

EXPERIENCIAS EMOCIONALES QUE ACOMPAÑAN EL AFRONTAMIENTO DEL ACTO DE CUIDADO AL RECIÉN NACIDO EN MUJERES CON VIH EN MONTERÍA, COLOMBIA

Ivonne Rosario Romero-Guzmán*
Concepción Elena Amador-Ahumada**
Virginia Soto Lesmes***

RESUMEN

Tipo de estudio. Estudio de tipo etnográfico y enfoque cualitativo, aplicando el método del enfoque transcultural de Madeleine Leininger.

Objetivo. Describir las experiencias emocionales que acompañan el afrontamiento del acto de cuidado al recién nacido, en mujeres con experiencia de VIH positivo dentro del contexto cultural de Montería, Colombia.

Metodología. Se utilizaron los parámetros éticos para la investigación con seres humanos, las opiniones de las diez madres entrevistadas fueron grabadas y transcritas para su posterior sistematización.

Resultados. Las madres seropositivas experimentan una serie de sentimientos y emociones negativas, que surgen de la triple situación de afrontamiento de estrés vital por la certeza de la seropositividad, del embarazo/parto/puerperio y de las dudas por el estado serológico del recién nacido.

Conclusión. El tipo de afrontamiento principal es el defensivo, el desencadenante emocional parece ser el temor a la censura y estigmatización social, que se extiende como un continuo al hijo y se refleja en el acto de cuidado con clara orientación sobreprotectora.

Palabras clave: Estrés Psicológico; Adaptación; Seropositividad VIH; Enfermería.

*Enfermera. Magister en Enfermería. Docente Universidad Elías Bechara Zainum. Montería.

**Enfermera. Magister en Enfermería. Especialista en Epidemiología. Docente Universidad de Córdoba

***Enfermera. Magister en Enfermería, Doctora en Enfermería. Docente Universidad Nacional de Colombia. Correo: visotol@unal.edu.co

EMOTIONAL EXPERIENCES DURING NEWBORN CARE IN WOMEN WITH HIV IN MONTERÍA, COLOMBIA

Ivonne Rosario Romero-Guzmán
Concepción Elena Amador-Ahumada
Virginia Soto Lesmes

Abstract

Type of study. Study ethnographic and qualitative approach, applying the method of cross-cultural approach Madeleine Leininger.

Objective. To describe the emotional experiences those accompany the act of coping newborn care for women with HIV positive experience within the cultural context of a city on the Montería Córdoba.

Methodology: The ethical standards for human research were used, the views of the ten mothers interviewed were recorded and transcribed for further systematization.

Results: HIV-positive mothers experience a range of negative feelings and emotions that arise from the triple situation of life stress coping as certain seropositivity own pregnancy/childbirth/post-partum and doubts by the HIV status of the newborn.

Conclusion. The main type of coping is the defensive, emotional trigger seems to be the fear of censorship and social stigmatization, which extends as a continuous son and reflected in the act overprotective care with clear guidance.

Keywords: Psychological Stress; Adaptation; HIV seropositivity; Nursing

EXPERIÊNCIAS EMOCIONAIS DURANTE CUIDADOS NEO-NATAIS EM MULHERES COM HIV EM MONTERIA, COLÔMBIA

Ivonne Rosario Romero-Guzmán
Concepción Elena Amador-Ahumada
Virginia Soto Lesmes

Resumo

Tipo de estudo. Estudar abordagem etnográfica e qualitativa, aplicando o método de abordagem transcultural Madeleine Leininger.

Objetivo. Descrever as experiências emocionais que acompanham o ato de enfrentamento ao recém-nascido para mulheres com experiência positiva HIV dentro do contexto cultural de Montería Córdoba.

Metodologia. Foram utilizados os padrões éticos para pesquisas com seres humanos, os pontos de vista das dez mães entrevistadas foram gravadas e transcritas para posterior sistematização.

Resultados. As mães HIV-positivas experimentar uma gama de sentimentos negativos e emoções que surgem a partir da situação de estresse triplo vida enfrentamento como certa soropositividade própria gravidez /parto/pós-parto e dúvidas pelo estado HIV do recém-nascido.

Conclusão. O principal tipo de coping é o defensivo, gatilho emocional parece ser o medo da censura e estigmatização social, que se estende como um filho contínua e reflecte-se no ato de cuidar superprotetora com uma orientação clara.

Palavras-chave: Estresse Psicológico; Adaptação; Soropositividade para HIV, Enfermagem.

Fecha de recibo: diciembre/2015
Fecha de aprobación: marzo/2016

Introducción

El VIH/SIDA está afectando cada vez más a las mujeres jóvenes en edad fértil. En el informe mundial presentado por ONUSIDA (1) las mujeres son altamente vulnerables a esta epidemia, representando hoy cerca de la mitad de las personas que viven con el virus, además Pinzón et al destacan que estas situaciones de salud se desarrollan en el contexto de importantes desigualdades de género, nivel socioeconómico y cultural; sumado a cada vez más al temprano inicio de su vida sexual y el cambio permanente de compañeros sexuales (2).

Para el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia SGSS (3), controlar las posibilidades de transmisión vertical es una exigencia para la salud pública; para ello utiliza las estrategias de ofrecimiento de cuidados prenatales para madres infectadas con el VIH, tarea que genera un alto costo pero que es indispensable e ineludible si se desea lograr el aseguramiento de la salud de la madre y de su hijo.

Las investigaciones a nivel mundial sobre VIH son numerosas y han dado grandes resultados; no obstante los estudios relacionados con las vivencias de las mujeres son escasas y se desconoce la intimidad de las vivencias, los sentimientos y las emociones que el diagnóstico de VIH positivo genera en las mujeres jóvenes, y la forma como este se relaciona con la oferta de cuidados a sus recién nacidos.

En tal sentido, esta enfermedad genera diversos cambios para las madres en las esferas emocionales, de comportamientos sociales y físico, afectando de manera completa y compleja los componentes inherentes al concepto de salud. Por ello se consideró de interés socializar los

hallazgos relacionados con las vivencias emocionales y comportamentales de las mujeres VIH positivo residentes en la ciudad de Montería (capital del Departamento de Córdoba Colombia, S.A).

El artículo que se presenta contiene apartes de interés, extractados del informe de resultados de la investigación cualitativa acerca del significado de las prácticas de cuidado que las madres con experiencia de VIH positivo brindan a sus recién nacidos. Este informe fue elaborado aplicando el método de etnoenfermería de Madeleine Leininger (4).

La relevancia de la publicación se sustenta en las declaraciones de UNICEF (5), en cuanto a que el cuidado físico y afectivo temprano, repercute de forma decisiva y duradera en la evolución del niño hasta la edad adulta, y en el desarrollo de su capacidad de aprender y de regular sus emociones. Debido a las repercusiones de la vivencia materna en la vida futura de su recién nacido, se considera de especial interés en este artículo resaltar las implicaciones emocionales y conductuales de las mujeres convivientes con el VIH y la importancia de su reconocimiento e intervención oportunas, necesarias en la propuesta de brindar una atención completa y de calidad, enmarcando los cuidados de madre y su recién nacido en el contexto cultural al cual pertenecen.

Se encontraron algunas limitaciones durante la etapa de captación de las informantes que cumplían los criterios de inclusión para lograr el consentimiento informado y su determinación de participar de manera voluntaria del estudio, teniendo en cuenta que el diagnóstico de VIH aún se maneja en secreto y las participantes expresaron temor a informar. Los hallazgos de este estudio presentan

una realidad concreta de las vivencias emocionales de la materna residente en la ciudad de Montería, y la principal limitación consiste en que no permitirán generalizaciones a otros contextos, debido a su carácter cualitativo, sin que ello reste su potencial de reconocer los aspectos emocionales que transcurren durante el afrontamiento del diagnóstico por parte de las gestantes.

Revisión de antecedentes del evento mórbido de base. El informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (5), reporta que la proporción de mujeres convivientes con el virus del VIH se mantiene estable (50%); por su parte las cifras del Caribe, demuestran el alto impacto de esta enfermedad en la población femenina (53%).

Para los sistemas de salud de las naciones, el nacimiento de un niño infectado con VIH es una señal de falla profiláctica, que en muchas ocasiones ocurre por el desconocimiento de la mujer sobre su estado serológico ante el VIH o de su riesgo de adquirirlo (6).

El panorama de desigualdad de género del que trata la UNESCO (7) y predomina en muchas sociedades, podría explicar las razones que inducen a que 66% de los jóvenes infectados en el mundo sean mujeres, (dato reportado por UNAIDS). Además cobrarían sentido las cifras que refiere ONU-SIDA/OMS (8), cuando afirma que para el año 2009, el total de personas que vivían con la enfermedad ascendía a 33,4 millones, de las cuales, alrededor de la mitad (15,7 millones) estaba representada por mujeres. De hecho, recientes estudios en esta área como el realizado por Ferreira (9), han demostrado que los fuertes esquemas culturales en diversos lugares del mundo,

condenan a las mujeres a vivir una vida desigual frente al género masculino. En el mismo sentido, la Organización Panamericana de la Salud reporta que las mujeres tienen poco o nulo control sobre las decisiones de su cuerpo, lo cual ligado a la explotación sexual y violencia contra ella, aumentan las probabilidades de infectarse por el virus del VIH. (10)

En este tema, es importante particularizar en los elementos que conducen al logro de las condiciones de adaptación para las madres VIH positivo cuidadoras de niños recién nacidos. En el año 2007, UNICEF e ICW (Comunidad internacional de mujeres viviendo con VIH/SIDA) publicaron el libro "Y ni siquiera lloré", que presenta los testimonios de las niñas, destacando el gran valor del apoyo social y emocional (11).

En Colombia el Ministerio de Salud y de Protección Social, advierte que entre 1985 al 31 de diciembre de 2012, se reportaron 95.187 casos de infección por VIH, Sida y muerte, entre los cuales 25.3% son mujeres, lo que evidencia que año tras año sigue un crecimiento paulatino de casos a nivel nacional. La distribución por edad muestra que 53.3% de los casos corresponden al grupo de edad de 25 a 29 años y 20% de 30 a 34 años; es decir, equivalentes a edades reproductivas. Por su parte, de acuerdo a los cálculos mundiales establecidos frente a la pandemia, se ha estimado que alrededor de 6.900 mujeres de cada millón en embarazo estaría infectada por el VIH, y la probabilidad de infección de la enfermedad a sus hijos oscilaría entre 30% y 40%.

Ahora bien, según los reportes del Ministerio de la Protección Social, la magnitud de esta problemática en la salud pública del departamento de Córdoba, puede

estimarse desde la posición que ocupa a nivel nacional: la 7ª posición nacional, con 41 casos de nacidos vivos expuestos al VIH, y el 5º lugar en la incidencia general de VIH; finalmente la posición 19 en cuanto tasas de mortalidad por este evento. Las estadísticas departamentales reportan que la edad de dichas madres con experiencia de VIH, oscila entre 15 y 38 años. (12)

Contextualización de la significancia social, teórica y disciplinar para Enfermería.

La significancia social se evidencia en la descripción de las situaciones que alteran la dimensión emotiva y social de la conducta de la madre en su contexto; la significancia teórica está relacionada con el conocimiento actualizado que existe del tema abordado, y la significancia disciplinar establece el interés del tema para la Disciplina de Enfermería (13).

La significancia social de este artículo se fundamenta, en el reconocimiento de las diferentes esferas del comportamiento humano que pueden intervenir en las formas de cuidado que las madres con experiencia de VIH positivo brindan a los recién nacidos, resaltándose los sentimientos e impactos emocionales que tiene el VIH/SIDA en las familias, y en especial en las madres cuidadoras de sus hijos recién nacidos.

La significancia disciplinar para Enfermería está dada por el conocimiento profesional y las posibilidades de brindar cuidado integral, al interpretar el ser y sentir de la mujer con experiencia de VIH; también para comprender la magnitud y consecuencias de las experiencias emocionales que acompañan el afrontamiento del acto de cuidado materno perinatal en estas mujeres,

considerando las representaciones socialmente construidas con relación al cuidado de la salud; por ello se aplicó la teoría de Leininger que permitió abstraer hallazgos concretos de la realidad (14).

Debido a que la “enfermería no se puede alejar de la idea de la unidad del ser” (15) y que “conocer la esencia de las experiencias e identificar el significado de los fenómenos de salud y enfermedad (...) se constituye un reto en el cuidado” propio del ejercicio disciplinar pleno y responsable, en este contexto para un cuidado apropiado se requiere de percepciones positivas sobre la salud, un perfil psicológico adaptativo y el uso de estrategias que aumenten el control de las situaciones e impliquen un activo compromiso (16) para el afrontamiento directo de situaciones estresantes (17), este último de especial interés para el caso de las madres con experiencia de VIH positivo quienes deben asumir los actos de cuidado de sus recién nacidos del cual se deriva su bienestar emocional y adecuado desarrollo (18).

Metodología

La enfermería transcultural se constituye en un auténtico reto metodológico y científico para obtener la comprensión de la pluralidad en la concepción del quehacer de enfermería (19), en pro del sostenimiento, protección y fortalecimiento de la integridad vital de la propia madre y de su perinato (20)-(21)-(22).

Siguiendo de forma estricta el esquema de cuatro fases de Leininger, se construyeron los temas culturales producto de conceptualizaciones sólidas basadas en evidencia empírica, partiendo de las etiquetas o conceptualizaciones iniciales e incipientes.

Selección de la muestra. Se trabajó con diez informantes clave que expresaron su saber y su sentir relacionado con el cuidado que las madres con experiencia de VIH positivo brindan a sus hijos recién nacidos.

La selección se basó en el juicio de idoneidad (23) con participantes apropiadas, susceptibles de aportar una información de interés, teniendo en consideración los siguientes criterios de inclusión: mujeres con pleno conocimiento de su estado de positividad para el VIH, con hijos de hasta 30 días de nacidos, debían estar completamente relacionadas con la cultura en la cual se realizó el estudio, ejercer el rol de cuidadora principal de su hijo recién nacido y disposición para participar en el estudio.

Fueron excluidas las mujeres con Elisa positivo para enfermedades diferentes a VIH/SIDA, y aquellas con experiencia de VIH positivo pero hijos mayores de 30 días de nacidos. El proceso de selección se cumplió en la ciudad de Montería, capital del departamento de Córdoba en la Costa Caribe Colombiana, con la colaboración de diferentes IPS que operaron como instituciones mediadoras para facilitar el contacto con las informantes.

La muestra fue formada por mujeres nacidas y residentes en la Costa Caribe Colombiana, en el rango de edad entre 16 y 39 años; promedio de edad fue 25.8 años; los recién nacidos tenían entre 8 y 30 días de nacidos. De ellos, siete con menos de 28 días de nacidos, y tres estaban en el periodo entre 29 y 30 días.

Tres de las diez maternas tuvieron diagnóstico serológico previo al embarazo y siete de ellas se enteraron en los controles de embarazo. Solo una de ellas tuvo

diagnóstico tardío, identificado al final del segundo trimestre de gestación.

Consideraciones éticas. Se tuvieron en cuenta los principios éticos adoptados en 1971 por la Asociación Americana de Antropología, para lograr la participación voluntaria e informada de las informantes, con pleno conocimiento de los procesos y fines investigativos. También se tuvo en cuenta la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, que establece las normas técnicas, científicas y administrativas de la investigación en salud. Este estudio se consideró sin riesgo de tipo físico, social o biológico, sin embargo la discusión franca durante la entrevista tenía la posibilidad de generar la “brecha psicológica” por el surgimiento de sentimientos de preocupación, ansiedad y tristeza, casos en los cuales las participantes recibieron soporte por parte profesionales de las IPS requeridas para contactar las informantes.

A las participantes se les dio un trato respetuoso y digno, velando por la protección de sus derechos, bienestar y privacidad. La información compilada en cada entrevista fue compartida con las colaboradoras en la etapa de cierre de la entrevista.

Para preservar la confidencialidad se diseñaron códigos alfanuméricos en los cuales la primera letra (E) correspondió a “entrevista”, seguida de un número que indicó el orden correspondiente a la participante; sigue la letra “P” de página y un número que mostró la hoja de la entrevista en donde puede localizarse la expresión utilizada.

Las notas de campo y las observaciones se consignaron utilizando códigos alfanuméricos, con la sigla ODCE

(que significa Observaciones Diario de Campo de Entrevista) seguida de un número que corresponde al orden de participación de la informante en la entrevista.

Técnicas de recolección de la información. De acuerdo al método seleccionado y a las propiedades del estudio, la obtención de la información utilizó la entrevista a profundidad, así como registros, percepciones y apreciaciones en diario de campo.

En la primera fase del método de Leininger (24), las entrevistas grabadas fueron transcritas a la brevedad; se realizó lectura y re-lectura para identificar elementos categóricos nativos y relaciones similares en los significados de las expresiones de cada participante, clasificadas como “posibles hallazgos”. Las notas del diario de campo se utilizaron en la construcción de unidades de análisis para cada participante; los fragmentos de narrativa seleccionados se acompañaron de la anotación del diario de campo para obtener las unidades de análisis.

En la segunda fase partiendo de las unidades de análisis, se clasificaron los descriptores agrupándolos por similitudes; cada grupo mereció un análisis exhaustivo para discriminar la idoneidad de las expresiones y sus contenidos con relación al descriptor en que se ubicó.

En la tercera fase se realizó el análisis de los descriptores reconocidos y se procedió a identificar los patrones de similitud de contenidos entre ellos (o construcción de conceptos en la etnografía); tarea que se soportó en la documentación de los saberes propios de Enfermería.

En la cuarta fase del método, los patrones se agruparon en conjuntos de similitudes de contenido temático; tarea que permitió identificar tres temas centrales en el discurso de las madres con experiencia de VIH positivo. Finalizadas las cuatro etapas, fueron identificadas 264 Unidades de Significado, cargadas de información sobre vivencias emocionales procesadas analíticamente en 26 descriptores, 7 patrones y 3 temas culturales.

Tabla 1. El cuidado del recién nacido mantiene fuertemente anclados los vínculos materno-filiales

TEMA	PATRÓN	DESCRIPTOR
El cuidado del recién nacido mantiene fuertemente anclados los vínculos materno-filiales	El amor y la experiencia de otros hijos orientan los actos de cuidado hacia el recién nacido	Sentimientos maternos hacia el hijo
		El cuidado que ofrecen a sus recién nacidos es un acto de amor
		Las madres con más hijos, consideran que la principal diferencia que observan es la lactancia materna
	Los sentimientos de la madre hacia el recién nacido atraviesan un proceso paulatino hasta lograr la aceptación del diagnóstico y del hijo	Las madres con más hijos, consideran que la principal diferencia que observan es la lactancia materna
		Sentimientos de rechazo ante el impacto inicial del diagnóstico
		Sentimiento de culpabilidad, por la posibilidad de transmitir la infección al hijo
		Iniciación del vínculo afectivo posterior al impacto del diagnóstico

Resultados y análisis. De los 26 descriptores construidos, seis de ellos se relacionan con distintas formas de afrontamiento y manifestaciones de tipo emocional, guardando relaciones de similitud en tres de siete patrones y con dos de los tres temas culturales identificados, con base en los cuales se estructura la presente publicación.

El patrón “los sentimientos de la madre hacia el recién nacido atraviesan un proceso paulatino hasta lograr la aceptación del diagnóstico y del hijo” hace parte del primer tema denominado “el cuidado del recién nacido mantiene fuertemente anclados los vínculos materno-filiales” y describe la trayectoria emocional y el tránsito de los sentimientos de las madres desde el momento en que son informadas del diagnóstico, incluida la forma en que evolucionan las vivencias de culpabilidad para dar paso a la aceptación y fortalecimiento del vínculo madre-hijo con sus descriptores se presenta en la tabla 1.

El análisis del estado emocional permitió evidenciar, que la experiencia de ser madres seropositivas para VIH genera ambivalencia afectiva: las emociones son negativas (angustia, ansiedad, ideación suicida), el pensamiento inicial de “abortar” se agudizó al tener el primer contacto piel a piel con sus hijos.

El final del proceso de afrontamiento emocional, muestra sentimientos y emociones como la ternura, intensa protección, cuidados cargados de amor, de entrega y de esfuerzo para brindar los mejores cuidados, a fin de disminuir el riesgo de enfermar de sus hijos, transformando el miedo en acción positiva sublimando sus emociones, condición que permite visualizar el uso intensivo de mecanismos de defensa.

El diagnóstico de VIH notificado a la mayoría de las participantes durante el embarazo, actuó como un detonante de estrés intenso que perduró durante un tiempo prolongado; la incertidumbre tras el diagnóstico generó las cargas emocionales negativas manifestadas en desesperanza; mismo sentimiento que las motiva a prever disfuncionalidades familiares y con su grupo social; las reacciones identificadas se ilustran con las siguientes expresiones:

Código E7P5: “no podía creerlo, parecía que realmente Dios me había abandonado. Lloré mucho, no lograba entender por qué me había sucedido esto a mí... Fueron muchas noches de insomnio, pensaba en quitarme la vida... pero no fui capaz”.

Código E4P3: “cuando me lo dijeron, me quise tirar a un carro, fue algo muy duro”.

Código ODCE4: expresión entre disgusto y extrañeza, como si todavía no entendiera que pasó.

Código E5P7: “...no había alegría, solo tristeza y una angustia que me persigue desde ese día...No queríamos tener más hijos”

Código E4P3: “Lloré mucho, no lo quería, quise abortarlo y mi compañero no me dejó.”

Código ODCE: “está apenada, muy apenada”

Código E8P4: “que dolor tan grande, que tristeza”... “No duermo, no me alimento bien, desde que me dieron esta noticia”.

En estas expresiones se puede ver cómo, la experiencia del VIH positivo sumada

al embarazo, a preocupaciones por la integridad del hijo por nacer, complica el proceso de afrontamiento al añadir situaciones conflictivas diferentes, que desgastan a las mujeres en tal situación y confluyen en el tiempo, superando al parecer sus capacidades. Todo ello transcurre con el agravante de los sentimientos de culpabilidad en la materna, no solo por su propio contagio sino por las posibilidades de transmisión vertical a su hijo; condición que trastorna su capacidad de afrontamiento y aumenta la dificultad para ajustarse o acomodarse a sus dos nuevas condiciones con expresiones como:

Código E5P7: "Pido a Dios que ella esté sana, no importa lo que pase conmigo."

Código E8P5: "...pensar que puede tener la misma enfermedad, que puede morir. No sé qué será de mi vida, si él llega a estar enfermo de VIH. "Él no tiene la culpa de nada, si yo hubiera sabido de mi enfermedad, me hubiera cuidado para no traerlo a este mundo".

Código E10P6: "Como el tratamiento mío lo empecé ya tarde, el médico me dijo que entonces había más riesgo en la niña. Yo sufro esto..."

En las expresiones citadas, la comunicación verbal del sentimiento de culpa es clara, pero las emociones se mostraron controladas, tal vez por la propia naturaleza de la culpa; emociones que se mantienen en el terreno íntimo, privado de la persona, quien interioriza la experiencia emocional y solo la siente y le afecta ante la posibilidad de transmitirles el virus a sus recién nacidos; afrontamientos que se subliman emocionalmente con el significado que tiene para ellas el rol materno, lo que conduce a sobreprotección en el cuidado al recién

nacido tras el establecimiento del vínculo afectivo.

Reconocer las motivaciones y los efectos de las formas de afrontamiento emocionales tras el diagnóstico de VIH, permite a Enfermería promover las condiciones más aptas y apropiadas para lograr adherencia a los procesos requeridos en el mantenimiento y recuperación de la salud; logro que permitirá ofrecer cuidados culturalmente congruentes en el servicio que brindan los profesionales del sector salud.

El segundo tema identificado "la experiencia de ser madre seropositiva para VIH magnifica los actos de cuidado para proteger al recién nacido" también tiene una gama de contenido emocional, consolidada en los patrones "para proteger a sus recién nacidos del estigma social, las madres ocultan el diagnóstico" que muestra el miedo y temor a la censura que experimentan y conduce a la estigmatización social en las personas con experiencia de VIH. Es muy particular evidenciar cómo las situaciones de miedo al rechazo que presienten para sí mismas, las extienden al acto de cuidado de sus hijos; los patrones y descriptores del tema se presentan en la tabla 2.

El temor y la angustia por posibles rechazo y estigmatización social, parecerían ser responsables de prácticas como la estricta confidencialidad del diagnóstico de seropositividad para VIH materno; la reserva aísla a los recién nacidos de otras personas de su núcleo social y familiar. Las expresiones no verbales de sentimientos y emociones como vergüenza, duda, temor, son evidentes mediante acciones de alejamiento de la mirada, expresiones de mezclas emotivas negativas tristeza-dolor-enojo, que son comunes por la descripción de realidad de las madres entrevistadas:

Tabla 2. La experiencia de ser madre seropositiva para VIH magnifica los actos de cuidado para proteger al recién nacido

TEMA	PATRÓN	DESCRIPTOR
La experiencia de ser madre seropositiva para VIH magnifica los actos de cuidado para proteger al recién nacido.	"Para proteger a sus recién nacidos del estigma social, las madres ocultan el diagnóstico".	El rechazo es el impacto social que presienten las madres, se cuidan y protegen a sus hijos de éste.
		El miedo, la angustia, el temor al rechazo y estigmatización propio se extiende hacia los hijos.
	"La preocupación por el recién nacido y su vulnerabilidad se refleja en prácticas sobre protectoras en el cuidado cotidiano".	Preocupación por la salud e integridad del recién nacido.
		Cuidados para la protección del recién nacido.
		Los temores de la madre tienden a provocar sobreprotección en el cuidado.

Fuente: Romero, Ivonne. Significados de las prácticas de cuidado que las madres con experiencia de VIH positivo, brindan a sus hijos recién nacidos. Montería 2011 – 2013.

Código E5P5: "yo lo he negado, pero ellos me miran con recelo, yo siento que no me quieren. (...), ella estaba recogiendo las firmas de mis vecinos para hacerme salir del barrio y (...) me gritó delante del niño que yo era sidosa y no podía estar aquí". "también...pensar en el rechazo de la gente. Nadie puede saber cómo se siente, solo quien lo vive sabe que es terrible".

Código ODCE5: "endurece su expresión y sin embargo está triste"

Código E8P4: "le pedí a mi mamá no decirle nada (al hermano). (...) Además, quiero que quiera a mi hijo. Quiero también seguirme sintiendo querida por él".

Código ODCE9: "tiembla su voz, tamborilea con las manos"

Código E7P5: "no se lo digo, porque creo que no me querría más en su casa, usted sabe cómo se mira y se trata a las personas con VIH".

Los temores por la "imagen" de sí mismas ante la sociedad, se extiende

como un continuo hacia sus hijos, a quienes intentan proteger de la marginación y el rechazo suscitado por la enfermedad. Las actitudes de las madres cuidadoras de sus recién nacidos, son al parecer dadas en respuesta a vivencias emocionales de temor a la posibilidad de enfermedad, pero mucho más allá las madres con experiencia de VIH sufren en silencio por su imagen futura y por el porvenir de su recién nacido; para sus hijos presienten rechazo y abandono por su situación:

Código E3P5: "quiero sacarlo de todo esto y que cuando quede solo quede sano, que no se diga que es un sidoso porque sus papás lo eran, por eso guardamos silencio, por él y su futuro".

Código ODCE: "Palabras entrecortas, emite frases con dificultad"

Código E4P4: "Usted no imagina todo mi sufrimiento, el dolor de tener a una niña con VIH y la angustia de no saber si el otro también lo tiene. Esto es duro, hay que cuidarlos mucho".

Código E7P8: "no quiero que piensen

que mi hijo está enfermo, esto me da mucha angustia, me preocupa, es algo que no sé cómo hacerle frente.

Son estos miedos, temores al rechazo familiar y social y sentimientos de culpa, los que unidos en un solo sentir afectan o impactan los actos de cuidado que las madres ofrecen a sus recién nacidos; este impacto es de tipo positivo pues contribuye de manera directa al logro de bienestar del recién nacido, sin embargo, no debe olvidarse que el origen de esta fortaleza es el sufrimiento materno en grados variables, como tampoco debe descuidarse la consecuencia de esta situación, consecuencia que se consolida como un patrón independiente.

Este patrón denominado “la preocupación por el recién nacido y su vulnerabilidad se refleja en prácticas sobre protectoras en el cuidado cotidiano” muestra cómo los afrontamientos emocionales y vivencias de culpabilidad, se expresan conductualmente en el acto de cuidado previo a la comprobación del diagnóstico serológico del recién nacido. Los hallazgos permitieron observar que las participantes que expresan estas emociones, intentan resolver sus preocupaciones mediante actos visibles que pueden describirse como cuidados extremos, que brindan con dedicación y esmero para mantener intacto su sentido de responsabilidad y no fallar en el cuidado:

Código E3P6: “lo protejo de la brisa, del sol, de la lluvia, de las moscas, de los mosquitos, de la gente enferma, le hiervo el agua hasta el agua de baño, lo abrigo y lo mantengo siempre cerca; (...) yo sé porque lo hago”.

Código: E2P4: “No quiero que (se) le pare ni una mosca, no quiero que le pase nada”.

Código ODCE2: “Se mueve en su silla, como si estuviera incómoda”, “mira con recelo”

Código E3P4: “la familia dice que lo sobre protejo pero es que ellos no saben de nuestra situación, yo tolero las críticas porque sé lo que hago y por qué lo hago”.

Código ODCE3: “Algo enojada, mueve las piernas muy rápido”

Código E9P5: “yo siento que me esmero más, yo siento como si el tiempo no me alcanzara para estarla vigilando, para estar pendiente a cualquier cosa rara que le vea y que puede significar alguna cosa...no sé....mala”.

Código E6P7: “No quiero tampoco que se acerquen a verlo... pueden tener gripa, o pueden tener las manos sucias, o alguna cosa que se pegue (...)”

En tal sentido, pudo identificarse cómo los comportamientos asociados al cuidado de los recién nacidos, son afectados por la preocupación respecto a la salud e integridad del mismo, así como por las actitudes de temor al rechazo y a la estigmatización social; estos comportamientos o actitudes “diferentes” en el cuidado, tienen una clara orientación sobreprotectora, que incluso han sido percibidos por los miembros del grupo familiar y social, que desconoce el origen o las motivaciones de los mismos.

Discusión

Los hallazgos del presente estudio, aunque diferentes, tienen un rasgo de comparación con los aportes de Bernal, Muñoz y Ruiz (25) en su trabajo con gestantes desplazadas, con relación al significado del cuidado de su hijo, pues en ambos se aprecia la capacidad de

adaptación y las actividades que realizan las madres en la atención de su hijo/a. Se observa que para la madre con experiencia de VIH la imagen social influye en la forma como las personas asumen su condición de salud; es así como estas mujeres viven en soledad la angustia por su salud y por la seguridad de su recién nacido y los condicionantes del comportamiento referido, pueden afectar su salud de forma negativa. Esta situación permite identificar el cumplimiento de los preceptos teóricos de Leininger sobre los cuidados culturales, pues se observa que los valores, creencias, modos de vida aprendidos y transmitidos de manera objetiva, se utilizan para afrontar la enfermedad.

En los resultados pudo observarse cómo la madre con experiencia de VIH tiene una sumatoria de riesgos para su salud física, mental y social, pues las actitudes de exagerada protección para prevenir posibilidades de infección, por el aislamiento propio y del hijo para controlar sus emociones y tener tranquilidad, así como por el exceso de cubrimiento de las mínimas demandas del recién nacido, pueden predisponerlas a padecer trastornos de salud en la esfera física; de hecho se identifica en las madres informantes la presencia del afrontamiento defensivo utilizado para control de la ansiedad o angustia; con respecto a este tema, se evaluó en algunas participantes la clara expresión de la catarsis (o liberación emocional) durante las entrevistas; situación que permitió identificar la existencia de contención emocional de amplio desarrollo, que al parecer no ha sido resuelta por los profesionales competentes de las IPS en las cuales reciben los respectivos controles.

Se demuestra una vez más que el padecimiento de VIH/SIDA en la mujer es

una condición que limita su calidad de vida y la predispone a desórdenes de ansiedad (26). En la misma dinámica, estas mujeres son enfrentadas a una cadena de sucesos de estrés vital (27) como el embarazo, puerperio y cuidados al recién nacido, en el mismo tiempo en que realizan el afrontamiento de su propio diagnóstico; tal condición puede hacer que presenten sentimientos de irritabilidad, rabia, depresión y culpabilidad (28) como en las madres analizadas, donde es posible la influencia negativa en el tipo de prácticas de cuidado al recién nacido motivado por la naturaleza más impulsiva, emocional e insegura de sus relaciones interpersonales (29).

La madre VIH+ y cuidadora es un sujeto activo emocionalmente, que debe confrontar y superar sus propios niveles de exigencia emocional y física, para asumir las actividades que garantizarán la estabilidad y seguridad a su hijo quien depende de ella (30); para alcanzarlo requiere movilizar una variedad de recursos psicológicos y emocionales que le permitan el afrontamiento eficaz, pues debido a que oculta su diagnóstico, carece del apoyo de su familia y allegados.

La naturaleza de los temores al estigma y rechazo social parten de los significados que históricamente la sociedad (31) ha dado al VIH, conjugándolos con las causales iniciales del contagio como las sexualidades diversas, drogadicción, promiscuidad y prostitución; explicaciones que repercuten aún en conductas y actitudes de estigma o discriminación, que en muchos casos altera las estructuras y dinámicas familiares.

En la evolución de las emociones, las madres costeño-cordobesas han asumido los significados afectivos y la

transcendencia de su contacto personal en la vida presente y futura de sus hijos recién nacidos (32), para permitir el desarrollo social y afectivo basado en los contactos madre-hijo.

La contrastación final desde la teoría de Leininger, permitió identificar las formas en que la idiosincrasia se expresa en el ser y sentir de la mujer monteriana hacia sí misma y hacia el hijo recién nacido; así como también el tipo de emociones que moviliza el diagnóstico de VIH en ella; resultados que como se dijo antes, no pueden ser generalizados por la singularidad de la dinámica de los contactos sociales y familiares de la Costa Caribe de Colombia.

El profesional de Enfermería debe ser consecuente y consistente con la realidad sociocultural de los sujetos a su cuidado; por tanto no puede mostrarse ajeno a la realidad de la puerpera con experiencia de VIH que cuida de su hijo recién nacido y para lograrlo debe esforzarse en comprender las necesidades de cuidados de la materna con experiencia de VIH en

los ámbitos clínicos o ambulatorios.

El aislamiento activo que las madres con experiencia de VIH positivo realizan a sus hijos recién nacidos, hace parte de un conjunto de prácticas sobreprotectoras en el cuidado, originadas por respuestas emotivas de ansiedad severa, continencias emocionales por la espera prolongada para conocer el diagnóstico serológico del hijo, por la necesidad de ocultar su realidad terapéutica, y sobre todo por la imposibilidad de tener el apoyo social que requieren, debido a los estigmas y rechazo social que aún padecen las personas seropositivas para VIH en el municipio que sirvió de escenario al estudio: Montería-Córdoba-Colombia.

El abordaje metodológico de la Etnoenfermería permitió identificar las emociones intrínsecas que vivencia la madre con experiencia de VIH positiva, y la forma en que dichas respuestas emocionales alteran los patrones de cuidados esperados para los recién nacidos.

Referencias

1. ONU/Sida. Informe Nacional República de Colombia. 2009. Publicación on line disponible en portal web: [www.unaids.org/en/.../2012countries/ce_CO_Narrative_Report\[1\].pd](http://www.unaids.org/en/.../2012countries/ce_CO_Narrative_Report[1].pd). Consultado 21 de Septiembre de 2012

2. Pinzón, V; Caldas L; Valencia J. Detección de VIH en gestantes que asisten a control prenatal a la unidad Popayán (Cauca). 2006. Enero de 2004-Noviembre de 2005. Disponible en: <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/marzo/Deteccion%20VIH.pdf> Visitada: Abril 12 de 2010

3. Fonseca C; Prieto F. Manejo de la infección materna con VIH y del recién nacido expuesto. Revista Colombiana de Obstetricia y

Ginecología. vol.56 no.1 Bogotá Jan./Mar. 2005. Disponible en: www.scielo.org.co/scielo. Visitada: abril 12 de 2010

4. Leininger M. Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices. 1978. New York. Ed: John Wiley and Sons. p. 223-239.

5. Unicef. Estado Mundial de la Infancia. Disponible en el portal de la Organización: www.unicef.org/spanish/sowc01/panels/panel1.htm

6. Onu-Sida. Informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA. 2011. En: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf. Pág. 3

7. UNFPA. Plan estratégico para la eliminación de la transmisión - UNFPA. 2011. Publicación on line disponible en portal web www.unfpa.org.co/uploadUNFPA/file/PLAN_SIFILIS.pdf. Consultado 22 de Septiembre de 2012
8. Unesco. Igualdad de Género, VIH y Sida. 2011. En: <http://unesdoc.unesco.org/images/0019/001916/191639s.pdf>. Consultado 8 de mayo 2012
9. Unaid. AIDS epidemic update. 2009. Geneve: UNAIDS; Available from: http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1700_epi_update_2009_en.pdf.
10. Ferreira A. VIH/SIDA: La Gran Epidemia del Siglo XXI. Principales respuestas de las Naciones Unidas. México. 2005. Doctorado en Economía y Relaciones internacionales. Documento DWP01-2005. En el portal web de la UAM: <http://www.uam.es/centros/economicas/doctorado/deri/publicaciones/WorkingPapers/DWP01-2005.pdf> Consultado marzo 15 de 2011 (s.p.).
11. Organización Panamericana de la Salud. La violencia de género y el VIH-SIDA. 2005. Consultado 2010 Octubre 23. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/Viol-VIH/FS0705.pdf>
12. Unicef y Comunidad Internacional de Mujeres. Viviendo con VIH/ SIDA (ICW). "Y ni siquiera lloré. 2007. Publicación On Line En: www.unicef.org/lac/ICWLatina-Libro_de_Vivencias.pdf. Pág. 7
13. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resumen de Situación Epidemiológica del VIH/Sida en Colombia. 2012. Publicación en el portal web del ministerio: www.minsalud.gov.co/.../RESUMEN%20EPIDEMIA%20VIH%20. Consultado 21 de Septiembre de 2012. Pág. 32
14. Fawcett JC. Writing Research Proposals and Reports. 1999. En: *The Relationship of Theory and Research*. Ed Davis. 398 p.
15. Rendón BJ. Significados de las prácticas de cuidado cultural que realizan las gestantes consigo mismas y con sus hijos por nacer en el control pre natal. 2011. Presentado como requisito para optar el título de magister en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Pág. 23-24
16. Parrado YM, Caro-Castillo CV. Significado, un conocimiento para la práctica de Enfermería. 2008. *Rev. Avances en Enfermería*. Vol. 26 N° 2. Julio - Diciembre. Pág. 116.125
17. Herrera PM, Ruíz AL. Impacto de los acontecimientos significativos de la vida familiar en la salud de la familia. 2010. Tesis doctoral en Ciencias de la Salud. Ciudad de la Habana. Pág. 126. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/286/1/Herrera_Sant%C3%AD.pdf Visitada 12 abril 2011
18. Arrivillaga M, Correa D., Varela M, Holguín L y Tovar J. Variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA: un estudio correlacional. 2006. *Univ. Psychol.*, Bogotá, Vol. 5, N° 3. En: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300018&lng=en&nrm=iso. Visitado 05 Oct. 2011.
19. Bolwby J. El vínculo afectivo. 1996. Ed. Paidós. Buenos Aires. Apego, vinculación temprana y psicopatología en la primera infancia. www.revistahospitalarias.org/info_2008/03_193_03.htm
20. Muñoz L; Ruíz C; Arias M. Prácticas de autocuidado de salud de la mujer. En: *Dimensiones del Cuidado*. 1999. Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Unibiblos. p. 165- 173.
21. Colombia. Congreso de la República Colombia por la primera infancia. Política pública por los niños y las niñas de la gestación a los seis años. 2006. Disponible en el Diario Oficial.
22. Zulfqar B; Darmstadt G; Ransom E. Utilización de evidencia investigativa para salvarle la vida a recién nacidos. *Perspectivas de las políticas sobre la salud neonatal*. 2003. Populations Reference Bureau. Save the Children®. p.1-8.
23. Castillo CA y Vásquez ML. El cuidado de sí de la embarazada diabética como una vía para asegurar un hijo sano. 2006. En: *Texto & contexto enferm;* , jan.-mar 15(1):74-81.
24. Robledo J. Diseños de Muestreo (II). 2005. Nure investigación, 12, p. 1-7. Disponible en: http://www.fuden.es/formacion_metodologica.cfm?Filalncio=36&&modo=todos. Visitado en Agosto 14 de 2010.
25. Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. 1991. New York: National League for Nursing;. Citado por: Argote LA y Vásquez ML. 2007. En: *Ante la desesperanza del desplazamiento: un hijo sano, el mayor anhelo de la mujer gestante*. Colombia. *Med. vol.38 no.4 suppl.2 Cali Dec.* p. 27-43
26. Bernal-Roldan, MC; Muñoz L y Ruiz CH. Significado del cuidado de sí y de su hijo por nacer en gestantes desplazadas. 2008.

Aquichán [online]., vol.8, N°1, pp. 97-115. ISSN 1657-5997.

27. Ingersoll, KS. The impact of psychiatric symptoms, Drug use, and Medication Regimen on Noadherence to HIV Treatment. 2008. *AIDS Care*, 16 (2), 199-211.

28. Gurung R, Taylor S, Kemeny M y Myers H. HIV is not my biggest problem. The impact of HIV and chronic burden on depression in women at risk for AIDS. 2004. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23 (49), 490-512).

29. Horowitz, MJ. Wilner N, Kaltreider N, Alvarez W. Sings and symptoms of post traumatic stree disorder. 2008. *Archives of General Psychology*, 37, 85-92.

30. <http://tcn.sagepub.com/cgi/content/abstract/10/3/203>. Visitada en Agosto 14 de 2010.

31. Koopman Ch., Gore-Feiton Ch., Marouf, F., Butier, L. et al Relationships of perceived stress to coping, attachment, and social support among HIV-Positive Persons. 2006. *AIDS Care*, 12 (5), 663-672.

32. Moura LM; Gimenez MT; Cavalcante RM y Gomes FJ. Cuidado materno a los hijos nacidos expuestos al VIH/SIDA.2009. En: *Rev. Rene, Fortaleza*, v. 10, n. 4, out./dez.

33. Cao X, Sullivan SG, XU J, and Wu Z. Understanding HIV-Related Stigma and Discrimination in a "Blameless" Population. 2006. *AIDS Education and Prevention: Vol. 18, No. 6*, pp. 518-528.

34. Yankovic B, Álvarez M, Becerra M, Meneses F. El desarrollo social y afectivo en los niños de primer ciclo básico. 2004. Seminario de tesis. Facultad de Educación, Universidad Mayor, Santiago.