

Percepción de competencia y adiestramiento profesional especializado relativos al VIH/SIDA en estudiantes y profesionales de la salud: el estigma como un indicador de necesidad

Yarimar ROSA RODRÍGUEZ

Universidad de Puerto Rico

Nelson VARAS DÍAZ

Escuela Graduada de Trabajo Social Beatriz Lasalle. Puerto Rico

Resumen

El proceso de estigmatización asume una devaluación de la persona debido a una característica o marca que haya sido identificada socialmente y que permita que se le describa como diferente. Desde que se desató la epidemia del VIH/SIDA, vivir con la enfermedad ha sido señalado de manera social como una marca estigmatizante. Las manifestaciones de dicha estigmatización se han documentado entre profesionales de la salud. Este estigma puede afectar los servicios de salud que las personas que viven con VIH/SIDA reciben de estos profesionales. Los objetivos de esta investigación fueron explorar: 1) la percepción que tienen estudiantes y profesionales de la salud sobre su nivel de competencia para ofrecer servicios a personas que viven con VIH/SIDA, 2) las opiniones de éstos sobre el tipo de adiestramiento profesional recibido y la necesidad del mismo, y 3) la manifestación de actitudes estigmatizantes como indicadores de necesidad de adiestramiento profesional. La muestra total del estudio estuvo compuesta por 80 de diversas profesiones de la salud. Los resultados reflejan que algunos/as de los/as participantes han recibido formación en VIH pero ésta no ha sido suficiente para contrarrestar las nociones estigmatizantes. Discutimos las implicaciones de los resultados para investigaciones futuras y el desarrollo de intervenciones con vías de minimizar las nociones estigmatizantes en los escenarios de salud.

Palabras clave: adiestramiento profesional especializado, VIH/SIDA, estigma, profesionales de la salud, análisis del discurso.

Dirección de los autores: Departamento de Psicología, Proyecto VIHSION, Escuela Graduada de Trabajo Social, Universidad de Puerto Rico, PO Box 23345, San Juan, PR 00931-3345. *Correo electrónico:* yrosarodriguez@yahoo.com, nvaras@rrpac.upr.clu.edu

Este estudio fue financiado por el Instituto Nacional de Abuso de Drogas de los Estados Unidos (1 R21 DA017643-01).

Recibido: febrero 2007. *Aceptado:* noviembre 2007.

Abstract

Stigma is defined as the devaluation of a person due to the possession of a characteristic that has negative social meanings. Since the onset of the HIV/AIDS epidemic, living with HIV entails a social stigma. Research has documented stigma manifestations among health professionals. These manifestations are particularly dangerous since they might entail lack of services for people who live with HIV/AIDS (PLWHA). This study had as its goals to explore: (a) the perceived level of competence of students and health professionals for delivering services to PWLHA, (b) their opinions regarding their completed and needed training, and (c) the existence of stigmatizing attitudes towards PLWHA. The sample includes 80 participants (40 students and 40 professionals) from the fields of medicine, nursing, psychology and social work. Results evidence that participants have received training in HIV but these did not address important social issues such as myths, fears, and stigma. Implications to future research and for the development of interventions to address stigma in health scenarios is discussed.

Key words: HIV/AIDS, Stigma, Health Professionals, Training, Discourse Analysis.

La epidemia del VIH ha enfrentado a la comunidad en general ante un fenómeno multidimensional que involucra las nociones biológicas de cuerpo humano, la conducta, el contexto social, los debates legales y los asuntos éticos. Durante los primeros años de estudios sobre el VIH, la comunidad científica se dedicó a determinar las nociones biológicas que subyacen a la enfermedad (por ejemplo, Haas, 1989; May y Anderson, 1988) y a las consecuencias del virus en el cuerpo. En el 2005 la noción biológica y el cientificismo médico no han quedado aislados del impacto psicosocial de la epidemia. Este impacto ha generado la necesidad de hacer una apertura a diversos espacios de investigación relacionados a las dimensiones sociales impactadas por la epidemia como el acceso a servicios de salud, recursos gubernamentales, acceso a medicamentos, comorbidad con desórdenes psiquiátricos, barreras estructurales, apoyo social entre otros. Uno de estos espacios es el estudio del estigma como parte integral del proceso de entender la epidemia del VIH/SIDA, más allá de sus implicaciones biológicas.

Debido a la continua propagación del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) los profesionales de la salud se enfrentan cada día con la posibilidad de atender a una persona en alto riesgo de contraer VIH, a una persona que vive con VIH/SIDA (PVVS), o a alguien que haya sido afectado por la epidemia. Ante esta posibilidad cobran importancia explorar la existencia de actitudes estigmatizantes en torno a las PVVS ya que podría afectar negativamente su tratamiento y servicios de salud. De la misma forma, es vital conocer las destrezas que los/as profesionales de la salud hayan adquirido en su adiestramiento profesional para enfrentar las implicaciones del VIH en las vidas de sus clientes. El punto de encuentro entre las actitudes estigmatizantes y la falta de adiestramiento profesional sobre el tema del VIH/SIDA pueden ser perjudiciales tanto para las PVVS como para los/as profesionales de la salud.

Estigma y profesionales de la salud

El acercamiento al tema del VIH/SIDA hecho por diversas disciplinas sobrepasa las

nociones biológicas a las que nos enfrentábamos hace veinte años atrás. Debido al impacto psicosocial de la epidemia, estas nociones están enmarcadas en los significados culturales que hacemos de la enfermedad y los prejuicios que ellos acarrearán. Los profesionales de la salud no están exentos/as de poseer visiones prejuiciadas sobre las PVVS (King y Muzzing, 2005). El estigma ha sido definido como un atributo que descalifica a una persona de aceptación social (Goffman, 1963). Este puede generarse a partir de una característica o marca corpórea o por alguna señal que socialmente haya sido identificada como negativa. La identificación de la marca estigmatizante es un proceso dinámico basado en las creencias, actitudes y preceptos de las personas que perciben una característica como socialmente aceptable o no. Aquellos aspectos que identificamos con nociones o valores negativos son los más propensos a estigmatización. (Morgan, Calnan, y Manning, 1985).

El estigma manifestado desde la infección del VIH tiene consecuencias variadas y unas de las más nefastas están vinculadas a los proveedores de servicios de salud. Las actitudes estigmatizantes por parte de estos profesionales se traducen en el empobrecimiento de la calidad de los servicios que brindan e inclusive el rechazo a ofrecer los mismos (Varas-Díaz, Serrano-García y Toro-Alfonso, 2004). El conocimiento sobre el VIH representa una herramienta importante para disminuir los niveles de estigma hacia personas infectadas (Klein, Karchner y O'connell, 2002; Leasure, Hawkins-McKenney y Merrill, 1995). Se entiende que a mayor conocimiento sobre la enfermedad, se presentarán menos nociones estigmatizantes. Mientras se presenten nociones estigmatizantes en escenarios donde se ofrecen servicios de salud, las PVVS enfrentarán problemas

para recibir los servicios o simplemente no recurrirán a ellos cuando los necesiten.

En estudios realizados entre estudiantes de enfermería se han encontrado que éstos presentan miedo a contagiarse, emociones negativas y resistencia a atender pacientes que viven con VIH/SIDA (Bliwise, Grade, Irish y Ficarrott, 1991). Por ejemplo, en un estudio realizado en Delhi que incluyó a 233 féminas estudiantes de enfermería, el 25 % reportó creer que los profesionales de la salud debían tener el derecho a no atender a un paciente con VIH (Lal, Kumar, Ingle y Gulati, 1998). Esos resultados son similares a los del estudio de Evans, Bingham, Pratt y Carne (1993) en donde estudiantes de medicina consideraron que debían tener el derecho a no atender a pacientes que vivían con VIH. Estos hallazgos plantean la necesidad de ofrecer más y mejor adiestramiento profesional en el área de VIH para los estudiantes de profesiones de la salud, especialmente en asuntos relacionados a la percepción de riesgo de contagio (Strunin, Culbert y Crane, 1989), manejo del tratamiento y consejería a poblaciones vulnerables al contagio (Cook *et al.*, 1998).

La mayor parte de la indisposición a atender PVVS proviene de los efectos de la socialización y la extensión de la fobia y el estigma generado hacia poblaciones en alto riesgo de contraer el virus (Yadidia, Berry y Barr, 1996). Esta socialización basada en la desvalorización de la diferencia que se remonta a la homofobia (Eliason, 1993; Hunter y Ross, 1991), la misoginia y el miedo a la enfermedad (Green y Platt, 1997). Evidencia de ello son los hallazgos de una investigación realizada entre estudiantes de medicina en la *West Indies University*, que manifestaban dificultades para atender a personas homosexuales debido a su asociación a la epidemia del VIH (Wickramasuriya, 1995).

Basándonos en éstas investigaciones podemos decir que la falta de conocimiento sobre las nociones básicas de la epidemia, sus consecuencias sociales, emocionales, económicas y físicas pone a los/as profesionales de la salud en una posición propensa a la estigmatización de las PVVS.

El VIH/SIDA y el adiestramiento especializado de profesionales de la salud

Casi una década después de la detección del VIH, las investigaciones revelaban que profesionales de la salud mental como psicólogos carecían del conocimiento adecuado para ofrecer servicios a personas que habían sido impactadas por la epidemia. Muchos de esos hallazgos reflejaban que la mayoría de éstos profesionales habían obtenido sus grados, previo a la detección de la epidemia lo que hacía difícil recibir adiestramiento profesional en VIH (Schmeller-Berger, Handal, Searigth y Katz, 1998). Dentro de los retos que afloran a raíz de la epidemia para los/as psicólogos/as se encuentran la alta comorbidad con desórdenes psiquiátricos (AIDS Alert, 2004; Dafoe y Steward, 2004; Winiarski, Greene, Miller, Palmer, Salcedo y Villanueva, 2005), asuntos relacionados a la terapia de combinación (Kalichman, Ramachandran y Ostrow, 1998), psicoterapia (Kelly y Murphy, 1992), consejería a pacientes y familiares y asuntos éticos. También se asocia con asuntos relacionados a la revelación de sero-estatus, manejo de pérdida, manejo del dolor, decisiones sobre el inicio de terapia anti-retroviral, adherencia al tratamiento entre otros (Linsk *et al.*, 2002).

Para otras profesiones de la salud surgen asuntos relacionados al diagnóstico, tratamiento, consejería para la prueba de anticuerpos y ética, para los cuales tanto

médicos como enfermeras y los estudiantes de estas profesiones deberían estar adiestrados. Cada profesional de la salud se ve en la necesidad de enfrentar éstas situaciones en contextos de adiestramiento profesional y trabajo. No obstante, éstos no deben limitarse a atender las situaciones que estén relacionadas a su área de especialidad, si no que deberían estar preparados/as para manejar el VIH desde múltiples perspectivas. Es decir, el profesional de la salud mental debe estar preparado/a para enfrentar los síntomas orgánicos, químicos y emocionales de un paciente que recibe terapia retroviral. Aunque los/as psicólogos/as o trabajadores/as sociales no tratan el proceso de infección, éstos si deben obtener adiestramiento profesional sobre las implicaciones de la misma en la vida de sus clientes. Por ejemplo, la infección está asociada a alteraciones cognitivas (Lojek y Bornstein, 2005) emocionales y relacionales (Jarman, Walsh y Delacey, 2005).

De la misma forma, un profesional de la medicina debe poder enfrentar preguntas sobre la muerte, quejas de síntomas de depresión en PVVS y otros asuntos relacionados a la medicación, como por ejemplo el uso de antidepresivos y antipsicóticos junto con la terapia retroviral (Vitiello, Burnam, Bing, Beckman y Shapiro, 2003). Neff, Amodei, Martínez e Ingmundson (1999) indican que la educación que reciben los profesionales de la salud en torno a los asuntos psicosociales que rodean al VIH es crítica.

El adiestramiento profesional en torno al tema del VIH/SIDA ha sido documentado como una herramienta efectiva para aumentar el conocimiento de profesionales de la salud sobre el tema. Por ejemplo, un adiestramiento profesional realizado entre 1996 y 1998 (Linsk *et al.*, 2002) con 720 trabajadores sociales, manejadores de caso y consejeros subrayó la necesidad de educación

y adiestramiento sistemático sobre VIH para éstas clases profesionales. El adiestramiento profesional ofrecido incluía tres sesiones sobre los temas de asuntos médicos, neuropsiquiátricos y neuropsicológicos, prueba de VIH, asuntos legales, y asuntos psicológicos. Al finalizar la intervención los investigadores reportaron un incremento significativo en conocimiento sobre VIH en esta población. Además se ha encontrado que el adiestramiento profesional adecuado en VIH reduce la posibilidad de aumento de *burnout* (quemazón o cansancio) entre profesionales de la salud mental (Bennett, Kelaher y Ross, 1994; Crystal y Schlosser, 1999).

Muchas veces estos profesionales ofrecen servicios a PVVS sin tener la preparación para ello (Cannon-Poindexter, Saunders-Lane y Capobianco-Boyer, 2002; Tylor-Brown y García, 1995). Esto puede incrementar los niveles de estigmatización a los que son sometidas las PVVS. Los profesionales de la salud que tienden a tener buena percepción sobre sus niveles competencia, son aquellos que han recibido adiestramiento o formación especializada en el área de VIH/SIDA. Sin embargo, ese adiestramiento no garantiza que los profesionales de la salud que entienden o que pueden atender a una PVVS no presenten actitudes estigmatizantes en algún momento. Este estigma puede mediatizar el servicio ofrecido a una PVVS.

¿Soy un profesional competente? La necesidad de adiestramiento profesional ante el estigma

Uno de los factores fundamentales a observarse entre profesionales que se dedican a la salud física y mental es su percepción sobre su nivel de competencia en torno a temas particulares. Cada profesional enfrenta en un momento u otro a la pregunta *¿Puedo atender*

efectivamente a este cliente? Esta pregunta apunta al tema de la percepción de eficacia que un profesional pueda tener sobre un tema particular. El campo del VIH/SIDA se ha preocupado por el nivel de competencia que tienen los/as profesionales, ya que el servicio directo efectivo a PPVS está mediatizado por ésta.

La percepción de competencia en el campo del VIH/ SIDA fue definida por Kunderman, Matteo y Morales (1993) como la interpretación de la habilidad de una persona para tratar a otras en riesgo de infectarse con VIH o que ya viven con el virus. El tema de la competencia nos arroja a preguntas importantes al relacionarlo al VIH/SIDA. Algunas de estas son: ¿qué herramientas deben tener los profesionales de la salud para manejar los retos que el VIH/ SIDA les propone?, ¿qué adiestramiento especializado los profesionales y estudiantes de la salud entienden que es necesario para enfrentar su rol dentro de la epidemia?

El adiestramiento profesional parece ser piedra angular en torno a la percepción de eficacia para atender a pacientes con VIH. Por ejemplo, se ha documentado entre enfermeras que éstas sólo estarían dispuestas a atender a pacientes VIH positivos si reciben el adiestramiento profesional y medidas preventivas dentro de los escenarios de trabajo (Lal, Kumar, Ingle y Gulati, 1998). La efectividad de este tipo de adiestramiento profesional está mediatizada por factores como: aproximación a pacientes de VIH/ SIDA durante las prácticas (Anderson, Vojir y Johnson, 1997; Baguma, 1992), la adecuación del adiestramiento recibido (Bester y Arendse, 1996), el modelo de pares y profesores/as (Yedidia, Berry y Barr, 1996), el tiempo de duración del adiestramiento especializado (Robiner, Parker, Ohnsorg y Strike, 1993), la inclusión de aspectos de la medicación y psicológicos

(Robiner, Parker, Ohnsorg y Strike, 1993), y la incorporación de temas relacionados a VIH dentro de los currículos académicos (Campos, Brasfield y Kelly, 1989).

Algunas investigaciones han mostrado resultados favorables relacionados al adiestramiento especializado en VIH. Por ejemplo, las enfermeras participantes del estudio de Carney, Perth y Martin (1999) reportaron más creencias positivas sobre los/as pacientes con VIH después de haber tomado un curso que incluía conocimiento general sobre la epidemia, epidemiología, consideraciones médicas, tratamiento, asuntos éticos, legales y psicológicos. Brown, Macintyre y Trujillo (2003) realizaron un meta análisis estudiando 22 intervenciones que tuvieran algún componente dirigido a la reducción de estigma en diversas muestras. Algunos de los hallazgos revelan que aquellas intervenciones que combinaban la información con el desarrollo de destrezas presentaban mayor eficacia que aquellas que sólo incluían el ofrecimiento de información. Además, una de las estrategias más provechosas para los/as participantes fue el contacto con personas que viven con VIH. De éstas intervenciones sólo siete iban dirigidas a profesionales de la salud o estudiantes de éstas profesiones. Sin embargo, cabe notar que las intervenciones en rara ocasión pudieron reducir el estigma hacia las PVVS de forma efectiva. Aparentemente la información puede aumentar la eficacia en el trabajo, pero no es el único indicador que se necesita impactar para reducir estigma entre profesionales de la salud.

No cabe duda que existen manifestaciones de estigma en los escenarios de salud. Por ejemplo, Reis y colaboradores (2005) encontraron que médicos y enfermeras de Nigeria rechazaban brindar servicio a PVVS, habían rechazado su solicitud de admisión al hospital, entienden que las PVVS deben

estar aislados de otros pacientes y piensan que otros profesionales de la salud que sean PVVS no deben trabajar en contacto directo con pacientes. El adiestramiento profesional puede ser una herramienta para manejar el estigma en los escenarios de salud. Para trabajar en estrategias de adiestramiento especializado hay que considerar las manifestaciones de estigma que se dan en cada clase profesional a impactar. También hay que conocer cuál es la actitud de los/as profesionales ante la posibilidad de recibir ese adiestramiento, que características ellos/ellas entienden debe tener y si entienden que es necesario.

A la luz de estas consideraciones los *objetivos de esta investigación* fueron explorar: (a) la percepción que tienen estudiantes y profesionales de la salud sobre su nivel de competencia para ofrecer servicios personas seropositivas, (b) las opiniones de éstos dos grupos en términos del tipo de adiestramiento profesional recibido y al que deben ser expuesta estas clases profesionales para sentirse capacitadas para éstos fines y (c) la existencia de actitudes estigmatizantes y las formas de manifestarlas como indicadores de mayor necesidad de adiestramiento especializado.

Método

Exploramos los objetivos del estudio a través de la implantación de un diseño exploratorio de corte cualitativo y transversal. Utilizamos la técnica de entrevistas a profundidad con profesionales de la salud y estudiantes de profesiones de la salud.

Participantes

Descripción

La muestra total del estudio estuvo compuesta por 80 personas. Este total estuvo

dividido entre 40 profesionales de la salud y 40 estudiantes de profesiones de la salud. El grupo estuvo equitativamente dividido entre las siguientes profesiones: médicos/as, enfermeros/as, psicólogos/as y trabajadores/as sociales. Los criterios de selección de los/as profesionales fueron: 1) que fueran mayores de 21 años de edad, 2) que desearan participar de forma voluntaria, 3) que ejercieran su profesión al momento de la entrevista, 4) que laboraran en una institución de salud pública. Estos criterios de selección sirvieron para asegurar que los/as profesionales pudieran consentir legalmente a participar, que lo hicieran sin ser coaccionados, que pudieran hablar de sus experiencias de trabajo pasadas y recientes y que dichas experiencias fueran en escenarios en los cuales las personas que viven con VIH recibieran, o pudieran recibir, servicios relacionados a la salud. Los criterios de selección de los/as estudiantes fueron: 1) que fueran mayores de 21 años de edad, 2) que desearan participar de forma voluntaria, 3) que fueran estudiantes de las profesiones de la salud al momento de la entrevista, y 4) que hubieran completado al menos una práctica en escenarios de salud como parte de su adiestramiento profesional al momento de la entrevista. Estos criterios de selección sirvieron para asegurar que los/as estudiantes pudieran consentir legalmente a participar, que lo hicieran sin ser coaccionados, y que pudieran hablar de sus experiencias previas y actuales de adiestramiento profesional. Los estudiantes de medicina y psicología debían cursar estudios graduados ya que en Puerto Rico se requiere dicho nivel de adiestramiento para ejercer la profesión. Por otro lado, los/as estudiantes de trabajo social y enfermería podían ser de nivel graduado o bachillerato ya que ambas profesiones pueden ejercerse con este último grado.

La tabla 1 muestra los datos sociodemográficos de la muestra (N= 80). El promedio de

edad de los/as participantes fue 32 años, siendo en su mayoría mujeres (n=56). El 58.7 % de los/as participantes se encuentran en la primera escala salarial (entre 10,000 a \$30,000). Hay que señalar que 40 de los/as participantes son estudiantes por lo que sus ingresos se agrupan en este primer renglón. El 51.3 % reportó haber tomado algún adiestramiento profesional especializado relacionado al VIH y el 46.8 % ofrece servicio a esa población.

Selección

El equipo de investigación reclutó a las personas participantes en diferentes instancias que incluyeron: agencias de gobierno, residenciales públicos, hospitales públicos, escuelas públicas, universidades públicas

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.

<i>Variable</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Género</i>		
Femenino	56	70
Masculino	24	30
<i>Ingreso económico (en US\$)</i>		
\$10,000 a \$30,000	47	58.7
\$30,001 a \$50,000	11	13.8
\$50,001 o más	22	27.5
<i>Cantidad de PVVS que conoce</i>		
0	21	26
1-10	51	63.8
11-20	4	5.1
21 ó mas	4	5.1
<i>Ofrece servicios a PVVS en su trabajo</i>		
Sí	36	46.8
No	17	22.1
No sabe	3	3.9
<i>Ha completado adiestramiento en VIH</i>		
Sí	41	51.3
No	39	48.8

y privadas. El paso inicial para su reclutamiento fue una comunicación telefónica con los/as directores/as cada una de las agencias explicando el propósito de la investigación y la solicitud de un permiso para invitar a empleados y estudiantes a participar del estudio. Luego del permiso inicial, el equipo de investigación identificó personalmente a los/as potenciales participantes para evitar que se sintieran obligados/as por las personas que le supervisaban.

Se le explicó a cada potencial participante el propósito del estudio y se le invitó a participar. Las personas que deseaban participar completaron una hoja de consentimiento que contenía una explicación sobre el propósito del estudio, el tipo de participación que requería, una indicación del procedimiento de las grabaciones de audio de las entrevistas y los medios de asegurar la confidencialidad de las respuestas de los/as participantes. Además le indicaba posibles beneficios y riesgos de su participación, el tiempo que duraría la misma, la posibilidad de terminar con su participación en cualquier momento, la posibilidad de solicitar servicios psicológicos de necesitarlo, el derecho a recibir los resultados del estudio de así desearlo y que recibirían un estipendio de 40 (US\$) por su participación.

Instrumentos

Los instrumentos que utilizamos durante el estudio incluyeron una hoja de identificación, un cuestionario de datos sociodemográficos y una guía de preguntas para la entrevista a profundidad.

Hoja de identificación

La hoja de identificación sirvió para que la persona que reclutaba participantes pudiera identificar con facilidad si estas cumplían

los criterios de selección. Cada hoja incluía una pregunta para los criterios mencionados anteriormente, preguntas para recopilar la información de contacto para establecer una fecha de entrevista, y un desglose de las llamadas hechas para reclutar a las personas que tuvimos que contactar en más de una ocasión.

Cuestionario de datos socio-demográficos

Con este cuestionario recogimos la información demográfica necesaria para describir a los/as participantes. Constó de 30 preguntas cerradas que evaluaban variables como género, edad, orientación sexual, estado civil, zona de residencia, situación de empleo, nivel de adiestramiento profesional, ingreso mensual, con quién vive, lugar de trabajo y relación con personas que viven con VIH/SIDA, entre otras. El cuestionario para estudiantes también incluyó preguntas relacionadas su escenario de adiestramiento actual.

Guía de preguntas de las entrevistas a profundidad

La guía de preguntas sirvió para mantener un nivel de uniformidad en los temas que se abordaron durante las mismas. Esta guía estuvo compuesta por 63 preguntas abiertas sobre siete temas: 1) experiencias de adiestramiento profesional especializado y trabajo relacionadas al VIH/SIDA, 2) definición de una persona enferma, 3) percepción personal de la epidemia del VIH/SIDA en Puerto Rico, 4) posibles contribuciones de profesionales de la salud a casos relacionados a las vidas de las personas que viven con VIH/SIDA, 5) opiniones de la sociedad sobre las personas que viven con VIH/SIDA, 6) opiniones de los profesionales de la salud sobre las per-

sonas que viven con VIH/SIDA, y 7) el rol del cuerpo humano en la epidemia del VIH/SIDA. A pesar de esta estructura temática, las preguntas servían como guías a los/as entrevistadores, que en frecuentes ocasiones realizaron preguntas que la guía no contemplaba para profundizar sobre temas de interés. La guía incluía instrucciones específicas para que la persona que entrevistaba pudiera llevar a cabo la misma.

La guía de la entrevista fue revisada por un panel de seis expertos que incluyeron investigadores/as en el área del VIH/SIDA y una persona que vive con VIH/SIDA para establecer la validez de su contenido. Su insumo incluyó simplificar la redacción de algunas de las preguntas y añadir casos a la sección cuatro de la entrevista. Su insumo fue incorporado a la guía de entrevista y llevamos a cabo un estudio piloto con 8 personas (4 profesionales y 4 estudiantes) para explorar su funcionamiento. Los resultados del piloto reflejaron que las personas participantes entendían las preguntas y las podían contestar sin dificultad.

Procedimiento

Como un paso inicial en la implantación de las entrevistas las personas que fungirían como entrevistadores/as participaron de un adiestramiento formal en el cual se discutieron: 1) definiciones del concepto del estigma, 2) el rol del estigma en la epidemia del VIH/SIDA, 3) formas en que el estigma se manifiesta en profesionales de la salud, 4) las dimensiones éticas del estudio, 4) formas adecuadas de reclutamiento, y 5) la manera estipulada de llevar a cabo la entrevista, específicamente el fraseo de las preguntas y la utilización de preguntas de seguimiento en las ocasiones que fueran necesarias. Como parte del adiestramiento profesional

cada entrevistador/a participó de un juego de roles en los cuales fungió como entrevistador/s y entrevistado/a junto al personal del equipo que tenía más experiencia de investigación.

Una vez las personas participantes eran reclutadas, se acordaba una cita para la entrevista en su lugar de preferencia. Dicho lugar tenía que contar con los siguientes requisitos: 1) ser un espacio privado, 2) libre de interrupciones, y 3) en el cual la persona entrevistada se sintiera cómoda. En dicho encuentro se le explicaba nuevamente el propósito del estudio y la naturaleza de su participación, incluyendo sus dimensiones de protección para la persona participante. Una vez firmada la hoja de consentimiento las personas completaban el cuestionario de datos sociodemográficos, participaban de la entrevista y recibían su estipendio. Las entrevistas duraron un promedio de una hora con 30 minutos. Se llevaron a cabo entre noviembre de 2003 y mayo de 2004. Una vez completadas las entrevistas las mismas fueron transcritas por personal previamente adiestrado y sometidas a un análisis cualitativo.

Análisis

Realizamos el análisis de la información obtenida del cuestionario de datos sociodemográficos mediante el uso del programa de computadora *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 12. Utilizamos estadísticas descriptivas de frecuencias, porcentajes y promedios.

La información obtenida a través de las entrevistas cualitativas fue sometida a un análisis de discurso. Aunque en múltiples libros sobre el tema de análisis de discurso se ha planteado que no existe una forma específica y única de llevar a cabo los pasos de este tipo de análisis, basamos el nuestro

en las recomendaciones de Jonathan Potter y Margaret Wetherell (1987). Tomamos esta decisión por dos razones específicas: 1) entendemos que sus posturas en torno al tema y el proceso del análisis son cónsonas con las nuestras en términos de la necesidad de sistematizar el proceso y su definición del uso del término discurso y 2) sus recomendaciones representan un estandarte respetado en la psicología social y particularmente de la psicología discursiva.

Para estos autores el objetivo del análisis de discurso es examinar y evidenciar las formas en que las personas utilizan sus verbalizaciones o narrativas para constituir o construir eventos, escenarios o identidades particulares (Potter, 2004). En nuestro caso particular, nos interesaba conocer cómo las personas entrevistadas utilizaban narrativas particulares para construir discursos específicos sobre las personas que viven con VIH/SIDA, su adiestramiento y su nivel de competencia. Para completar este análisis llevamos a cabo los siguientes pasos:

1. Las grabaciones de las entrevistas fueron supervisadas por el equipo de investigación mientras las mismas se llevaban a cabo con el propósito de identificar problemas en el manejo de las preguntas o interacciones en la entrevista.
2. Las entrevistas fueron transcritas por el equipo de investigación mediante el uso de un procesador de palabras y una grabadora especializada para dicho proceso (Poland, 2002). Las transcripciones fueron supervisadas para corregir errores y asegurar la fidelidad de las mismas a las grabaciones.
3. El equipo de investigación compuesto por siete personas decidió reunirse semanalmente por un periodo de ocho meses para discutir las transcripciones de las entrevistas. En las primeras reuniones intercambiaron ideas generales sobre la lectura inicial de las entrevistas, particularmente los temas que entendían emanaban de las entrevistas. Estas reuniones estuvieron matizadas por un carácter interdisciplinario ya que en el equipo había profesionales con especialización en psicología social, psicología comunitaria, psicología clínica y antropología.
4. Una vez las ideas generales fueron discutidas el equipo comenzó a identificar patrones temáticos en las entrevistas. Estos patrones temáticos fueron recogidos en una lista de temas que el equipo actualizaba en cada reunión. La lista final estuvo compuesta de 60 patrones temáticos. Es importante aclarar que el uso del concepto patrón no hace referencia a lo repetitivo del tema. En ocasiones hubo temas que no se repitieron en múltiples entrevistas, pero que fueron incluidos debido a su importancia para contestar la pregunta guía del análisis. Estos patrones temáticos emanaron de las entrevistas y no se comenzó la lectura de las mismas con temas pre-establecidos por el equipo. En este artículo presentamos aquellos relacionados al adiestramiento profesional especializado, la percepción de competencia y el estigma reflejado por los estudiantes y profesionales de la salud.
5. Una vez identificados los patrones temáticos, dividimos los mismos entre las personas del equipo y cada cual regresó a las transcripciones de las entrevistas para seleccionar partes de los textos que los evidenciaban. Los textos identificados eran discutidos por el equipo para asegurarse de que los mismos eran cónsonos con el tema identificado y establecer acuerdos entre los/as analistas (Phillips & Ardí, 2002). Los textos podían ser seleccionados como manifestaciones de múltiples

patrones temáticos ya que su uso no fue exclusivo para un sólo tema. Así, una verbalización de una persona participante podía evidenciar múltiples temas a través de la misma.

6. Una vez identificados los textos que hacían alusión a cada uno de los temas, utilizamos el programa Nudist Nvivo (Versión 1) para almacenarlos. En cada reunión de equipo se discutían varios de los temas identificados en las entrevistas y los textos que los evidenciaban para auscultar: (a) variaciones y patrones en las verbalizaciones de las personas participantes, (b) el uso de detalles lingüísticos como adjetivos y metáforas, y (c) las justificaciones o explicaciones de las personas participantes sobre sus verbalizaciones en las entrevistas (Potter, 2004).
7. Cada patrón temático, y sus verbalizaciones, fue resumido por el equipo de investigación y presentado al pleno del grupo para recibir insumo y reacciones. Para cada uno se desarrolló un documento descriptivo en el cual se incluyó: (a) un resumen del tema encontrado, (b) ejemplos de las verbalizaciones que lo sustentaban, y (c) una explicación de su relación con el estudio.
8. En las últimas reuniones del equipo se trabajó en el desarrollo de una representación gráfica (tipo diagrama de flujo) de las relaciones entre los patrones temáticos encontrados en el análisis para facilitar su interpretación final y su relación a la pregunta que guió el análisis.

Resultados

Presentamos los resultados mediante verbalizaciones obtenidas de las entrevistas a profundidad. Cada verbalización está identificada con el área de formación de la persona y el género. Para propósitos de este artículo presentamos cuatro patrones temáti-

cos relacionados al objetivo del estudio. Estos son: (a) descripción del adiestramiento profesional especializado recibido (b) percepción del nivel de competencia, (c) menciones de necesidad de adiestramiento especializado, y (d) manifestaciones de estigma. Un resumen de estos patrones temáticos puede verse en la tabla 2. A través de estos ejemplos se observa cómo el adiestramiento profesional recibido lleva a las personas a hacer evaluaciones sobre su nivel de competencia. A su vez, la evaluación sobre el nivel de competencia, les lleva a dar cuenta de la necesidad de adiestramiento profesional. Veamos cada patrón temático individualmente.

Descripción del adiestramiento profesional especializado recibido

Las personas participantes hicieron múltiples descripciones del adiestramiento profesional que habían recibido relacionado al VIH/SIDA. Algunos/as de los/as participantes entienden que el mejor adiestramiento especializado sobre VIH que recibieron fue al final de sus carreras. Por ejemplo, en prácticas o internados clínicos. En el caso de la psicóloga que presentamos a continuación, el internado es la última etapa de formación de los/as psicólogos clínicos (P = verbalización del/a participante; E = verbalización del entrevistador/a; F = verbalización de una persona de género femenino; M = verbalización de una persona de género masculino).

P: *Yo entiendo que en el área clínica psicológica, el internado en psicología es la clave. Yo entiendo que eso fue clave en el adiestramiento que recibí. Porque no fue cursos a nivel graduado ni nada de eso relacionados al área de VIH, pero sí el adiestramiento del internado. [Profesional de Psicología (F)].*

Tabla 2. Descripción de patrones temáticos.

<i>Patrón temático</i>	<i>Descripción</i>
<i>Descripción del adiestramiento recibido</i>	En este patrón temático incluimos verbalizaciones de las personas participantes relacionadas a descripciones hechas sobre el adiestramiento recibido sobre el tema del VIH/SIDA. Estas verbalizaciones estaban relacionadas a temas de los adiestramientos, escenarios en que los mismos eran completados y sus evaluaciones de estos.
<i>Percepción del nivel de competencia</i>	En este patrón temático incluimos verbalizaciones de participantes en torno a su impresión sobre su capacidad para atender a una PVVS. Estas verbalizaciones se relacionan con aspectos específicos de su adiestramiento, destrezas especiales en el manejo de PVVS así como la experiencia con esta población.
<i>Menciones de necesidad de adiestramiento</i>	Este patrón temático incluimos verbalizaciones que reflejan la limitación expresada por las personas participantes para atender a una PVVS debido al escaso adiestramiento recibido. Algunas de las verbalizaciones incluyen expresiones de estigmatización observadas o vividas por las personas entrevistadas y cómo ellos/as observan la incapacidad para lidiar con la situación.
<i>Manifestaciones de estigma</i>	Este patrón temático incluimos verbalizaciones en donde las personas (a) expresan haber sentido miedo al atender a una PVVS o (b) donde hayan reflejado una conducta estigmatizante. Estas incluyen manifestaciones de estigma expresamente evaluadas por la persona entrevistada o aquellas que contrastan su percepción del nivel de competencia.

P: *Ese curso yo si lo cogí por que necesitaba un curso, el curso de [] como te dije [], que es un curso donde practicas mucho, haces muchos procedimientos, estas expuesto a hacer exámenes pélvicos, exámenes de genitales que obviamente no en todos los "settings" tu puedes hacer eso. A menos que no vayas a una clínica especializada y por eso fue que cogí esa rotación. Además de que también necesitaba conocer de HIV yo si conozco de la transmisión del virus, yo conozco de los factores de riesgo, conozco los medicamentos, pero no se cómo aplicar los medicamentos al paciente o sea cómo manejarlo, cómo cambiar las dosis, cómo seguirlo. Eso es algo que a ti no te enseñan a menos que tú no tomes la iniciativa o rotar por esa área o aprender a fuerza de cantazos en lo que haces tu especialidad.* [Estudiante de Medicina (M)].

Estos dos participantes hacen hincapié en la importancia de la experiencia práctica en contacto directo con pacientes para complementar el adiestramiento profesional. A pesar que el estudiante de medicina tomó cursos relacionados al VIH se denota cómo la práctica con pacientes fue un factor determinante. También añade que esa práctica la hizo de manera voluntaria porque en su programa no es obligatorio hacerla. Esto denota que el profesional de la salud debe tener disposición para recibir el adiestramiento especializado necesario para trabajar con esta población. No obstante, aunque el adiestramiento profesional puede abarcar temas variados sobre la epidemia, también puede ofrecer visiones estigmatizantes sobre la condición. Así lo expresa un varón, estudiante de medicina:

P: *Cuando tú abres un libro y estás, bregando con el tema del VIH y te empiezan a*

enseñar toda esa gente bien flaca, y te enseñan, las candidiasis, las tuberculosis, te enseñan el sarcoma de kaposi, y todas esas cosas.

E: *¿Te lo enseñan gráficamente? ¿Tú ves fotos?*

P: *Sí, sí, exacto y tú lo que haces es una imagen mental de alguien que tiene SIDA.*

E: *Según lo que te dice el libro.*

P: *Según lo que me dice el libro, y entonces pues, mira, es de asustarse; porque es lo mismo que tú ves estas fotos de gente que le falta un pie o malformaciones genéticas y dices “coño, pero que feo está esto, verdad”. Pero cuando vienes a verlo en carne y hueso, pues mira no se parece a lo que está en el libro. Entonces uno viene prejuiciado con que las personas están bien feas. [Estudiante de Medicina, (M)]*

Percepción del nivel de competencia

Las personas participantes hicieron múltiples menciones sobre su nivel de competencia para ofrecer servicios a PVVS. La percepción de competencia puede llevar a hacer dos juicios: estoy preparado/a para atender a una PVVS o no lo estoy. Pero el juicio valorativo que determina que se está preparado puede no tomar en consideración esquemas personales que refuerzas actitudes estigmatizantes en otros escenarios. Una percepción equivocada puede llevar a establecer juicios valorativos contradictorios en instancias que no están ligadas a la práctica profesional. Esto se traduce en una percepción de competencia en el escenario laboral y la manifestación de nociones estigmatizantes en otros escenarios.

P: *Eh yo creo que sí, yo creo que sí, por lo menos en la parte que he aprendido yo se*

manejar medicamentos antiretrovirales y sé manejar también condiciones que pueden ocurrir en pacientes que tienen HIV. Sé cómo manejarlas todas ellas. Desde pulmonías, Sarcoma de Caposi, desde depresión o sea todas esas cosas. Hace precisamente, hace como un mes yo soy estudiante de cuarto años y dentro del curso obligatorio que tienes que coger dentro del cuarto años está dermatología. Cogimos un curso completo de manifestaciones dermatológicas del HIV, de cómo tratarlas, así que yo si siento que estoy preparado para eso. [Estudiante de Medicina (M)]

E: *¿Te sientes preparada para ofrecer servicios a una persona que vive con VIH?*

P: *Preparada, yo diría que emocionalmente me siento preparada, porque he tenido personas cercanas, como, pues un primo lejano... me siento emocionalmente cómoda. En cuanto a preparación académica me siento muy muy incompleta. [] [Estudiante Psicología (F)]*

E: *¿Se te hace difícil atender a una persona que vive con VIH/SIDA ¿Tú crees que se te hace difícil trabajar con esa persona que tiene VIH/SIDA?*

P: *Pues ahora mismo si se me presenta alguien... nunca he tenido la experiencia y porque entiendo que estoy bien crudita en términos de lo que debo saber en realidad de VIH. Entiendo que sé muy poco, necesito tener más adiestramiento profesional para poder bregar con personas... VIH. Pero me siento preparada, sabes, como que una vez termine un adiestramiento o algo siento preparada.*

En la pasada cita se muestra la ambivalencia que puede generar en términos de la percepción del nivel de competencia, el recibir un adiestramiento profesional limita-

do. Aunque la experiencia cercana con una PVVS puede traducirse en un sentimiento de comodidad o empatía con la persona, la limitación de adiestramiento formal, o académico, como refiere la participante puede contribuir a una percepción errónea del nivel de competencia.

Por otro lado, el adiestramiento especializado puede causar la impresión de poder manejar situaciones periferales al VIH. En el caso que presentamos a continuación una doctora en medicina se entiende capaz de cubrir asuntos generales de cualquier enfermedad pero no directamente con VIH. Esta expresa directamente que no se siente cómoda ofreciendo medicamentos para VIH.

E: *¿Se siente preparada para ofrecer servicio a una persona que viva con VIH?*

P: *En mi aspecto como pediatra las cosas básicas sí. Pero las cosas básicas pues catarro, como te digo. Pero ya para la condición primaria del tratamiento para un paciente con VIH pues, como no tengo la experiencia, no me siento cómoda siendo yo la que estoy dando los medicamentos para su condición primaria. Ahora algo secundario como un catarro, infección de oído, otras cosas sí. Eso se puede manejar.*
[Doctora en Medicina, (F)]

E: *¿Se siente usted preparada para ofrecer servicios a una persona que vive con VIH/SIDA?*

P: *Mira, este, si vamos a ver los servicios que yo ofrezco, que es evaluación, sí. Si es servicios de psicoterapia, no.*
[Psicóloga (F)]

E: *¿Por qué?*

P: *Porque yo creo que me falta mucho más. Porque yo creo que es bien delicado y aunque, verdad, nosotros como psicólogos, tratamos de tener mucha empatía con ese*

paciente, el tú tener a una persona que vive, yo te diría que con una bomba de tiempo adentro es bien difícil. Yo creo que es una responsabilidad que uno siempre se debe de estar renovando continuamente.

En el caso de esta psicóloga, ella se siente preparada para trabajar aspectos que no tienen que ver directamente con el VIH. Dentro de sus áreas de servicio no podría ofrecerlos todos a una PVVS. Esto refleja cómo el adiestramiento profesional puede estar limitado al ofrecer las competencias necesarias para el ofrecimiento de servicios completos a PVVS como en este caso, la psicoterapia.

Menciones de adiestramiento profesional recibido: necesidad de adiestramiento profesional especializado

Aunque fueron múltiples las menciones de sentimientos de competencia para atender a PVVS, también mencionaron la necesidad de recibir más adiestramiento sobre el tema. Esa necesidad se manifestó de varias formas. En primer lugar, se mencionó la falta de información sobre conceptos específicos, como por ejemplo, el manejo de medicamentos y sus efectos. Segundo, describieron la observación de episodios de estigmatización en escenarios de trabajo o de clases como evidencia de la necesidad de adiestramiento de sus pares. Tercero, en el impacto de experiencias que sienten no manejaron de manera adecuada, o sucesos que provocaron emociones que no tenían previstas. Las citas que se presentan a continuación refieren la necesidad de recibir adiestramiento especializado sobre el HIV desde las experiencias estigmatizantes que han visto o participados los/as entrevistados/as.

P: *Porque muchas, muchos profesionales tiene muchos conceptos... que son bien*

ignorantes, todavía en esta época, de lo que es la enfermedad y muchas veces cometen el error de rechazarlos, sin saber. Que como no tienen el conocimiento y aún teniendo conocimiento rechazan a los pacientes. [Enfermera (F)]

- P: Bueno por que numero uno no hay cursos, por lo menos en esta universidad no hay ningún curso que se identifique VIH SIDA. Yo creo que si por que en Puerto Rico hay muchos casos de VIH SIDA y tal vez por el prejuicio, tratar de romper muchos esquemas. No te puedo decir pues conozco todo y a veces siento miedo. Sí te soy sincera... yo sabia que por hablar con ella no se me iba a pegar o sea yo entendía. Pero miedo a que por ejemplo ella algún día me fuera a atacar. Cosas que te pueden venir a la mente. Pues en ese sentido considero que deben de darnos adiestramiento especializado para uno como que romper un poco con esos prejuicios. [Psicóloga (F)]

La estudiante de psicología, a continuación, entendía que tenía conocimiento sobre las formas de contagio, pero aún ese nivel de conocimiento no le permitió hacer un análisis sobre la situación y la posibilidad de contagio frente a la persona que atendía. Esta estudiante añade información sobre las áreas en las que no tiene información y cómo la falta de información o de formación sobre el VIH abona a su percepción de competencia para atender a PVVS aunque tenga las competencias clínicas de su profesión.

- E: ¿Qué más tu crees que debería abordar este tipo de adiestramiento profesional?
P: Cómo es el proceso de la enfermedad en términos biológicos, medicamentos ¿Qué medicamentos se ofrecen? ¿Cuales son

los efectos adversos o secundarios de los medicamentos? Porque realmente no sé cuales son los efectos. Puedo tener un cliente enfermo de VIH y realmente no se cuál esta tomando... un medicamento y yo no se cuáles son los efectos adversos o secundarios y no se cómo trabajarlos. Porque realmente lo desconozco. [Estudiante de Psicología (F)]

- E: ¿Te sientes preparada para ofrecer servicios a una persona que vive con VIH SIDA?
P: No
E: ¿Qué te hace pensar que no te sientes preparada o en que aspecto no te sientes preparada?
P: [] si me haces la pregunta. ¿Lo harías? No, porque no me siento preparada. [] Entiendo que no. Porque tal vez me hago muchas preguntas sobre el proceso de la enfermedad que yo en estos momentos no los se contestar; si empáticamente lo puedo ayudar, lo puedo apoyar pero desconozco mucho.

Manifestaciones de estigma

Las personas participantes mencionaron múltiples verbalizaciones en las cuales el estigma hacia las PVVS era evidente. Aún cuando aclararon sentirse preparados/as o competentes para atender a PVVS, participaban de procesos de estigmatización en y fuera de los escenarios en los que trabajan y dan servicios. El miedo al contagio con el VIH y la limitación del tipo de trabajo que puede hacer una PVVS fue un tema manifestado.

- E: Supongamos que a ti te van operar de emergencia y tú te enteras en el hospital que el cirujano de turno tiene VIH. ¿Te gustaría que te informaran este hecho antes de que te operaran?

P: *A mi sí.* [Estudiante de Enfermería (M)]

E: *¿Por qué sí?*

P: *Porque yo puedo, como ser humano que soy, decidir si quiero que me opere esa persona o no quiero exponerme a esa enfermedad. Sabes que como portador puede cometer un error o algo y me puede infectar.*

E: *¿Qué harías una vez te enteraras que ese cirujano tiene VIH/SIDA?*

P: *Yo hablando serio, yo de verdad me asustaría. A mi me gustaría que me atendiera otra persona.*

E: *¿Qué sentimientos te causaría este evento?, ¿Cómo tú te sentirías?*

P: *Yo iría a la sala de operaciones porque es vital y si no aparece más nadie pues que lo haga él. Pero estaría con un estrés, a nivel de estrés estaría muy elevado. Porque... y muy nervioso sabes, no tanto de que la operación salga bien. También me voy a estar preguntando porqué... el cirujano tiene HIV en cualquier momento.*

E: *O sea que si tuvieras la oportunidad de que otro te operara tú preferirías que otra persona te operara.*

P: *Sí*

E: *¿Y tú te sientes preparado para darle servicios a una persona que viva con VIH?*

P: *Yo me siento preparado.*

E: *¿Qué tú crees que te ha preparado para eso?*

P: *A mi ha preparado pues las clases que he tomado del curso. El conocimiento que he tenido, los temores se me han ido porque he aprendido gracias a los cursos que he tomado y el interactuar con esos pacientes. Las áreas clínicas me han ayudado mucho.*

E: *No se si te has dado con algún caso*

pero, ¿Tu has visto como esas actitudes de temor se manifiestan en el salón de clases, en algún escenario de trabajo? ¿Lo has visto?

P: *Si yo lo he visto. Por ejemplo, tratamos X paciente y tiene HIV y me dice Ah ya me saque la sangre gracias a Dios yo espero que no hayan mas muestras que sacarle. Ay!! Mira, herida, déjame ponerme doble guante y muchas veces lo triste es que quizás yo puedo tener el temor y lo disimulo muy bien. Pero muchas veces el temor es tan extremo que no lo disimulo delante del paciente. El paciente se da cuenta que yo tengo miedo que no quiero como que tratarlo o lo trato de lejito y el paciente se da cuenta.*

En este caso el estigma se manifiesta en forma de rechazo ante la posibilidad de ser atendido por una PPVS en un escenario de salud. Aunque este estudiante entiende estar preparado para el contacto directo con PVVS, lo cierto es que el potencial contacto con una de ellas aumenta su miedo al contagio y fomenta posturas restrictivas.

E: *En su centro de trabajo a una persona que le dice o usted cree que vive con VIH? ¿Qué usted ha pensado?*

P: *Estamos hablando de una persona que es adicta. Ya tenía la condición de Hepatitis y estaba pues obviamente en mucho riesgo y pues recibir el tratamiento aunque sea adicta, y así que pensé en ir y pues no preguntarle directamente pero si dialogar con ella y poco a poco darle esa confianza que tal vez necesite para poder expresar si tiene miedo de ser paciente o de tenerlo, o de adquirirlo pronto por que es adicta. Así que fue eso lo que pensé.*

[Trabajadora Social (F)]

E: *¿Qué sentimientos le ha provocado?*

P: *En el caso específicamente de esa persona me provocó algo de miedo porque estamos hablando también Hepatitis y la Hepatitis es un virus mucho más peligroso que el VIH y pensé pues en no ir a la vivienda, si no que la persona viniera a mi. ¿Pero cómo hacer que esa persona venga a mi? Así que fui, entré a la vivienda, me senté en el mueble y hablé con la persona normal. Pero sí te admito que no quise.... La persona me ofreció un vaso de agua y no quise por miedo. No quise por miedo.*

Discusión

De las verbalizaciones de los/as participantes resalta cómo el adiestramiento especializado puede contribuir a desarrollar percepción equivocada sobre el nivel de competencia o de la capacidad de la persona para ofrecer un servicio. El proceso por el cual los/as participantes forman una apreciación sobre sus competencias se desvincula de los procesos de estigmatización. Es decir, los/as participantes no pueden observar la relación que existe entre los procesos de estigmatización en los que ellos/as están inmersos/as y cómo estos inciden en la forma en que pudieran ofrecer servicios a una PVVS.

El adiestramiento profesional puede fomentar una percepción que no va a la par con las emociones, las creencias y la conducta de los profesionales en torno a las PVVS. Un profesional de la salud puede evaluar que se siente preparado/a para ofrecer servicio a una PVVS pero cuando se enfrenta a la posibilidad de ofrecer este, sus competencias se ven afectadas por las actitudes estigmatizantes que trae consigo. El adiestramiento profesional especializado debe tomar en consideración estas nociones de modo que

desde el nivel académico y práctico se trabaje con el estigma. Es importante explorar cómo el proceso de adiestramiento podría inculcar nociones estigmatizantes en las personas que lo reciben (e.g. libros de texto).

De aquí se deriva la importancia de evaluar diversos componentes del adiestramiento especializado de los profesionales de la salud que en algún momento puedan presentarse ante la posibilidad de brindar servicios a una PVVS. Entre estos componentes se resalta la secuencia de currículos y cursos requisitos, contenido de los mismos, acceso a cursos electivos, las modalidades en las que se ofrecen estas oportunidades y la oportunidad de realizar prácticas con acceso a PVVS.

Cuando los currículos académicos no abordan el VIH desde una perspectiva multidimensional pueden limitar las posibilidades de los/as estudiantes y profesionales de ver la epidemia de forma limitada. La literatura refleja que hasta el momento, los programas de enseñanza se han limitado a ver el VIH desde áreas de especialidad permitiendo un desenlace entre las necesidades de las PVVS y las competencias que requieren los profesionales para atender a esta población. Si los programas de enseñanza no se plantean como agentes de desarrollo de competencias, si no meramente de destrezas específicas, la percepción que desarrollan los estudiantes sobre su nivel de competencia estará distanciada de la realidad práctica de sus profesiones. ¿Cómo podemos plantearnos la distancia que existe entre el adiestramiento profesional recibido y la percepción de competencia que se desarrolla a partir de ese adiestramiento?

En primer lugar evaluando los objetivos reales de los cursos versus el contenido de los mismos. Se debe cuestionar, ¿los cursos está ofreciendo la información y las destrezas para las cuáles fue diseñado? En segundo

lugar, los cursos del currículo ¿se dirigen a ofrecer información, a desarrollar destrezas, o ambas? A su vez los estudiantes deben tener claro qué pueden obtener del curso y qué se espera de ellos al finalizar el mismo. El contenido de las materias debe ir a la par de las necesidades prácticas de cada una de las profesiones y con la información que surge en torno al VIH. Tercero, ¿los materiales utilizados abonan al cumplimiento de los objetivos, al manejo de información, al desarrollo de destrezas y a su vez ofrece una visión multidimensional de la enfermedad? En muchas ocasiones, como se presentó en una de las citas, los materiales sólo ofrecen una perspectiva de la enfermedad y esa es la perspectiva que evocan los estudiantes durante su carrera académica. Cuarto, el proyecto educativo debe permitir que el/a estudiante cuestione su nivel de competencia durante su formación y no al finalizar la misma. De este modo el/a estudiante podrá tener la oportunidad de exponerse a las experiencias formativas que entienda necesarias para completar su adiestramiento profesional. En ese proceso, en el que cada persona debe cuestionarse el nivel de competencia que va desarrollando, también debe darse la apertura para cuestionar los prejuicios, miedos, mitos y opiniones personales, en este caso en torno al VIH/SIDA.

La brecha más amplia que existe entre el nivel de competencia y el adiestramiento profesional especializado recibido se da en base de los factores personales que no se discuten en los programas de enseñanza superior. En muchas ocasiones la información y el desarrollo de destrezas se ofrece en un ambiente desvinculado de los procesos personales de los/as estudiantes. No se evalúa o se cuestiona cómo el/a estudiante procesa y asimila la información, ni cuál es el impacto de la misma en su vida personal. Se separan las emociones

de los/as estudiantes y profesionales tanto de su proceso formativo como de la práctica. Al desvincularse la esfera personal de éstos se da el espacio para que factores como el miedo y el prejuicio se entremezclen con la información y el adiestramiento profesional que reciben. En algún momento todas las experiencias personales de estos individuos afloran, y lo pueden hacer en forma de posturas estigmatizantes hacia las personas que pretenden atender.

Referencias

- AIDS Alert. (2004). Depression high among HIV-positive patients: Rates are more than five times greater (Thomson Publication): Author.
- Anderson, D.G., Vojir, C. y Johnson, M. (1997). Three medical schools' responses to the HIV/AIDS epidemic and the effect on students' knowledge and attitudes. *Academic Medicine*, 72, 144-146.
- Baguma, P.K. (1992). AIDS-related stigma, personal risks and career objectives among Makerere medical students. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 2, 105-112.
- Bean, J., Keller, L., Newburg, C. y Brown, M. (1989). Methods for the reduction of AIDS social anxiety and social stigma. *AIDS Education and Prevention*, 1 (3), 194-221.
- Bester, M.E. y Arendse, Y. (1996). Knowledge and attitude of nursing students concerning AIDS in three educational institutes of the West Cape. *Curatioinis*, 19 (4), 64-66.
- Bliwise, N.G., Grade, M., Irish, T. y Ficarrotto, T.J. (1991). Measuring medical and nursing students' attitudes toward AIDS. *Health Psychology*, 10, 289-295.
- Brown, L., Macintyre, K. y Trujillo, L. (2003). Interventions to reduce HIV/AIDS stig-

- ma: What have we learn? *AIDS Education and Prevention*, 15(1), 49-69.
- Campos, P.E., Brasfield, T.L. y Kelly, J.A. (1989). Psychology training related to AIDS: Survey of doctoral graduate programs and predoctoral internship programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 214-220.
- Carney, J.S., Perth, J.L. y Martin, J.S. (1999). The impact of an HIV/AIDS training course for baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 38, 39-41.
- Cook, R., Steiner, B.D., Smith, A., Evans, A., Willis, S., Petrusa, E.R., Harward, D.H. y Richards B. (1998). Are medical students ready to provide HIV-prevention counseling? *Academic Medicine*, 73, 342-346.
- Crystal, S. y Schlosser, L.R. (1999). The HIV-mental health challenge. En A. Horwitz y T. Scheid (Ed.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (págs. 526-549). Nueva York, N.Y.: Cambridge University Press.
- Dafoe, M.E. y Steward, K.E. (2004). Pain and psychiatric disorders contribute to suicidal ideation in HIV-positive persons. *Archives of Suicide Research*, 8 (3), 215-226.
- Eliason, M.J. (1993). AIDS-related stigma and homophobia: Implication for nursing education. *Nurse Educator*, 18(6), 27-30.
- Evans, J.K., Bingham, J.S., Pratt, K. y Carne, C.A. (1993). Attitudes of medical students to HIV and AIDS. *Genitourinary Medicine*, 69, 377-380.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Green, G. y Platt, S. (1997). Fear and loathing in health care settings reported by people with HIV. *Sociology of Health and Illness*, 19(1), 70-92.
- Haas, M. (1989). The need for a search for the proximal pathogenic principle of human AIDS. *Cancer Research*, 49(8), 2184-2187.
- Hunter, C.E. y Ross, M.W. (1991). Determination of health-care workers attitudes toward people with AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 21(11), 947-956.
- Jarman, M., Walsh, S. y Delacey, G. (2005). Keeping safe, keeping connected: A qualitative study of HIV-positive women's experience of partner relationship. *Psychology and Health*, 20(4), 533-551.
- Kalichman, S.C., Ramachandran, B. y Ostrow, D. (1998). Protease inhibitors and the new AIDS combination therapies: Implications for psychological services. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 349-356.
- Kelly, J.A. y Murphy, D.A. (1992). Psychological interventions with AIDS and HIV: Prevention and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 576-585.
- Kindermann, S.S.; Matteo M.T. y Morales E. (1993). HIV training and perceived competence among doctoral students in psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 224-227.
- King, T.B. y Muzzing, K.B. (2005). A national survey of dental hygienists' infection control attitudes and practices. *Journal of Dental Hygiene*, 79(2), 2-13.
- Klein, S.J., Karchner, W.D. y O'Connell, D. (2002). Interventions to prevent HIV-related stigma and discrimination: Findings and recommendations for public health practice. *Journal of Public Health Management Practice*, 8(6), 44-53.

- Lal, P., Kumar, A., Ingle, G.K. y Gulati, N. (1998). Some AIDS- related policy issues and nursing students' willingness to provide AIDS care. *Journal of Communicable Diseases*, 30, 38-43.
- Leasure, R., Hawkins-McKenney, L.A. y Merrill, A. (1995). Factors influencing baccalaureate nursing students' attitudes towards person living with AIDS. *Journal of Professional Nursing*, 11(5), 299-305.
- Linsk, N., Mitchell, C., Despotos, J., Cook, J., Razzano, L., Grey D. y Wolf, M. (2002). Evaluating HIV mental health training: Changes in practice and knowledge for social workers and case managers. *Health and Social Work*, 27(1), 67-71.
- Lojek, E. y Bornstein, R.A. (2005). The stability of neurocognitive patterns in HIV infected men: Classification considerations. *Journal of Clinical Experimental and Neuropsychology*, 27(6), 665-682.
- May, R. y Anderson, R.M. (1988). The transmission dynamics of Human Immunodeficiency Virus (HIV). *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 321, 565-607.
- Morgan, M., Calnan, M. y Manning, N. (1985). Illness as a social state. En M. Morgan, M. Calnan, y N. Manning (Eds.), *Sociological Approaches to Health on Medicine* (págs. 45-75). Londres: Routledge.
- Neff, J.A., Amodei, N., Martínez, C. y Ingmundson, P. (1999). HIV/AIDS mental health training for health care providers: An evaluation of three models. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 240-246.
- Nennett, L., Kalaher, M. y Ross, M.W. (1994). Quality of life in health care professionals: Burnout and associate factors in HIV/AIDS related care. *Psychology and Health*, 9(4), 273-283.
- Phillips, N. y Ardí, C. (2002). *Discourse analysis: Investigating processes of social construction*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Poland, B.D. (2002). Transcription quality. En J.F. Gubrium y J.A Holstein (Eds.) *Handbook of interview research: Context and method* (pp. 629-649). Thousand Oaks, California: Sage.
- Potter, J. (2004). Discourse analysis. En M. Hardy y A. Bryman (Eds.), *Handbook of data analysis* (págs. 607-624). Londres: Sage.
- Potter, J. y Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behaviour*. Londres: Sage Publications.
- Reis, C., Heisler, M., Amowitz, L.L., Moreland, R.S., Mafeni, J.O., Anyamele, C. y Lacopino, V. (2005). Discriminatory attitudes and practices by health workers toward patients with HIV/AIDS in Nigeria. *PLoS Medicine*, 2(8), 743-752.
- Robiner, W., Parker, S.A., Ohnsorg, T.J. y Strike, B. (1993). HIV/AIDS training and continuing education for psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 35-42.
- Schmeller-Berger, L., Handal, P.J., Searigth, H.R. y Katz, B. (1998). A survey of psychologists' education, knowledge, and experience treating clients with HIV/AIDS. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 160-162.
- Scollay, P.A., Doucett, M., Perry, M. y Winterbottom, B. (1992). AIDS education of college students: The effect of an HIV-positive lecture. *AIDS Education and Prevention*, 4 (2), 212-214.
- Strunin, L., Culbert, A. y Crane, S. (1989). First year medical students' attitudes and knowledge about AIDS. *AIDS Care*, 1, 105-110.

- Taylor-Brown, S. y Garcia, A. (1995). Social workers and HIV-affected families: Is the profession prepared? *Social Work*, 40, 14-15.
- Varas Díaz, N., Serrano-García, I. y Toro-Alfonso, J. (2004). *Estigma y Diferencia Social: VIH/SIDA en Puerto Rico*. San Juan, Puerto Rico: Ediciones Huracán.
- Vitiello, B., Burnam, M. A., Bing, E.G., Beckman, R. y Shapiro, M.F. (2003). Use of psychotropic medications among HIV-infected Patients in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 160 (3), 547-555.
- Wickramasuriya, T.V. (1995). Attitudes of medical students toward the Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). *West Indian Medical Journal*, 44, 7-10.
- Winiarski, M.G., Greene, L.I., Miller, A.L., Palmer, N.B., Salcedo, J. y Villanueva, M. (2005). Psychiatric diagnosis in a sample of HIV infected people of color in methadone treatment. *Community Mental Health Treatment*, 41(4), 379-391.
- Yadidia, M.J., Berry, C.A. y Barr, J.K. (1996). Changes in physicians' attitudes toward AIDS during residency training: A longitudinal study of medical school graduates. *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 179-19