



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

***Mujeres viviendo con VIH/SIDA:
embarazo y factores biopsicosociales que
impactan en su vida***

Estudiante: Nataly Morán 4195627-6
Docente Tutora: Verónica Pérez

4 de mayo de 2015
Canelones, Uruguay

Índice de Contenidos:

- 1. Introducción**
- 2. Diferentes perspectivas del VIH/Sida desde su surgimiento hasta la actualidad**
 - 2.1 La epidemia VIH/Sida desde el punto de vista social**
 - 2.2 Conceptualización del estigma asociado al VIH/Sida**
 - 2.3 El cuerpo implicado en la enfermedad**
- 3. Desde el punto de vista Biológico: el VIH/Sida**
 - 3.1 Definiciones centrales**
 - 3.2 Diagnóstico**
 - 3.3 Transmisión de la enfermedad**
 - 3.4 Transmisión vertical**
 - 3.5 Tratamientos**
- 4. La mujer y su tránsito por del VIH/Sida**
 - 4.1 Decisiones reproductivas**
 - 4.2 El sentimiento de culpa asociado a la enfermedad**
 - 4.3 La importancia de la palabra en la estructuración de la patología**
 - 4.4 Abordaje Psicológico de la mujer viviendo con VIH/Sida**
- 5. Consideraciones finales**
- 6. Conclusiones**
- 7. Referencias Bibliográficas**
- 8. Anexos**

Anexo I - Centros donde realizar la prueba de VIH

Anexo II - Organizaciones con trabajo en VIH-SIDA

Resumen

El VIH/Sida ha sido conceptualizado de diferentes modos desde su surgimiento en 1981 en EE.UU. En el presente trabajo se hace un recorrido por la historia del VIH/Sida desde su surgimiento hasta la actualidad, tomando algunos datos de la situación en América Latina y puntualmente en Uruguay. Se presenta una breve descripción de las manifestaciones de la enfermedad, detección y vías de transmisión.

Se trabajan algunos conceptos y definiciones en torno al VIH/Sida como enfermedad social. En función de la importancia de la temática, se trata el estigma desde la mirada de vulnerabilidad que tiene la población, apoyando estas líneas de pensamiento en algunos autores como Erving Goffman, quien se sitúa en un concepto de estigma para tomar las repercusiones del pensamiento de vivir la enfermedad.

Se trabajan algunos conceptos de depresión, haciendo referencia a la acusada perturbación del sentimiento de sí presente en esta patología.

El objetivo principal del trabajo es responder cómo es la vivencia de la mujer viviendo con VIH/Sida, y en particular cómo es la vivencia del embarazo en ellas. Se pensará desde una perspectiva biopsicocial, al tratarse de una enfermedad con repercusiones en varios aspectos de la vida de la persona, mujeres viviendo con VIH/Sida en este caso.

Se cuestionará cómo impacta la noticia de la enfermedad en ellas, en su cuerpo, en su entorno familiar y médico y la decisión de continuar su gestación, luego de que el diagnóstico de VIH/Sida es positivo.

Palabras Claves: Virus VIH, Embarazo, Estigma, Tratamiento, Apoyo Psicológico

1. INTRODUCCIÓN

El VIH/Sida ha sido conceptualizado de diferentes modos desde su surgimiento en 1981 en EE.UU, partir de su historia y surgimiento es que presento este trabajo.

Se expondrá la enfermedad tanto desde el punto de vista social como psicológico, desde la perspectiva de la mujer viviendo con VIH en América Latina, y específicamente en Uruguay. Tomando como referencia publicaciones de artículos científicos de dichos países, así como la mirada de diferentes autores en torno a la temática planteada.

Los modos de intervención frente a la patología, las posibilidades de tratamiento, y su consecuente repercusión en la calidad de vida de quienes viven con ella, son algunos de los puntos a partir de los cuales surge el interés para la investigación bibliográfica de la presente monografía.

En primer lugar, se abordará el tratamiento de la enfermedad desde el punto de vista social y psicológico, ya que como futura profesional considero fundamental cuestionar cómo transita la enfermedad la persona infectada desde una perspectiva biopsicosocial. Se tomará dicho tránsito desde el punto de vista de las emociones, cómo éstas inciden y repercuten en la evolución de la enfermedad. Luego, se presentarán desde el punto de vista biológico algunas definiciones de la patología, diagnóstico y posible tratamiento.

Se indagará con qué posibilidades cuenta la mujer viviendo con VIH/Sida, y en particular la mujer cursando un embarazo, de paliar tanto las consecuencias sociales (estigma, discriminación), como biológicas (perdida de inmunidad), o psicológicas (impulsividad, angustia, culpa, depresión), según el individuo afectado.

Es importante conocer la enfermedad también en sus aspectos estrictamente biológicos. En función de la importancia de la temática, es necesario considerar diferentes facetas de una misma situación. En este sentido, se indagará acerca del diagnóstico, la transmisión y posible tratamiento ante la enfermedad.

Interesa poner énfasis en el tipo de intervención que reciben las personas viviendo con VIH/Sida, ya que nos posibilitará una aproximación a su cotidianidad y la de sus familias, que deben aprender a convivir con el nuevo diagnóstico.

Se cuestionará cómo es abordada la patología desde el cuerpo médico, qué posibilidades de contención tienen las mujeres, como mujeres desde su vivencia sexual, y como madres en su situación de enfermedad. Teniendo en cuenta que más de 30 años después de la detección de los primeros casos e innumerables avances, son frecuentes las

estigmatizaciones y connotaciones negativas que se sostienen en el imaginario psicosocial con respecto a la enfermedad y sus vías de transmisión.

Es así que el objetivo principal del presente trabajo, es pensar en las mujeres que viven con VIH y la actualización de la enfermedad desde el punto de vista biopsicosocial. Cómo influye el estigma y la condena del entorno y las modalidades de intervención frente a estos.

Se tomarán como punto de partida las siguientes interrogantes; ¿Qué tipo de abordaje psicológico reciben las mujeres con VIH? ¿Qué tipos de intervención deben de transitar las personas que viven con la enfermedad desde el punto de vista farmacológico? ¿Cómo se abordaría desde quienes intervienen en el embarazo, la decisión de continuar el mismo, con la mirada desde el grupo de salud, la mujer embarazada y su entorno?

2. DIFERENTES PERSPECTIVAS DEL VIH/SIDA DESDE SU SURGIMIENTO HASTA LA ACTUALIDAD

2.1 La epidemia del VIH/Sida desde el punto de vista social

El VIH/Sida ha sido conceptualizado de diferentes modos desde su aparición en 1981 en EE.UU. Arrizabalaga (1997) elaboró cuatro paradigmas en los que se ha expresado dicha enfermedad desde ese momento: “El Sida como síndrome, El Sida como enfermedad específica, El Sida como pandemia mundial, y El Sida como enfermedad crónica” (p.169).

Arrizabalaga (1997) describe los cuatro paradigmas, señalando en cada uno sus principales vías de transmisión y contexto en el que se generaron.

El Sida como síndrome, en esta etapa (comprendida entre 1981 y 1983) se expone el momento en el que “suena la alarma sanitaria”, donde emerge la nueva patología, finalizando con el aislamiento del “supuesto germen causal”. En esta etapa de la enfermedad, el grupo social responsable de generar el “síndrome”, fueron los jóvenes homosexuales, debido a su “estilo de vida”. Más adelante pasaron a denominarlos “grupos de riesgo” o “grupos de alto riesgo”. (Arrizabalaga, 1997).

Surge en este momento la estigmatización y la discriminación hacia dicho grupo social, sin dejar de lado su práctica, su estilo de vida y su sexualidad.

Esta definición del VIH/Sida llevó a una fuerte estigmatización de la enfermedad, generando lo que hoy llamamos “grupo de alto riesgo”. (Arrizabalaga, 1997, p.169).

Se sitúa a lo largo de la historia un segundo momento, definiendo al “Sida” como enfermedad específica. A lo largo de los años anteriores a 1983, gracias a los trabajos de investigación en el Instituto Pasteur de París, se logró aislar el virus, dando el nombre de “Virus de la Inmunodeficiencia Humana” (VIH), predominando en ese momento las vías de transmisión (sangre, semen, fluido vaginal). Gracias a su redefinición, como enfermedad causada por un microorganismo específico, la patología perdió gran peso en cuanto al estigma en su definición inicial como enfermedad social. (Arrizabalaga, 1997).

Desde el origen del VIH/Sida, se asocia a todos los momentos la culpa y el estigma, sin poder dejar de lado la responsabilidad de las diferentes poblaciones, con sus diferentes características sociales, las cuales han sido estigmatizadas a lo largo de la historia, y hasta la actualidad. Por ese motivo, es pertinente ver la mirada del sociólogo Erving Goffman (1993), quien define el concepto de estigma como “un atributo profundamente desacreditador, un atributo que estigmatiza a un tipo de poseedor que puede confirmar la normalidad de otro”. (p.13).

El problema sanitario que expuso al “Sida como pandemia mundial”, fue pensado como tercer paradigma dentro de la historia. Desde este paradigma el Sida ha sido generador de miedos asociados a una contaminación total, dándole el nombre de “oleadas epidémicas”, la cual predominó en los años 80’ y 90’. Si nos detenemos a observar la historia, en la década de los 80’ los países desarrollados relacionaban a este virus con la transmisión en la población homo y bisexual, dando una mirada más colectiva y no tan sectorial. En este momento, la vía de transmisión estaba relacionada al consumo de drogas. Sin embargo, en otros países como África, la transmisión estuvo relacionada con las relaciones heterosexuales. (Arrizabalaga, 1997).

En un momento de la historia (1982), en EE.UU la alerta sanitaria se centró en los inmigrantes haitianos, dándoles un lugar de estigmatización y pertenencia a los grupos de riesgo, por su consumo de drogas ilícitas, consumo de alcohol y el uso de compartido agujas. (Arrizabalaga, 1997).

En el cuarto paradigma se da el lugar de enfermedad crónica en los 80’, haciendo un espacio a la propuesta sanitaria en los diferentes países mencionados anteriormente. Brindando así una mirada social, como una enfermedad que puede estar presente en cualquier sector de la población. La enfermedad puede positivizarse y volverse asintomática.

El objetivo en este momento de la historia se centró en una mirada más individualista acerca de las personas que enfermaron y pudieron adaptarse al virus. Se generó así, la importancia de la prevención, no solamente para eliminar la transmisión, sino también para detener el avance de la enfermedad. Por este motivo surge la medicación para el VIH/Sida, y así se logró la convivencia con el virus, y detener dicha transmisión en forma masiva. De este modo se evitó que la población propicia a enfermar fuera infectada. (Arrizabalaga, 1997).

A partir de la descripción de los paradigmas que atravesaron la identidad de la enfermedad desde sus inicios, se puede llegar a la situación en nuestro país. El surgimiento de la patología tuvo lugar con el primer caso de Sida, asistido en 1983. En 1987 se diagnosticaron las primeras mujeres infectadas, y en 1988 se comprobó la primera transmisión vertical. (Pereira & Facal).

2.2. Conceptualización del estigma asociado al VIH/Sida

Una de las terribles características de este problema de salud, es que no sólo afecta biológicamente a las personas que desarrollan la enfermedad, sino que además trastorna y deteriora progresivamente su entorno familiar, laboral, económico, político y social. En todo el mundo ha sido documentado que el VIH/SIDA genera reacciones de rechazo que se traducen en estigma y discriminación y, por ende, en el aislamiento y el consecuente daño psicológico para las personas que viven con el virus o la enfermedad. Esta situación llega a ser tan grave, que la muerte social puede adelantarse a la biológica, haciendo que las personas afectadas sufran el maltrato de una sociedad que actúa de forma despiadada e ignorante, que maneja un doble discurso moral, haciendo con esto aún más difícil que las personas con mayor riesgo quieran acercarse a los servicios públicos de salud. (Magis & Barrientos, 2009 p. 15)

El gran estigma social relacionado a la epidemia de VIH está centrado en conductas vistas como desviadas: consumo de drogas ilícitas, homosexualidad y perversión.

De la exclusión hacia estos grupos sociales “se desprende una sentencia de muerte inminente, la degradación física y la pérdida de los derechos civiles. De este modo, el estigma dificulta la adhesión a comportamientos preventivos y penaliza a los portadores del virus”. Morando, 1998; Seffner, 2001 (citado en Ribeiro & Piccinini, 2007, p.115).

Goffman (1989) determina al individuo como un portador de una información, que genera diferentes perspectivas, en algunos casos reflexiva, en otros, transmite información dando

una mirada de lo que sucede en el cuerpo, como es el caso de la persona transitando la enfermedad. El autor expresa a su vez que la sociedad le impone determinadas características de cómo debe vivir y sentir su imagen, como individuo dentro de la sociedad a la que pertenece.

El autor expone tres tipos de estigmas a través de los cuales podremos pensar la exclusión social, estos son:

“las abominaciones del cuerpo”, es decir, las distintas malformaciones físicas. “los defectos del carácter del individuo”, como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad y “los estigmas tribales” de la raza, la nación, la religión, donde aparece el miedo a la transmisión de la enfermedad. (Goffman, 1989, p. 14).

El VIH podría resultar estigmatizante desde una doble mirada, el estigma por los defectos de carácter del individuo, que desata sus pasiones dejando de lado el cuidado de sí, o luego del diagnóstico de la enfermedad, por el llamado estigma tribal donde se le descalifica por miedo a la la transmisión del virus. (Goffman, 1989).

El autor ejemplifica su definición con el concepto de rango de esposa dentro de la sociedad, el cual ocuparía la mujer. Clasificación en la que entrarían las diferentes categorías que desde el imaginario social se estandarizan en la actualidad. Estaría el lugar de esposa como obligación, que se supone “cuidará del hogar”, y que también dará ciudadanos futuros, que serán hijos de esa mujer o esposa. (Goffman, 1989).

Mujer-madre-VIH, una triple condición profundamente desacreditadora, de acuerdo al concepto de Goffman (1993). El autor diferencia entre el individuo desacreditado y el desacreditable y expresa:

El primero no tiene la posibilidad de esconder el símbolo que lo diferencia y lo hace inferior al resto de las personas, el segundo sí tiene esta posibilidad. Estos signos, símbolos o atributos que transmiten información social sobre el otro varían según sean o no congénitos y, en el caso que lo sean, varían si una vez introducidos se convierten en una parte permanente de la persona (p. 56).

A partir del concepto de estigma de Goffman (1989), se puede pensar que la mujer se ve desacreditada en el atributo que más le acredita a nivel social: la maternidad. La cual implica un estereotipo y una determinada y muy específica manera de ser “buena madre”, y entre las condiciones a cumplir se encuentra la no transmisión de algún virus o mal a su hijo.

Desde la aparición del VIH a la actualidad, el lugar de responsabilidad y de culpa se tomó desde diferentes grupos, los cuales fueron nombrados como generadores y

predominantes de la enfermedad hasta el momento actual. Por ejemplo, todos los que ejercieran su sexualidad de forma legal e ilegal, fueron señalados en algún momento de la historia por ser partícipes y generadores, en algunos casos, de este virus. De estas sexualidades legales e ilegales aquellas mujeres con una vida sexual que podríamos considerar como “activa”, serían “mujeres malas”, y esa percepción se trasladaría también al VIH.

En este sentido los autores Collazo, Saredo, Hernández & Faillace expresan: “(...) se asimila la transmisión del virus a prácticas sexuales en las que se supone que las “buenas mujeres” no deberían estar implicadas”. (p.47). A través de la connotación negativa que genera el hecho de ser poseedora de VIH, se “genera mayor desvalorización, lo que aumenta la vulnerabilidad en las mujeres, y la posibilidad de ser discriminadas”. (*Collazo et al, p.47*).

Al respecto Hanspter (2005) plantea que la discriminación frente a la mujer con VIH/Sida, tiene que ver muchas veces, con que a las madres seropositivas no se las ve como responsables ante el cuidado de su hijo, y por este motivo, se ignora la situación que las ha llevado a poseer la enfermedad.

Puede observarse algunas interpretaciones de la realidad donde se expresa que la transmisión vertical es puramente responsabilidad de la mujer, dado que es la responsable en un sentido metafórico de traer a la vida algo “bueno o malo”.

Se pensará a partir de dichas interpretaciones que si la transmisión se da, traerá acarreado un sentimiento de culpabilidad; ya que la madre de un hijo con VIH se sentiría como la única responsable de que su hijo sea sano o no, produciendo una dualidad: el nacimiento y la maternidad están vistos como dar vida, o como la posibilidad de dar muerte.

La construcción social del VIH está atravesada en parte por una necesidad imperiosa de responsabilizar, de ubicar, de creer, de buscar una respuesta, desde lo social. Esto responde a una lógica para mantener un equilibrio, asignando representaciones de causa y efecto. Un acercamiento a la problemática de la mujer en relación a la transmisión vertical del VIH que pone en juego estas fuerzas sociales, ubicándose como protagonista en la causa/efecto Madre/Niño con HIV, asignando un culpable y una víctima.

En este sentido Ninoshka Fasce Cayo (2001) propone una mirada desde el “soporte social”, ya que la sociedad es la responsable de modificar y manejar las emociones

negativas que se generan en torno a la enfermedad, así como de impartir supuestos en cuanto a la transmisión.

En este sentido se puede pensar en la importancia de atender a este problema, como herramienta para la elaboración de programas de intervención en los diferentes niveles de prevención, debido a que se trata de una patología crónica que toma contacto con el cuerpo y su implicancia en la infección.

2.3 El cuerpo implicado en la enfermedad

El cuerpo tendría implicancia para la mujer desde la lucha por su embarazo, esta lucha es de modificación propia, o es el miedo que se desprende de la noción de la muerte más próxima. Se pensaría entonces, en la noción de cuerpo, en este caso cuerpo gestante, o cuerpo que se comparte entre dos seres vivos, donde se dan las luchas de poder entre dos dispositivos que necesitan vivir.

El cuerpo es el sitio donde se desatan las luchas por el poder, se juegan imaginarios. Foucault plantea que ciertos imaginarios tienen que ver con la idea de “hacer morir, o de dejar vivir”, en un momento “el poder era ante todo derecho de apropiación: de las cosas, el tiempo, de los cuerpos y finalmente de la vida”. (Foucault, 2008, p.164).

En Las diferentes regiones o sectores de la población, lo más importante es seguir viviendo, y se planifican estrategias en función de la longevidad, pero considerando que la promoción y prevención tienen que estar presentes en cada etapa de la vida, y en cada situación particular. En el caso de esta enfermedad, se generarían otros atravesamientos, desde “la organización del poder sobre la vida” (Foucault 2008, p. 168).

Se puede pensar en la existencia de un poder sobre el cuerpo mucho más fuerte de lo que el ser humano cree. En este sentido así aparece la responsabilidad de los sistemas de salud en la prevención y cuidados, como por ejemplo, en los diferentes virus cotidianos, así como también en el que se centra este trabajo (virus VIH). (Foucault, 2008).

Se podría inferir a partir del pensamiento de Foucault (2008) que a través del poder establecen tendencias desde la medicina y las políticas de salud con respecto al VIH y el cuerpo reproductor de la mujer que lo padece. Se intentaría regular la salud, ya que el cuerpo entra en juego, junto con discursos para que podrían culpabilizar y responsabilizar a la mujer. Centrado en las decisiones que no ha llevado a cabo, donde ese cuerpo implicado

despliega un poder, un control en relación a su situación reproductiva, de salud y cuidados necesarios.

En la lógica discriminatoria, el niño es más puro, porque no tiene la culpa de haber sido infectado (...) una mujer seropositiva embarazada enfrenta el mayor estigma en la sociedad uruguaya. Esto esta, evidentemente relacionado con su papel tradicional de guardiana de la moralidad y transmisora de valores en el interior de la familia. (Hanspeter, 2005, p. 248).

Algunas interrogantes en el saber médico estarían relacionadas con el peso que podría significar el embarazo que están cursando esas mujeres, en este caso con el virus VIH.

El equipo de salud, y la atención obstétrica en particular, deberá centrarse en atender a los diferentes modos de transitar el embarazo y la enfermedad, de acuerdo a la gravedad de cada uno de los casos. Teniendo participación significativa el propio cuerpo de las mujeres y su estado emocional con respecto a su situación de embarazo y serológica.

Los autores que traerían algún tipo de reflexión sobre esta temática serian (Enria, Fleitas & Staffolani, 2010), expresando que: “la reflexión se centra en la situación subordinada de la mujer. Pero dicho abordaje se realiza sin pretender modificar su propia sumisión”. (p.282).

3. DESDE EL PUNTO DE VISTA BIOLÓGICO: EL VIH/SIDA

3.1 Definiciones centrales

Las siguientes definiciones dan un panorama de la enfermedad desde su surgimiento hasta la actualidad. Mostrando en qué lugar estaría centrado el miedo, la transmisión y la prevención de la enfermedad en los diferentes momentos del VIH/Sida a lo largo de su construcción hacia una patología crónica.

Arrizabalaga, expone una definición de la enfermedad en el contexto de su surgimiento, en 1981. Y expresa:

La enfermedad es conocida (...) como “infección por el VIH” (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) y “SIDA” (Infección and AIDS). Por sus peculiares características epidemiológicas y clínicas (alta contagiosidad, transmisión sexual y sanguínea, rápida difusión, manifestaciones clínicas muy variadas y severas, carácter incurable y elevada tasa de letalidad). (Arrizabalaga, 1997, p.169).

Algunas definiciones entorno al VIH/Sida se han modificado, y otras no. Junto con los diferentes panoramas de la enfermedad, ha tomado más relevancia el sistema inmunológico, la importancia de los antirretrovirales, y el tipo de infección que se genera. A medida que van evolucionando las investigaciones científicas con respecto al virus, van teniendo mayor peso estas palabras, antes desconocidas.

VIH, el virus de la Inmunodeficiencia Humana (pertenece a la familia de los retrovirus, dentro de ésta a la subfamilia de los lentivirus (...)) esta enfermedad es caracterizada por largos periodos de incubación, lenta evolutividad y la alta mortalidad”.

“El síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es el estadio más avanzado de esta infección, y corresponde a la etapa en que el sistema inmune del huésped es incapaz de controlar a aquellos microorganismos (...) considerados oportunistas”. (Pereira & Facal, 2009 p.9).

SIDA, las siglas significan Síndrome (conjunto de signos y síntomas) de inmuno (Relativo al Sistema Inmunológico) Deficiencia (Disminución de la respuesta inmunológica) Adquirida (transmitida de una persona a otra) es causado por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) miembro de la familia de virus conocido como Retroviridae). El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del mismo, con la consiguiente "inmunodeficiencia". OMS (2014).

Los supuestos con respecto a la transmisión y sus manifestaciones, inician una búsqueda de nuevas definiciones, impulsada por la gran mortalidad que hasta el momento se vivía como consecuencia de la misma. A partir de las nuevas definiciones y conceptualizaciones, se comienza a pensar la enfermedad desde varias facetas, y no solamente como una enfermedad asociada a la culpa y la promiscuidad.

Es pertinente traer diferentes autores viendo la misma definición, ya que estarían evidenciando las diversas miradas a lo largo del tiempo acerca de la enfermedad, mostrando la visión desde el lugar médico, desde lo social, y desde las políticas de salud implicadas. Es necesario poner énfasis en las definiciones actuales de la enfermedad. En ellas se la expone como una enfermedad crónica, con la que se deberá convivir a partir del nuevo diagnóstico, pero ante la cual existen posibilidades de llevar adelante una vida similar, anterior a él. Las nuevas definiciones benefician no solo la vivencia de la enfermedad, sino también, el tránsito por la discriminación y el estigma asociado a ella. Colocando la enfermedad en un sitio más positivo que en sus inicios, generando metas y expectativas hacia la convivencia con la nueva patología.

3.2 Diagnóstico

El proceso de diagnóstico implica la detección a través de dos perfiles, una instancia de “Detección selectiva ELISA”, y a otra a través de “Ag p24” (reactivo, no reactivo). Es necesario realizar en todos los casos la afirmación del diagnóstico, mediante la prueba “Western Blott e inmunofluorescencia positivo, negativo, indeterminado”. La incorporación de la detección del AG a las pruebas serológicas permiten realizar un diagnóstico presuntivo de infección en forma temprana y por lo tanto reducir el período de ventana serológica. Para afirmar o no los diferentes resultados obtenidos anteriormente se utiliza el “resultado Reactivo del tamizaje” (Pereira & Facal, 2009, p.21).¹

En los casos de los embarazos de mujeres uruguayas que no han efectuado la cantidad de controles mínimos necesarios (nueve instancias), se realiza el test rápido. El test es definido como “test de tamizaje”, el cual será realizado las veces que se necesario en los casos de los embarazos no controlados adecuadamente, de acuerdo a lo que describe el MSP dentro de los programas de salud sexual y reproductiva, en los cuales se establecen normas y procedimientos de intervención ante embarazos no controlados o ante embarazos con VIH/Sida. (MSP, Guías en Salud Sexual y Reproductiva, 2014 p.30, p.81).

Los test de tamizaje, son de máxima sensibilidad (capacidad del test de detectar los verdaderos positivos), y especificidad (capacidad del test de detectar los verdaderos negativos), son los que nos brindarán un diagnóstico presuntivo de infección y están diseñados para detectar: ANTICUERPOS anti VIH-1 Y VIH-2 y Anticuerpos anti VIH-1 Y VIH-2 y antígenos (AG) combinados, conocidas como técnicas de 4ta generación (Pereira & Facal, 2009 p.12).

Es necesario comenzar el tratamiento antirretroviral inmediatamente después de que el diagnóstico de VIH es positivo en caso de las primeras semanas de gestación. El MSP dentro de las campañas de prevención al VIH/Sida recomienda el control del embarazo desde el primer trimestre de gestación. El informe epidemiológico expone que la población más afectada son los adolescentes y jóvenes, debido a que confían en sus parejas, manteniendo relaciones sexuales sin protección y sin insistir en que sus compañeros/as realicen la prueba de VIH/Sida previamente. (Informe epidemiológico, 2013).

¹ Ver Anexo I (Centros donde realizar la prueba de VIH)

3.3 Transmisión de la enfermedad

De acuerdo a la descripción de Pereira & Facal (2009), existen tres formas fundamentales de transmisión, estas son: por la vía sexual, por la vía sanguínea y vertical (madre a hijo). El VIH puede transmitirse a través de relaciones sexuales, vaginales, anales u orales, con una persona infectada y por el uso compartido de agujas, es importante destacar que la transmisión de la enfermedad se da de torrente sanguíneo a torrente sanguíneo.

Con respecto al VIH, se encuentra en sangre, semen, secreciones vaginales, cuello de útero, saliva, leche materna, lágrimas, orina, líquido cefalorraquídeo, líquido alveolar y líquido amniótico. Sin embargo, los autores plantean que el aislamiento del virus a partir de un fluido o secreción corporal no necesariamente implica que sea una fuente de infección. Las fuentes de transmisión comprobables son la sangre, el semen y las secreciones vaginales. (Pereira & Facal, 2009, p. 11)

Durante el coito existe la posibilidad de que se produzcan lesiones que son una puerta de entrada al virus. “El coito vaginal, tiene un riesgo de transmisión de 0,1 a 0,2%/exposición. En una relación heterosexual la mujer tiene mayor riesgo de adquirir la infección que el hombre debido a que la mujer presenta una mayor superficie mucosa y la secreción infectante permanece más tiempo en contacto con la misma” (Pereira & Facal, 2009 p.11).

Según el Informe Epidemiológico (2013) en nuestro país la vía sexual es la que predomina en hombres y mujeres, mientras que en los hombres, predomina la vía sanguínea, lo que implica el uso compartido de agujas y el consumo de drogas intravenosas, “es el factor de riesgo más destacado y el mayor porcentaje corresponden al sexo masculino”. (p. 5).

Estos números siguen creciendo desde la mirada social; y desde los diferentes países latinoamericanos. Generando problemas sanitarios como los mencionados anteriormente, además de preocupaciones en cuanto a: el diagnóstico, la cantidad de infectados que ignoran que poseen la enfermedad, y el riesgo en los diferentes tipos de transmisión actuales. (Informe Epidemiológico, 2013)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) la situación de la epidemia del VIH/SIDA en Latinoamérica, preocupa cada vez más, ya que ocupa el cuarto puesto a nivel mundial en función de la tasa de prevalencia y el tercero en cuanto al número total de

personas diagnosticadas de VIH/SIDA en las distintas zonas geográficas del planeta. La OMS (2014) manifiesta su preocupación ante el avance del SIDA, ya que ha sido catalogada como la epidemia del siglo, cada año más personas resultan infectadas por el virus, sigue propagándose y los casos de SIDA tienden a aumentar continuamente.

En cuanto a las mujeres y la transmisión vertical, el Informe Epidemiológico (2013) expone:

En el año 2012 se obtuvo información de 134 mujeres embarazadas (93 del subsector público y 41 del privado) y 135 recién nacidos vivos, con una tasa de transmisión vertical a nivel nacional de 5.1%, 5.5% en el subsector público y 4.4% en el privada. (p.9).

La transmisión vertical puede disminuirse gracias al test de tamizaje y el consecuente tratamiento con zidovudina. A partir del Informe Epidemiológico, se deduce que al 2013, el porcentaje esperado es de 68%. (Informe Epidemiológico, 2013)

3.4. Transmisión Vertical

Según datos de la OMS (2015), “la transmisión del VIH de una madre seropositiva a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia es lo que se conoce como transmisión maternoinfantil. En ausencia de cualquier intervención las tasas de transmisión son de un 15%-45%. Intervenciones eficaces permiten reducir esas cifras a niveles inferiores al 5%”. (p.1)

Existen tres formas en que la mujer embarazada puede transmitir el VIH a su hijo estas son: a través de la placenta (lo que se conoce como transmisión vertical), durante el parto (al entrar en contacto con sangre y fluidos vaginales de la madre), a través de la lactancia materna. (Pereira & Facal, 2009).

Las mujeres con mayor riesgo de transmitir la enfermedad, son aquellas que se encuentran en las etapas de “primoinfección y enfermedad avanzada y sintomática”, además tienen más riesgo en la transmisión del virus a sus hijos. “La mayor parte de los casos de transmisión vertical del VIH (cerca del 65%) se producen durante el trabajo de parto, el parto (...) y a través de la lactancia materna” (Pereira & Facal, 2009, p. 13).

Según el MSP (2011) el embarazo es indicación de TARV (Tratamiento Antirretroviral) para la prevención de la transmisión madre-hijo del VIH independientemente del estado inmunitario de la mujer. El TARV, cuando resulta en la supresión de la carga viral, sumado a

la cesárea y suspensión de la lactancia reduce la transmisión vertical de VIH a menos del 2%.

Desde 1997, el equipo de salud está obligado por Ordenanza del Ministerio de Salud Pública y Decreto del Poder Ejecutivo a ofrecer el test de VIH a toda mujer embarazada. En 1999, se implementó la cesárea programada a toda mujer infectada por el VIH y posteriormente el triple plan con antirretrovirales (TARV) durante el embarazo. (Quián, et al, 2009, p.28).

Pereira & Facal (2009), plantean el gran porcentaje de transmisión de forma vertical en esta población, generándose un gran riesgo en las últimas semanas, previas a la realización del parto. Otro caso es el momento del parto en sí mismo. La transmisión a través del pecho materno y el contacto con la leche materna, tercer causa más común de transmisión maternofilial.

Estos mismos autores afirman que “el riesgo de transmisión de VIH a través de la leche materna es de aproximadamente 15%, y aumenta si la madre ha contraído la infección después del parto, tiene mastitis, absceso de mama, grietas en el pezón y/o amamantamiento prolongado” (Pereira & Facal, 2009, p.14).

Existen algunos otros factores asociados a un mayor riesgo de infección tales como el déficit de vitamina A en la madre, bajo número de linfocitos T CD4, corioamnionitis, parto pretérmino, tiempo prolongado de ruptura de membranas (mayor a 4 horas), así como el bajo peso al nacer en el bebé (Pereira & Facal, 2009, p.13).

El parto por vía vaginal, representa un elevado riesgo con respecto al parto por cesárea, la cual es realizada antes del inicio del trabajo de parto, para evitar contacto con la sangre materna. “La rotura de membranas con más de cuatro horas de anticipación al nacimiento también aumenta el riesgo de transmisión” (Pereira & Facal, 2009, p13). El monitoreo Fetal, debido a sus procedimientos invasivos, también constituye un riesgo para la transmisión materno-filial. (Pereira y Facal, 2009).

De acuerdo a los datos expuestos hasta octubre del 2013, el informe Epidemiológico publica que “se ha registrado un total de 60 partos de madres VIH positivo, y de ellos solo 1 ha adquirido el virus durante el embarazo”. (Informe Epidemiológico, 2013, p.12).

Esto se debe a la efectividad en la prevención con el tratamiento antirretroviral (TARV) durante el embarazo, “cesárea cuando está indicada, sustitución de la lactancia por fórmulas lácteas, profilaxis con antirretrovirales al recién nacido”. (Informe Epidemiológico, 2013, p.8).

3.5 Tratamiento

Es importante destacar los enormes avances en cuanto a atención, detección y cuidados hacia la persona viviendo con VIH en Uruguay. Existen actualmente en nuestro país gran cantidad de sitios donde referirse de acuerdo a la situación del paciente, junto con algunas organizaciones sociales que trabajan en red como la Red de ONGs Uruguayas Trabajando en SIDA (ROUS). En el caso de la mujer embarazada y el niño, el centro de referencia en la capital del país es la Policlínica Materno-Infantil VIH-sida Hospital Pereira Rossell.²

En cuanto al tratamiento, el objetivo es lograr que el sistema inmune reanude su estabilidad, y de este modo disminuir la carga viral. Además está enfocado en prolongar la sobrevivencia del paciente, mejorar su calidad de vida, y prevenir la posible transmisión. (Pereira & Facal, 2009).

Sin tratamiento los pacientes manifiestan enfermedades relacionadas con el VIH, este tiempo puede ser de 10 a 15 años (OMS, 2015), por lo que es de gran importancia la responsabilidad sostenida y ordenada de la toma de la medicación indicada.

Luego del diagnóstico positivo de la enfermedad, (mediante las pruebas de detección mencionadas), se indica la terapia antirretroviral. La cual consiste en la ingesta de la combinación de tres fármacos diferentes, que deberán ser utilizados durante el resto de la vida de la persona infectada para paliar la enfermedad. Debido a que se trata de una patología crónica, el tratamiento es el único modo de estabilizar la situación serológica. El mismo, implica gran responsabilidad de parte del paciente VIH positivo en cuanto a la toma y horarios de ingesta. Por este motivo, la adherencia al tratamiento es un punto fundamental para comenzar a cambiar la calidad de vida de la persona infectada, objeto principal de este tratamiento. (Hanspeter, 2005).

La economía moral más importante en el campo del VIH/SIDA concierne a la administración de medicamentos antirretrovirales (...). El llamado "portador" recibe drogas que pueden salvar su vida si observa las reglas de la administración de las mismas, por ejemplo: cumplir con los horarios, con la cantidad de las pastillas, el número de consultas, el tiempo de espera etc. La "no-adherencia" al medicamento está considerada por parte de los médicos, como "abandono". (Hanspeter, 2005, p.247).

² Ver Anexo II

4. LA MUJER Y SU TRÁNSITO POR EL VIH/SIDA

4.1 Decisiones reproductivas

Es necesario introducir concepciones del VIH/Sida desde el punto de vista de la mujer, sobre y la problemática de la reproducción como tema fundamental en ellas, particularmente en la mujer con VIH/Sida. Como símbolo de vida dentro de la sociedad a la que pertenece la mujer es cuestionada, criticada, y desvalorizada con respecto a sus elecciones sexuales y reproductivas, lo que repercute y agudiza su sumisión.

Alejandra López introduce el término derecho reproductivo, y en este sentido expresa:

(...) estos derechos refieren al poder de cada persona para tomar decisiones informadas y autónomas sobre su sexualidad y vida reproductiva, así como a disponer de los recursos (materiales, subjetivos y simbólicos) para poder llevar a la práctica esas decisiones de manera segura, efectiva y sin discriminaciones (López, 2013, p.26).

A partir de este concepto, se propone la discusión acerca de los derechos humanos, en cuanto al cuerpo, y la salud reproductiva de las mujeres (López, 2013).

Desde el punto de vista de las decisiones reproductivas, la mujer se vería obligada muchas veces a continuar con el embarazo, debido a varios factores como: pobreza, falta de asesoramiento, o subordinación respecto de su entorno. Sin embargo, en algunos casos, de madres con VIH/Sida, la llegada de su bebé puede significar la posibilidad de resituarse ante la enfermedad, ante el dolor y la posible muerte.

En los casos de detección del virus en las mujeres cursando un embarazo, una vez que se diagnostica la enfermedad, la mujer embarazada tendría el trabajo de pensar y cuestionar su situación como mujer poseedora de un cuerpo reproductivo. En este sentido es que entraría en juego el peso del entorno, tanto médico, de pareja, como familiar, laboral y social.

Desde el cuerpo médico, se realizan controles, que tienen que ver con un procedimiento obligatorio de cuidados ante la detección de la enfermedad y la continuidad del embarazo, los cuales podrían provocar desde varios puntos de vista un tipo de discriminación, que favorecerá o no su esta decisión reproductiva.

La mujer con VIH, en su gravidez, deberá transitar por un proceso complejo, en el que la decisión de continuar con el embarazo, luego de que el diagnóstico de VIH es positivo

podría ser cuestionado por el entorno. No solamente se la puede cuestionar desde la estigmatización, sino también desde el lugar de la información y la prevención de las políticas de salud actuales. A las que deberá responder mediante tratamientos y cuidados específicos del embarazo, a los que se suman otros cuidados de acuerdo a su condición serológica. (MSP, Guías en salud sexual y reproductiva, 2014, p.81).

Algunas mujeres podrán presentar un interés por continuar con su embarazo, luego de que el diagnóstico es positivo, y otras podrían sostener ese deseo aún estando informadas de su situación serológica.

En este sentido, la autora Ninoshka Fasce, en su trabajo acerca del VIH, destaca que un hijo puede significar un elemento motivador, como símbolo de vida. Expresa que “las mujeres experimentan determinadas fortalezas para afrontar sus dificultades mientras tienen hijos menores de cuatro años, ya que la motivación de nutrirlos y cuidarlos es mayor que cuando los hijos asisten a la escuela y son más independientes”, Torres (et al, p. 78).

La posibilidad de cuidar de un hijo/a, podría significar la posibilidad de vida y al mismo tiempo, una oportunidad dentro de su rol de mujer con VIH de vivir teniendo la misión de velar y proteger a alguien. Lo que implicaría darle un nuevo sentido a su vida.

Defey (2009), expone en su estudio con mujeres portadoras que en algunos casos, las mujeres intentan insistentemente concebir un hijo/a. Este deseo, muchas veces tiene que ver con el interés de continuar con la vida, de dar vida a algo, y en ello depositar esperanzas. La autora plantea que se han constatado casos en que se ha corroborado que el embarazo genera un menor progreso de la enfermedad.

En la actualidad en nuestro país existe una Ley N° 18.987 que regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo en la que se establece que las mujeres que se encuentren con un embarazo en curso no deseado, o no aceptado, pueden solicitar la Interrupción Voluntaria del mismo. La Ley en sus diferentes artículos establece los requisitos y el procedimiento para acceder a dicho servicio. (Poder Legislativo, 2012).

4.2 El sentimiento de culpa asociado a la enfermedad

Se puede inferir que la noción de enfermedad, genera la idea de promiscuidad en la sociedad, recostada a una noción de perversión, que generará culpa. Y por defecto, estigmatización y vulnerabilidad de la mujer viviendo con VIH/Sida.

Defey (2009), en su trabajo Psicológico y Social con mujeres embarazadas en los centros de salud, plantea que en los casos de embarazos normales el momento del nacimiento, se contraponen o complementan, según las circunstancias, a lo que se ha llamado el hijo/a imaginado y el hijo/a real. Y expone que a través de “representaciones mentales maternas”, se le “asignan desde la gestación un lugar al hijo en el espacio psíquico de la madre, lo cual luego repercutirá en el espacio real del mundo vincular dentro de la familia”. (p.12)

La autora expresa que se han observado algunas representaciones mentales maternas como “la imagen de un bebé idealizado, perfecto, que suele coincidir con los ideales culturales de belleza, lo que puede favorecer desencuentros y frustraciones”. (Defey, 2009, p. 11).

En este sentido, aparece la culpa, asociada al hecho de no poder cumplir con determinados mandatos impuestos desde el imaginario social, a los que debe responder como “buena madre”, generadora de vida. La madre portadora sentiría culpa porque al bebé le da vida y al mismo tiempo, ella le transmite algo que está asociado a la muerte. Lo que desencadena muchas veces en angustia, y al mismo tiempo perjudica su situación de enfermedad.

Ninoshka Fasce Cayo (2002) plantea que se sabe, gracias a los avances de la psiconeuroinmunología, que las emociones negativas expuestas anteriormente, como la depresión y la angustia, afectan la situación inmunológica de los pacientes con VIH.

En este período, la culpa es el sentimiento predominante con respecto al feto, ya que existe una preocupación constante de la madre con VIH de proteger el bienestar de su hijo/a. (Colombo, Motta & Rissueño, 1994).

Kwalombota (2002) hace una diferenciación al respecto entre los síntomas de depresión en las mujeres diagnosticadas como portadoras de VIH durante la gestación, y las gestantes que tenían conocimiento previo de la infección, y expresa que las primeras

presentan mayores síntomas de depresión y mayores desórdenes somáticos, y las segundas, presentan mayor ansiedad en cuanto a la posibilidad de infectar a su bebé.

En este sentido Defey (2009), en su trabajo con mujeres portadoras de VIH/sida, expone la importancia de “desdramatizar la situación con las madres y embarazadas portadoras, en el entendido de que a mayor angustia, menores conductas adaptativas, y viceversa”. (p.46).

Se puede pensar que a partir el modo en que las personas del entorno reciban el diagnóstico, también influenciará la capacidad de la madre con VIH de asimilar y comprender su nueva situación.

Estos sentimientos se agravarían en la mujer con VIH, que deberá hacer el duelo, no solo por su hijo esperado y deseado, el cual puede o no cumplir con sus expectativas, sino además, deberá elaborar un duelo por ser la principal transmisora de algo negativo a ese hijo. Además de ser para el entorno social, la depositaria de castigos, situados principalmente en el orden lo no dicho. (Defey, 2009).

En cuanto a los sentimientos de angustia y depresión presentes en el embarazo con VIH, Freud (1917) trata la naturaleza de la melancolía (depresión), comparándola con el afecto normal del duelo. Definiendo a este último como la “reacción ante la pérdida de una persona amada o una abstracción como; un ideal, la patria, libertad, etc.” (p. 3). Freud propone que en las mismas situaciones algunas personas expresan en vez de duelo, melancolía. A la que define como:

“la melancolía, caracterizada por una desazón profundamente dolida en lo anímico, una cancelación del interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja del sentimiento de sí que se exterioriza en auto-reproches y auto-denigraciones, que se extrema hasta una delirante expectativa de castigo” (p4).

El autor expresa que la pérdida del objeto amado en la melancolía puede ser de naturaleza ideal:

El enfermo no puede apresar en su conciencia lo que ha perdido, se da a nivel inconsciente y puede referirse a quién perdió, pero no lo que perdió en él. Mientras que en el duelo, no hay nada inconsciente en lo que atañe a la pérdida. El mundo es percibido como pobre y vacío, en tanto que en la melancolía eso le ocurre al yo mismo (Freud, 1917, p.5).

De acuerdo a las palabras del autor antes mencionado, el duelo, en el caso de la mujer embarazada, portadora de VIH, podrá tener que ver con la pérdida, asociada a una identidad, que desde lo social impondría un cambio. Este relacionado a la condena y la exclusión social, a un duelo por su singularidad, su entorno, su relación familiar, relación

amorosa, laboral, y un duelo ante quienes deberá enfrentarse como mujer embarazada seropositiva. Además la mujer con VIH deberá hacer el duelo de la pérdida por su cuerpo, resignificarse ante su nueva imagen corporal de gestación y de enfermedad.

Por este motivo, la desdramatización a través de la palabra del entorno, y desde quienes pertenecen al equipo de salud será fundamental a la hora de sostener y trabajar con esta población. Es importante el “soporte afectivo y efectivo que provea el entorno, que la mayoría de las mujeres se recupera de este período gracias a él”. (Defey, p. 52).

4.2 La importancia de la palabra en la estructuración de la patología

El sostén, la aprobación, y la desdramatización, son algunos de los factores principales sobre los que se basa el cambio en la mirada de esta patología, el VIH. (Defey, 2009).

Freud, expone acerca de la función de las palabras: “son buenos medios para provocar alteraciones anímicas en aquel a quien van dirigidas (...) las palabras son, en efecto, el instrumento esencial del tratamiento anímico” (Freud, 1890, p. 115).

La palabra puede ejercer un poder sobre quienes son poseedores determinado estigma, enfermedad o condición física. El poder que tendría la palabra, como plantea Freud, tendrá que ver con el modo en que pueden ser utilizados determinados decretos a través de ellas. La palabra del grupo familiar y del sistema de salud será esencial cuando se trate de comprender y de llevar adelante un tratamiento que puede conllevar tanta condena y exclusión social.

Los autores Pérez et al. (2009) expresan la importancia del papel que juega la familia como elemento en la atención y cuidado de las personas afectadas por el VIH/SIDA. Y sostienen que dicha contención no podrá realizada por nadie más, debido a que es el núcleo familiar quien más involucrado está desde todo punto de vista, se sufren frustraciones y angustias debido a la cercanía al afecto existente. Es importante que ellos sean capaces de ponerse en el lugar del otro y comprender como se siente y piensa con respecto a la enfermedad y atendiendo a lo que se enuncia con respecto a ella. Este trabajo también será del personal de salud, encargado de “mitigar” el sufrimiento del paciente seropositivo siendo cordial y atento a sus necesidades. (Pérez, et al 2009).

Será importante el entendimiento desde un sentido ético por parte de los involucrados en el bienestar del paciente. A través de lo que se dice, se puede genera malestar, el cual es

necesario evitar debido a la salud emocional de la PVVS (persona viviendo con VIH/Sida). El lugar que ocupa la palabra, y potencialmente la palabra culpa, asociada muchas veces a la forma en que se contrajo la enfermedad, tendrá que ver con los cuestionamientos que se generan desde quienes forman parte de la vida de la persona infectada. Al mismo tiempo, la posibilidad de enunciación de la enfermedad y de espacios destinados a ello es fundamental. Allí radica la posibilidad de ser resiliente ante la patología, o de ser vulnerable ante la misma. (Pérez, et al 2009)

4.4. Abordaje psicológico de la mujer viviendo con VIH/Sida

El sentido de la vida no tiene un carácter estático, sino que puede transformarse, enriquecerse o empobrecerse, en dependencia de las experiencias vitales del individuo. Es importante desarrollar estrategias de intervención donde la vida y su consecuente calidad sea lo más importante.

De este motivo se desprende la importancia de un apoyo psicológico eficaz hacia las personas que viven con VIH, que posibilite la resignificación de la enfermedad, así como la oportunidad de buscarle un sentido positivo a su vida. Ya que en muchos casos, la resignación a “esperar que pase el tiempo” podría ser la actitud predominante ante el diagnóstico de la enfermedad.

Al respecto, Fernández Romar (2010) expresa que ante la intervención con personas viviendo con VIH/Sida “el psicólogo debería trascender la mera oferta de contención emocional (...) para brindar (...) posibilidades de esclarecimiento y comprensión de las dimensiones psicológicas y sociales del problema, propiciando nuevas perspectivas de elaboración simbólica de los conflictos” (p.2).

La enfermedad en algunos casos, podría impulsar hacia un deseo de vivir, más allá de las dificultades de ser una persona seropositiva. Estas personas podrían encontrar la posibilidad de resituarse ante una patología que será para el resto de su vida, por lo que significará también la necesidad de aceptar convivir con ella.

“(...) el VIH ancla al sujeto a la vida, o lo mata. La persona se adapta o se destruye. Aceptar la idea de finitud, no sólo aplaca la angustia, sino que puede volver la existencia más intensa y vital”. (Fernández Romar, 2010, p. 2).

En nuestro caso, como profesionales de la psicología hay múltiples variables que impactarán en el proceso de acompañamiento de una madre VIH positiva.

En el caso de que posea una carga viral baja y no haya desarrollado la enfermedad será diferente que el proceso con una madre que sí la haya desarrollado.

Tendrá implicancias el momento en que se realizan los diagnósticos, tanto del embarazo como de la enfermedad. Y serán fundamentales en el proceso psicológico el grado de apoyo del entorno, la vía de transmisión por la que contrajo la enfermedad y la etapa de gestación en la que se encuentre.

La construcción narrativa que ella y su entorno logren a partir de la situación, tendrá consecuencias en la vivencia del embarazo, la actitud generadora y habilitadora de desdramatización, como plantea Defey (2009), o la actitud de resignificación y reelaboración hacia un nuevo sentido de la vivencia de la enfermedad, será de carácter muy significativo ante el apoyo psicológico. Considerando los factores mencionados, este se presenta como un trabajo complejo en el que se deberá tener la flexibilidad suficiente para adecuarnos como psicólogos a cada situación particular.

5. CONSIDERACIONES FINALES

A lo largo de la monografía se buscó responder las interrogantes planteadas como punto de partida para la misma, las cuales posibilitaron pensar y cuestionar aspectos de la enfermedad VIH/Sida tanto desde lo Biológico, como desde lo social y psicológico, principal objetivo del presente trabajo.

En el caso de la interrogante acerca del tipo de abordaje psicológico que reciben las mujeres con VIH, a partir de la bibliografía consultada de autores locales como Defey (2009) y Romar (2010) se pudo indagar acerca de las necesidades de estas mujeres, como mujeres en su vivencia sexual y como madres, de encontrar un sitio donde depositar sus temores y ansiedades, propias de su nueva vida a partir del diagnóstico positivo y la gestación. Mediante artículos de América Latina y puntualmente de Uruguay, se logró analizar la responsabilidad de los profesionales de la psicología, tanto de sostener, como de continental y guiar a las personas viviendo con VIH/Sida (PVVS), en su nueva situación de enfermedad.

Desde el punto de vista farmacológico, las PVVS deben transitar por un tratamiento con antirretrovirales, de los que dependerá la posibilidad de evitar la progresión del virus y así mejorar su calidad de vida. En este sentido, es importante brindar desde el personal de salud un fácil acceso a la medicación, la cual debe de llevarse adelante con extrema responsabilidad en cuanto a horarios y rutina en la toma de la misma y mantenimiento del TARV, sin interrupciones en número de ingestas y horarios. Al ser un tratamiento que además de engoroso para el paciente, es inevitable, resulta tan importante el cumplimiento del mismo en su totalidad, como desarrollar la capacidad de asumirlo de forma asertiva. (Pereira y Facal, 2009).

A partir de la decisión de continuar con el embarazo, luego de recibir la noticia de la enfermedad surge en la mujer un conflicto desde varios puntos de vista. La mujer debe de cargar no solo con la decisión de traer una hijo al mundo, transitando una enfermedad, sino que además, existe la posibilidad de que ese hijo sea sano o enfermo, y en ello aparece la culpa, asociada a una conducta vista socialmente como desviada (promiscuidad, gran actividad sexual). (Collazo, Saredo, Hernández & Faillace).

A partir de la decisión de continuar con el embarazo, aparece la culpa, asociada al inevitable hecho de que ellas, por mujeres viviendo su sexualidad y por madres, deben cumplir con determinados mandatos construidos socialmente, de los que es muy difícil correrse, escaparse. A partir de la revisión de Ley de Interrupción Voluntaria del embarazo,

(Ley Nº 18.987), se logró indagar acerca de las posibilidades de interrupción de la gestación, ya que la misma contempla las posibilidades de embarazos no deseados como casos de indigencia, abuso sexual, VIH/Sida, etc. Además de exponer el deber de los profesionales de la salud implicados de asesorar y contener a la mujer, sin inducir hacia una decisión positiva o negativa.

Son estos planteamientos los que nos hacen pensar qué papel jugamos nosotros, los profesionales de la salud en este proceso. El profesional acompañante de estas situaciones es quien impacta desde su profesión y mediante la palabra, en el futuro del paciente, la conciencia de sí mismo y de su enfermedad, ayudándolo a enfrentar los obstáculos. Este es el caso de los médicos, enfermeros, parteras, y psicólogos. Lo que lleva a cuestionar cómo posicionarnos ante una madre quien más allá del conocimiento de su situación de salud, está siendo atravesada en su subjetividad por el imaginario social acerca de su maternidad con VIH, por la ansiedad, el cambio en la noción de sí misma, sus vínculos y la culpa.

A partir de las definiciones de Pereira & Facal, desde el punto de vista orgánico de la enfermedad, se logró un acercamiento a conceptos y definiciones que generalmente la sociedad desconoce, y que en definitiva forman parte de la construcción de la patología en el momento coyuntural en que están definidas.

Desde el punto de vista social, hay una identidad social que pierde la persona que vive con VIH/Sida, es como si se la corriera del lugar social al que pertenecía antes del diagnóstico. Goffman (1989) expone que cualquier tipo de enfermedad o conducta que implique una deformación, impacta en lo social, ya sean los consumidores de drogas ilícitas, los homosexuales, o la mujer portadora. Lo único susceptible parece ser su entorno más próximo, no lo social, ni el trabajo, donde las consideraciones y actitud de empatía hacia ellas no existen.

A partir del peligro de transmisión, aparece la cuestión de inferioridad con respecto al resto de la población, que no posee este peligro. Ya que se piensa desde esa persona y no en la persona en sí. Desde los contextos; familiar, social y laboral, se inhabilita a la persona, impidiendo su participación en las actividades que antes realizaba, quedando en constante exhibición. Se desacredita a la mujer en su rol relacionado con el trabajo, el estudio, y vínculos sociales, viviendo en un mundo que es conocido, pero donde no es aceptada, y ya no es tomada como la persona que era (antes del diagnóstico de la enfermedad). (Goffman, 1989),

Desde la psicología del paciente con VIH, aparece ansiedad y angustia, frente a su vida pública, entre amigos, familiares. Hay una pérdida de su identidad, de su historia vital, y las decisiones que la persona tomó en este último tiempo. Por este motivo resulta más difícil mantener la identificación con su familia, con sus seres más allegados. El estigma predomina más de lo esperado en las personas que eran parte de la cotidianidad del paciente y ya no lo son, por el contrario, en algunos casos, como plantea Goffman (1989), son consideradas personas que se apartan de la “normalidad”.

VIH es una enfermedad autoinmune, y junto con la aparición del virus en el organismo, pueden aparecer patologías asociadas a él, invasoras para el mismo. En este momento es fundamental el papel que juegan las defensas de la persona, ya que las defensas naturales del organismo pelean por evitar el virus. (Pereira & Facal, 2009).

El virus entra al cuerpo mediante fluidos corporales, lastimaduras, menstruación, relaciones vaginales o anales, por este motivo, es de vital importancia que la mujer, (que es quien presenta mayor riesgo de contraer la enfermedad), se encuentre saludable a nivel genital, debido a que existen variadas enfermedades de transmisión sexual como el Virus de Papiloma Humano, que favorecen la entrada del VIH, al cuerpo. (Pereira y Facal, 2010)

El porcentaje de embarazadas que infectan a sus hijos, la transmisión durante el nacimiento, y el riesgo de la transmisión de a través de la leche materna, son factores que promueven a pensar en la necesidad de una mayor prevención. Así como una efectiva adherencia al tratamiento. La mayoría de los factores asociados a no la adherencia a los tratamientos tanto a nivel físico como psicológico, en lo que no pueden cumplir con un comportamiento de auto-análisis y auto-cuidado, son muchas veces fallas en la intervención, tanto el sistema de salud, como familiar y social. (Informe Epidemiológico, 2013).

Es pertinente seguir los tratamientos médicos para controlar el sistema inmunológico, y la baja resistencia orgánica a los medicamentos, y así favorecer la disminución de los efectos secundarios del mismo.

Muchas veces resulta difícil lograr el abordaje integral desde todo el equipo de salud implicado, por lo que es fundamental pensar en estos aspectos a trabajar desde nuestro rol como profesionales de la salud.

6. CONCLUSIONES

A partir de las interrogantes que dispararon el presente trabajo, una de las más difíciles de responder fue a nivel de los aspectos psicológicos de la enfermedad y su abordaje desde el psicólogo.

En cuanto al rol del psicólogo, al trabajar con pacientes VIH positivos, entrará en contacto no solo con la persona, sino además con el virus, o la posible muerte.

Podemos pensar en la complejidad de sostener el tratamiento a lo largo del tiempo, no solo médico sino también psicológico, debido a las defensas propias de los pacientes seropositivos frente a la enfermedad. En cuanto al cumplimiento sistemático con el terapeuta, podría aparecer la negación a la continuidad, ya que la persona podría creer que la terapia va a ser un fracaso, porque al final, ya sabe cuál es su destino, o su fin.

También será importante pensar en esta paciente en particular, en qué tipo de alianza puede construir con su terapeuta, y lograr pensar así en el proceso designado por cada paciente. Trabajar en el darse cuenta de su vivencia de enfermedad, y así comenzar a intervenir en el duelo por su cuerpo. Porque antes, la relación con cuerpo estaba vinculada al placer, y hoy esta relación es de displacer, de contacto con la posible muerte.

Desde la mirada psicoanalítica, es fundamental una adecuada intervención en la demanda del paciente, hacia el cómo impacta la enfermedad en su psiquismo, cuál es su imagen corporal, y en qué momento de la etapa de enfermedad se encuentra, o si es asintomática.

El abordaje psicológico debería tomar contacto con el test de detección del VIH (test de Tamizaje), ya que es importante en la entrevista estar informados acerca de cómo transmitir el diagnóstico (si fuera necesario), y evitar preguntas que lleven a un aspecto más personal de estas mujeres, que se encuentran viviendo un momento complejo de aceptación de la enfermedad. Aparece entonces, la necesidad de sostener y dialogar con estas pacientes para poder comprender lo que les está pasando. Así como también asesorarse de que estén informadas de los pasos a seguir inmediatamente después del diagnóstico, para prevenir el acercamiento a una etapa más avanzada de la enfermedad. (Fernández Romar, 2010).

El diálogo del psicólogo-paciente, favorecerá explicar el tratamiento de la medicación indicada, aclarando el malestar que puede generar dicha ingesta, y así comprender que el mismo puede funcionar mejor a largo plazo que a corto plazo.

Otro de los puntos fundamentales es el asesoramiento en cuanto al malestar, ya que forma parte de la adaptación de su cuerpo a un tratamiento invasivo, que llega hasta sus defensas inmunológicas, u otras patologías crónicas relacionadas. (Hanspeter, 2005).

En cuanto al tratamiento los pacientes podrían interrumpir los tratamientos debido a los diferentes síntomas que de ellos se desprenden. En este sentido, a partir de la explicación por parte del profesional de las etapas y sus síntomas, se podrá generar una mayor adherencia al mismo.

Por estos motivos la interacción continua con los profesionales involucrados es indispensable para un resultado eficaz. Cuando se piensa en un resultado eficaz, se piensa en mejorar su vida, su calidad de vida, y en demostrarle que el esfuerzo que realiza no es en vano. Objeto principal del tratamiento antirretroviral. (Pereira & Facal, 2009).

Desde el lugar de la mujer con VIH/Sida, sería importante a partir del diagnóstico, organizar sus proyectos de vida y enfrentarse al estigma familiar, laboral, y social. (Goffman, 1890). En estos aspectos es donde debe estar inmerso el psicólogo. En generar confianza y seguridad a la paciente mujer viviendo con VIH/Sida, ya que a partir del diagnóstico necesitará contar con apoyo psicológico inmediato, para lograr evaluar y comenzar a procesar su nueva situación.

Se puede pensar que a partir del logro de cierta consciencia de la enfermedad, la persona podrá ir adaptándose al tratamiento. De ese nivel no consciente hay una parte receptiva que se vuelve consciente para enfrentarse a las nuevas etapas de solución y fatiga que genera el tratamiento. No generar abandono, crear un pensamiento positivo, son pilares fundamentales desde el lugar del psicólogo y el personal de salud en general, para llevar el tratamiento adelante. La labor del Psicólogo estaría en desarrollar un nivel consciente de la patología en su psiquismo, para que no interrumpa su tratamiento y lograr una mayor adhesión al mismo. Y de este modo lograr que lleguen a la consciencia las soluciones que el profesional les facilita. Pero sabiendo que no existe magia en ello, que se trata de un trabajo en conjunto entre el terapeuta y el paciente viviendo con VIH/Sida.

Trabajar la imagen corporal es un punto importante, pero no es lo único en el primer momento del tratamiento. "los avances terapéuticos y logros en la adhesión al tratamiento, retrasan el pasaje a estadio SIDA, fenómeno observado a nivel mundial y en América Latina". (Informe Epidemiológico, 2013, p.4)

A partir del conocimiento del riesgo de vivir con VIH, surge el imperioso interés de que las mujeres tomen conciencia de su vida, y de su salud sexual. Debido a que el mayor impacto de la enfermedad está en la población femenina, sexualmente activa, con una pareja estable. (Torres 1998, et al).

Cuando se habla de tipos de transmisión, es indudable que “el peligro” es parte de nuestras vidas, y aprender a convivir con el virus aparece como algo impensable “a mi no me va pasar”.

A través del control del embarazo, se intentan reducir los riesgos relacionados con la iniciación sexual, la posibilidad de un embarazo no planificado, y las vivencias de la maternidad con VIH, con la gran posibilidad existente de transmisión del virus a sus hijos.

Surgen diferentes planteos sobre la vida sexual de las personas y su actitud hacia el consumo, con una mirada desde el descontrol y los modos de exposición a los riesgos de infección. (Guías en salud sexual y reproductiva, 2014)

Aparece de manera reiterada en algunos autores como Defey (2009) y Romar (2010), el deseo de la mujer de continuar con su embarazo luego del diagnóstico positivo.

En cuanto a la incertidumbre acerca de la existencia del virus en su cuerpo, predomina en embarazos no controlados.

Se podría apreciar cierta carga de responsabilidad en las madres, ellas han tenido que asumir la responsabilidad de ser generadoras de un riesgo para la salud de ambos. Por razones desde lo biológico, y desde lo social, las mujeres tienen más probabilidad de transmitir alguna infección de transmisión sexual, dentro de las cuales el VIH representa el mayor riesgo.

El lugar desde donde se ha posicionado el soporte, la contención y el apoyo emocional ha variado de acuerdo a la historia y construcción de la enfermedad.

En un primer momento, el apoyo debía ir en dirección a lo social, ya que era en lo social donde se veían sus mayores efectos. Actualmente, la culpa asociada al VIH, se vive y se piensa desde otro lugar, desde un nuevo paradigma. Las concepciones acerca del VIH se han modificado junto con los avances hacia su detección, prevención y vías de transmisión. (Arrizabalaga, 1997).

El concepto de vida y de muerte en relación a la enfermedad se ha transformado, así como la culpa asociada a ella. La madre que en un primer momento era la poseedora de la responsabilidad, tanto de la transmisión de algún virus o mal a su hijo, como de la transmisión de la exclusión y condena del entorno, sin embargo actualmente puede convertirse en cuidadora de un hijo sano, poseedor de vida y al mismo tiempo convivir la

enfermedad gracias al tratamiento antirretroviral y la carga viral descendida a la que se puede llegar. (Pereira & Facal, 2010).

El imaginario acerca de la homosexualidad a lo largo de la historia, la construcción del VIH como pandemia y como enfermedad social, y el imaginario que acechó a la mujer como culpable, a la cual responsabilizar de una situación determinada, hace referencia a un traslado de las dimensiones estigmatizantes. Lo que se depositaba en los homosexuales, ahora se vio trasladado a la mujer. (Arrizabalaga, 1997).

A nivel poblacional, el virus VIH/Sida genera un estigma. A medida que se van criticando las conductas, se van generando miedos y mitos, como una necesidad de huida desde el lugar educativo donde se ubica la persona y su entorno. Sin lograr asumir responsabilidad desde todos los sectores de la población, debido a que es en ella donde se dan sus efectos. (Goffman, 1989).

A modo de conclusión, la epidemia del VIH/Sida nos involucra de todos/as los/as actores de la sociedad, en la participación de la prevención, promoción y cuidados. A partir de la bibliografía presentada en la monografía, se pueden inferir ciertas carencias con respecto al abordaje de la enfermedad. El modo en que se estigmatiza y se sigue cuestionando el accionar de quienes contraen la patología, tiene que ver con una posición socialmente construída de crítica y castigo hacia quienes se apartan de la “normalidad”. Lo que implica no solo cierto desconocimiento de la enfermedad, sino además una evidente dificultad de todos/as de ponernos en la piel del otro.

“el estigma continúa siendo la barrera más importante para la acción pública. Es la principal razón por la que tantas personas temen ir al médico para determinar si tienen la enfermedad, o para buscar tratamiento en caso de que la padezcan. Contribuye a que el Sida se convierta en un ‘asesino silencioso’, porque las personas tienen miedo a la humillación social que puede provenir de hablar de ello, o incluso de tomar precauciones de fácil acceso.

El estigma es una de las principales razones por las que la epidemia del Sida continúa devastando las sociedades en todo el mundo.

Ban Ki Moon

(citado en Collazo, Saredo, Hernández & Faillace p. 47)

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arrizabalga, J. (1997). *De la "Peste Gay" a la Enfermedad de "Los Otros": quince años de la historia del SIDA. Apoyo Positivo.* Recuperado de <http://digital.csic.es/bitstream/10261/34466/1/Arrizabalaga%201997%20Papeles%20FIM.pdf>
- Collazo, L., Saredo, C., Hernández, M., y Faillace, M. *Juntas recorreremos el camino de la prevención: Manual para mujeres con VIH-sida.* Montevideo: ASEPO. Recuperado de http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/912_pdf.pdf
- Colombo, E. Motta, I. y Risueño, A. (2004). *Mito y realidades de la Transmisión vertical del HIV. Buenos Aires.*
- Defey, D (2009). El trabajo psicológico y social con mujeres embarazadas y sus familias en los centros de salud. Montevideo
- Enria, G., Fleitas, M., y Staffolan, C. (2009). Programas de Salud y Género. Mujeres con VIH/SIDA. *Estudios sociales, Hermosillo.* 18(35), 275-292) Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018845572010000100008
- Fernández Romar, J. (2010) Abordaje psicológico de personas que viven con VIH. Recuperado de <http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/AbordajepsicologicodepersonasquevivenconVIH.htm>
- Foucault, M. (1986). *Vigilar y Castigar.* Madrid: Siglo XXI.
- Freud, S (1917) *Duelo y Melancolía.* Obras completas (Vol. 14) Buenos Aires. Amorrortu Editores (1993) (Trabajo Original Publicado 1917 – 1915) Recuperado de <http://www.edipica.com.ar/archivos/leandro/psicoanalisis/general/freud5.pdf>
- Freud, S. (1890) *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma).* Recuperado en <http://www.psicologiagrupal.cl/documentos/articulos/tratamientopsiquicoFreud.pdf>
- Goffman, E (1989). *Estigma. La Identidad deteriorada.* Buenos Aires: Amorrortu.
- Hanspeter C., y W. Reihling (2005). *La Biopolítica del SIDA en Uruguay. Madres Desgraciadas, niños afortunados y adolescentes invisibles.* Recuperado de http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/anuario2007/articulo_19.pdf.
- Laplanche, J., y Pontalis, J. B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis.* Barcelona Paidós.
- López Gómez, A. (2013). *Salud sexual y reproductiva en la agenda de investigación y*

formación en psicología en Uruguay: consideraciones conceptuales, nudos críticos y desafíos: Conferencia inaugural actividades académicas 2013. Montevideo: Facultad de Psicología. Uruguay.

Magis. C, Barrientos. H (2009). *VIH/SIDA y Salud Pública. Manual para personal de Salud*
Recuperado de

http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/manual_personal_salud.pdf

Ministerio de Salud Pública (2014) *Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. División de Planificación Estratégica de Salud Departamento de Salud Sexual y Salud Reproductiva Programa de Salud Integral de la Mujer.* Montevideo Recuperado en

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/GUIA%20EMBARAZO%20y%20PARTO%20MSP%202014_1.pdf

Ministerio de Salud Pública (2011). *Infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH.Sida) Guía para el diagnóstico monitorización y tratamiento antirretroviral (para adulto/as).* Montevideo.

Ministerio de Salud Pública (2013). *Informe de la situación nacional de VIH/SIDA.* Montevideo Recuperado de:

<http://www.msp.gub.uy/noticia/vihsida-en-uruguay-informe-de-situacion-nacional>

Ministerio De Salud Pública. Dirección General de Salud. Departamento Vigilancia en Salud. Programa ITS/SIDA (2013) *Informe Epidemiológico de VIH-SIDA.* Montevideo
Recuperado de:

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Informe_epidem_VIH_29_nov%202013.pdf

Organización Mundial de la Salud (2015). *Transmisión del VIH de la madre al niño*
Recuperado de: <http://www.who.int/hiv/topics/mtct/es/>

Pereira. S., y Facal. J. (Coords.) (2009). *Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: Enfoque Clínico-Práctico.* Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR.

Pérez. G, Morales. D, Casals., Blet. C, Botell. L, Rojas. C (2009) *Reflexiones en torno a los problemas éticos y bioéticos en el tratamiento del paciente con VIH/SIDA Trabajos de Revisión.* Revista Cubana de Medicina General Integral Recuperado en

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300012

Pérez Horvath, V. (2011) *Hacia un Plan Nacional Contra el Racismo y la Discriminación. Informe Final.* Informe Diagnóstico sobre el componente Patologización y Riesgo de Transmisión. Montevideo Recuperado en

http://www.mec.gub.uy/innovaportal/file/10904/1/d-informe_patologizacion.pdf

Poder Legislativo (2012). Ley N° 18.987 Recuperado en

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18987&Anchor=>

Quián. J., Gutiérrez. S., Zabala. C., González. V., Bernadás. E., Guimil. S., Galeano. V., Castro. M. (2009). *Oportunidades perdidas para evitar la transmisión materno-infantil del virus de la inmunodeficiencia humana; Uruguay 2005-2007. Revista Médica del Uruguay*, 25 (1), 27-33. Recuperado de

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v25n1/v25n1a04.pdf>

Ribeiro, G., Piccinini, A. (2007) *Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade*

no contexto da infecção pelo HIV/Aids Rio Grande do Sul Recuperado En

<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v18n3/v18n3a07.pdf>

Segurado. A., Paiva, V. (2007) *Los derechos a la salud sexual y reproductiva de las*

personas VIH positivas: paternidad y maternidad Temas de Salud Reproductiva, 5, 98-115 Recuperado de <http://www.diassere.org.pe/temas-de-salud-reproductiva/revista-no-5/los-derechos-a-la-salud-sexual-y-reproductiva-de-las-personas-vih-positivas-paternidad-y-maternidad/>

Teva, I., Bermúdez. M., Casal-Buela. G. (2012) *Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI. Análisis de las diferencias entre países. Revista Médica de Chile* Recuperado de

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000100007

VIH SALUD (2013). *Transmisión de la madre embarazada a su hijo* Recuperado de

http://www.vihsalud.es/prevencion/vias_transmision_vih_madre_a_hijo.php

VIH/SIDA: *constantas y cambios en el tema.* Recuperado de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000600008

8. ANEXOS

Anexo I - Centros donde realizar la prueba de VIH ³

Servicio de Enfermedades Infecto-Contagiosas (SEIC)

Dirección: Alfredo Navarro 3051

Tels. 2480 6419 - 2487 1000

Hospital Maciel - Profilaxis

Dirección: Maciel 1479

Tel: 2915 2576

Policlínica Materno-Infantil VIH-sida Hospital Pereira Rosell

Dirección: Bulevar Artigas 1550

Tel: 2709 9221

Atención a niñas, niños y mujeres embarazo Ministerio de Salud Pública (MSP) Programa Prioritario de ITS/sida

Dirección: 18 de Julio 1892, 4º piso

Tels: 2402 2424 - 2408 8296

E-mail: pnside@adinet.com.uy

Web: www.msp.gub.uy

Fransida

Dirección: Enrique Martínez 1155

Telefax: 2203 8445 Montevideo-Uruguay

E-mail: fransida@adinet.com.uy

Red de ONGs Uruguayas Trabajando en SIDA (ROUS) Secretaría: FRANSIDA

Dirección: Enrique Martínez 1155 Montevideo-Uruguay.

Tel: 2203 8445 E-mail: rous@adinet.com.uy

Web: www.rous.org.uy

Asociación de Minorías Sexuales del Uruguay (AMISEU)

Rio Branco 1467 casi Uruguay

³ *Manual para mujeres con VIH-sida.* Montevideo: ASEPO

Tel: 2908 7249 Cel: 096 395 238 Montevideo-Uruguay

E-mail: coordinación@amiseu.org.uy

Web: www.amiseu.org.uy

Mujer y Salud en Uruguay (MYSU)

Dirección: Salto 1267 CP 12000 – Montevideo, Uruguay

Tele fax: 24103981 – 24104619

Email: mysu@mysu.org.uy- secretaria@mysu.org.uy

Web: www.mysu.org.uy

Iniciativa Latinoamericana

Uruguay 1369/101 Montevideo-Uruguay

Tel: 2901 5015

E-mail: info@inlatina.org

Web: www.inlatina.org

Grupo Esperanza y Vida.

E-mail: esperanza-yvida@hotmail.com

Tel. 477 31779 / Cel. 094706899 Artigas- Uruguay

Anexo II - Organizaciones con trabajo en VIH-SIDA ⁴

Asociación de Meretrices Profesionales del Uruguay (AMEPU)

Dirección: Fernández Crespo 1914 bis Montevideo-Uruguay.

Tel: 2924 5275

E-mail: amepu@hotmail.com, amepu@adinet.com.uy

Asociación de Ayuda al Cero Positivo (ASEPO)

Dirección: Mercedes 1877/703

Tele-Fax: 2408 0680 Montevideo-Uruguay.

E-mail: asepo@adinet.com.uy

Web: www.asepo.info

Asociación de Travestis del Uruguay (ATRU)

Fernández Crespo 1914 bis Tel: 2924 5 275 Montevideo-Uruguay

⁴ Manual para mujeres con VIH-sida. Montevideo: ASEPO

E-mail: atru@adinet.com.uy

Compañeros de las Américas

Dirección: Paraguay 1217 Montevideo-Uruguay

Tel-Fax: 2908 7165

Instituto de Investigación y Desarrollo (IDES)

Dirección: San José 1238 Montevideo-Uruguay

Telefax: 2900 8166

E-mail: ides@adinet.com.uy

Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay (IELSUR)

Dirección: Pza. Independencia 1376 piso 8

Tel: 2908 5873 - 2908 7803 - Fax. 2902 16 99 Montevideo-Uruguay.

E-mail: ielsur@chasque.net

Web: www.ielsur.org

ICW- Capítulo Uruguayo (Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH-sida)

Montevideo-Uruguay

Teléfonos: 2211 8311 - 2522 6912

E-mail: icwuruguay@gmail.com

Asociación Civil Hilo de vida- Red Uruguaya de personas VIH REDLA+

E-mail: pacientes_del_seic@hotmail.com

Montevideo-Uruguay

CIEI-SU.

E-mail: ciei-su@mednet.org.uy

Montevideo-Uruguay

Instituto de Formación Sexológica Integral (SEXUR).

Dirección: Cerro Largo 1176

Tel: 2908 5343

E-mail: sexur@internet.com.uy - info@sexur.org

Web: www.sexur.org