

REFLEXIONES SOBRE LA REPRESENTACIÓN MENTAL DEL VIH/ SIDA EN UNA IPS EN BOGOTÁ¹

REFLECTIONS ON MENTAL REPRESENTATION

OF HIV/AIDS IN AN IPS IN BOGOTÁ.

Illera Rojas, Sofía Carolina - Maestría en Salud Pública
Coordinadora Implementación Modelo de Atención en
una IPS en Bogotá

Orientadora: Ana Camila García

OBJETIVO

Comprender la representación mental del VIH/SIDA por parte de profesionales y pacientes en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) en Bogotá, para contribuir a mejorar el modelo de atención de la IPS y disminuir la epidemia del VIH.²

RESUMEN

En este artículo trabajo la representación mental que tienen pacientes y profesionales (administrativos-asistenciales³) de personas con VIH o SIDA en una IPS en Bogotá, con base en entrevistas realizadas en el año 2016 en la IPS. Revisé amplia bibliografía nacional e internacional como referencia para triangular con el análisis de entrevistas y datos estadísticos disponibles.

¹ Este artículo es el resultado del trabajo de grado de la Maestría en salud pública de la Universidad del Bosque, trabajo que fue orientado por la profesora Ana Camila García.

² IPS: Institución prestadora de servicios de salud. VIH: Virus de la inmunodeficiencia Humana. SIDA: Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida.

³Entiéndase por “profesional asistencial” como aquellos profesionales de la salud y de las ciencias sociales que participan en las consultas para atención de los pacientes.

El fin último de este trabajo es procurar la disminución de la epidemia del VIH/SIDA, contribuyendo a cualificar las estrategias del modelo de atención en una IPS. Se busca el reconocimiento del paciente con VIH/SIDA, sus necesidades, realidades y formas de pensar, buscando comprender las falencias que existen en los programas de atención, que limitan la disminución de la epidemia.

Reconociendo que la aproximación a los pacientes con VIH/SIDA se hace a partir de un punto de vista personal, sería conveniente promover una visión impersonal, de forma tal que permita conocer o aproximarse a la realidad objetiva que viven estas personas y su punto de vista, más allá de opiniones y prejuicios.

Este ejercicio no es fácil, requiere ponerse en la realidad del paciente con VIH/SIDA, con la dificultad de tener un punto de vista, una experiencia propia, unas creencias y expectativas, que van a estar presentes en el imaginario que pretendemos formar del paciente con VIH/SIDA –y que pueden estar lejos de la realidad que es *ser* un paciente con VIH/SIDA.

PALABRAS CLAVES.

Discriminación, Estigma, SIDA, paciente, VIH, Infección, Representación Mental.

ABSTRACT

In this article I work on the mental representation of patients and professionals (administrative and caregivers²) in regard of people with HIV or AIDS at an IPS in Bogotá. Based on interviews conducted in the year 2016 at the IPS. I reviewed extensive national

and international bibliography as reference to triangulate with the analysis of interviews and available statistical data.

The ultimate aim of this work is to reduce the HIV/AIDS epidemic by helping to qualify the models of care in an IPS. For this purpose, this article contributes to the recognition of patients with HIV/AIDS, their needs, realities and ways of thinking, seeking to understand the shortcomings that exist in care programs, which limit the reduction of the epidemic.

Recognizing that the approach to patients with HIV / AIDS is done from a personal point of view, it is convenient to promote an impersonal vision, in a way that it allows us to know or approach the objective reality that these people live and approach their point of view, beyond opinions and prejudices.

This exercise is not easy, it needs to be put into the reality of the patient with HIV / AIDS, but with the difficulty of having our own point of view, our own experiences, beliefs and expectations, that are going to be present in the imaginary that we intend to form of the patient with HIV / AIDS - and which may be far from the reality of *being* a patient with HIV / AIDS.

KEYWORDS

Discrimination, Stigma, Patient, AIDS, HIV, illness, Infection, Mental Representation.

INTRODUCCIÓN

Las representaciones mentales se entienden como la forma material o simbólica de dar cuenta de algo real y están organizadas en estructuras que permiten darle sentido al entorno. Son opiniones resultantes, afirmaciones, creencias y comprensión de los

hechos o datos. (Razonamiento complejo unidad II., 2014)

Las representaciones mentales están conformadas por los siguientes elementos:

- La percepción: es como se interpretan las sensaciones físicas de la realidad.
- Procesos emocionales: son los sentimientos, valores y actitudes.
- Procesos Cognitivos: como se sintetizan las percepciones. (Razonamiento complejo unidad II., 2014)

Paul Thagard en su libro “La mente” representa de forma clara los aportes e inconvenientes de los seis enfoques de la representación mental en las ciencias cognitivas: la lógica, las reglas, los conceptos, las imágenes, las analogías y las conexiones (redes neuronales artificiales), haciendo hincapié en la necesidad de un modelo computacional- representacional de la mente que los integre. (Thagard, 2008)

Analizando la representación y vivencias de los pacientes con VIH/SIDA, es posible generar mecanismos de divulgación oportuna y confiable de información relacionada con el VIH/SIDA, cambiar los tabúes que existen, generar autoestima en el paciente, reducir los efectos de la estigmatización y buscar espacios favorables para que los pacientes con VIH/SIDA alcancen la calidad de vida esperada y puedan sobrellevar la enfermedad dignamente.

Teniendo en cuenta las reflexiones objeto de este documento, pretendo acercarme a las

vivencias y necesidades de los pacientes con VIH/SIDA y en consecuencia, con la implementación de estrategias que incluyan estas representaciones, espero obtener pacientes adherentes al programa, que conlleven a pacientes con mejores condiciones de vida y que son atendidas adecuada y oportunamente en la IPS.

En ese mismo sentido, espero que con el reconocimiento de las necesidades y vivencias de los pacientes, sea posible implementar estrategias para promover el autocuidado y la toma de medidas preventivas que contribuyan a la detención de la epidemia, partiendo desde medidas tomadas con el individuo y que trasciende finalmente al colectivo.

El estudio lo realicé en una IPS en Bogotá, en la que a la fecha son atendidos cerca de 450 pacientes con VIH/SIDA y a nivel nacional 8140. En esta IPS participo en gestiones de Garantía de Calidad en Salud y en la implementación del Modelo de Atención estructurado para pacientes con VIH/SIDA.

Es de mi interés propender por la buena prestación del servicio tanto en la sede de Bogotá como en otras sedes de la IPS, teniendo en cuenta la representación mental del paciente con VIH/SIDA y repitiendo las estrategias de emprendimiento propuestas.

Realicé búsqueda del estado del arte utilizando bases de datos en español e inglés, facilitadas por la Universidad del Bosque y otras de libre acceso, tales como: ClinicalKey, Scielo (Medisan), Medline, Pubmed, Ebsco, Ovid, Bioethics.com, y American Medical Association (AMA). Los términos de

búsqueda usados fueron: representación mental, Imaginarios del VIH, Personas con VIH y con VIH/SIDA, teorías de la mente, teorías de la enfermedad y psicología del VIH.

ACCIONES Y ACUERDOS INTERNACIONALES EN TORNO A LA SITUACIÓN DEL VIH/SIDA EN EL MUNDO

Desde la identificación del VIH/SIDA⁴, los registros de la infección mostraron una alarmante propagación a nivel mundial, consiguiendo rápidamente la dimensión de pandemia, que requiere los esfuerzos aunados de todas las naciones para contrarrestar la propagación del virus⁵.

La respuesta al virus en cierta medida ha cambiado al mundo, generando niveles de concientización, liderazgo y movilización de recursos políticos, financieros y humanos sin precedente para el manejo de enfermedad alguna (ONUSIDA, 2008).

Al igual que su rápida propagación, son alarmantes los efectos del VIH/SIDA en la población y en la salud pública mundial.

Como consecuencia del VIH/SIDA, el sistema inmunológico debilitado permite que el

⁴ En junio de 2016 se cumplieron 35 años desde que médicos de Centro para el Control y Prevención de Enfermedades -Center for Disease Control and Prevention (CDC)- de Estados Unidos reportaron las primeras evidencias del SIDA. El VIH como causa del SIDA fue identificado en 1983.

⁵ De acuerdo con la hoja informativa de 2016 de ONUSIDA, en el año 2015: 2,1 [1,8–2,4] millones de personas contrajeron la infección por el VIH, 36,7 [34–39,8] millones de personas en todo el mundo vivían con el VIH y 1,1 [0,94–1,3] millones de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA.

paciente infectado adquiera enfermedades oportunistas, y de ello se ha derivado el resurgimiento de enfermedades, infecciones y patologías que antes estaban controladas.

Asociado con el VIH/SIDA, hay un aumento significativo de enfermedades entre las que destacan: algunos tipos de cáncer, infecciones por parásitos, virus u hongos, meningitis, neumonía, tuberculosis y otras infecciones de transmisión sexual. En la etapa terminal, el VIH causa la muerte en pacientes que no pueden combatir las enfermedades oportunistas debido a su debilitado sistema inmunológico.

En las regiones más afectadas, las mejoras en salud que tanto costó lograr en los últimos 50 años han sido desplazadas por la muerte y discapacidad que causa el SIDA. La enfermedad está obstaculizando el progreso a nivel familiar, y de las comunidades y las naciones. En los países seriamente azotados también se ven amenazados el crecimiento económico y la estabilidad política. (Peter R. Lamprey, Jami L. Johnson y Marya Khan, 2006)

Los esfuerzos internacionales para combatir el VIH/SIDA iniciaron de forma estructurada desde 1987 con la creación del Programa Global sobre el VIH/SIDA de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En 1996 fue creado el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)⁶.

⁶En 2016, el “Párrafo de descripción básica sobre ONUSIDA es: *El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) lidera e inspira*

En el año 2000, en Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, la comunidad mundial acordó dar respuesta eficaz al VIH/SIDA incluyéndola en el contexto del programa de desarrollo más amplio. Entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el ODM 6 convoca a acciones sin precedentes para detener y comenzar a revertir el curso de la epidemia del VIH. (ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial de sida 2013., 2013).

En el año 2001, la comunidad mundial convino la Declaración de Compromiso de las Naciones Unidas en la Lucha contra el VIH/SIDA: Crisis mundial – Acción mundial. En ese mismo año nace la iniciativa de crear el Fondo Mundial⁷.

al mundo para hacer realidad su meta global de cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el SIDA. ONUSIDA aún los esfuerzos de 11 organizaciones de las Naciones Unidas (ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, UNODC, ONU Mujeres, OIT, UNESCO, OMS y Banco Mundial) y trabaja en estrecha colaboración con asociados mundiales y nacionales para poner fin a la epidemia de SIDA para el 2030 como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. (ONUSIDA, EL LENGUAJE DE ONUSIDA, 2016). - El “PÁRRAFO DE INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE ONUSIDA” está definido como: Breve párrafo que describe la misión o los objetivos de una entidad. Dicho párrafo se encuentra al final de todos los materiales de comunicación públicos y oficiales de ONUSIDA.

⁷ El Fondo Mundial es una asociación del siglo XXI concebida para acelerar el final de las epidemias de SIDA, tuberculosis y malaria. Fundado en 2002, el Fondo Mundial es una asociación entre gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las personas afectadas por las enfermedades. Recauda e invierte cerca de US\$4.000 millones anualmente para financiar programas dirigidos por expertos locales en los países y las comunidades que más lo necesitan. (FONDO MUNDIAL, 2016)

Un año después, con el apoyo del Banco Mundial, fue creado el "Programa Mundial de lucha contra el VIH/SIDA" para hacer frente a la pandemia del VIH/SIDA desde una perspectiva lo más amplia posible (como intervenciones en educación, redes de protección social, transporte y otras esferas de vital importancia). (VIH/SIDA BANCO MUNDIAL, 2004)⁸

En 2006, 2011 y 2016 la comunidad mundial, evaluando los alcances realizados y objetivos pendientes por cumplir, ratifica compromiso de aunar esfuerzos para contrarrestarla epidemia con las respectivas Declaraciones Políticas de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

Durante la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas para Poner Fin al SIDA, celebrada en Nueva York (EE. UU.) del 8 al 10 de junio de 2016, los estados miembros de las Naciones Unidas se comprometen a implantar un audaz programa para poner fin a la epidemia de SIDA para 2030. La progresiva, nueva y factible Declaración Política incluye un conjunto de objetivos y acciones específicos y con plazos concretos que deben alcanzarse para 2020 si el mundo desea acelerar la respuesta y poner fin a la epidemia de SIDA

⁸ El Programa Mundial de lucha contra el VIH/SIDA presta apoyo al Banco Mundial en sus esfuerzos por incorporar al VIH/SIDA en sus actividades relativas a todos los sectores económicos y sociales, ofrece información sobre lo aprendido a nivel mundial, e intercambio de conocimientos sobre los mejores medios de hacer frente al VIH/SIDA. Una de las funciones esenciales del Programa es encabezar las actividades de vigilancia y evaluación que realizan los asociados en el ONUSIDA (el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA) a nivel de los países.

para 2030, dentro del marco de Objetivos de Desarrollo Sostenible.

VIH Y LA ATENCIÓN EN SALUD.

En síntesis, *la epidemia del SIDA puede que sea la catástrofe de salud más devastadora de la historia de la humanidad* (Peter R. Lamprey, Jami L. Johnson y Marya Khan, 2006)

Actualmente no existe cura para el VIH⁹, los pacientes son tratados con medicamentos antiretrovirales (ARV) para disminuir la progresión de la enfermedad y prolongar años de vida.

Si bien el VIH/SIDA es claramente un problema de salud, en todo el mundo se reconoce que es también un problema de desarrollo que pone en peligro el bienestar humano, los adelantos socioeconómicos, la productividad, la cohesión social e incluso la seguridad nacional. El SIDA llega hasta todos los rincones de la sociedad. Afecta a padres, niños y jóvenes, a maestros y trabajadores de la salud, a ricos y pobres. (VIH/SIDA BANCO MUNDIAL, 2004)

La principal estrategia a nivel mundial para detener la propagación del VIH está orientada a la detección temprana y uso de mecanismos de prevención de la propagación de la infección. Los mecanismos de prevención para

⁹ Si bien hay recientes reportes científicos y publicaciones con esperanzadores avance en investigaciones para encontrar una cura y/o vacuna para enfrentar el VIH, a la fecha no existe ni cura ni vacuna con los análisis suficientes para garantizar su efectividad y aplicación y efectividad.

impedir la transmisión del VIH pueden ser muy efectivos¹⁰ y su implementación dependen gran medida de personas que padecen la enfermedad y del nivel de exposición al riesgo de contagio.

Vale precisar que se ha identificado que las conductas de algunos grupos de personas los exponen en mayor medida a contraer el VIH, pero en general, cualquier persona puede infectarse. Debemos concienciarnos que estamos expuestos a contraer el VIH y que todos somos afectados por las consecuencias de la enfermedad, tanto en los aspectos de salud pública como en otros ámbitos que involucran a la sociedad en general.

Desde 1988 hasta 2004, ONUSIDA organizó el Día Internacional de la Lucha contra el SIDA, y, en consulta con otras organizaciones seleccionó un “lema” para cada celebración del día contra el SIDA. En varios de los “Lemas” del día mundial de la lucha contra el SIDA¹¹ es requerida la movilización de

¹⁰ Esta observación parte de entender que el VIH/SIDA es la enfermedad mejor estudiada de la historia (http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/jc975-livinginworldaids_es.pdf), y que se cuenta con los mecanismos de prevención ya que el VIH es muy frágil, sobrevive solo en condiciones muy precisas y tiene mecanismo de transmisión limitado (solo se transmite a través de los fluidos corporales y en particular la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna) puede ser controlado creando las barreras necesarias para evitar su contagio.

¹¹ Especialmente los lemas de los siguientes años hacen referencia explícita sobre el trabajo colectivo para detener la epidemia: 1991 "Unamos nuestras fuerzas"; 1992: "El SIDA, un compromiso de toda la comunidad"; 1995 "SIDA: Derechos comunes, responsabilidades compartidas"; 1996 "SIDA: Un mundo una esperanza"; 2000: "En las manos de los hombres está el cambiar el curso de la epidemia del SIDA"; 2002 "Vive y deja vivir"; 2003-2004 "Contra el Estigma y la Discriminación todos y todas podemos

los involucrados a nivel mundial para contrarrestar la propagación y los efectos de la epidemia del VIH/SIDA.

Los actores del Sistema de Salud Colombiano, colaboran con el esfuerzo realizado a nivel mundial asumiendo un alto grado de responsabilidad y compromiso con la prevención y control de la epidemia por medio de las estrategias implementadas.

Con el propósito de conocer la magnitud de la epidemia en Colombia y planear respuesta al VIH/SIDA a partir de 1988¹², el Ministerio de la Protección Social Colombiano ha puesto en marcha programas de vigilancia epidemiológica principalmente entre los grupos identificados como de mayor vulnerabilidad. (Espitia Cuéllar, 2014)

De acuerdo con el “Informe de comportamiento en la notificación de VIH-SIDA hasta el periodo epidemiológico 13 del año 2014”, existía en Colombia una epidemia concentrada principalmente en grupos de alta vulnerabilidad: trabajadores y trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), usuarios de drogas inyectables, mientras que en el resto de población es menor del uno por ciento.

hacer algo"; 2009: "Acceso universal y derechos humanos"; 2013: "Discriminación cero"; 2014: "Cerremos la brecha". Vale resaltar que a partir del 2005 la WAC (WorldAidsCampaign: Campaña Mundial contra el SIDA) es la encargada de seleccionar el lema anual y que este es adoptado por la ONUSIDA

¹² El primer caso de SIDA en Colombia se notificó en 1984. Cuatro años después, en 1988, se realizó el primer estudio de seroprevalencia con el propósito de intentar conocer la magnitud de la epidemia y responder a ella.

Este mismo informe resalta que los colombianos enfrentan condiciones de vulnerabilidad derivadas de factores socioeconómicos como desplazamiento forzado interno, pobreza, marginalidad y la desigualdad de género, entre otras, que inciden en el crecimiento de la epidemia y podrían contribuir a su generalización (Espitia Cuéllar, 2014).

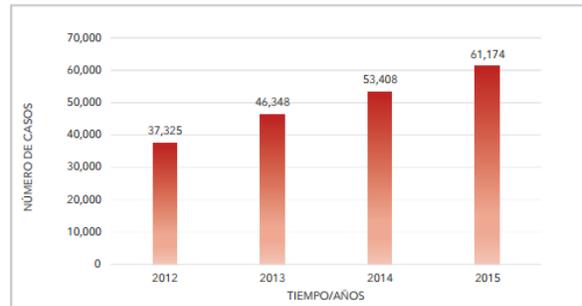
Por la información presentada en recientes informes se observa que la distribución citada con respecto a la expansión de la epidemia, se mantiene para los siguientes años.

A partir del año 2012, la Cuenta de Alto Costo¹³ lleva los registros de casos notificados de VIH/SIDA en Colombia y recopila los datos mediante la estructura definida de acuerdo a la resolución 4725/2012.

¹³ La Cuenta de Alto Costo (CAC), es un organismo técnico no gubernamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia creado mediante el Decreto 2699 de 2007 que obliga a las EPS de ambos regímenes y demás EOC (Entidades Obligadas a Compensar) a asociarse para abordar el Alto Costo y opera como un Fondo autogestionado que contribuye a estabilizar el sistema de salud, garantizando la operación real de la solidaridad y desestimulando la selección y discriminación de la población mediante un ajuste de riesgo de la prima básica en función de los casos de alto costo. Constituye un "Frente Común" para el abordaje del Alto Costo como fenómeno de gran impacto en el país, mediante articulación de Sociedades Científicas, Instituciones Prestadoras, Asociaciones de pacientes y Aseguradoras, que promueve la gestión de riesgos en EPS e IPS mediante pedagogía, difusión de experiencias exitosas, instrumentación y creación de referentes técnicos, para disminuir la tendencia de nuevos casos de alto costo y procurar la calidad técnico-científica en el manejo de los casos existentes con el fin de disminuir los eventos evitables derivados.

<https://cuentadealtocosto.org/site/index.php/quienes-somos>

Ilustración 2. Número de casos PVIH, Periodo 2012 - 2015

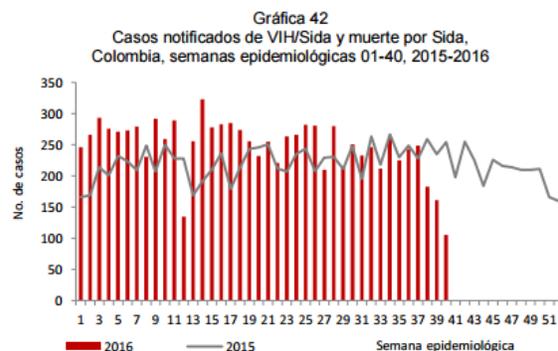


Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015.

Tomado de: CUENTA DE ALTO COSTO

<https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/Situacion%20del%20VIH%20en%20Colombia%202015.pdf>

Por su parte, el Boletín Epidemiológico del Instituto Nacional de Salud presenta los reportes de los casos de VIH/SIDA (y otras patologías) reportados semanalmente.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015-2016

Tomado de: BES – BOLETIN

EPIDEMIOLOGICO

SEMANAL¹⁴ [http://www.ins.gov.co/boletin-](http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiologico/2016%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2040.pdf)

[epidemiologico/Boletn%20Epidemiologico/2016%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2040.pdf](http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiologico/2016%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2040.pdf)

¹⁴ Boletín epidemiológico semanal, número 40 de 2016, Gráfica 42, Casos notificados de VIH/SIDA y muerte por SIDA, Colombia, semanas epidemiológicas 01-40, 2015-2016.

En el Boletín epidemiológico de la semana 40 del 2016, el Sistema de Información del Sistema de Salud Colombiano, se reportan cerca de 250 nuevos casos cada semana del 2016, valores que superan los promedios del año anterior.

En el mismo reporte, el número de nuevos casos confirmados de VIH/SIDA asciende a 9.939 (sin tener en cuenta posibles reportes tardíos que no han sido incorporados en la semana). (Instituto Nacional de Salud, 2016)

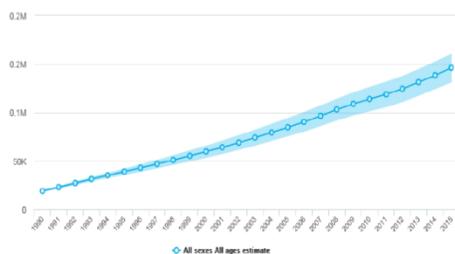
Así, en la semana 40 del 2016 ya es superado el acumulado a la semana 45 de todos los años anteriores (2013: 7.670 casos; 2014: 8.854 casos; 2015: 9.740 casos, de los cuales 9078 casos están en estadio VIH y SIDA y 662 aparecen con condición final muerto).

Con los reportes de cada país¹⁵, la ONUSIDA realiza estimaciones (a nivel mundial, regional y por países) sobre las tendencias y distribuciones de pacientes con VIH/SIDA.

UNAIDS | AIDSinfo

People living with HIV

1. People living with HIV (all ages)



Tomado de: AIDSINFO

<http://aidsinfo.unaids.org/>

¹⁵ Los modelos de las estimaciones sobre el VIH se calculan con el programa informático Spectrum. Los archivos nacionales se desarrollan en los países y se envían al ONUSIDA para su revisión. Los resultados son aprobados por representantes nacionales (ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial de sida 2013., 2013).

Reporte grafica informativo global 2016.

En el reporte presentado en 2016, las estimaciones de ONUSIDA alcanzan, en 2015, 150.000 personas que viven con VIH en Colombia de los cuales cerca de 10.000 son nuevos casos estimados para el mismo año.

Tanto en los registros nacionales como los de ONUSIDA se evidencia el aumento de pacientes que viven con VIH/SIDA, así como el aumento de incidentes de VIH/SIDA en Colombia.

Al igual que en los incrementos de incidentes en las mediciones interanuales, se estima que los incrementos mensuales son producto de la identificación de nuevos pacientes, a través de los planes que están empleando los aseguradores (con los que se logra la detección y remisión de pacientes la IPS para ingreso al programa). Adicionalmente al aumento de detecciones, la cantidad de pacientes que viven con VIH está en ascenso por la prolongación de la vida de los pacientes que son atendidos con retrovirales.

Es posible inferir que los tratamientos -con retrovirales- han dado resultado prolongando el tiempo de vida de los pacientes con VIH/SIDA, lo que se refleja en el aumento de personas que viven con VIH/SIDA. Por su parte, el aumento interanual de incidentes de pacientes con VIH/SIDA en Colombia, lleva a pensar que han dado resultado los programas para detección de los pacientes que sufren VIH/SIDA y cuestiona la eficacia de las estrategias implementadas para prevenir la propagación de la enfermedad.

Desde hace cuatro años laboro en una - IPS que brinda tratamiento a pacientes con VIH/SIDA¹⁶- gestionando Garantía de Calidad en Salud y en la implementación del Modelo de Atención formulado para pacientes con VIH/SIDA -.

Las interacciones que he tenido con pacientes VIH/SIDA y profesionales que prestan servicios en esta institución, me motivaron a analizar la representación mental del VIH/SIDA.

Este estudio fue realizado en las sedes administrativa y asistencial de la IPS, ubicada en Bogotá.

LA IMPORTANCIA DE LAS REPRESENTACIONES MENTALES EN LAS ESTRATEGIAS DE SALUD PARA ABORDAR EL VIH/SIDA.

Cuando hablamos del VIH y del SIDA, es importante comenzar por el conocimiento de lo propuesto por las instituciones centrales de la salud en el mundo.

Tales propuestas son incorporadas en los lineamientos que proporciona en Colombia la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)¹⁷, y el Ministerio de Salud de

¹⁶ Para mantener confidencialidad y anonimato tanto de la IPS como de los pacientes que son atendidos en ella, omito citar el nombre de la IPS. Sin embargo, debo resaltar que tiene presencia en 12 ciudades del país, con la visión, de ser en el año 2025 referente mundial de salud y bienestar, manejando el programa de VIH/SIDA en 5 países latinoamericanos y que según la Cuenta de Alto Costo (CAC) es una de las IPS que atiende el mayor número de pacientes VIH positivo en Colombia

¹⁷ La Política de Atención Integral en Salud (PAIS), cuyo objetivo primordial es centrar la acción de salud en las personas, a nivel individual, familiar y colectivo;

Colombia, encargados de proporcionar los lineamientos que deben cumplir las IPS para prestar los servicios de salud por medio de la legislación y según está establecido el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, el Plan Nacional de Desarrollo 2014- 2018 (Direccionado por la Ley 1753 de 2015), y La Ley estatutaria de salud (Direccionado por la Ley 1751 de 2015).

Revisando los artículos científicos sobre el VIH/SIDA, encuentro que hay tres grandes estrategias exploradas para luchar contra la infección¹⁸. La primera es detener la propagación de la infección, la segunda es mantener estable el estado de salud de los pacientes y por último, disminuir la estigmatización y discriminación a los enfermos.

Estas estrategias han sido hasta hoy los ejes centrales de los planes interanuales propuestos para enfrentar el virus y que se ajusta con las determinaciones del más reciente comité regional de la OMS para las Américas y

no en las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) ni en las Entidades promotoras de salud (EPS). La política comprende un componente estratégico, que determina las prioridades del sector salud en el largo plazo; y un componente operativo, que consiste en el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), que se constituye en el marco para la organización y coordinación de actores e instituciones para garantizar que los ciudadanos accedan a servicios seguros, accesibles y humanizados.

¹⁸ La primera fase de la lucha contra el VIH/SIDA se centró principalmente en la acción y las investigaciones epidemiológicas sobre la enfermedad. No obstante, los avances científicos han puesto de relieve que puede transcurrir un largo periodo de tiempo (entre 5 y 10 años) entre la infección inicial y la manifestación de la enfermedad. Por ello, se prestó mayor atención no sólo a los aspectos médicos, sino también a la educación para la prevención y a la fase intermedia posterior a la infección. (UNESCO, 2003)

están en consonancia con otros planes interanuales vigentes, ya sean de orden nacional, regional o global.¹⁹

En Colombia, si hablamos específicamente de los modelos de atención de pacientes con VIH, podemos decir que son el conjunto de intervenciones requeridas para restringir el crecimiento de la epidemia del VIH, evitar que se infecten quienes no están infectados y que quienes están infectados no transmitan el VIH, no se re-infecten y encuentren todos los recursos requeridos para tratar la enfermedad y satisfacer sus necesidades médicas (Ministerio de la Protección Social, 2006).

La necesidad de disminución de la estigmatización y la discriminación, implica que cuando queremos abarcar la problemática acerca del VIH/SIDA y de las personas que conviven con el virus, es importante conocer los imaginarios que existen alrededor de la enfermedad.

La representación mental de los diferentes actores se vuelve de gran importancia: pacientes, cuidadores y familiares,

¹⁹ La visión del PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL 2016-2021, resultado de la 68.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS, es de reducir a cero el número de casos nuevos de infección por el VIH, las muertes relacionadas con el sida, y las complicaciones y muertes relacionadas con las ITS. También procura eliminar por completo la discriminación y otras barreras para el goce de los derechos humanos relacionados con la salud en un mundo donde todas las personas, independientemente de su orientación sexual, identidad de género, estado con respecto a la infección por el VIH o discapacidad, tengan acceso oportuno a servicios de buena calidad para la prevención, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH y las ITS, de manera tal que todos puedan tener una vida larga y gozar de buena salud en el transcurso de la misma.

aseguradores y demás proveedores de servicios, y particularmente aquellos que prestan servicios de salud a los pacientes (profesionales, técnicos, asistenciales y administrativos) en las IPS.

El asunto aquí, es que en este último grupo de actores del sistema de salud, se haya construido una representación mental de los pacientes distante de lo que realmente son, y en consecuencia se generen estrategias de salud pública que no cubran las necesidades o expectativas de los pacientes y sus núcleos de apoyo.

Es necesario tener en cuenta que la forma como vemos a los pacientes con VIH/SIDA, está influido por factores que nos rodean, como lo describe Searle a continuación:

“Los esfuerzos humanos reales para obtener representaciones verdaderas²⁰ de la realidad están influidos por todo tipo de factores: culturales, económicos, psicológicos, etc. La objetividad epistémica completa es difícil, y a veces, imposible, porque las investigaciones reales parten siempre de un punto de vista motivado por todo tipo de factores personales, y se ubican en un determinado contexto cultural e histórico”. (Searle, 1997)

A propósito de la estigmatización, en un artículo publicado en el

²⁰ Para Searle *El mundo (o la realidad, o el universo) existe independientemente de nuestras representaciones del mismo, y Estar en posesión de conocimiento significa estar en posesión de representaciones verdaderas, para las cuales podemos ofrecer determinados tipos de justificación o de evidencia. El conocimiento es, pues, objetivo por definición en el sentido epistémico, porque los criterios que se dan para el conocimiento no son arbitrarios, y son impersonales.*

2002, Yvette Collymore muestra cómo la disminución de la estigmatización y la discriminación afecta directamente la prevención y el tratamiento de la enfermedad. En dicho artículo el Dr. James W. Curran, menciona que: *"Es necesario detectar qué clases de estigmas²¹ y discriminación²² tienen efectos nocivos para el control de la enfermedad"*. (Collymore, 2002).

En estudio realizado en República Dominicana, Miric identifica a las personas afectadas por la carga psicosocial del estigma sentido²³ como un grupo de alta vulnerabilidad entre las personas que viven con el VIH/SIDA,

²¹ Según afirma ONUSIDA, "En el fondo, el estigma crea y es a la vez creado por la desigualdad social". "El estigma se origina en lo profundo de la estructura misma de la sociedad y en las normas y valores que rigen la vida diaria. El estigma hace que ciertos grupos dentro de una sociedad resulten subestimados y avergonzados, a la vez que estimula sentimientos de superioridad en otros.

²² Uno de los interrogantes principales es cuáles serían los métodos apropiados para medir la dimensión y profundidad de este problema. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) afirma que el estigma es "el más intangible de los fenómenos"³ y, si bien hay muchos programas de prevención y cuidado orientados a erradicar estas actitudes dañinas, no hay prácticamente nadie que haya encontrado una manera confiable de medir los efectos nocivos del estigma y la discriminación, según afirma ONUSIDA en su publicación titulada "Programas nacionales de SIDA: guía para el monitoreo y la evaluación".

²³ Miric hace referencia a la distinción ampliamente aceptada entre el estigma institucionalizado o efectivo y el estigma sentido (NIH guide (June 20, 2002). Stigma and Global Health Research Program. Consultado en Internet 07/20/02 en <http://grants.nih.gov/grants/guide/rfafiles/RFA-TW-03001.html>), refiriéndose el primero a los sentimientos, pensamientos y comportamientos del medio social hacia las personas que portan un estigma social determinado, y el segundo a sus propias vivencias vinculadas a este atributo.

"[...] planteando la necesidad de estrategias puntuales de intervención psicosocial, diseñadas de manera específica para intervenir en la reducción de los niveles de este fenómeno en la población afectada y fundamentadas en la comprensión oportuna de los mecanismos psicológicos que subyacen al estigma sentido en sus diferentes dimensiones. Se requiere, a la vez, de estudios adicionales que permitan identificar otros factores que contribuyen a la carga psicosocial del estigma sentido entre las personas que viven con el VIH/SIDA en la República Dominicana y para validar los resultados de este estudio en otras poblaciones, evaluando, a la vez, el impacto del estigma sentido en la incidencia de otras problemáticas psicosociales, incluyendo el uso y abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, violencia, trastornos de ansiedad y afecciones psicosomáticas, entre otras" (Marija Miric, 2005)

La identificación de la clase de estigmas y discriminación que sufren los pacientes, permitiría a los profesionales en salud en Colombia fortalecer el modelo de atención de pacientes con VIH/SIDA.

De esta forma es posible incorporar estrategias educativas y de crecimiento emocional y espiritual, que permitan mitigar desde la atención general (y especialmente en las consultas de trabajo social y psicología) el impacto de las acciones de estigmatización y discriminación. Con ello el modelo de atención fortalece al paciente en su lucha por mantener una vida estable y segura, a pesar de la enfermedad que padecen, teniendo el

paciente un rol activo en el manejo de la enfermedad.

El trabajo y estrategias de educación al que hago referencia lo resalta también Lamotte cuando dice: *“conviene acentuar que a estos pacientes se les debe de enseñar todo lo relacionado con su padecimiento, pues ello incrementa su nivel de cooperación, tan necesario para poder seguir la evolución de la enfermedad y lograr que participen activamente en las tomas de decisiones junto a su médico”*(Lamotte Castillo, 2004)

Cabe aclarar que esta estrategia educativa que planteó Lamotte, está enfocada en los pacientes que ya están diagnosticados y pertenecen a un programa de atención. Quedan por fuera de la estrategia aquellas personas que no han sido diagnosticadas y los pacientes que fueron diagnosticados pero que no pertenecen a un programa de atención, ya sea porque el paciente no tienen la voluntad y/o las condiciones mínimas necesarias para acceder y permanecer en un programa de atención, o porque existen condiciones en el entorno del paciente que limitan su manejo dentro de un programa de atención.

En gran medida las personas que no han sido diagnosticadas y los pacientes que fueron diagnosticados, pero que no pertenecen a un programa de atención de pacientes con VIH, se caracterizan por alta desinformación a cerca de la enfermedad.

Según Collymore *“el miedo a ser etiquetado o relegado socialmente hace que muchas personas prefieran no someterse a pruebas de detección del virus, o que eviten el tratamiento*

en el caso de las personas que tienen el VIH”. (Collymore, 2002).

Los prestadores del servicio toman un papel relevante en el tratamiento y en la prevención, en el cual, a partir de la representación mental que tiene del paciente con VIH/SIDA ayudan o dificultan la creación de vínculos de esperanza, optimismo y compromiso que pueden orientar e impulsar al paciente con VIH/SIDA.

De acuerdo con Goleman, *“Finalmente, está el valor médico agregado de un médico o una enfermera empáticos, que tienen sintonía con los pacientes, capaces de escuchar y ser escuchados. Esto supone fomentar el “cuidado basado en la relación”, reconociendo que la relación entre médico y paciente es en sí misma un factor significativo.”* Y resalta que:

“Transmitimos y captamos estados de ánimos unos de otros en lo que equivale a una economía subterránea de la psiquis en la que algunos encuentros son tóxicos y otros nutritivos [...] Enviamos señales emocionales en cada encuentro, y esas señales afectan aquellas personas con las que estamos. (Goleman, 1996).

Al cuestionar sobre las implicaciones del diagnóstico y lo que motiva a que las personas prefieran no someterse a las pruebas de detección del virus, aun cuando están conscientes de que una detección temprana podría asegurar una mejor calidad de vida y que podrían vivir con el VIH como una infección crónica, Passerino afirma que:

“[...] se está en condiciones de aventurar que el diagnóstico se concibe como la

materialización de la transgresión; la palabra se transforma en sanción y el individuo se convierte en sujeto de la enfermedad, el diagnóstico visibiliza, [...] a partir del diagnóstico, la infección se transforma, se convierte en enfermedad, es decir, uno se sabe enfermo —aún sin alteraciones biofísicas—, la patología se hace subjetiva. [...] El diagnóstico, por tanto, no solo se aleja de ser lo más tranquilizador, sino que recurre e insiste sobre el “no saber”, sobre el no querer realizarse los test” (Leila Martina Passerino, 2013).

Así, según sostiene la literatura especializada, para evitar la posible discriminación o estigmatización, algunas personas entran en un proceso de negación o negligencia, y voluntariamente se retiran de los programas de atención u optan por no realizarse las pruebas de detección.

Refiriéndose al miedo de ser etiquetado o relegado socialmente y la afectación que parte desde el individuo hacia el colectivo. Collymore, en el artículo, refuerza esta idea cuando cita que: *“Esta clase de reacciones representan un serio obstáculo frente a los esfuerzos de prevención y tratamiento, ya que agravan aún más los efectos de la epidemia”*. (Collymore, 2002)

Está claro que los portadores VIH que se retiran de los programas o que no se realizan pruebas de detección, restringen la lucha contra la infección agravando los problemas de salud y el manejo del virus (con implicaciones tanto para la salud y calidad de vida del individuo -que decide no realizarse

pruebas de detección o adherirse a programas de atención-, como a la sociedad en general).

Según Martin Novak: “[...] *el origen de muchos problemas de hoy puede encontrarse en una profunda tensión entre lo que es bueno y deseable para la sociedad y lo que es bueno y deseable para el individuo.* (Nowak, 2012).

Los programas de salud pueden focalizar esfuerzos al identificar el imaginario que tenemos de los pacientes con VIH/SIDA.

Dichos esfuerzos materializados en estrategias específicas que entiendan las necesidades, estigmas y discriminaciones que perciben los pacientes con VIH permiten reducir la cantidad de pacientes infectados que voluntariamente no asisten a un programa de atención y permite también disminuir la proporción de personas con VIH que prefieren no someterse a pruebas de detección -para evitar la estigmatización y la discriminación-.

En el desarrollo de los programas de atención de pacientes VIH debe incorporarse el imaginario colectivo e individual que tenemos de los pacientes con VIH/SIDA, porque de esas representaciones se derivan en gran medida las interacciones de la sociedad con los pacientes VIH y, tal como cita Conde:

“[p]ara la salud pública resulta de utilidad conocer no solamente las tasas epidemiológicas “objetivas”, sino también las vivencias subjetivas, concepciones socioculturales, preferencias y valores de los personas con VIH, pues de este modo cabe diseñar acciones que se adecúen mejor a las

necesidades sentidas por ellas.”(Fernando Conde Gutiérrez Del Álamo, 2012)

Según Conde, hay dos variables con influencia determinante en la percepción personal del VIH, las define como i) Una variable temporal: el mayor o menor tiempo de tratamiento y ii) una variable cognitiva: el nivel de información sobre la infección por VIH.

Con relación a la segunda variable, sostiene que *“la cantidad y calidad de información sobre el VIH, es una variable compleja en la que se entremezclan diferentes planos y dimensiones. Pero en el nivel más operativo, el grado de información se manifestó esencialmente en la equiparación o diferencia establecida entre VIH y SIDA. Esta identificación o distinción no solamente estaría expresando el grado “técnico” de conocimiento de la enfermedad y su posible evolución, sino también la propia actitud respecto de la infección. En el caso de nuestra investigación, todos los relatos recogidos sobre el momento del diagnóstico resultaron mucho más dramáticos cuando la persona no era consciente de la distinción entre VIH y SIDA, en cualquier caso, pensaba que le estaban diagnosticando una enfermedad “mortal”. Así ocurría, por ejemplo, entre la mayor parte de las personas inmigrantes entrevistadas, cuyos conocimientos sobre el VIH eran generalmente muy escasos”*.(Fernando Conde Gutiérrez Del Álamo, 2012).

Con relación al nivel de información, o más bien de desinformación con que se cuenta usualmente a nivel colectivo sobre el

VIH/SIDA, Collymore, haciendo mención al desconocimiento que se tiene sobre el virus del VIH y la enfermedad del SIDA, considera que parte de la estigmatización y discriminación se debe a *“la presencia de lagunas en el conocimiento que se tiene acerca de estos aspectos de la enfermedad”*.(Collymore, 2002)

¿QUÉ PERCIBIMOS DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA?

Goleman aborda desde diferentes puntos de vista la interrelación entre la medicina y los aspectos motivacionales o emocionales relacionados con la atención prestada al paciente y cuestiona que exista en la medicina de la sociedad moderna un interés principal por la curación de la patología (disease) dejando de lado la experiencia que el paciente tiene del mal que lo aqueja -esto es, la enfermedad (illness)-, y resalta que en algunos casos los efectos emocionales afectan la recuperación de los pacientes tanto por la respuesta del cuerpo a su estado de ánimo como por la actitud del mismo ante eventos que pueden ser perjudiciales.

Con base en mi experiencia profesional con los pacientes con VIH/SIDA y con las entrevistas realizadas puedo concluir que, por lo menos en la IPS en cuestión, la mayoría de los pacientes que llevan poco tiempo en el programa, conocen poco o nada de la enfermedad y que tienen imaginarios erróneos acerca de la enfermedad que padecen y su transmisión.

Esto lleva a que al inicio no exista adherencia al programa al tratamiento y en consecuencia haya detrimento de su estado de salud,

afectación emocional, e incluso desinterés por prevenir la transmisión de la enfermedad.

Ejemplo claro del imaginario erróneo, son las creencias de los pacientes y personas en general, al trabajar el tema de Sexo Seguro, procesos de reinfección y resistencia adquirida. Algunos pacientes VIH consultados, consideran que si las personas (pueden ser más de dos) que tienen relaciones sexuales son portadores del VIH o tienen SIDA, no requieren protección para el sexo seguro (como el condón) puesto que ya son portadores “desconociendo así que se puede presentar una reinfección con otro serotipo del virus”. (Lamotte Castillo, 2004). Así, algunos pacientes incrementan el riesgo de reinfectarse y re-infectar.

Del mismo modo que el nivel de información afecta a los pacientes, las emociones tienen una estrecha relación con la buena disposición a los tratamientos e incluso con la adherencia a los programas y se constituye en un factor motivacional de suma importancia.

Goleman advierte que uno de los motivos por los que los pacientes se niegan a seguir los tratamientos es por la incertidumbre, y la sensación de temor o catástrofe derivada de no comprender con claridad la enfermedad que sufren [los pacientes], y recalca que los encuentros entre los pacientes y el personal que los atiende pueden ser una oportunidad para informar al paciente, darle consuelo y/o tranquilidad, o en su defecto (en un encuentro inadecuado) una invitación a la desesperación. (Goleman, 1996)

Según Goleman, “en el reino de la enfermedad las emociones son soberanas y el temor es un pensamiento dominante. Podemos ser tan emocionalmente frágiles mientras estamos enfermos porque nuestro bienestar mental, se base en parte, en la ilusión de la invulnerabilidad. La enfermedad –sobre todo una enfermedad grave- hace estallar esa ilusión, atacando la premisa de que nuestro mundo privado está a salvo y seguro. De pronto nos sentimos débiles, impotentes y vulnerables.” (Goleman, 1996)

El autor Uruguayo Juan Enrique Fernández Romar, presenta otra visión sobre el aspecto psicológico que rodea a los pacientes con VIH y muestra un factor que influye notablemente en la representación mental de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA, que pertenecen a un programa y toman antirretrovirales (ARV)²⁴. En el artículo, Fernández Romar, menciona que

“...frente a estas respuestas emocionales comprensibles y esperables hay una dimensión que no siempre se tiene en cuenta y a la cual se debería prestar particular atención, me refiero a esa conjunción de factores iatrogénicos y efectos secundarios propios de algunos antirretrovirales (o bien de otros

²⁴ El tratamiento antirretroviral retrasa la progresión del SIDA y aumenta la supervivencia de los pacientes que lo padecen. Para evitar al máximo la aparición de resistencias, el tratamiento debe bloquear totalmente la multiplicación del virus del SIDA (VIH), por esta razón se recomienda la administración de tres fármacos. El éxito de este tratamiento exige un correcto cumplimiento, pero en muchas ocasiones no se realiza debido al elevado número de comprimidos y de tomas, a los frecuentes efectos secundarios (especialmente al iniciarse el tratamiento), y la presencia de infecciones oportunistas en las fases más avanzadas de la enfermedad.

fármacos utilizados frente a diversas enfermedades oportunistas co-mórbidas del sistema nervioso central) que pueden generar a menudo alteraciones significativas en los estados anímicos”.(Fernández Romar)

A partir de aquí que deban tenerse en cuenta, con respecto a los ARV (Antiretrovirales), las reacciones adversas medicamentosas que producen; por esto el área de Gestión farmacéutica hace un seguimiento estricto a estas reacciones, registrando quejas de pacientes en las consultas por los Químicos Farmacéuticos y haciendo análisis y gestión de los casos, como lo refiere el programa de farmacovigilancia manejado en la IPS.

Uno de los infectólogos de la IPS comenta que el estado anímico de los pacientes se ve alterado a causa de la toma de los medicamentos, manifestándose síntomas como náuseas, vómitos y diarreas porque el estómago y los intestinos se defienden de las toxinas que consideran perjudiciales. Esto genera en el paciente un malestar de salud que afecta directamente el estado anímico por la pérdida de líquidos, minerales y electrolitos. A esto se suma que los síntomas no les permiten seguir con las actividades diarias normales.

Además del estudio y conocimiento de las diversas alteraciones psicológicas que pueden producir el uso de los ARV, debemos contar con los mecanismos para mostrar a los pacientes las reacciones que se pueden presentar en las IPS con la toma de los medicamentos y prestar un acompañamiento constante con actividades y talleres, orientando al paciente sobre el correcto uso de los ARV,

buscando mitigar las posibles afectaciones que se deriven del uso de los mismos.

Por su puesto, hay que estar atentos a la respuesta del estado emocional y anímico de los pacientes con VIH/SIDA. No sólo a la respuesta asociada al uso de ARV y demás fármacos, sino en general estando alerta a la respuesta ante la enfermedad y al manejo de las posibles afectaciones, señalamientos o estigmatizaciones que pueda sufrir el paciente.

Fernández Romar expone una de esas representaciones mentales de las personas portadoras de VIH/SIDA que sufren los efectos de una sociedad que estigmatiza y juzga con prejuicio al paciente con VIH/SIDA:

“Expuestos, apenados, lastimados y débiles, los enfermos, se enfrentan a su vida. Se presentan diversas situaciones que exigen del individuo una reinterpretación de su vida y lo obligan (obligación que se cumple o no, pero que existe), al desarrollo de estrategias nuevas que le ayuden a reintegrarse socialmente. Le imponen la resolución de conflictos, lo enfrenta a su realidad cruda y sus pertenencias reales, sus recursos y sus redes sociales. Le fuerzan a asumir otra actitud y conducta consigo mismo y con el mundo. La presunta cercanía de la muerte, obliga a la honestidad”.(Fernández Romar)

Actualmente se vive el proceso hacia una posición incluyente para evitar el tabú del VIH/SIDA, tabú que es promovido por información incompleta y errónea, y modelos

mentales²⁵ e imaginarios prejuiciosos y basados en miradas personales del mundo.

Las posibles afectaciones causadas por la enfermedad y/o el tratamiento de la enfermedad en las personas que padecen VIH/SIDA, y la posible estigmatización y/o discriminación de la que pueden ser objeto los pacientes con VIH/SIDA, requiere de estos pacientes una posición más participativa donde conozca y pueda tener manejo de su enfermedad.

En algunos casos el VIH obliga al paciente acuestionarse, actuar y propender por vivir conscientemente²⁶. En otros casos la respuesta o mecanismo que se activa por la circunstancia en la que se encuentra el paciente con VIH/SIDA y la representación mental de su enfermedad le lleva a una posición de negación, inconsciencia y rebeldía, en la que rechaza los mecanismos de protección existentes para no infectar a otros, evita tratar su enfermedad e incluso procura deliberadamente infectar a otros.

Debemos reconocer cómo los avances médicos, los tratamientos, los vínculos cercanos, el personal asistencial y el imaginario tienen un impacto en la

respuesta de los pacientes con VIH SIDA, que, como refiere Conde:

“Durante la última década la realidad social de las personas con VIH se ha vuelto más compleja y variada. Mayor variedad que no sólo viene motivada por la modificación en las pautas epidemiológicas y por el progreso terapéutico, sino por la mayor diversidad en los estilos de vida de los individuos, de las formas de relacionarse con la enfermedad y de la propia percepción e imaginario del VIH” (Fernando Conde Gutiérrez Del Álamo, 2012)

En este manejo de respuestas que dependen del individuo no debemos olvidar que:

“[...] es oportuno considerar que todas estas orientaciones dan cuenta de la multiplicidad de factores que inciden en la construcción del VIH como infección y que operan, en términos de imaginarios, produciendo modos sociales, es decir, modelos compartidos de forjar un diagnóstico. Cabe mencionar que esto tampoco debe caer en universalismos o simplificaciones. [...] Las particularidades regionales, de clase, de género, las diferencias etarias o políticas implementadas incidirán en modos singulares de apropiación y producción”. (Leila Martina Passerino, 2013)

25 Un modelo mental es un conjunto particular de asunciones, generalizaciones, creencias y valores profundamente arraigados que permiten dar sentido al mundo en que vivimos y operar efectivamente en él. (La empresa consciente, Fredy Kofman, pag 184)

26 Vivir conscientemente significa que estamos abiertos para percibir el mundo que nos rodea y nuestro mundo interior, para comprender nuestras circunstancias y decidir cómo actuar frente a ellas de una manera que honre nuestras necesidades, valores y objetivos. (La empresa consciente, Fredy Kofman, pag 38)

REPRESENTACION MENTAL DE PROFESIONALES DE LA SALUD, ADMINISTRATIVOS Y PACIENTES EN TORNO A PERSONAS CON VIH/SIDA

Para entender la representación mental que se tiene de los pacientes con VIH/SIDA, realice entrevistas a profundidad en la sede de la IPSen Bogotá, de la siguiente manera:

- 3 Pacientes.
- 3 Profesionales administrativos.
- 3 Profesionales asistenciales.

Al realizarla triangulación de información entre los patrones o tendencias que obtengo de la definición de las variables y desglose de las entrevistas en cada una de las variables, el estado del arte y la teoría, encuentro que:

1. Durante las entrevistas se percibe que los pacientes sienten a los colaboradores de la IPS como personas protectoras que necesitan, para sobrellevar sus dificultades después del diagnóstico y los profesionales se ven como las personas responsables de brindar apoyo constante a los pacientes.

“... creer en el paciente o hacerle sentir al paciente que no está sólo y que en cualquier momento si tiene alguna dificultad pues nos puede manifestar de qué manera lo podemos ayudar” (Profesional administrativo 2, min 2:45).

Lo expuesto anteriormente tiene relación a lo que describe Goleman en el estado del arte, cuando comenta la influencia de una relación empática médico –paciente con el manejo de la enfermedad.

Los pacientes con VIH tienen poco apoyo familiar, lo que se evidencia en las entrevistas, tanto de pacientes como de profesionales:

“... no hay apoyo familiar” (Paciente 1, min 2:29),

“... ellos (refiriéndose a la familia) nunca se interesaron en preguntarme que cómo me sentía, que qué tenía” (Paciente 1, min 9:42)

“... no vivo con mis hijos” (Paciente 1, min 2:38).

“... La vida de pareja, difícil, no tengo pareja estable, o sea no... Estoy separado, vivo sólo con mi hija y mi mamá...” (Paciente 2, min 2:05).

“... nos refieren que la familia no sabe el diagnóstico, algunos dicen que pues tampoco en su empresa conocen el diagnóstico” (Administrativo 3, min 3:59)

Con respecto a la percepción de la atención recibida por pacientes en la IPS, los pacientes manifiestan estar satisfechos y que sienten un estrecho lazo de amistad y de cariño con los colaboradores de la IPS, tanto administrativos como asistenciales. Esto puede relacionarse con el concepto de “apego”, una de las definiciones más difundidas en la teoría de la mente.

John Bowlby comenta que: *“La teoría del apego considera la tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con individuos determinados, como un componente básico de la naturaleza humana, a lo largo de la vida”*. (Pinedo Palacios, José ramón y Santelices Álvarez María Pía., 2006).

Este concepto de apego se ve expresado en las siguientes frases de los pacientes, afirmando lo que los teóricos mencionan que:

”Ella (refiriéndose a la psicóloga) es como lo que me hace falta cuando yo estoy mal en mi casa, un abrazo, un beso” (Paciente 1, min 5:22).

“los profesionales dan apoyo, comprensión, amor” (paciente 1, minuto 2:24).

“... yo las siento mis amigas (refiriéndose a las colaboradoras de la IPS)” (Paciente 3, min 0:44)

“nos hacen sentir bien” (Paciente 3, min 2:11).

“Me gusta venir a hablar con ella (refiriéndose a la trabajadora social), ella me llena eso que me hace falta” (Paciente 1, min 5: 37).

“y el doctor Sánchez, uy no yo lo amo ese es mi papá adoptivo, ya lo adopté, ya tiene una hija grande y hasta nietas” (Paciente 3, min 6:53).

Pero, ¿a qué se refiere John Bowlby cuando menciona lazos emocionales íntimos? Según Bowlby y expresado por Priscilla Harcha:

“La característica principal de las relaciones íntimas es la comunicación mediada por las emociones. Por lo tanto, “la capacidad de establecer lazos emocionales íntimos con otros individuos, a veces desempeñando el papel de buscador de cuidado y a veces en el papel de dador de cuidado, es considerada como un rasgo importante del funcionamiento efectivo de la personalidad y de la salud mental”. (Harcha Abuhadba, 2012)

En consecuencia, los pacientes manifiestan durante las entrevistas su agradecimiento por el trato recibido por los colaboradores de la IPS.

2. La teoría de las racionalidades, propuesta por Herbert Simon, también juega un papel importante a la hora de triangular e interpretar la información arrojada por las entrevistas, ya que Simón centra su atención en los procesos de pensamiento que emplean los agentes al tomar decisiones.

Al igual que en otras enfermedades los pacientes -con VIH/SIDA- cuando son diagnosticados (cuando les informan que tienen una enfermedad -VIH o SIDA-), a pesar de ser un momento duro, como lo describen, toman la decisión, de ser o no ser parte del programa -de VIH/SIDA- al que deben ingresar para el manejo de su enfermedad.

Vale resaltar que en el diagnóstico de VIH/SIDA concurre el hecho de conocer (o reconocer) que se es portador de VIH o SIDA y la visualización de padecer una enfermedad “mortal” que es objeto de posibles trasgresiones, estigmatizaciones o prejuicios que derivan de la misma desinformación sobre la enfermedad. Los que deciden no ingresar al programa, sufren día a día el deterioro continuo por la presencia del virus, hasta morir.

Simon en su teoría afirma que:

“toda decisión implica la existencia de un problema anterior a resolver. Al tomar una decisión elegimos una posible alternativa, con

la intención de reducir o eliminar el problema. (Sottile, 2014)

Con respecto a la teoría de la decisión, también es importante el rol que juega la información porque:

“La información es el recurso primordial para tomar una decisión. La calidad de la decisión depende de la calidad de la información, cumpliendo la información con los requisitos de oportunidad, cantidad, relevancia, calidad”. (Sottile, 2014).

Uno de los patrones de repetición que encontré en las entrevistas se refiere a las “estrategias en la atención en salud”. Los entrevistados sostienen que se manejan mensualmente redes de apoyo en la sede, que tiene como objetivo realizar reuniones entre pacientes adherentes y no adherentes al programa para que compartan información con respecto a la patología y sus experiencias de vida después del diagnóstico. Este manejo de información grupal, ha permitido que los pacientes se vuelvan más conscientes de sus condiciones de salud y sean más adherentes al programa. Estos grupos de apoyo brindan la Información básica para la toma de decisiones.

Con relación a la información para la toma de decisiones, pude identificar como tendencia, comentarios de los profesionales sobre los pacientes:

“ellos (refiriéndose a los pacientes) quieren mantenerse informados, entonces quieren buscar cosas nuevas, quieren saber todo lo relacionado con la enfermedad”(Profesional asistencial 3, min 3:55)

Esto les ha ayudado a tomar la decisión de seguir en el programa de VIH/SIDA, porque después de recibir la información y saber que si siguen al pie de la letra las indicaciones, pueden llevar una vida normal. Así lo mencionan los pacientes adherentes al programa:

“Yo no soy ni una enferma, ni nada”, (Paciente 3, min 5:13).

“para mí no es una enfermedad” (Paciente 3, min 5:25)

“yo digo que yo no tengo nada” (paciente 1, min 4:34).

Si bien, las citas anteriores podrían entenderse como un proceso de negación de la enfermedad, esta posición está más asociada con: i) minimizar, con el ocultamiento de la enfermedad, ser objeto de estigmatización o discriminación y ii) dar tal aceptación a su condición que consideran que pueden mantener una vida estable, sin limitaciones ni condiciones especiales; todo ello sin desconocer que son portadores del VIH o SIDA, siendo conscientes de las posibles consecuencias de la enfermedad y que procuran estar vinculados a un programa de atención.

Cuando hablo de la importancia del manejo de “información” que deben asumir los actores en el Sistema de Salud para la toma de decisiones, sobre todo en programas tan específicos con el de VIH/SIDA, vale la pena considerar el concepto de representaciones mentales según la teoría de la mente en ciencias cognitivas:

“Las ciencias de la salud están cada vez más al alcance de la gente de la calle, lo que significa que la gente se apropia cada vez más de ese conocimiento, lo hace suyo y lo comparte, de ahí que sus prácticas para la prevención y cuidado corporal dependan, también cada vez más, de las representaciones construidas en torno a los procesos de salud y enfermedad”. (Rodríguez Salazar, 2007)

El manejo de información clara y conocimiento desde la IPS por medio de sus profesionales tanto administrativos como asistenciales, con los pacientes y familiares está asociado a un aspecto que surgió en las entrevistas.

Planteo como estrategia de atención en salud: *la educación continua al paciente y sus familiares* que promueve el apoyo familiar al proceso de diagnóstico y reconocimiento posterior de la patología, procurando el empoderamiento del paciente con su enfermedad. Es una estrategia que busca pacientes más adherentes al programa, en el que juega un papel importante no sólo la adherencia farmacológica sino, la adherencia a las buenas prácticas para prevención y cuidado corporal (como lo plantea Rodríguez Salazar), el ejercicio frecuente, los correctos hábitos alimenticios, el manejo de tabaquismo y bebidas alcohólicas, etc.

Continuando con la visión de Rodríguez Salazar, desde la perspectiva de la representación social, encuentro que está muy relacionado en mi trabajo con la

representación de la enfermedad, donde se expone que:

“Atribuir las causas de la enfermedad a factores personales y responsabilizar al individuo por la misma, parece ser más común en sociedades del mundo occidental, donde el sistema de salud, a través de las campañas de educación, informa al individuo de lo que debe hacer para evitar enfermarse, reforzando la creencia de responsabilidad individual en la salud/enfermedad. (Rodríguez Salazar, 2007)

Esto me lleva a pensar que los programas de promoción y prevención son escudos para que en algunos casos, las IPS e instituciones de salud como actores del Sistema de Salud, pretendamos culpar al paciente de su enfermedad, desligándonos de nuestro deber ser en el Sistema. Al preguntar a los profesionales qué impedía cumplir sus objetivos comentan que:

“cuando no se cumplen objetivos en la atención es por la resistencia del paciente y desafortunadamente también mitos que traen en la cabeza” (Profesional asistencial 2, min 5:02).

“me impide cumplir los objetivos con los pacientes la percepción de su entorno, la percepción que tiene su entorno frente a la enfermedad” (Profesional asistencial 1, min 0:55)

“responsabilidad misma al paciente de que él se dé cuenta que mientras el ponga de su parte” (Personal asistencial 3, min 1:24)

Se culpa al individuo de la enfermedad por mantener malos hábitos alimenticios o de higiene, estilos de vida y hábitos sociales inadecuados (fumar, consumo de alcohol, sedentarismo, promiscuidad sexual); es el caso de enfermedades estigmatizadas, como la obesidad, el alcoholismo y las enfermedades de transmisión sexual”. (León Canelón, 2003)

3. La racionalidad limitada que expone Herbert Simon, está relacionada también con los patrones encontrados en las entrevistas que realicé, en las que los entrevistados manifiestan que:

“al principio es duro” (Paciente 1, min 3:57).

“mira que lo he tomado con calma” (Paciente 2, min 3:50).

“al principio fue complicado por la cuestión de medicamentos” (Paciente 2, min 4:17).

“al principio sentí tristeza, me cambió la vida” (Paciente 3, min 10:07).

“cuando inicia el proceso que tenga miedo, temores, que tenga la mitificación del diagnóstico por muchas cosas que han escuchado” (Profesional asistencial 2, min 0:29)

Esto quiere decir que el paciente al recibir el diagnóstico entra en una etapa de incertidumbre, donde requiere información para iniciar con el proceso de aceptación de la patología. Nadia Troncoso, expresa sobre la racionalidad limitada, de Simon, que:

La racionalidad limitada se caracteriza por dos conceptos: búsqueda y satisfacción. Si el

tomador de decisiones no conoce las alternativas de inicio, entonces él debe buscarlas mediante un proceso de aproximaciones sucesivas hasta encontrar la alternativa más satisfactoria. También es conocido como modelo de racionalidad procesual porque es resultado de una deliberación apropiada, de un proceso de razonamiento. (Nadia)

Hablando de la información que se le despliega al paciente, es necesario pensar en que deba ser construida bajo una visión impersonal como lo manifiesta Thomas Nagel, que implica dejar de lado nuestra visión inicial, formándonos una nueva concepción que tiene como objetivo esa opinión y la relación con el mundo.

Es usual que lo más cercano que experimenta la persona recién diagnosticada es el rechazo de sus familias o seres cercanos, la consecución de información sobre VIH que encuentra en internet y finalmente la información que ofrece la IPS por medio de las consultas con los especialistas. Esto me lleva a pensar, que cuando una IPS tiene como tarea hacer el diagnóstico de VIH/SIDA al paciente, debe desplegar un acompañamiento interdisciplinario para el paciente, donde se le brinde la información suficiente para que él pueda tomar la decisión de ingresar al programa.

Durante las entrevistas no es realizado ningún comentario negativo hacia el comportamiento de los pacientes que se atienden en la IPS, los tres pacientes entrevistados son adherentes al tratamiento y al programa. Cabe destacar que

en la sede de Bogotá, donde se realiza la investigación, de los cerca de 450 pacientes, 3 pacientes son inadherentes al programa lo que representa una proporción baja de pacientes inadherentes.

PROPUESTAS DE MEJORAMIENTO PARA EL MODELO DE ATENCION EN SALUD BIO-SICO-SOCIAL DE VIH/SIDA.

Teniendo en cuenta que la complejidad se interesa por:

“aquellos ámbitos donde suceden imprecisiones, vacíos, incertidumbre, no-linealidad, sorpresas, emergencias, ausencia de control local, bifurcaciones, inestabilidades, fluctuaciones y cascadas de fallas...”(Maldonado & Gómez Cruz, 2010) y reconociendo que la aproximación a los pacientes con VIH/SIDA se hace a partir de un punto de vista personal, sería conveniente promover una visión impersonal, de forma tal que permitan conocer o aproximarse a la realidad objetiva que viven estas personas y su punto de vista, más allá de opiniones y prejuicios.

El ejercicio que propongo no es fácil, requiere ponerme en la realidad del paciente con VIH/SIDA, pero con la dificultad de tener mi punto de vista, mi experiencia propia, mis creencias y expectativas, que van a estar presentes en mi imaginación del paciente con VIH/SIDA –y que pueden estar lejos de la realidad que es *ser* un paciente con VIH/SIDA-; según Nagel

“Nuestra experiencia nos ofrece el material básico para nuestra imaginación, cuyo campo es por consiguiente limitado”(Nagel, 1974)

La meta es saber qué siente, que experiencias tiene el paciente con VIH/SIDA, y con la premisa de no limitar ese saber al “qué sentiría yo” si me comportará “como un paciente con VIH/SIDA”. Nagel, relaciona la dificultad de este asunto con el problema de mente-cuerpo dada la experiencia consciente, en el que *fundamentalmente, un organismo tiene estados mentales conscientes, si y sólo si, hay algo que sienta ser ese organismo, algo que sienta ser a causa del organismo*” y denomina este aspecto como el “*carácter subjetivo de la experiencia*”, que siendo un *fenómeno subjetivo está esencialmente relacionado con un solo punto de vista, y parece inevitable que una teoría objetiva, física, abandone este punto de vista. Y manifiesta que son muy peculiares los hechos sobre lo que se siente ser X; son tan peculiares, que algunos pueden verse inclinados a dudar de su realidad, o de la importancia de las afirmaciones sobre estos hechos. [...](Nagel, 1974)*

Al mantener una representación mental que desconozca la realidad del paciente, existe alto riesgo que los prestadores de servicios de salud terminen ejecutando estrategias equívocas de atención e incluso contribuyan a la estigmatización del paciente.

Sonia Alcover comenta que:

“No podemos seguir diseñando programas preventivos sin conocer aquellos aspectos culturales que favorecen o dificultan su aceptación. [...]. Desentrañar la maraña de

significados y símbolos, comprender las reglas, normas, ideas y creencias que subyacen y rigen los comportamientos es indispensable para modificar de manera socialmente aceptable y asumible las conductas implicadas. Para lograr, en definitiva, que la respuesta social a la enfermedad sea más acorde a las necesidades de nuestro tiempo y facilitar la transición de aquellas formas iniciales y primitivas de alejamiento y huida hacia la comprensión y la aceptación de esta nueva enfermedad.” (Alcover, 2002)

Esto me lleva a pensar que debemos implementar un programa de atención en salud donde se vea a los pacientes como un todo, teniendo en cuenta su entorno.

Las IPS que manejan programas específicos, para este caso, Programa para pacientes con VIH/SIDA, están en el deber de acompañar a las EPS e IPS primarias, por medio de capacitaciones o mesas de trabajo, donde se empodere al personal de salud y que se tenga, desde el diagnóstico del VIH /SIDA en los pacientes, un excelente manejo de la situación y de la información que se le entrega al paciente y sus familiares.

Es procedente tener en cuenta las necesidades del paciente con VIH/SIDA y de su círculo de apoyo. En ese sentido, es preciso educar tanto al personal asistencial y administrativo a cargo de estos pacientes, como a sus redes cercanas y al personal en general.

Cada uno de los vínculos o interacciones con los que cuenta el paciente con VIH/SIDA son potenciales fuentes de ayuda. Reconocer las

necesidades de los pacientes con VIH/SIDA (y las necesidades de su círculo de apoyo) permite desde lo individual generar la fuerza colectiva que motive a los pacientes a sobrellevar de manera digna la enfermedad, participando de forma activa en su recuperación dentro de los programas de tratamiento e implementando los mecanismos de prevención para no infectar a otros o reinfectarse a sí mismos.

Bibliografía

- Alcover, S. (noviembre-diciembre de 2002). *AIBR, REVISTA DE ANTROPOLOGÍA IBEROAMERICANA*. Obtenido de <http://www.aibr.org/antropologia/boand/cronicas/DIC0203.html>
- Collymore, Y. (Diciembre de 2002). *PRB: Population Reference Bureau. Informar, potenciar, avanzar*. Obtenido de <http://www.prb.org/SpanishContent/2002/EstigmaydiscriminacionrelacionadosconelSIDA.aspx>
- Cuenta de alto costo. (2014). *SITUACION DEL VIH EN COLOMBIA 2014*. Obtenido de https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/CAC.CO_20150814_LIBROVIH2014_V-0.0.VERSI%C3%93N%20FINAL---.pdf
- Espitia Cuéllar, N. C. (2014). <http://www.ins.gov.co/>. Obtenido de <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiol%C3%93gico/VIH%20SIDA%20%202014.pdf>

- Fernández Romar, J. E. (s.f.). Abordaje psicológico de personas que viven con VIH. *Revista del área de Psicopatología de la Facultad de Udelar (Uruguay)* .
- Fernando Conde Gutiérrez Del Álamo, P. S. (marzo - abril de 2012). Tipología, valores y preferencias de las personas con VIH e imaginarios de la infección: resultados de un estudio cualitativo (*). *Revista Española de Salud Pública*, 86(2). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000200003
- FONDO MUNDIAL. (2016). *VISION GENERAL DEL FONDO MUNDIAL*. Obtenido de <http://www.theglobalfund.org/es/overview/>
- Goleman, D. (1996). *La inteligencia emocional*. Buenos Aires, Argentina: Javier Vergara Editor S.A.
- Harcha Abuhadba, P. (2 de Diciembre de 2012). *PriscillaHarcha*. Obtenido de <https://prisciharcha.wordpress.com/2012/12/02/que-es-el-vinculo-afectivo-o-el-apego/>
- Instituto Nacional de Salud. (02 -08 octubre de 2016). *Instituto Nacional de Salud, Direccion y análisis del riesgo en Salud Pública*. Obtenido de <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiologico/2016%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2040.pdf>
- Lamotte Castillo, J. A. (2004). Infección - Enfermedad por VIH /SIDA (Artículo en línea). *Medisan*, 49-63. Recuperado el 12 de Marzo de 2016, de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san06404.htm
- Leila Martina Passerino, C. S. (2013). Imaginarios, biomedicina y normatividad: una respuesta a los procesos de estigmatización y discriminación por VIH. *Rev Cienc Salud; 11 (2):* , 217-233. Obtenido de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/viewFile/2685/2223>
- León Canelón, M. y. (Marzo de 2003). *REPRESENTACIONES DE LA ENFERMEDAD, ESTUDIOS PSICOSOCIALES Y ANTROPOLÓGICOS*. Obtenido de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N77-3.pdf>
- Maldonado, C. E., & Gómez Cruz, N. A. (2010). *El mundo de las Ciencias de la Complejidad*. Universidad del Rosario, Facultad de Administración. Obtenido de <http://www.urosario.edu.co/Administracion/ur/Investigacion/Centro-de-Estudios-Empresariales-para-la-Perdurabi/LMyS/Documentos/El-Mundo-de-las-Ciencias-de-la-Complejidad.pdf>
- Marija Miric, M. (2005). Carga Psicosocial del Estigma Sentido entre las Personas que Viven con el VIH/SIDA en la República Dominicana: Autoestima, Depresión y Percepción de Apoyo Social. *PERSPECTIVAS PSICOLÓGICAS*. Obtenido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pp/v5/v5a06.pdf>
- Ministerio de la Protección Social, R. d. (Septiembre de 2006). *modelo-de-gestin-vih*. Obtenido de

- <http://es.slideshare.net/Albamarina7/modelo-de-gestin-vih>
- Monferrer, J. M. (2003). *Movimientos sociales e identidad colectiva*. Madrid: UNED Ediciones.
- Nadia, T. (s.f.). *Olea.org*. Obtenido de http://olea.org/~nadia.troncoso/Tesis_d_e_licenciatura/Herbert-Simon-La-racionalidad-limitada.html
- Nowak, M. y. (2012). *SUPER cooperadores, la matemática de la evolución, el altruismo y el comportamiento humano*. S.A. Ediciones B. Recuperado el 21 de Mayo de 2016
- ONUSIDA. (2008). *unaids / ONUSIDA*. Obtenido de http://data.unaids.org/pub/globalreport/2008/jc1510_2008_global_report_pp11_28_es.pdf
- ONUSIDA. (2013). *ONUSIDA*. Obtenido de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf
- ONUSIDA. (2016). *EL LENGUAJE DE ONUSIDA*. Obtenido de <http://www.unaids.org/es/brandbuilder/language>
- Peter R. Lamptey, Jami L. Johnson y Marya Khan. (marzo de 2006). *Population Reference Bureau*. Obtenido de http://www.prb.org/pdf06/61.1GlobalChallengeHIVAIDS_Sp.pdf
- Pinedo Palacios, José ramón y Santelices Álvarez María Pía. (2006). *Apego adulto: los modelos operantes internos y la teoría de la mente*. (Vol. 24). Chile . Recuperado el 20 de Octubre de 2016, de <http://site.ebrary.com.ezproxy.unbosque.edu.co/lib/bibliobosquesp/reader.action?docID=10307106>
- Rodríguez Salazar, T. G. (2007). *Representaciones sociales. Teoría e investigación*. Guadalajara, Jalisco - Mexico : cucsh udg.
- Searle, J. (1997). *La construcción de la realidad social*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Sottile, M. B. (5 de Mayo de 2014). *Teoría de la decisión según Herbert Simón*. Obtenido de <https://prezi.com/lhklyqxqo5nt/teoria-de-la-decision-segun-herbert-simon/>
- UNESCO. (2003). *UN ENFOQUE CULTURAL DE LA PREVENCIÓN; PROYECTO DE INVESTIGACIÓN UNESCO/ONUSIDA*. Obtenido de <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001375/137523s.pdf>
- VIH/SIDA BANCO MUNDIAL. (2004). Obtenido de <http://go.worldbank.org/9VIBJRB3K0>