



REVISTA SEMESTRAL - No. 11 Octubre 2006 – Marzo 2007 ISSN 1409 – 4568

Como citar este artículo

Jiménez Soto, Karen; Martínez Ramírez, Carolina; Leiva Díaz, Viriam. **Hombres adultos portadores del VIH/SIDA, percepciones e interacciones con los miembros del equipo de salud durante las estancias hospitalarias en el 2005.** *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica [en línea]. Octubre 2006 – Marzo 2007 No.11* [citado (fecha)]. Disponible World Wide Web: < <http://www.revenf.ucr.ac.cr/sida.pdf> > ISSN 1409-4568

HOMBRES ADULTOS PORTADORES DEL VIH / SIDA, PERCEPCIONES E INTERACCIONES CON LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD DURANTE LAS ESTANCIAS HOSPITALARIAS EN EL 2005.¹

Jiménez Soto, Karen²
Martínez Ramírez, Carolina³
Leiva Díaz, Viriam⁴

RESUMEN

El artículo está basado en una investigación cualitativa, que nace de la convivencia, durante 18 meses, con un grupo de hombres adultos portadores del VIH / SIDA. El interés consistió en analizar la percepción que tiene un grupo de 7 portadores del virus, de las interacciones que se establecen con los miembros del equipo de salud; especialmente con el profesional de Enfermería, durante su proceso hospitalario. Los datos se obtuvieron a través de: grupo focal, entrevista semiestructurada y a profundidad. En los resultados se evidencia que los participantes estuvieron expuestos a factores de riesgo sociofamiliares como la pobreza, la violencia intrafamiliar, entre otros; esto contribuyó a que experimentaran conductas sexuales riesgosas y dependencia de sustancias. Además, en el ámbito hospitalario, los portadores asumieron roles pasivos ante su proceso de salud-enfermedad. También se demostró que no se tiene una identificación clara del rol de Enfermería como profesión y disciplina, situando al profesional de Enfermería – según su percepción- dentro del paradigma de la categorización.

Palabras clave: Percepción, portador del VIH / SIDA, Rol del profesional de Enfermería.

¹ **Fecha de recepción:** Noviembre 2005

Fecha de aceptación: Junio 2006

² Licenciada en Enfermería. San José. Costa Rica. Correo electrónico: karenjiso@yahoo.es

³ Licenciada en Enfermería. San José. Costa Rica. Correo electrónico: carolina6786@yahoo.es

⁴ Magíster. Profesor Asociado de la Escuela Enfermería Universidad de Costa Rica. viriaml@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y su fase terminal conocida como SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida), afecta a millones de personas, las cuales se enferman, y a pesar de los esperanzadores anuncios sobre grandes progresos terapéuticos, mueren. “Cada día del calendario 16000 personas adquieren el virus en el mundo. De estos la mitad son jóvenes entre 15 y 24 años y se calcula que 27 millones han muerto; como consecuencia de la enfermedad.” (CLAI 2004, p. 4).

El VIH/SIDA causa terribles consecuencias, no sólo para quienes mueren por la enfermedad, sino también para sus familias y comunidades, debido a las repercusiones sociales y económicas que implica portar el virus. Por ejemplo, según datos de la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y Caribe (SIDALAC) recopilados por USAID (2002), los gastos por concepto del VIH / SIDA en Costa Rica llegaron a los \$21.4 millones de dólares en el año 2000, de los cuales el 68% (\$14.55 millones) provenían de fuentes públicas. Los elevados costos para el sector salud, aunado a las pérdidas económicas sufridas, por la baja o escasa productividad de las personas viviendo con VIH / SIDA (Viquez y otros; 1999); limitarán el desarrollo de la familia y de la comunidad.

En Costa Rica, se calcula que una de cada 260 personas es portadora del VIH, según datos del Ministerio de Salud para el año 2001, y se espera que estas cifras vayan en aumento como consecuencia del alto número de portadores y portadoras que

desconocen su condición. Cada nuevo portador de VIH o SIDA necesitará implementar una serie de cambios en su estilo de vida, como consecuencia del nuevo estado de salud y de la carga social que significa tener un diagnóstico positivo. Estas personas requieren no solamente medicación para mejorar su condición de salud; necesitan apoyo, educación, orientación, contención, respeto y buen trato de parte de los miembros de la colectividad y, desde luego, de los integrantes del equipo de salud. Por lo tanto, surge el interés por realizar un análisis de la percepción que tiene un grupo de hombres adultos con VIH / SIDA; de las interacciones que han establecido con los miembros del equipo de salud; especialmente con el profesional de Enfermería, durante sus procesos hospitalarios. Pues, según King, citada por Wiley (1984), la percepción facilita el establecimiento de relaciones interpersonales, las cuales favorecen el proceso salud-enfermedad.

Este artículo expone resultados que ayudarán a reconocer algunas de las necesidades no satisfechas – según la opinión de los participantes – por los profesionales y las profesionales de Enfermería durante sus hospitalizaciones, que permitirá identificar los puntos débiles a considerar para mejorar la atención ofrecida a los portadores.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se inició con una recolección de datos a cerca de los portadores del virus mediante un proceso de inserción en el campo, con una duración de 18

meses. Se realizaron visitas a personas con VIH/SIDA que vivían en un albergue, con un promedio de 8 horas semanales. El objetivo fue que las investigadoras llegaran a ser parte del contexto y se convirtieran en un miembro más de la comunidad. Por lo tanto, este estudio se planteó desde un enfoque cualitativo.

Para seleccionar a los participantes se utilizó un muestreo a conveniencia; los criterios de selección fueron los siguientes:

- ✓ Hombres adultos portadores del VIH/SIDA.
- ✓ Con procesos hospitalarios después de conocer su diagnóstico.
- ✓ Habitantes del albergue.

Para un total de siete hombres, quienes participaron en sesiones de grupo focal; además, de estos se eligieron tres sujetos para la ejecución de entrevistas a profundidad.

La recolección de datos se realizó mediante técnicas cualitativas, se diseñó una guía de preguntas (entrevista semiestructurada) para averiguar acerca de los datos generales de los participantes, fecha del diagnóstico, quién lo comunica, número de hospitalizaciones, reacciones familiares y sentimientos generados ante la nueva condición de salud; experiencia del primer internamiento y aspectos positivos o negativos de la atención recibida, durante la estancia hospitalaria. La segunda técnica implementada fueron las sesiones de grupo focal, las dos reuniones tuvieron una duración promedio de 60 minutos. Los datos recuperados cada día se registraron de 2 maneras: en cassette de audio y mediante un diario de campo, a partir del cual se retroalimentó el

proceso investigativo. La interpretación de los resultados del proceso se discutió con los participantes del grupo focal, con el fin de enriquecer los resultados de la investigación. Por último, se realizó entrevistas a profundidad.

La utilización de estas técnicas permitió reiterados encuentros con los informantes, en donde se indagó sobre sus vidas, experiencias o situaciones que tuvieran relacionado con el fenómeno en estudio y, por lo tanto, se perfeccionó el panorama de los escenarios y actores claves, para así obtener los datos necesarios y cumplir con los objetivos de la investigación.

Las categorías de análisis que guiaron la investigación se desprenden de los relatos de los participantes, que fueron grabados y transcritos en una matriz de análisis. Ésta se construyó a partir del tratamiento de la información, que consistió en analizar el contenido del relato a la luz de tres interrogantes: ¿qué decía el texto?, ¿qué me quería decir el participante? y ¿qué fue lo que interpretamos?. Además, a dicha matriz de análisis, se le realizó una segunda estrategia de estudio, llamada frecuencia de palabras, la cual consistió en extraer las temáticas comunes que se repitieron en todos los relatos expuestos por los participantes; por ejemplo, todos mencionaron la temática de la dinámica familiar en distintos momentos de su narración. Posteriormente, estas temáticas comunes constituyeron las unidades de análisis; varias unidades de análisis con similitud de contenido se agruparon originando tres categorías analíticas. (Ver cuadro 1).

RESULTADOS

Dentro de los principales hallazgos se desprenden los siguientes:

Contexto familiar, social, económico y educacional del portador: se encontró que la mayoría de los participantes provienen de familias cuya dinámica no es funcional, lo cual es un factor que aumenta la posibilidad de que sus miembros desarrollen conductas sexuales riesgosas, dependencia a sustancias, entre otros. Estas características familiares también limitaron sus oportunidades educativas las cuales propiciaron condiciones de subempleo.

Aunado a lo anterior, en el ámbito de la sexualidad pudo existir una falta de orientación de parte del referente familiar, debido a la salida de los participantes de su núcleo familiar en etapas tempranas y a patrones de evasión, castigo, dificultad de comunicación y ausencia de modelos positivos; lo que quizás contribuyó a que los portadores no tuvieran conciencia de la importancia de cuidar y apreciar el cuerpo.

Condición del diagnóstico: se determinó que éste grupo de hombres portadores enfrentaron una gran cantidad de pérdidas: salud, trabajo, aspecto físico y seres queridos; siendo éstos últimos los de mayor relevancia como el soporte emocional para el afecto y al estar ausentes, incrementan sus sentimientos de abandono, soledad, tristeza y desesperación.

Ante estos sentimientos, los participantes implementaron mecanismos de defensa, tales como el aislamiento entre iguales y la disminución de la interacción social. Además, esta patología está marcada por el estigma y el rechazo social, por lo tanto, cuando los participantes dieron a

conocer su diagnóstico, la respuesta familiar estuvo caracterizada por el aislamiento y el abandono.

Percepción del o la profesional de Enfermería dentro del equipo de salud:

se evidenció que entre los portadores y el personal de salud, médicos, médicas y enfermeras o enfermeros, principalmente, existe una relación de poder desigual. Los primeros asumen un rol pasivo atribuible a varios factores: bajo nivel educativo, desconocimiento sobre su patología, dependencia de la relación, falta de empoderamiento y baja autoestima, entre otros. Por consiguiente, los participantes de nuestra investigación perciben a los profesionales y las profesionales de Enfermería como la o el encargado de cumplir las indicaciones médicas o como aquel que brinda medidas de confort y aseo. No tienen una identificación clara del rol de Enfermería como profesión y disciplina, ya que dentro de su percepción, no se diferencia la enfermera o el enfermero profesional del resto del personal técnico de esta área (auxiliar de Enfermería, asistente de pacientes y camilleros).

DISCUSIÓN

Es importante que la enfermera y el enfermero en el tercer nivel de atención cumplan con los postulados expuestos por King, recopilados por Wiley (1984), donde menciona que: “Las enfermeras interactúan con los pacientes en los hospitales para obtener información sistemática sobre los eventos pasados y signos y síntomas actuales. Escucha a los pacientes para recabar datos acerca de sus percepciones. Ambos se comunican información para poder fijar objetivos y

tomar decisiones acerca de los medios que se usarán para eliminar la molestia y así resolver la molestia.” (Wiley; 1984, p. 15). Ante este panorama, es de vital importancia que los profesionales de Enfermería que laboran en el área hospitalaria de nuestro país, retomen los postulados de King; en donde para brindar una atención integral, es necesario que el profesional conozca los antecedentes vivenciales del usuario portador del VIH/SIDA, el contexto en el que se desarrolla, sus condiciones socioeconómicas, su nivel educativo, entre otros.

Conocer los aspectos anteriores relacionados con el individuo permitirá que la enfermera o el enfermero pueda utilizar de manera más efectiva sus conocimientos y habilidades, en pro de garantizar la recuperación del estado de salud, permitiendo que el portador retome y desempeñe sus roles habituales, facilitándole que su proceso de salud alcance una adaptación total a su medio ambiente, el cual siempre está cambiando.

Enlazado con lo anterior, se evidenció en la percepción de los hombres portadores del VIH/SIDA, participantes de esta investigación, la existencia de un distanciamiento entre el profesional de Enfermería y el usuario portador del virus. Se percibe a el o la profesional de Enfermería del tercer nivel de atención, como un agente distante que satisface las necesidades básicas de vestido, alimentación, aseo, tratamiento farmacológico y encargado de cumplir las indicaciones médicas.

Se omite en la percepción de los participantes, que Enfermería es una profesión que desempeña otros roles;

además, de los ya mencionados, lo cuales son necesarios para lograr una atención integral, por consiguiente “el mal entendimiento del rol y una percepción distorsionada, por cualquier motivo, puede influir en el resultado del cuidado.” (Wiley: 1984, p.103).

Por lo tanto, la percepción del grupo de hombres portadores del VIH/SIDA participantes, ubica al profesional de enfermería dentro del paradigma de la categorización, en donde la enfermera o enfermero es aquel o aquella que “hace para”, es decir, que el o la profesional ejecuta acciones en pro de eliminar la enfermedad. Donde se olvida la integralidad de la persona y se le desvincula de su proceso de cuidado. En este paradigma, el o la profesional de Enfermería se preocupa por proporcionar al enfermo el mejor entorno posible: aseo, alimentación, curación, tratamiento, para propiciar la recuperación de la salud. “Su intervención consiste en eliminar los problemas, cubrir los déficit y ayudar a los incapacitados. Intervenir significa “hacer para” las personas”. (Kerouac y otros; 1996, p.6). De esta manera, el usuario asume un rol pasivo, pues está bajo los cuidados de los profesionales de la salud.

Estos profesionales son considerados expertos o expertas que poseen los conocimientos sobre los agentes nocivos a la salud. Se puede decir, que no se invitó al usuario portador del virus a participar en los cuidados de si mismo.

Además, no se evidencia en la percepción de los participantes, la ejecución del rol profesional de enfermería en el tercer nivel de atención, que garantice la atención integral y de calidad a los

portadores del VIH/SIDA, por los que es de vital importancia que los y las enfermeras retomen su papel protagónico:

✓ Como agente educador, ya que enfermería debería de ser indispensable para las personas con VIH/SIDA, al suplir las necesidades de información acerca de: la enfermedad, el tratamiento farmacológico, el significado de exámenes y resultados, sus derechos y responsabilidades, entre otros.

✓ Como fuente de apoyo emocional, porque la persona diagnosticada con esta enfermedad y su familia, requieren de un profesional de ésta área que transmita información bajo un enfoque humanístico, además una persona que brinde cercanía, acompañamiento y soporte en la crisis.

✓ Como ente de enlace, es decir que esta profesión retome su importante labor como participante de la red interdisciplinaria e interinstitucional de profesionales de la salud que atienden a esta población.

Las recomendaciones anotadas anteriormente, junto con el cumplimiento de las funciones que ya realizan los enfermeros y enfermeras, que son identificadas por el portador como el cuidado directo: mediante la aplicación de medidas de confort y administración de medicamentos, entre otros; le brindarán al profesional de enfermería un liderazgo en la atención de la población con VIH/SIDA.

El cumplimiento efectivo de todas las funciones de la enfermería profesional favorecerán una atención con calidad y

calidez, la cual va a repercutir en el bienestar de la población con VIH/SIDA y por ende cumplirá con el propósito de la enfermería: lograr la recuperación, mantenimiento y mejora de la salud de las personas, lo que se traduce en una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

Alcántara, H, (2004). "Atención a víctimas de violencia doméstica y abuso sexual". En revista: *CIJ Informa*", año 9, número 31 jul- set. México: Centros de Integración Juvenil.

Banco Mundial (1997). *Informe del Banco Mundial sobre investigación4es relativas a las políticas de desarrollo. Hacer frente al SIDA. Prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial*. Washington, D.C.: Banco Mundial.

Bartlett, J.;Finkbeiner, A. (2000).*Guía para vivir con VIH y SIDA*. Tercera Edición. México: Editorial Diana.

Bharat, S.; Aggleton, P.; Tyrer, P. (2002).*La India: discriminación, estigma y negación relacionadas con el VIH y el SIDA*. Reino Unido: ONUSIDA e Instituto de Educación y Universidad de Londres.

Brenes, R. (1999). *Revisión de casos de pacientes infectados con el virus del VIH, tratados con drogas antirretrovirales (ARV) en el Hospital México*. Tesis para optar por el grado de Especialidades en Medicina Interna. San José: Universidad de Costa Rica.

Castro, G. (1997).*Análisis de los enfoques de intervención den Trabajo Social utilizados en la atención de personas VIH/ SIDA. y sus familias*. Tesis para optar por el grado de licenciatura en trabajo social. San José: Universidad de Costa Rica.

Castro , O. y otros. (2003).*Propuesta de Enfermería Programa de Salud Mental, prevención de las infecciones de Transmisión sexual y VIH/ SIDA, desde una perspectiva de atención integral dirigido a los (as) estudiantes y funcionarios (as) Sede Rodrigo Facio*. Universidad de Costa Rica. Tesis para optar para

el grado de licenciatura en Enfermería. San José: Universidad de Costa Rica.

Cordero, T. (1998). *Psicología comunitaria y relaciones de poder. Reflexiones alrededor de los procesos de grupos y de la participación de los agentes externos*. San José: Instituto de Investigaciones Psicológicas. Universidad de Costa Rica.

Charlton, D. (2003). *Las relaciones de poder en las salas de parto del sistema de Seguridad Social en Costa Rica. El caso del Hospital México*. Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios de la Mujer. San José: Universidad de Costa Rica.

Durhman, J.; Cohen, F. (1990). *Pacientes con SIDA y cuidados de Enfermería*. México: Editorial el Manual Moderno.

Focault, M. (1981). *Un dialogo sobre el poder*. Madrid: Editorial Alianza.

Fundación Arias para la paz y el Progreso Humano. (1992). *Caminando hacia la equidad: entendiendo el genero y el poder en el mundo rural*. San José Serie: Con Voz Propia: construyendo la equidad en el mundo rural

Kerouac, S. y otros (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Editorial Masson.

Lagarde, M. (1993). *Genero y poder*. San José: Instituto de la Mujer, Universidad Nacional.

Ley General sobre VIH/ SIDA N° 7771 del 20 de mayo de 1998 y su reglamento (1999). San José: Imprenta Nacional.

Martín, I. (1989). *Sistema, grupo y poder*. San José: UCA Editores.

Martínez, M. (1997). *comportamiento Humano: nuevos métodos de investigación*. Segunda Edición. México: Editorial TRILLAS.

Monge, M. (2004). *Relaciones de poder entre los profesionales en medicina y los profesionales de enfermería*. Tesis para optar por el grado de magíster en Estudios de la Mujer. San José: Universidad de Costa Rica.

Organización Mundial de la salud (OMS). (1990). *Directrices para planificar el fomento de la salud*

en la prevención y la lucha contra el SIDA. Ginebra: Serie OMS sobre el SIDA n° 5.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). *Directrices para la asistencia de enfermería a las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)*. Ginebra: Serie OMS sobre el SIDA n° 3.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1991). *Directrices para la labor de consenso sobre la infección y las enfermedades causadas por VIH. División de control de Enfermedades de Transmisión sexual*. Ginebra: Serie OMS sobre el SIDA n° 8.

Organización Panamericana de la Salud. (1993). *SIDA la epidemia de los tiempos modernos*. Washington: Comunicación para la salud N°5 OPS. Oficina Regional de la OMS.

Organización Panamericana de la Salud y otros (1997). *Pautas para la prevención de infecciones oportunistas en personas con VIH o SIDA en América Latina y el Caribe*. Washington: Oficina Regional de la OMS.

Programa de Salud del Consejo Latinoamericano de Iglesias (CLAI) (2004). *Hablemos de VIH / SIDA. Guía de Información básica*. La Paz: CIEMAL y LAZOS.

Rodríguez, L. y otros (2001). *Nosotros. Recomendaciones para un VIH positivo*. Grupo de prevención del SIDA (GPSIDA) Sanatorio "Santiago de las Vegas" Ministerio de Salud Publica. La Habana: Organización Panamericana de la Salud.

Rodríguez, L.; Álvarez, J. (1994). *Factores que inciden en la atención de Enfermería que se le brinda al paciente con SIDA en los servicios de Medicina y Cirugía General en el Hospital San Juan de Dios*. Tesis para optar al grado de licenciatura en enfermería. San José: Universidad de Costa Rica.

Rojas, R. (2000). *Guía para realizar investigaciones sociales*. México: Editorial Plaza y Valdés.

Russell, P. (1992). *Factores que interfieren en la ejecución del rol de la enfermera en el área de la atención directa en el Hospital Dr. Tony Facio C*.

Tesis para optar por el grado de licenciatura en Enfermería. San José: Universidad de Costa Rica.

Sánchez, A. (2001). *Hablamos de SIDA. La plaga del siglo XXI*. Madrid: Editorial SAN PABLO.

Schifter S. y otros (1996). *Las gavetas sexuales del costarricense y el riesgo de infección con el VIH*. San José: Instituto Latinoamericano de Prevención y educación en salud (ILPES).

Stewart, D.; Shamdasani, P. (1999). *Focus Groups Theory and Practice*. California: London- New Deihi Sage Publications.

Viquez, A., y otros (1999). *VIH/SIDA en Costa Rica: Situación Actual y Proyecciones*. Ministerio de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social. Proyecto de Modernización Sector Salud. San José: Fundación Mexicana para la Salud.

Wiley, J. (1984). *Enfermería como profesión: filosofía, principios y objetivos Imogene M. King*. México DF: Editorial Limusa.

Búsquedas en Internet

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). (2002) **El VIH y el SIDA en Costa Rica** Consultada en el mes de Octubre del 2005. Disponible en la página Web: www.pdf.dec.org/pdf_docs/PNACP152.pdf

Fundación Húésped en acción contra el SIDA. **Sida estadísticas. Resumen mundial**. Consultado en 2005, septiembre 24. disponible en : www.hesped.org, en la pagina Web: www.hesped.org.ar/huespedWeb/sida/est-2004-O.html

Ministerio de Salud Costa Rica. **Estadísticas del Ministerio de Salud, Departamento de Vigilancia Epidemiológica**. Al 30 de septiembre del 2001. disponible en la pagina web: www.netsalud.sa.cr/ms/estadist/enferme/sida10htm

Cuadro N°1 “Distribución de las categorías analíticas según las unidades de análisis, basadas en la percepción de un grupo de hombres adultos portadores del VIH / SIDA”	
Categorías de análisis	Unidades de análisis
Contexto familiar, social, económico y educacional del portador	*Dinámica familiar * Apoyo y aceptación *Empleo y subempleo *Nivel educativo
Condición del diagnóstico	+Reacciones emocionales +Aislamiento entre iguales +Rechazo
Percepción de la enfermera dentro del equipo de salud	° Relaciones de poder ° Asignación de roles y funciones ° Empoderamiento

