente y marginal, nadie quiere tener en la familia un paciente VIH/SIDA.	Enfermedad VIH/SIDA
Conocimiento del paciente	Trato de indagar en la consulta sobre que sabe del VIH, aprecio algunas veces que saben, pero no se atreven a hablar por miedo o rechazo en el núcleo familiar	Conocimiento sobre enfermedad

Médico	Trato de manejarlos de forma integral incorporándolos la consulta con Psicólogos Antes tenía mucho cuidado del contacto, pero ahora trato de involucrarme más.	Atención del paciente
Conocimiento del médico	A medida que vas manejando información tú sabes que puedes llegar más al paciente y abordar otras cosas sin miedo o tabús.	Conocimiento sobre la enfermedad
Médico	Trato de manejarlos de forma integral incorporándolos la consulta con Psicólogos Antes tenía mucho cuidado del contacto, pero ahora trato de involucrarme mas.	Atención del paciente
Conocimiento del médico	A medida que vas manejando información tú sabes que puedes llegar más al paciente y abordar otras cosas sin miedo o tabús.	Conocimiento sobre la enfermedad
Médico	Antes como residente de pediatría le atendía en hospitalización cumplía una recomendación, sin rechazo ni exclusión. Pero ahora como especialista tengo más conocimientos generales le doy enfoque diferente.	Atención del paciente

Abordaje del paciente	No existen cuidados especiales, sino cuando uno va a realizar algún procedimiento. Mis compañeros y yo actuábamos igual.	Atención del paciente
Medidas de bioseguridad	Todo paciente es VIH hasta que no se demuestre lo contrario. Sin embargo a veces no actuamos así porque debiéramos atender a todos los pacientes con tapaboca y guantes como mínimo y no lo hacemos como parte de riesgo laboral del personal de salud	Atención del paciente
Bioética médica	Desde el punto de vista de la ética, un paciente VIH/SIDA lo sabe el médico y la enfermera no tiene porque divulgarse. No tiene historia diferente, solo se le pone una marca para que la identifique el personal que lo manipula	Atención del paciente
Médico	Las interconsulta con otras subespecialidades se llevan acabo pero no rápido no rápido, por volumen de paciente a ser atendidos.	Atención del paciente

TABLA N° 8

MATRIZ 2: RESIDENTE PEDIATRA

CÓDIGOS	PROPIEDADES	CATEGORÍAS
VIH/SIDA	VIH al comienzo serología positiva y SIDA ya es etapa terminal	Enfermedad VIH/SIDA
Pacientes con VIH	He tenido contacto en reten con Recién nacido expuestos, con los niños que van por la emergencia con diagnóstico por infectología en tratamiento.	Atención del paciente
Conocimiento médico residente	Con neumonía por Neumonitis Carini germen que ataca a inmunosuprimidos. Tiene con el diagnostico aproximadamente 10 años, no es SIDA no está en etapa terminal creo yo	Conocimiento sobre enfermedad
Atención del médico residente	Se manejan igual a otros niños, solo al tomar muestras o realizar procedimientos invasivos colocarse guantes	Atención del paciente
Conocimiento médico	Se trasmite por contacto con sangre, pero es muy lábil tiende a morir rápidamente fuera del organismo	Conocimiento sobre enfermedad
Accidente laboral	Contamos con Kit de tratamiento antirretro viral en medicina interna si ocurre un accidente laboral como pinchazo, salpicadura de sangre en conjuntiva que no tienen lentes de protección	Enfermedad VIH/SIDA
	En emergencia se le	

Paciente VIH	atiende pero tienen que hacer su colita sino es una emergencia	Atención del paciente
Pacientes VIH	Ellos son pacientes normales solamente que tienen una infección a tratar	Enfermedad VIH/SIDA
Atención del médico residente	Antes tenía miedo de atenderlos por no tener los conocimientos de la enfermedad, ahora con la práctica y clase de Infectología no.	Atención del paciente
Tratamiento	Luego de residente uno de pediatría tenía miedo pero no a ellos sino a no indicarle un tratamiento correcto por lo que está siendo hospitalizado el paciente.	Enfermedad VIH/SIDA
Bioseguridad	El trato con ellos no me da miedo, por tener contacto con ellos no me iba a contagiar. Yo siempre he usado mis medidas si tomo muestras uso guantes, si hay uso doble, me lavo las manos antes y después de hacer procedimientos igual al cargar las agujas no colocar de nuevo el cartucho directamente	Atención al paciente
Conocimiento médico residente	Con neumonía por Neumonitis Carini germen que ataca a inmunosuprimidos. Tiene con el diagnóstico aproximadamente 10 años, no es SIDA no está en etapa terminal creo yo	Conocimiento sobre enfermedad
Atención del médico	Se manejan igual a otros niños, solo al tomar	Atención del paciente

residente	muestras o realizar procedimientos invasivos colocarse guantes	
Atención médico residente	Siento lástima por la situación irregular que viven: son niños en situación especial Son niñitos de oro por el diagnóstico de VIH son especiales así lo veo yo y son prioridad. A Luisa la llamo por su nombre y no con todos los pacientes lo hago La he besado, abrazo nos reímos con ella jugamos	Atención al paciente
Creencias	Existen mitos, que trasmite si los besamos o abrazamos, pero son falsos solo si mi pinchar con su sangre, o tuviera una herida abierta y mucosa con herida es que pueda contaminarme con el virus. Cuando llegue a la Universidad supe cuando era mito y cual era enfermedad	Enfermedad VIH/SIDA
Atención del médico residente	He tenido miedo pero extremo normas de bioseguridad	Atención del médico residente
Discriminación por compañeros	Los familiares me han dicho que han sido rechazados por la comunidad, por otros niños, madres y familiares que nos quieren estar al lado de los niños VIH/SIDA. Una mama me dijo que le	Relaciones con allegados

	daba miedo que su niña se contaminar por que el niño jugando el dio un vaso	
Paciente VIH/SIDA	Por las múltiples hospitalizaciones, no tiene escolaridad, la tía le da clase, la madre murió.	Enfermedad VIH/SIDA
Creencias	Creía que la enfermedad era mas agresiva, que el paciente se vía mas grave en fase terminal, pero el paciente VIH no se ve mal y sin muchas recaídas. No he manejado pacientes con SIDA	Atención al paciente
Enfermedad	Actualmente es una enfermedad que se trata y creo duran 10 años para dar manifestaciones, enfermedad que persiste mortal.	Conocimiento sobre la enfermedad del estudiante
Paciente VIH/SIDA	Son pacientes tristes los que tienen conciencia de su enfermedad, te explican de su tratamiento de su enfermedad y su contaje CD4, sus controles	Conocimiento sobre la enfermedad del paciente

TABLA N° 9

MATRIZ 3: ODONTOLOGO

CÓDIGOS	PROPIEDADES	CATEGORÍAS
Atención al paciente con VIH/SIDA	No los vemos en Odontopediatría III los referimos a postgrado de Odontopediatría y a salud pública. Se requieren de condiciones de bioseguridad que no la tiene esta área	Atención odontológica
Normas de Bioseguridad	A los estudiantes guantes de máxima seguridad, material descartable, que la silla este envuelta en material aislante, a nivel de las mucosas, ojos piel material de protección que aquí no las hay	Atención odontológica
Atención especialistas	Ser tratados por odontólogos y especialista por que los pacientes con el diagnostico se ponen nerviosos	Atención odontológica
Odontólogo	Yo creo que no se atiende por inadecuadas condiciones de bioseguridad, materiales descartables para realizar procedimiento, protección para el profesional por si ocurre un accidente laboral como pinchazo.	Atención odontológica
Bioseguridad	El Kit de protección lo nombraron en un Congreso en Zulia, ellos si lo tienen lo han utilizado en profesional que se lacero, y trabajan con	Atención odontológica

	pacientes realizan investigaciones	
Pacientes con VIH/SIDA	Son pacientes que con el tratamiento tienen una vida mejor, con el tiempo es un paciente normal que debe decirle al profesional que tiene VIH y ser atendido en el consultorio	Enfermedad VIH/SIDA
Odontólogo	Tengo 30 años de graduada y no he tenido oportunidad de tratar paciente con VIH/SIDA	Atención
Odontólogo	Siempre pregunto antecedente, busco lesiones sospechosa en cavidad bucal pueden presentar candidiasis.	Conocimiento sobre enfermedad
Odontólogo	Los trataría si tengo condiciones ideales de bioseguridad, que sepa que el paciente es VIH positivo, con material descartable, en área aislada, que este controlado y tenga el Kit de emergencia de protección.	Atención odontológica
Paciente VIH/SIDA	Una estudiante me presento en patología a un paciente con VIH que se había contaminado por relaciones extramaritales en un viaje y tuvo que divorciarse, en otra ocasión en el colegio religioso de mi hija en una reunión contaron que una pareja tiene problemas porque la esposa iba a	Enfermedad VIH/SIDA

	donar sangra a hermano y en las prueba sali3 VIH positiva y ella no lo sab3 sino que de all3 sali3 que el esposo en un viaje de negocio le fue infiel.	
Educaci3n Institucional	Debe hablarse abiertamente en las instituciones, y se hace pero los que m3s irrumpen en olvidos son las personas preparadas como los profesores.	Enfermedad VIH/SIDA
VIH/SIDA	El virus se trasmite a trav3s de la placenta al ni3o, de la leche materna, secreciones vaginales, sangre, en saliva se que se ha detectado y a nivel lagrimal creo que tambi3n	Enfermedad VIH/SIDA
Odont3logo	Si me llega un paciente referido de la consulta de infectolog3a lo trato si existen las condiciones. Una vez en una conferencia un Abogado dijo que todo profesional que sepa que su vida est3 en riesgo de contagio, el se puede negar a hacerlo. Pero pienso que nadie le puede negar la atenci3n odontol3gica, si el paciente viene a uno debemos tratar brindarle atenci3n en p3blico o privado si est3 controlado si sus manifestaciones bucales se las puedo atienden porque tengo las condiciones lo atiendo.	Atenci3n odontol3gica

Solicitud prueba del VIH	No le solicito de rutina prueba de VIH. A menos que tenga lesión sospechosa hablo que el paciente y trato no emitir juicios, de no juzgar	Enfermedad VIH/SIDA
Riesgo laboral	Existe riesgo laboral para hepatitis, VIH por igual pienso que los pacientes tienen alguna infección contaminante para mí y para mi familia. De hecho las impresiones con yeso son altamente contaminantes dentro del consultorio Hubo una vez que llegue a pensar que cada paciente que entraba en la consulta era VIH	Atención odontológica
Temor	Al principio de la epidemia me ponía muy nerviosa y con miedo por falta de información, no había tratamiento Hoy día hay más información, mejor manejo hay tratamiento antirretroviral, más refuerzo en normas de bioseguridad, mayor control psicológico y emocional del profesional porque uno se pone muy nerviosa si es un paciente VIH/SIDA y le dicen que viene por una extracción. Me preocupa más a nivel privado extremo medidas de seguridad	Atención odontológica
Miedo del odontólogo	Lo ideal sería cambiarse de ropa en el consultorio, que hubiera baño para	Atención odontológica

	bañarse y lavadora dentro del consultorio	
Odontólogo	El trato es normal, ellos tienen mucho control sobre si mismo.	Conocimiento sobre la enfermedad
Odontólogo	Los dos paciente que conocí, los salude con la mano, sé que no se contagia por saludarlo por piel sana, pero si llora, salgo corriendo y me cambio la ropa	Atención odontológica
Discriminación	No he oído nada que los rechacen en los colegios ¿los rechazan?	Relaciones Institucionales

TABLA N° 10

MATRIZ 4: ODONTOLOGO

CÓDIGOS	PROPIEDADES	CATEGORÍAS
Experiencias con pacientes VIH/SIDA	No tengo, en la pasantía hospitalaria no los trate pero si vi unos niños cuyos padres habían muerto por SIDA y les correspondió a mis compañeros tratarlos. Sentí tristeza	
Conocimiento VIH/SIDA	El VIH es un virus que muta a través de un proceso de transcriptas inversa y transforma el ADN celular en un ARN viral. Al final de la enfermedad se transforma en SIDA, ataca al sistema inmune del paciente y producir tumores como el sarcoma de Kapossi.	Enfermedad VIH/SIDA
VIH/SIDA	Como ataca el sistema inmunológico del paciente, esta propenso a contraer múltiples infecciones ha cortando el tiempo de vida y puede llegar a morir sino es tratado.	
Atención	Tengo 7 años de graduado nunca he tratado ni a niños ni adultos con VIH, no refieren paciente a la consulta de endodoncia. Si tuviera que atenderlos lo trataría con las mismas normas de bioseguridad que a otro paciente. Todo los pacientes se consideran VIH hasta que se	Atención Odontológica

	demuestre lo contrario	
Normas de bioseguridad	<p>Si me refieren pacientes hospitalarios los trataría desde el punto de vista odontológico, solo que las normas de bioseguridad se incrementarían, aunque en ortodoncia se considera una esterilización de bajo nivel “Yo no lo considero así”</p> <p>Siempre esterilizo mis instrumentos, no los aislé pero trato de tener una barrera para evitar contaminación cruzada, evitar contaminar al paciente.</p>	Atención
Formas de contaminación	<p>Viendo al paciente no. Si me pincho con un alambre o aguja, la más común, cuando utilizo instrumentos rotatorios. Cuando utilizo instrumento que desinfecta y no esterilizan, con otros fluidos como saliva que tenga sangre. Las lagrimas no contaminan</p>	Conocimiento sobre enfermedad
Paciente VIH/SIDA	No hay rechazo hacia estos pacientes, pero debemos tener una conducta especial, porque son pacientes de alto riesgo	Atención odontológica
Mitos	No tengo mitos para atenderlos	Atención odontológica
Conocimientos	uno debería tener mayor conocimientos para atender a estos pacientes sobre el cuidado que debemos tener.	Conocimiento sobre enfermedad

Pacientes VIH/SIDA	<p>No han sido discriminados, ni rechazados, porque fueron atendidos en la consulta del hospital y se tomaron las medidas de bioseguridad.</p> <p>Pero como profesional de la salud estas en la capacidad, de brindarle tratamiento al paciente VIH que tenga lesiones bucales como candidiasis, manteniendo niveles de bioseguridad altos. En endodoncia es más bajo casi no manejamos agujas pero si pinzas con sangre</p>	Atención odontológica
Discriminación	<p>Tal vez existe cierto rechazo a estos pacientes por la comunidad.</p> <p>En mi familia no hay cultura de rechazo, se tiene la condición, yo conozco las formas de trasmisión</p>	Discriminación comunidad
Emociones	Miedo a contaminación	Atención odontológica

TABLA N° 11

MATRIZ 5: ODONTOLOGO

CÓDIGOS	PROPIEDADES	CATEGORÍAS
Odontólogo	Se deben manejar igual que a otro paciente sano, con un poquito más de protección para evitar riesgo de contaminación. En el privado lo trato igual	Atención odontológica
Atención hospitalaria	No lo trato si no reúno las condiciones, no porque no quiera, sino que si es VIH+ yo debo garantizarle las condiciones mínimas de asepsia en el ambiente. Si no se que tiene la infección, lo trato igual. Atendemos pacientes referidos de infectología pediátrica si son tratamientos sencillos lo hago, si es tratamiento de conducto o procedimientos quirúrgicos los refiero porque no tengo condiciones de asepsia ideales.	Atención odontológica
Condiciones de seguridad en consultorio	No funciona la parte de eyección de la unidad odontológica No hay papel envoplast para envolver las unidades odontológicas.	Atención odontológica
Paciente VIH/SIDA	Si no se que es VIH+ lo trato en nombre de Dios. Si sé que es positivo lo refiero a una unidad de Bárbula, que me imagino que tratan a niños.	Atención odontológica

Paciente VIH/SIDA	Los tratado con más cariño. Niños que han perdido a sus padres los traen las abuelas	Atención odontológica
Medidas de Salud bucal	La boca debe estar en condiciones ideales para evitar complicaciones. Nunca le pregunto al niño, me parece muy duro, hablo con familiar para orientar en mantener la salud bucal. Deben traerlos a control. Siempre vienen cuando van a mudar una muelita.	Atención odontológica
Paciente VIH/SIDA	No ha habido rechazo o discriminación en mi consulta.	Atención odontológica
Conocimiento VIH/SIDA por Odontólogo	El que no conozca del VIH hoy día esta ponchado, me preocupa más cuando los niños son traídos por abuela porque murió la madre. Creo que ya se incorporo Psicólogo al hospital para darle apoyo. Como se contagia lo sabe todo el mundo. Sexual, consumidores de drogas que intercambian jeringas. Se habla de fluidos vaginales. No son cosa que no sabemos. A través de las lágrimas creo que también, no manejo esa parte, no te voy a decir que lo sé. El medio de contagio prácticamente es la sangre. Eso se maneja es literatura.	Conocimiento sobre enfermedad
	Después de utilizar la	

Medidas de bioseguridad	turbina la paso inmediatamente por antiséptico Cidex por si queda el virus atrapado en rotor.	Atención odontológica
Contagio	Me preocupa el SIDA es un temor que tenemos todos los odontólogos estamos más expuestos dentro del personal de salud, lo diga o no el paciente. Tenemos mucho más riesgo. No tengo fobia, pero si hay que tener miedo, porque manejamos instrumentos cortantes mayor riesgo.	Atención odontológica
Discriminación	He dejado de atender a pacientes, no los rechazo, de hecho lo paso le explico, si yo no reúno las condiciones generales de asepsia en 100%, yo no lo trato porque le voy a causar un mal en vez de bien. Los familiares lo entienden. Área de trabajo pequeña, pero no es problema, sino las condiciones que pueda generar una sepsis en el paciente. Tener un esterilizador que funcione bien, aunque el virus se muere si introduzco el instrumental en el antiséptico Cidex. Yo pienso en el paciente desde el mismo momento en que se le introducen un	Discriminación Institucional

	<p>objeto en su boca puede contaminarse.</p> <p>Unidad sin envoplast y si otro paciente deajo materia o se contamine con los guantes, aunque yo me cuido, no abro puertas, ni agarro teléfono para no contaminar al paciente.</p>	
Conocimiento VIH/SIDA	<p>Me mantengo informada, realizo cursos, la misma sensibilidad humana te hace más sensible y va cambiando tu actitud.</p>	Conocimiento sobre la enfermedad del odontólogo
Paciente VIH/SIDA	<p>Me da mucha tristeza</p> <p>Le doy mucho cariño al niño</p> <p>veo a una parejas de adolescente embarazada, esperando la consulta de infectología, y pensé Dios mío que esperanza para esa niño si muere la mamá todo eso te sensibiliza</p>	Conocimiento sobre la enfermedad
Medidas bioseguridad	<p>Son iguales para todos pacientes.</p> <p>Pero si se, que es VIH+ tomo más cuidado para evitar accidentes por mi y por ellos.</p>	Atención odontológica
Miedo	<p>En el hospital no porque son pacientes con tratamientos y control por Infectólogo pediatra.</p> <p>En la consulta privada si he sentido temor cuando los atiendo.</p> <p>No se enteran los demás pacientes porque vienen en condiciones estables, no precarias ni</p>	Atención odontológica

	<p>descompensados. Aunque una vez vino una mujer bellísima a traer a su hijo a consulta y si ella no me lo dice que es VIH yo ni pendiente, no me podía imaginar, era bella y arreglada y ella contamina a su hijo</p>	
Prueba VIH	<p>No se la pido a todos los pacientes, el hospital no la hace solo en casos específicos. Aunque es lo ideal, porque estarías más segura, bueno seguridad para ambos</p>	Enfermedad VIH/SIDA
Falta de cultura de higiene bucal	<p>Vienen poco a control. Ha sido una lucha constante Los padres o familiares se preocupan más por el riñón, pulmón, la sangre Hay poca cultura en los padres y los médicos ahora es que están cambiando</p>	Atención odontológica
Odontólogo	<p>Me siento bien atendidos. Oportunidad de hablar y hacerte amigo. Hacerle la vida más agradable. No creo en mitos, ni creencias. Solo actuó por mis conocimientos ver al paciente de forma integral no me limito a la cavidad bucal.</p>	Atención odontológica
Contagio	<p>Le temo más a otros microorganismos que al VIH/SIDA, porque el VIH si tú no tienes contacto</p>	

<p>Contagio</p>	<p>directo con sangre y tú sangre, no pasa nada pero con los otros virus y bacterias si te lo puedes llevar a casa. Se despiden con besitos no le tengo miedo pero tomo precaución, dejo que me besen de la mejilla para fuera no en la boca, me puedo contaminar porque hay puede estar el virus. Si llora trato de no tener contacto con sus lágrimas, aunque no lo he vivido pero igual me cuido con toditos.</p>	<p>Atención odontológica</p>
-----------------	--	------------------------------

TABLA N° 12**MATRIZ 6: BIONALISTA**

CODIGOS	PROPIEDADES	CATEGORÍAS
Experiencia con niños con VIH/SIDA	Tengo 27 años en la Unidad de investigación de Infectología, fui fundadora, los pacientes hemofílicos, fueron los primeros que nos refirieron y otros niños que nos refirieron de otro hospital desde 1986, al principio no sabíamos tuvimos que empaparnos estudiar, revisar y a investigar con la Dra. Febres la jefa de la unidad, así fue como fuimos aprendiendo a diagnosticarlos, tratar a estos pacientes.	Conocimiento sobre enfermedad
Rechazo a atención al inicio	Se consiguió muchos problemas porque nadie quería trabajar con estos niños con VIHIDA, pero las enfermeras, los médicos porque creían que si los tocaba, agarraban se a iban contaminar.	Discriminación médica al inicio
Información sobre la enfermedad	Nosotros los veíamos y no pensábamos en contaminarnos, porque ya nos habían dicho o preparado, la primera vez tuvimos algo de recelo, después se les dio charla a los médicos y enfermeras, que si utilizaban buenas normas de bioseguridad	Atención Médica

	<p>no había riesgo, pero se tardo mucho demasiado en que tuvieran consciencia de que era un paciente normal, que era un ser humano, que había que tratarlo, se logro después de 15 año se logro que lo aceptaran.</p>	
Rechazo	<p>Todavía hay gente que para tocarlos se pone guante hasta no sé hasta dónde, tapa boca si consigue se colocan muchas cosas que nosotros no usamos, nosotros los vemos y los besamos y no tememos nada.</p>	Discriminación comunidad
Rechazo personal enfermería	<p>Mucho personal de la hospital bastante, no le ponían tratamiento las enfermeras de la mañana le colocaban tratamiento, pero las del turno de la tarde no le aplicaban el tratamiento a los pacientes VIH/SIDA, los niños se querían ir para la casa las mamás se peleaban. Así fue progresado hasta en la actualidad tenemos más de 60 paciente VIH positivo y expuesto hasta 80 el hijo de madre positivo son asintomático hasta que se le determine por un examen especial que no son anticuerpo que le paso la madre.</p>	Discriminación enfermeras

Contacto	Todavía, hay gente que para tocarlos se pone guante hasta no sé hasta dónde, tapa boca si consigue se colocan muchas cosas que nosotros no usamos, nosotros los vemos y los besamos y no tememos nada.	Atención del paciente por bionalista
Atención consulta privada	En privado se toman las mismas normas	Atención del paciente por bionalista
Bioseguridad	Hay personas que dicen, uno tiene que saber si es positivo para tener protección, pero es que debemos tener protección, porque el que no te dice nada y es VIH +, hay pacientes que después de 8 años cuando le hacemos la prueba VIH sale positiva, los padres asombrados porque la niñita cuando tenía 2 años presento una meningitis y fue trasfundida hospitalizada y se contagio uno se tiene que cuidar porque esa niñita durante 6 años no tuvo diagnostico y me imagino que se habrá enfermado, le habrán tomado muestra para exámenes, entonces uno debe cuidarse no con el que te dicen que tiene sino con todos los pacientes que vayas a manipular.	Atención paciente por bionalista
	Aquí actualmente todo el personal, los tratamos	

Bionalista	bien, le hemos conseguido que el Rotari club le den cestas de comida, tiene becados a dos huérfanos que quedaron con la abuela y son de muy bajo recursos.	Atención del paciente por bionalista
T Toma de muestras bionalista	Del hospital en general no te puedo hablar, aunque ahora, las bionalista cuando le mandan a tomar la muestras se las toman, tiene que ser que lo hayan puyado mucho para que lo manden, para que las tomemos nosotros.	Atención bionalista
Tomas de muestras enfermeras hospitalización	Las enfermeras de la emergencia y hospitalización toman las muestras y la mandan al laboratorio y en los laboratorios donde mandamos a los pacientes ellos mismo toman la muestra de pacientes con VIH a todos.	Atención del paciente por bionalista
No aislamiento	Los pacientes hospitalizados VIH/ no están aislados están en un servicio donde están todos los demás niños.	Atención del paciente
Mitos y miedos	Nunca he creído en creencias, voy a misa y ya, creo en dios. Miedo, bueno como todos, pero te digo que tengo 27 años trabajando y nunca he pensado me voy a contaminar, o a pinchar, y nunca me he contaminado de nada en los 30 años como bionalista.	Atención del paciente por bionalista

Experiencia familiar	En mi familia, yo le cuento a mi hijo que es médico todo para que tenga precaución es decir la experiencia que vivo aquí siempre se las digo para que sepan que no siempre la gente que se ven bonitas y sanas, no puede tener VIH.	Conocimiento sobre enfermedad
Rechazo enfermería	En el mismo el hospital, a pesar que hemos superado muchas etapas, todavía hay paciente que nos dicen doctora la enfermera de la mañana, no me han tomado las muestras, me dijo que era la de la tarde que se las va a tomar y llega al día siguiente no se la han tomado y le decimos que vaya a dirección porque no es posible que estando el paciente hospitalizado se peloteen al paciente.	Discriminación enfermería
Bioseguridad	Nosotros, Lucia la enfermera y yo, tomamos la muestra claro tenemos cuidado nos ponemos los guantes, debe ser la cultura el roce con el paciente y la mentalidad de la gente ellos son humanos y si yo tengo cuidado y tomo mis medidas de bioseguridad no tengo porque contaminarme.	Atención del paciente por bionalista
Conocimientos al personal	El personal de salud, que llega nuevo, hay que	Conocimiento de

que ingrese	prepararlos con talleres por las enfermeras que tienen tiempo	enfermedad
Rechazo de las otras madres	A veces las mamá, nos cuentan que las otras mamás no dejan que sus niños jueguen con su hijo con VIH.	Discriminación comunidad
Miedo al rechazo Familiar y laboral	Hay paciente que ni en su propia casa dicen, solo la pareja es la que sabe, en su trabajo no lo saben, nosotros tenemos que ayudarlos porque viene cada dos meses por que en su trabajo no sabe.	Discriminación por la comunidad
Atención por interconsultantes	Se han referidos a todas las interconsulta y todas las han atendido actualmente siento que los están aceptando más.	Atención del paciente por médicos
Bioética	Nosotros le resguardamos cuando van a pedir una colaboración le ponemos que es una enfermedad crónica no le ponemos que es VIH en el colegio también le decimos que lo sepa uno solo.	Atención del paciente por bionalista
Paciente VIH/SIDA	Los pacientes y familiares vienen mal, por el diagnostico VIH y si está la paciente está embarazada, le explicamos que no todos los niñitos serán VIH positivos en un futuro sino que esos se llaman expuestos y pueden ser reversiblemente.	Atención del paciente por bionalista

Bioética	Todas interconsulta se le pone que es VIH/SIDA y toda hoja que vaya para el laboratorio hay que ponerle el diagnóstico	Atención del paciente por bionalista
Rechazo consultas odontológica hospitalaria en la mañana	En las consultas lo mandamos como VIH, las consultas de odontología también pero no todos los odontólogos atienden paciente con VIH/SIDA, aquí en el hospital los odontólogos de la mañana no los atienden, según porque no tiene recursos para atenderlos.	Discriminación Odontológica hospitalaria
Bioseguridad	Deben tener guantes más largo, lentes, batas especiales, el trabajador de la salud es el que se provee le de todo, la institución no te da nada.	Atención del paciente por bionalista
Bioética	Y ningún médico debe negarse a atenderlos, si no van a hacer un procedimiento agresivo o invasivo.	Atención del paciente por bionalista

TABLA N° 13

MATRIZ 7: ENFERMERA

CÓDIGOS	PROPIEDADES	CATEGORÍAS
Paciente VIH/SIDA	Son pacientes que tienen una enfermedad infectocontagiosa.	Enfermedad VIH/SIDA
Rechazo en emergencia	Rechazados por personal de enfermería y médicos al llegar a la emergencia. Al hablar de VIH las personas se ponen a la defensiva y no lo quieren atender.	Discriminación personal médico
Medidas de bioseguridad	Si se utilizan medidas de prevención uno puede manejarlos muy bien	Atención enfermería
Atención en diferentes etapas	Tengo de 10 años o más atendiendo a pacientes con VIH/SIDA en diferentes condiciones desde unos estabilizados hasta graves.	Atención enfermería
Conocimientos Enfermera	El VIH es el inicio de la enfermedad y el SIDA es la etapa terminal	Conocimiento sobre la enfermedad
Enfermera	Necesitan mucha atención de mi parte, si yo los puedo ayudar lo hago. Pienso que no se contagia así, atendiéndolos.	Atención enfermería
Formas de contagio	Según la bibliografía el VIH se contagia por contacto sexual, por transfusiones	Enfermedad VIH/SIDA
Paciente VIH/SIDA	Necesitan de mucho amor, cariño, parte humana concientizar, son pacientes que son rechazados por la sociedad.	Atención enfermería

Paciente VIH/SIDA	Tuvimos la semana pasada una niña de 3 meses, su mamá tiene desde los 23 años VIH, ahora tiene nueva pareja y creo que no le ha dicho por la actitud del señor.	Conocimiento sobre la enfermedad
Paciente VIH/SIDA	Otro paciente donde la mamá tenía dos hijos, se enamoro y tuvo otro niño y le preguntábamos, tu pareja sabe que eres VIH y se cuidan con preservativos, pero a nosotros no parece que él no sabe. Le corresponde al médico tratante decirle.	Conocimiento sobre la enfermedad
Enfermera	No he rechazado a ningún paciente con VIH/SIDA, y utilizando medidas de bioseguridad no nos contaminamos.	Atención enfermería
Medidas de bioseguridad	Guantes, material descartable medidas de prevención cuando vamos a administrarle medicamentos. Se cumple las medidas hasta donde yo puedo, a veces no tenemos el material necesario. Siempre trato de usar guantes cuando tomo muestras de sangre. En el servicio no se cumplen las medidas porque, se descartan en el mismo envase las agujas donde están las de los demás pacientes, los guantes y batas van a la misma papelería. Han hecho algo al respecto, si	Atención enfermería

	y no hemos recibido apoyo de nadie.	
Rechazo otras enfermeras	Jamás he tenido miedo por el VIH, pero si he recibido bebecitos que la enfermera del turno de la noche le ha dado miedo de cateterizarle la vía, piensan que se pueden pincharse, yo creo que el miedo las lleva a pincharse por el temor que tienen de manipularlos.	Discriminación enfermera
Atención	En el servicio aceptamos todo tipo de paciente para su hospitalización y los tratamos por igual. No tienen historia clínica diferente, solo a la hora de cambio de guardia se le informa a la otra enfermera, pero no se divulga. Solo lo sabemos nosotros, los médicos, y el familiar.	Atención enfermería
Rechazo	Una vez se enteraron otros familiares y aislaron al niño, se tuvo que dar charlas a los familiares.	Discriminación comunidad
Paciente VIH/SIDA	Algunos se ven triste, no sabemos si van a la escuela la mayoría son pequeños.	Atención enfermería

TABLA N° 14

MATRIZ 8: ESTUDIANTE DE MEDICINA

CÓDIGOS	PROPIEDADES	CATEGORÍAS
VIH/SIDA	<p>El VIH es un virus de inmunodeficiencia humana que destruyen los CD4, son los que se encargan de la inmunidad de nosotros mientras los CD4 disminuyen el viral se incrementa el paciente va pasados por etapas de la enfermedad se dice que la enfermedad no tiene un tiempo limitado dependiendo de la carga viral el paciente va a tener o no sintomatología, el paciente comienza como un cuadro viral como una gripe y tenemos que diferenciarlo del SIDA que es una etapa terminal es donde el paciente presenta los síntomas más graves pueden presentar demencia.</p>	Enfermedad VIH/SIDA
Estudiante de Medicina	<p>Yo desde el tercer año de la carrera, soy miembro de niños unidos contra el SIDA, hacemos todos los diciembres esa campaña desde hace 2 años. Me gusta mucho ayudar a esos pacientes.</p>	Atención
Mitos y creencias	<p>No tengo mitos pero si cultura, he oído un mito que dicen los paciente que el VIH es igual a morir yo no lo creo yo digo que un</p>	Atención al paciente

	<p>paciente que tiene el VIH lo único que tiene que hacer es vivir bien tratar de tener una calidad de vida acudir a su infectólogo y recibir sus antirretrovirales para que no aumente su carga viral y evitar caer en una crisis peor.</p>	<p>por estudiante de medicina</p>
<p>Paciente VIH/SIDA</p>	<p>El paciente puede ser que a la larga se puede morir, pero lo que yo digo es que el paciente que al principio tienen el virus y no quieren vivir sino morir debe luchar con la enfermedad.</p>	<p>Enfermedad VIH/SIDA</p>
<p>Miedo</p>	<p>He tenido bastante contacto con estos pacientes hospitalizados y si me da miedo, por cierto; cuando fui al traslado de pacientes con VIH/SIDA yo era el Coordinador tenía que llevar todos los pacientes de Guácará hacia Yagua estaba en tercer año y me asuste mucho, me daba miedo porque se han visto casos que sin saber ya están dementes con problemas psicológicos, estaban compensados pero algunos tenían candidiasis. Dice que le daba miedo a infectarse en el autobús porque si de repente una paciente por el hecho de que yo estaba sano me puyara con una inyectadora con su sangre que es la principal forma de contagio, o que no sé que</p>	<p>Atención al paciente por estudiante de medicina</p>

	<p>me tocara no sé que me escupiera no se algún tipo de contacto con sus secreciones. Después me puse a interactuar con ellos y me sentí mejor fue chévere deje de sentir miedo.</p>	
Estudiante	<p>No he manejado pacientes hospitalizados, sino en la consulta de nutrición con la Dra. Barbella, tenía una paciente desnutrida con VIH y tenía infección ya estaba en etapa terminal SIDA, no sentí miedo estaba en la consulta de nutrición y me asignaron ese caso, yo no sabía que estaba infectada, la mamá y la niña llegaron con tapa boca y la madre de repente se puso a llorar. Ya la consulta médico paciente la deje al lado ya no fue terapéutica, sino me dedique a escucharla me comenzó a echar su cuento la niña se retiro el tapa boca y saco su lengua la tenia morada horrible ,no me acuerdo como se llama la lesiones aparte de la candidiasis, yo continúe examinándola pero me restringía porque cónchale, no sentí miedo pero era una paciente que tenía muchos problemas que nadie la había escuchado, entonces ella al hablarme, a mi me daba miedo que se fuese a</p>	<p>Atención al paciente por estudiante de medicina</p>

	poner agresiva- estaba yo solo se pone nervioso yo sentí que se ponía agresiva, yo tenía miedo que pudiera arremeter contra mí.	
Paciente VIH/SIDA	La termine de examinar, tenía una desnutrición crónica. En ese momento sentí mucha tristeza y dolor, y le hice una referencia para el grupo Manos Unidas contra el SIDA se la mande a la Dra. Rouyero, ya sé que pertenece al grupo.	Atención al paciente por estudiante de medicina
Miedo	Es obvio, que me puedo contaminar con las caries no pero si hay sangrando o alguna herida que este sangrando tenía miedo a la infección el examen fue rápido, más social, la ayudamos mucho con las referencias la parte emocional, porque aquí en el hospital no hay psicólogos ni psiquiatras.	Atención al paciente por estudiante de medicina
Conocimiento del paciente	Ella sabía su enfermedad y sé que me voy a morir y sin embargo era toda risita. Cuando me dijo que se iba morir sentí algo muy feo escuchar de esa niña que se iba morir a esa edad 8 añitos y que ella sentía mucha tristeza. Los pacientes en etapa terminal todos fallecen. He vistos pocos pacientes VIH/SIDA	Conocimiento de la enfermedad VIH/SIDA
Mitos	Todavía los hospitalizan mucho yo vivo en el hospital. No tengo mitos ni creencia sobre esos	Atención al paciente por estudiante de medicina

	pacientes, porque son seres humanos y el que lo haga no tiene ningún tipo de consciencia	
Estudiante	No he tenido pacientes VIH en la cola de la emergencia durante la guardia, pero si me tocara verlo y hacerle la historia si lo haría, claro tomando mis medidas preventivas.	Atención al paciente por estudiante de medicina
Actitud ante el paciente por emergencia	Cuando llegan con diagnostico son pacientes iguales los trato igual a otros paciente, claro las medidas no son iguales primero no sabemos si el paciente ya esta diagnosticado o no. Si esta diagnosticado lo trato diferente, porque es un paciente inmunodeprimido, sigo con mi conducta afectiva pero mi conducta medica es diferente cambia, es prioritario el tratamiento médico, hacerle las referencias, nosotros no tomamos muestras, pero si le tengo que tomar muestra de sangre o cultivo se la tomaría (piensa se queda cayado luego responde), solo no lo haría con un consentimiento con un adjunto o infectólogo porque me gustaría contar con alguien de más experiencia. no me atrevería	Atención al paciente por estudiante de medicina

	no por miedo sino que me gustaría estar con alguien con experiencia.	
Miedo	Debo estar más pendiente pilas y temo que me vaya a pinchar ese es el principal miedo.	Atención al paciente por estudiante
Actitud del Estudiante	Me despido de esos pacientes con la mano y si le tengo confianza hasta con besitos, sin miedo de darle un beso en la mejilla, si tenía lesiones en la boca no me daba miedo pero lo haría con precaución, los abrazos y si se ponen a llorar le daría todo mi apoyo y afecto y a lo mejor lloro con él se me vuelve el corazón en pedacitos, no me da miedo solo si se tornan agresivos y que haces con la ropas con que se moja con las lagrimas cónchale, tengo que tener cuidado porque no se primero, que tipo de secreción sean si son secreciones o solo lagrimitas	Atención al paciente por estudiante de medicina

TABLA N° 15

MATRIZ 9: CIRUJANO PEDIATRA

CÓDIGOS	PROPIEDADES	CATEGORÍAS
Conocimientos VIH/SIDA Cirujano	<p>Cuando yo estaba estudiando Cirugía, , comenzó el bum del VIH se tenía poco conocimiento, como se transmitía y habían muchos tabú sobre esto y yo me fui formando ante la presencia de la infección, como actuaba los pediatra hace 15 años atrás le llegaba a ellos la patología y se veía el conflicto sobre todo porque llegaban muchos paciente de la parte oncológica y el comportamiento de cada quien; uno fue aprendiendo y el comportamiento se fue modificando al punto que cuando asumimos a los paciente porque teníamos que hacerle flebotomía como cirujano. Trabajar como cirujano con paciente VIH/SIDA no lo hacemos de cotidianidad.</p>	Conocimiento de la enfermedad
Cirujano	<p>Pero como Cirujano pediátrica en la consulta, lo que hago es solicitar la prueba de VIH, para saber si el paciente que vamos a intervenir tiene la infección, para saber si es positivo o no, si sale VIH (+) lo referimos a la consulta de infectología.</p>	Atención cirujano

Prevencción	Si llega por la emergencia y por casualidad trae un examen VIH positivo, lo que hacemos es protegernos nosotros, al paciente y al personal que va a tratar al paciente, no es que le vamos a negar el tratamiento o la cirugía lo que hacemos es la Prevención de la cirugía.	Atención cirujano
Bioseguridad	Evitar pincharnos, el mismo uso de los anestésicos la misma cal sedada que tienen las máquinas de anestésicos, esas se cambian después que atiendes al paciente ese sistema de de aireación como son entubado se cambia es normativa, inclusive hay la protección con los lentes de protección que yo particularmente no los uso porque uso lentes correctivos y me molesta o limita la visibilidad pero si no tuviera lentes si lo utilizaría para evitar que por salpicaduras de sangre que las corneas son mucosa y pasan a la sangre no se qué tiempo se re rigiere para que se absorba esa sangre en la mucosa realmente no lo sé, entonces ante la ignorancia la prevención nunca está de más, dobles guantes.	Atención cirujano
Bioseguridad	Se evalúan a todos los pacientes pero siempre con medidas de prevención, por lo menos, lavarte las manos con un jabón normal, si llega un paciente que trae	Atención cirujano

	<p>una referencia que es VIH uso medidas de prevención, pero generalmente no utilizo guante solo si voy a abrir cavidad.</p>	
<p>Conocimiento del Cirujano</p>	<p>Aquí se han operado pacientes con VIH con condilomas, es ahora que se ha operado más, yo creo que es por la información que uno va adquiriendo, si tiene una patología no se va a dejar morir yo no lo rechazo, si llega veo que le voy a tocar porque si me toca tocarle la cavidad abdominal, si tiene gripe me pongo tapa boca.</p>	<p>Conocimiento de la enfermedad</p>
<p>Medidas de bioseguridad</p>	<p>Si va al acto quirúrgico uso las medidas de protección tapa boca, guantes, doble guantes por una herida mía y se rompen los guantes y uno se ponga en contacto con esas secreciones.</p>	<p>Atención cirujano</p>
<p>Rechazo</p>	<p>Si han quedado pacientes relegados vienen de una guardia y de otra guardia y ellos tratan de tener el menos contacto con ese paciente, quizás el mismo desconocimiento de la enfermedad, por hablarle, saludarlo con la mano no te vas a contaminar.</p>	<p>Discriminación cirujanos</p>
	<p>Nunca he sentido rechazo a esos pacientes y los trata igual, solo que como ellos tienen la parte inmunológica deficiente entonces, lo vamos tratar desde el punto</p>	<p>Atención cirujano</p>

Atención postoperatoria	de vista postoperatorio, por ejemplo una apendicitis complicada en estos pacientes puede ser más complicada en estos pacientes entonces los antibióticos hace interconsulta con infectología para que nos apoyen sobre los que le hemos colocado o hagan sus observaciones, no se aíslan se tratan en el mismo servicio	
Contagio	No se contaminan a través de las lágrimas.	Atención cirujano
Riesgo de contagio	El riesgo de contagio es igual para hepatitis y VIH/SIDA es el mismo, como son patologías que no tratamos nos estamos sino en ocasiones con el paciente.	Atención cirujano
Seguimiento postoperatorio	El contacto con el paciente quirúrgico es rápido, a menos que este hospitalizado En la consulta externa le pregunto, si fue al control de infectología, si continuas con el tratamiento para el VIH.	Atención cirujano
Riesgo de contagio	Conocí a un colega que se pinchó, realizando una flebotomía a un paciente y le dio hepatitis, al realizarles las pruebas al paciente salió positivo para hepatitis. El riesgo existe para cualquier paciente utilice las medidas de bioseguridad.	Atención cirujano

Miedo al contagio	<p>Estamos viendo más pacientes VIH, mi conducta no se ha modificado, al inicio se pudo rechazar pero ahora no. Miedo si se sonríe), miedo por riesgo de contaminarnos con las secreciones heces sangre secreciones, aun usando las medidas hay miedo, porque aún usando los guantes tú no sabes la calidad de los guantes, el tapaboca realmente la protección de los ojos y no te percatas.</p>	Atención cirujano
Medidas de bioseguridad	<p>Ha cambiado el comportamiento de riesgo no se pero la contaminación ha mejorado porque antes las agujas se tiraban en cualquier parte, no había esa prevención</p>	Atención cirujano
Conocimiento del cirujano	<p>Las personas pueden adquirir el VIH por múltiples transfusiones, y aquellos que tiene un habito de convivencia que se presta a los riesgo, violación sexual, los homosexuales, drogadictos.</p>	Conocimiento sobre la enfermedad

TABLA N° 16**MATRIZ 10: ENFERMERA**

CÓDIGOS	PROPIEDADES	CATEGORÍAS
VIH/SIDA	Es una enfermedad con inmunosupresión, que el paciente puede infectarse con cualquier virus por ejemplo las gripes, tuberculosis	Enfermedad por VIH/SIDA
Bioseguridad	La gente dice, hay vamos a cuidarnos de ellos y es al revés ellos se tienen que cuidar de nosotros por que corren el riesgo de cualquier infección, porque son pacientes inmunodeprimidos, ellos se deben cuidar usar tapabocas están expuesto a cualquier infección y nosotros guantes	Atención enfermería
Pacientes VIH/SIDA	Ellos se sienten como aislados.	Discriminación
Pacientes VIH/SIDA	Son pacientes especiales, hay que darles, cariño amor mientras ellos estén con nosotros. Siempre tratar de que no se sientan mal. Sabemos que van a fallecer, aunque no somos Dios	Atención enfermería
VIH/SIDA	El VIH es cuando está comenzando y el SIDA es cuando la enfermedad hasta avanzada y etapa terminal	Enfermedad VIH/SIDA
Enfermera	He tenido contacto con pacientes VIH/SIDA antes de comenzar a trabajar en el hospital, yo cuidaba a un adulto que era SIDA por homosexual, fue una experiencia bonita aunque	Atención enfermería

	ya el tenia hepatitis, tuberculosis, me protegía	
Bioseguridad	No me dio miedo son iguales a otros pacientes, de hecho, todo paciente debe ser tratado como si fueran VIH para nosotros protegernos, usamos doble guante técnicas a la hora de colocar las agujas tener precauciones a la hora de colocar las capuchas de las inyectoras.	Atención enfermería
Bioseguridad	Tomo muestras utilizando las medidas de bioseguridad con guantes y si no hay se buscan la manera y uno se cuida.	Atención enfermería
Enfermera	Tuve una experiencia, con una niña que nos manipula para que no le tomáramos la vía diciéndonos que nos iba a pinchar. Yo he hablado con ella inclusive hemos ganado su confianza, porque le hemos dado cariño amor. Allí extremas medidas de seguridad bueno con ella tratábamos de no estar solas que estuviera la mama u otra enfermera porque ella es muy agresiva	Atención enfermería
Enfermera	En el servicio siempre hay cupo para pacientes con VIH/SIDA, nunca se los negamos.	Atención enfermería
Riesgo de Contagio	Si no tienes contacto con secreciones no tienes riesgo	Atención enfermería
Bioética	No tienen historia especial. A la hora de entrega de guardia lo decimos entre nosotros nada más	Atención enfermería

Mitos	No he tenidos mitos, en la calle si he oído cosas por ignorancia de la gente sobre la enfermedad.	Atención enfermería
Impiden a estudiantes de enfermería la atención	He visto, que cuando vienen estudiantes no dejan que se les acerque, y no debería ser porque ellos van a trabajar con esos pacientes. Mi pasantía fue en el hospital Carabobo y no permitían entrar a verlos.	Discriminación Institucional
Enfermera	Me han un dejado paciente del turno la noche sin tomar muestra y no había guantes pero tomamos las muestras con precaución.	Discriminación enfermería
Bioseguridad	Hace un mes tuvimos 2 pacientes con VIH, uno vino porque tenía diarrea, se le coloco tratamientos y se fue, los familiares son los que se encargan de cambiarlos sino tiene familiar los atendimos los bañamos, pero nos protegamos nos colocamos guantes, tapa boca por el riesgo de secreciones, heces, si tenemos una herida nos colocamos adhesivo y guantes.	Atención enfermería
Cumplimiento de interconsultas	Los médicos vienen a realizar las interconsultas.	Atención
Creencias	No tengo creencias populares.	Atención enfermería
Enfermera	Me despido de ellos con un beso y no me contamina y si le da una crisis y se ponga a llorar no me voy a contaminar a menos que	Atención enfermería

	tengamos una herida.	
Paciente VIH/SIDA	Los niños van a la escuelitas del servicio con sus familiares y los demás niños. A la niña (Luisa) la he visto venir con su uniforme.	Conocimiento sobre la enfermedad

FILTROS EPISTEMOLOGICOS II

**CÓDIGOS, PROPIEDADES, CATEGORÍAS,
SIGNIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN**

TABLA N° 17
FILTRO EPISTEMOLÓGICO II. SUJETO N° 1

CÓDIGOS	PROPIEDADES	CATEGORIAS	SIGNIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
VIH/SIDA	Es una infección por un virus que entra en el organismo y no sale. Mejora con el tratamiento se ha hecho una enfermedad crónica	Enfermedad VIH/SIDA	Considera que la enfermedad es por un virus que penetra al organismo y tiene tratamiento	Infección por el Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH) que penetra en el organismo, pero que mejora con el tratamiento y a pasado a ser crónica
Riesgo de contagio	Incrementar medidas de bioseguridad si el paciente es VIH/SIDA	Atención del paciente por el médico	Actitud de incrementar medidas de bioseguridad para evitar riesgo de contagio	Al afrontar a los pacientes con VIH/SIDA se advierte una mezcla de riesgo y miedo incrementados el médico medidas de bioseguridad
Médico	Tratarlo Igualdad en servicios de menos contaminación, buscar brindarle todo lo mejor.	Atención del paciente por el médico	Actitud positiva del médico ante el paciente con VIH/SIDA, busca brindarle lo mejor en los servicios de menor contagio.	Acepta al paciente con VIH/SIDA brindándole el mejor servicio
Tratamiento	El tratamiento antirretroviral mejora la supervivencia, la calidad de vida, sin tratamiento la enfermedad es igual a morir	Enfermedad VIH/SIDA	Considera que con el tratamiento antirretroviral mejoro la sobrevivencia	Con el tratamiento antirretroviral la enfermedad no es igual a morir, ha mejorado la calidad de vida.

Rechazo	El paciente con VIH/SIDA esta solapadamente marginados, y nadie quiere tener en su familia un paciente con VIH/SIDA, de repente uno marca distancia.	Discriminación	Experimenta que el paciente con VIH/SIDA esta solapadamente marginado, nadie quiere tener en la familia un paciente con VIH/SIDA y puede como medico marcar distancia.	Reflexiona en torno a que el paciente con VIH/SIDA es marginado por la familia solapadamente y de repente hasta el médico marca distancia
Médico	Indago en la consulta sobre que sabe el paciente del VIH, aprecio algunas veces que saben, pero no se atreven a hablar por miedo o rechazo en el núcleo familiar	Conocimiento sobre enfermedad	Percibe que el paciente tiene algunas veces conocimiento sobre la enfermedad pero no habla para evitar rechazo familiar	Experimenta que algunas veces el paciente conoce sobre la enfermedad pero muestra evasión del tema por la familia
Médico	Trato de manejarlos de forma integral incorporándolos a la consulta con el Psicólogo. Antes tenía mucho cuidado del contacto, pero ahora trato de involucrarme mas	Atención del paciente	Actitud positiva y manejo integral de los pacientes	Aceptación del manejo integral de los pacientes VIH/SIDA
	A medida que vas manejando		Actualización de sus conocimientos para	Tiende a mantenerse informado para el mejor

Médico	información, tú sabes que puedes llegar más al paciente y abordar otras cosas sin miedo o tabús.	Conocimiento sobre la enfermedad	abordar a los pacientes sin miedo y tabú	abordaje de los pacientes
Médico	Antes como residente de pediatría los atendía en el servicio de hospitalización, cumplía una recomendación, sin rechazo ni exclusión. Pero ahora como especialista tengo mas conocimientos generales le doy enfoque diferente	Atención del paciente	Reflexiona en torno a su comportamiento como médico pediatra que es diferente ahora como su especialista	Como subespecialista se siente mejor capacitada y su enfoque hacia el paciente VIH/SIDA es diferente
Abordaje del paciente	No existen cuidados especiales, sino cuando uno va a realizar algún procedimiento. Mis compañeros y yo actuábamos igual.	Atención del paciente	Considera que la atención al pacientes VIH/SIDA es normal, solo cambia cuando se realizan algunos procedimientos de riesgo.	Aborda al paciente en forma normal y adecuada tomando medidas ante algunos procedimientos
	Todo paciente es VIH hasta que no se demuestre lo contrario.		Considerar a todo paciente es VIH hasta que no se demuestre lo contrario y tomar las	Invariablemente de la condición de enfermedad VIH/SIDA deben de emplearse las medidas de

Medidas de bioseguridad	Sin embargo a veces no actuamos así porque debiéramos atender a todos los pacientes con tapaboca y guantes como mínimo y no lo hacemos como parte de riesgo laboral del personal de salud	Atención del paciente	medidas de bioseguridad	bioseguridad ante cualquier paciente
Bioética médica	Desde el punto de vista de la ética, un paciente con VIH/SIDA lo sabe el médico y la enfermera no tiene porque divulgarlo. No tiene historia diferente, solo se le pone una marca para que la identifique el personal que lo manipula.	Atención del paciente	Necesidad de no divulgar la situación del paciente VIH/SIDA	Su condición de enfermo VIH/SIDA es protegida según los principios bioéticos
Médico	Las interconsulta con otras subespecialidades es lenta, por volumen de paciente,	Atención del paciente	Actitud positiva ante las interconsultas con otras especialidades	Aceptación de los médicos interconsultantes, en algunos casos con demora.

TABLA N° 18
FILTRO EPISTEMOLÓGICO II. SUJETO N° 2

CÓDIGOS	PROPIEDADES	CATEGORÍAS	SIGNIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
VIH/SIDA	VIH al comienzo serología positiva y SIDA ya es etapa terminal	Enfermedad VIH/SIDA	Refiere al VIH cuando sale positivo a la prueba y al SIDA como la etapa terminal de la enfermedad	Considera que el VIH es la infección del virus y el paciente se hace positivo que, luego el Sida es la fase terminal de la enfermedad
Pacientes con VIH	He tenido contacto en reten con Recién nacido expuestos, con los niños que van por la emergencia con diagnóstico por infectología en tratamiento.	Atención del paciente	A evaluado a pacientes en etapa de Recién nacido y los que llegan por emergencia con diagnóstico	Atendido paciente expuesto con los Recién nacido y a los y los que están diagnosticado y tienen tratamiento-
Conocimiento médico residente	Con neumonía por neumonitis carini germen que ataca a inmunosuprimidos. Tiene con el diagnostico aproximadamente 10 años, no es SIDA no esta en etapa, terminal creo yo.	Conocimiento sobre enfermedad	Refiere haber atendido a paciente con infección oportunista que tiene 10 años con la enfermedad pero que no SIDA porque para el no esta en etapa terminal	Considera que a atendido a una paciente con una infección oportunista que tiene la enfermedad pero no cree que este en etapa SIDA aunque tiene 10 año diagnosticada

Atención del médico residente	Se manejan igual a otros niños, solo al tomar muestras o realizar procedimientos invasivos colocarse guantes.	Atención del paciente	Al atender a los paciente se manejan igual usando guante para realizar procedimientos	En su atención es igual a otro paciente solo cuando va a realizar procedimientos invasivo que usa guantes.
Conocimiento médico	Se trasmite por contacto con sangre, pero es muy lábil tiende a morir rápidamente fuera del organismo	Conocimiento sobre enfermedad	El contagio es a través de la sangre	Vía de contagio la sangre, pero si es un virus lábil fuera del organismo se muere rápido.
Accidente laboral	Contamos con Kit de tratamiento antirretroviral en medicina interna si ocurre un accidente laboral como pinchazo, salpicadura de sangre en conjuntiva que no tienen lentes de protección.	Enfermedad VIH/SIDA	Si nos ocurre un accidente laboral como pinchazo, salpicaduras en conjuntivas contamos con un Kit antirretroviral	Para la prevención en caso de ocurrir un accidente laboral contamos en el servicio de medicina con un Kit antirretroviral.
Paciente VIH	En emergencia se le atiende pero tienen que hacer su colita sino es una emergencia	Atención del paciente	Al atender a los paciente se manejan igual usando guante para realizar procedimientos	La atención por la emergencia se cumple de acuerdo a la emergencia
Pacientes	Ellos son pacientes normales	Enfermedad		

VIH	solamente que tienen una infección a tratar			
Atención del médico residente	Antes tenía miedo de atenderlos por no tener los conocimientos de la enfermedad, ahora con la práctica y clase de Infectología mejoro.	Atención del paciente	Al principio me daba mucho miedo atenderlos, ahora estoy más capacitada	Con el tiempo he perdido miedo porque me he capacitado en los conocimiento y la practica
Tratamiento	Luego de residente uno de pediatría tenía miedo pero no a ellos sino a no indicarle un tratamiento correcto, por lo que estaba siendo hospitalizado el paciente.	Enfermedad	Cuando comencé la residencia tenía miedo a equivocarme en el tratamiento de la patología por la cual estaban ingresando	Miedo a equivocarme al indicarle tratamiento por la infección oportunista con que están ingresando.
Bioseguridad	El trato con ellos no me da miedo, por tener contacto con ellos no me iba a contagiar. Yo siempre he usado mis medidas si tomo muestras uso guantes, si hay uso	Atención al paciente	El trato con los pacientes no me contamina. Utilizo medidas de bioseguridad cuando me coloco guantes y me lavo las manos antes y después de un procedimiento.	El contacto con el paciente como al hablar se que no me va a contagiar. Pero uso medidas de bioseguridad doble guante en otros procedimientos

	<p>doble, me lavo las manos antes y después de hacer procedimientos igual al cargar las agujas no colocar de nuevo el cartucho directamente</p>			
<p>Médico residente</p>	<p>Siento lástima por la situación irregular que viven, son niños en situación especial. Son niñitos de oro por el diagnóstico de VIH son especiales así lo veo yo y son prioridad. A Luisa la llamo por su nombre y no con todos los pacientes lo hago La he besado, abrazo nos reímos con ella jugamos</p>	<p>Aspectos Psicológicos</p>	<p>Son niños especiales por su diagnóstico así los veo yo Siento lastima por su situación y me gusta llamarlos por su nombre, los beso y abrazo</p>	<p>Emociones y sentimientos y de lastima por la situación que le ha tocado a los niños VIH/SIDA. Los besa y abraza</p>
<p>Atención del médico residente</p>	<p>El trato siempre ha sido diferente mejor, priorizamos la toma de muestras canalizamos pronto</p>	<p>Atención al paciente</p>	<p>Trato de priorizar las tomas de muestras, canalizar rápido el tratamiento y pasarlos a servicio social para ayuda</p>	<p>Mi trato al paciente es diferente porque tengo prioridad en su atención</p>

	el tratamiento y servicio social son paciente de bajo recursos económicos, tratamiento costoso No necesitan aislamiento.			
Creencias	Existen mitos, que se trasmite si los besamos o abrazamos, pero son falsos, sólo si mi pinchara con su sangre, o tuviera una herida abierta y mucosa con herida es que pueda contaminarme con el virus. Cuando llegue a la Universidad supe cuando era mito y cual era enfermedad	Enfermedad VIH/SIDA	En la universidad supe que era un mito y cual era la enfermedad, como se contaminaba por pincharse con su sangre, o tuviera una herida abierta y mucosa con	En el transcurso de mi residencia he aprendido cual es un mito para la vía de contagio y cual no.
Atención del medico residente	Nunca he tenido miedo porque extremo normas de bioseguridad	Atención del paciente	Aplicando medidas extrema de las normas de seguridad evito tener miedo	Extrema las normas de bioseguridad para no tener miedo
	Los familiares me han dicho que han sido rechazados		Me han contado los familiares de los niños que todavía sufren de	Existe discriminación cuando las madres se enteran que sus hijos

Rechazo	<p>por la comunidad, por otros niños, madres y familiares que nos quieren estar al lado de los niños VIH/SIDA.</p> <p>Una mamá me dijo que le daba miedo que su niña se contaminar por que el niño jugando el dio un vaso</p>	Discriminación	rechazo por otras madres cuando saben que son VIH/SIDA	están en contacto con los niños VIH/SIDA por miedo a contaminarse.
Paciente VIH/SIDA	<p>Por las múltiples hospitalizaciones, no tiene escolaridad, la tía le da clase, la madre murió.</p>	Enfermedad VIH/SIDA	No acude a la escuela, por sus múltiples hospitalizaciones la tía le da clase	Difícil acudir a la escuela por que vive hospitalizada
Creencias	<p>Creía que la enfermedad era mas agresiva, que el paciente se vía mas grave en fase terminal, pero el paciente VIH no se ve mal y sin muchas recaídas. No he manejado pacientes con SIDA</p>	Atención al paciente	Tenía la creencia que la enfermedad era más agresiva y grave en los pacientes VIH positivo.	Considera que los pacientes VIH no se ven graves y no tienen muchas recaídas pero tenía la creencia que era lo contrario.
	Actualmente es una enfermedad		Se que es una enfermedad que tiene	Enfermedad que tiene tratamiento pero,

Enfermedad	que se trata y creo duran 10 años para dar manifestaciones, enfermedad que persiste mortal.	Conocimiento sobre la enfermedad del estudiante	tratamiento y creo dura 10 años para dar manifestaciones	continua siendo mortal
Paciente VIH/SIDA	Son pacientes tristes los que tienen conciencia de su enfermedad, te explican de su tratamiento de su enfermedad y su contaje CD4, sus controles	Conocimiento sobre la enfermedad del paciente	Son pacientes triste, algunos tienen conocimiento de la enfermedad y su tratamiento	Algunos pacientes tienen conocimiento sobre su enfermedad t tratamiento, pero son muy tristes.

TABLA N° 19
FILTRO EPISTEMOLÓGICO II . SUJETO N° 3

CÓDIGOS	PROPIEDADES	CATEGORÍAS	SIGNIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
Atención al paciente con VIH/SIDA	No los vemos en Odontopediatría III los referimos a postgrado de Odontopediatría y a salud pública. Se requieren de condiciones de bioseguridad que no la tiene esta área	Atención odontológica	Considera que el área de postgrado de endodoncia no tiene las condiciones de bioseguridad para atenderlos	En su área de trabajo en el Postgrado, no atienden los pacientes VIH ya que requieren condiciones de bioseguridad
Normas de Bioseguridad	Para los estudiantes guantes de máxima seguridad, material descartable, que la silla este envuelta en material aislante, a nivel de las mucosas, ojos piel material de protección que aquí no las hay	Atención odontológica	Necesidad de material descartable y de bioseguridad que no hay para ella y estudiantes en su sitio de trabajo de la UC	Necesita de material de protección descartable, que no lo tiene en el área de postgrado endodoncia UC para atenderlos
Atención especialistas	Ser tratados por odontólogos y especialista por que los pacientes con el diagnostico se ponen nerviosos	Atención odontológica	Los pacientes por su condición VIH/SIDA, se ponen muy nerviosos	Considera que los pacientes deben ser tratados por especialistas
Odontólogo	Yo creo que no se atiende por inadecuadas condiciones de	Atención	Necesidad de materiales descartable y de protección que no	Percibe que no se atienden los pacientes por inadecuadas condiciones de bioseguridad

	bioseguridad, materiales descartables para realizar procedimiento, protección para el profesional por si ocurre un accidente laboral como pinchazo.	odontológica	hay por si ocurre un accidente laboral	
Bioseguridad	El Kit de protección lo nombraron en un Congreso en Zulia, ellos lo tienen lo han utilizado en profesional que se lacero, y trabajan con pacientes.	Atención odontológica	Desconocía de la existencia del Kit de protección si ocurre accidente laboral, se enteró en un Congreso	Reconoce que no sabía la existencia de Kit de protección para accidentes laborales
Pacientes con VIH/SIDA	Son pacientes que con el tratamiento tienen una vida mejor, con el tiempo es un paciente normal que debe decirle al profesional que tiene VIH y ser atendido en el consultorio	Enfermedad VIH/SIDA	Percibe que son iguales a otros pacientes, si están en tratamiento por lo cual deben decirle su condición al profesional que los atiende.	Su condición de paciente VIH/SIDA debe informarse al profesional de la salud porque con el tratamiento se ven personas sanas.
Odontólogo	Tengo 30 años de graduada y no he tenido oportunidad de tratar paciente	Atención	En el tiempo que tengo de graduada no he tratado pacientes	A pesar de tener muchos años de graduada no he atendido pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA

	con VIH/SIDA		VIH/SIDA	
Odontólogo	Siempre pregunto antecedente, busco lesiones sospechosa en cavidad bucal pueden presentar candidiasis.	Conocimiento sobre enfermedad	Busco al examinar a los pacientes lesiones como candidiasis, que me oriente a pensar en VIH	Mi actitud cuando atiendo a los paciente, se enfoca en los antecedentes y buscar lesiones cavidad bucal que estén relacionadas con la enfermedad
Odontólogo	Los trataría si tengo condiciones ideales de bioseguridad, que sepa que el paciente es VIH positivo, con material descartable, en área aislada, que este controlado y tenga el Kit de emergencia de protección.	Atención odontológica	Para atenderlos necesita saber que el paciente es VIH/SIDA y controlado. Condiciones ideales de bioseguridad. Área de aislamiento con material descartable	Solo atendería pacientes con VIH si tiene condiciones especiales de aislamiento, que sepa que es VIH/SIDA y con todos los materiales desechables y de bioseguridad
Paciente VIH/SIDA	Una estudiante me presentó en patología a un paciente con VIH que se había contaminado por relaciones extramaritales en un viaje y tuvo que divorciarse, en otra ocasión en el colegio religioso de mi hija en una	Enfermedad VIH/SIDA	Conocí a paciente con VIH y su forma de contagio por una estudiante y en el colegio que comentaron de un caso	No ha atendido a pacientes VIH pero si conoció a un paciente y como adquirió la enfermedad por relaciones extramarital y otra por que la infecto el esposo.

	<p>reunión contaron que una pareja tiene problemas porque la esposa iba a donar sangra a hermano y en las prueba salió VIH positiva y ella no lo sabía sino que de allí salió que el esposo en un viaje de negocio le fue infiel.</p>			
Odontólogo	<p>Debe hablarse abiertamente en las instituciones, y se hace pero los que mas irrumpen en olvidos son las personas preparadas como los profesores.</p>	<p>Conocimiento de la enfermedad</p>	<p>Considera que debe informarse y hablarse en los colegios pero los mismo profesores no lo hacen</p>	<p>Creo que las Instituciones educativas deben informar sobre el VIH/SIDA y que los profesionales deben ser los primeros en dar estos mensajes</p>
VIH/SIDA	<p>El virus se trasmite a través de la placenta al niño, de la leche materna, secreciones vaginales, sangre, en saliva se que se ha detectado y a nivel lagrimal creo que también</p>	<p>Enfermedad VIH/SIDA</p>	<p>Se trasmite a través de la placenta, leche materna, sangre, saliva y lagrimas</p>	<p>Conozco las vías de transmisión del virus, pero no estoy segura si la saliva y las lágrimas son contagiosas porque se ha detectado en ellos.</p>
	<p>Si me llega un</p>		<p>Atendería al</p>	<p>Pero pienso que nadie le</p>

Odontólogo	<p>paciente referido de la consulta de infectología lo trato si existen las condiciones. En una conferencia un Abogado dijo que todo profesional que sepa que su vida esta en riesgo de contagio, el se puede negar a hacerlo. Pero pienso que nadie le puede negar la atención odontológica, si el paciente viene a uno debemos tratar brindarle atención en publico o privado si esta controlado si sus manifestaciones bucales se las puedo atender porque tengo las condiciones lo atiendo.</p>	Atención odontológica	<p>paciente VIH/SIDA, si esta controlado y tengo las condiciones. Aunque en una conferencia un abogado dijo que podíamos negarnos a atenderlo</p>	<p>puede negar la atención odontológica. Lo atiendo pero si viene derecho de la consulta de infectología, controlado y si tengo las condiciones ideales de protección.</p>
	<p>Existe riego laboral para hepatitis, VIH por igual pienso que los pacientes tienen</p>		<p>Conoce que en el consultorio tiene riesgo de infectarse con cualquier virus</p>	<p>Experimenta temores por riesgo a infectarse ella y a su familia por contactos con los pacientes por alto</p>

Riesgo laboral	alguna infección contaminante para mi y para mi familia. De hecho las impresiones con yeso son altamente contaminantes dentro del consultorio. Una vez llegue a pensar que cada paciente que entraba en la consulta era VIH	Atención odontológica	y a su familia, que las impresiones en yeso son altamente contaminantes. Llego a pesar que todos los pacientes en la consulta eran VIH	riesgo laboral
Medidas de bioseguridad	Yo procuro utilizar tapaboca, gorro, siempre lavarme las manos, la cara, no comer dentro del consultorio, desinfectar todo lo que pueda. Recogerme el cabello y protegerme, no mezclar la ropa con la que trabajo con la ropa de la familia.	Atención odontológica	Cumplo con todas las medidas de seguridad, además de no comer dentro del consultorio	Siempre utilizo medidas de bioseguridad para todos los pacientes
Temor	Al principio de la epidemia me ponía muy nerviosa y con miedo por falta de información, no había tratamiento	Aspectos Psicológicos	Sentimientos de temor y miedo por desconocimiento de la enfermedad nueva y no había tratamiento al	Actitudes de miedo, temor persisten a pesar de tener mayor información y conocimiento de medidas de bioseguridad Si es a nivel de consulta

	Hoy día hay más información, mejor manejo hay tratamiento antirretroviral, más refuerzo en normas de bioseguridad, mayor control psicológico y emocional del profesional, porque uno se pone muy nerviosa si es un paciente VIH/SIDA y le dicen que viene por una extracción. Me preocupa más a nivel privado extremo medidas de seguridad		comienzo de la epidemia	privada extremo medidas de bioseguridad.
Miedo del odontólogo	Lo ideal sería cambiarse de ropa en el consultorio, que hubiera baño para bañarse y lavadora dentro del consultorio.	Atención odontológica	Considera que lo ideal es dejar la vestimenta empleada en el consultorio y bañarse allí.	Para evitar riesgo de contagio debería bañarme cambiarme de vestimenta en el consultorio
Odontólogo	El trato es normal, ellos tienen mucho control sobre sí mismo.	Conocimiento sobre la enfermedad	Si llegara a atenderlo sería igual el trato como a otro paciente, ellos tienen control de sí mismo	Los atendería igual a otros pacientes porque que tienen autocontrol de la enfermedad.

Odontólogo	Los dos paciente que conocí, los salude con la mano, se que no se contagia por saludarlo por piel sana, pero si llora, salgo corriendo y me cambio la ropa	Aspectos Psicológicos	Los puedo saludar con la mano, pero si me lloran encima me cambio de ropa.	Sensación de miedo si llora el paciente sobre su vestimenta por riesgo a contagio.
Rechazo	No he oído nada que los rechacen en los colegios ¿los rechazan?	Discriminación	Ignora que los rechacen en las Instituciones educativas	Desconoce que los niños son rechazados de las escuela cuando se enteran que son pacientes con VIH/SIDA

TABLA N° 20
FILTRO EPISTEMOLÓGICO II. SUJETO N° 4

CÓDIGOS	PROPIEDADES	CATEGORÍAS	SIGNIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
Odontólogo	No tengo experiencia, en la pasantía hospitalaria no los trate pero si vi, a unos niños cuyos padres habían muerto por SIDA y les correspondió a mis compañeros tratarlos.	Atención Odontológica	No he atendido pacientes VIH, solo vi a mis compañeros que si atendieron a unos hermanos huérfanos porque sus padres tenían SIDA	No he atendido paciente con VIH/SIDA, solo he visto atenderlos por mis otros compañeros.
Conocimiento VIH/SIDA	El VIH es un virus que muta a través de un proceso de transcriptasa inversa y transforma el ADN celular en un ADN viral. Al final de la enfermedad se transforma en SIDA, ataca al sistema inmune del paciente y producir tumores como el sarcoma de Kaposi.	Enfermedad VIH/SIDA	La Infección es producida por el virus VIH que transforma ADN en ADN viral y en etapa final produce el SIDA	Reconoce que es una infección producida por el virus VIH que transforma el ADN celular en ADN viral y produce el SIDA como etapa final de la enfermedad
VIH/SIDA	Como ataca el sistema inmunológico del paciente, esta propenso a contraer múltiples infecciones ha cortado el tiempo de vida y puede llegar a morir sino es tratado.	Enfermedad VIH/SIDA	Enfermedad que ataca el sistema inmune el paciente esta propenso a múltiples infecciones, con progreso rápido y puede morir el paciente	El virus al disminuir el sistema de defensa que es el inmunológico, el organismo esta propenso a infecciones oportunista, disminuyendo tiempo de vida, calidad y llegar a morir.

Atención	Tengo 7 años de graduado nunca he tratado ni a niños ni adultos con VIH. No refieren paciente a la consulta de endodoncia. Si tuviera que atenderlos lo trataría con las mismas normas de bioseguridad Todo los pacientes se consideran VIH hasta que se demuestre lo contrario	Atención Odontológica	Con mis siete años de graduado no he tratado pacientes con VIH Pero si los tuviera que tratar aplico medidas de bioseguridad	A la consulta de endodoncia no nos refieren pacientes VIH/SIDA. Si los tratara aplicaría normas de bioseguridad, aunque con a otro paciente, ya que debe considerarse que todo los pacientes son VIH hasta que se demuestre lo contrario
Vías de contagio	Viendo al paciente no. Si me pincho con un alambre o aguja, la más común, cuando utilizo instrumentos rotatorios. Cuando utilizo instrumento que desinfecta y no esterilizan, con otros fluidos como saliva que tenga sangre. Las lagrimas no contaminan	Enfermedad VIH/SIDA	Puedo contaminarme con instrumento rotatorios contaminados con sangre, los que desinfecte y no esterilice con saliva con sangre, las lagrimas no.	Conoce bien las vías de contaminación
Paciente VIH/SIDA	No hay rechazo hacia estos pacientes, pero debemos tener una conducta especial, porque son pacientes de alto riesgo.	Atención odontológica	Son pacientes de alto riesgo, a los cuales debemos dar un trato especial, no rechazarlos.	No los rechazo pero tomo conducta especiales de bioseguridad son de alto riesgo de contaminación.
	Uno debería tener		Deficiencia en el	Siente que debería tener

ConocimientosOdontólogo	mayor conocimientos para atender a estos pacientes sobre el cuidado que debemos tener	Conocimiento sobre enfermedad	abordaje para atender a los pacientes con VIH/SIDA	mayor conocimiento sobre el abordaje de estos pacientes
Pacientes VIH/SIDA	No han sido discriminados, ni rechazados, porque fueron atendidos en la consulta del hospital y se tomaron las medidas de bioseguridad. Pero como profesional de la salud estas en la capacidad, de brindarle tratamiento al paciente VIH que tenga lesiones bucales como candidiasis, manteniendo niveles de bioseguridad altos. En endodoncia es más bajo casi no manejamos agujas pero si pinzas con sangre	Atención odontológica	No los discriminamos o rechazamos , se han tratado en el hospital y como profesional de la salud estas en el deber de tratarlos si tiene lesiones en cavidad bucal con medidas de seguridad con nivel alto	Los tenemos que atenderlos empleamos medidas de seguridad, con nivel de seguridad bajo en endodoncia porque no manejamos agujas pero si pinzas con sangre para mi debe ser alto.
Rechazo	Tal vez existe cierto rechazo a estos pacientes por la comunidad.	Discriminación	Cierto rechazo en la comunidad hacia estos pacientes	Percibe que existe rechazo en la comunidad hacia estos pacientes.

TABLA N° 21
FILTRO EPISTEMOLÓGICO II. SUJETO N° 5

CÓDIGOS	PROPIEDADES	CATEGORÍAS	SIGNIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
Odontólogo	Se deben manejar igual que a otro paciente sano, con un poquito más de protección para evitar riesgo de contaminación. En el privado lo trato igual	Atención odontológica	Para mí es un paciente que debo tratarlo pero con más protección para evitar riesgo de contaminación	Acepta tratarlos pero aumentando medidas de bioseguridad por riesgo de contagio
Odontólogo	No lo trato si no reúno las condiciones, no porque no quiera, sino que si es VIH+ yo debo garantizarle las condiciones mínimas de asepsia en el ambiente. Si no se que tiene la infección, lo trato igual. Atendemos pacientes referidos de infectología pediátrica si son tratamientos sencillos lo hago, si es tratamiento de conducto o procedimientos quirúrgicos los refiero, porque no tengo condiciones de asepsia ideales.	Atención odontológica	No lo atiendo si no tengo condiciones mínimas de asepsia. Si no se que tiene la infección lo trato igual Hemos atendidos niños que nos refieren infectología para tratamientos sencillos pero referimos los que requieren otros procedimientos	Se advierte una mezcla de rechazo y aceptación para la atención del paciente VIH/SIDA
Bioseguridad	No funciona la parte de eyección de la unidad odontológica No hay papel envoplast para envolver las unidades	Atención odontológica	Mi área de trabajo no funciona la unidad de eyección	Considero que mi área de trabajo no reúne las condiciones para atender a los pacientes con VIH/SIDA

	odontológicas.			
Odontólogo	Si no se que es VIH+ lo trato en nombre de Dios. Si se que es positivo lo refiero a una unidad de atención pacientes VIH/SIDA de Bárbula, que me imagino que tratan a niños	Atención odontológica	Trato al paciente si se que no es VIH positivo	Rechaza al paciente con VIH/SIDA refiriéndolo a otras instituciones por no contar con ambiente de trabajo adecuado.
Emociones	Los tratado con más cariño. Niños que han perdido a sus padres los traen las abuelas	Aspecto psicológico	Me producen emociones como darle más cariño.	Experimentan sentimientos de cariño hacia el paciente VIH/SIDA
Odontólogo	La boca debe estar en condiciones ideales para evitar complicaciones. Nunca le pregunto al niño, me parece muy duro, hablo con familiar para orientar en mantener la salud bucal. Deben traerlos a control. Siempre vienen cuando van a mudar una muelita.	Atención odontológica	Deben tener una buena salud bucal por su enfermedad de base. Le doy orientación de higiene bucal al familiar que los trae a la consulta y mantener control.	Percibe que son paciente que vienen poco a la consulta, solo cuando pierden una unidad, y aprovecha para darle información sobre higiene bucal y mantener controles.
Odontólogo	No ha habido rechazo o discriminación en mi consulta.	Discriminación	Nunca he rechazo o discriminado a los pacientes VIH/SIDA	En cuanto a la atención del paciente VIH/SIDA nunca lo he rechazado
	El que no conozca del VIH hoy día esta ponchado, me preocupa más cuando los niños son traídos por abuela porque murió la madre. Creo que ya se		Las vías de contagio la sabe todo el mundo eso no me preocupa, le medio de contagio es la sangre, no sé si la lágrimas. Lo que más	Considera que sabe las vías de transmisión de la infección que está en la literatura. Se centra en las emociones que le produce ver a los niños

<p>Conocimiento VIH/SIDA por Odontólogo</p>	<p>incorporo Psicólogo al hospital para darle apoyo. Como se contagia lo sabe todo el mundo. Sexual, consumidores de drogas que intercambian jeringas. Se habla de fluidos vaginales. No son cosa que no sabemos. A través de las lágrimas creo que también, no manejo esa parte, no te voy a decir que lo sé. El medio de contagio prácticamente es la sangre. Eso se maneja es literatura.</p>	<p>Conocimiento sobre enfermedad</p>	<p>angustia es que la mayoría son traídos por sus abuela</p>	<p>huérfanos.</p>
<p>Bioseguridad</p>	<p>Después de utilizar la turbina la paso inmediatamente por antiséptico Cidex por si queda el virus atrapado en rotor</p>	<p>Atención odontológica</p>	<p>Paso por antiséptico los instrumento de trabajo por si se mantiene el virus.</p>	<p>Extrema medidas de bioseguridad con los instrumentos de trabajo.</p>
<p>Miedo</p>	<p>El SIDA, es un temor que tenemos todos los odontólogos estamos más expuestos dentro del personal de salud, lo diga o no el paciente. Tenemos mucho más riesgo. No tengo fobia, pero si hay que tener miedo, porque manejamos instrumentos cortantes mayor riesgo.</p>	<p>Aspecto Psicológicos</p>	<p>Mayor temor, miedo porque que manejamos instrumentos cortantes, estamos más expuesto a contagiarnos con el virus.</p>	<p>Como odontóloga considero que somos de los profesionales de la salud los que tenemos mayor riesgo porque manejamos objetos cortantes y punzantes.</p>

<p>Rechazo</p>	<p>He dejado de atender a pacientes, no los rechazo, de hecho lo paso y le explico, si yo no reúno las condiciones generales de asepsia en 100%, yo no lo trato porque le voy a causar un mal en vez de bien. Los familiares lo entienden. Área de trabajo pequeña, pero no es problema, sino las condiciones que pueda generar una sepsis en el paciente. Tener un esterilizador que funcione bien, aunque el virus se muere si introduzco el instrumental en el antiséptico Cidex. Yo pienso en el paciente desde el mismo momento en que se le introducen un objeto en su boca puede contaminarse. Unidad sin envoplast y si otro paciente dejo materia o se contamine con los guantes, aunque yo me cuidó, no abro puertas, ni agarro teléfono para no contaminar al paciente.</p>	<p>Discriminación</p>	<p>Le explico que no lo rechazo, sino que no puedo atenderlo si no reúno condiciones de asepsia en un cien porciento</p>	<p>Percibe que si atiende al paciente en un área que no cumple condiciones 100% de asepsia le aria más daño por eso lo refiere.</p>
----------------	--	-----------------------	--	---

Emociones	<p>Me da mucha tristeza Le doy mucho cariño al niño Cuando veo a una adolescente embarazada, esperando la consulta de infectología, pienso, Dios mío, que esperanza para esa niño si muere la mamá todo eso te sensibiliza</p>	Aspectos Psicológicos	Reflexiona al ver a pacientes con VIH/SIDA embarazada y piensa en el futuro que le espera al hijo y le produce tristeza	Experimenta un profundo sentimiento de tristeza por el futuro de los niños de paciente con VIH/SIDA.
Bioseguridad	<p>Son iguales para todos pacientes. Pero si se, que es VIH+ tomo más cuidado para evitar accidentes por mi y por ellos.</p>	Atención odontológica	Las medidas de bioseguridad las aplican con todos los pacientes y con mayor razón si el paciente es VIH	Extrema medidas de bioseguridad para evitar accidentes y por el paciente.
Miedo	<p>En el hospital no, porque son pacientes con tratamientos y controlados por Infectólogo pediatra. En la consulta privada si he sentido temor cuando los atiendo. No se enteran los demás pacientes porque vienen en condiciones estables, no precarias, ni descompensados. Aunque una vez vino una mujer bellísima a traer a su hijo a consulta y si ella no me lo dice que es VIH yo ni pendiente, no me podía imaginar, era bella y</p>	Atención odontológica	No tengo miedo, atender pacientes que vienen referidos de la consulta de infectología porque tiene el diagnóstico y tratamiento, pero en la consulta privada si tengo miedo.	Siente miedo con los pacientes que no conoces su diagnóstico porque luce normales en condiciones estables. No tengo miedo con los referidos de la consulta de infectología por que son pacientes en tratamiento con diagnóstico

	contaminó a su hijo			
Prueba VIH	No se la pido a todos los pacientes, el hospital no la hace solo en casos específicos. Aunque es lo ideal, porque estarías más segura, bueno seguridad para ambos	Enfermedad VIH/SIDA	La prueba de Elisa no se la pido a todos los pacientes	Debería pedirse la prueba de Elisa para VIH a todos los pacientes para mayor seguridad atenderlos
Odontólogo	Vienen poco a control, ha sido una lucha constante. Los padres o familiares se preocupan más por el riñón, pulmón, la sangre. Hay poca cultura en los padres y los médicos ahora, es que están cambiando	Atención odontológica	Vienen poco al control odontológico, se preocupan por otras parte de su cuerpo afectadas por el virus. No hay cultura de atención bucal.	Falta cultura de la higiene bucal en esto pacientes, se preocupan por otras áreas y también es ahora cuando los médicos están tomando consciencia y los refieren al odontólogo
Odontólogo	Me siento bien atendiéndolos. Oportunidad de hablar y hacerte amigo. Hacerle la vida más agradable.	Aspectos Psicológicos	Me siento bien atendiéndolos ayudándolos a hacerles la vida más agradable hablándoles y haciéndote amigo de ellos	Afloran sentimientos que me hacen sentir bien atendiéndolos, tratando de ser amigos para que se sientan mejor.

TABLA N° 22
FILTRO EPISTEMOLÓGICO II. SUJETO N° 6

CÓDIGOS	PROPIEDADES	CATEGORÍAS	SIGNIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
Bionalista	Tengo 27 años en la Unidad de investigación de Infectología, fui fundadora, los pacientes hemofílicos, fueron los primeros que nos refirieron y otro niños que nos refirieron de otra hospital desde 1986, al principio no sabíamos tuvimos que empaparnos estudiar revisar y a investigar con la Dra. Febres la jefa de la unidad, así fue como fuimos aprendiendo a diagnosticarlos, tratar a estos pacientes. Actualmente tenemos más de 60 paciente VIH positivo y expuesto hasta 80 el hijo de madre positivo son asintomático hasta que se le determine por un examen especial que no son anticuerpo que le	Conocimiento sobre enfermedad	Mi experiencia como bionalista es de 27 años, para el año 1986 nos refirieron los primeros casos de niños con VIH y junto con la jefa de la Unidad de la unida tuvimos comenzamos que investigar para el diagnóstico	Al comienzo de la epidemia comenzaron en el año 1086 a referirnos los pacientes y no estábamos preparados, pero junto a la Dra Febres la Infectólogo jefa de la unidad empezamos a investigar la enfermedad y a prepararnos

	pasó la madre.			
Bionalista	Se consiguió muchos problema porque nadie quería trabajar con estos niños con VIHIDA, las enfermeras, los médicos porque creían que si los tocaba, se a iban contaminar.	Discriminación	Al inicio hubo rechazo por parte de médicos y enfermeras porque pensaban que con el contacto se iban a contaminar.	Fue muy difícil al comienzo de los primeros casos porque el médico y la enfermera rechazaban a los pacientes por miedo a contagiarse.
Bionalista	Nosotros los veíamos y no pensábamos en contaminarnos, porque ya nos habían dicho o preparado, la primera vez tuvimos algo de recelo, después se les dio charla a los médico y enfermeras, que si utilizaban buenas normas de bioseguridad no había riesgo, pero se tardo mucho demasiado en que tuvieran consciencia de que era un paciente normal, que era un ser humano, que había que tratarlo, se logro después de 15 año se logro que lo aceptaran.	Conocimiento sobre enfermedad	Superamos el miedo porque nos preparamos y comenzamos a dar charlas bionalista, médicos, odontólogo, estudiantes. informándoles de las normas de bioseguridad para disminuir el riesgo, pero tardo mucho 15 años para que los aceptaran	Nos preparamos y comenzamos a dar charlas al resto del equipo de salud que tardo 15 años en aceptar atender a los pacientes con VIH/SIDA.

Bionalista	Todavía hay gente que para tocarlos se pone guante hasta no sé dónde, tapa boca si consigue se colocan muchas cosas que nosotros no usamos, nosotros los vemos y los besamos y no tememos nada.	Atención bionalista	Vemos que persiste miedo, que extreman medidas de seguridad para atenderlos, por miedo. Nosotros los tocamos sin nada.	Todavía observo persona que extreman medidas de bioseguridad hasta para tocarlos
Atención consulta privada	En privado se toman las mismas normas	Atención del paciente por bionalista	Aplico siempre las mismas normas de bioseguridad	En la consulta pública y privada aplico las mismas de bioseguridad en la atención de los pacientes VIH/SIDA.
Bioseguridad	Hay personas que dicen, uno tiene que saber si es positivo para tener protección, debemos tener protección, porque el que no te dice nada y es VIH+, entonces uno debe cuidarse no con el que te dicen que tiene sino con todos los pacientes que vayas a manipular.	Atención paciente por bionalista	Debemos aplicar las normas de bioseguridad con todos los pacientes, porque uno no sabe cual paciente es VIH positivo y muchas veces no lo dicen	Aplicar siempre medidas de bioseguridad porque no sabemos qué paciente puede ser VIH/SIDA y pueden estar asintomáticos y algunos no dicen el diagnóstico
Bionalista	Aquí actualmente todo el personal, los tratamos bien, le hemos conseguido que el Rotari club le den cestas de comida, tiene becados a	Atención por bionalista	Nos ocupamos que una fundación a algunos les proporciona becas porque son de bajos recursos	Nos preocupamos por su condición socioeconómica y ha instituciones que los becan.

	dos huérfanos que quedaron con la abuela y son de muy bajo recursos.			
Bionalista	Ahora, las bionalista cuando le mandan a tomar la muestras se las toman, tiene que ser que lo hayan puyado mucho para que lo manden, para que las tomemos nosotros.	Atención por bionalista	Puedo hablar que las bionalista en el hospital han aprendido a atenderlos, solo no los refieren si no pueden tomarles las muestras después de varios intentos.	Las bionalista en el hospital ya están preparadas y los atienden solo los refieren si fallan en, la toma por múltiples intentos.
Bionalista	Las enfermeras de la emergencia y hospitalización toman las muestras y la mandan al laboratorio y en los laboratorios donde mandamos a los pacientes ellos mismo toman la muestra apacientes con VIH a todos.	Atención por bionalista	Igualmente en los servicios de emergencia y hospitalización las enfermeras toman las muestras	Las tomas de muestra en los servicios de emergencia y hospitalización la realizan las enfermeras
No aislamiento	Los pacientes hospitalizados VIH/SIDA no están aislados, están con los demás niños.	Atención del paciente	No he visto aislamiento de los pacientes	Los hospitalizan con los demás paciente, no he visto que los aíslen
	Nunca he creído en creencias, voy a misa y	Atención por bionalista	Nunca pienso que me voy a contaminar, no	Los mitos y creencias no los tengo, creo en

Mitos y miedos	ya, creo en dios. Miedo, bueno como todos, pero te digo que tengo 27 años trabajando y nunca he pensado me voy a contaminar, y no he tenido accidente laboral.		tengo mitos ni creencias creo en Dios	Dios y será por eso que nunca he tenido un accidente laboral
Bionalista	En mi familia, yo le cuento a mi hijo que es médico todo para que tenga precaución es decir la experiencia que vivo aquí siempre se las digo para que sepan que no siempre la gente que se ven bonitas y sanas, no puede tener VIH.	Conocimiento sobre enfermedad	Le trasmito información y experiencia con pacientes VIH/SIDA a mi hijo que es médico y le digo que no siempre las personas que se ven bien son sanas.	A mi familia les hablo de la enfermedad su forma de transmisión y sobre todo que se cuiden, porque no siempre las personas que se ven bien son sanas.
Rechazo por personal de enfermería	En el mismo el hospital, a pesar que hemos superado muchas etapas, todavía hay paciente que nos dicen doctora la enfermera de la mañana, no me han tomado las muestras, me dijo que era la de la tarde que se las va a tomar y llega al día siguiente no se la han tomado y le decimos que vaya a dirección porque no es posible que	Discriminación	Tenemos paciente que acuden a nosotras, para la toma de muestras porque las enfermeras los tienen ruleteando, a pesar que sean superados otras etapas de la enfermedad	Percibo que a pesar de la información que se les da a las enfermeras todavía hay rechazo sobre todo el personal nuevo y los pacientes acuden a nosotros porque los tienen ruleteando.

	estando el paciente hospitalizado se peloteen al paciente.			
Conocimiento al personal que ingrese	El personal de salud, que llega nuevo, hay que prepararlos con talleres por las enfermeras que tienen tiempo	Conocimiento de enfermedad	Necesidad de preparar al personal de enfermería nuevo en la atención a los paciente con VIH/SIDA	Considero que las enfermeras con experiencia con estos pacientes, le hagan talleres de entrenamiento al personal que ingrese
Miedo al rechazo Familiar y laboral	Hay paciente que ni en su propia casa dicen, solo la pareja es la que sabe, en su trabajo no lo saben, nosotros tenemos que ayudarlos porque viene cada dos meses porque en su trabajo no sabe.	Discriminación por la comunidad	Me cuentan que tienen que venir a control cada dos meses porque no pueden pedir permiso en el trabajo por miedo a que los despidan o rechacen e igual con los familiares y en la escuela	Oculto su condición porque no quieren ser rechazados por sus familiares, en la escuela y trabajo
Bionalista	Se han referidos a todas las interconsultas y todas las han atendido actualmente siento que los están aceptando más.	Atención del paciente por médicos	Creo que se cumplen las interconsultas a otros especialistas	Percibo que actualmente se cumplen más con las interconsultas a otras especialidades
Bioética	Nosotros le resguardamos cuando van a pedir una colaboración le ponemos que es una enfermedad crónica no le ponemos que es VIH en el colegio también le decimos que lo sepa uno solo.	Atención por bionalista	Tratamos de resguardar su diagnóstico y en las referencias para una colaboración le colocamos enfermedad crónica.	Cumpliendo con los principios éticos, cuando hacemos referencias a instituciones para ayuda económica le colocamos enfermedad crónica.

Paciente VIH/SIDA	Los pacientes y familiares vienen mal, por el diagnostico VIH y si la paciente está embarazada, le explicamos que no todos los niñitos serán VIH positivos en un futuro sino que esos se llaman expuestos y pueden ser reversiblemente.	Conocimiento sobre enfermedad	A veces los pacientes con el diagnóstico se sienten mal sobre todo las embarazadas, entonces le explicamos que no todos los niños nacen positivo	Cuando los pacientes se sienten mal por el diagnóstico y son embarazadas le explico que no todos los niños van a ser VIH+ si se controla y recibe tratamiento.
Bioética	Toda interconsulta se le pone que es VIH/SIDA y toda hoja que vaya para el laboratorio hay que ponerle el diagnóstico.	Conocimiento sobre enfermedad	Para protección al personal de salud debemos colocar el diagnóstico en las boletas de laboratorio y referencia a interconsultantes	A pesar de los principios bioéticos debemos informar del diagnostico al personal de laboratorio y a los interconsultantes.
Bioseguridad	Deben tener guantes más largos, lentes, batas especiales, el trabajador de la salud es el que se provee de todo, la institución no te da nada.	Atención del paciente por bionalista	Tenemos que cumplir con medidas de bioseguridad y nosotros tenemos que proveernos porque la institución no tiene material.	No contamos con el aporte de la Institución de salud para los materiales para en el medidas de seguridad y nosotros los adquirimos.
Bioética	Ningún médico o bionalista debe negarse a atenderlos, si no van a hacer un procedimiento agresivo o invasivo.	Atención del paciente por bionalista	No debemos negarle la atención	El personal de salud no debe negarse a la atención de los pacientes con VIH a menos que vayan a realizar procedimientos invasivos y no estén en el área adecuada.

TABLA N° 23
FILTRO EPISTEMOLÓGICO II. SUJETO N° 7

CÓDIGOS	PROPIEDADES	CATEGORÍAS	SIGNIFICACION	INTERPRETACIÓN
VIH/SIDA	Son pacientes que tienen una enfermedad infectocontagiosa.	Enfermedad VIH/SIDA	Es una enfermedad infectocontagiosa	Es una enfermedad producida por el virus del VIH y es infectocontagiosa.
Rechazo en emergencia	Rechazados por personal de enfermería y médicos al llegar a la emergencia. Al hablar de VIH las personas se ponen a la defensiva y no lo quieren atender.	Discriminación personal médico	Considero que todavía son pacientes rechazado por los médicos, cuando llegan por la emergencia	Percibo que existe en algunos medico agresividad y rechazo cuando llegan pacientes con VIH/SIDA por la emergencia.
Medidas de bioseguridad	Si se utilizan medidas de prevención uno puede manejarlos muy bien	Atención enfermería	El manejo de estos paciente es buenos cuando se utilizan las medidas de bioseguridad	Son paciente que se manejan bien con las medidas de bioseguridad
Atención en diferentes etapas	Tengo de 10 años o más atendiendo a pacientes con VIH/SIDA en diferentes condiciones desde unos estabilizados hasta graves.	Atención enfermería	Experiencias con pacientes VIN/SIDA desde hace 10 años desde los más graves hasta los estables.	He manejado a pacientes en todas las etapas de la enfermedad.
Conocimientos Enfermera	El VIH es el inicio de la enfermedad y el SIDA es la etapa terminal	Conocimiento sobre la enfermedad	Asume que el VIH es el virus que al principio produce la infección y en la etapa final es SIDA	El VIH es el virus que produce la infección y el Sida es la etapa terminal de la enfermedad.
Enfermera	Necesitan mucha atención de mi parte, si yo los puedo ayudar lo hago. Pienso que no se	Atención enfermería	No se contagia atendiéndoles y necesitan de mi apoyo.	Necesidad de de todo mi apoyo, le doy la atención que puedo sé que no me voy infectar por

	contagia así, atendiéndolos.			atenderlos.
Formas de contagio	Según la bibliografía el VIH se contagia por vía sexual, por transfusiones	Enfermedad VIH/SIDA	El virus penetra al organismo a través de relaciones sexuales, por transfusiones	Las formas de contagio son a través de secreciones, sangre, relaciones sexuales.
Emociones	Necesitan de mucho amor, cariño, son pacientes que son rechazados por la sociedad.	Aspectos Psicológico	Me producen tristeza porque son rechazados por la sociedad, trato de darle amor, cariño	Les doy amor, cariño porque son rechazados por la sociedad
Paciente VIH/SIDA	Otro paciente donde la mamá tenía dos hijos, se enamoro y tuvo otro niño y le preguntábamos, tu pareja sabe que eres VIH si, se cuidan con preservativos, pero a nosotros no parece que él no sabe. Le corresponde al médico tratante decirle.	Conocimiento sobre la enfermedad	Trato de aconsejar a las madres cuando ingresan con sus hijos, para que se cuiden y no continúen transmitiendo el virus.	Me preocupa las madres que han tenido varios maridos, y creo que ocultan su condición de estar infectada con el VIH.
Enfermera	No he rechazado a ningún paciente con VIH/SIDA, y utilizando medidas de bioseguridad no nos contaminamos.	Atención enfermería	No he rechazados a los pacientes con VIH/SIDA	
Medidas de bioseguridad	Guantes, material descartable medidas de prevención para administrarle	Atención enfermería	Trato de usar medidas de bioseguridad hasta donde yo puedo porque a veces no tenemos todo	En el servicio de hospitalización se cumplen las medidas de bioseguridad a medias, a

	<p>medicamentos. Se cumple las medidas hasta donde yo puedo, a veces no tenemos el material necesario. Siempre trato de usar guantes cuando tomo muestras de sangre. En el servicio no se cumplen las medidas porque, se descartan en el mismo envase las agujas donde están las de los demás pacientes, los guantes y batas van a la misma papelera. Han hecho algo al respecto, si y no hemos recibido apoyo de nadie.</p>		<p>el material descartable, además no hay donde descartar las agujas y material contaminado, las batas y guantes van a la misma papelera.</p>	<p>veces no hay material descartable. Todo lo utilizado en los procedimientos va a la misma papelera.8</p>
Rechazo otras enfermeras	<p>Jamás he tenido miedo por el VIH, pero si he recibido bebecitos que la enfermera del turno de la noche le ha dado miedo de cateterizarle la vía, piensan que se pueden pincharse, yo creo que el miedo las lleva a pincharse por el temor que tienen de manipularlos.</p>	Discriminación por enfermería	<p>Nunca he tenido miedo ni rechazo, pero si se que otras enfermeras en el turno de la noche los rechazan al tener miedo cuando toman muestras por posible riesgo de contaminarse.</p>	<p>Percibo que todavía hay enfermera que rechazan tomarle muestra al os pacientes con VIH/SIDA por miedo</p>
	En el servicio aceptamos		Aceptamos en el	Los servicios de

Atención	todo tipo de paciente para su hospitalización y los tratamos por igual. No tienen historia clínica diferente, solo a la hora de cambio de guardia se le informa a la otra enfermera, pero no se divulga. Solo lo sabemos nosotros, los médicos, y el familiar.	Atención por enfermería	servicio a todos los pacientes, no tienen historia diferentes solo que respetamos su confiabilidad solo saben los médicos y enfermera.	hospitalización aceptamos a todo los pacientes para su ingreso sin aislaros el principio de confiabilidad.
Enfermera	Una vez se enteraron otros familiares y aislaron al niño, se tuvo que dar charlas a los familiares.	Discriminación por otras madres	He presenciado que los niños con VIH/SIDA son rechazados por las otras madres cuando se enteran de su diagnóstico.	En el servicio hemos tenido casos de rechazo a los niños con VIH/SIDA, si se enteran las otras madres de niños hospitalizados
Paciente VIH/SIDA	Algunos se ven triste, no sabemos si van a la escuela la mayoría son pequeños.	Atención por enfermería		

TABLA N° 24
FILTRO EPISTEMOLÓGICO II. SUJETO N° 8

CÓDIGOS	PROPIEDADES	CATEGORÍAS	SIGNIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
VIH/SIDA	El VIH es un virus de inmunodeficiencia humana que destruyen los CD4, son los que se encargan de la inmunidad de nosotros mientras los CD4 disminuyen el viral se incrementa el paciente va pasados por etapas de la enfermedad se dice que la enfermedad no tiene un tiempo limitado dependiendo de la carga viral el paciente va a tener o no sintomatología, el paciente comienza como un cuadro viral como una gripe y tenemos que diferenciarlo del SIDA que es una etapa terminal es donde el paciente presenta los síntomas más graves pueden presentar demencia.	Enfermedad VIH/SIDA	El VIH es un virus de inmunodeficiencia humana que destruyen los CD4, son los que se encargan de la inmunidad. SIDA que es una etapa terminal es donde el paciente presenta los síntomas más graves	El VIH es un virus de inmunodeficiencia humana que destruyen los CD4, son los que se encargan de la inmunidad. SIDA que es una etapa terminal es donde el paciente presenta los síntomas más graves.
Estudiante de Medicina	Yo desde el tercer año de la carrera, soy miembro de niños unidos contra el SIDA, hacemos todos los diciembre esa campaña	Atención por estudiante de medicina	Me gusta mucho ayudar a esos pacientes.	He tenido bastante contacto con estos pacientes hospitalizados y si me da miedo, Después me puse a interactuar con

	desde hace 2 años. Me gusta mucho ayudar a esos pacientes.			ellos y me sentí mejor fue chévere deje de sentir miedo. Si me tocara verlo y hacerle la historia si lo haría, claro tomando mis medidas preventivas. Cuando llegan con diagnostico son pacientes iguales los trato igual a otros paciente, claro las medidas no son iguales.
Mitos y creencias	Me gusta mucho ayudar a esos pacientes. yo digo que un paciente que tiene el VIH lo único que tiene que hacer es vivir bien tratar de tener una calidad de vida acudir a su Infectólogo y recibir sus antirretrovirales para que no aumente su carga viral y evitar caer en una crisis peor.	Atención por estudiante de medicina	Yo digo que un paciente que tiene el VIH lo único que tiene que hacer es vivir bien tratar de tener una calidad de vida	
Estudiante Medicina	El paciente puede ser que a la larga se puede morir, pero lo que yo digo es que el paciente que al principio tienen el virus y no quieren vivir sino morir debe luchar con la enfermedad.	Conocimiento enfermedad	El paciente puede ser que a la larga se puede morir, pero lo que yo digo es que el paciente, debe luchar con la enfermedad.	Paciente puede ser que a la larga se puede morir, pero lo que yo digo es que el paciente, debe luchar con la enfermedad.
Miedo	He tenido bastante contacto con estos pacientes hospitalizados y	Atención por estudiante de	He tenido bastante contacto con estos pacientes	Miedo

	<p>si me da miedo, por cierto; cuando fui al traslado de pacientes con VIH/SIDA yo era el coordinador tenía que llevar todos los pacientes de Guácara hacia Yagua estaba en tercer año y me asuste mucho, me daba miedo porque se han visto casos que sin saber ya están dementes con problemas psicológicos, estaban compensados pero algunos tenían candidiasis. Dice que le daba miedo a infectarse en el autobús porque si de repente una paciente por el hecho de que yo estaba sano me puyara con una inyectadora con su sangre que es la principal forma de contagio, o que no sé que me tocara no sé que me escupiera no se algún tipo de contacto con sus secreciones. Después me puse a interactuar con ellos y me sentí mejor fue chévere deje de sentir miedo.</p>	medicina	hospitalizados y si me da miedo, Después me puse a interactuar con ellos y me sentí mejor fue chévere deje de sentir miedo.	
--	--	----------	---	--

<p>Estudiante</p>	<p>No he manejado pacientes hospitalizados, sino en la consulta de nutrición con la Dra. Barbella, tenía una paciente desnutrida con VIH y tenía infección ya estaba en etapa terminal SIDA, no sentí miedo estaba en la consulta de nutrición y me asignaron ese caso, yo no sabía que estaba infectada, la mamá y la niña llegaron con tapa boca y la madre de repente se puso a llorar. Ya la consulta médico paciente la deje al lado ya no fue terapéutica, sino me dedique a escucharla me comenzó a echar su cuento la niña se retiro el tapa boca y saco su lengua la tenía morada horrible ,no me acuerdo como se llama la lesiones aparte de la candidiasis, yo continúe examinándola pero me restringía porque cónchale, no sentí miedo pero era una paciente que tenía muchos problemas que nadie la había escuchado, entonces ella al hablarme, a mi me daba miedo que se</p>	<p>Aspectos Psicológicos</p>	<p>Paciente que tenía muchos problemas que nadie la había escuchado, entonces ella al hablarme, a mi me daba miedo que se fuese a poner agresiva- estaba yo solo se pone nervioso yo sentí que se ponía agresiva, yo tenía miedo que pudiera arremeter contra mí.</p>	<p>Paciente que tenía muchos problemas que nadie la había escuchado, entonces ella al hablarme, a mi me daba miedo que se fuese a poner agresiva- estaba yo solo se pone nervioso yo sentí que se ponía agresiva, yo tenía miedo que pudiera arremeter contra mí.</p>
-------------------	--	------------------------------	---	---

	fuese a poner agresiva- estaba yo solo se pone nervioso yo sentí que se ponía agresiva, yo tenía miedo que pudiera arremeter contra mí.			
Paciente VIH/SIDA	La termine de examinar, tenía una desnutrición crónica. En ese momento sentí mucha tristeza y dolor, y le hice una referencia para el grupo Manos Unidas contra el SIDA se la mande a la Dra. Rouyero, ya sé que pertenece al grupo.	Aspectos Psicológicos	Sentí mucha tristeza y dolor, y le hice una referencia para el grupo Manos Unidas contra el SIDA	Sentí mucha tristeza y dolor, y le hice una referencia para el grupo Manos Unidas contra el SIDA.
Miedo	Es obvio, que me puedo contaminar con las caries no pero si hay sangrando o alguna herida que este sangrado tenía miedo a la infección el examen fue rápido, más social, la ayudamos mucho con las referencias la parte emocional, porque aquí en el hospital no hay psicólogos ni psiquiatras.	Conocimiento enfermedad	No me contaminó con las caries, pero si hay sangrando o alguna herida que este sangrado si, tenía miedo a la infección el examen fue rápido, más social.	No me contaminó con las caries, pero si hay sangrando o alguna herida que este sangrado si, tenía miedo a la infección el examen fue rápido, más social.
Conocimiento del	Ella sabía su enfermedad y sé que me voy a morir y sin embargo era toda risita.	Conocimiento de la enfermedad	Los pacientes en etapa terminal todos fallecen	Los pacientes en etapa terminal todos fallecen

paciente	Cuando me dijo que se iba morir sentí algo muy feo escuchar de esa niña que se iba morir a esa edad 8 añitos y que ella sentía mucha tristeza. Los pacientes en etapa terminal todos fallecen. He vistos pocos pacientes VIH/SIDA			
----------	---	--	--	--

TABLA N° 25
FILTRO EPISTEMOLÓGICO II. SUJETO N° 9

CÓDIGOS	PROPIEDADES	CATEGORÍAS	SIGNIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
Conocimientos VIH/SIDA Cirujano	Cuando yo estaba estudiando Cirugía, comenzó el bum del VIH se tenía poco conocimiento, como se transmitía y habían muchos tabús sobre esto y yo me fui formando ante la presencia de la infección, como actuaba los pediatra hace 15 años atrás le llegaba a ellos la patología y se veía el conflicto sobre todo porque llegaban muchos paciente de la parte oncológica y el comportamiento de cada quien; uno fue aprendiendo y el comportamiento se fue modificando al punto que cuando asumimos a los paciente porque teníamos que hacerle flebotomía como cirujano. Trabajar como cirujano con paciente VIH/SIDA no lo	Conocimiento de la enfermedad	Cuando realice mi postgrado de cirugía comenzó el VIH y junto con los pediatras tuvimos que aceptar la nueva enfermedad y estudiar, investigar para aprender y enfrentarnos a los pacientes	Al comienzo de la epidemia estaba estudiando mi postgrado y tuve que prepararme para atender a los pacientes con la nueva enfermedad. En mi trabajo actual casi no atendemos pacientes con VIH/SIDA

	hacemos de cotidianidad.			
Cirujano	Como Cirujano pediátrico en la consulta, lo que hago es solicitar la prueba de VIH, para saber si es positivo o no, si sale VIH (+) lo referimos a la consulta de infectología.	Atención por cirujano	En la consulta externa de cirugía siempre solicito la prueba de Elisa para VIH y si sale positiva lo referimos a infectología	Pedimos la prueba de Elisa en los pacientes como rutina preoperatoria
Bioseguridad	Se evalúan a todos los pacientes pero siempre con medidas de prevención, por lo menos, lavarte las manos con un jabón normal, si llega un paciente que trae una referencia que es VIH, uso medidas de prevención, pero generalmente no utilizo guante solo si voy a abrir cavidad.	Atención por cirujano	Utilizo medidas de bioseguridad cuando voy a operar y en la consulta si el paciente es VIH guantes y precaución	En consulta los examino igual solo que utilizo guantes y medidas de bioseguridad y más aun si estoy en quirófano
Conocimiento del Cirujano	Aquí se han operado pacientes con VIH con condilomas, es ahora que se ha operado más, yo creo que es por la información que uno va adquiriendo, si tiene una patología no se va a dejar morir yo no lo rechazo, si llega veo que	Conocimiento de la enfermedad	Hemos operados pacientes VIH/SIDA con condilomas, en el hospital se esta operando más a esto pacientes	Considero que demos atenderlos por igual y ahora en este hospital se están operando más.

	le voy a tocar porque si me toca tocarle la cavidad abdominal, y tiene gripe me pongo tapa boca.			
Medidas de bioseguridad	Si va al acto quirúrgico uso las medidas de protección tapa boca, guantes, doble guantes por una herida mía, o se rompen los guantes y uno se pone en contacto con esas secreciones.	Atención por cirujano	Utilizo medidas de protección siempre en el acto quirúrgico.	Siempre en quirófano utilizó medidas de bioseguridad con doble guante.
Rechazo	Si han quedado pacientes relegados vienen de una guardia y de otra guardia y ellos tratan de tener el menos contacto con ese paciente, quizás el mismo desconocimiento de la enfermedad, por hablarle, saludado con la mano no te vas a contaminar.	Discriminación por cirujanos	Todavía hay colegas que rechazan a los pacientes, quizás por desconocimiento de la enfermedad	En el área de cirugía todavía se ven casos de discriminación o rechazo para operar a los pacientes.
Atención postoperatoria	Nunca he sentido rechazo a esos pacientes y los trata igual, solo que como ellos tienen la parte inmunológica deficiente entonces, lo vamos tratar desde el punto de vista	Atención por cirujano	En el postoperatorio no se aíslan, ni se rechazan solo, que son pacientes con inmunosupresión debemos tener mayor control y pedir interconsulta con infectología para el	Su control postoperatorio se realiza sin aislarlos, prestando más atención porque son inmunosuprimidos y en conjunto con Infectólogo pediatra.

	<p>postoperatorio, por ejemplo una apendicitis complicada en estos pacientes puede ser más complicada en estos pacientes entonces los antibióticos hacemos interconsulta con infectología para que nos apoyen sobre los que le hemos colocado o hagan sus observaciones, no se aíslan se tratan en el mismo servicio</p>		<p>manejo de los antibióticos.</p>	
<p>Cirujano</p>	<p>No se contaminan a través de las lágrimas.</p>	<p>Conocimiento de enfermedad</p>	<p>Conozco las vías de contagio, se que las lágrimas no contaminan</p>	<p>Las lágrimas contiene el virus pero no en cantidad suficiente para contagiarnos</p>
<p>Cirujano</p>	<p>El riesgo de contagio es igual para hepatitis y VIH/SIDA es el mismo, como son patologías que no tratamos nos estamos sino en ocasiones con el paciente.</p>	<p>Conocimiento de la enfermedad</p>	<p>Tanto la hepatitis como el VIH, son infecciones virales con igual riesgo de infección.</p>	<p>Considero que las infecciones virales tienen el mismo riesgo para el cirujano infectarse.</p>
<p>Cirujano</p>	<p>El contacto con el paciente quirúrgico es rápido, a menos que este hospitalizado En la consulta externa le pregunto, si fue al control de infectología,</p>	<p>Atención por cirujano</p>	<p>Nosotros los cirujanos tenemos poco contacto con el paciente quirúrgico, en la consulta externa le pregunto si está asistiendo a los controles</p>	<p>Tengo poco contacto con los pacientes postquirúrgicos, pero en la consulta externa les pregunto por su tratamiento y consultas control.</p>

	si continuas con el tratamiento para el VIH.		con Infectólogo y su tratamiento	
Riesgo de contagio	Conocí a un colega que se pincho, realizando una flebotomía a un paciente y le dio hepatitis, al realizarles las pruebas al paciente salió positivo para hepatitis. El riesgo existe para cualquier paciente utilice las medidas de bioseguridad.	Atención por cirujano	Podemos contaminarnos en quirófano o realizando una flebotomía aun aplicando las medidas de bioseguridad.	El riesgo de contagio para cualquier infección existe , aunque apliques las medidas de bioseguridad
Emociones	Estamos viendo más pacientes VIH/SIDA, mi conducta no se ha modificado, al inicio se pudo rechazar pero ahora no, miedo por riesgo de contaminarnos con heces, sangre secreciones, aun usando las medidas hay miedo, porque aún usando los guantes tú no sabes la calidad de los guantes.	Aspectos Psicológicos	Si todavía siento miedo, porque aún usando medidas de bioseguridad te puede contagiar depende de la calidad de los materiales que empleamos.	Ya no siento rechazo como al principio de la epidemia pero el miedo persiste por riesgo a contaminación.

TABLA N° 26
FILTRO EPISTEMOLÓGICO II. SUJETO N° 10

CÓDIGOS	PROPIEDADES	CATEGORÍAS	SIGNIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
VIH/SIDA	Es una enfermedad con inmunosupresión, que el paciente puede infectarse con cualquier virus por ejemplo las gripes, tuberculosis	Enfermedad por VIH/SIDA	Enfermedad que produce inmunosupresión y el paciente es atacado por otros virus	Es una enfermedad producida por un virus que produce inmunosupresión ocasionando al paciente infecciones por gérmenes oportunistas
Enfermera	La gente dice, hay vamos a cuidarnos de ellos y es al revés ellos se tienen que cuidar de nosotros por que corren el riesgo de cualquier infección, porque son pacientes inmunodeprimidos, ellos se deben cuidar usar tapabocas están expuesto a cualquier infección y nosotros guantes	Conocimiento enfermedad	Percibo que la personas se cuidan de los pacientes con VIH/SIDA y creo que debemos protegerlos a ellos que son los inmunodreprimidos	Utilizar medidas de bioseguridad y los pacientes tapaboca para evitar contaminarlos a ellos que son pacientes inmunosuprimidos
Rechazo	Ellos se sienten como aislados.	Discriminación	En los servicios de hospitalización se sienten aislados, aunque estén con los demás paciente	Se siente a veces aislados por el personal de enfermería
Emociones	Son pacientes especiales, hay que darles, cariño amor	Aspecto Psicológico	Trato de darle mucho cariño, amor para que no se sientan mal.	Necesitan de mucho cariño, amor apoyo para que no se

	mientras ellos estén con nosotros. Siempre tratar de que no se sientan mal. Sabemos que van a fallecer, aunque no somos Dios.			sientan mal.
Enfermera	He tenido contacto con pacientes VIH/SIDA antes de comenzar a trabajar en el hospital, yo cuidaba a un adulto que era SIDA por homosexual, fue una experiencia bonita aunque ya el tenía hepatitis, tuberculosis, yo me protegía	Atención por enfermería	Antes de comenzar en el hospital tuve experiencia de atender un paciente con Sida con múltiples infecciones pero me cuidaba y fue una bonita experiencia.	He tenido la oportunidad de atender a pacientes en etapa terminal, usaba medidas de protección, y fue una experiencia enriquecedora.
Miedo	No me dio miedo son iguales a otros pacientes, de hecho, todo paciente debe ser tratado como si fueran VIH para nosotros protegernos, usamos doble guante técnicas a la hora de colocar las agujas tener precauciones a la hora de colocar las capuchas de las inyectadoras.	Atención por enfermería	No me da miedo , aplico medidas de bioseguridad para todos los pacientes	Aplicando las medidas de bioseguridad correctamente me siento protegida y no me da miedo
Bioseguridad	Tomo muestras utilizando las medidas de bioseguridad con	Atención por enfermería	Me cuido al tomar muestra uso guantes , sino los hay busco la	En las tomas de muestra me protejo aunque no haya guante aplico las otras

	guantes y si no hay se buscan la manera y uno se cuida.		manera de cuidarme utilizados las otras medidas de bioseguridad	medidas de bioseguridad.
Enfermera	Tuve una experiencia, con una niña que nos manipula, diciéndonos que nos iba a pinchar. Yo he hablado con ella inclusive hemos ganado su confianza, porque le hemos dado cariño amor. Allí extremas medidas de seguridad, tratábamos de no estar solas que estuviera la mama u otra enfermera porque ella es muy agresiva.	Atención por enfermería	Hay pacientes agresivas que, manipulan con su enfermedad, a la hora de tomarles las muestras no dicen, que nos van a pinchar, tratamos de halar con ella, darle cariño y tomar extremas medidas de bioseguridad	Debemos extremar medidas de bioseguridad en los pacientes agresivos, manejarlos con el familiar y hablarles darle cariño.
Enfermera	En el servicio siempre hay cupo para pacientes con VIH/SIDA, nunca se los negamos.	Atención por enfermería	Los servicios de hospitalización los aceptamos como a otros paciente	Nunca le negamos a la hospitalización en los servicios, sin aislarlos de los otros pacientes.
Riesgo de Contagio	Si no tienes contacto con secreciones, sangre no tienes riesgo	Atención por enfermería	Si no tienes contacto directo con sangre no debes tener riesgo	El riesgo lo tienes si estas en contacto con materia contaminada con sangre, secreciones y no utilizaste bioseguridad.
Bioética	No tienen historia especial. A la hora de entrega de guardia lo decimos entre nosotros nada más	Atención por enfermería	La historia clínica se le coloca una identificación clave y solo lo sabe el médico y las enfermeras.	Trato de identificar las historia de manera especial y que lo sepa la enfermera y el médico nada más, por principios éticos

Mitos	No he tenidos mitos, en la calle si he oído cosas por ignorancia de la gente sobre la enfermedad.	Atención por enfermería	Con me siento preparada no creo en mitos, en la calle si los he oído de personas que n no conocen de la enfermedad	Atiendo a los pacientes por mis conocimientos sobre la enfermedad y no creo en mitos.
Enfermera	He visto, que cuando vienen estudiantes no dejan que se les acerque, y no debería ser porque ellos van a trabajar con esos pacientes. Mi pasantía fue en el hospital Carabobo y no permitían entrar a verlos.	Atención estudiantes enfermería	Discriminan a los estudiantes al no permitir atender a los pacientes con VIH/SIDA	A los estudiantes de enfermería en algunas instituciones de salud, no les permite acceder a los pacientes con VIH/SIDA
Enfermera	Me han un dejado paciente del turno la noche sin tomar muestra y no había guantes y tomamos las muestras con precaución.	Atención estudiantes enfermería	Las enfermeras del turno de la noche, todavía nos dejan pacientes para la toma de muestra con la excusa que no tiene guantes	Existe en algunas enfermeras, rechazo en la toma de las muestras y menos si no cuentan con guantes
Bioseguridad	Hace un mes tuvimos 2 pacientes con VIH, uno vino porque tenía diarrea, se le coloco tratamiento y se fue, los familiares son los que se encargan de cambiarlos sino tiene familiar los atendimos los bañamos, pero nos protejamos nos colocamos guantes , tapa	Atención por enfermería	Cuando ingresan los paciente reciben su tratamiento y los cuidados personales lo realiza el familiar, sino tiene nosotras protegiéndonos	Cuando están hospitalizados administramos el tratamiento, tomas de muestras, y los cuidados personales si no tienen familiar, protegiéndonos con las medidas de bioseguridad, si tenemos heridas nos colocamos adhesivo y guantes.

	boca por el riesgo de secreciones, heces, s si tenemos una herida ,nos colocamos adhesivo y guantes			
Cumplimiento de interconsultas	Los médicos vienen a realizar las interconsultas.	Atención por enfermería	Percibo que ahora los médicos cumplen más las interconsultas	Cuando enviamos interconsultas a otras especialidades ahora se cumplen más, aunque algunas se demoran.
Creencias	No tengo creencias populares.	Atención enfermería	Cumplo con mis actividades sin tener ningún tipo de creencias.	No tengo creencias que influyan en la atención del paciente con VIH/SIDA
Enfermera	Me despido de ellos con un beso sé que no me contamina y si le da una crisis y llora, no me voy a contaminar a menos que tengamos una herida.	Atención enfermería	Estoy clara en las vías de transmisión y por eso me despido con un beso y si llora tampoco a vemos que tengamos heridas con sangre	Creo estar clara en las vías de transmisión, por eso me despido con un beso y si llorase que no me va a contaminar

TABLA N° 27
FILTRO EPISTEMOLÓGICO II. SUJETO N° 11: ADOLESCENTE 1

CÓDIGOS	PROPIEDADES	CATEGORÍAS	SIGNIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
Enfermedad VIH/SIDA	Mi mamá me dijo que ambas estábamos infectadas con el VIH, investigó sobre eso, se sintió mal. Supo que era contagiosa por relaciones sexuales y sangre, y mortal.	Enfermedad por VIH/SIDA	Mi mamá me dijo que ambas estábamos infectadas con el VIH, investigó sobre eso, se sintió mal. Supo que era contagiosa por relaciones sexuales y sangre, y mortal.	Se entero por la madre, investigo y sabe que se transmite por relaciones sexuales y sangre. Que es una enfermedad mortal
Conocimiento enfermedad	Investigó sobre la enfermedad, se sintió mal. Supo que era contagiosa por relaciones sexuales y sangre, y mortal.	Conocimiento enfermedad	La sociedad rechaza a los enfermos VIH/SIDA. Creen que se contagia fácil a través de todo. Cumple el tratamiento y Nadie se muere si se trata. otras	Se transmite por vía materno fetal o por relaciones sexuales. Conoce de la enfermedad por medio del personal de salud de manera inhumana. Siente miedo a morir
Emociones		Aspecto Psicológico	Con miedo al rechazo y a la soledad	Miedo a la soledad.
Bioseguridad exagerada y rechazo		Discriminación	Nos atienden de último, citas muy distantes, no deben enterarse los demás paciente por miedo a que no asistan a la consulta conducta de rechazo por personal salde salud.	Extreman las medidas de bioseguridad en la para prevenir contagio y esconder el miedo. Creen que se contagia Algunos miembros del personal de salud tienen conducta negativas

TABLA N° 28
FILTRO EPISTEMOLÓGICO II. SUJETO N° 12: ADOLESCENTE 2

CÓDIGOS	PROPIEDADES	CATEGORÍAS	SIGNIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
Enfermedad	Se infectó por relaciones sexuales con un señor. Usa preservativos si se los piden, eso es problema de ellos, no mío. Su mamá lo llevo al médico para asistencia médica. Si cumples tratamiento te recuperas. Esta enfermedad no tiene cura. No sabía que hacer. Nadie me iba a ayudar. Me sentía bien no me dolía nada. No asiste a la consulta. No tuvo adherencia al tratamiento. El SIDA no es una enfermedad mortal	Enfermedad por VIH/SIDA	Se infectó por relación homosexual, no usa preservativos sino se lo piden y tampoco dice que está infectado. Considera que eso no es su problema. Sintió miedo al saber que estaba infectado, ya que es una enfermedad incurable, sin embargo el se sentía bien. No recibe tratamiento por mala adherencia. Solo acude a consulta si se siente mal. El SIDA no es una enfermedad mortal.	Adquiere el VIH por relaciones homosexuales. Es promiscuo y degenerado, de mala conducta, no le preocupa le preocupa si su cliente no usa preservativos, y no le informa del riesgo que corre. Al sentirse bien no le preocupa que tenga la infección por VIH, no se trata con ARV. No teme a morir
Atención por equipo de salud	El médico me dice que si no me tomo el tratamiento me voy a morir y fíjese como estoy.	Atención por equipo de salud	Reniega de los médicos que le pronosticaron que se iba a morir y el se siente muy bien	Los médicos y enfermeras no manejan bien el concepto de orientación y protección del adolescente, independientemente de su condición de VIH. Especialmente los

				médicos que le pronosticaron que iba a morir. Reniega de ellos.
Emociones	<p>Al saber que estaba enfermo sintió miedo. No le dije a nadie lo que tiene.</p> <p>Tiene problemas con la mamá, peleaban mucho. Ella creía que se drogaba. Me insultaba, me culpa de estar enfermo por desobediente y me da rabia.</p> <p>Su familia no aceptó su realidad y nunca lo apoyaron.</p>	Aspecto Psicológico	La enfermedad cambio su vida, aunque inicialmente se entristeció y pensó que iba a morir. No teme a la enfermedad. No siente afecto de su familia, ni él tampoco lo tiene hacia ellos.	<p>Al inicio sintió tristeza y miedo a morir.</p> <p>Después asumió una vida llena de conductas de riesgo para él y sus contactos sexuales, Sin importarle los demás tal vez por carencia afectiva de toda la familia.</p> <p>“Pelear con la madre y rabia porque le culpa de su enfermedad”</p>
Bioseguridad exagerada	Desde mi diagnóstico el equipo de salud cuando he tenido que asistir porque me he sentido mal, se protegen demasiado, cuando saben el diagnóstico; pero cuanto paciente no lo dicen y no los tratan igual.	Discriminación	Siente que el equipo de salud para no contagiarse extrema medidas de seguridad que muchas veces no es necesario, cuanta veces habrán tratado a pacientes que no saben que son VIH/SIDA y no las cumplen	<p>Exageran medidas de bioseguridad, porque creen que los voy a contaminar y exigen manejarlo junto con el familiar.</p> <p>Cuanta veces habrán tratado a pacientes que no saben que son VIH/SIDA y no las cumplen</p>

TABLA N° 29
TRIANGULACIÓN DE LA SIGNIFICACIÓN DE CATEGORÍA ENFERMEDAD VIH/SIDA

SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4	SUJETO 5	SUJETO 6	SUJETO 7
<p>Considera que la enfermedad es por un virus que penetra al organismo y tiene tratamiento</p> <p>Considera que con el tratamiento antirretroviral mejoro la sobrevivencia</p> <p>Enfermedad es muy excluyente y margina</p>	<p>Refiere al VIH cuando sale positivo a la prueba y al SIDA como la etapa terminal de la enfermedad</p> <p>Si ocurre un accidente laboral como pinchazo, salpicaduras en conjuntivas contamos con un Kit antirretroviral</p> <p>Cuando comencé la miedo a equivocarme en el tratamiento</p>	<p>Percibe que son iguales a otros pacientes, si están en tratamiento por lo cual deben decirle su condición al profesional que los atiende</p>	<p>La Infección es producida por el virus VIH que transforma ADN en ADN viral y en etapa final produce el SIDA. Enfermedad que ataca el sistema inmune el paciente esta propenso a múltiples infecciones y puede morir el paciente.</p> <p>Puedo contaminar-me con instrumentos contaminados con sangre, saliva con sangre, no lagrimas</p>	<p>La prueba de Elisa no se la pido a todos los pacientes</p>	<p>Hay pacientes después de 8 años es que le hacen prueba VIH sale positiva, los padres asombrados la niñita cuando tenía 2 años presento meningitis y se contagio. uno se tiene que cuidar porque esa niñita durante 6 años no tuvo diagnóstico y que se habrá enfermado tomado muestra de sangre.</p>	<p>Es una enfermedad infecto-contagiosa</p> <p>El virus penetra al organismo través de relaciones sexuales, por transfusiones</p>

TRIANGULACIÓN DE LA SIGNIFICACIÓN DE CATEGORÍA ENFERMEDAD VIH/SIDA

SUJETO 8	SUJETO9	SUJETO 10	SUJETO 11	SUJETO 12	SIGNIFICACIÓN GLOBAL
<p>El VIH es un virus de inmunodeficiencia humana que destruyen los CD4, son los que se encargan de la inmunidad. SIDA que es una etapa terminal es donde el paciente presenta los síntomas más graves</p>	<p>Cuando realice mi postgrado de cirugía comencé el VIH y junto con los pediatras tuvimos que aceptar la nueva enfermedad y estudiar, investigar para aprender y enfrentarnos a los pacientes</p>	<p>Enfermedad que produce inmunosupresión y el paciente es atacado por otros virus</p>	<p>Mi mamá me dijo que ambas estábamos infectadas con el VIH, investigó sobre eso, se sintió mal. Supo que era contagiosa por relaciones sexuales y sangre, y mortal. La sociedad rechaza a los enfermos VIH/ SIDA. Creen que se contagia fácil a través de todo. Cumple el tratamiento y Nadie se muere si se trata. otras</p>	<p>Conoce de la enfermedad por que se infecto por un señor infectado por el VIH, el es homosexual que no se cuidaba y no le dice a los demás que tiene VIH. No recibe tratamiento, ni le importa morir .</p>	<p>Enfermedad mortal se tramite por vía materno- fetal o relaciones sexuales Es una infección producida por el virus de Inmunodeficiencia humana que afecta al sistema inmunológico siendo atacado por gérmenes oportunistas. Los adolescente se quejas que en el hospital le dan citas largas, los atienden de últimos y los refieren a otros centros asistenciales odontológicos o a la consulta de la universidad en la tarde en INSALUD para que los traten.</p>

TABLA N° 30
TRIANGULACIÓN DE LA SIGNIFICACIÓN DE CATEGORÍA
ENFERMEDAD CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA

SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4	SUJETO 5	SUJETO 6	SUJETO 7
<p>Percibe que el paciente tiene algunas veces conocimiento sobre la enfermedad pero no habla para evitar rechazo familiar. El contagio es a través de la sangre. Actualización de sus conocimientos para abordar a los pacientes sin miedo y tabú</p>	<p>A atendido a paciente con infección oportunista que tiene 10 años con la enfermedad pero que no SIDA porque para él no está en etapa terminal. El contagio es a través de la sangre. Es una enfermedad que tiene tratamiento y creo dura 10 años para dar manifestaciones. Son pacientes tristes, dadas</p>	<p>Busco al examinar a los pacientes lesiones como candidiasis, que me oriente a pensar en VIH. Si llegara a atenderlo sería igual el trato como a otro paciente, ellos tienen control de sí mismo</p>	<p>Deficiencia en el abordaje para atender a los pacientes con VIH/SIDA</p>	<p>Las vías de contagio la sabe todo el mundo eso no me preocupa, le medio de contagio es la sangre, no se si la lágrimas. Lo que más angustia es que la mayoría son traídos por abuela. Asiste a congreso, curso, y busca mantenerse actualizada</p>	<p>Los pacientes con diagnóstico se sienten mal sobre todo las embarazadas, le explicamos que no todos los niños nacen positivos. Para protección al personal de salud debemos colocar el diagnóstico en las boletas de laboratorio y referencia a interconsultantes.</p>	<p>Al momento el VIH cuando se al principio produce la infección y en la etapa final es SIDA. Trato de aconsejar a las madres cuando ingresan con sus hijos, para que se cuiden y no continúen transmitiendo el virus.</p>

**TRIANGULACIÓN DE LA SIGNIFICACIÓN DE CATEGORÍA
ENFERMEDAD CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA**

SUJETO 8	SUJETO 9	SUJETO 10	SUJETO 11	SUJETO 12	SIGNIFICACIÓN GLOBAL
<p>No me contaminó con las caries, pero si hay sangrando o alguna herida que este sangrado si, tenía miedo a la infección el examen fue rápido, más social .El paciente puede ser que a la larga se puede morir, pero lo que. El paciente, debe luchar con la enfermedad en etapa terminal todos fallecen,</p>	<p>Cuando realice mi postgrado de cirugía comencé el VIH y junto con los pediatras tuvimos que aceptar la nueva enfermedad y estudiar, investigar para aprender y enfrentarnos a los pacientes. Podemos contaminarnos en quirófano realizando una flebotomía aplicando las medidas de bioseguridad</p>	<p>Percibo que la personas se cuidan de los pacientes con VIH/SIDA y creo que debemos protegerlos a ellos que son los inmunodeprimidos</p>	<p>Investigó sobre la enfermedad al enterarse, se sintió mal. Supo que era contagiosa por relaciones sexuales y sangre</p>	<p>Muy escasa no le importa , no recibe tratamiento por fallas en la adherencia No se trata, ni le importa morir</p>	<p>Enfermedad es producida por el VIH al principio sin síntomas luego en etapa terminal SIDA que a pasado hacer una enfermedad mortal que paso a crónica en los que reciben tratamiento antirretroviral. Que se contamina a través de relaciones sexuales, la sangre y secreciones.</p>

TABLA N° 31
TRIANGULACIÓN DE LA SIGNIFICACIÓN DE LA CATEGORÍA
ATENCIÓN AL PACIENTE CON VIH/SIDA.

SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4	SUJETO 5	SUJETO 6	SUJETO 7
	<p>He evaluado a pacientes en etapa de Recién nacido y los que llegan por emergencia con diagnóstico. Al atender a los paciente se manejan igual usando guante para realizar procedimientos. Al atender a los paciente se manejan igual usando guante para realizar procedimientos. Al atender a los paciente se manejan igual usando guante para realizar procedimientos. Al principio me</p>	<p>Desconocía de la existencia del Kit de protección si ocurre accidente laboral, se entero en un Congreso. Percibe que son iguales a otros pacientes, si están en tratamiento por lo cual deben decirle su condición al profesional que los atiende. VIH/SIDA, si esta controlado y tengo las condiciones. Aunque en una conferencia un abogado dijo que podíamos negarnos a atender-lo. Para atenderlos necesita saber que</p>	<p>Pero si los tuviera que tratar aplico medidas de bioseguridad. Son pacientes de alto riesgo, a los cuales debemos dar un trato especial, no rechazarlos. No los discriminamos o rechazamos, se han tratado en el hospital y como profesional de la salud estas en el deber de tratarlos si tiene lesiones en cavidad bucal con medidas de seguridad con nivel alto. Para mi es un paciente que debo</p>	<p>Para mí es un paciente que debo tratarlo pero con más protección para evitar riesgo de contaminación. No lo atiendo si no tengo condiciones mínimas de asepsia. Si no se que tiene la infección lo trato igual Hemos atendidos niños que nos refieren infectología para tratamientos sencillos pero referimos los</p>	<p>Vemos que persiste que extreman medidas de seguridad para atenderlos, por miedo. Nosotros los tocamos sin nada. Aplico siempre las misma normas de bioseguridad Debemos aplicar las normas de bioseguridad con todos los pacientes, porque uno no sabe cual paciente es VIH positivo y muchas veces no lo dicen, Nos ocupamos</p>	<p>El manejo de estos pacientes es bueno cuando se utilizan las medidas de bioseguridad. Experiencias con pacientes VIN/SIDA desde hace 10 años desde los mas graves hasta los estables. No se contagia atendiéndoles y necesitan de mi apoyo. Trato de usar medidas de bioseguridad hasta donde yo puedo porque a veces no tenemos todo el material descartable, además no hay donde descartar las agujas y material contaminado, las</p>

<p>daba mucho miedo atenderlos, ahora estoy más capacitada. El trato con los pacientes no me contamina. Utilizo medidas de bioseguridad cuando me coloco guantes y me lavo las manos antes y después de un procedimiento. Son niños especiales por su diagnóstico así los veo yo Siento lastima por su situación y me gusta llamarlos por su nombre, los beso y abrazo. Aplicando medidas extrema de las normas de seguridad evito tener miedo. Tenía la creencia que la enfermedad era más agresiva y grave en los pacientes VIH</p>	<p>el paciente es VIH/SIDA y controlado. Condiciones ideales de bioseguridad. Área de aislamiento con material descartable. Conoce que en el consultorio tiene riesgo de infectarse con cualquier virus y a su familia, que las impresiones en yeso son altamente contaminantes. Llego a pesar que todos los pacientes en la consulta eran VIH. Cumpro con todas las medidas de seguridad, además de no comer dentro del consultorio. Considera que lo ideal es dejar la vestimenta empleada en el consultorio y bañarse allí. Los puedo saludar</p>	<p>tratarlo pero con más protección para evitar riesgo de contaminación. No lo atiendo si no tengo condiciones mínimas de asepsia. Si no se que tiene la infección lo trato igual Hemos atendidos niños que nos refieren infectología para tratamientos sencillos pero referimos los que requieren otros procedimientos Mi área de trabajo no funciona la unidad de eyección. Trato al paciente si se que no es VIH positivo. Deben tener una buena salud bucal por su enfermedad de base. Le doy orientación de higiene bucal al familiar que los trae a la consulta y mantener control. Paso por antiséptico los instrumento de trabajo por si se mantiene el virus. Las medidas</p>	<p>que requieren otros procedimientos . Mi área de trabajo no funciona la unidad de eyección. Trato al paciente si se que no es VIH positivo. Deben tener una buena salud bucal por su enfermedad de base. Le doy orientación de higiene bucal al familiar que los trae a la consulta y mantener control. Paso por antiséptico los instrumento de trabajo por si se mantiene el virus. Las medidas</p>	<p>que una fundación a algunos les proporciona becas porque son de bajos recursos. Puedo hablar que las bionalista en el hospital han aprendido a atenderlos, solo no los refieren si no pueden tomarles las muestras después de varios intentos. Igualmente en los servicios de emergencia y hospitalización las enfermeras toman las muestras. Nunca pienso que me voy a contaminar, no tengo mitos ni creencias creo en Dios. Tratamos de resguardar su</p>	<p>batas y guantes van a la misma papelería. Aceptamos en el servicio a todos los pacientes, no tienen historia diferentes solo que respetamos su confiabilidad solo saben los médicos y enfermera.</p>
---	--	--	--	--	---

	positivo.	con la mano, pero si me lloran encima me cambio de ropa.	<p>higiene bucal al familiar que los trae a la consulta y mantener control.</p> <p>Nunca he rechazo o discriminado a los pacientes VIH/SIDA.</p> <p>Paso por antiséptico los instrumento de trabajo por si se mantiene el virus.</p> <p>Mayor temor, miedo porque que manejamos instrumentos cortantes, estamos más expuesto a contagiarnos con el virus.</p> <p>Vienen poco al control odontológico, se preocupan por otras parte de su cuerpo afectadas por el virus.</p> <p>No hay cultura de atención bucal.</p>	<p>de bioseguridad las aplican con todos los pacientes y con mayor razón si el paciente es VIH.</p> <p>Las medidas de bioseguridad las aplican con todos los pacientes y con mayor razón si el paciente es VIH.</p> <p>Actuó por mis conocimientos no creo en mitos ni creencias</p>	<p>diagnóstico y en las referencias para una colaboración le colocamos enfermedad crónica.</p> <p>Tenemos que cumplir con medidas de bioseguridad y nosotros tenemos que proveernos porque la institución no tiene material.</p> <p>No debemos negarle la atención Mayor temor, miedo porque que manejamos instrumentos cortantes, estamos más expuesto a contagiarnos con el virus.</p>	
--	-----------	--	--	--	--	--

**TRIANGULACIÓN DE LA SIGNIFICACIÓN DE LA CATEGORÍA
ATENCIÓN AL PACIENTE CON VIH/SIDA.**

SUJETO 8	SUJETO 9	SUJETO 10	SUJETO 11	SUJETO 12	SIGNIFICACIÓN GLOBAL
<p>Me gusta mucho ayudar a esos pacientes. Yo digo que un paciente que tiene el VIH lo único que tiene que hacer es vivir bien tratar de tener una calidad de vida. No tengo mitos ni creencia sobre esos pacientes, porque son seres humanos.</p>	<p>En la consulta externa de cirugía siempre solicito la prueba de Elisa para VIH y si sale positiva lo referimos a infectología Utilizo medidas de bioseguridad cuando voy a operar y en la consulta si el paciente es VIH guantes y precaución Medidas de bioseguridad te puede contagiar depende de la calidad de los materiales que empleamos. Utilizo medidas de protección siempre en el acto quirúrgico. En el postoperatorio no se aíslan, ni se rechazan solo, que son pacientes con inmunosupresión debemos tener mayor control y pedir interconsulta con infectología para el manejo de los</p>	<p>Antes de comenzar en el hospital tuve experiencia de atender un paciente con Sida con múltiples infecciones pero me cuidaba y fue una bonita experiencia. No me da miedo, aplico medidas de bioseguridad para Todos los pacientes. Me cuidó al tomar muestra uso guantes, sino los hay busco la manera de cuidarme utilizados las otras medidas de bioseguridad Hay pacientes agresivas que, manipulan con su enfermedad, a la hora de tomarles. las muestras no dicen, que nos van a pinchar, tratamos de hablar con ella, darle cariño y tomar extremas medidas de bioseguridad Hay pacientes agresivas que,</p>	<p>Recibe atención odontológica en consulta privada, la madre dice que en la consulta de odontología del hospital no los atiende que le dan citas de último y los refieren a a otras Instituciones o UC, donde atiendan a pacientes con VIH. Instituciones o UC, donde atiendan a pacientes con VIH.</p>	<p>Reniega de los médicos que le pronosticaron que se iba a morir y el se siente muy bien</p>	<p>Pacientes de alto riesgo para atenderlos se emplean normas de bioseguridad algunos exageran para prevenir contagio y esconder el miedo. Se trata igual que a otro paciente pero sus actitudes son ambiguas con sus discursos ya que exageran en la aplicación de las normas. En la consulta de odontología del hospital no los atiende, le dan citas de último. los refieren a otras Instituciones o UC, donde atiendan a pacientes con VIH.</p>

	<p>antibióticos. Nosotros los cirujano tenemos poco contacto con el paciente quirúrgico, en la consulta externa le pregunto si esta asistiendo a los controles con Infectólogo y su tratamiento. Podemos contaminarnos en quirófano o realizando una flebotomía aun aplicando las medidas de bio-seguridad.</p>	<p>manipulan con su enfermedad, a la hora de tomarles las muestras no dicen, que nos van a pinchar, tratamos de hablar con ella, darle cariño y tomar extremas medidas de bioseguridad Los servicios de hospital-nación los aceptamos como a otros paciente Si no tienes contacto directo con sangre no debes te-ser riesgo La historia clínica se le coloca una idéntica-clave y solo lo sabe el médico y la enfermera Con me siento preparada no creo en mitos, en la calle si los he oído de personas que n no conocen de la enfermedad Rechazan a los estudiantes al no permitir atender a los pacientes.</p>			
--	---	---	--	--	--

TABLA N° 32
TRIANGULACIÓN DE LA SIGNIFICACIÓN
CATEGORÍA DISCRIMINACIÓN

SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4	SUJETO 5	SUJETO 6	SUJETO 7
<p>A la hora que un paciente es VIH/SIDA esta solapadamente marginados y nadie quiere tener en su familia un paciente con VIH/SIDA en cualquier parte, de repente uno marca distancia</p>	<p>Los familiares me han dicho que han sido rechazados por la comunidad por otros niños, madres y familiares que nos quieren estar al lado de los niños VIH/SIDA Una mama me dijo que le daba miedo que su niña se contaminar por que el niño jugando el dio un vaso He tenido miedo pero extremo normas de bioseguridad</p>	<p>Lo ideal sería cambiarse de ropa en el consultorio, que hubiera baño para bañarse y lavadora dentro del consul-torio</p>	<p>Tal vez existe cierto rechazo a estos pacientes por la comunidad. En mi familia no hay cultura de rechazo, se tiene la condición, yo conozco las formas de trasmisión</p>	<p>He dejado de atender a pacientes, no los rechazo, de hecho lo paso le explico, si yo no reúno las condiciones generales de asepsia en 100%, yo no lo trato porque le voy a causar un mal en vez de bien. Los familiares lo entienden. Área de trabajo pequeña, pero no es problema, sino las condiciones que pueda generar una sepsis en el paciente. Tener un esterilizador que funcione bien, aunque el virus se muere si introduzco el instrumental en el antiséptico Cidex.</p>	<p>En las consultas lo mandamos como VIH, las consultas de odontología también pero no todos los odontólogos atienden paciente con VIH/SIDA, aquí en el hospital los odontólogos de la mañana no los atienden, según porque no tiene recursos para atenderlos.</p>	<p>Jamás he tenido miedo por el VIH, pero si he recibido bebecitos que la enfermera del turno de la noche le ha dado miedo de cateterizarle la vía, piensan que se pueden pincharse, yo creo que el miedo las lleva a pincharse por el temor que tienen de manipularlos. Una vez se enteraron otros familiares y aislaron al niño, se tuvo que dar charlas a los familiares.</p>

**TRIANGULACIÓN DE LA SIGNIFICACIÓN
CATEGORÍA DISCRIMINACIÓN**

SUJETO 8	SUJETO 9	SUJETO 10	SUJETO 11	SUJETO 12	SIGNIFICACIÓN GLOBAL
<p>Si han quedado pacientes relegados vienen de una guardia y de otra guardia y ellos tratan de tener el menos contacto con ese paciente, quizás el mismo desconocimiento de la enfermedad por hablarle, saludarlo con la mano no te vas a contaminar</p>	<p>Si han quedado pacientes relegados vienen de una guardia y de otra guardia y ellos tratan de tener el menos contacto con ese paciente, quizás el mismo desconocimiento de la enfermedad, por hablarle, saludarlo con la mano no te vas a contaminar.</p>	<p>He visto, que cuando vienen estudiantes de enfermería no dejan acercar, y no debería ser porque ellos van a trabajar con esos pacientes. Mi pasantía fue en el hospital Carabobo y no permitían entrar a verlos.</p> <p>Me han un dejado paciente del turno la noche sin tomar muestra y no había guantes pero tomamos las muestras con precaución.</p>	<p>Nos atienden de último, las referencias son muy distantes, no deben enterarse los demás paciente de nuestra condición por miedo a que no asistan a la consulta. Algunos miembros del personal de salud tiene conducta de rechazo</p>	<p>Siente que el equipo de salud para no contagiarse extrema medidas de seguridad que muchas veces no es necesario, cuanta veces habrán tratado a pacientes que no saben que son VIH/SIDA y no las cumplen</p>	<p>El médico siente que el paciente con VIH/SIDA esta solapadamente marginado Sufren de rechazo por otras madres, en la escuela y en los centros de Salud.</p>

TABLA N° 33
TRIANGULACIÓN DE LA SIGNIFICACIÓN DE LA CATEGORÍA
ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PERSONAL DE SALUD ANTE EL VIH/SIDA

SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4	SUJETO 5	SUJETO 6	SUJETO 7
Al inicio de la epidemia tuve miedo por lo desconocido		Sentimientos de temor y miedo por desconocimiento de la enfermedad nueva y no había tratamiento al comienzo de la epidemia	Sentí tristeza al ver a dos hermanitas con VIH/SIDA siendo tratadas en la pasantía en quinto año por la consulta de odontología en INSALUD	Reflexión al ver a pacientes con VIH/SIDA embarazada y piensa en el futuro que le espera al hijo y le produce tristeza. Me siento bien atendiéndolos ayudándolos a hacerles la vida más agradable hablándoles y haciéndote amigo de ellos	Me producen tristeza porque son rechazados por la sociedad, trato de darle amor, cariño	Paciente que tenía muchos problemas que nadie la había escuchado, entonces ella al hablarme, a mi me daba miedo que se fuese a poner agresiva- estaba yo solo se pone nervioso yo sentí que se ponía agresiva, yo tenía miedo que pudiera arremeter contra mí... Me despido de esos pacientes con la mano y si le tengo confianza hasta con besitos, si se ponen a llorar le daría todo mi apoyo y afecto y a lo mejor lloro con él se me vuelve el corazón en pedacito. Me gusta ayudarlos Sentí mucha tristeza y dolor, miedo.

**TRIANGULACIÓN DE LA SIGNIFICACIÓN DE LA CATEGORÍA
ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PERSONAL DE SALUD ANTE EL VIH/SID**

SUJETO 8	SUJETO 9	SUJETO 10	SUJETO 11	SUJETO 12	SIGNIFICACIÓN GLOBAL
<p>Yo tenía miedo que pudiera arremeter contra mí. Morder-me infectar-me</p>	<p>Trato de darle mucho cariño, amor para que no se sientan mal.</p>	<p>Si todavía siento miedo, porque aún usando medidas de bioseguridad te puede contagiar depende de la calidad de los materiales que empleamos.</p>	<p>Miedo al rechazo. Siente limitaciones en sus actos como consecuencia de su enfermedad Temor a la soledad. Conflictos familiares, culpan a la madre por abandonarlos para no infectarse. Se siente bien esta indetectable su carga viral.</p>	<p>La enfermedad cambio su vida, aunque inicialmente se entristeció y pensó que iba a morir. No teme a la enfermedad. No siente afecto de su familia, ni él tampoco lo tiene hacia ellos Sintió miedo cuando le diagnosticaron la enfermedad.</p>	<p>Tanto lo miembros del equipo de salud con los adolescente expresaron sentimientos de rabia, impotencia, frustración sobre todo miedo al contagio o al morir, afectado su relaciones. El equipo de salud predominaron sentimientos de miedo, tristeza, , junto con los de cariño amor,</p>

TABLA N° 34
TRIANGULACIÓN DE LA INTERPRETACIÓN DE LA
CATEGORÍA ENFERMEDAD VIH/SIDA

SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4	SUJETO 5	SUJETO 6	SUJETO 7
<p>Infección por el Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH) que penetra en el organismo, pero que mejora con el tratamiento y a pasado a ser crónica. Percibe que la enfermedad por el complejo VIH/SIDA, es muy excluyente y marginal</p>	<p>Refiere al VIH cuando sale positivo a la prueba y al SIDA como la etapa terminal de la enfermedad. Si nos ocurre un accidente laboral como pinchazo, salpicaduras en conjuntivas contamos con un Kit antirretroviral. Cuando comencé la residencia tenía miedo a equivocarme en el tratamiento de la patología por la cual estaban ingresando. En la universidad supe que era un mito y cual era ciertos de la</p>	<p>Percibe que son iguales a otros pacientes, si están en tratamiento por lo cual deben decirle su condición al profesional que los atiende. Se trasmite a través de la placenta, leche materna, sangre, saliva y lagrimas. Solamente pide la prueba de Elisa si sospecho del paciente explicándole al paciente y sin juzgar y emitir juicios</p>	<p>La Infección es producida por el virus VIH que transforma ADN en ADN viral y en etapa final produce el SIDA Enfermedad que ataca el sistema inmune el paciente esta propenso a múltiples infecciones, con progreso rápido y puede morir el paciente. Puedo contaminarme con instrumento rotatorios contaminados con sangre, los que desinfecte y no esterilice con saliva con sangre,</p>	<p>La prueba de Elisa no se la pido a todos los pacientes</p>		<p>Es una enfermedad infectocontagiosa El virus penetra al organismo a través de relaciones sexuales, por transfusiones</p>

	enfermedad, como se contaminaba por pincharse con su sangre, o tuviera una herida abierta y mucosa con		las lagrimas no.			
--	--	--	------------------	--	--	--

**TRIANGULACIÓN DE LA INTERPRETACIÓN DE LA
CATEGORÍA ENFERMEDAD VIH/SIDA**

SUJETO 8	SUJETO 9	SUJETO 10	SUJETO 11	SUJETO 12	INTERPRETACIÓN
<p>El VIH es un virus de inmunodeficiencia humana que destruyen los CD4, son los que se encargan de la inmunidad. SIDA que es una etapa terminal es donde el paciente presenta los síntomas más graves.</p>		<p>Enfermedad que produce inmunosupresión y el paciente es atacado por otros virus.</p>	<p>Mi mamá me dijo que ambas estábamos infectadas con el VIH, investigó sobre eso, se sintió mal. Supo que era contagiosa por relaciones sexuales y sangre, y mortal. La sociedad rechaza a los enfermos VIH/SIDA. Creen que se contagia fácil a través de todo. Cumple el tratamiento y se siente bien esta indetectable su carga viral. Nadie se muere si se trata. otras</p>	<p>Conoce de la enfermedad por qué tener relación sexual con un señor infectado con el VIH. No se cuidaba y no le dice a los demás que tiene VIH. Sintió miedo cuando le diagnosticaron la enfermedad. No recibe tratamiento, ni le importa morir</p>	<p>Infección por el Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH) que penetra en el organismo, pero que mejora con el tratamiento y a pasado a ser crónica. Con el tratamiento antirretroviral la enfermedad no es igual a morir, ha mejorado la calidad de vida. Considera que el VIH es la infección del virus y el paciente se hace positivo que, luego el Sida es la fase terminal de la enfermedad Considera que el VIH es la infección del virus y el paciente se hace positivo que, luego el Sida es la fase terminal de la</p>

					<p>enfermedad. Para la prevención en caso de ocurrir un accidente laboral contamos en el servicio de medicina con un Kit antirretroviral. En el transcurso de mi residencia he aprendido cual es un mito para la vía de contagio y cual no. Su condición de paciente VIH/SIDA debe informársele al profesional de la salud porque con el tratamiento se ven como una persona sana. No ha atendido a pacientes VIH pero si conoció a un paciente y como adquirió la enfermedad por relaciones extramarital y otra por que la infecto el esposo. Reconoce que es una infección producida por el virus VIH que transforma el ADN celular en ADN viral y</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>produce el SIDA como etapa final de la enfermedad.</p> <p>El virus al disminuir el sistema de defensa que es el inmunológico, el organismo esta propenso a infecciones oportunistas disminuyendo tiempo de vida, calidad y llegar a morir.</p> <p>Debería pedir-se la prueba de Elisa para VIH a todos los pacientes para mayor seguridad atenderlos.</p> <p>Las formas de contagio son a través de secreciones, sangre, relaciones sexuales.</p> <p>SIDA que es una etapa terminal es donde el paciente presenta los síntomas más graves.</p> <p>Es una enfermedad por un virus VIH que produce inmunosupresión, ocasionando al paciente infecciones por gérmenes oportunistas.</p>
--	--	--	--	--	---

TABLA N° 35
TRIANGULACIÓN DE LAS INTERPRETACIONES DE CATEGORÍA
CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDAD VIH/SIDA

SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4	SUJETO 5	SUJETO 6	SUJETO 7
<p>La enfermedad es muy excluyente y margina. Percibe que el paciente tiene algunas veces conocimiento sobre la enfermedad pero no habla para evitar rechazo familiar</p>	<p>Refiere haber atendido a paciente con infección oportunista que tiene 10 años con la enfermedad pero que no SIDA porque para el no esta en etapa terminal. El contagio es a través de la sangre. Son pacientes triste, algunos tienen conocimiento de la enfermedad y su tratamiento</p>	<p>Busco al examinar a los pacientes lesiones como candidiasis, que me oriente a pensar en VIH. Considera que debe informarse y hablarse en los colegios pero los mismos profesores no lo hacen.</p>	<p>Deficiencia en el abordaje para atender a los pacientes con VIH/SIDA</p>	<p>Las vías de contagio la sabe todo el mundo eso no me preocupa, le medio de contagio es la sangre, no se si la lágrimas. Lo que más angustia es que la mayoría son traídos por sus abuelas. Se mantiene informada sobre el VIH/SIDA, asiste a congresos, curso, también se ha sensibilizado por los paciente y busca mantenerse actualizada.</p>	<p>Mi experiencia como bionalista es de 27 años, para el año 1986 nos refirieron los primeros casos de niños con VIH y junto con la jefa de la Unidad de la unida tuvimos comenzamos que investigar para el diagnóstico. Superamos el miedo porque nos preparamos y comenzamos a dar charlas bionalista, médicos, odontólogo, estudiantes. Informándoles de las normas de bioseguridad para disminuir el riesgo, pero tardo mucho 15 años para que los aceptaran. Superamos el miedo porque nos preparamos y</p>	<p>El paciente puede ser que a la larga se puede morir, pero lo que yo digo es que el paciente, debe luchar con la enfermedad. No me contaminó con las caries, pero si hay sangrando o alguna herida que este sangrado si, tenía miedo a la infección el examen fue rápido, más social. Los pacientes en etapa terminal todos fallecen</p>

					<p>comenzamos a dar charlas bionalista, médicos, odontólogo, estudiantes.</p> <p>Informando les de las normas de bioseguridad para disminuir el riesgo, pero tardo mucho 15 años para que los aceptaran</p> <p>Necesidad de preparar al personal de enfermería nuevo en la atención a los pacientes con VIH/SIDA.</p> <p>Le trasmito información y experiencia con pacientes VIH/SIDA a mi hijo que es médico y le digo que no siempre las personas que se ven bien son sanas.</p> <p>A veces los pacientes con el diagnóstico se sienten mal sobre todo las embarazadas, entonces le explicamos que no todos los niños nacen positivo.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

**TRIANGULACIÓN DE LAS INTERPRETACIONES DE CATEGORÍA
CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDAD VIH/SIDA**

SUJETO 8	SUJETO 9	SUJETO 10	SUJETO 11	SUJETO 12	INTERPRETACIÓN
			<p>Cuando realice mi postgrado de cirugía comencé el VIH y junto con los pediatras tuvimos que aceptar la nueva enfermedad y estudiar, investigar para aprender y enfrentarnos a los pacientes. Hemos operado pacientes VIH/SIDA con condiloma en el hospital se está operando más a esto pacientes.</p> <p>Conozco las vías de contagio, se que las lágrimas no contaminan.</p> <p>Tanto la hepatitis como el VIH, son infecciones virales con igual riesgo de infección</p>	<p>Percibo que las personas se cuidan de los pacientes con VIH/SIDA y creo que debemos protegerlos a ellos que son los in-mundeprimidos.</p>	<p>Percibe que la enfermedad por el complejo VIH/SIDA, es muy Excluyente y marginal. Experimenta que algunas veces el paciente conoce sobre la enfermedad pero muestra evasión del tema por la familia.</p> <p>Vía de contagio a sangre, pero si es un virus Lábil fuera del organismo se muere rápido.</p> <p>Considera que ha atendido a una paciente con una infección oportunista que tiene la enfermedad pero no cree que este en etapa SIDA aunque tiene 10 años diagnosticado. Vía de contagio la sangre, pero si es un virus lábil fuera del organismo se muere rápido.</p> <p>Enfermedad que tiene tratamiento pero, continúa siendo mortal.</p> <p>Mi actitud cuando atiendo al paciente, se enfoca en los antecedentes y buscar lesiones cavidad bucal que estén relacionadas con la enfermedad.</p> <p>Ha cambiado su actitud, porque se sensibilizo por los pacientes y busca mantener actualizado los conocimientos sobre la enfermedad.</p> <p>Nos preparamos y comenzamos a dar charlas al resto del equipo de salud que tardo 15 años en aceptar atender a los pacientes con VIH/SIDA.</p> <p>A mi familia les hablo de la enfermedad su forma de transmisión y sobre todo que se cuiden, porque no siempre las personas que se ven bien son sanas.</p> <p>Considero que las enfermeras con experiencia con estos pacientes, le hagan talleres de entrenamiento al personal que ingrese.</p> <p>A pesar de los principios bioéticos debemos informar del diagnostico al personal de laboratorio y</p>

					<p>a l inter-consultantes.</p> <p>Me preocupa las madres que han tenido varios maridos, creo que ocultan su condición de infectada con el VIH.</p> <p>Los pacientes en etapa ter-minal todos fallecen.</p> <p>Considero que demos atenderlos por igual y ahora en este hospital se están operando más.</p> <p>Aborda al paciente en forma normal y adecuada aplicando las medidas de bioseguridad ante cualquier paciente.</p>
--	--	--	--	--	--

TABLA N° 36
TRIANGULACIÓN DE LAS INTERPRETACIONES DE LA
CATEGORÍA ATENCIÓN AL PACIENTE CON VIH/SIDA

SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4	SUJETO 5	SUJETO 6	SUJETO 7
<p>Considera que la atención al pacientes VIH/SIDA es normal, solo cambia cuando se realizan algunos procedimientos de riesgo. Considerar a todo paciente es VIH hasta que no se demuestre lo contrario y tomar las medidas de bioseguridad. Necesidad de no divulgar la situación del paciente VIH/SIDA. Actitud positiva ante las inter-consultas con otras especialidades</p>	<p>En su atención es igual a otro paciente solo cuando va a realizar procedimientos invasivo que usa guantes. En su atención es igual a otro paciente solo cuando va a realizar procedimientos invasivo que usa guantes. Al principio me daba mucho miedo atenderlos, ahora estoy más capacitada</p>	<p>En su área de trabajo en el Postgrado, no atienden los pacientes VIH ya que requieren condiciones de bioseguridad. Necesita de material de protección descartable, que no lo tiene en el área de postgrado endodoncia UC para atenderlos. Considera que los pacientes deben ser tratados por especialistas. Percibe que no se atienden los pacientes por inadecuadas condiciones de bioseguridad. Reconoce que no sabía la existencia de Kit de protección para accidentes labora-les</p>	<p>A la consulta de endodoncia no nos refieren pacientes VIH/SIDA. Si los tratara aplicaría normas de bioseguridad, aunque con a otro paciente, ya que debe considerarse que todo los pacientes son VIH hasta que se demuestre lo contrario</p>	<p>Acepta tratarlos pero aumentando medidas de bioseguridad por riesgo de contagio. Se advierte una mezcla de rechazo y aceptación para la atención del paciente VIH/SIDA. Considero que mi área de trabajo no reúne las condiciones para atender a los pacientes con VIH/SIDA. Rechaza al paciente con VIH/SIDA refiriéndolo a otras instituciones por no contar con ambiente de trabajo adecuado. Experimentan sentimientos de cariño hacia el paciente</p>	<p>Todavía observo persona que extreman medidas de bioseguridad hasta para tocarlos. En la consulta pública y privada aplico las mismas de bioseguridad en la atención de los pacientes VIH/SIDA. Aplicar siempre medidas de bioseguridad porque no sabemos qué paciente puede ser VIH/SIDA y pueden estar asintomáticos y algunos no dicen el diagnóstico. Nos preocupamos por su condición socioeconómica y ha instituciones que los becan, Las bionalista tas en el hospital ya están preparadas y los atienden solo</p>	<p>Son paciente que se manejan bien con las medidas de bioseguridad He manejado a pacientes en todas las etapas de la enfermedad. Necesidad de de todo mi apoyo, le doy la atención que puedo se que no me voy infectar por atenderlos. He manejado a pacientes en todas las etapas de la enfermedad. En el servicio de hospitalización se cumple las medidas de bioseguridad. A medias, a veces no hay material descartable. Todo lo utilizado en los procedimientos va a la misma papelera. Aceptamos en el servicio a todos los pacientes, no tienen historia diferentes solo que respetamos su confiabilidad solo saben los médicos y enfermera.</p>

				VIH/SIDA	los refieren si fallan en, la toma por múltiples intentos. Las tomas de muestra en los servicios de emergencia y hospitalización la realizan las enfermeras Que han recibido asesoría.	
--	--	--	--	----------	--	--

**TRIANGULACIÓN DE LAS INTERPRETACIONES DE LA
CATEGORÍA ATENCIÓN AL PACIENTE CON VIH/SIDA**

SUJETO 8	SUJETO 9	SUJETO 10	SUJETO 11	SUJETO 12	INTERPRETACIÓN
<p>He tenido bastante contacto con estos pacientes hospitalizados y si me da miedo, Después me puse a interactuar con ellos y me sentí mejor fue chévere deje de sentir miedo.</p> <p>Si me tocara verlo y hacerle la historia si lo haría, claro tomando mis medidas preventivas.</p> <p>Cuando llegan con diagnostico son pacientes iguales los trato igual a otros paciente, claro las medidas no son iguales.</p>	<p>Pedimos la prueba de Elisa en los pacientes como rutina preoperatoria.</p> <p>En consulta los examino igual solo que utilizo guantes y medidas de bioseguridad y más aun si estoy en quirófano.</p> <p>Siempre en quirófano utilizó medidas de bioseguridad con doble guante.</p> <p>Su control postoperatorio se realiza sin aislarlos, prestando más atención porque son inmunosuprimidos y en conjunto con Infectólogo pediatra</p> <p>Tengo poco contacto con los pacientes postquirúrgicos, pero en la consulta externa les pregunto por su tratamiento y consultas control.</p> <p>El riesgo de contagio para cualquier infección existe aunque aplique as medidas de bioseguridad</p>	<p>Aplican-do las medidas de bioseguridad correctamente me siento protegida y no me da miedo.</p> <p>Enferme-ras, rechazo en la toma de las muestras y menos si no cuentan con guantes.</p> <p>Cuando están hospitalizados administramos el tratamiento, tomas de muestras, y los cuidados personales si no tienen familiar, protegiéndonos con las medidas de bioseguridad, si tenemos heridas nos colocamos adhesivo y guantes.</p> <p>Cuando enviamos interconsultas a otras especialidades ahora se cumplen más, aunque algunas se demoran.</p>		<p>Recibe atención odontológica privado, la madre dice que en la consulta de odontoma logia del hospital no los atiende que le dan citas de último y los refieren a instituciones o UC, donde atiendan a pacientes con VIH/ SIDA.</p>	<p>Al afrontar a los pacientes con VIH/SIDA se advierte una mezcla de riesgo y miedo incrementados el médico medidas de bioseguridad.</p> <p>Acepta al paciente con VIH/SIDA brindándole el mejor servicio.</p> <p>Acepta al paciente con VIH/SIDA brindándole el mejor servicio.</p> <p>Aceptación del manejo integral de los pacientes VIH/SIDA.</p> <p>Como subespecialista se siente mejor capacitada y su enfoque hacia el paciente VIH/SIDA es diferente.</p> <p>Su condición de enfermo VIH/SIDA es protegida según los principios bioéticos.</p> <p>Aceptación de los médicos interconsultantes, en algunos casos con demora.</p> <p>con los Recién nacido y a los y los que están</p>

					<p>diagnosticado y tienen tratamiento</p> <p>En su atención es igual a otro paciente solo cuando va a realizar procedimientos invasivos que usa guantes.</p> <p>En su área de trabajo en el Postgrado, no atienden los pacientes VIH ya que requieren condiciones de bioseguridad.</p> <p>Necesita de material de protección descartable, que no lo tiene en el área de postgrado endodoncia UC para atenderlos</p> <p>Percibe que no se atienden los pacientes por inadecuadas condiciones de bioseguridad.</p> <p>Solo atendería pacientes con VIH si tiene condiciones especiales de aislamiento, que sepa que es VIH/SIDA y con todos los materiales desechables y de bioseguridad.</p> <p>Pero pienso que nadie le puede negar la atención odontológica. Lo atiende pero si viene derecho de la consulta de infectología, controlado y si tengo las condiciones ideales de</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>protección. Siempre utilizo medidas de bioseguridad para todos los pacientes.</p> <p>Lo atiendo pero si viene derecho de la consulta de infectología, controla-do y si tengo las condiciones ideales de protección.</p> <p>Trataría a paciente VIH/SIDA si se los refieren del hospital pero incrementando medidas de bioseguridad.</p> <p>Acepta tratarlos pero aumentando medidas de bioseguridad por riesgo de contagio.</p> <p>Se advierte una mezcla de rechazo y aceptación en la atención del paciente VIH/ SIDA.</p> <p>La odontólogo considera que su área de trabajo, no reúne las condiciones para atender a los pacientes con VIH/ SIDA.</p> <p>Rechaza al paciente con VIH/ SIDA refiriéndolo a otras instituciones por no contar con ambiente de trabajo adecuado.</p> <p>Es ahora cuando los médicos están tomando</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>conciencia y los refieren al odontólogo.</p> <p>Todavía observo persona que extreman medidas de bioseguridad hasta para tocarlos</p> <p>Los hospitalizan con los demás paciente, no he visto que los aíslen.</p> <p>Percibo que actualmente se cumplen más con las interconsulta a otras especialidades.</p> <p>Cumpliendo con los principios éticos, cuando hacemos referencias a instituciones para ayuda económica le colocamos enfermedad crónica.</p> <p>No contamos con el aporte de la Institución de salud para los materiales utilizados en el cumplimiento de las medidas de seguridad y nosotras compramos el material.</p> <p>El personal de salud no debe negarse a la atención de los pacientes con VIH a menos que vayan a realizar procedimientos invasivos y no estén en el área adecuada.</p> <p>Cuando llegan con diagnostico son pacientes iguales los</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>trato igual a otros paciente, claro las medidas no son iguales. En cirugía pedimos la prueba de Elisa en los pacientes como rutina preoperatoria</p> <p>En consulta los examino igual solo que utilizo guantes y medidas de bioseguridad y más aun si estoy en quirófano Siempre en quirófano utilizó medidas de bioseguridad con doble guante.</p> <p>Tengo poco contacto con los pacientes postquirúrgicos, pero en la consulta externa les pregunto por su tratamiento y consultas control.</p> <p>El riesgo de contagio para cualquier infección existe ,aunque apliques las medidas de bioseguridad Aplicando las medidas de bioseguridad correctamente me siento protegida y no me da miedo.</p> <p>Nunca le negamos a la hospitalización en los servicios, sin aislarlos de los otros pacientes .El riesgo lo tienes si estas en</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>contacto con materia contaminada con sangre, secreciones y no utilizaste las medidas de bioseguridad.</p> <p>Trato de identificar la historia de manera especial y que lo sepa la enfermera y el médico nada más, por principios éticos Hospitalizados administramos el tratamiento, tomas de muestras, y los cuidados personales si no tienen familiar, protegiéndonos con las medidas de bioseguridad, si tenemos heridas nos colocamos adhesivo y guantes. extremar medidas de bioseguridad</p>
--	--	--	--	--	---

TABLA N° 37
TRIANGULACIÓN DE LAS INTERPRETACIONES
DE CATEGORÍA DISCRIMINACIÓN

SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4	SUJETO 5	SUJETO 6	SUJETO 7
<p>A la hora que un paciente es VIH/SIDA esta solapadamente marginados y nadie quiere tener en su familia un paciente con VIH/SIDA en cualquier parte, de repente uno marca distancia</p>	<p>Los familiares me han dicho que han sido rechazados por la comunidad, por otros niños, madres y familiares que nos quieren estar al lado de los niños VIH/SIDA Una mama me dijo que le daba miedo que su niña se contaminar por que el niño jugando el dio un vaso He tenido miedo pero extremo normas de biosegurid</p>	<p>Lo ideal sería cambiarse de ropa en el consultorio, que hubiera baño para bañarse y lavadora dentro del consultorio</p>	<p>Tal vez existe cierto rechazo a estos pacientes por la comunidad. En mi familia no hay cultura de rechazo, se tiene la condición, yo conozco las formas de trasmisión</p>	<p>He dejado de atender pacientes, no los rechazo, le digo reúno condicione generales de asepsia en 100%, no lo trato porque le voy a causar un mal en vez de bien. Área de trabajo pequeña. paciente. Tener un esterilizador que funcione bien, aunque el virus se muere si introduzco el instrumental en el antiséptico Cidex.</p>	<p>En las consultas lo mandamos como VIH, las consultas de odontología también pero no todos los odontólogos atienden paciente con VIH/SIDA, aquí en el hospital los odontólogos de la mañana no los atienden, según porque no tiene recursos para atenderlos</p>	<p>Jamás he tenido miedo por el VIH, pero si he recibido bebecitos que la enfermera del turno de la noche le ha dado miedo de cateterizarle la vía, piensan que se pueden pincharse, yo creo que el miedo las lleva a pincharse por el temor a manipular los. Una vez se enteraron otros familiares y aislaron al niño, se tuvo que dar charlas a las familias.</p>

TRIANGULACIÓN DE LAS INTERPRETACIONES DE CATEGORÍA DISCRIMINACIÓN

SUJETO 8	SUJETO 9	SUJETO 10	SUJETO 11	SUJETO 12	INTERPRETA- CIÓN	SUJETO 8
Si han quedado pacientes relegados vienen de una guardia y de otra guardia y ellos tratan de tener el menos contacto con ese paciente, quizás el mismo desconocimiento de la enfermedad, por hablarle, saludarlo con la mano no te vas a contaminar.	Si han quedado pacientes relegados vienen de una guardia y de otra guardia y ellos tratan de tener el menos contacto con ese paciente, quizás el mismo desconocimiento de la enfermedad, por hablarle, saludarlo con la mano no te vas a contaminar.	He visto, que cuando vienen estudiantes enfermería no dejan les acerquen, y no debería ser porque ellos van a trabajar con esos pacientes. Mi pasantía fue en el hospital Carabobo y no permitían entrar a verlos. Me han un dejado paciente del turno la noche sin tomar muestra y no había guantes.	Nos atienden de último, las referencias son muy distantes, no deben enterarse los demás paciente de nuestra condición por miedo a que no asistan a la consulta. Algunos miembros del personal de salud tiene conducta de rechazo	Siente que el equipo de salud para no contagiarse extrema medidas de seguridad que muchas veces no es necesario, cuanta veces habrán tratado a pacientes que no saben que son VIH/SIDA y no las cumplen	Rechazo no moral por el equipo de salud. Discriminación por social, institutos educacionales, representantes de otros niños. El médico siente que el paciente con VIH/SIDA esta solapadamente marginado.	Si han quedado pacientes relegados vienen de una guardia y de otra guardia y ellos tratan de tener el menos contacto con ese paciente, quizás el mismo desconocimiento de la enfermedad, por hablarle, saludarlo con la mano no te vas a contaminar.

TABLA N° 38

**TRIANGULACIÓN DE LAS INTERPRETACIONES DE LA
CATEGORÍA ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL
PERSONAL DE SALUD ANTE EL PACIENTE CON VIH/SIDA**

SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4	SUJETO 5	SUJETO 6	SUJETO 7
Amor, respeto cariño, miedo	Emociones y sentimientos y de lastima por la situación que le ha tocado a los niños VIH/SIDA. Los besa y abraza	Sentimientos de temor y miedo por desconocimiento de la enfermedad nueva y no había tratamiento al comienzo de la epidemia.		Me producen emociones como darle más cariño. Mayor temor, miedo porque que manejamos instrumentos cortantes, estamos más expuesto a contagiarnos con el virus. Reflexiona al ver a pacientes con VIH/SIDA embarazada y piensa en el futuro que le espera al hijo y le produce tristeza		Me producen tristeza porque son rechazados por la sociedad, trato de darle amor, cariño

**TRIANGULACIÓN DE LAS INTERPRETACIONES DE LA
CATEGORÍA ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL
PERSONAL DE SALUD ANTE EL PACIENTE CON VIH/SIDA**

SUJETO 8	SUJETO 9	SUJETO 10	SUJETO 11	SUJETO 12	INTERPRETACIÓ N
<p>Paciente que tenía muchos problemas que nadie la había escuchado, entonces ella al hablarme, a mí me daba miedo que se fuese a poner agresiva-estaba yo solo se pone nervioso yo sentí que se ponía agresiva, yo tenía miedo que pudiera arremeter contra mí. Sentí mucha tristeza y dolor, y le hice una referencia para el grupo Manos Unidas contra el SIDA. Miedo a pincharse. Me despido de esos pacientes con la mano y si le tengo confianza hasta con besitos, si se</p>	<p>Ttodavía siento miedo, porque aún usando medidas de bioseguridad te puede contagiar depende de la calidad de los materiales que empleamos.</p>	<p>Trato de darle mucho cariño, amor para que no se sientan mal.</p>		<p>Sintió miedo cuando le diagnosticaron a enfermedad</p>	<p>Sentimientos de temor y miedo por desconocimiento de la enfermedad nueva y no había tratamiento al comienzo de la epidemia. Me producen emociones o darle más cariño. Mayor temor, miedo porque que mane-amos instrumentos cortantes, estamos más expuesto a contagiarnos con el virus. Afloran sentimientos que me hacen sentir bien atendiéndolos, tratando de ser amigos para que se sientan mejor. miedo que se fuese a poner agresiva. Sentí mucha tristeza y dolor, y le</p>

<p>ponen a llorar le daría todo mi apoyo y afecto y a lo mejor lloro con él se me vuelve el corazón en pedacito. Me gusta mucho ayudar a esos pacientes.</p>					<p>hice una referencia para el grupo Manos Unidas contra el SIDA. Miedo si me pincho. Me despido con la mano y si le tengo confianza hasta con besitos, si se ponen a llorar le daría todo mi apoyo y afecto y a lo mejor lloro con él se me vuelve el corazón en pedacito.</p>
--	--	--	--	--	---

ANEXO N°3

Entrevistas a sujetos de estudio

ENTREVISTA N° 1

PEDIATRA ESPECIALISTA EN ADOLESCENTES (24-05-2010)

¿Qué es para a ti el VIH/SIDA?

Desde el punto de vista de conocimiento el VIH es una infección en el cual el virus una vez que entra en el organismo no sale, hasta ahora ni existen medicamentos que eliminen el virus, son medicamentos que mejora la calidad de vida claro anteriormente el VIH era igual a muerte, pero ahora no el hecho de contaminarte con el virus aunque es limitante desde el punto de vista emocional porque sabes que llevas una carga viral y aunque sabes que la calidad de vida en mucho mas optima vas a recibir medicamento esa evolución desde el punto de vista de lo que es la evolución de la ciencia busca la manera de que el trato con ese paciente sea mucho mejor y acorde a lo que debería ser una buena relación medico paciente un buen trato a ese paciente que viene a buscar a ese médico

Al comienzo lo atendíamos claro uno tenía mucho más cuidado si tenías los antecedentes que era un paciente con VIH/SIDA mucho más cuidado uno era más meticuloso a la hora de tener toda la implementación suficiente para no tener riesgo de contagiarse; en cambio ahora uno sabe que al realizarle un examen completo al paciente no da riesgo de contagio entonces uno es más permisivo porque la calidad de vida de la persona que es infectada con el virus es mucho mejor en la actualidad. Cuando el tratamiento es para mejorar la calidad de vida, uno ve que al existir tratamiento uno se permite tener más contacto físico con el paciente que antes.

Uno buscaba las condiciones de por lo menos de aislamiento para realmente brindarle todo lo que se pueda dentro de la institución ya que no existe aislamiento como tal, sino que de repente en un servicio tratar que se hospitalizara en servicios donde los paciente no estuviera ingresados por causas infecciosas por ejemplo en traumatología o que estuvieran ingresados por patologías neurológica o cardiovascular de manera de evitar un mayor compromiso en la salud de ese paciente buscar la manera de de brindarle todo lo mejor ya que es inmunocomprometido dar lo mejor de sí y eso es parte del mejor trato hacia el paciente

Bueno también con la experiencia vivencia de cada uno, va creciendo en muchos aspectos y uno no se queda atrás porque a medida que uno va tratando al paciente hay nuevas tecnologías y avances en los pacientes VIH, entonces que uno busca, que realmente estén integrado desde el punto de vista porque la infección como tal es muy excluyente y marginal a la hora que un paciente es VIH esta solapadamente marginados y nadie quiere tener en su familia un paciente con VIH/SIDA en cualquier parte, de repente uno marca distancia.

Desde mi consulta porque yo ahora paso consulta como especialista en adolescente incluso las infectólogo me los refieren, entonces uno trata de indagar acerca de cuál es el conocimiento que ellos tienen de la infección y uno muchas veces aprecia que ellos saben pero no se atreven a preguntar, incluso por el miedo de compartir y, porque ellos saben, incluso uno ve que algunas madres y el paciente manejan la información pero el resto de sus familiares no por rechazo dentro del núcleo familiar aceptación y yo trato de manejar eso incluso integrar a la psicólogo porque a medida que podemos ver dentro de lo negativo que es la enfermedad hay muchas cosas positivas que se han venido avanzando y que hay muchas

formas de ver y compartir con estos pacientes con menor riesgo de contagio y con esos conocimientos y esas experiencias podemos ir cambiando en el entorno. Con un paciente con VIH/SIDA uno tiene que tener mucho cuidado ante cualquier tipo de maniobra sobre el paciente evitando cualquier tipo de contacto, en cambio ahora no yo trato de involucrarme más con el paciente que antes, porque tampoco es igual en una consulta que en una hospitalización, entonces a medida que vas manejando más información tu sabes que puedes llegarle más al paciente y que puedes ir abordando otras cosas sin tanto miedo o tabús.

Yo veo al niño VIH/SIDA que ameritaba todos los cuidados pero que estaba un poco si atención extra, de repente tu ibas le ponía la enfermera el medicamento que le correspondía lo básico que ameritaba porque tenías el paciente una recomendación general. Ahora como especialista en adolescente que ya tengo más conocimientos, uno le das un enfoque diferente. No sentía rechazo hacia estos pacientes En líneas generales era bueno le tratábamos de aportar lo mejor sin limitarlo ni nada con los conocimientos generales y básicos que teníamos, aunque siempre hay el que es un poco mas minucioso a la hora de examinar que otros, pero aquí en el hospital yo no he visto que el personal de salud sea excluyente con los pacientes VIH/SIDA., por lo menos desde el punto de vista médico y de enfermería, uno ve que tiene todos los cuidados que debe tener esos paciente. Bueno tener cuidados a la hora de tomar una muestra o una vía.

No, existen cuidados especiales, sino cuidados en el abordaje del paciente cuando vas a realizar algún tipo de procedimientos, de resto lo demás es igual, porque a la hora de la comida cada uno tiene su envase sus utensilio por esa parte no hay ningún tipo de riesgo, sino que se trata igual. Cuando un paciente tiene que ser visto por algún subespecialista cardiología. Neurología se le llena su hoja de interconsulta no es excluyente, desde mi manares yo he visto que mis compañeros actuaban igual, incluso vi a compañeros que realizaban procedimientos y luego en pacientes que no sabían que eran VIH y luego si se había pinchado se colocaban tratamiento

Uno siempre dice “Todo paciente es VIH hasta que no se demuestre lo contrario”, si embargo a veces no actuamos así porque deberíamos atender a los pacientes como minino con guantes, tapaboca y no lo hacemos aun sabiendo el riesgo que corremos en la emergencia y hospitalización no lo hacemos y deberíamos hacerlo por la parte de riesgo laboral que tenemos como personal de salud.

Su confiabilidad desde el punto de vista de la ética un paciente que sea VIH/SIDA no tiene porque divulgarse lo sabe el médico que lo está atendiendo el su especialista, enfermera., se hace sin que el paciente lo pida y no tienen historias diferente, solo que en la historia se pone que es VIH se marca con una identificación sobre todo para el personal que lo manipula sepa, pero eso no hace que todo el mundo tiene que saber que el paciente tiene VIH/SIDA.

Las interconsultas con otros especialista se hacen, si pero rápido no, por el volumen de pacientes a menos que sea una emergencia que generalmente se canaliza por emergencia sonrío. Generalmente se canaliza y se le hace la salvedad que es un paciente VIH/SIDA.

ENTREVISTA N° 2.
RESIDENTE 3 DE DEL POSTGRADO DE PEDIATRÍA UC
(24-05-2010)

¿Qué conocimientos tienes sobre el VIH/SIDA?

El VIH que al comienzo es la serología positiva para este virus ya el sida es la etapa final. Los que yo he manejado más que todo son los RN expuestos sobre todo en reten manejamos de 2 a 3 y a ellos uno le toma las muestras les inicia el tratamiento zidovudina y luego los egresa y los que tengo en la emergencia son pacientes que ya tienen el diagnóstico por el servicio de infectología y ya tienen tratamiento, por ejemplo Luisa es una paciente que he visto la he ingresado por neumonía por Neumociti Carini

Luisa es una paciente VIH positiva, tiene la infección y este germen ataca a los paciente con inmunosupresión, no es un sida porque es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida en fase terminal creo yo, tiene con el diagnóstico aproximadamente 10 años con el diagnóstico y la he visto 4 veces hospitalizada. Los resultados de conteo de CD4 y carga viral no los conozcas no pido la historia clínica anterior. Ellos son niños que se manejan igual a otros niños, solo que cuando se van a tomar las muestras o se van a realizar otros procedimientos debe hacerse con mucho cuidado con guantes cuando hay material para ellos es obligatorio por que el virus se trasmite por contacto con sangre, aunque también se que el virus es muy lábil y tiende a morir muy rápidamente, pero si hay un accidente laboral uno cuenta con el servicio de medicina interna que trabaja las 24 horas y nos dan el kit de tratamiento retroviral. Hubo una vez un paciente con VIH en la UCI y los estudiantes se expusieron a la sangre poca según lo que me contaron, porque el médico al retirarse los guantes no tubo las precauciones y la sangre salpico en la conjuntiva del estudiante y residentes él recibió tratamiento antirretroviral y al médico lo reportaron el paciente se murió. La atención por la emergencia depende, a ellos se les atienden y hacen su colita, se les dice que esperen que los vamos atender, solo que si no es emergencia tiene que esperar.

Antes de comenzar mi postgrado el contacto con los pacientes había sido nula ahora que he tenido contacto con paciente expuesto y VIH/SIDA me doy cuenta que ellos son pacientes normales solamente es que tienen una infección a tratar. Antes tenía miedo quizás porque no tenía conocimientos que lo he adquirido con la práctica y con las clases de la Infectólogo Dra. Rosa que nos da clases y los trata y nos explica. De R1 me daba miedo pero de tratarlos pensaba que iba hacer un mal diagnóstico sobre todo al indicarles el tratamiento por la infección que ellos tenían sobre todo mal tratado. El trato con ellos no me da miedo porque yo sabía que por tener trato con ellos no me iba a contagiar ¿Porque?.. Porque yo siempre he usado mis medidas si es toma de muestras uso guantes si hay uso doble guantes, me lavo las manos antes y después de hacer el procedimiento y con el descarte de la aguja al nuevamente igual cuando uno va a cargar la aguja no colocar de nuevo el cartucho esto no los explican desde pregrado

Nunca ha existido miedo en mí, siento por ellos lástima, por la situación irregular que viven, el estrés ellos son niños en una situación especial, con ellos el trato siempre ha sido diferente mejor priorizamos el trato, la toma de muestras, el tratamiento canalizamos con el servicio social porque por lo general son paciente con muy bajo recursos económicos medicamentos costosos son niños de oro por el diagnóstico de VIH son especiales así lo veo yo y son prioridad

A Luisa que tiene 12 años, yo la llamo por su nombre y no a todos los llamo por su nombre. La he besado, con ella jugamos nos reímos nos abrazamos. Existen mitos que si los besamos los abrazamos se puede transmitir pero es falso así no se va a transmitir la infección. Si me llegará a pinchar tendría que estar la herida abierta y mucosa con herida para poder contagiarme la infección. Nunca he tenido miedo porque extremo normas de seguridad. No se han quejan ni de médicos ni enfermeras de los traten mal. El cupo para hospitalizar no me lo ha negado si hay la cama y tiene criterio de hospitalización sube, nunca he encontrado rechazo de ellos ni de enfermeras ni de mis compañeros hacia esos pacientes. Con ellos siempre se les da un trato especial UCI es difícil porque nunca ha sido fácil. Nunca he sabido que les han negado la atención a los pacientes.

Solo he visto los que tienen diagnóstico ya realizado y me producen cariño, los familiares me han dicho que han tenido rechazo no por personal de salud sino por la comunidad de otros niños, otros madres y familiares que no quieren estar al lado de los niños que tienen VIH/SIDA, ellos y lo manifiestan y hasta las otras mamá me han referido que le da miedo que su niño se vaya a infecta. Me llaman aparte y me dice Dra. El niño está jugando con la niña y le dio un vaso y si se contagia. Luisa no tiene escolaridad por la misma enfermedad y que ha estado varias veces hospitalizada, no sé si estuvo antes en la escuela creo que no. La tía es la que le da clase porque la mamá falleció

¿Qué creencias tenías tú del VIH o tienes?

Yo tenía la creencia de agresividad de la enfermedad con el paciente VIH yo me imaginaba al paciente mucho más grave en fase terminal SIDA y me doy cuenta aquí, que realmente el paciente con VIH es un paciente eutrófico no lo he visto con muchas recaída y se recuperan y salen realmente he visto pacientes con VIH y los expuestos casi no he visto o tratado con pacientes SIDA. Actualmente el VIH/SIDA es una enfermedad que se trata y creo que duran 10 años para dar manifestaciones es una enfermedad que persiste mortal. No creo en los mitos como que se contagia al dar un beso un abrazo. Cuando llegue a la universidad supe cuando eran mitos y cual es enfermedad. En mi entorno familiar me ha tocado aclararle sobre los mitos, posibilidades de contagio, de cuando es VIH y cuando es SIDA. Cuáles son las manifestaciones yo se lo digo. Hubo una vez que me preguntaron una vez por un señor que tuvo SIDA.

Los niño con VIH/SIDA son pacientes tristes, los que tienen conciencia de su enfermedad ellos te explican de su tratamiento, de su enfermedad de su contaje células CD4 de sus reacciones o sus familiares los controles sus consultas. El ambiente de los hospitales es precaria estructuralmente pero a pesar de todo yo creo que los hemos tratados bien. Ellos no necesitan aislamiento.

ENTREVISTA N° 3.
ODONTÓLOGO Y RESIDENTE DEL POSTGRADO DE ENDODONCIA Y
ORTODONCIA FOD (25-05-2010)

¿Qué conceptos tienes sobre el VIH/SIDA?

Bueno por lo que yo he visto aquí en el área no se ven aquí, Odontopediatría III ellos son referidos al servicio de postgrado de Odontopediatría y a salud pública. Porque requieren unas condiciones de bioseguridad que no las tiene esta área., como en cuanto a los estudiantes guantes de máxima seguridad, material descartable, un área que después se pueda descartar, que la silla este envuelta con material aislante, a nivel de lo que son los ojos las mucosas, la piel, se debería tener material especial para su protección y aquí no la hay, con un personal odontológico ya graduado por que el paciente cuando le diagnostico se pone nervioso.

Yo creo que no se atienden por las condiciones de bioseguridad debe hacerse los procedimientos con material descartable y aquí los estudiantes no usan material descartable, tiene que también existir protección para el profesional si ocurre un accidente como un pinchazo y que yo sepa aquí no lo hay. Ese Kilt lo nombraron en un congreso la gente del Zulia que ellos si lo tienen y trabajan o tienen investigaciones con pacientes VIH/SIDA, ella lo comento porque una de las profesiones se lacero trabajando con los fluidos de los pacientes e inmediatamente le colocaron el tratamiento.

Un paciente VIH/SIDA con su tratamiento tiene una vida mejor tiene que aprender a vivir. Tiene que decirle al profesional que tiene VIH, yo pienso que con el tiempo es un paciente normal que puede ser atendido en el consultorio odontológico.

Mira tengo 30 años, de graduada y durante ese tiempo no he tenido oportunidad de tratar pacientes con VIH/sida. Yo siempre pregunto, y no he visto con lesiones en cavidad bucal pero ello pueden presentar candidiasis, y a nivel privado yo trabajo en una zona riesgosa en Tocuyito antes y ahora trabajo en el viñedo que creo que es más riesgoso todavía. Pero yo lo trataría si tengo las condiciones de bioseguridad ideales. Como, primero que uno sepa que el paciente es VIH/SIDA, con material descartable un área aislada, que el paciente este controlado y tengamos el Kit de bioseguridad.

A lo mejor he tratado pacientes con VIH/SIDA, y no me he dado cuenta, sobre todo cuando uno está apurado y tiene muchos el pacientes que atender y yo siempre he pensado que uno debe trabar tranquilo mentalmente relajado, para poder uno darse cuenta de todo lo el paciente tiene físicamente, mental y espiritual. Una vez estaba en patología y una estudiante estaba con un paciente VIH y me lo presenta, entonces, me puse hablar con el me dijo, que le fui infiel a mi esposa y me contagie tuve que divorciarme, después otro caso en el colegio de mis hijas un colegio muy conocido y religioso, en una reunión de padres y representantes, que ellos habitúan hacer con los representantes, allí nos informaron que una pareja casada la esposa le iba a donar sangre a un familiar a su hermano que había tenido un accidente y cuando le hicieron las pruebas de sangre para donar se dieron cuenta que ella era VIH positiva entonces ella decía pero de donde me contagie, y de allí salió que el esposo en un viaje de negocios le fue infiel los hijos ya habían nacido antes de suceder esto. Esto se debe hablar abiertamente y con todo lo que se habla abiertamente, los que más irrumpen en olvidos sobre todo las personas que están preparadas como los profesores.

El virus se trasmite a los niños a través de la circulación placentaria, a través de la leche materna, en la saliva cuando salió el SIDA decían que no, pero hasta donde yo sé si ha

habido detención del virus a nivel de Saliva y a nivel lagrimal creo que también, pero más que todo a través de secreciones vaginales y sangre.

Si me llega un paciente referido de Infectología para evaluación de su cavidad bucal y es un paciente VIH/SIDA lo trataría si existe la condiciones. Le voy a decir, que cuando comenzó el SIDA empezaron dar curso, conferencias, entonces en una de las conferencia que yo fui estaba un abogado dijo, que todo profesional que sabe que su vida está en riesgo de contagio y le corresponde a atender a un paciente independientemente del que sea él se puede negar si no están las condiciones ideales para atenderlo porque está en riesgo no solamente el sino que puede contagiar a su familia. Eso fue una de las primeras conferencias que yo fui, pero también pienso que nadie le debe negar la atención odontológica, que si el paciente viene a uno, debemos buscar resolverle, debe brindarle la atención no se le debe negar. Si me llega a la consulta privada, tengo o debo atenderlo, si está controlado y si sus manifestaciones bucales yo se las puedo atender si tengo las condiciones si.

No le pido prueba de VIH porque eso lo maneja el médico Infectólogo que lo está viendo, y quien me lo refirió, trato de no trabajar yo sola, de rutina no le pido prueba de VIH a menos que tenga una lesión sospechosa. Una vez tuve una paciente sospechosa de una lesión chancro, trate de hablar con ella para que se realizara su prueba y ella no volvió. Si me habla con la verdad yo creo que ahora se manejan así ya no es una cuestión oculta al menos lo que yo he visto. Yo hable con ella le dije que era una lesión sospechosa pero por lo general yo trato de no emitir juicios de los pacientes, de no juzgar porque creo que cualquier persona puede estar en el sitio de esa persona.

En el postgrado que realizo de endodoncia y ortodoncia no han llegado pacientes VIH/SIDA, no lo han referidos, pero si es posible que pudieran haber pacientes con VIH, y no lo sepa El riesgo laboral cuando trabajas con pacientes con hepatitis o VIH existe y pienso que cuando trato a los paciente debo pensar que tienen alguna infección contaminante para mí y para mi familia de hecho, la impresiones los modelos de yeso son altamente contaminantes, yo procuro utilizar mi tapaboca, mi gorro, siempre lavarme las manos la cara, no comer dentro del consultorio, desinfectar todo lo que yo pueda, de hecho hubo una vez que llegue a pensar que cada paciente que entraba en la consulta era VIH .

Al principio uno se ponía nervioso, cuando recién salió el SIDA. El miedo era porque al principio no había mucha información, manejo pero ahora, hay más información mejor manejo hay tratamiento. Normas de seguridad con mayor refuerzo, mayor control psicológico, mayor control emocional del profesional, uno se pone muy nerviosa cuando le dicen que el paciente es VIH/SIDA para que le hagas una extracción.

Me preocupa más a nivel privado, y trato de extremar las medidas de seguridad con todos los pacientes o sea cambiar guantes, no tratar de no lacerar piel, material descartable lo mas que se pueda, desinfección de todas las aéreas donde pueda haber caído saliva, proteger el cabello, no mezclar la ropa con la que uno trabaja con la de la familia, lo ideal sería que uno se cambiara dentro del mismo consultorio y que uno no saliera con la misma ropa, que todo se quedara en el consultorio que hubiera una lavadora secadora y un baño para bañarse dentro del consultorio, eso sería lo ideal

El trato hacia ese paciente es normal los dos pacientes a quien me referí anteriormente, hasta me dieron la mano no me da miedo porque no he escuchado que hay contagio a través de piel sana. Si está muy emocionado y llora encima de mí “hay pela los ojo” y dice salgo corriendo y me cambio la ropa. Pero los pacientes con sida tienen mucho control sobre sí mismo al menos lo que yo he visto.

-Se sonríe- y me dice.ay me tiene nerviosa profe con toda la entrevista...

No he oído nada que los rechace, me pregunta asombrada ¿los rechazan en los colegios?

Existe del mismo riesgo a contagiarte por un pinchazo por la hepatitis y el VIH. Le temo a los dos por igual

Sara muchas gracias me gustaría continuar con la entrevista en otra oportunidad si tú me lo permites y me ha sido de gran utilidad la información aportada por ti. Luego que la transcriba te la doy para que la leas y si estás de acuerdo le firmas.

ENTREVISTA N° 4.
ODONTÓLOGO RESIDENTE 3 DE LA ESPECIALIZACIÓN ENDODONCIA Y
ORTODONCIA FOD
(26-05-2010).

¿Qué conceptos o conocimientos tienes sobre el VIH/SIDA?

Experiencias como tal en niños no tengo, nunca en la pasantía por Odontopediatría tuve la ocasión de manejar pacientes con VIH si recuerdo que había una familia cuyos padres habían muertos por VIH mas yo no trate a los niños.

El VIH es un virus el cual muta a través de un proceso de transcriptas inversa y transforma el ADN celular en un ADN viral. El VIH después se transforma en SIDA ataque el sistema inmune del paciente y puede convertirse en problemas tumorales sarcoma de kapossi, se ve afectado el sistema inmunológico del paciente y el paciente esta propenso a contraer infecciones a corta el tiempo de vida y puede llegar a la muerte sino es tratado Tengo 7 años de graduado y no he tratado ni niños ni adulto nunca me han llegado no han referido paciente a él postgrado de endodoncia hasta hora que yo tenga conocimiento. Todos los paciente que van a cirugía extracciones de tercer molar, aquí se le pide de rutina la prueba de VIH.

Si lo llegara a tratar se tienen la misma norma de bioseguridad que con otro paciente. Todos los pacientes se consideran VIH hasta que se demuestra lo contrario, yo trataría a pacientes que me refieran de los servicios hospitalarios con VIH/SIDA siempre que el paciente este claro que es un tratamiento de largo plazo. Siempre he estado claro que el paciente VIH/SIDA desde el punto de vista odontológico se debe tratar solo que las normas de bioseguridad se incrementaría prevención guantes como le explico en ortodoncia se considera que es una esterilización de bajo nivel “aunque yo no lo considero así”, yo siempre esterilizo mis instrumentos, trataría de que hubiese una barrera entre lo que se va a hacer y uno, no aislamiento pero si evitar contaminación cruzada evitar contaminar al paciente.

Me podría contaminar pero viendo al paciente no, si me pincho con un alambre si me pudiera contaminar, o como odontólogo general con un pinchazo con una aguja la más común cuando utilizamos instrumento rotatorios, o contaminación con instrumento que desinfectan pero que no esterilizan, con otros fluidos como salivas que tenga sangre, las lágrimas pienso que no contaminan. Considero que no hay rechazo hacia esos pacientes, pero deberíamos tener una conducta mayor porque son pacientes de altos riesgo. No tengo mitos ni obstáculos para atenderlos, pero si considero que uno debería tener mayor conocimiento para atender a estos pacientes sobre el cuidado que uno debe tener. Eso lo da la universidad y el nivel de formación que uno tenga

No he presenciado la discriminación porque fueron atendidos, no fueron rechazados sino que recuerdo que se tomaron las medidas de seguridad

Yo si trataría a esto pacientes, tal vez puede existir cierto rechazo a ese tipo de paciente por alguna población, haber critica sin embargo uno es un profesional de la salud que está en la capacidad de poder brindarle ese tipo de tratamiento al paciente con VIH o a cualquier otro paciente con lesiones en boca como candidiasis lo que a nosotros se refiere es que debemos cuidarnos para que nosotros como profesionales ir a los paciente y esas medidas se toman con un tipo de seguridad altos nosotros es más bajo porque no estamos todo el tiempo manejado agujas sin embargo con las pinzas si se contaminan con sangre podemos contaminarnos

Mi familia si saben que manejo a estos pacientes no se molestaría, no hay cultura de rechazo, se sabe que tiene la condición. Saben que yo conozco la formas de trasmisión, no tener relaciones sexuales con extraños, o a través de un contacto de piel si tienes alguna lesión o puerta de entrada en contacto con sangre.

Gracias por tú colaboración probablemente tengamos otras entrevista si tú me lo permites Como no, estamos a sus ordenes gracias.

ENTREVISTA N° 5. ODONTÓLOGO DE INSALUD EN LA MAÑANA

Buenos días.

¿Experiencia que tienes del VIH/SIDA?

Mi experiencia como profesional con pacientes VIH/SIDA, creo que se deben manejarse igual que a un paciente sano, de hecho tratar en lo posible de tener un poquito más de protección, ser más cuidadoso para evitar riesgo de contaminación. De tratarlo en la clínica es igual, lo único que aquí en el hospital por ejemplo soy muy cuidadosa en esa parte, porque es un paciente que esta inmunosuprimido y yo no voy a tratarlo si yo no reúno las condiciones, no lo voy a tratar no porque no quiera sino para evitar hacerle daño es mi lucha, no porque no lo quiera tratar porque a mi me puede llegar una persona que no me diga que es VIH y yo lo trato y me desenvuelvo con cualquier otro, pero mi situación es cuando yo se que el paciente es positivo yo debo garantizarle a él las condiciones mínimas de asepsia en el ambiente, si yo no reúno las esa condiciones como yo voy a tratarlo si no se si tienen sus defensas bajas, o muy bajas, ya él tiene su condición de inmunosupresión para mí es un paciente como cualquier otro y de hecho siempre le dicen a uno “Todo paciente debe ser tratado como si fuera positivo, y de hecho se debe tener mucho más cuidado cuando sabes que es positivo.

Tratamos pacientes referidos de las consultas, si vemos que es una patología muy fuerte ejemplo si tengo que realizarle tratamiento de conducto y no tengo las condiciones yo no lo hago exponer y no reúno las condiciones de asepsia para realizarlo. Si son operatorias sencillas si lo hago porque no lo expongo tanto pero si es quirúrgica no porque no reúno las condiciones de asepsia ideales para ese paciente. Tengo 17 años trabajando en el hospital en la mañana y trabajo con niños con VIH/SIDA desde hace aproximadamente 10 años.

En el consultorio no se dan las condiciones para tratarlos, por ejemplo no le funciona la parte de eyección de la unidad odontológica, no tenemos el papel envoplas para envolver todas las unidades , estamos hablando de pacientes positivo, si no se su serología lo trato en nombre de Dios, pero si yo sé que es VIH positivo yo pido interconsulta con su Infectólogo y si ella me dice que está en condiciones para tratar operaciones sencillas lo hago, pero si son procedimiento más invasivos mas compromiso, los referimos a Bárbula donde hay un centro de atención a estos pacientes que pertenece a INSALUD, para niño me imagino no se si

tratan niños solo sé que es una unidad para los pacientes VIH/SIDA. Pienso que el hospital tiene buen personal en la atención a estos pacientes

En la parte odontológica, pienso que si se han tratado normal, más bien uno se siente con más cariño, son niños que generalmente han perdido a sus padres, y vienen con las abuela y uno trata de explicarle que su boca con una condición ideal para que su vida no se complique, esa parte de hablar con el representante generalmente la abuela o el papa. A los niños no le pregunto, me parece muy duro, hablo es con el familiar y pregunto en la historia Ud. es la mama y me responden soy su abuela materna o paterna y la mama, ella murió de que de VIH. Nunca le pregunto al niño siempre hablo con el representante y le digo que debe tener buenas condiciones generales y traerlo a control para su consulta cuando van a mudar una muelita siempre vienen

“Se sonrío”, como se contagia son cosas del acontecer del día a día el que no conozca de VIH hoy día esta... ponchado prácticamente, pero es triste por ejemplo cuando tu vez a una abuela porque se le murió su hija y le quedaron los niños pienso todo lo que va a arrastrar por delante, eso sí es más preocupante. De hecho creo que ahorita el hospital ya incorporo Psicólogos para darle más apoyo, porqué más que saber cómo se contagia la enfermedad, eso ya lo maneja todo el mundo. Se contagia la pareja es por contacto sexual, si son pacientes consumidores de drogas que utilizan la misma jeringa eso se maneja eso es literatura. El medio de contagio prácticamente es la sangre, por ejemplo yo, cuando utilizo mi turbina la paso inmediatamente por Cidex, no lavarla, aunque nos han dicho en los cursos que el virus dura mientras esta en sangre, sino muere inmediatamente pero sin embargo uno hace eso por si acaso queda atrapado en el rotor, se habla de los fluidos salival, vaginales sangre, eso no es cosa que no sabemos. Lagrimal creo que también, no manejo esa parte no te voy a decir que lo sé porque no se esa parte

Me ha preocupado indudablemente el SIDA, es un temor que tenemos todos, mas en esta profesión, yo creo que estamos expuestos; la odontología es una de las profesiones dentro de la salud la que está más expuesta de sobremanera dígalo el paciente o no lo diga, sino lo dice imagínate peor puede haber un accidente y contaminarnos, por las medidas de seguridad me pongo tapa boca, los guante. Hasta hora no he tenido fobia, pero si hay que tener miedo, de hecho en un curso que fuimos sobre el uso de las jeringas, nosotros tenemos dos agujas, doble riesgo, cuando aplica la anestesia, más que una inyectora normal, los utensilios que nosotros utilizamos por ejemplo en una exodoncia si un elevador que se te vaya, son más riesgos, nosotros tenemos demasiado riesgos desde el punto de vista profesional tenemos mucho riesgos. Mira uno va madurando y la experiencia quizás te da un poquito de seguridad, claro no es igual cuando uno esta recién graduado te tiembla todo, también no es que me lo se todas, pero uno tiene un poco más de seguridad y experiencia.

He dejado de atender a los pacientes, pero no como rechazo, de hecho lo paso lo siento y le explico, si yo no reúno las condiciones generales para tratarlo a Ud. yo no lo voy a tratar, porque en vez de hacerle un bien le puedo hacer un mal. Si yo no reúno las condiciones de asepsias en un 100% yo no lo voy a exponer a Ud. Que ya de por sí es un paciente inmunodeprimido. Los representantes o padres lo entienden porque prácticamente uno trata con los padres.

Esta área donde trabajo es pequeña pero, el espacio o el tamaño no es el problema, el problema son las condiciones como se encuentra puede llevar al paciente a una sepsis, un esterilizador que tú sientes que no funciona bien, aunque en el VIH con que lo introduzca el instrumental en el antiséptico Cidex prácticamente se va, yo lo que digo es en el paciente

como tal desde el mismo momento en que tu introduces un objeto en tu boca, la unidad no tenga el envoplas y que vino el otro paciente y dejo materia o uno mismo con el guante agarre un objeto que no es. A aunque uno aquí se cuidada, yo por ejemplo, no abro puerta ni agarro teléfono, para no llevar sucio a la boca del paciente o contaminación.

Yo me mantengo informada, uno ha realizado cursos, la misma sensibilidad humana una vez que tu comienzas a trabajar con niños que te compenstras con ellos también te hacen más sensible eso va cambiando tu actitud. De verlos como seres humanos me da mucha tristeza, y más sin embargo cuando vienen niños que la mama me dice no ya el está bien tiene su carga viral normal hay me da un aliento de ver que tiene una esperanza de vida, ayer vi una pareja adolescente afuera del consultorio con su novio y uno sabe que son portadores por que están esperando en la consulta de Infectología, y uno piensa dios mío, que esperanza le viene al niño de repente la mama vive un tiempo si se cuidada pero sino, esa parte te sensibiliza mucho. Claro uno con el niño no lo voy a ver con cara de tristeza uno le da cariño especial pero en ningún momento se le dice.

Mira yo de oír de parte de mis colegas yo no atiendo a un paciente VIH jamás lo he oído, nunca y me imagino que tiene que haber cierta discriminación, de hecho nosotros fuimos a un curso un profesor contaba que hubo un paciente que le estaban realizando una cirugía muy extensa por un tumor y que casi nadie lo quería operar, porque tenían que usar unos guantes muy especiales y muy costoso, el proceso duro casi 8 horas de cirugía y él decía que las manos se le adormecían por los guante y él decía que el equipo quirúrgico no se quería meter.

En mi nunca ha existido mitos o tabús, solo el cuidado que tienes que tener, y te digo en la silla se te puede sentar un paciente portador de VIH y si no te lo dice ni pendiente, tu continuas trabajando.

¿Las medidas de seguridad son la misma para todos los pacientes?

Si claro, cuando ya sé que es positivo tomo más cuidado desde el punto de vista de que no vaya haber un accidente por mí y por ellos. La mayoría de los niños que yo atiendo, son niños que cumplen un tratamiento y control en infectología pediátrica no me siento con temor. En privado allí si he tenido temor cuando los atiendo. Y los demás pacientes no tienen porque enterarse... Nunca he informado a nadie soy muy cuidadosa, nunca he tenido paciente VIH en condiciones precarias o descompensado. Una vez vi a una mujer que trajo a su niño a la consulta una mujer bellísima que se iba a imaginar uno que era VIH y eso si me preocupa por que quien sabe a cuantos contaminara veo que ella se preocupa por traer a su niño a la consulta es bella y si ella no me lo dice yo ni pendiente, y ella contamina a su hijo.

A todos los pacientes no les pido la prueba de VIH. Eso sería lo ideal, pero no se hace, porque de por si la odontología es una especialidad donde los pacientes acuden con mucho temor si tu comienzas a pedir la prueba imagínate. Eso sería lo ideal porque así estarías más seguro de lo que vas a cumplir con el paciente seguridad para los dos. La institución pública prácticamente no la hace, si la hiciera es maravilloso, lo realizan en casos específicos, -como te explico-.

Vienen a consulta esta todos junto esperando su turno, -bueno se ríe-, ellos tampoco vienen en manada, esos viene 2 a la semana o uno, ellos casi no vienen, de por si eso ha sido una lucha constante porque los padres simplemente se ocupan de cómo funciona el riñón, el pulmón, la sangre, pero no se ocupa que el paciente que tiene un problema sistémico. No hay

cultura ni en los médicos ni en los padres, porque ahorita es que los médicos están reaccionando de tanto uno decirle ya están refiriendo a pacientes sobre todo nefrología.

La cultura se va modificando con charlas; y de la universidad no sé porque ellos trabajan en la tarde me imagino que sí. A parte que yo siempre he dicho que aquí no hay las condiciones generales de asepsia para atenderlo, segundo otras veces no tienes el material para resolverlo incluso ni para los demás pacientes, entonces como tú te vas a involucrar con alguien donde no le vas a resolver el problema, vaya a otro sitio donde si se lo van a resolver, la calidad de agua ahorita es grave. No pongo a los pacientes a venir y venir hacerlo perder su tiempo entonces no lo hago no ha habido un rechazo, si no que no hay las condiciones ideales para atenderlos aunque ahorita de 4 semanas para acá hay un poquito de material tampoco es mucho.

Nosotros nos sentimos bien atendiendo a esos niños, tenemos más oportunidad de hablar con los familiares hacerte amigo y hacerle la vida más agradable. No creo en creencias, ni mito solo que actuó por mis conocimientos, mi interés de ver al paciente en general no me limito a ver la parte bucal nada más, sino integral, si observo algo raro meto el ojo o le digo a otro colega que lo vea a ver qué piensa. Yo le temo más a otros microorganismos que al mismo VIH/SIDA, porque el VIH si tú no tienes un contacto directo de sangre con tu sangre esta más tranquila, en cambio los otros virus y bacterias si te los puedes arrastras para tu casa.

Ellos se despiden con besitos, y no tienes miedo, no porque uno toma la precaución, ¿cómo? No deja que te besen sino den la mejilla para afuera, yo no voy a poner mi boca cerca de ellos, -se ríe- tampoco es una tuberculosis, ¿con la boca se puede contaminar? Claro hay puede estar el virus. Si el niño se pone a llorar trataría de no involucrarme con sus lágrimas, aunque no lo he vivido; ahora beso si te dan, igualito me cuido con toditos, cuidado normal Muchas gracias., por la entrevista.

ENTREVISTA N° 6.

LICENCIADA EN BIOANÁLISIS UC, TRABAJA EN LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO. (26-05-2010)

¿Experiencia con niños con VIH/SIDA?

Bueno yo tengo 27 años en esta Unidad fui fundadora de esta Unidad de Infectología, los hemofílicos fueron los primeros pacientes que nos refirieron y otro niños que nos refirieron de otra hospital desde 1986, al principio no sabíamos tuvimos que empaparnos estudiar a revisar y con la Dra. Febres la jefa de la unidad, así fue como fuimos aprendiendo a diagnosticarlos, trata a estos pacientes. Se consiguió muchos problema porque nadie quería trabajar con estos niños con VIH excepto uno, pero las enfermeras, los médicos porque creían que si los tocaba, agarraban se a iban contaminar.

Nosotros los veíamos y no pensábamos que nos podíamos contaminar porque ya nos habían dicho o preparado la primera vez tuvimos algo de recelo, después se les dio charla a los médico y enfermeras que si utilizan buenas normas de bioseguridad no había riesgo, pero se tardo mucho demasiado en que tuvieran consciencia de que era un paciente normal, que era un ser humano, que había que tratarlo, se logro después de 15 año se logro que lo aceptaran y todavía y todavía hay gente que para tocarlos se pone guante hasta no sé hasta dónde, tapa boca si consigue se colocan muchas cosas que nosotros no usamos, nosotros los vemos y los besamos y no tememos nada, pero si mucho personal de la hospital bastante no le ponían tratamiento las enfermeras de la mañana le colocaban tratamiento, pero las del turno de la tarde no le aplicaban el tratamiento a los pacientes VIH/SIDA, los niños se querían ir para la casa las mamama peleaban, así fue progresado hasta en la actualidad tenemos más de 60 paciente VIH positivo y expuesto hasta 80 el hijo de madre positivo son asintomático hasta que se le determine, por un examen especial que no son anticuerpo que le paso la madre.

En privado se toman las mismas normas. Hay personas que dicen uno tiene que saber si es positivo para tener protección, pero es que uno tiene que tener protección porque si. En todos tenemos que tener seguridad porque el que no te dice nada y tienen VIH positivo, hay pacientes que después de 8 años fue que debuto aquí y cuando le hicimos la prueba VIH se quedaron los padres asombrados porque la niña cuando tenía 2 años presento una meningitis y fue trasfundida hospitalizada y se contagio uno se tiene que cuidar porque esa niña durante 6 años no tuvo diagnostico y me imagino que se habrá enfermada, le habrán tomado muestra para exámenes, entonces uno debe cuidarse no con el que te dicen que tiene sino con todos los pacientes que vayas a manipular. Aquí actualmente todo el personal de aquí los tratamos bien le hemos conseguido que el rotari club le den cestas de comida, tiene becados a dos huérfanos y quedaron con la abuela y son de muy bajo recursos.

Nosotros tomamos las muestras aquí, y todos los trabajos de investigación que se realizan en la unidad todas las muestras las tomamos entre la enfermera y yo, las congelamos, muestras de sangre de secreciones, hago determinación de criptosporidium en heces. Trabajas con trabajos de ascenso de profesores y de estudiantes pregrado de bionalista o de médicos

Los pacientes se sienten bien, por ejemplo si tú hablas con un paciente VIH/SIDA ellos se sienten bien ellos nos adoran y dicen que todos los médicos y enfermera los adoran, de hecho

no hemos tenido paciente que diga que nos vamos a ir para otro hospital que se está fundando una unidad ahorita de VIH. Tú hablas des de la unidad o del hospital, bueno de la unidad, del hospital en general no te puedo hablar, aunque ahora las bionalista cuando le mandan a tomar la muestras se las toman, tiene que ser que lo han puyado mucho para que lo manden a que se las tomemos nosotros. Las enfermeras de la emergencia y hospitalización toman las muestras y la mandan al laboratorio y en los laboratorios donde mandamos a los pacientes ellos mismo toman la muestra de VIH todos. Los pacientes hospitalizados VIH no están aislados están en un servicio donde están todos los demás niños.

Nunca he creído en creencias, voy a misa ya, y creo en dios y miedo bueno como todo, pero te digo que tengo 27 años trabajando y nunca he pensado me voy a contaminar, o apoyar y nunca me he contaminado de nada en los 30 años como bionalista.

En mi familia yo le cuento a mi hijo que es médico le cuento todo para que tenga precaución es decir la experiencia que vivo aquí siempre se las digo para que sepan que no siempre la gente que se ven bonitas sanas y tienen VIH,

He tenido pacientes que vienen y te dicen doctora no me quieren atender sobre todo en los colegios no los quieren recibir y eso legalmente no es así, y aquí mismo en el hospital a pesar que hemos superado muchas etapas hay paciente que nos dicen doctora no me han tomado las muestras la enfermera de la mañana me dijo que era la de la tarde que se las va a tomar y llega al día siguiente no se la han tomado y le decimos que vaya a dirección porque no es posible que estando el paciente hospitalizado se peloteen al paciente. Nosotros la enfermera Lucia y yo tomamos la muestra claro tenemos cuidado nos ponemos los guantes, debe ser la cultura el roce con el paciente y la mentalidad de la gente ellos son humanos y si yo tengo cuidado y tomo mis medidas de bioseguridad no tengo porque contaminarme.

El que llega nuevo hay que volverlo a preparar con talleres pero las enfermeras que tienen tiempo enseñan nosotros tenemos preferencia por un servicio porque allí los atienden bien. A veces las mama nos cuentan que las otras mama no dejan que sus niños jueguen con su hijo VIH, hay paciente que ni en su propia casa dicen, solo la pareja es la que sabe, en su trabajo no lo saben, nosotros tenemos que ayudarlos porque viene cada dos meses por que en su trabajo no sabe.

Nosotros le hemos referidos a todas las interconsulta y todas las han atendido actualmente siento que los están aceptando más. Unos vienen mal por el diagnostico VIH y esta embarazada y le explicamos que no todos los niños que sean hijos de madres VIH positivo son VIH positivos en un futuro sino que esos se llaman expuestos y pueden ser reversiblemente. Todas interconsulta se le pone que es VIH/SIDA y toda hoja que vaya para el laboratorio hay que ponerle el diagnóstico. Nosotros le resguardamos cuando van a pedir una colaboración le ponemos que es una enfermedad crónica no le ponemos que es VIH en el colegio también le decimos que lo sepa uno solo.

En las consultas lo mandamos como VIH, las consultas de odontología también pero no todos los odontólogos te atienden paciente con VIH, aquí en el hospital los odontólogos de la mañana no te atiende niños con VIH porque no tiene recursos para atenderlos. Deben tener guantes más largo, lentes, batas especiales, el trabajador de la salud es el que se provee le de todo, la institución no te da nada. Y ningún médico debe negarse a atenderlos, si no van a hacer un procedimiento agresivo o invasivo. La prueba no se le debe pedir a nadie eso no esta contemplado, en los trabajos si tienen un protocolo lo hacen. La leyes no dicen que se le debe pedir consentimiento informado para mandarle hacer la prueba de VIH es un examen igual que si le mandara hacer pruebas para hepatitis B. Tu le mandas hacer la prueba de VIH a los

pacientes que tienen manifestaciones y se la debe hacer uno le dice que entre los exámenes de rutina por lo menos en la mujer embarazo se le pide de rutina.

ENTREVISTA N° 7. ENFERMERA GRADUADA INSALUD HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA 2

Buenos día Janet como estas como te explique del mi trabajo de tesis Doctoral necesito realizar entrevistas a profundidad y quisiera saber si cuento contigo para la entrevista y si me aceptas grabarla.

Buenos días Dra., si acepto.

¿Cómo ha sido tu experiencia con niños y adolescente con VIH/SIDA?

Son pacientes con una enfermedad infectocontagiosa, que han sido muy rechazado inclusive por el personal de enfermería y médicos al llegarle a la emergencia y ellos descubre que tiene VIH los rechazan totalmente, y yo creo que utilizando las medidas de prevención uno puede manejarlos muy bien. Eso lo hemos vivido en los 30 años de servicio que tengo en el hospital. Tengo tratando a esto paciente como 10 a 20 años, pacientes que hemos tenidos en diferentes condiciones desde unos estabilizados hasta grave cuando ya tienen SIDA. El VIH es el inicio de la enfermedad y el SIDA es la etapa terminal. Al hablar de VIH las personas se ponen a la defensiva no lo quieren atender o manejar. Yo quiero tu información lo que tú piensas. Bueno ellos necesitan mucha atención de parte mía, si yo los puedo ayudar lo hago pienso que eso no se contagia así y es verdad, según la bibliografía el VIH se pega nada más contacto sexual, por las transfusiones, si nosotros utilizamos medidas de prevención sabemos cómo tratarlos, ellos necesitan de mucho amor cariño, la parte humana. Tuvimos la semana pasada, una paciente pequeña de 3 meses su mama tiene desde los 23 años VIH pero ahora tiene nueva pareja y lo contagio al señor yo no creo que se lo haya dicho, por la actitud su papa es portador.

Tuvimos otro paciente donde la mamá tenía dos hijos, se enamoro se caso y tuvo otro hijo pero no de su esposo, nosotros le preguntábamos y siempre hablábamos con ella tu pareja sabes lo que tú tienes y supuestamente usaban preservativo pero como es eso, a nosotros no parecía que él no sabía. Pero nosotros no podíamos decir el, que le corresponde es al médico tratante. La parte humana a que concientizar, son pacientes que son rechazados por la sociedad

No he rechazado paciente con VIH/SIDA, porque pienso que utilizando las medidas de prevención eso no se contagia, he tenido hospitalizado desde pacientes leves hasta crónicos en etapa final, Luisa para nosotros fue tratada igual. Medidas de seguridad como guantes, utilizar el material necesario, y las medidas de prevención cuando le vamos a administrar los medicamentos, la confianza que debemos tener nosotros mismas para poderlos manejar a ese tipo de paciente. Cumpló las medidas hasta dónde puedo, porque a veces no tenemos el material necesario para hacerlo. Cuando tomo muestra de sangre siempre trato de utilizar guantes. En este servicio no cumplen las medidas de bioseguridad, porque se descartan en el mismo envase las agujas donde se meten las demás agujas de otros pacientes, el material que

utilizamos las batas y guantes van a la misma papelería, y lamentándolo mucho esas medidas de seguridad no se cumplen acá como debería ser. ¿Han hecho algo al respecto? Si y no hemos recibido apoyo de nadie.

Nunca he tenido miedo, jamás, hemos tenido bebecito que recibimos del turno de la noche sin vía, porque a las enfermeras les da miedo cateterizar la vía porque piensan que ellas se van a pinchar y yo creo que el miedo es quien las lleva a pincharse, por el temor que tienen de manipularlo. Nosotros en pediatría 2 aceptamos todo tipo de paciente para su hospitalización y se tratan igual a todos. Queda en la historia clínica y lo sabe el médico y la enfermera. No tienen historias clínicas diferentes se identifican en la historia clínica pero hay queda, y cuando voy a entregar la guardia se lo digo a la enfermera más no se divulga. Los familiares los acompañan y el resto de personas hospitalizado no se enteran o no se deben enterar y si enteran hubo un caso aislaban al niño y se dieron charlas educativas de cómo se transmite... Algunos se ven tristes, no sabemos si van a la escuela porque la mayoría son pequeños.

Uno escoge esta carrera para ayudar al ser humano ojala que eso se vuelva a rescatar porque en realidad la parte humana se ha perdido en su totalidad, ya no hay ese examen físico que se realizaba antes, ya no hay la parte humana la relación médico paciente o enfermera con familiar eso se ha perdido, y creo que hay que realizar un buen examen físico, a las nuevas enfermeras que nosotros tenemos en el servicio le digo que aprendan las cosas buenas y sean humanitarias con el paciente. Creo que pienso así. por la formación que he tenido mi hogar familiar, los valores que uno tiene, porque yo por mi casa a todo el que pueda ayudar yo lo ayudo, y me comporto igual en todas partes. Tengo mi carácter pero defendiendo a los pacientes y al hospital porque aquí trabajo y he pasado parte de mi vida. A veces consigo pacientes en la calle me saludan y yo no me acuerdo debe ser porque los trate bien. A la Dra. Escalona era la jefa de este servicio y con ella comenzamos a trabajar con los primeros pacientes VIH y ellas nos preparan.

Discriminación no ha habido para estos pacientes, sino que la Dra. Escalona, como tenía afinidad con nosotros porque trabajo en este servicio de pediatría 2 y sabía que nosotros se los tratábamos bien prefería mandarlos a hospitalizar en este servicio. Ella nos enseñó mucho. Los pacientes o familiares nunca me han referido que han sido rechazados, ni me han rechazados interconsultas.

Nunca he tenido un accidente laboral, gracias a Dios no, y no quiero. Porque existe riesgo y alto, el riesgo de contaminarse es igual para la hepatitis que para el VIH, y lo manejamos igual con prevención.

Las madres han cambiado en cuanto han tomado conciencia de la enfermedad, otras no más bien quieren propagarlo, mantienen varias parejas y uno las aconseja que tengan que cuidarse pero algunas se ponen agresivas a la defensiva y uno le dice y habla con ellas pero se ponen duras.

Hemos tenido menos pacientes ahora hospitalizados que antes, yo creo que están usando muchas medidas de prevención y sobre todo el tratamiento que reciben, tengo entendido que hay una Fundación que le da el tratamiento de retrovirales y los reciben ambulatoriamente. Se infectan menos, menos riesgo...

Debe haber más talleres, congreso para el personal nuevo para mejorar su parte humana y conocimientos hacia estos pacientes.

Entrevista N° 8. Estudiante del 6to año de Medicina UC actualmente realiza la pasantía de Pediatría III en INSALUD

¿Qué es para ti, VIH/SIDA?

El VIH es un virus de inmunodeficiencia humana que destruyen los CD4 que son los que se encargan de la inmunidad de nosotros mientras los CD4 disminuyen el viral se incrementa el paciente va pasando por etapas de la enfermedad se dice que la enfermedad no tiene un tiempo limitado dependiendo de la carga viral el paciente va a tener o no sintomatología, el paciente comienza como un cuadro viral como una gripe y tenemos que diferenciarlo del SIDA que es una etapa terminal es donde el paciente presenta los síntomas más graves pueden presentar demencia.

Yo desde tercer año de la carrera soy miembro de niños unidos contra el SIDA, hacemos todos los diciembre esa campaña desde hace 2 años. Me gusta mucho ayudar a esos pacientes. No tengo mitos pero si cultura, he oído un mito que dice los paciente que el VIH es igual a morir yo no lo creo yo digo que un paciente que tiene el VIH lo único que tiene que hacer es vivir bien tratar de tener una calidad de vida acudir a su Infectólogo y recibir sus antirretrovirales para que no aumente su carga viral y evitar caer en una crisis peor. El paciente puede ser que a la larga se puede morir pero lo que yo digo es que el paciente que al principio tienen el virus y no quieren vivir sino morir debe luchar con la enfermedad. He tenido la oportunidad de estar con las madres VIH y con los niños y adolescentes hasta le hemos hecho una fiesta y fue triste porque hubo personas sanas que se metieron y habían paciente controlados y otros mal.

En mi mente estaba ayudar a esas personas poner un granito de arena, los he visto hospitalizados me producen mucha tristeza, conchale no se es feo sentirlo porque son pacientes que no se merecen ser portador del VIH no es culpable de lo que hicieron sus padres que los hicieron irresponsablemente o responsablemente lo hicieron sin saberla. El se contamina al momento de nacer por la irresponsabilidad de la madre que a lo mejor saberlo pero se cayó, como yo tuve mucha embarazada que sabían y se quedaron calladas y al final del embarazo cuando lo decían ya no se podía hacer nada ya el riesgo de contagio era muy alto y nacía ya infectado. En Guácará tuve a una paciente con 8 meses llego con dilatación, no se controló el embarazo y parió y no estoy de acuerdo porque una paciente VIH positivo embarazada debe ir a cesárea no debe parir.

He tenido bastante contacto con estos pacientes hospitalizados. Y si me da miedo, por cierto cuando fui al traslado de pacientes con VIH/SIDA yo era el Coordinador tenía que llevar todos los pacientes de Guácará hacia Yagua estaba en tercer año y me asuste mucho, me daba miedo porque se han visto casos que sin saber ya están dementes con problemas psicológicos, estaban compensados pero algunos tenían candidiasis. Richard se notaba tenso, movía mucho el cuerpo y sus manos, le dije tranquilo y dice que le daba miedo a infectarse en el autobús porque si de repente una paciente por el hecho de que yo estaba sano me puyara con una inyectadora con su sangre que es la principal forma de contagio, o que no sé que me tocara no sé que me escupiera no se algún tipo de contacto con sus secreciones. Después me puse a interactuar con ellos y me sentí mejor fue chévere deje de sentir miedo.

No he manejado pacientes hospitalizados, sino en la consulta de nutrición con la Dra. Barbella, tenía una paciente desnutrida con VIH y tenía infección ya estaba en etapa terminal SIDA, no sentí miedo cánc hale también es yo he tenido unos pacientes yo estaba en la consulta y me asignaron ese caso yo no sabía que estaba infectada, la mamá y la niña llegaron

con tapa boca y la madre de repente se puso a llorar, , ya la consulta médico paciente la deje al lado ya no fue terapéutica, sino me dedique a escucharla me comenzó a echar su cuento la niña se retiro el tapa boca y saco su lengua la tenia morada horrible no me acuerdo como se llama la lesiones aparte de la candidiasis, yo continúe viéndola examinándola pero me restringía porque cáncchale, no sentí miedo pero era una paciente que tenía muchos problemas que nadie la había escuchado, entonces ella al hablarme a mi me daba miedo que se fuese a poner agresiva- estaba yo solo se pone nervioso yo sentí que se ponía agresiva, yo tenía miedo que pudiera arremeter contra mí. La examine ella tenía una desnutrición crónica. Sentía mucha tristeza y dolor la examine y le hice una referencia para el grupo Manos Unidas contra el SIDA y ya sé que pertenece al grupo se la mande a la Dra. Rouyero. La examine superficial con guantes protección guantes tapaboca mascarilla, porque y se sonrío nerviosamente porque es la conducta que se debe seguir para protegerse uno de cualquier tipo de secreción góticas de saliva hablando de repente si me cae una gótica de saliva en la mucosa de los ojos, oral, me entiendes que tuviera la niña una lesión en su cuerpo de continuidad, de repente no me diera cuenta, que tuviera una caries ella tenía una lesión y me retire un poco , porque si de repente tengo contacto con ella

Es obvio que me puedo contaminar pero con la caries, no pero si está sangrando o alguna herida que este sangrado tenía miedo a la infección el examen fue rápido mas social la ayudamos mucho con las referencias la parte emocional, porque aquí en el hospital no hay psicólogos ni psiquiatras. Ella sabía su enfermedad y sé que me voy a morir y sin embargo era toda risita. Cuando me dijo que se iba morir sentí algo muy feo escuchar de esa niña que se iba morir a esa edad 8 añitos y que ella sentía mucha tristeza. Los pacientes en etapa terminal todos fallecen. Pase 3 veces en pediatría y he vistos pocos

Todavía los hospitalizan mucho yo vivo en el hospital. No tengo mitos ni creencia sobre esos pacientes porque son seres humanos y el que lo haga no tiene ningún tipo de consciencia. No he tenido pacientes VIH en la cola en la guardia, pero si me tocara verlo y hacerle la historia si lo haría claro -se sonrío- tomando mis medidas preventivas. Cuando llegan con diagnostico son pacientes iguales los trato igual a otros paciente, claro las medidas no son iguales, primero no sabemos si el paciente ya esta diagnosticado o no. Si esta diagnosticado lo trato diferente porque es un paciente inmunodeprimido, sigo con mi conducta afectiva, pero mi conducta medica es diferente cambia, -se sonrío-; que es lo que cambia, el tratamiento médico como tal hacerle las referencias nosotros no tomamos muestras, pero si tuviera que tomar muestra de sangre o cultivo se la tomaría piensa se queda cayado luego responde solo no lo haría con un consentimiento con un adjunto o infectólogo porque me gustaría contar con alguien de más experiencia no me atrevería no por miedo sino que me gua tastaría estar con alguien con experiencia debo estar más pendiente pilas y temo que me vaya a pinchar ese es el principal miedo. Me despido de esos pacientes con la mano y si le tengo confianza hasta con besitos, sin miedo de darle un beso en la mejilla, si tenía lesiones en la boca no me daba miedo pero lo hacía con precaución, los abrazos y si se ponen a llorar le daría todo mi apoyo y afecto y a lo mejor lloro con él se me vuelve el corazón en pedacitos, no me da miedo solo si se tornan agresivos y que haces con la ropas con que se mojo con las lagrimas cáncchale tengo que tener cuidado porque no se primero que tipo de secreción sean si son secreciones o solo lagrimitas. Actualmente se ha demostrado que el virus se puede contagiar con las lagrimas que me llore en el hombre lo dejo pero en mi cara no y con la ropas tengo mucha precaución estoy pendiente que la metan en cloro.

Gracias por la entrevista.

ENTREVISTA N° 9.
CIRUJANO PEDIATRA CONSULTA EXTERNA CIRUGÍA
(28-05-2010)

¿Conocimientos sobre el VIH/SIDA?

Cuando yo estaba estudiando tengo 17 años de graduada, comenzó el bum del VIH se tenía poco conocimiento, como se transmitía y habían muchos tabú sobre esto y yo me fui formando ante la enfermedad, como actuaba los pediatra hace 15 años atrás le llegaba a ellos la patología y se veía el conflicto sobre todo porque llegaban muchos paciente de la parte oncológica y el comportamiento de cada quien uno fue aprendiendo y el comportamiento se fue modificando al punto que cuando asumimos a los paciente por que teníamos que hacerle flebotomía teníamos que asumirlos, como cirujano trabajar como cirujano con paciente VIH/SIDA no lo hacemos de cotidianidad, porque nosotros somos cirujano y no lo vemos desde el punto de vista de pediatría. Pero como cirujano pediátrica lo que hago es solicitar una examen para saber que el paciente que vamos a intervenir tiene la enfermedad para saber si es positivo o no, que hacemos no tratamos el paciente sino que cuando sale positivo lo mandamos a infecto logia y si llega por la emergencia y por casualidad trae un examen VIH positivo, lo que hacemos es protegernos nosotros, al paciente y al personal que va a tratar al paciente no es que le vamos a negar el tratamiento o la cirugía lo que hacemos es la Prevención de la cirugía, ¿como lo haces? Evitar pincharnos, evitar este, el mismo uso de los anestésicos la misma cal sedada que tienen las maquinas de anestésicos, esas se cambian después que atiendes al paciente ese sistemas de de aireación como son entubado se cambia es normativa, inclusive hay la protección con los lentes de protección que yo particularmente no los uso porque uso lentes correctivos y me molesta o limita la visibilidad pero sino tuviera lentes si lo utilizaría para evitar que por salpicaduras de sangre que las corneas son mucosa y pasan a la sangre no se que tiempo se re rigiere para que se absorba esa sangre en la mucosa realmente no lo se, entonces ante la ignorancia la prevención nunca esta de mas, dobles guantes.

Se evalúan a todos los pacientes pero siempre con medidas de prevención, por lo menos en las manos lavarte las manos con un jabón normal, si llega un paciente que trae una referencia que es VIH uso medidas de prevención, pero generalmente no utilizo guante solo si voy a abrir cavidad.

Aquí se han operado pacientes con VIH, con condilomas es ahora que se ha operado más, yo creo que es por la información que uno va adquiriendo, si tiene una patología no se va a dejar morir yo no lo rechazo, si llega veo que le voy a tocar porque si me toca tocarle la cavidad abdominal, si tiene gripe me pongo tapa boca. Si va al acto quirúrgico uso las medidas de protección tapa boca, guantes, doble guantes por heridas míos guantes rotos y uno se ponga en contacto con esas secreciones. Si han quedado pacientes relegados vienen de una guardia y de otra guardia y ellos tratan de tener el menos contacto con ese paciente, quizás el mismo desconocimiento de la enfermedad, por hablarle, saludarlo con la mano no te vas a contaminar. Nunca he sentido rechazo a esos pacientes y los trata igual, solo que como ellos tienen la parte inmunológica deficiente entonces lo vamos tratar desde el punto de vista postoperatorio por ejemplo una apendicitis complicada en estos pacientes puede ser más complicada en estos pacientes estoces los antibióticos que se le hace interconsulta con infectología para que nos apoyen sobre los que le hemos colocado o hagan sus observaciones, no se aíslan se tratan en el mismo servicio.

No se contaminan a través de las lágrimas.

No lo es tratados y seguidos, solo interconsulta para realizar flebotomía y aplico las medidas de bioseguridad

Mi familia ha tenido la inquietud que pudiera contaminarme en la hospital. El riesgo de contagio es igual para hepatitis y VIH/SIDA es el mismo, como son patologías que no tratamos nos estamos sino en ocasiones con el paciente. Conocí a un colega que se pincho realizando una flebotomía a un paciente y le dio hepatitis, al realizarles las pruebas al paciente salió positivo para hepatitis que se la contagio. El riesgo existe para cualquier paciente que no utilice las medidas de bioseguridad.

Las apendicitis agudas no se le piden prueba de VIH y siempre con la prevención de que no te pinches porque es una emergencia. Las electivas si se pide la prueba de VIH de rutina se le informa al paciente y si pregunta se le explica.

El contacto con el paciente quirúrgico es rápido al menos que este hospitalizado, en consulta le pregunto si fue al control de la consulta de infectología continuas con el tratamiento para el VIH.

Estamos viendo pacientes VIH mi conducta no se ha modificado al inicio se pudo rechazar pero ahora no Miedo si y se ríe miedo por la contaminación riesgo de contaminarnos con las secreciones heces sangre secreciones, aun usando las medidas hay miedo, porque aún usando los guantes tu no sabes la calidad de los guantes, el tapaboca realmente la protección de los ojos y no te percatas.

Cuando me dicen que el paciente es VIH/SIDA que piensas, lo que realmente cuando dicen VIH uno ve al paciente desencajado caquéxico como un paciente terminal entonces esa es la imagen que te ponían. A mi me dice aquel paciente tiene VIH y yo pregunto porque se hizo transfusiones porque uno como esta en el medio de salud cuando se transfunde derivados y no tienes las pruebas y se contamina, pero cuando te dice sus hábitos sexuales que tiene una pareja y no se protegió.

Yo tengo una característica que no me meto en la vida de los demás cada quien cuida su vida y organismo como cada quien considere, yo lo que pudiera sugerir una mejora en un comportamiento o en una conducta, si lo asumes o no ya eso es criterio de su persona pero no soy de las personas que hostiga a otra para que haga lo que yo considero lo que debiera hacer. El explico le pregunto te lo existe

Ha cambiado el comportamiento de riesgo no se pero la contaminación ha mejorado porque antes las agujas se tiraban en cualquier parte, no había esa prevención

Que personas pueden adquirir el VIH, los niños por los padres pueden adquirir el VIH, las múltiples transfusiones y aquellos que tiene un habito de convivencia que se presta a los riesgo violaciones porque viven todos juntos papas hermanos tíos, los homosexuales, dragaditos. Los demás riesgos somos todos en se decía que en sitio nocturno y los pinchaban yo nunca tuve esa experiencia no se si fue un mito. Últimamente he visto menos niños con tumores (postrado cirugía muchos niños con tumores y VIH) sobre todo los que veía en oncología se le hacia un estudio completo. Pacientes pediátricos con VIH ha disminuido, la inmunodeficiencia se mantiene pero el tratamiento continuo permite vivir mucho es una enfermedad crónica con tratamiento

Flor gracias me enorgullece contar con una cirujana pediatra tan bien preparada y espero que podamos volver a vernos para continuar otras entrevistas.

ENTREVISTA N° 10.
ENFERMERA GRADUADA DEL
SERVICIO DE PEDIATRÍA 2. INSALUD
(28-05-2010)

¿Conocimientos que tienes del VIH/SIDA en niños y adolescentes?

Es una enfermedad con inmunosupresión, que el paciente puede infectarse con cualquier virus por ejemplo las gripes. tuberculosis , algo muy importante es que la gente dice, hay vamos a cuidarnos de ellos y es al revés ellos se tienen que cuidar de nosotros por que corren el riesgo de cualquier infección porque son pacientes inmunodeprimidos, ellos se deben cuidar usar tapabocas, nosotros guantes y siempre tratando de que no se sientan mal, ellos se sienten como aislados , es mas ellos son Especiales están expuesto a cualquier infección y sabemos claro no somos dios pero sabemos que van a fallecer, entonces hay que darles cariño amor mientras ellos estén con nosotros.

El VIH es cuando esta comenzando y el SIDA es cuando la enfermedad hasta avanzada y etapa terminal. He tenido contacto con pacientes VIH/SIDA cuando estuve en el servicio de Hidratación y antes de comenzar a trabajar yo cuidaba a un adulto que era SIDA por homosexual experiencia bonita aunque ya el tenia hepatitis, tuberculosis, me protegía no me dio miedo son iguales a otros pacientes, de ello todo paciente debe ser tratado como si fueran VIH para nosotros protegernos, usamos doble guante técnicas a la hora de colocar las agujas tener precauciones a la hora de colocar las capuchas de las inyectoras. Me enseñaron en la Universidad.

En el hospital en reten maneje un niño expuestos que los padres se acababan de enterar. En hospitalización los trato igual para que no se sientan excluidos, tomo muestras utilizando las medidas de bioseguridad con guantes y si no hay se buscan la manera y de no haber se cuida uno. Tuve experiencia con una niña que la manera de que no le tomen vías es manipulándonos que nos va a pinchar, yo he hablado con ella inclusive hemos ganado su cariño porque le hemos dado cariño amor, Allí extremas medidas de seguridad bueno con ella tratábamos de no estar solas que estuviera la mama u otra enfermera porque ella es muy agresiva.

El cupo se le da a cualquier paciente, nunca han sido excluido, en la calle he oído mitos por ignorancia sino tienes contacto con secreciones no tienes riesgo, no tenemos una historia especial sino que a la hora de entregar la guardia entre nosotras lo entregamos sin que se enteren los demás, los tratan igual pero he visto que cuando vienen estudiantes si he visto que no dejan que se les acerque y no debería ser por que ellos van a trabajar con esos pacientes, mis pasantías fue en el hospital Carabobo no permitían entrar, las interconsultas la realizan los médicos normal no he visto discriminación y en mi familia me dicen que me cuide tengan prevención, en reten hay expuestos reciben su retrovirales y diagnosticado VIH siempre.

En estos días no nos dijeron de un paciente que nos lo dejaron y no había guantes pero tomamos precauciones y se le tomaron las muestras. Hace un mes tuvimos 2 pacientes uno vino porque tenia diarrea se le coloco tratamientos y se fue, los familiares son los que se encargan de cambiarlos sino tiene familiar los atendimos los bañamos pero nos protejamos nos colocamos guantes , tapa boca por el riesgo de secreciones, heces, si tenemos una herida nos colocamos adhesivo y guantes , la sangre puede contaminar, a través de los besos pero si ha sangre abrasión no por la saliva sola, trasmisión sexual, secreciones, en la heces no esta el

virus pero como son secreciones hay que prevenir . Me despido de ellos con un beso y no me contamina y si le da una crisis y se ponga a llorar no me voy a contaminar a menos que tengamos una herida. No tengo creencias populares, la niña (Luisa) estudia y viene con su uniforme. Los médicos vienen a realizar las interconsultas.

Los niños van a la escolita con todos y esta el familiar del paciente para que este pendiente, nunca se le aísla

Bueno, Jessica gracias, continuaremos en otro momento con las entrevistas estoy agradecida por tu colaboración.