

Concepciones y vivencias de trabajadoras sexuales y homosexuales frente al riesgo de VIH/SIDA.

Inés del Rosario Pastor Vigo¹, Vilma Casanova², Isabel Peñarrieta³,
Angélica Chang⁴, Sebastián Bustamante Edquén⁵

Pastor V., Inés; Casanova, Vilma; Peñarrieta, Isabel; Chang, Angélica; Bustamante E, Sebastián. Concepciones y vivencias de trabajadoras sexuales y homosexuales frente al riesgo de VIH/SIDA. **Revista Peruana Enferm. investig. desarro.** 2004 agosto-diciembre 6(2): 15-32.

Estudio cualitativo cuyo propósito fue caracterizar comparativamente la Autopercepción y Vivencias de riesgo del VIH/SIDA de 8 trabajadores sexuales y 8 homosexuales, usuarios del programa de consejería del Hospital Docente de Trujillo-Perú. Se aplicó la entrevista a profundidad para la recolección de datos. El modelo de creencias en salud de Becker, las medidas para la prevención personal de la infección por VIH, modelo adaptado de James & Mann, la teoría de Autocuidado de Orem y, la teoría de Autopercepción de Bem constituyeron las bases teóricas del estudio. Los hallazgos indicaron que las trabajadoras sexuales y los homosexuales presentan semejanzas y diferencias en la autopercepción y vivencias de riesgo, los que se evidencian en las siguientes subcategorías: concepciones de riesgo, jerarquización de riesgo, percepción de comportamiento sexual de personas infectadas con el VIH/SIDA, prácticas de autocuidado, factores determinantes en el autocuidado, vivencias de riesgo, estigmas sociales y tipos de emociones-sentimientos respecto al VIH / SIDA. Ambos grupos de participantes presentaron convergencias en su percepción y vivencias respecto al riesgo alto del VIH/SIDA, sentimientos frente al riesgo y al estigma social: miedo, cólera, vergüenza, culpabilidad, tristeza, crisis. Las prácticas convergentes más importantes son consumo de drogas y alcohol y sexo sin preservativos. Las divergencias más importantes son: las trabajadoras sexuales atribuyen el mayor riesgo al contacto sanguíneo, y los homosexuales a la falta de voluntad. Finalmente se plantean lineamientos conceptuales para el estudio y la práctica de enfermería con grupos de elevada prevalencia del VIH/SIDA.

Palabras clave: Trabajadores sexuales, riesgo de salud. VIH/SIDA

Introducción

Los primeros casos del SIDA fueron descritos y reconocidos por primera vez en 1981, en homosexuales de Los Ángeles, manifestado en infecciones oportunistas, tumores raros y distintos trastornos hemáticos autoinmunes provocados directa o indirectamente por el Virus de la

Inmunodeficiencia Humana HIV. (World Health Organization, 1995). Desde entonces se ha hecho notables progresos al identificar el agente causal, en comprender su biología, en desarrollar terapias y en enfrentar problemas para el desarrollo de vacunas.

Actualmente se ha identificado 2 retrovirus causantes del SIDA, VIH₁ y VIH₂, siendo el

¹ Magíster en Enfermería de la Universidad San Martín de Porres.

² Doctora en Salud Pública, Profesora de la Universidad San Martín de Porres-Lima.

³ Doctora en Salud Pública, Profesora de la Universidad San Martín de Porres-Lima.

⁴ Doctora en Enfermería. Profesora de la Universidad San Martín de Porres.

⁵ Doctor en Enfermería de la UFRJ-Brasil. Profesor Principal de la Facultad de Enfermería y de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de Trujillo. E-mail:edquen@zipmail.com

tipo 1 el más ampliamente diseminado, y el tipo 2 más prevalente en Africa oriental. El VIH 2 es, probablemente, menos virulento y tendría un periodo asintomático mucho más largo. (Núñez, 1995)

Aunque el virus VIH se ha extendido a todos los rincones del mundo, su distribución geográfica está lejos de ser uniforme. El continente africano registra una carga desproporcionada de la epidemia, llegando a representar el 70% de individuos infectados en el mundo. El 30% restante está distribuido aproximadamente de manera uniforme entre Norte América, Europa, América del Sur y Asia (Kreiss, 1995; Einsenberg, 1995).

Aún, dentro de un mismo continente existe una considerable variación en la magnitud de la epidemia de país a país. En América del Sur, el número de casos acumulados de SIDA reportados por la OMS es mayor en Brasil y México (Zacarías, 1994).

En el Perú se reportó el primer caso de SIDA en un varón homosexual que adquirió la infección en el extranjero en 1983. Desde entonces los casos son referidos al Programa de Control de Enfermedades Transmisibles Sexualmente y SIDA (PROCETSS) del Ministerio de Salud del Perú. Posteriormente en 1985 aparecen los primeros casos nativos. (Sánchez y Gotuzzo, 1994)

La motivación para realizar la presente investigación se origina en el gran impacto que produce el SIDA en la sociedad y la salud pública. El SIDA enfermedad devastadora y mortal que conlleva a graves secuelas a millones de individuos, que pueden transmitir el virus a muchos millones

más. La atención de salud a la población en riesgo, sólo hace de la prevención su única arma para frenar este terrible mal que compromete no sólo al que lo padece sino también a los de su entorno como son familia, vecinos, amigos (Amuchástegui, 1996).

Una aproximación al mundo privado de la prostitución, así como a las conductas de riesgo que de ella se derivan, constituye uno de los procesos más complejos de la experiencia humana; puesto que el tema se inserta en la complejidad de la sexualidad, porque su proceso parece seguir rutas líneas impredecibles (Vidal y Fuentes, 1993).

Si bien es cierto que las intervenciones basadas en las medidas de cambio de comportamiento individual presuponen la existencia de un sujeto autónomo, cuyo proceso de toma de decisiones en el ámbito de la actividad sexual es fundamentalmente racional. Sin embargo una gran cantidad de estudios han sugerido que el fenómeno es más complejo y que en él intervienen, precisamente condiciones relacionadas con la situación económica, social y cultural de la persona, además de consideraciones psicológicas; procesos que condicionaban sus prácticas (de los interrogados), los matices que éstas adoptaban, las inconsistencias en esa secuencia de conocimiento – actitud – práctica quedan sin explicar, por lo que se constituyen en una auténtica “caja negra” (Bronfman, 1995).

Por otro lado, si bien es cierto, la susceptibilidad biológica de cualquier individuo a la infección por VIH, la epidemiología de la infección muestra que

ciertos grupos sociales son más vulnerables a ella debido a sus condiciones sociales, económicas y culturales. Tal es el caso de las mujeres, los jóvenes, los pobres en países en desarrollo y en sociedades industrializadas, y los grupos estigmatizados por sus prácticas sexuales. En estos grupos marginales, con un Nivel Socio Económico (NSE) más bajo, tienen menos esperanza para el futuro, no creen que pueden controlar sus propias vidas presentándose limitaciones en la valoración de riesgo al que están expuestos y en aquellas que determinan un riesgo real no se encuentran motivados por el cambio de comportamiento y por otro lado encuentran severas restricciones para las actividades de prevención. En general la estigmatización y discriminación de cualquier grupo, sean homosexuales minorías étnicas, constituyen siempre actos inaceptables, inhumanos y evidentemente contraproducentes para el éxito de programas de prevención.

La enfermera como administradora del cuidado holístico del ser humano, debería incluir además de aspectos clínicos, biológicos, psíquicos, sociales espirituales, el aspecto más importante, constituido por la vivencia misma del ser humano. Autopercepciones referidas por él mismo como una buena información y unida al conocimiento y a la experiencia profesional, encontrará una respuesta responsable por parte del profesional competente.

Además los resultados obtenidos a través de este tipo de investigación son enriquecedores para Enfermería, el conocer los pensamientos, emociones, formas de actuar, de sentirse; referente al fenómeno del SIDA desde sus propios discursos es sumamente

valioso pues además de que la información amplíe nuestros conocimientos en forma científica, permitirá advertir la brecha existente entre el profesional de salud y las necesidades del cliente, favoreciendo a la empatía en el cuidado, puesto que aumentará nuestra capacidad de involucrarnos en situaciones de riesgo contribuyendo a mejorar su "calidad de vida". Brindándole condiciones que añadan satisfacción a los años de vivencia de este grupo poblacional.

Por investigaciones mayormente extranjeras, sabemos de algunos factores que intervienen en el riesgo del VIH, sin embargo con respecto a autopercepción y vivencias del riesgo del VIH/SIDA en trabajadoras sexuales y homosexuales en nuestra realidad poco es lo que se conoce.

La vivencia del sujeto se articula con su susceptibilidad biológica, la epidemiología de la infección muestran que ciertos grupos son más vulnerables a ella debido a las condiciones sociales, económicas y culturales. Weiss (1993), define a la vulnerabilidad como el resultado de un número de características interactuantes biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, económicas, etc. los que reunidos confieren riesgos. Estas conductas de riesgo de contagio incluyen actividad sexual sin el uso del condón, sexo anal, y el uso de drogas intravenosas. Tal es el caso de mujeres y jóvenes pobres en países en desarrollo y en sociedades individualizadas y los grupos estigmatizados por sus prácticas sexuales como son los homosexuales, bisexuales y trabajadores sexuales.

De ahí que el concepto de “vulnerabilidad social” respecto a la infección de VIH cobra una gran importancia y que se argumentará la necesidad de dirigir los esfuerzos investigativos y de prevención hacia áreas más amplias que el cambio de comportamiento individual. Si bien existe mucha información, sin embargo uno de los principales problemas de la educación en ETS y SIDA es cómo se les puede estimular a que plasmen el conocimiento que van adquiriendo sobre el SIDA, en un cambio real de actitudes y conducta, especialmente en grupos de adolescentes por ser el más vulnerable. (Weiss, Tejada, Terrazas, Valderrama; op cit)

Hasta aquí hemos hecho una presentación del aspecto biológico – epidemiológico, desde una valoración de riesgo. Antes de pasar a ver la sustentación de las teorías del estudio; es importante señalar algunos aspectos teóricos sobre este punto.

La evaluación del riesgo constituye un factor determinante que ya ha sido investigado en el pasado y que guarda relación con otros problemas de salud, en el contexto de la educación en ETS/SIDA, pero que necesita más atención especialmente en la evaluación que hacen sobre todo los jóvenes del riesgo. La mayoría creen que el riesgo de infectarse con el VIH es tan bajo que no se sienten motivados para aplicar a sus propias vidas sus conocimientos sobre las vías de infección y las medidas preventivas. Desafortunadamente, esta evaluación del riesgo personal es con frecuencia bastante realista sin embargo, la suma acumulada de muchos riesgos personales muy pequeños puede convertirse en un riesgo colectivo serio si las personas

involucradas no hacen nada para evitarlo (Vidal y Fuentes, op cit).

Según el Modelo Adaptado de James & Mann (1977) (Anexo 5 – Ramos, R. 1999) sobre las Medidas para la Prevención Personal de la infección por VIH identifican diversos determinantes. Una primera medida tenemos ¿Estoy corriendo riesgo? Si la respuesta es no el resultado es una continuación y sensación de seguridad (sea razonable o no), en el caso de respuesta afirmativa pasa a la siguiente medida que es la siguiente interrogante y así sucesivamente hasta la final.

Según la OPS (1986), riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño en la salud. En toda sociedad hay grupos cuya probabilidad de enfermar o morir es mayor que la de otros, por lo que se les considera como vulnerables y las razones de ello pueden ser identificadas. La vulnerabilidad es el resultado de un número de características interactuantes: biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, sociales, económicas, etc. las que reunidas confieren riesgo, las trabajadoras sexuales y los homosexuales conforman uno de estos grupos.

Según Palman (1994), de acuerdo a la teoría de la Autopercepción podemos averiguar y analizar cual es la autopercepción y en que nivel autoperceptivo ubica sus conductas de riesgo y cómo sus conocimientos e informaciones sobre el SIDA la aplican a su propia conducta. Asimismo podemos averiguar en que forma los factores determinantes de la conducta están ligados a las actividades preventivas.

La mujer prostituta y los homosexuales suelen tener una baja autoestima lo que se refuerza por el rechazo social y por la necesidad de mantener una doble vida, donde se oculta la actividad del comercio sexual y en los homosexuales retribución con obsequios, por sus favores sexuales.

Por lo anteriormente referido, podríamos aseverar que el problema del SIDA representa un gran desafío para enfermería. Esto implica que la enfermera cuantifique su quehacer como profesional con un elevado espíritu ético y humanista. Asimismo desarrolle cualidades en la comunicación que permita una relación empática y el empleo de otras estrategias y técnicas psicológicas que le permitan profundizar en prejuicios y creencias en el ámbito de la sexualidad, sin trastocar la privacidad de esta población, que por sus características de marginalidad y estigmatización son susceptibles a cualquier muestra de desconfianza.

Objetivo General:

- Interpretar comparativamente las concepciones y vivencias en trabajadoras sexuales y homosexuales respecto al riesgo de VIH/SIDA en usuarios de Consejería H.R.D.T. – Perú 2001.

Objetivos Específicos

- Interpretar y analizar semejanzas y diferencias de concepciones de riesgo del VIH / SIDA autopercibidos y percibidos por trabajadoras sexuales y homosexuales.
- Identificar y analizar en forma comparativa, vivencias de riesgo del VIH /

SIDA autopercibidos por trabajadoras sexuales y homosexuales

Trayectoria Metodológica

La investigación cualitativa es un tipo de investigación que ofrece técnicas y métodos. Entendiendo por método al conjunto de operaciones ordenadas para obtener un fin determinado y técnica al conjunto de procedimientos y recursos de que se sirve una ciencia arte o actividad especializados para obtener respuestas profundidad acerca de lo que las personas observan, racionalizan y vivencian.

Previo al inicio de la entrevista a profundidad se estableció un contacto personal con la muestra del estudio en el ambiente de consejería del PROCETSS con la finalidad de especificar el lugar, fecha y duración de la entrevista; asimismo se obtuvo el consentimiento para la grabación respectiva, manifestándole la confiabilidad de los datos y la exclusividad de su uso en esta investigación, es decir una relación que permita aminorar cualquier aire de desconfianza que podría generar una entrevista como ésta en una población como la estudiada, en todas las veces se realizaron las entrevistas en los ambientes y consultorios de atención de ETS, a las que acuden GEPETSS para su control obligatorio mensual o en cuanto crean conveniente recibir un apoyo.

- Se inició la sesión propiamente dicha, con preguntas sobre datos generales y concepciones de riesgo.

- Se continuó con preguntas profundas, relacionadas con las prácticas de riesgo, tipos de vivencias relacionadas al riesgo de infección con el VIH/SIDA.

- Se registraron aspectos no referidos por las trabajadoras sexuales y homosexuales durante las entrevistas.

La investigadora recogió sistemáticamente las descripciones de la autopercepción que relataron .los sujetos de la investigación, dentro de categorías de respuestas predeterminadas, y a medida que se iba recogiendo la información, éstas se fueron modificando y formando las respectivas categorías.

Finalizada las entrevistas se consideró necesario expresarles nuestro agradecimiento a la vez que se les hizo entrega de un obsequio personal como compensación por la colaboración prestada en forma desinteresada.

Las categorías construidas son las siguientes:

a) Concepciones de riesgo del VIH/SIDA autopercebidos por trabajadoras sexuales y homosexuales; y b) Vivencias del riesgo del VIH/SIDA autopercebidos por trabajadoras sexuales y homosexuales.

Consideraciones Éticas

Se tuvieron en cuenta todos los principios éticos en la interacción con los colaboradores, y sujetos de la investigación en la investigación. En primer lugar se formalizó la Autorización Institucional, el mismo que fue emitido previo a la presentación del proyecto. (Anexo 06)

Los datos fueron obtenidos y utilizados con su autorización. Se garantizó el anonimato,

las entrevistas utilizadas para el estudio fueron grabadas previo a la firma del certificado del consentimiento voluntario (Anexo 07) de Kendall y Norton (1988) y se mantuvo el compromiso de la confidencialidad, por el cual los secretos expuestos por los sujetos no pueden ser públicos.

Rigor científico de la Investigación: Se consideró los criterios siguientes:

Credibilidad; se refiere al valor de la verdad, la que se consideró desde la descripción del fenómeno.

Confirmabilidad; se estableció el grado con el que los resultados fueron determinados por los informantes y no por prejuicios del investigador.

Adecuación y Ajuste; por el cual la representatividad de los datos respecto a los sujetos dentro del escenario cultural, no se refiere a las personas sino a lo que representan.

Auditibilidad; al estudio otro investigador podrá seguir a partir de las decisiones que fueron tomadas en este estudio.

El Método Comparado nos permitió identificar semejanzas y diferencias en las trabajadoras sexuales y en los homosexuales , quienes son considerados como actores sociales, con diferentes concepciones de factor de riesgo y como dichas concepciones y vivencias, direccionan su comportamiento dentro de una dinámica sexual. A continuación enfocamos el abordaje comparativo de la presente investigación.

Los escenarios donde se desarrollaron las entrevistas fueron los consultorios y ambientes del Hospital Regional Docente de

Trujillo que corresponde a la UTES N° 1, ubicado en la Urb. Santa Isabel, distrito y provincia de Trujillo, departamento de La Libertad – Perú. Estos consultorios fueron empleados según la disponibilidad del personal profesional (psicólogo, médico, obstetrix) contándose con su colaboración la cual fundamentalmente fue en la presentación de la autora de la presente investigación. Los ambientes de Consejería – PROCETSS se encuentran en la parte frontal del Hospital, primer piso con un área aproximada de 13 m², atendándose a 250 trabajadores sexuales y a 140 homosexuales de los cuales son ceropositivos 3 y 12 respectivamente.

Del Instrumento de Recolección de Datos

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de entrevista a profundidad directa, y como instrumento una Guía de Entrevista o Guía Semiestructurada, que incluyó contenidos dados fundamentalmente por los objetivos de la investigación. Dicha guía incluyó cuatro reactivos cuyo fin fue obtener información sobre Características Generales, Concepciones de Riesgo, Prácticas Sexuales, Sentimientos - Emociones Autocuidado y Vivencias de Riesgo de VIH/SIDA. La aplicación del instrumento se llevó a cabo en abril y mayo del año 2000 en los ambientes de Consejería de VIH/SIDA del H.R.D.T. de Trujillo.

Resultados y discusión

Las categorías construidas son las siguientes:

Concepciones de riesgo del VIH/SIDA autopercibidos por trabajadoras sexuales y homosexuales.

En esta sub-categoría se determinó de manera casi total los puntos de encuentro o puntos de convergencia. Estos puntos fueron: exponerse sexualmente, peligro, enfermedad (es), SIDA, muerte, alcohol y drogas, lugar específico, prostitución, sexo sin preservativos. También se determinaron los puntos divergentes, los cuales en las trabajadoras sexuales fue: el contacto sanguíneo y en los homosexuales la debilidad, como concepciones de riesgo. En lo que respecta a los sustentos de cada uno de los puntos tanto de convergencia como de divergencia se diversifican de manera sustancial, los cuales han sido analizados e interpretados a medida que presentamos los discursos.

“Riesgo es exponerme, ... SIDA y venéreas”.
TS5

“Riesgo...no...sé...es ¿exponerse? [pregunta con voz bajísima, luego mira a la investigadora y al no ser interrumpido continúa muy confuso, tenebroso] ...no usar condón, tener relaciones con homosexuales que tienen la infección,...vive también con prostitutas ah ... también con extranjeros”
HSH2+.

Ambos grupos han identificado como concepción de riesgo a la exposición que conlleva su conducta sexual, mientras que en el grupo de las trabajadoras sexuales identifican a las consecuencias de una conducta no preventiva al SIDA y otras venéreas; los homosexuales hacen referencia a la ausencia de medidas primarias, autodeterminándose por ello como un grupo de riesgo, además identifican a la prostitución ofertada a extranjeros. Por los

discursos podemos aseverar que las trabajadoras sexuales como los homosexuales identifican o reconocen que su conducta sexual corre riesgos, sin embargo permanecen renuentes al cambio.

Al respecto James y Mann (1977), refiere que saber quienes tienen contactos riesgosos no es suficiente. Si fuera fácil adoptar las medidas de prevención, muchas personas ya habrían cambiado de conducta. La adopción de estas medidas no sólo produce beneficios sino también costos. Los costos y beneficios juegan un papel definitivo en el proceso de toma de decisiones. Agrega que para que se produzca el cambio las personas tienen que tomar diversas medidas; y esto depende de varios factores. Estas medidas están agrupadas bajo un modelo basado en proposiciones.

“Riesgo quiere decir que conlleva a peligro de muchas cosas”, rompe el condón, lavarme, irme al médico”. TS2

“Para mí riesgo es un peligro porque se puede contraer el SIDA” HSH3+

Vemos en ambos grupos que convergen en la concepción del riesgo y que constituye un peligro, lo cual según Becker (1974) se estaría tocando la percepción de la susceptibilidad pues la persona no tomará la decisión de cambiar una conducta a menos que se perciba vulnerable frente a determinado problema. En las trabajadoras sexuales se hace una concepción más amplia, basada en situaciones como ruptura del condón reconociéndolo como un factor de riesgo, lo cual para Mann identificado como un factor estructural equivalente a un

determinante de la conducta preventiva, además hace referencia a la higiene y el control médico, lo cual estaría indicando que la trabajadora sexual está informada y evidencia una educación preventiva y lo que según James y Mann (1977) está presente el determinante de credibilidad de la información adquirida.

Muchas mujeres que padecen de una ETS no experimentan ningún síntoma durante mucho tiempo. Por esta razón, deberá recalcarse la importancia de los exámenes médicos periódicos. Por otro lado agrega que aquellas mujeres que parecen tener poco conocimiento sobre que variedad de signos físicos pueden considerar como aspectos “normales” del funcionamiento de sus organismos y cuando deberían comenzar a pensar en consultar a un médico.

En los homosexuales identifican como concepción de riesgo al peligro relacionando con la posibilidad de contraer el SIDA. Lo cual según los determinantes de la conducta de prevención se señala, según Becker (op cit) a la percepción de la seriedad o severidad de enfermar. Al respecto Paalman (1994), expresa “Nuestros discursos sobre el sexo no han incorporado, tanto en sus formas verbales como gesticulares, la noción del “otro peligroso” nadie parece dispuesto a interrogar, ni a investigar en el cuerpo del compañero la existencia de una enfermedad sexualmente transmitida.

Palma (op cit) agrega, en la sociedad global, el cambio hacia la necesidad de prevenir esos riesgos parece ser lento. Cabe preguntarse si es posible, en la esfera de la sexualidad, introducir alguna noción de

“peligro”, asociada a los sujetos participantes en una interacción sexual.

Podríamos concluir en este punto que la concepción amplia de riesgo en el primer grupo está dada por la mayor permanencia en Consejería y mientras que en los homosexuales la concepción dirigida al SIDA se debería a la implicancia característica de positividad con el VIH/SIDA en el 50% de ellos, lo que según la teoría de la autopercepción refiere cuando nos sentimos involucrados dentro de la concepción de riesgo del VIH/SIDA como puntos convergentes tenemos a la enfermedad, el SIDA y muerte.

“Riesgo es que no estén enfermos... [se la observa confusa, retraída, ensimismada y asustada a la vez] siento miedo por que [el pánico hace presa fácil, se siente como observada y descubierta en lo más íntimo, y se retiró casi a tropezones] ...bueno tengo que retirarme”.

En este discurso de la trabajadora sexual la comunicación fue interferida desde un inicio, por el perfil sumamente bajo que presentaba la entrevistada aflorando en sus discursos el subconsciente, lo cual se ve corroborado por la respuesta con un rechazo de la enfermedad, y también identificando a que otros no estén enfermos lo cual según James y Mann (op cit) se estaría refiriendo a la evaluación del riesgo de otras personas como un determinante de la medida de prevención personal de la infección.

“Yo sé que es un riesgo,...como que yo si sé que es un riesgo, con eso de allí vaya a contraer un montón de enfermedades” T.S.

Evidenciamos que el riesgo es concebido por la trabajadora sexual como un objeto y dentro de una posibilidad de adquirir diversas enfermedades.

“Riesgo es lo que te conlleva pues a enfermar de SIDA” TS2.

En este discurso de la trabajadora sexual, además de enfermedad se señala al SIDA como una concepción de riesgo.

“Riesgo tal vez SIDA o otra enfermedad de transmisión sexual...si, para que al transmitirse el SIDA se siente todo el organismo” TS7.

“Riesgo o sea para mí es posiblemente que se pueda tener la enfermedad o morir de ella” HSH1+.

Al aproximarse los entrevistados a las concepciones de riesgo relacionadas con conductas riesgosas, al ejercicio del comercio sexual, así como también a conductas homosexuales, en la cual se advierten “las enfermedades”, “enfermo” como uno de los elementos presentes, el hecho de pertenecer a Grupos de Elevada Prevalencia de Enfermedades Transmisibles Sexualmente incluido el SIDA (GEPETSS) está altamente ligado a este riesgo, en esta imagen estos grupos se enferman, y enferman a quienes se vinculan con ellos.

Si enfocamos desde el Modelo Adoptado de James & Mann (op cit) identificamos a: la evaluación del riesgo de otras personas, conciencia de la conducta preventiva de otras personas, conocimiento de las formas de transmisión, y según los factores cognitivos perceptuales de Becker (op cit) se estaría

refiriendo a la percepción de la severidad de enfermar.

“Además de nuestra gran debilidad, las drogas y el alcohol, que siempre están presentes en nosotros, en esos lugares de ambiente ... allí pues donde hacemos el chongo ...” HSH4.

“Riesgo es irse allá, a veces...no cuidarse... tomar...endrogarse... y hacer sexo sin preservativo, ...a veces” T.S

Se observa además que ligado a la concepción de riesgo incorporan el uso de drogas y bebidas alcohólicas en ambos grupos; lo cual para James & Mann (op cit) se estaría refiriendo a factores inhibidores de una conducta preventiva.

“Desde el primer momento hay riesgo, pero hay que salir a trabajar no [se refiere a trabajar como prostituta]... que vamos a hacer ... yo confío y sigo confiando en los preservativos y pocas veces se me ha roto el condón [se la observa intranquila, nerviosa] ... riesgo que no estén enfermos ...siento miedo ... pero” TSI-

“Riesgo, ... todos estamos en riesgo, cualquiera se puede infectar [se refiere al virus del VIH/SIDA] ..., porque si no trabajan como yo; [se refiere al trabajo sexual] puedes infectarte con sangre ... No ...?” TS8

En cuanto al riesgo Lacan (1983), hace mención que “los intentos de generalizar el peligro, necesarios después de conocer mejor las características del virus y su modo de transmisión, encuentran aquí un obstáculo, una resistencia casi colectiva. ¿Cómo

abandonarla cuando resulta tan útil? Esto encuentra una conexión más compacta aún, en tanto que permite dirigir el odio y la agresividad hacia otros, hacia aquellos otros que son o queremos suponer como diferentes”

“Cuando nos gusta un hombre, es tan guapo... es tan guapo...[se refiere a algún fornido y de buen aspecto] es tanta la debilidad [se refiere a la falta de voluntad] y ¿Puede estar enfermo?... [se refiere a la persona con quien se relaciona sexualmente] ahí nos caemos en riesgo” HSH6.

El grupo de los homosexuales identifican a la “debilidad como falta de voluntad”. Al respecto refiere Scheler (1995) que la educación de la voluntad está dispuesta a reaccionar (normales o sanas). La línea que los separa queda establecida por patrones de respuesta, sanas o adecuados al estímulo y desproporcionados o inadecuados, o sea si son o no proporcionados al motivo desencadenante. De ahí se deriva el diagnóstico de personalidad equilibrada o desequilibrada. Al aproximarse los entrevistados a las desventajas de conductas riesgosas y al ejercicio del comercio sexual así como también a conductas homosexuales se advierten “las enfermedades”, “enfermo” como uno de los elementos presentes, el hecho de pertenecer a Grupos de Elevada Prevalencia de Enfermedades Transmisibles Sexualmente (GEPETSS) incluido el SIDA está altamente ligada a este riesgo, en esta imagen estos grupos se enferman, y enferman a quienes se vinculan con ellos. Al respecto Morales (1965), estudió el proceso de discriminación, estigmatización, que dio por

hecho la generalización de la enfermedad en homosexuales.

Podemos notar que la concepción de riesgo en este grupo de trabajadoras sexuales es muy amplio y posiblemente obedece a su mayor tiempo de permanencia en consejería.

En definitiva, en lo referente a este tópico, es posible apreciar según los discursos de los entrevistados que en las concepciones de riesgo hay coincidencias como: “exponerse, la prostitución misma o las prostitutas”, “relacionarse sexualmente sin protección, con desconocidos, con extranjeros”; identificando aquí a los homosexuales que a diferencia de las trabajadoras sexuales consideran a las relaciones sexuales con homosexuales positivos. Además otras coincidencias que encuentran vinculadas a la concepción de riesgo es el “peligro”, sin embargo difieren que en el primer grupo identifican a “estar en peligro de muchas cosas”, mientras que en los homosexuales apuntan a “enfermar de SIDA”. Además la “posibilidad de contraer el SIDA”, a diferencia del grupo de los homosexuales quienes agregaron “morir con SIDA”.

Otro punto que cabe mencionar por su singular importancia es la “falta de voluntad”, “debilidad” como sinónimo de riesgo puesto que consideran que es parte de su personalidad o característica de los homosexuales y; asimismo el consumo de alcohol y drogas como una característica inherente a su conducta sexual.

Finalmente, diremos que las concepciones de riesgo que las trabajadoras sexuales le confieren a su conducta sexual es de carácter

amplio y generalizado mientras que en los HSH este es más específico, catastrófico y de carácter terminal; posiblemente confieren concepciones de riesgos congruentes a sus caracteres interactuantes. Esquematisándolo de la siguiente manera

Vivencias de riesgo del VIH/SIDA autopercebidos por trabajadoras sexuales y homosexuales

Las formas de vivir el riesgo en las trabajadoras sexuales y homosexuales, difieren grandemente, haciéndose evidente en las trabajadoras sexuales el vivir preocupadas por sus hijos; aceptando su realidad; esperanzándose en alejarse de la prostitución, aferrándose a la eficacia del preservativo. También hay quienes viven con ideas de suicidio, sintiéndose morir. Mientras que en los homosexuales se presenta con mayor agudeza pues las ideas de muerte son obsesivas, las desesperanzas de curación. Sin embargo hay homosexuales que refieren vivir en forma tranquila y añorando que su vida se prolongue, y con el control de su conducta sexual propia y de su entorno. Finalmente el temor y la vergüenza que se deriva de su gran debilidad y en algunos casos por su irresponsabilidad de no cumplir su rol preventivo.

Abordar este tópico es sin duda conflictivo, puesto que este grupo ha logrado internalizar que toda relación sexual lleva confinado un riesgo, con la única alternativa de aferrarse a la eficacia del preservativo.

“Bueno, sólo confiando en el preservativo. Todos los días de trabajo por que hay que trabajar no”, a veces el cliente no quiere con

condón, y me drogan y allí sí que la verdad ni yo sé como terminó, pues yo pido a Dios por mi salud". TS1

"Yo digo ya amaneció y a seguir...¿no...? digo ejem: hoy es viernes...y tengo que trabajar y digo Dios mío, pienso en Dios, pienso en mis hijos y sólo quisiera estar viva hasta que ellos me soporten. Me asusta el riesgo de enfermar pero más me asusta que mis hijos no tengan que comer o con que educarse". TS3

Sin embargo, la retribución económica compensa todos los momentos descontrolados y arriesgados, transformando la vivencia diaria en intolerable, aferrándose a la ayuda divina, implorando la protección de un ser todopoderoso, puesto que "son conscientes" que la suerte de no enfermar puede ser comparable a la suerte del juego de ruleta, en las que muchas veces estas personas pueden ser el blanco de la enfermedad.

"Por ratos... no está... no está presente en mí, [se refiere a la conciencia del riesgo del SIDA] a veces digo, o salgo...yo digo...pero pasan los días y sigo allí", [se refiere a seguir dentro de la prostitución] TS5.

Como vemos es altamente probable que las exigencias de la vida diaria mantengan saturados y ocupados a las personas, que no les permitan percibir otras alternativas de vida haciendo que sus actividades se desarrollen mecánicamente, a la vez que magnifiquen en forma unilateral, es decir las ventajas que al priorizarlas encuentran el bienestar de sus hijos anteponiéndolos ante cualquier otro aspecto.

"Yo sé que me espera algo malo, me pongo deprimida, después me pasa...cuando pienso en... bueno [sonríe avergonzada maliciosamente]. Lo que estando allí consigo dinero y.. ya..." TS4

En este discurso a las trabajadoras sexuales y los costos potenciales podrían ser las desventajas (percibidas) del sexo más seguro de todo el problema que implica abandonar su conducta riesgosa. James & Mann (op cit), al respecto identifica dentro de su modelo de conducta preventiva a los beneficios y costos, agrega que si fuera fácil adoptar las medidas de prevención, muchas personas ya habrían cambiado de conducta. La adopción de estas medidas no sólo producen beneficios sino costos. Los costos y beneficios juegan un papel definitivo en la toma de decisiones. Mientras que los costos son a menudo más y/o de acción retardada. Además agrega que para poder influir en el equilibrio entre costos y beneficios necesitamos tener un panorama claro de ellos y de la importancia que tienen en el proceso de la toma de decisiones. Sin embargo, el discurso de estos entrevistados deja entrever un conflicto silencioso, pues ellos ya han dado el paso al espacio público, del que no pueden retroceder.

"Ahora yo ya no sé, solo invoco a la virgen que me cuide y cuide a mis hijos, tengo mucho miedo, porque cuando tomo me drogo ... me pierdo y hago ... y me siento morir de esa maldita enfermedad. Porque lo maldigo mil veces porque tengo mis hijos que pueden morir de esta enfermedad que me consume y quisiera morir ya ..." TS2

Además en estos grupos el proceso de despersonalización y enajenación se

manifiesta en el proyectarse en otro espacio físico, desconectándose por breves momentos, a modo de evadir su insoportable realidad.

“Con preocupación por eso que me aseo, me voy a mis controles, pienso en mis hijos; que futuro les espera porque yo seguramente con esta enfermedad que pueda tener ... pienso ya no, pero la misma necesidad y las ventajas del horario ¿tengo que irme no?”

“Me asusto un poco, me arrepiento de mi conducta pero probablemente ya sea demasiado tarde ...” TS7

Por otra parte hay quienes dicen mantenerse en este oficio por las ventajas de horarios que éste ofrece, puesto que el día es determinado para el cuidado de sus hijos y los quehaceres del hogar, recalcando en forma repetida que es el único trabajo que le permite mantener un “orden en sus vidas”.

“Con mucho miedo, además mis resultados ... y si estoy mal ... por eso yo no quiero ir al hospital”. HSH1+

“Yo lo vivo con miedo, no voy a estar tras ... tras ... de mi pareja, yo lo cuido, para hacerlo sin condón, pero se me escapa, y yo la verdad que también me doy mis escapadas”. HSH6.

A lo anteriormente mencionado Freud (1974) hace referencia que nos encontramos con la particularidad de sujetos, de deseos determinados por un conocimiento de saber que tienen y desconocen y lo manifiestan. Es necesario situar algo en relación a ese deseo que dirige y frente al que “saber lo que hay que hacer” no alcanza y aún más este en la

causa de su malestar, vergüenza y debilidad (colapso de la voluntad), la voluntad está dirigida y dominada por el ello (los instintos), el super yo (las normas morales y sociales), la realidad (el mundo exterior). La probabilidad de elegir depende del predominio de uno de ellos.

La tendencia que se observa en los relatos de los entrevistados en ambos grupos es el temor, puesto que el saber que están en riesgo, el sentirlo emocionalmente y el actuar en consecuencia, es una cadena difícil de vivir para quienes han hecho de su oficio una actividad peligrosa.

“El riesgo yo lo vivo de manera tranquila por que yo sexualmente me conozco, cada uno sabe hasta donde uno va a llegar, además los factores dentro del círculo social, donde uno se desarrolla, amigos, parejas, parejas que hemos tenido eso también es importante” HSH5-

Además en este relato podemos resaltar como el control de su conducta sexual hace de su vivencia de riesgo una experiencia tranquilizadora, al menos en una relativa apariencia pues al ser vulnerable sexualmente, lo afirmado hace que se convierta en una mentira piadosa, incluso para sí mismo. Al respecto, Orizaga (op cit) manifiesta que ello es especialmente cierto, una forma de reducir el peligro de contraer el virus es ser más selectivo sobre la persona con la que tiene relaciones sexuales.

“¿Que cómo lo vivo? ... como si fuera el último día, de manera tranquila, doy gracias a Dios, yo pido a Dios que me dé más vida, porque quien vería por mi mamá, yo los

protejo, antes vivía desordenadamente, ahora yo me cuido, lo vivo tranquila, estoy bien, me siento bien, así como la Chola Chabuca [se refiere a un personaje que tiene un programa en la T.V.] creo yo. Mi hermano que antes me aborrecía por ser homosexual, ahora me alienta, me apoya, yo valoro eso y eso me ayuda". HSH1+

El relato del entrevistado, deja entrever que el estar infectados con el VIH/SIDA no es fenómeno de malestar, al parecer su vida desordenada, confusa y sobre todo la marginalidad y de constante rechazo de sus seres queridos parecieran que fue irrumpido al conocer su padecimiento, marcando controversialmente un cambio sustancial para lo que su autoestima representa, lo que se traduce por sus relatos de aceptación, y el hacer frente al SIDA y que ubica su bienestar a un nivel hasta cierto punto admirable y envidiable por aquellos que aún el estar enfermos de SIDA es intolerable. Al respecto la influencia de Heggs (1998) en su taller sobre las personas infectadas con ETS, fue palpable literalmente pudimos sentirlo. Citando sus propias palabras, ella "le dio la cara al VIH". Esta persona compasiva humaniza la condición, apela a nuestra compasión básica, sensibiliza a aquellos que más niegan la realidad y transmite energía a las demás personas.

Por fortuna refiere Heggs (op cit), en el futuro aprovecharemos mejor a las personas infectadas, que deseen participar en los programas de prevención de la infección por VIH/SIDA para promover nuestros mensajes de prevención.

"Lo vivo normal pero a veces ... tengo mis sobrinos, sobretodo ellos ... pienso en ellos y me pongo a llorar ... me gustaría verlos crecer yo estoy con esa mentalidad que vaya a morir ... a morir ..." HSH2+

En el discurso del participante emite una forma de vivir el riesgo normal a pesar de sufrir la enfermedad del SIDA y justifica sus emociones ligándolas a un sentimiento hacia familiares.

Como podemos ver, se hace evidente en los discursos de los entrevistados las formas de vivenciar el riesgo en ambos grupos difieren sustancialmente, siendo en las trabajadoras sexuales más llevadero. Muchas de ellas aún esperanzadas y con fe; sin embargo el cumplir el rol materno o el de jefe de familia justifican el vivir expuestos continuamente y por lo general viven aceptando su realidad sin poder percibir otras formas de sustento.

En el grupo de los homosexuales se presenta cargados negativamente por la discriminación que su homosexualidad representa y además por la estigmatización y la positividad en la mitad de la muestra lo cual recae sobre ellos y en los de su entorno como una realidad incisiva, cruel, despersonalizadora; que si bien la crisis en algunos ya es cosa del pasado en otro la idea de muerte no se aparta, arrastrándolos a la oscuridad de la depresión y en el mejor de los casos aspirar a un día más de vida, siendo para la mayoría de ellos lejanos e irreales las esperanzas de curarse.

Consideraciones finales:

La presente investigación, permitió conocer y comprender el fenómeno de estar en riesgo del VIH / SIDA a partir de la percepción y vivencia de cada uno de los participantes. Los resultados de este trabajo necesitan ser asimilados en toda su magnitud, para obtener una atención coordinada y comprensiva, considerando la gravedad del SIDA y el impacto que este produce en los que los que sufren real o potencialmente.

Después de haber discutido los hallazgos relacionados con los objetivos que fueron planteados en el presente estudio. Hallazgos que son descritos, analizados e interpretados a profundidad sobre la situación que el fenómeno de vivir con el VIH / SIDA significa para la población en riesgo y la población general; dado que la enfermedad ha trasbasado actualmente los límites de los grupos tradicionalmente considerados en riesgo. Son muchas las conexiones y redes que las trabajadoras sexuales y los homosexuales establecen y construyen con la familia y otros grupos de la sociedad. El haber obtenido una diversidad de descriptores y categorías del fenómeno en estudio, permitirá que tanto la asistencia y la investigación centren la atención en la búsqueda de estrategias para ayudar a los grupos altamente vulnerables a asumir conductas preventivas en salud. Los presupuestos más importantes que el estudio obtuvo son los siguientes:

1. El perfil de las trabajadoras sexuales y de los homosexuales que constituyen nuestro sujeto de estudio evidencian un nivel socio – económico (N.S.E.) bajo, carencia de afectos y valores, antecedentes de violación y maltratos físicos por familiares, actitud

reflexiva disminuida, prácticas sexuales sin protección, interferencias (barreras) en su autocuidado siendo más acentuado en el segundo grupo, haciendo de ellos un grupo de mayor vulnerabilidad en relación a las trabajadoras sexuales frente al riesgo del VIH / SIDA.

2. Las concepciones de riesgo del VIH / SIDA autopercebidas por trabajadoras sexuales y homosexuales convergen grandemente y son: exponerse sexualmente, peligro, enfermedades, SIDA – muerte, consumo de alcohol y drogas, lugar específico, la prostitución, sexo sin preservativos. Y divergen en que las trabajadoras sexuales identifican el contacto sanguíneo como concepción de riesgo y los homosexuales a la debilidad como rasgo inherente a su orientación sexual.

3. En la jerarquización de riesgo del VIH / SIDA autopercebida por trabajadoras sexuales y homosexuales las convergencias son: riesgo altísimo, un riesgo cuantificado, un riesgo alto, un riesgo comparado y un riesgo medio. Las divergencias son: en las trabajadoras sexuales no se identifica y en los homosexuales un riesgo super alto ubicándolos por ellos mismos en una jerarquía superior a todas las anteriores.

4. La conducta preventiva con pareja afectiva vs. cliente o persona que le otorga beneficios por sus favores sexuales autopercebidos por trabajadoras sexuales y homosexuales convergen en: ninguna, solo con cliente, esporádica. El grupo de homosexuales además señalan con pareja afectiva y con cliente.

5. Las formas de vivir y de sentirse frente al riesgo del VIH / SIDA convergen totalmente. Ambos grupos evidencian una forma dual de de vivir positiva y negativamente.

Bibliografía

AGGLETON, P (Is there). Method in the madress? Methodology and interpretation in socio – sexual research on HIV / AIDS. Ponencia presentada en el encuentro. Reconceiving sexuality international perspectives on gender, sexuality and sexual health. Río de Janeiro, Abril 1996.

BECKER, M.H. Ed. (1974). The health belief model and personal health behavior, CBS New Jersey USA.

BRONFMAN, M. (1995); Presentación en: El SIDA en México. Migración, Adolescentes y Género, México: Información Profesional Especializada.

BUSTAMANTE, E. (2000); Enfermagen Familias: Do Saber (in) comun ao saber académico do cuidar / cuidado familiar. Unidad Federal de Río de Janeiro. Tesis de doctorado 2000.

DRYDEN W, (1996) Overcocoming Anger – when anger Helps and When et Hurts Sheldon Press, London 1996.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE LA LIBERTAD. Unidad de Control de Enfermedades Transmisibles: Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA 2000.

HEGGS, (1998) Fogedmarken C, 1th 2200, copenhaque. Dinamarca.

HUSLEY, L. ARCHER, R.L. (1995) “Autoconciencia, uso de condón y pareja sexuales múltiples”, Revista Psicología Contemporánea 3(1) Vol 2.

JAMES & MANN (1977): Traducción Promoviendo sexo más seguro en público en general.

KENDALL P.C. NORTON, D. Perspectivas Científicas y Profesionales. Psicología Clínica, Editorial Limusa. México 1era Ed., 1988.

KREISS J.: Epidemiología Mundial del SIDA. Organización Panamericana de la Salud I, 1995.

LACAN, J. (1983) “La Agresividad en Psicoanálisis. Escrito I México: Siglo XXI, Editores.

MANN, J. Global AIDS: Epidemiología, impact, projections, global strategy. En: World Health Organization. AIDS prevention and Control Gendra: WHO; 1988: 3-14.

MANN, J. Tarantola, DJM Netter, ed AIDS in the volume II Oxford: University Press, 1996.

MORALES, Rodolfo: “Psicología Social”, Edc. De la Cultura México, 1965.

NÚÑEZ, M: Infecciones por VIH. Características Epidemiológicas. Infecciones Asociadas, en el Hospital Regional Docente de Trujillo al 31 de Octubre de 1995 – Trabajo de habilitación. Facultad de Ciencias Médicas, UNT . Trujillo – Perú, 1995. pp. 10.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: Guía Nacional de Atención Integral del Paciente con infección VIH/SIDA. Ministerio de Salud. Lima, 1999.

OPS (1989) SIDA: Perfil de una Epidemia, Publicación Científica 514, Washington.

PAALMAN, I.; Respuestas al SIDA, Propuestas a la sexualidad. Notas para una discusión. En sexualidad y reproducción, hacia la construcción de Derechos. CORSAPS y FLACSO, 1994.

PAIVA Y SKINNER (1996); Poor and young: The sexual scene and vulnerability to HIV in Urban Brazil. XI International Conference on AIDS; Abstract Th. D. 441; Julio 11, 1996; Vaoncouver.

PATRUCO, R. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el Perú (SIDA), estudios inmunológicos, Dx 1985, 6: 122 sobre 4.

POLIT, D. (1995); HUNGLER, B.; Investigación Científica en Ciencias de la Salud, 4ta. Ed. Interamericana, México, 1995.

, R; et al. La Prostitución como factor de la propagación de las ETS / SIDA. Características y Coadyuvantes en la localidad de Curimaná, Ucayali. Libro de resúmenes de trabajos libres. Pag. 321. VI Congreso Peruano de Enfermedades Infecciosas y Tropicales. SP y T. Lima 27-30 de Agosto, 1999.

PIMENTEL, M. y BISSO, A: Niveles de Ansiedad y Depresión en pacientes VIH / SIDA. Asintomáticos y Sintomáticos. Boletín

de la Sociedad Peruana de Medicina Interna 2000: 13, 8-12.

RABENECK, L.; WRAY, N.; Predicting the outcomes of human inmunodeficiency virus infection. Archer Intern Med. 1993: 153: 2749 – 55.

RAMOS, Ruby: “Promoviendo sexo seguro”: Traducción del Libro “Promoting Safer Sex” y análisis estilístico de las expresiones exocéntricas. Tesis para optar el título profesional de licenciatura en traducciones e interpretación. Universidad Femenina Sagrado Corazón Lima- Perú.

RODRÍGUEZ, G.; AMUCHÁSTEGUI, A.; RIVERAS, M. Y BRONFMAN, M.; Mitos y Dilemas de los jóvenes en tiempos del SIDA.

ROJAS, E.: “La Conquista de la Voluntad”, como conseguir lo que te has propuesto. Edit. Temas de Hoy. España 1994.

SANCHEZ J., GOTUZZO E.: Epidemiología del SIDA en el Perú. Organización Panamericana de la Salud, 1994.

SWANN W.B., GRIFFIN J.J., PREDMORE S.C., GAINES B. He Cognitive, Affective Cross fire: Wehen self – consistency confronts self – Enhancement – Journald of Personality and social Psychology, 1987.

TEJADA, A., TERRAZAS, L.; VALDERRAMA, R. “Efecto de la Educación sobre Conocimientos y Medidas Preventivas frente a la infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana en prostitutas clandestinas captadas por la Prefectura de Lima”, 1992. Tesis para optar el título de

Licenciada en Enfermería, Lima, 1993.
UPCH.

TURNER C.F., MILLER H.C., MOSES LEE, (1989), Eds. AIDS: Sexual behavior and intravenous drug – Washington DC: National Academy Press, 1989.

VASCONCELOS, A; NETO, A. y otros. Sexuality and AIDS prevention among adolescents from. Low – income communities in Recife, Brazil. Women and AIDS Research, Program Research Report Series Washington, D.C.: International Center for Research

VIDAL, P.; DE LA FUENTE G; FUENTES, G. (1994): Las miradas que duelen: Una aproximación psicosocial al mundo de la prostitución, Santiago. “Instituto de la Mujer”, día 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: Statistics from the world Health Organization. AIDS, 1995: Vol 9.

ZACARÍAS, F.: Epidemiología del SIDA en las Américas. Organización Panamericana de la Salud, 1994. 12: 13-24