

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL BASADA EN LA TEORÍA
DE BETTY NEUMAN PARA EL FORTALECIMIENTO DE ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO EN EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD, DIRIGIDA A
PERSONAS CON VIH-SIDA DEL HOGAR DE LA ESPERANZA, SAN JOSÉ, COSTA
RICA. 2016: UNA EXPERIENCIA DE SISTEMATIZACIÓN.

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del
Programa de Estudios de Posgrado en Enfermería para optar al grado y título de Maestría
Profesional de Enfermería en Salud Mental.

TATIANA CHAVES VARGAS
MARICRUZ PÉREZ RETANA

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica.

2017

Dedicatoria

A Dios y a la Virgen María por bendecirme tanto y guiarme en el camino, por permitirme culminar con éxito este proceso y por llevarme en sus brazos en momentos en que las fuerzas humanas ya no alcanzaban. A mi madre, por su ejemplo; por todo el apoyo y el amor que siempre me ha brindado, por motivarme para seguir a pesar de las dificultades que puedan presentarse. A Mari, mi amiga y compañera guerrera, quien me apoyó y con quien experimenté muchas emociones y nuevos caminos para salir adelante. Además, lo dedico a todas las personas que de una u otra forma contribuyeron a que esta meta sea hoy una realidad, gracias, mi vida no sería igual sin ustedes.

Tatiana.

Este trabajo quiero dedicárselo primeramente a Dios por todas las bendiciones que me ha dado y ser mi fuerza en momentos de dificultad. A mi familia, por su compañía, amor y disposición para escucharme y motivarme en todas las metas que me he propuesto. A Osvaldo, mi compañero de vida, por su paciencia, amor y apoyo incondicional en cada paso que signifique el alcance de este sueño, por todo lo vivido juntos en este proceso que hoy nos permite que sea una realidad. A Taty, amiga y compañera, gracias por todo tu apoyo y todo lo vivido a través de este camino, y a todas las personas que de una u otra forma contribuyeron para el logro de esta meta.

Maricruz.

Agradecimientos

A Dios, por permitirnos llevar con éxito el proceso y lograr la meta.

A las personas participantes en la Intervención de Enfermería en Salud Mental del Hogar de la Esperanza; muchas gracias por la confianza, la entrega y el amor con el que nos acogieron.

Al Hogar de la Esperanza, por abrirnos sus puertas y por la buena disposición que siempre recibimos de ustedes.

A los profesores y profesoras que participaron en nuestra formación académica y formaron parte del comité asesor y el tribunal examinador, principalmente a la M.Sc. Mary Meza Benavides y MTS Rosa Granados Font, por su acompañamiento en el proceso y la paciencia con la que nos guiaron y corrigieron.

A la Universidad de Costa Rica, principalmente al Posgrado en Enfermería, por la educación de calidad que recibimos.

A todas las personas que de una u otra forma contribuyeron para lograr esta meta.

“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Enfermería de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Salud Mental”.



M.Sc.. Rebeca Gómez Sánchez
**Representante del Decano
Sistema de Estudios de Posgrado**



M.Sc. Mary Meza Benavides
Profesora Guía



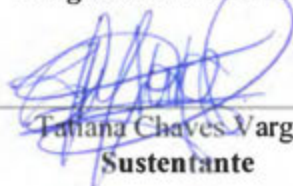
Dra. María del Rocío Monge Quirós
Lectora



M.Sc. Daniel Martínez Esquivel
Lector



MTS. Rosa Granados Font
**Representante Programa de
Posgrado en Enfermería**



Tatiana Chaves Vargas
Sustentante



Maricruz Pérez Retana
Sustentante

Tabla de Contenido

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Resumen	ix
Lista de Cuadros	x
Lista de Abreviaturas.....	xi
CAPITULO I.....	1
PUNTO DE PARTIDA	2
1.1 Introducción.....	3
1.2 El Punto de Partida	7
1.2.1 ¿Qué es sistematizar?.....	7
1.2.2 ¿Por qué sistematizar la práctica realizada?	8
1.3 Las Preguntas Iniciales	9
1.3.1 Objetivo de la sistematización	9
1.3.2 Objeto de sistematización	10
1.3.3 Objetivos académicos	10
1.3.4 Eje temático	10
1.4 Contexto Teórico	11
1.4.1 Generalidades biológicas de la enfermedad VIH/SIDA	12
1.4.1.1 Fases clínicas de la enfermedad.....	14
1.4.1.2 Modos de transmisión y diagnóstico	16
1.4.1.3 Tratamiento.....	17

1.4.2 Implicaciones psicológicas y emocionales de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA.....	18
1.4.3 Implicaciones sociales de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA	20
1.4.4 Enfoque de derechos humanos	23
1.4.5 Modelo de Sistemas de Betty Neuman	25
1.4.6 Afrontamiento	30
1.4.7 Estrategias de Afrontamiento.....	32
1.5 Contexto Metodológico	36
1.5.1 Enfoque paradigmático	36
1.5.2 La dinámica grupal como método de intervención.....	38
1.5.3 Diseño del Perfil de Entrada	48
1.5.3.1 Instrumentos.....	48
1.5.4 Diseño del Perfil de Salida.....	51
CAPITULO II.....	53
RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.....	54
2.1 Justificación	55
2.2 Antecedentes.....	60
2.2.1 Internacionales	60
2.2.2 Nacionales.....	66
2.3 Problema de Intervención	72
2.4 Objetivos de la Intervención	73
2.4.1 General.....	73
2.4.2 Específicos.....	73
2.5 Objetivo Institucional	73

2.6 Imagen Objetivo	74
2.7 Lugar.....	74
2.8 Coordinaciones Pertinentes	76
2.8.1 Cronograma del proceso vivido	76
2.9 Intervención de Enfermería en Salud Mental	77
2.9.1 Pre-intervención.....	77
2.9.2 Población Beneficiaria.....	78
2.9.3 Consideraciones bioéticas.....	78
2.10 Síntesis del perfil de entrada.....	81
2.11 Descripción de las sesiones	94
2.11.1 Sesión #1.....	94
2.11.2 Sesión #2.....	96
2.11.3 Sesión #3.....	98
2.11.4 Sesión #4.....	100
2.11.5 Sesión #5.....	103
2.11.6 Sesión #6.....	105
2.11.7 Sesión #7.....	108
2.11.8 Sesión #8.....	110
2.11.9 Sesión # 9.....	112
2.12 Resultados del Perfil de Salida	114
2.13 Las Facilitadoras y el Proceso Vivido	120
CAPITULO III.....	122
REFLEXIONES DE FONDO	- 123
4.1 Las reflexiones de fondo.....	124

CAPITULO IV	147
PUNTOS DE LLEGADA.....	148
5.1 Conclusiones.....	149
5.2 Recomendaciones	152
5.2.1 Recomendaciones para el Hogar de la Esperanza	152
5.2.2 Recomendaciones para estudiantes de Enfermería en Salud Mental.....	153
5.2.2 Recomendaciones para el Posgrado en Enfermería de la Maestría Profesional de Enfermería en Salud Mental	153
Referencias	154
ANEXOS	165
Anexo 1. Instrumento de recolección de información	166
Anexo 2. Claves de corrección del Inventario de Estrategias de Afrontamiento	171
Anexo 3. Consentimiento informado.....	172
Anexo 4. Carta de aprobación del Trabajo Final	174
Anexo 5. Carta de aprobación de la institución	175

Resumen

El presente trabajo de investigación aplicada, denominado “Intervención de Enfermería en Salud Mental basada en la Teoría de Betty Neuman para el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento en el proceso de salud-enfermedad, dirigida a personas con VIH-SIDA del Hogar de la Esperanza, San José, Costa Rica. 2016: Una experiencia de sistematización”, responde a la necesidad de abordaje y fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento que poseen las personas con VIH/SIDA en su proceso de salud-enfermedad, ello derivado del estigma y la discriminación de las que han sido víctimas, además de los sentimientos angustiantes que genera el diagnóstico y que pueden exceder los mecanismos de respuesta utilizados habitualmente ante los factores estresantes.

Se realizó un abordaje desde Enfermería en Salud Mental, primero se efectuó un diagnóstico de las estrategias de afrontamiento en el proceso de salud-enfermedad de las personas con VIH/SIDA del Hogar de la Esperanza, luego se diseñó un proceso de intervención grupal según las necesidades en salud mental identificadas, posteriormente se implementó dicho proceso de intervención y finalmente se evaluó. Dicha intervención se analizó a través de la sistematización de experiencias, propuesta por Jara (2012), a la luz de la Teoría de Betty Neuman y tomando en cuenta el paradigma humanista y el paradigma de la Transformación.

Como principales resultados obtenidos de la experiencia, se señala que una parte de la sociedad posee una visión negativa de las personas con diagnóstico de VIH/SIDA, estigmatizándolas; eso ocasiona sentimientos de rechazo, discriminación y exclusión, incentivando en la persona una interiorización de sentimientos de culpabilidad, aislamiento y tristeza, lo cual va en detrimento de su salud mental. Se trabajaron estos sentimientos y percepciones. Ante ello, las estrategias de afrontamiento fortalecidas en el grupo, fueron las orientadas a la expresión emocional, el apoyo social y la resolución de problemas. Se reforzó la autoestima, mejoramiento de las relaciones interpersonales, la confianza, la autonomía, el reconocimiento de las emociones, la realización personal y la motivación para superar los obstáculos que implica su proceso de salud-enfermedad. Un logro muy importante fue la formación de lazos a nivel grupal, lo cual permitió la identificación con las personas a través de vivencias similares, la interacción entre las y los miembros y el apoyo mutuo derivado de la misma.

A través de la intervención de Enfermería en Salud Mental, se contribuyó de manera positiva a la salud mental de las personas participantes, se cumplió con los objetivos planteados y se contribuyó al conocimiento de Enfermería.

Palabras clave: Enfermería en Salud Mental, Estrategias de Afrontamiento, Proceso Salud-Enfermedad, VIH/SIDA, Sistematización de Experiencias.

Lista de Cuadros

Cuadro 1. Derechos humanos reconocidos en tratados y declaraciones internacionales para las personas con VIH/SIDA.....	24
Cuadro 2. Frecuencia de respuesta para la estrategia de afrontamiento pasiva: Autocrítica, respuesta obtenida por ítem del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)	82
Cuadro 3. Frecuencia de respuesta para la estrategia de afrontamiento pasiva: Pensamiento desiderativo, respuesta obtenida por ítem del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI).....	83
Cuadro 4. Frecuencia de respuesta para la estrategia de afrontamiento pasiva: Evitación de problemas, respuesta obtenida por ítem del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI).....	84
Cuadro 5. Frecuencia de respuesta para la estrategia de afrontamiento pasiva: Retirada social, respuesta obtenida por ítem del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) .	85
Cuadro 6. Frecuencia de respuesta para la estrategia de afrontamiento activa: Resolución de problemas, respuesta obtenida por ítem del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI).....	86
Cuadro 7. Frecuencia de respuesta para la estrategia de afrontamiento activa: Restructuración cognitiva, respuesta obtenida por ítem del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI).....	87
Cuadro 8. Frecuencia de respuesta para la estrategia de afrontamiento activa: Expresión de emociones, respuesta obtenida por ítem del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI).....	88
Cuadro 9. Frecuencia de respuesta para la estrategia de afrontamiento activa: Apoyo social, respuesta obtenida por ítem del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)	89
Cuadro 10. Hogar de La Esperanza: cantidad de personas identificadas según situaciones estresantes en sus vidas, abril 2016.	92

Lista de Abreviaturas

ACNUDH:	Naciones Unidas, Derechos Humanos
CDC:	Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
CSI:	Inventario de Estrategias de Afrontamiento
ITS:	Infección de Transmisión Sexual
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA:	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA
SIDA:	Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida
TARV:	Terapia Antirretroviral
VIH:	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

CAPITULO I

PUNTO DE PARTIDA

1.1 Introducción

Día a día, los y las profesionales en Enfermería al realizar su práctica, intercambian experiencias con las personas que se relacionan. Esas experiencias ocurren dentro de un contexto determinado, en el cual cobran sentido. La interacción mutua genera conocimiento para las partes que se incumben, es ahí donde se enriquecen los saberes colectivos y profesionales.

De una u otra forma, cada vivencia de la que se forma parte marca la vida de las personas que la experimentan. Esa marca no siempre se hace tangible porque puede no ser sujeta de reflexión inmediata; sin embargo, el impacto que genera sí se considera significativo, dado que es un aprendizaje relevante para el diario vivir de quien lo experimenta, un aprendizaje que cala hondo en la vida y permite el mejoramiento personal y profesional. De ahí la importancia de sistematizar las experiencias que se viven, para entre otras cosas, tomar conciencia de los saberes adquiridos y poder trascenderlos, compartir conocimientos y generar cambios tanto en la práctica como en la teoría.

Se hace necesario señalar entonces, ¿qué se entiende por sistematización de experiencias?, al respecto, Jara (2012) menciona:

La sistematización es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica y el sentido del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, como se relacionaron entre sí y porqué lo hicieron de ese modo. (p.71)

Entonces, según propone Jara, interpretar críticamente las experiencias conlleva analizar la práctica realizada y extraer de ella los elementos o ejes en los que interesa ahondar, no es simplemente un ejercicio reflexivo, implica además aprendizaje significativo y transformador. Es importante tomar en cuenta, como menciona el autor, los factores que intervinieron en el proceso, ya que cuando se plantean los proyectos a realizar se prevén ciertos resultados, sin embargo, cuando se desarrolla la práctica, los procesos no siempre

transcurren como se esperaba, posibilitando descubrir y reflexionar acerca de los componentes que variaron y porqué lo hicieron.

Ese dirigir la mirada hacia adentro con un sentido crítico es la esencia de sistematizar las experiencias, por tanto, el proceso debe llevarse a cabo por las personas participantes del mismo, con ello se cumple lo que menciona Jara (2012) al afirmar que: “la Sistematización de Experiencias produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse críticamente de las experiencias vividas (sus saberes y sentires), comprenderles teóricamente y orientarlas hacia el futuro con perspectiva transformadora”. (p.71)

Dentro de la cita mencionada se resalta la comprensión teórica de las experiencias, esto se reviste de lógica ya que al ser la sistematización un proceso analítico, sistemático y crítico permite realizar aportes teóricos a partir de la práctica; añadiendo a este apartado se dice que para contribuir al conocimiento teórico, la sistematización: “se debe realizar de forma intencionada, estructurada y rigurosa” (Jara, 2012, p.115), por ello, no se trata de sistematizar simplemente por hacerlo, la sistematización debe tener un objetivo claro y desarrollarse de forma ordenada y con conocimiento, para que sus resultados puedan tener validez y aportar a la teoría.

Por lo mencionado anteriormente, se hizo necesario sistematizar la experiencia práctica de la intervención realizada con las personas con Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o en el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) del Hogar de la Esperanza y se obtuvo aprendizaje significativo relacionado con las estrategias de afrontamiento en su proceso de salud-enfermedad.

De esta forma, se realizó una Intervención de Enfermería en Salud Mental para el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento de las personas con VIH/SIDA del Hogar de la Esperanza donde se ahondó en las vivencias de la población mencionada y se fortalecieron dichas estrategias, se realizaron 9 sesiones en un periodo comprendido entre abril y junio del 2016, donde se facilitó un espacio para la expresión de las vivencias y el

reconocimiento de estrategias de afrontamiento utilizadas a lo largo de su experiencia de vida. Posterior a la intervención, las facilitadoras definieron los ejes a sistematizar y se procedió a la sistematización misma, que concluyó con la presentación del informe final y los principales resultados.

La sistematización se desarrolló tomando en cuenta que la Enfermería en Salud Mental busca optimizar los recursos internos y externos de las personas, para favorecer su crecimiento personal, familiar, comunitario, laboral, académico y en otras esferas donde se desenvuelva, con la finalidad de incentivar la autorrealización, la autoestima, la autonomía, y demás capacidades de las personas.

Algunas situaciones son complejas de resolver de la forma que se desea, como es el caso de la enfermedad, donde el diagnóstico de ciertos padecimientos, habitualmente se enfoca al mantenimiento de la funcionalidad biológica, disociándose a la persona de sus demás dimensiones como lo es lo emocional, social, cultural y espiritual, tal es el caso de las personas con VIH-SIDA.

En ocasiones la vida diaria conlleva el afrontamiento de situaciones percibidas como amenazantes, que requieren una respuesta específica, ya sea para su resolución, la expresión de sentimientos y emociones o para el mantenimiento de las condiciones diarias, lo que demanda de las personas la adopción de recursos o estrategias de afrontamiento para confrontar los problemas; en torno a dichos recursos y la experiencia de las personas en su desarrollo y/o mantenimiento giró la sistematización desarrollada.

Lo anterior, orientado a potenciar las capacidades, habilidades y destrezas de las personas para contribuir a mejorar su salud mental, y también a su bienestar físico, por la relación estrecha que existe entre ambas, siendo de interés para la Enfermería el cuidado de la persona de forma holística y humanizada.

Por ello y según propone Jara (2002), la presente sistematización de experiencias se llevó a cabo tomando en cuenta cinco momentos:

- 1) El punto de partida: la experiencia.
- 2) Formular el plan de sistematización.
- 3) La recuperación del proceso vivido.
- 4) Las reflexiones de fondo.
- 5) Los puntos de llegada.

El primer momento hace referencia a la participación en la experiencia y los recursos con los que se cuenta. En el segundo momento se define el plan de sistematización, es decir, se plantea el objetivo, el objeto de sistematización, el eje de sistematización, las fuentes de información y el procedimiento concreto a seguir.

Durante la recuperación del proceso vivido se realiza una reconstrucción de la experiencia, según el eje de sistematización definido, se clasifica y ordena la información. El cuarto momento es una oportunidad para la interpretación crítica, permite reflexionar acerca del proceso vivido y sistematizado, se extraen aprendizajes derivados del proceso.

El último momento, llamado por Jara como “puntos de llegada”, permite la elaboración de conclusiones, recomendaciones y propuestas, asimismo incluye las estrategias para dar a conocer los aprendizajes, ya que para que una sistematización de experiencias sea efectiva, debe derivar en conocimiento y aprendizajes útiles, no quedarse únicamente en el papel.

Se debe tomar en cuenta que los pasos propuestos por Jara no necesariamente se deben desarrollar en orden numérico, dada la flexibilidad enriquecedora que tiene la sistematización, es posible devolverse y hacer nuevos aportes, así como traslaparse entre ellos.

A continuación se muestra paso a paso el proceso de sistematización de la Intervención de Enfermería en Salud Mental basada en la Teoría de Betty Neuman para el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento en el proceso de salud-enfermedad, dirigida a personas con VIH-SIDA del Hogar de la Esperanza, San José, Costa Rica, 2016.

1.2 El Punto de Partida

1.2.1 ¿Qué es sistematizar?

Antes de iniciar el proceso de sistematización, es importante conocer en que consiste, según Jara (2012) la sistematización de experiencias es:

Un ejercicio intencionado que busca penetrar en la trama “próximo compleja” de la experiencia y recrear sus saberes con un ejercicio interpretativo de teorización y de apropiación consciente de lo vivido. Requiere un empeño de “curiosidad epistemológica” y supone “rigor metódico” para convertir el saber que proviene de la experiencia, a través de su problematización, en un saber crítico, en un conocimiento más profundo. (p.63)

De la definición anterior se entiende y resalta que la sistematización es un proceso que permite la apropiación y recuperación de las experiencias vividas, con una mirada crítica que conlleva análisis y posibilita crear conocimientos a partir de dichas experiencias.

Es importante resaltar que las experiencias vividas “son siempre expresión concreta y delimitada de una práctica social e histórica más amplia”. (Jara, 2012, p.89) Es decir que, la sistematización siempre debe estar enmarcada en el momento histórico al cual corresponda, porque es a partir de ese contexto que cobran sentido las experiencias, el análisis y conocimiento que de ellas se desprenda. Además del contexto, el autor plantea que se deben tomar en cuenta las particularidades de género y las transformaciones sociales del momento o los momentos vividos.

En la presente sistematización se trabajó con las experiencias en el proceso de salud-enfermedad y las estrategias de afrontamiento de las personas con VIH/SIDA del Hogar de la Esperanza; recuperando las experiencias vividas junto con ellas para entenderlas, trascenderlas y crear conocimientos que puedan transmitirse a otras personas que pasan por procesos similares, para obtener “lecciones aprendidas” que contribuyan a enriquecer y transformar la práctica.

1.2.2 ¿Por qué sistematizar la práctica realizada?

Existen muchas razones que justifican la importancia de sistematizar las experiencias, entre ellas que la práctica realizada no puede quedarse solo como una práctica, sino que debe trascender y transformar la realidad en la que se desarrolló; además se debe considerar que los conocimientos prácticos sirven de base para la elaboración de teorías, así, la práctica y la teoría van de la mano, contribuyendo cada una al desarrollo de la otra.

Según Jara (2012) existen múltiples utilidades y potencialidades de la sistematización, a saber:

1. Para comprender más profundamente nuestras experiencias y así poder mejorarlas.
2. Para intercambiar y compartir nuestros aprendizajes con otras experiencias similares.
3. Para contribuir a la reflexión teórica con conocimientos surgidos directamente de las experiencias.
4. Para retroalimentar orientaciones y directrices de proyectos o instituciones grandes a partir de los aprendizajes concretos que vienen de las diversas experiencias particulares.
5. Para fortalecer la identidad colectiva de una institución u organización. (pp.102-103)

Entonces, el proceso de sistematización significa una serie de posibilidades de conocimiento y transformación de la realidad. Es importante sistematizar porque permite ahondar en las experiencias vividas, analizándolas desde aristas que talvez al momento de vivirse no fueron tan exploradas, pero que constituyen una fuente riquísima de conocimientos, a partir de los cuales pueden construirse teorías y formas de ver el mundo que transformen la realidad. Los aprendizajes obtenidos pueden ser compartidos con experiencias similares y contribuir de esta forma a crear conocimientos comunes para un colectivo determinado.

Los conocimientos producidos a partir de la sistematización permiten vincular la práctica con la teoría, de esta forma se puede analizar críticamente el contexto teórico y reflexionar acerca del mismo, uniéndolo con la práctica que es objeto de la sistematización.

Se dice que la sistematización “es un ejercicio claramente teórico: se debe realizar

de forma intencionada, estructurada y rigurosa” (Jara, 2012, p.115), por tanto constituye una fuente de conocimiento en sí mismo.

Se sistematiza para entender la realidad vivida por las personas con VIH/SIDA en un contexto teórico e histórico determinado, partiendo de sus experiencias vividas en relación con su proceso de salud enfermedad así como las estrategias de afrontamiento que han utilizado y utilizan, en consonancia con la Teoría de Betty Neuman. Al final del proceso derivaron aprendizajes teóricos y prácticos que permitieron entender y transformar la realidad de las personas involucradas, en ello radica la utilidad del proceso.

En cuanto a los recursos con los cuales se dispuso para sistematizar, se resaltan: cuadernos de apuntes personales, diarios de campo, tutorías, la intervención propiamente dicha, perfil de entrada y de salida de la población participante, revisiones bibliográficas, evaluaciones realizadas durante el proceso que registran logros y obstáculos del mismo, planes de trabajo, diseño de actividades, información digital.

1.3 Las Preguntas Iniciales

1.3.1 Objetivo de la sistematización

Es el para qué de la sistematización, según Jara (2012) “debe siempre responder a una necesidad y debe perseguir un fin útil.” (p.174) De esta forma, se planteó como objetivo en la presente sistematización de experiencias: Comprender las experiencias vividas por la población con VIH/SIDA del Hogar de la Esperanza acerca de su proceso de salud enfermedad y fortalecer las estrategias de afrontamiento que han utilizado, con el fin de ahondar en dichas experiencias y construir derivado de ellas conocimientos significativos que puedan ser útiles para las personas participantes y compartirse en experiencias similares.

1.3.2 Objeto de sistematización

Su función es “delimitar el campo de la experiencia en torno al que vamos a realizar el ejercicio sistematizador.” (Jara, 2012, p.177) En respuesta a la función anterior, se planteó como objeto: Sistematizar una Intervención de Enfermería en Salud Mental basada en la teoría de Betty Neuman para el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento en el proceso de salud-enfermedad, dirigida a personas con VIH-SIDA del Hogar de la Esperanza.

1.3.3 Objetivos académicos

1. Aplicar el proceso de sistematización de experiencias a la intervención de Enfermería en Salud Mental realizada con las personas con VIH-SIDA del Hogar de la Esperanza con el fin de ahondar en sus experiencias y contribuir a potenciar sus fortalezas, mejorando de este modo su calidad de vida.
2. Identificar el eje temático de la práctica realizada que será objeto de la sistematización.
3. Reflexionar críticamente acerca de las experiencias vividas y las lecciones aprendidas en el proceso, así como el proceso en sí mismo.
4. Vincular las experiencias vividas con la teoría que respaldó la práctica, señalando los aprendizajes compartidos.

1.3.4 Eje temático

Está constituido por la práctica en sí misma; las experiencias y vivencias de las personas con VIH-SIDA del Hogar de la Esperanza acerca de su proceso de salud-enfermedad y sus estrategias de afrontamiento. Según Jara (2012) “un eje de sistematización es como una *columna vertebral* que nos comunica con toda la experiencia, pero desde una óptica específica.” (p. 179)

Así, el eje constituye un hilo conductor del proceso, se refiere a los aspectos centrales que se analizan en la experiencia, en este caso el eje central son las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con VIH-SIDA en el proceso de salud-enfermedad por el cual están atravesando. Interesó ese eje dado que en el proceso de salud-enfermedad las personas con VIH-SIDA atraviesan una serie de situaciones y condiciones que les hacen ser emocionalmente vulnerables, entonces, conocer cuales estrategias de afrontamiento utilizaron y utilizan permite enriquecer las experiencias y poder compartirlas con personas que viven en situaciones similares; asimismo permitió fortalecer dichas estrategias y mejorar la salud mental de las personas participantes.

1.4 Contexto Teórico

La salud ha sido contextualizada desde diferentes enfoques; la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) citado por Palomino, Grande & Linares (2014), la especifica como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.73), limitándose la salud a un estadio subjetivo e idealista, ya que un estado completo no es posible.

El concepto de salud ha evolucionado a través del tiempo y los diferentes contextos sociales de la historia, caracterizándose por ser un proceso dinámico y social, donde: “desde mediados del siglo XX se ha producido un desplazamiento desde la búsqueda de las causas de la enfermedad centradas en el individuo a la aparición de los determinantes sociales, los principales moduladores del fenómeno salud y enfermedad” (Palomino, Grande & Linares, 2014, p.71), tales determinantes sociales de la salud se conocen como las causas de las causas, haciendo referencia a las condiciones de vida, socioculturales, económicas y educativas que tienen acceso las personas a través del ciclo de vida.

Actualmente la OMS (2013) reconoce el principio mundial: “no hay salud sin salud mental” (p.6), donde la salud mental es comprendida como,

(...) un proceso de bienestar y desempeño personal y colectivo caracterizado por la autorrealización, la autoestima, la autonomía, la capacidad para responder a las demandas de la vida en diversos contextos: familiares, comunitarios, académicos, laborales y disfrutar de la vida en armonía con el ambiente (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2012, p. 34).

Este proceso implica que la persona posee las habilidades, destrezas y capacidades para afrontar las vicisitudes de la vida, como lo es la alteración del proceso salud-enfermedad, identificándose afectaciones que involucran la interacción de todas las dimensiones de la salud como sucede en la infección por VIH-SIDA.

El proceso salud-enfermedad se entiende como: “(...) una construcción individual y social mediante la cual el sujeto elabora su padecimiento, que condiciona los tipos de ayuda a buscar” (Sacchi, Hausberger & Pereyra, 2007, p.271), es decir que es un proceso interno de cada persona, que se vive a través de la experiencia de vida.

Esta experiencia de vida está mediada por los valores, roles sociales, expectativas y comportamientos del individuo, cabe señalar: “(...) cada sujeto vive la enfermedad según sus características individuales y la construcción sociocultural particular del padecimiento, siendo su comportamiento para el cuidado o recuperación de su salud, singular y dinámico” (Sacchi, Hausberger & Pereyra, 2007, p.272), lo anterior denota las particularidades que posee cada persona y su influencia en la percepción de su enfermedad, así, el comportamiento que manifieste es crucial para el abordaje integral de la enfermedad.

A continuación se desarrollan los conceptos básicos para la comprensión del tema, además se enmarca el mismo dentro del Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2002).

1.4.1 Generalidades biológicas de la enfermedad VIH/SIDA

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un retrovirus que “infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento” (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA

(ONUSIDA), 2008, p.1), desencadenando un deterioro en la función inmunológica, que conlleva a mayor vulnerabilidad de padecer infecciones oportunistas, debido a la debilidad del sistema inmunitario (ONUSIDA, 2008).

Con respecto al término Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se hace referencia a “(...) una definición de vigilancia basada en indicios, síntomas, infecciones y cánceres asociados con la deficiencia del sistema inmunitario que resulta de la infección por el VIH” (ONUSIDA, 2008, p.1); haciéndose uso de este concepto en las fases más avanzadas de la enfermedad, cuando se presentan las infecciones oportunistas y cánceres asociados a la infección por VIH, como señala Hall (2003) “el SIDA es un trastorno de la inmunidad mediada por células, caracterizado por infecciones oportunistas, neoplasias malignas, disfunción neurológica y una variedad de otros síndromes”. (p.2)

Además, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) citado por Hall (2003) indica “[...] el CDC amplió el criterio de SIDA para los adultos y adolescentes que incluyen el conteo de las células CD4 (+) T igual o menor a 200 células/microlitro en presencia de HIV”. (p.2)

En cuanto a la manifestación clínica de esta enfermedad varía de una persona a otra, donde después de la exposición al retrovirus se da la primera fase con síntomas no asociados a la infección por VIH, no proporcionándose el diagnóstico ni tratamiento correspondiente, por lo tanto se presenta la sintomatología de la enfermedad en un periodo de 5 a 10 años, aunque hay casos que el tiempo puede ser mayor de 10 a 15 años. (ONUSIDA, 2008)

1.4.1.1 Fases clínicas de la enfermedad

La infección por el VIH desencadena una serie de fases clínicas en el ser humano, Lamotte (2014) señala de manera inicial la **fase de infección aguda retroviral** que implica,

(...) la llegada del virus al paciente y se caracteriza desde el punto de vista clínico por 2 situaciones: puede ser asintomática, como ocurre en la mayoría de los casos, o sintomática, donde el cuadro clínico presenta síntomas muy variados, entre los cuales figuran: generales (fiebre, faringitis, linfadenopatías -- cuadro parecido al de la mononucleosis infecciosa--, artralgias, mialgias, anorexia y pérdida de peso); dermatológicos: erupción eritematosa maculopapular, urticaria difusa y alopecia; gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea y ulceraciones mucocutáneas; neurológicos: cefalea, dolor retroorbitario, meningoencefalitis, neuropatía periférica, radiculitis y síndrome de Guillain-Barré. (p.120)

La sintomatología de la enfermedad en esta fase es inespecífica, presentándose por un periodo de 6 a 8 semanas aproximadamente, en la mayoría de los casos no se le da la relevancia necesaria al tratamiento a seguir por el personal de salud y la propia persona, aunándose además el inconveniente de que la serología del VIH es negativa, a pesar de encontrarse positiva los antígenos virales. (Lamotte, 2014)

Posterior a esta fase, se manifiesta la **fase asintomática de la infección por VIH u oportunistas menores**, para Lamotte (2014) “(...) el paciente pasa a la fase más larga de la enfermedad, la de portador asintomático (...)”. (p.120) En esta fase el cuerpo puede mantenerse asintomático o manifestarse el síndrome adénico que implica,

(...) más de 3 meses de evolución, con ganglios firmes pero no leñosos, móviles, no dolorosos, sin cambios en la piel que los recubre y que ocupan 2 o más regiones contiguas. Se llama linfadenopatía generalizada persistente, puede haber esplenomegalia o no y el diagnóstico en esta fase es por medio de la serología VIH (...). (Lamotte, 2014, p.121)

Si en la fase anterior al manifestarse el síndrome adénico no se realiza el diagnóstico serológico por VIH, seguirá progresando la enfermedad hasta manifestarse la **fase sintomática de la infección por VIH u oportunistas menores** donde se dan los primeros

síntomas o enfermedades asociadas a la inmunodeficiencia adquirida, no presentándose aún cuadros clínico graves (Lamotte, 2014), además cabe señalar que,

Clínicamente se caracteriza por distintos síntomas: generales: malestar general, astenia persistente, síndrome febril prolongado, acompañado de sudoración nocturna y pérdida de peso que puede llegar a 10%; hematológicos: anemia y trombocitopenia, con síndrome purpúrico o sin él; linfadenopáticos: pueden disminuir los ganglios linfáticos; respiratorios: tos seca persistente; digestivos: diarrea que puede durar más de un mes; dermatológicos: candidiasis bucal, dermatitis seborreica, herpes simple recidivante (anal o genital), herpes zóster y verrugas genitales, así como neurológicos: polineuropatía, síndrome ansioso depresivo y meningitis aséptica. La duración de esta fase depende de diferentes factores, entre los cuales figuran: tipo de cepa viral infectante y respuesta inmunológica del huésped, entre otros. (p.121)

Dependiendo de la respuesta orgánica y la resistencia del agente causal, se dará paso al estadio final de la enfermedad, la **fase sida u oportunistas mayores** caracterizada,

(...) por la aparición de infecciones oportunistas y tumores raros. Desde el punto de vista inmunológico, representa una inmunodepresión severa, con una depleción notable del número de linfocito CD4, cuya función en la respuesta inmune es bien conocida. Hay una alta replicación viral, favorecida por la debilidad del sistema inmunológico. Desde el punto de vista clínico, se considera que un paciente es un posible caso sida cuando tiene varias afecciones oportunistas mayores que así lo indiquen. (p.121)

Dicha inmunodepresión implica una serie de complicaciones en diferentes sistemas del cuerpo, provocando a nivel respiratorio, neumonía por *Pneumocystis jirovesi*, tuberculosis pulmonar y sinusitis repetidas. Del mismo modo, se manifiesta a nivel digestivo al estimular cuadro diarreico crónico, enteropatía por VIH y disfagia (Lamotte, 2014), a nivel neurológico es conocido:

- a) Por infección primaria del VIH: encefalitis por VIH (demencia por sida y atrofia cerebral), meningitis aséptica típica y mielopatía vascular
- b) Por infecciones asociadas a la inmunodepresión: meningoencefalitis por *Cryptococcus neoformans*, neurotoxoplasmosis y lesiones tumorales por papilomavirus (p.127).

Entre otras complicaciones se encuentran los procesos tumorales como sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin y linfoma primario del sistema nervioso central, así como

herpes zóster, trombocitopenia, nefropatía, candidiasis bucal (Lamotte, 2014), entre otros padecimientos debido a la inmunosupresión que implica la infección por VIH.

1.4.1.2 Modos de transmisión y diagnóstico

La transmisión del VIH implica contacto con las secreciones corporales que contengan células infectadas “el HIV puede estar presente en cualquier líquido o exudado que contenga plasma o linfocitos, de modo específico sangre, semen, secreciones vaginales, leche, saliva o exudados de heridas.” (Hall, 2003, p.7)

Se destacan como medios de transmisión directa, el contacto con líquidos corporales al compartirse agujas infectadas, el riesgo aumenta en heridas profundas (Hall, 2003), o mediante relaciones sexuales sin protección del tipo anal, vaginal y el sexo oral (Lamotte, 2014), así como la transmisión de la madre al feto (conocida también como transmisión vertical) “ésta incluye 3 momentos: vía transplacentaria, durante el trabajo de parto por contaminación en el canal y la lactancia materna.” (Lamotte, 2014, p.119)

Para confirmar el diagnóstico de la enfermedad por una de las formas de transmisión anteriores, se requiere la realización de pruebas directas o indirectas. Entre las pruebas directas conocidas esta la antigenemia P24, cultivo vira y reacción en cadena de la polimerasa, son costosas pero efectivas en el diagnóstico precoz de la infección. (Lamotte, 2014)

En cuanto a las pruebas indirectas se encuentran la prueba de screening, serología VIH (ELISA o micro ELISA), prueba confirmatoria (serología western blot) y las pruebas suplementarias, todas estas pruebas “demuestran la respuesta inmune por parte del huésped y están basadas en pruebas serológicas para la detección de anticuerpos en el suero” (Lamotte, 2014, p.122), es decir detectan la enfermedad después del periodo de incubación.

1.4.1.3 Tratamiento

El tratamiento contra esta enfermedad está orientado a “disminuir la replicación del virus hasta niveles indetectables, lograr la restauración del sistema inmunológico y hacerlo más inmunocompetente” (Lamotte, 2014, p.127), se sigue un régimen farmacológico con antirretrovirales para la persistencia de la respuesta inmunológica contra los agentes patógenos, para garantizar la calidad de vida y la disminución de la morbi-mortalidad de la enfermedad. (Hall, 2003)

El inicio del tratamiento farmacológico es individualizado con base en la historia clínica, la concentración de RNA de HIV-A en el plasma y el conteo de linfocitos CD4 (+), vigilándose la respuesta terapéutica por medio de mediciones periódicas de RNA de HIV-1 en plasma (Hall, 2013).

Para disminuir la sintomatología asociada a la infección por VIH se requiere la adherencia al tratamiento, ya que “(...) no solo se da un control virológico sino que pueden lograr reducir la morbi-mortalidad relacionada con el SIDA.” (Hall, 2003, p.46) Dicha adherencia se consigue a través de la integración de la toma de medicamentos en el estilo de vida de la persona y por medio de los recursos emocionales que posee la persona para comprender la importancia de cumplir con el régimen establecido (Hall, 2013).

Además, se requiere en cada fase apoyo psicológico y social, debido a las repercusiones que representa la enfermedad en la vida de las personas, como menciona González (2009): “en todas las fases de la infección, la contención psicológica será un aspecto que aumentará las posibilidades de mejora en la calidad de vida del paciente y disminuirá los riesgos físicos y emocionales” (p.58), esto permitirá una vida funcional.

Es importante además de conocer las generalidades biológicas de la enfermedad, analizar cuáles son sus implicaciones psicológicas y emocionales, para así tener una visión más clara de las situaciones a las que se enfrentan las personas; dichas implicaciones se analizan a continuación.

1.4.2 Implicaciones psicológicas y emocionales de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA

A parte de la respuesta biológica del cuerpo ante la reacción de un agente externo, las personas que son diagnosticadas con VIH/SIDA experimentan una serie de sentimientos, emociones, pensamientos y conductas asociadas a su padecimiento, Ballester (1999) citado por Edo & Ballester (2006) señalan,

(...) baja autoestima, miedo a perder el atractivo físico e hipocondría (Morin, Charles y Malyon, 1984), negación, ira, aceptación, resignación y preparación para la muerte (Nichols, 1983) expresando una evolución similar a la que se produce en los enfermos terminales (Kim y Rickman, 1988; Levenson, 1988); somatización, síntomas obsesivo-compulsivos (Bruce y Stevens, 1992; Krikorian, Kay y Liang, 1995); reaparición de conflictos sobre la orientación homosexual y exacerbación de la homofobia (Ross y Rosser, 1988); disminución de la concentración y pérdida de memoria (Naber et al., 1989; King, 1989; Ayers, Abrams, Newell y Friedrich, 1989; Kermani, Borod, Brown y Tunnell, 1985); fobias específicas, trastorno de personalidad antisocial, deseo sexual hipoactivo (Green, 1994); abuso de alcohol (Pace, Brown, Rundell, Paolucci et al., 1990); problemas de sueño, desmoralización, uso excesivo de sedantes (Martin y Dean, 1993), consumo de drogas, etc. (p.80)

Las repercusiones anteriores reflejan la vulnerabilidad emocional que afrontan las personas que padecen esta enfermedad, donde están propensas a entrar en conflicto consigo mismas, desde una percepción negativa de la autoimagen, el contraste de la valoración que se posee con la realidad vivida, el surgimiento de emociones nuevas ante el proceso de enfermedad y su desenlace, así como una serie de cuestionamientos personales que atentan contra la estructura de la personalidad y la expresión emocional del cuerpo por medio de conductas perjudiciales para la salud como lo son el consumo de drogas y alcohol.

Lo anterior hace esperable una *reacción de estrés agudo asociada al VIH* como refieren Edo & Ballester (2006) “una reacción ansiógena ante el VIH/SIDA, es esperable y prácticamente inevitable en todos los casos ya que, se trata de un mecanismo de adaptación de la persona a su nuevo contexto, la enfermedad” (p.80), es decir es una respuesta adaptativa para el afrontamiento de la nueva amenaza, que representa múltiples cambios

biológicos, psicológicos, emocionales y sociales para la persona y su nueva forma de vivir con la enfermedad.

En ocasiones la demanda adaptativa de vivir con la enfermedad no resulta en un proceso efectivo en la persona, debido a la prolongación del tiempo, la intensidad del shock emocional y otra serie de factores predisponentes como antecedentes de enfermedades mentales, el ámbito familiar, laboral y social percibido, las escasas estrategias de afrontamiento que se poseen, etc., evocando en un trastorno adaptativo (Edo & Ballester, 2006), manifestado a través de “(...) cuadros afectivos mixtos, con síntomas de ansiedad y depresión, son los trastornos psicológicos que con mayor frecuencia se describen en los pacientes con SIDA.” (Edo & Ballester, 2006, p.80)

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) indica que: “las personas con VIH suelen sufrir de depresión y ansiedad a medida que asumen las consecuencias del diagnóstico de la infección y afrontan las dificultades de vivir con una enfermedad crónica potencialmente mortal (...)” (p.2), donde la integración de los nuevos cambios en el estilo de vida como asumir un tratamiento farmacológico estricto, una dieta adecuada, las manifestaciones clínicas de la enfermedad, el rol social, entre otras, propensa el rompimiento del equilibrio emocional de la persona diagnosticada.

Lo anterior mantiene relación con lo mencionado por Teva, Bermúdez, Hernández & Buena (2005) donde “la aparición de síntomas de depresión es esperable ante el conocimiento del diagnóstico de VIH, pero estos síntomas pueden convertirse en patología si no desaparecen tras un proceso de ajuste a su nueva situación por parte del individuo” (p.41), siendo así necesario que la persona potencie y/o desarrolle las estrategias de afrontamiento adecuadas para vivir con la enfermedad y sus implicaciones en todas las dimensiones que le componen como ser humano.

Además, González (2009) hace referencia a que en la experiencia de la persona, “se presentan diversas situaciones que exigen del individuo una reinterpretación de su vida y lo obligan (obligación que se cumple o no, pero que existe), al desarrollo de estrategias

nuevas que le ayuden a reintegrarse socialmente” (p.56), siendo necesario la integración de la persona a su rol de vida con su nueva particularidad, la enfermedad. Por ello, a continuación se hace referencia a las implicaciones sociales del VIH/SIDA.

1.4.3 Implicaciones sociales de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA

Aunado a los aspectos psicológicos y emocionales que viven las personas diagnosticadas con VIH/SIDA, no se puede disociar la carga social que implica la enfermedad, al respecto, Rodríguez & García (2006) citados por González (2009) señalan que,

Es una enfermedad crónica, violenta y destructiva, que además de poseer las características propias de enfermedades crónicas graves, al estar vinculada a la práctica de la sexualidad, adquiere un estigma especial; el enfermo se vuelve, a los ojos de buena parte de la población mundial, un pecador que ha recibido el castigo merecido, una persona que se “lo ha buscado”, necesariamente se involucra una idea de castigo, por la transgresión de la ley divina o la ley humana. (p.60)

Lo anterior refleja el estigma social al que son sometidas las personas diagnosticadas con VIH, donde además de integrar la enfermedad a su modo de vida, deben lidiar con situaciones de estigmatización, discriminación, desigualdad social, violencia, entre otras, que atentan contra sus derechos humanos.

El estigma implica, “(...) una forma de control social, que define las normas sociales y castiga a quienes se apartan de éstas” (UNAIDS PROGRAMME ACCELERATION FUNDS (Proyecto PAF A), 2011, p.8), dicho control actúa a través de infundir temor, miedo y una serie de mitos erróneos entorno a la enfermedad, provocando “(...) un “proceso de desvalorización” de las personas que viven o están asociadas con el VIH y el sida (...)” (ONUSIDA, 2008, p.9), al poseer una condición de enfermedad asociada exclusivamente a las prácticas sexuales, ser de un tipo de raza, etnia, grupo social, orientación social u otro atributo que se desvíe de la “normalidad” social del contexto.

La estigmatización a las personas con VIH no solo se concentra a esta condición, sino que existen una sucesión de prejuicios sociales que anteceden al producto de la enfermedad, que socialmente es asociada a una desviación de la conducta moralmente aceptada, estas condiciones previas son referidas por el Proyecto PAF A (2011),

(...) no son sujetos de estigmatización solo por su condición serológica, sino que son también desacreditados por ser hombres que tienen sexo con hombres, personas trans género, trabajadoras sexuales, usuarios de drogas inyectables, personas privadas de libertad, o porque son pobres. La discriminación de estos grupos, unida a la asociación de los mismos con el VIH, origina un rechazo social tanto hacia las personas que viven con el VIH como hacia las que pertenecen a los grupos (p.9).

Por lo tanto, la construcción social relaciona la enfermedad con una de las condiciones descritas anteriormente, lo que conlleva al riesgo potencial de discriminación social por pertenecer a uno de estos grupos minoritarios.

Se atribuye a la estigmatización social el origen de actos u omisiones que trasgredan la integridad de las personas con VIH/SIDA o las condiciones sociales que se asocian a esta como la orientación sexual, como señala Moral & Segovia (2011),

Con demasiada frecuencia, las personas con VIH/SIDA son condenadas al ostracismo por sus familias y comunidades, expulsadas de sus casas, rechazadas por sus cónyuges y a veces sufren violencia física e incluso homicidio. Sometidas a discriminación personal e institucional pueden encontrarse con que se les niega el acceso a atención sanitaria, cobertura de seguros, entrada en ciertos países y empleo. El miedo a la discriminación hace que las personas eviten las pruebas de detección e induce a las que están infectadas por el VIH/SIDA a permanecer silentes y privarse de un tratamiento. (p.187).

El rechazo social de la enfermedad y sus condiciones asociadas en las diferentes esferas donde se desenvuelve la persona, repercute en el diagnóstico precoz y la adhesión al tratamiento farmacológico, como refiere ONUSIDA (2008) “el estigma también puede obligar a las persona a ocultar los medicamentos, lo que puede perjudicar la continuidad de las dosis” (p.10), lo que trae consecuencias en el estado físico al volverse más susceptible para infecciones oportunistas y el impacto emocional por la discriminación que es sujeto.

Relacionado con la esfera social, se debe tomar en cuenta que no es lo mismo ser hombre o mujer, por tanto la vivencia del proceso salud-enfermedad puede variar de un sexo a otro, de esta forma, se debe considerar que la discriminación y estigmatización social contra las personas que viven con VIH/SIDA está condicionada al género, como expresan García (2004) y Lagarde (1997) citados por Moral & Segovia (2011),

La condición de seropositividad constituye una causa de discriminación que se puede sumar a la de género, dando doble discriminación (García, 2004). No obstante, la atribución de la causa del contagio puede atenuar o recrudecer la discriminación. Si la responsabilidad se atribuye a una pareja estable, la mujer aparece como víctima y atenúa el rechazo y la estigmatización; por el contrario, si se atribuye a su conducta, como prácticas sexuales de riesgo en una mujer soltera o infidelidad en una mujer casada, incrementa el rechazo y condena sociales (Lagarde, 1997). (p.188)

Lo descrito refleja la posición social de la mujer, condicionada por el estatus de estar “casada” o “soltera”, y poseer en ambos casos una “conducta moral correcta”, donde la enfermedad se justifica a partir del origen de la causa, si es atribuida a las prácticas sexuales fuera de la monogamia del vínculo social establecido o en la soltería implica un exponencial rechazo social.

La enfermedad en la mujer conlleva una confrontación a su construcción social de su figura, donde “su cuerpo se ha transformado en una imagen no deseada de sí mismas, como resultado del “daño” o el “deterioro” causado por el VIH (“adelgazamiento”, “manchas”, etc.) o como efecto secundario de los tratamientos antirretrovirales” (Grimberg, 2003, p.90), experimentando una pérdida de los sentimientos de aceptación a su autoimagen.

Asimismo, la función social que se le asocia al cuerpo de la mujer con la maternidad entra en conflicto debido a las implicaciones del proceso de enfermedad, visualizado el cuerpo como “(...) “agente de contagio”, como amenaza para otro, o como objeto vacío de sentido” (Grimberg, 2003, p.91), donde la identidad de género construida puede acarrear malestar emocional y social en la mujer.

En cuanto al hombre, la enfermedad afecta la percepción de su cuerpo con base a su funcionalidad y la figura de poder atribuida socialmente, donde los síntomas del VIH/SIDA

provocan debilidad, cansancio y falta de energía replicando en una disminución de su capacidad de trabajo y la restricción de actividad sexual, lo que provoca una ruptura en su identidad de masculinidad (Grimberg, 2003), argumentando este mismo autor que,“(…) esta experiencia de incertidumbre y fragilidad corporizada pone en crisis la identificación de género anclada en la “fuerza”, la “autonomía” y la “razón”. (p.94)

La confrontación de la identidad de género con la experiencia de la enfermedad incrementa la condición de vulnerabilidad, donde la persona tiene tres tendencias, una negativa que implica la destrucción del curso de la vida por la enfermedad, la segunda que envuelve aspectos positivos donde se visualiza la posibilidad de promover un nuevo estilo de vida o la tercera posibilidad donde se sigue la continuidad del ciclo de la vida sin ninguna variación (Grimberg, 2001); un resultado favorecedor de la integración de la experiencia de la enfermedad requiere la adopción de estrategias de afrontamiento efectivas.

El abordaje del VIH/SIDA requiere la consideración de las personas diagnosticadas con esta condición como sujetas de derecho, ya que en muchas ocasiones el estigma y la discriminación pueden atentar contra su integridad, por ende el apartado siguiente hace referencia a este aspecto.

1.4.4 Enfoque de derechos humanos

Los derechos humanos son inherentes a todas las personas, independientemente de sus características, rasgos o condiciones; pero por los procesos sociales imperantes existen grupos poblacionales más vulnerables al irrespeto de sus derechos, al representar un rompimiento de los esquemas tradicionales, requiriendo para salvaguardar su integridad y seguridad, la creación de leyes y políticas exclusivas para eliminar, disminuir o controlar el riesgo de prácticas como la discriminación en cualquier contexto.

Esto refleja la realidad de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA como menciona las Naciones Unidas, Derechos Humanos (ACNUDH) & Programa Conjunto de las

Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA (ONUSIDA) “donde no se protegen sus derechos humanos, las personas VIH-positivas sufren estigma y discriminación, enferman, se vuelven incapaces de mantenerse y mantener a sus familias y, si no reciben tratamiento, fallecen” (2007, p.1), es decir la falta a los derechos humanos implica un aumento en la morbi-mortalidad de la enfermedad, perjudicando a la persona.

Existen regulaciones internacionales que protegen a nivel internacional a las personas con la enfermedad, entre los derechos reconocidos se encuentran:

Cuadro 1. Derechos humanos reconocidos en tratados y declaraciones internacionales para las personas con VIH/SIDA

Derecho al máximo nivel alcanzable de salud
No discriminación e igualdad ante la ley
Derechos humanos de las mujeres
Derechos humanos de los(as) niños(as)
Derecho a casarse y fundar una familia.
Derecho a la intimidad
Derecho a la educación
Libertad de expresión e información
Libertad de reunión y asociación
Derecho al trabajo
Derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones
Derecho a la libertad de movimiento
Derecho a un nivel adecuado de vida y seguridad social
Derecho a participar en la vida política y cultural
Derecho a solicitar y obtener asilo
Derecho a la libertad y seguridad de la persona
Inmunidad frente al trato o castigo crueles, inhumanos o desagradables

Fuente: Elaboración propia a partir del Manual sobre VIH y los Derechos Humanos para las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos (ACNUDH & ONUSIDA, 2007).

Las convenciones internacionales al definir los anteriores derechos humanos, permiten el desarrollo óptimo de las personas vulnerables con VIH en los diferentes contextos, permitiendo la reorientación del proyecto de vida, al no limitarse su auge personal, familiar, laboral, social, entre otros a su condición de enfermedad.

Por otra parte, el gobierno es responsable de liderar la vigilancia del cumplimiento de los derechos, así deben garantizar a “las personas que viven con el VIH y los miembros de grupos vulnerables deberían tener apoyo para acceder a información sobre sus derechos, así como herramientas y servicios (p.ej., asistencia jurídica) que les ayuden a reclamarlos” (ACNUDH & ONUSIDA, 2007, p.22), lo que implica un proceso de empoderamiento en estas poblaciones vulnerables, que representa la defensa de su condición bajo el estigma adoptado por la sociedad.

La intervención de Enfermería en Salud Mental se realizó tomando en cuenta, además de las temáticas desarrolladas anteriormente, el Modelo de Sistemas de Betty Neuman, sus particularidades se analizan en la siguiente sección.

1.4.5 Modelo de Sistemas de Betty Neuman

El Modelo de Sistemas de Betty Neuman fue publicado en 1972, para esto Neuman se basó en las ciencias filosóficas de Chardin, la filosofía de Marx por el Modelo de la Concepción de la Naturaleza Humana (1844), así como la influencia de la corriente de la psicología por el uso de la Teoría de Gestalt o “Psicología de la Forma o la Configuración” y la Teoría Situación en Crisis de French Caplan (1969) (Romero, Flores, Cárdenas & Ostiguín, 2007). (Andrade, 2011)

Neuman (2002) adopta el concepto de estrés de Hans Selye (1950), entendido como “(...) toda modificación de la constelación interna y externa del individuo, ocasionado por un estresor o estímulo, que da como respuesta una reacción que a su vez genera un Síndrome de Adaptación General” (Romero, Flores, Cárdenas & Ostiguín, 2007, p.46). Además, integra elementos de la Teoría General de los Sistemas promovida por Ludwing Von Bertalanffy (1969) y de Sistemas Abiertos de Edelson (Andrade, 2011).

Por otra parte, existe una estrecha relación entre el estrés y la salud, donde Neuman, citada por Andrade (2011) establece que la salud es “(...) un movimiento continuo del bienestar a la enfermedad, dinámico y sujeto a un cambio constante” (p.32), siendo percibida la persona como un sistema abierto que interactúa con su entorno y que

dependiendo de su capacidad para adaptarse a los factores estresantes, va a lograr bienestar o experimentar la enfermedad. (Andrade, 2011)

Estos factores estresantes son entendidos por Neuman como “(...) fuerzas del entorno, y que cuando la persona o sistema se enfrenta a estos factores, da como resultado la estabilidad o por el contrario la enfermedad” (citado por Romero, Flores, Cárdenas & Ostiguín, 2007, p.47), es decir dependiendo de los mecanismos de adaptación que asuma la persona hacia esa fuente de estrés así son las repercusiones en la salud.

Neuman citada por Romero, Flores, Cárdenas & Ostiguín (2007), señala que “(...) el estrés aumenta la demanda de un reajuste por parte de la persona para adaptarse al problema que se le presenta, lo que posibilita que el resultado sea la salud o la enfermedad” (p.46), lo anterior afirma la necesidad de valorar los mecanismos que usan las personas para afrontar las fases de alarma, resistencia y agotamiento del proceso de estrés.

Por lo tanto, el Modelo de Sistemas de Neuman se centra en la relación de los estresores y las manifestaciones del cliente/sistema,

(...) se basa en el holismo y en la orientación al bienestar, la percepción y motivación del sistema cliente, la dinámica de la perspectiva de la energía de los sistemas y la interacción de las variables con los entornos para mitigar la posible entrada de estresores internos y externos (...) (Neuman y Fawcet, 2002, p.10, traducción de Castro).

Donde se pretende mantener un equilibrio del sistema cliente con sus diferentes entornos y la interacción con los estresores. Caracterizándose al cliente como un sistema único, dinámico, en constante interacción con su entorno, por ende este sistema se constituye en cinco variables a saber,

Fisiológica: se refiere a la estructura y función interna del cuerpo.

Psicológica: se refiere a los procesos mentales, interacciones del ambiente y sus efectos tanto interna como externamente.

Sociocultural: se refiere a la combinación de los efectos sociales y culturales del entorno del sistema y de las influencias de este.

Evolutivas: se refiere a los procesos y actividades relacionados con la edad del sistema (persona).

Espiritual: es una de las consideraciones más importantes y necesarias para una perspectiva Holística y de cuidado en el sistema/sistema cliente (Neuman y Fawcet, 2002, p.15-16, traducción de Castro).

Todas estas variables están dentro de la estructura básica del sistema/cliente, de forma simultánea, buscando la armonía y la estabilidad en relación con los factores estresores del entorno interno y externo de este sistema. (Neuman y Fawcet, 2002, traducción de Castro)

La estructura básica del sistema/cliente “(...) consiste en las características básicas de supervivencia de todas las especies, como lo son: aspectos innatos y genéticos, fortalezas y debilidades de las partes del sistema” (Neuman y Fawcet, 2002, p.18, traducción de Castro), surgiendo en esta estructura mecanismos protectores como la línea flexible de defensa, la línea normal de defensa y la línea de defensa para preservar al sistema/cliente.

Para Neuman y Fawcet (2002) todas las líneas poseen características de las cinco variables como el estilo de vida, las creencias, el contexto sociocultural, los patrones de afrontamiento, la motivación, entre otros, donde la línea flexible de defensa procura defender al sistema cliente de las fuentes estresoras, es decir crea protección contra el estrés y su sintomatología, ya sea a través de la enfermedad o de alguna otra manifestación.

Por su parte, la línea normal de defensa “(...) es como una barrera sólida que rodea las líneas de resistencia” (Neuman y Fawcet, 2002, p.20, traducción de Castro), representando el estado de bienestar habitual del cliente.

En cuanto a las líneas de resistencia “(...) protegen la estructura básica y son activadas cuando la línea normal de defensa es invadida por estresores del ambiente” (Neuman y Fawcet, 2002, p.20, traducción de Castro), este tipo de líneas poseen recursos internos y externos que el sistema/cliente puede reconocer o no, pero se pueden instaurar como una fuente de energía para proteger el sistema. (Neuman y Fawcet, 2002)

El entorno puede afectar al sistema cliente, entendiéndose como “(...) todos los factores que afectan y son afectados por el sistema. Además aparecen asociados los factores

estresantes que comprenden el entorno” (Neuman y Fawcet, 2002, p.21, traducción de Castro), en dicho entorno se distinguen tres tipos, el interno que es el intrapersonal, de donde emergen interacciones e influencias internas. El externo que se caracteriza por la interacción de los factores interpersonal y extrapersonal, y por último el entorno creado. (Neuman y Fawcet, 2002)

El entorno creado “(...) representa un sistema abierto con un intercambio de energía entre el entorno interno y el externo” (Neuman, 1989b, 1990 citado por Neuman y Fawcet, 2002, p.21, traducción de Castro), este es inconsciente, siendo una expresión de todo el sistema, al actuar como un medio de seguridad para salvaguardar al sistema/cliente de los estresores, debido a que incentiva la salud de la persona. (Neuman y Fawcet, 2002)

Cabe mencionar, que se entiende por estresor en el Modelo de Sistemas de Neuman, para esta autora es, “(...) una tensión producida que tiene potencial para causar inestabilidad dentro del sistema” (Neuman y Fawcet, 2002, p.23, traducción de Castro), siendo estímulos que se dan en el entorno interno o externo del sistema, lo que puede provocar desequilibrio. (Neuman y Fawcet, 2002)

Se identifican tres tipos de estresores acordes al entorno donde se manifiesten, se encuentra los estresores intrapersonales “(...) son las fuerzas del entorno interpersonal que ocurren dentro de los límites o barreras del sistema cliente” (Neuman y Fawcet, 2002, p.24, traducción de Castro), los estresores interpersonales “(...) son las interacciones de las fuerzas del entorno externo que ocurren fuera del sistema en los límites del sistema cliente en un tango aproximado interacción entre una o más individuos” (Neuman y Fawcet, 2002, p.23, traducción de Castro), y los estresores extrapersonales, constituyéndose como esas interacciones externas que se dan fuera de los parámetros del sistema cliente en un ámbito distante. (Neuman y Fawcet, 2002)

La manifestación de algún tipo de estresor tiene el potencial de provocar reacciones en el sistema cliente, desencadenando respuestas específicas al estrés, lo que requiere el ajuste del sistema, por medio de las estrategias de afrontamiento que se posean de experiencias

pasadas, donde “el afrontamiento está relacionado directamente con la percepción y la cognición del cliente. La cognición del cliente determina que tanto estrés puede sentir, mientras que las acciones de afrontamiento tratan de mediar las reacciones” (Lazarus, 1981 citado por Neuman y Fawcet, 2002, p.25-26, traducción de Castro), es decir las estrategias de afrontamiento que adopte el sistema cliente, dependen de la capacidad de respuesta de las líneas normal y flexible de defensa y de resistencia de ese sistema.

Para la regulación del equilibrio del sistema cliente, Neuman establece en su teoría tres tipos de intervenciones basadas en la prevención; dándose inicio a las acciones desde la detección o existencia de una fuente estresante, conocida esta intervención como prevención primaria, aunque en esta no se ha producido una reacción se detecta un riesgo, que puede ser reducido a través de acciones de reforzamiento en la línea flexible de defensa. (Neuman y Fawcet, 2002, traducción de Castro)

En cuanto a la prevención secundaria está dirigida a las intervenciones o tratamientos posteriores a la entrada del estresor en la línea de defensa, es decir en la manifestación de los síntomas del estrés, enfocándose en el fortalecimiento de las líneas de resistencia. Por último, la prevención terciaria se orienta a evitar la recurrencia de la reacción al estresante ya identificado, logrando el funcionamiento óptimo del sistema cliente. (Neuman y Fawcet, 2002)

El rol que desempeña Enfermería según esta teoría es “(...) asistir a individuos, familias y grupos para que logren y mantengan el nivel máximo de bienestar total mediante intervenciones encaminadas a la reducción de los factores de estrés y las condiciones adversas que pueden afectar el funcionamiento óptimo” (Andrade, 2011, p.32), posicionándose él o la profesional como una persona facilitadora del proceso de abordaje de situaciones que puedan atentar contra el proceso de salud-enfermedad.

Considerando el rol de Enfermería como facilitadora del proceso, es relevante hacer referencia en este punto al afrontamiento y sus características, de tal modo que las personas

con VIH/SIDA puedan identificar los recursos con los que cuentan para enfrentar su proceso salud-enfermedad.

1.4.6 Afrontamiento

Las situaciones adversas de la vida diaria demandan una respuesta específica para cada persona, así, previamente se hace una evaluación cognitiva de cómo afecta este suceso, y posteriormente se adoptan mecanismos de respuesta, que van a depender de otras experiencias vividas, a esto se le conoce como afrontamiento, definido por Miller (1980) citado por Lazarus & Folkman (1991) como el “(...) conjunto de respuestas conductuales aprendidas que resultan efectivas para disminuir el grado de arousal mediante la neutralización de una situación peligrosa o nociva” (p.141), también lo definen como “(...) un subconjunto de actividades adaptativas que implican esfuerzo y que no incluyen todo aquello que hacemos con relación al entorno” (p.155), lo que indica que el afrontamiento no es una respuesta automática a una demanda estresante.

El afrontamiento surge ante una situación que sea valorada como adversa por la persona. Para resolver los problemas y reducir el estrés que puede provocar, a las estrategias utilizadas para estos problemas se les llaman recursos de afrontamiento, encontrándose dentro de ellos “(...) el autocontrol, el humor, el llanto, blasfemar, lamentarse, jactarse, discutir, pensar y liberar energía de una forma u otra” (Lazarus & Folkman, 1991, p.142).

Dependiendo del nivel de afectación que implique el problema para la persona, así será la respuesta a su situación, como señala Lazarus & Folkman (1991) “cuanto mayor es la desorganización interna, más primitivos se vuelven los recursos reguladores” (p.142), es decir se condiciona la capacidad de la persona para resolver la situación adversa.

Cabe mencionar, que un recurso de afrontamiento será efectivo según los efectos que genere en la situación, como refieren Lazarus & Folkman (1991):

Las definiciones de afrontamiento deben incluir los esfuerzos necesarios para manejar las demandas estresantes, independientemente del resultado. Esto significa que ninguna estrategia se considera inherentemente mejor que la otra. La calidad de una estrategia (su eficacia o idoneidad) viene determinada solamente por sus efectos en una situación determinada y por sus efectos a largo plazo (p. 157).

Lo anterior recalca que independientemente del tipo de estrategia de afrontamiento que usen las personas, lo que determina su factibilidad es el impacto que provoque en el factor estresante o la situación percibida como adversa, aunque en el caso de la enfermedad “la negación o la evitación en el contexto de la enfermedad no se considera efectiva ya que el individuo deja de desarrollar un afrontamiento apropiado centrado en el problema (Lazarus & Folkman, 1991, p.158), como la alteración del proceso salud-enfermedad que provoca en la persona inestabilidad emocional, por la expectativa hacia la nueva vivencia.

Además, para considerar un recurso de afrontamiento como efectivo debe tenerse en cuenta que “(...) el mejor afrontamiento es aquél que modifica la relación individuo-entorno en el sentido de mejorarla” (Lazarus & Folkman, 1991, p.161), recalcando que el afrontamiento será acertado, en la medida que el entorno deje de ser problemático para la persona.

Por lo tanto, el afrontamiento no debe limitarse solamente a la resolución de un problema, sino que contempla “(...) otras funciones de afrontamiento relacionadas con el dominio de las emociones y con el mantenimiento de la propia estima y de una imagen positiva, especialmente en situaciones irremediables (Lazarus & Folkman, 1991, p.161-162), donde no todas las enfermedades responden oportunamente a un tratamiento, inclinándose a proporcionar únicamente calidad de vida y no una curación, como es el caso de las personas con VIH/SIDA como se ha descrito en este apartado.

Teniendo claro lo que es el afrontamiento como tal, a continuación se realiza un acercamiento a algunas de sus estrategias.

1.4.7 Estrategias de Afrontamiento

Las personas a través de sus vivencias diarias se enfrentan a situaciones conflictivas, teniendo que recurrir a sus estrategias para hacer frente a las adversidades que afectan su integridad. Dichas experiencias se integran al sujeto en coherencia con el tipo de estresor y el entorno donde se den los acontecimientos, ya que los mismos pueden variar. (Ceballos, Echeverri & Jiménez, 2014)

Una estrategia de afrontamiento responde a: “(...) aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman, 1991, p.164), dichos esfuerzos buscan controlar o manejar de forma efectiva los contextos que generen estrés, “estas circunstancias son controladas en una forma particular dependiendo de las estrategias que se utilizan cuando de alguna manera se está acostumbrado a ellas” (Ceballos, Echeverri & Jiménez, 2014, p.28), es decir, las personas adoptan ciertas estrategias a través de la vivencia previa de la situación, implicando un esfuerzo adaptativo a la situación estresante.

Además, Ceballos et al (2014) mencionan,

(...) hay ocasiones en que las condiciones del ambiente representan una amenaza para la integridad del ser y es en este momento en el que la persona actúa para evitar que estos estresores superen su capacidad para afrontarlos y puedan disminuir los recursos disponibles para hacerlo. (p.28)

En la vivencia de este tipo de escenarios las personas buscan sobrevivir, superar los obstáculos que amenazan su estabilidad; en este momento afloran todos los recursos que se poseen, ya sean innatos o adquiridos a través de la experiencia o el aprendizaje.

Para los fines de esta intervención definimos dos tipos de estrategias de afrontamiento, las del tipo activo o dirigidas a la acción o las del tipo pasivas o no dirigidas a la acción. (Ceballos, Echeverri & Jiménez, 2014)

Las estrategias de afrontamiento activo o dirigido al problema como lo describen Lazarus & Folkman buscan “(...) manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación” (1991, p.201); estas pueden ser dirigidas al entorno o al sujeto, en las primeras se centran a cambiar o modificar las situaciones estresantes que genera el ambiente. (Lazarus & Folkman, 1991) Las dirigidas al sujeto implican “(...) las estrategias encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos, como la variación del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales distintos de gratificación (...)” (Lazarus & Folkman, 1991, p.175), en ambas caracterizaciones se requiere un esfuerzo consciente de parte de la persona para cambiar la situación.

Las estrategias activas que se abordaron en el desarrollo de esta intervención de Enfermería en Salud Mental fueron: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, expresión de emociones y apoyo social.

La resolución de problemas implica la modificación de la circunstancia para suprimir el estrés que conlleva, requiriendo estrategias cognitivas y conductuales (Nava et al. 2010), al respecto, Lazarus & Folkman (1991) argumentan “(...) están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base a su costo y a su beneficio y a su elección y aplicación” (p.175), constituyéndose como un proceso valorativo que realiza la persona para ejecutar una acción(es) dirigida al cambio de la situación que genera malestar.

En cuanto a la reestructuración cognitiva se describe por Nava et al (2010) como “estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante” (p.215), en este caso se busca una reinterpretación positiva de lo que se está viviendo como lo menciona Di, Aparicio & Moreno (2007) “(...) mediante esta interpretación se puede construir una transacción menos estresante en términos de que debería llevar a la persona a intentar acciones de afrontamiento más centradas en el problema” (p.134), indicando que este tipo de estrategias se dirigen al estrés emocional generado por un estresor, permitiendo que la persona cambie la visualización de la situación y pueda actuar sobre la misma.

Por otra parte, la expresión de emociones se refiere a “estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés” (Nava et al., 2010, p.215), son necesarias para que la persona exprese, reconozca e integre sus sentimientos, sin embargo Di, Aparicio & Moreno (2007) manifiestan que esta estrategia “(...) puede resultar adecuada en un momento específico de mucha tensión, pero centrarse en esas emociones por largos periodos de tiempo, puede impedir la adecuada adaptación o ajuste pues distrae a los individuos de los esfuerzos de afrontamiento activo” (p.134), por lo tanto, las personas pueden recurrir a la expresión de sus emociones y sentimientos cuando se manifiesta el estresor, pero deben movilizar sus recursos hacia el afrontamiento del problema.

Por último, en el grupo de estrategias activas se encuentra el apoyo social, el cual “(...) se centra en la búsqueda de soporte moral, simpatía y comprensión” (Di, Aparicio & Moreno, 2007, p.133), esta búsqueda de apoyo emocional se dirige hacia las redes de apoyo social que se dispongan, sea la familia, amistades, profesionales en el campo, entre otros, así como las habilidades sociales que posea la persona para comunicarse, donde “este tipo de habilidades facilitan la resolución de los problemas en coordinación con otras personas, aumentan la capacidad de atraer su cooperación o apoyo y, en general, aportan al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales” (Di, Aparicio & Moreno, 2007, p.139), facilitando esta interacción social un intercambio de experiencias, percepciones y apoyo en las situaciones adversas que se afrontan.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento pasivo o evitativo, se les conoce también como las estrategias dirigidas a la emoción como las caracterizan Lazarus & Folkman (1991), “designadas para hacer más soportable la vida evitando las realidades que podrían resultar desbordantes si se afrontan directamente” (p.177); también implican según Sepúlveda, Romero & Jaramillo (2012) la “utilización de estrategias como retraimiento, tratar de no pensar en el problema, tratar de no sentir nada, ignorar, negar o rechazar el evento, bromear y tomar las cosas a la ligera y aceptación pasiva.” (p.348) Es decir que contrario a las activas, las estrategias pasivas no buscan una solución inmediata al problema, sino que se centran en la evasión del mismo, por ende se consideran menos efectivas, ya que no necesariamente derivan en una salida.

Al no solucionar el problema, la persona se mantiene en la situación dificultosa y se afecta su salud mental, así se dice que: “los afrontamientos por evitación, confrontación, distanciamiento, autocontrol y escape parecen estar asociados a resultados psicológicos negativos, tales como depresión y ansiedad.” (Vargas, Cervantes & Aguilar, 2009, p.217)

Pese a lo anterior se debe considerar que según Lázarus & Folkman (1991) “la calidad de una estrategia (su eficacia o idoneidad) viene determinada por sus efectos en una situación determinada y por sus efectos a largo plazo.” (p. 157) Es decir que las estrategias de afrontamiento pasivo pueden resultar exitosas dependiendo del contexto y la situación en que las personas recurran a ellas. Dentro de las estrategias pasivas que se consideraron en la intervención de Enfermería en Salud Mental se encuentran la de evitación de problemas, pensamiento desiderativo, autocrítica y retirada social. Sepúlveda et al (2012) describen estas estrategias de la siguiente forma:

Evitación de problemas: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante. Pensamiento desiderativo: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante. Retirada social: estrategias de retirada de amigos, familiares, personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante. Autocrítica: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante y el manejo inadecuado (p.349).

Como se puede apreciar, la evitación de problemas incluye la negación de la situación/acontecimiento estresante o lo que se relacione con él, constituyendo una forma de aplacar el problema al no considerarlo como tal. El pensamiento desiderativo implica un intento cognitivo por cambiar la realidad pero tratando de eliminar el problema, como si no se hubiera dado.

La retirada social se relaciona con el aislamiento de personas significativas durante la situación o evento problemático. Por último, la autocrítica es una evaluación negativa de sí mismo o misma, en la cual la persona se acusa de ser culpable de la situación/acontecimiento estresante, en este punto, la persona puede considerarse a sí misma como acreedora de castigo o consecuencias por la situación que está viviendo.

1.5 Contexto Metodológico

1.5.1 Enfoque paradigmático

La presente intervención de Enfermería en Salud Mental se enfocó en el paradigma humanista, al centralizarse en la persona de forma integral, como menciona Hernández (1997) “el problema central de este paradigma es analizar y estudiar los procesos integrales de la persona, ya que se considera que la personalidad humana tiene una estructura y organización que está en proceso continuo de desarrollo” (p.11), lo anterior se relaciona con las personas con diagnóstico de VIH-SIDA, al ser entes completos que no se pueden disociar en la suma de sus partes: biológica, social, emocional, cultural, religiosa, entre otras dimensiones, de la vivencia del proceso de enfermedad que están afrontando.

Este paradigma se caracteriza por explicar y entender la totalidad de la persona a través de sí misma y las percepciones que hace del exterior como medio de adaptación, la búsqueda del ser humano por su autorrealización, la influencia del contexto en la persona, es decir sus interacciones con los demás, siendo inherente a su naturaleza, se enfoca en el accionar presente del ser humano conforme a las experiencias anteriores de vida y lo que cíclicamente repercute en su futuro. También, describe la plena consciencia de la persona para tomar sus propias decisiones, siendo un ser activo y constructor de su existencia, donde sus intenciones se reflejan en sus acciones, y por ende define su identidad y marca la diferencia con los demás. (Ramírez, 2010)

Por lo tanto, se desarrollaron las sesiones de la intervención con base a los principios que caracterizan a este paradigma, al comprenderse a la persona como un ser integral, esto a través del conocimiento de sus experiencias de vida, la influencia de los demás en la definición de la identidad y la orientación hacia la adopción o fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento para vivir con la enfermedad.

En consonancia con el paradigma humanista y desde la epistemología de Enfermería, la intervención de Enfermería en Salud Mental se desarrolló bajo el paradigma

de la transformación, el cual “representa un cambio de mentalidad sin precedentes (...) se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción”. (Kérouac et al, 1996, p.12)

Esa reciprocidad en la interacción permite estar con las personas, implica que como profesionales se reconoce a la persona como un ser independiente y capaz de gestionar su salud, realizando conductas tendientes a aumentar su bienestar; durante el desarrollo de las sesiones, las personas participantes fueron las protagonistas, quienes guiaron el proceso y se involucraron activamente en él, permitiendo así el reconocimiento y/o desarrollo de estrategias de afrontamiento.

Así, el paradigma ubica a la persona “como un ser único cuyas dimensiones forman una unidad (...) la persona está en relación con su entorno o su medio próximo, ya sea exterior o interior a ella.” (Kérouac et al, 1996, p.14) Por tanto, se puede observar que éste paradigma está en relación directa con el Modelo de Sistemas propuesto por Neuman, donde la persona está compuesta por cinco variables que condicionan su respuesta al entorno, asimismo el entorno puede ser interno, interpersonal, externo o entorno creado. La persona se desarrolla libremente de acuerdo con sus características, concibiéndose como un ser único que busca su bienestar.

La persona o sistema es entonces “un todo indisociable (...) tiene maneras de ser únicas en relación consigo misma y con el universo, maneras de ser que forman un modelo dinámico de relación mutua y simultánea con el entorno.” (Kérouac et al, 1996, p.16) Esa forma de relacionarse consigo misma y con el entorno es la que se abordó en la presente intervención, ahondando en las experiencias de las personas y en la forma de enfrentarse a su entorno, explorando y fortaleciendo las estrategias que han utilizado. Esto previa comprensión de que: “la persona evoluciona en la búsqueda de una calidad de vida que define según su potencial y sus prioridades.” (Kérouac et al, 1996, p.16)

La comprensión de la experiencia única de vida permitió que durante la intervención se pudiera dar soporte a los y las participantes, enriqueciéndose mutuamente, tanto las personas mismas como las facilitadoras; precisamente el paradigma de la

transformación permite a los y las profesionales ese “estar con” las personas, apoyándolas con sus conocimientos pero respetando la autonomía y sobre todo el protagonismo que tiene cada quien en su vida, en la gestión de su salud, en este caso su salud mental.

En esta línea, Martínez & Olvera (2011) afirman: “Enfermería confiere que la persona evolucione en la búsqueda de una calidad de vida y defina su potencial y sus prioridades”. (p.107) Esa evolución a la que hacen referencia las autoras y el paradigma en sí mismo, es resaltada cuando Neuman señala la importancia del bienestar para las personas, siendo éste una meta de Enfermería, el bienestar entendido como el equilibrio entre las variables personales y el entorno, donde cada persona define el ritmo y el tipo de respuesta ante los agentes estresores. Así, la salud “es a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona. También hace referencia al bienestar y a la realización del potencial de creación de la persona.” (Kérouac et al, 1996, p.16)

Por ello, la intervención giró en torno a la identificación y fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento, bajo la concepción de que son las personas mismas las que con sus experiencias dirigieron el proceso y sentaron las bases para trabajar sobre las necesidades que se identificaron al iniciar dicha intervención.

A continuación se ahondará en la dinámica de grupo como técnica de intervención utilizada durante el desarrollo de las sesiones.

1.5.2 La dinámica grupal como método de intervención

La intervención de Enfermería en Salud Mental dirigida a las personas con VIH-SIDA del Hogar de la Esperanza, se realizó a través de la dinámica de grupo, donde Shaw (1981) citado por Canto (1998) define a un grupo como “dos o más personas que interactúan mutuamente de tal modo que cada persona influye en todas las demás y es influida por ellas” (p.73), dicha definición se encuentra en concordancia con el criterio de interacción, donde la comunicación verbal y no verbal es el eje central.

Cabe mencionar, que el grupo de personas con VIH-SIDA que conviven en el hogar citado, se ha formado a través del mecanismo de la integración ambiental, que se caracteriza por la dotación de recursos por parte del ambiente, lo que contribuye al contacto de personas que viven una misma situación. (Moreland, 1987 citado por Canto, 1998) En este punto se debe recordar lo mencionado por Gil y Alcover de la Hera (2012) al afirmar que: “un grupo sólo se forma y se mantiene en la medida que resulte gratificante para sus miembros” (p.82), es decir, que el grupo que se conformó en el Hogar, existe en la medida que satisface algún interés de las y los miembros, y se mantendrá mientras tanto esa gratificación perdure.

Estas personas, además de poseer un mismo diagnóstico médico y desenvolverse en un mismo espacio físico, poseen rasgos distintivos que las caracterizan como grupo, tales como un conjunto de valores similares e intereses que les dirige en sus objetivos individuales y colectivos, el desarrollo de destrezas y recursos personales bajo los objetivos de la institución y la definición de roles y tareas para cada miembro. (Canto, 1998)

Por lo tanto, las personas con VIH-SIDA del lugar en mención conforman un grupo del tipo formal (Gil y Alcover de la Hera, 2012), al ser resultado de la razón social de una institución, así como la existencia de normas y reglas que deben seguir sus miembros para su permanencia.

Cuando se habla de dinámica grupal, es relevante hacer referencia a la estructura, la cual comprende el estatus, el rol, las normas y la cohesión. La estructura grupal: “es el modelo o patrón de relaciones que le es propio” (Gil y Alcover de la Hera, 2012, p.192), de esta forma, la estructura es la manera en como el grupo se configura, se relaciona e interactúa entre sí.

Así, la estructura del grupo surge de la interacción de sus participantes, cuya dinámica predispone a la organización interna del mismo a partir de las normas sociales, que se describen como: “patrones o expectativas de conducta, compartidas más o menos por los miembros de un grupo, que prescriben el comportamiento adecuado y correcto de

transformación permite a los y las profesionales ese “estar con” las personas, apoyándolas con sus conocimientos pero respetando la autonomía y sobre todo el protagonismo que tiene cada quien en su vida, en la gestión de su salud, en este caso su salud mental.

En esta línea, Martínez & Olvera (2011) afirman: “Enfermería confiere que la persona evolucione en la búsqueda de una calidad de vida y defina su potencial y sus prioridades”. (p.107) Esa evolución a la que hacen referencia las autoras y el paradigma en sí mismo, es resaltada cuando Neuman señala la importancia del bienestar para las personas, siendo éste una meta de Enfermería, el bienestar entendido como el equilibrio entre las variables personales y el entorno, donde cada persona define el ritmo y el tipo de respuesta ante los agentes estresores. Así, la salud “es a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona. También hace referencia al bienestar y a la realización del potencial de creación de la persona.” (Kérouac et al, 1996, p.16)

Por ello, la intervención giró en torno a la identificación y fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento, bajo la concepción de que son las personas mismas las que con sus experiencias dirigieron el proceso y sentaron las bases para trabajar sobre las necesidades que se identificaron al iniciar dicha intervención.

A continuación se ahondará en la dinámica de grupo como técnica de intervención utilizada durante el desarrollo de las sesiones.

1.5.2 La dinámica grupal como método de intervención

La intervención de Enfermería en Salud Mental dirigida a las personas con VIH-SIDA del Hogar de la Esperanza, se realizó a través de la dinámica de grupo, donde Shaw (1981) citado por Canto (1998) define a un grupo como “dos o más personas que interactúan mutuamente de tal modo que cada persona influye en todas las demás y es influida por ellas” (p.73), dicha definición se encuentra en concordancia con el criterio de interacción, donde la comunicación verbal y no verbal es el eje central.

Cabe mencionar, que el grupo de personas con VIH-SIDA que conviven en el hogar citado, se ha formado a través del mecanismo de la integración ambiental, que se caracteriza por la dotación de recursos por parte del ambiente, lo que contribuye al contacto de personas que viven una misma situación. (Moreland, 1987 citado por Canto, 1998) En este punto se debe recordar lo mencionado por Gil y Alcover de la Hera (2012) al afirmar que: “un grupo sólo se forma y se mantiene en la medida que resulte gratificante para sus miembros” (p.82), es decir, que el grupo que se conformó en el Hogar, existe en la medida que satisface algún interés de las y los miembros, y se mantendrá mientras tanto esa gratificación perdure.

Estas personas, además de poseer un mismo diagnóstico médico y desenvolverse en un mismo espacio físico, poseen rasgos distintivos que las caracterizan como grupo, tales como un conjunto de valores similares e intereses que les dirige en sus objetivos individuales y colectivos, el desarrollo de destrezas y recursos personales bajo los objetivos de la institución y la definición de roles y tareas para cada miembro. (Canto, 1998)

Por lo tanto, las personas con VIH-SIDA del lugar en mención conforman un grupo del tipo formal (Gil y Alcover de la Hera, 2012), al ser resultado de la razón social de una institución, así como la existencia de normas y reglas que deben seguir sus miembros para su permanencia.

Cuando se habla de dinámica grupal, es relevante hacer referencia a la estructura, la cual comprende el estatus, el rol, las normas y la cohesión. La estructura grupal: “es el modelo o patrón de relaciones que le es propio” (Gil y Alcover de la Hera, 2012, p.192), de esta forma, la estructura es la manera en como el grupo se configura, se relaciona e interactúa entre sí.

Así, la estructura del grupo surge de la interacción de sus participantes, cuya dinámica predispone a la organización interna del mismo a partir de las normas sociales, que se describen como: “patrones o expectativas de conducta, compartidas más o menos por los miembros de un grupo, que prescriben el comportamiento adecuado y correcto de

ciertas situaciones específicas” (Shaw, 1981 citado por Canto, 1998, p. 93), es decir, son los lineamientos implícitos o explícitos que regulan la conducta de las personas en el contexto grupal.

Las normas se configuran en una parte necesaria de la dinámica grupal, demarcando en el grupo cuáles son las líneas de actuación a seguir, así como lo que no se debe hacer, por tanto, uno de los primeros pasos en la intervención con el grupo es la definición de las mismas, ya que: “la existencia de normas reduce la incertidumbre, proporcionando orientación y guía a la conducta”. (Gil y Alcover de la Hera, 2012, p.201) Por ende, al iniciar la Intervención de Enfermería en Salud Mental se establecieron las normas de manera grupal.

Gil y Alcover de la Hera (2012) mencionan que: “una manera de pensar en la estructura es hacerlo en términos de configuración relativamente estable de elementos, aspectos o partes” (p.192), de esta forma, señala la importancia de la disposición y organización; siendo favorable el establecimiento de normas sociales en el grupo al facilitar el orden, regular las actividades de los miembros, permitir la consecución de metas en común y favorecer la identidad de las personas con el grupo (Canto, 1998), conduciendo al establecimiento de roles.

Las normas se relacionan directamente con los roles; de esta forma, los roles pueden definirse en términos de prescripciones (lo que el ocupante de una posición debería hacer) o proscripciones (lo que no se debería hacer). Partiendo de esto, la existencia de normas le permite al grupo cierta homogeneidad en el desempeño de los roles. (Gil y Alcover de la Hera, 2012)

Shaw (1981) mencionado por Canto (1998) define un rol como un “conjunto de conductas esperadas que se vinculan con una determinada posición en el grupo” (p.95), lo que se identifica a través de la conducta manifestada por algún miembro, esto en sincronía con las normas sociales que rigen al grupo. Los roles constituyen los cimientos de la comunicación entre las personas, la mediación en los procesos internos, la división de

ciertas situaciones específicas” (Shaw, 1981 citado por Canto, 1998, p. 93), es decir, son los lineamientos implícitos o explícitos que regulan la conducta de las personas en el contexto grupal.

Las normas se configuran en una parte necesaria de la dinámica grupal, demarcando en el grupo cuáles son las líneas de actuación a seguir, así como lo que no se debe hacer, por tanto, uno de los primeros pasos en la intervención con el grupo es la definición de las mismas, ya que: “la existencia de normas reduce la incertidumbre, proporcionando orientación y guía a la conducta”. (Gil y Alcover de la Hera, 2012, p.201) Por ende, al iniciar la Intervención de Enfermería en Salud Mental se establecieron las normas de manera grupal.

Gil y Alcover de la Hera (2012) mencionan que: “una manera de pensar en la estructura es hacerlo en términos de configuración relativamente estable de elementos, aspectos o partes” (p.192), de esta forma, señala la importancia de la disposición y organización; siendo favorable el establecimiento de normas sociales en el grupo al facilitar el orden, regular las actividades de los miembros, permitir la consecución de metas en común y favorecer la identidad de las personas con el grupo (Canto, 1998), conduciendo al establecimiento de roles.

Las normas se relacionan directamente con los roles; de esta forma, los roles pueden definirse en términos de prescripciones (lo que el ocupante de una posición debería hacer) o proscripciones (lo que no se debería hacer). Partiendo de esto, la existencia de normas le permite al grupo cierta homogeneidad en el desempeño de los roles. (Gil y Alcover de la Hera, 2012)

Shaw (1981) mencionado por Canto (1998) define un rol como un “conjunto de conductas esperadas que se vinculan con una determinada posición en el grupo” (p.95), lo que se identifica a través de la conducta manifestada por algún miembro, esto en sincronía con las normas sociales que rigen al grupo. Los roles constituyen los cimientos de la comunicación entre las personas, la mediación en los procesos internos, la división de

tareas entre los miembros para el alcance de las metas (Brown, 1988 referido por Canto, 1998), es decir, permiten la funcionalidad del grupo al cumplirse el rol según las expectativas definidas, pero no desligando los roles previos que desempeña la persona antes de llegar al grupo (Canto, 1998).

Se debe considerar que “lo que cada miembro aporta a la tarea difiere de una actividad a otra. Por esta razón, el grado de participación y relevancia de las personas en el grupo varía y tiende a depender de factores distintos, como habilidades, temperamento, recursos, etc.” (Gil y Alcover de la Hera, 2012, p.196) Así, los roles pueden variar dependiendo de las tareas que se desempeñen en el grupo, ya que cada una y cada uno de los miembros tiene aportes diferentes y valiosos.

Cabe destacar, la clasificación de los roles según los objetivos del grupo establecida por Benne y Sheats (1948) citados por Canto (1998), donde existen roles del tipo:

- a) Roles relacionados con la formación y el mantenimiento de la dinámica grupal.
- b) Roles relacionados directamente con la tarea y dirigidos explícitamente a la consecución de metas colectivas.
- c) Roles individuales, dirigidos a la satisfacción de necesidades personales (p. 96-97).

Los roles anteriores poseen estrecha relación con las características y los objetivos que constituyen a un grupo, dependiendo de estas así será el rol a desempeñar por los miembros, y por ende su estatus social dentro de la estructura interna del grupo.

Los roles relacionados con la tarea grupal ayudan a la resolución de problemas y el logro de metas, se encuentran por ejemplo el rol de iniciador, el solicitante de información, el informador, el crítico-evaluador. Dentro de los roles relacionados con la formación y mantenimiento del grupo se encuentran el armonizador, negociador, servidor, etc; en cuanto a los roles individuales, que se consideran frecuentemente disfuncionales para el grupo, se encuentran el agresor, el buscador de reconocimiento, el dominador, el buscador de ayuda, etc. (Gil y Alcover de la Hera, 2012)

Con respecto a roles existe una amplia clasificación, según Pichón Riviere citado por Werba y Horowitz (2007) los roles pueden ser formales o prescritos que se encuentran determinados por la posición que ocupa la persona en la institución; también pueden ser informales, que se refieren al papel que juega la persona dependiendo de la interacción grupal. Además mencionan roles importantes dentro del grupo, a saber: el portavoz (aborda y denuncia el acontecer grupal), chivo emisario (depositante de los aspectos negativos), líder (depositario de los aspectos positivos), saboteador (dificulta el cambio y atenta contra la tarea).

Ahora bien, es importante tomar en cuenta que las personas pueden experimentar lo que se conoce como “tensión de rol”, definido por Backman y Secord (1966) citados por Gil y Alcover de la Hera (2012) como “incomodidad o inquietud experimentada por los individuos cuando tratan de cumplir con las expectativas del rol”. (p.206) De esta manera, dichas expectativas pueden generar tensiones en las personas, lo cual afecta directamente la dinámica grupal, por ende debe haber un periodo de adaptación del grupo a sus nuevos desafíos e integrantes.

Relacionado estrechamente con el rol, está lo que se conoce como estatus grupal, Harré & Lamb (1992) señalado por Canto (1998) comprenden por estatus social como “el rango o la posición de un individuo en la jerarquía de un grupo o comunidad” (p.98), es decir los miembros que poseen estatus superiores y los de estatus inferiores, aunque la posición no es inherente a la valoración del miembro en el grupo. (Canto, 1998)

El contexto anterior permite que en el grupo surjan personas líderes, entendiéndose como líder “la persona que consigue llevar a cabo las normas que el grupo valora más, esta conformidad le otorga su alta categoría, que atrae a la gente e implica el derecho de asumir el control del grupo” (Homans, 1950 citado por Canto, 1998, p.102), existiendo muchas definiciones para este término, pero en esencia Shaw (1981) referido por Canto (1998) señala que un líder es una persona que conduce al grupo al cumplimiento de sus metas, influyente de forma positiva, abierto a la comunicación, elegido como el jefe y recibe el apoyo de los demás.

El liderazgo puede ser autoritario “es el único que toma decisiones acerca del trabajo y la organización del grupo, no siendo, además justificadas en ningún momento” (Lewin y colaboradores mencionado por Canto, 1998, p. 103), se da una subordinación de los demás hacia el líder. También, se distingue el liderazgo democrático caracterizado como, “el líder, en este caso, a la hora de tomar decisiones provoca la discusión del grupo, teniendo en cuenta por consiguiente, la opinión de éste” (Lewin y colaboradores mencionado por Canto, 1998, p. 103), se evidencia así, una mayor participación en la toma de decisiones por parte de las y los integrantes del grupo.

Por último, Lewin y colaboradores señalado por Canto (1998) distinguen un tercer liderazgo del tipo “dejar hacer”, donde “el líder adopta un papel pasivo, abandona el poder en manos del grupo y se limita a aportar los medios necesarios, no juzga ni evalúa” (p.103), en este liderazgo las y los miembros poseen plena libertad de su accionar, pero son conscientes de que en caso de requerir material o información pueden acudir al líder, aunque su participación en la discusión y ejecución de decisiones del grupo es nula.

Una parte importante de la estructura del grupo mencionada al inicio de la sección, es la cohesión grupal, entendida según Furnham (1997) citado por Gil y Alcover de la Hera (2012) como: “aglutinante o cemento que mantiene unidas a las partes del grupo” (p.215), es decir, es la fuerza que permite al grupo mantenerse unido, compartir experiencias, interactuar juntos a pesar de las dificultades y brindarse apoyo mutuo. Dentro de los factores importantes mencionados por el autor para hablar de cohesión se encuentran el contacto, la interdependencia y la homogeneidad.

Al hablar de un grupo cohesionado, se dice que: “se entiende por ello un contexto en el que predominan las relaciones de amistad, lealtad mutua, responsabilidad y esfuerzo en pro de una meta en común” (Gil y Alcover de la Hera, 2012, p 219), así, se entiende que es un grupo donde existen buenas relaciones y apoyo mutuo entre las personas que lo conforman, de esta forma, la cohesión se asocia con mayor productividad, eficacia y relaciones intergrupales más sólidas.

Es importante mencionar también en este punto, lo referente a los procesos implicados en la dinámica grupal, relacionados directamente con la realización de tareas grupales, según McGrath (1984) citado por Gil y Alcover de la Hera (2012) “con independencia del contexto en que se encuentre ubicado, es evidente que todo grupo realiza o hace algo, cualquier interacción grupal puede ser caracterizada en términos de la/s tarea/s que el grupo o sus miembros se encuentran realizando.” (p.224) Bajo esta concepción, la realización de tareas es fundamental y la forma en que se realizan está influenciada por diversos factores.

En cuanto al rendimiento y la productividad grupal, para Pritchard (1992) citado por Gil y Alcover de la Hera (2012) “el rendimiento alude simplemente al resultado (...) mientras que la productividad hace referencia al resultado en relación con las entradas o recursos disponibles para la realización de la tarea o en relación con las metas u objetivos que se pretende realizar.” (p.227) De lo anterior se desprende que la productividad está vinculada con la eficacia en la realización de las tareas, hay varios fenómenos que influyen positiva o negativamente en la eficacia, según Gil y Alcover de la Hera (2012) dentro de ellos se puede mencionar la facilitación social (la cual generalmente aumenta la motivación), la holgazanería social (que reduce la motivación), polarización grupal (respuestas grupales extremas) y el pensamiento grupal (forma de pensar particular en el proceso de toma de decisiones).

Todos estos factores influyen en la manera en cómo se realizan las tareas, en la forma en que cada una y cada uno de los miembros asume su papel, ya que condicionan en buena medida las actitudes y los resultados.

Las tareas se realizan en un espacio determinado, es decir, también es relevante considerar que el grupo está determinado temporal y espacialmente, así, se dice que “existe en los grupos un espacio grupal, una zona, igualmente oculta, que rodea a los miembros del grupo, y que a modo de una membrana les envuelve y les protege de intrusos” (Gil y Alcover de la Hera, 2012, p. 139); ese es el lugar que tiene el grupo, es donde se relaciona, tanto a nivel físico como en las interacciones que establece, es una zona cerrada, donde no

se permite la intrusión de otras personas o grupos, se refiere al espacio que se determina al conformar el grupo.

Una parte importante del espacio es lo que se conoce como territorialidad grupal, la cual se refiere a que “los grupos establecen sus propios territorios, que ocupan de forma más o menos permanente, en los que realizan sus principales actividades, y sobre los que ejercen algún tipo de control” (Gil y Alcover de la Hera, 2012, p. 143); ese territorio es el espacio físico que el grupo dispone para muchas de sus interacciones y actividades, en el caso del grupo de personas del Hogar de la Esperanza con el que se trabajó, su territorio estuvo constituido principalmente por el salón de eventos del Hogar, en él se dieron todas las sesiones, y estuvieron marcados los límites mientras el grupo desarrollaba sus actividades.

Para el desarrollo de las sesiones se hace referencia a las fases del desarrollo grupal, identificándose en la teoría tres etapas: inicio, desarrollo y maduración. Con respecto a la etapa de inicio se caracteriza por la composición del grupo, donde los objetivos, las metas y las funciones se empiezan a definir, señalando Victoria (2007):

Como los individuos no se conocen entre sí, la conducta de los miembros está centrada en ellos mismos. La situación se presenta como nueva y sin estructura, por lo que los miembros tratan de descubrir qué conductas serán aceptables en el grupo, cuál será su estructura y cuáles sus límites” (p.7),

Por lo tanto, este primer momento entre las facilitadoras y los miembros del grupo estuvo orientado a la definición de las normas que regularon el funcionamiento y la convivencia de las personas que conformaron el grupo; cabe señalar que para el establecimiento de estas reglas debe existir un consenso entre los miembros. (Victoria, 2007)

En cuanto a la fase de desarrollo se enfoca en la consolidación del grupo, así como los procesos a ejecutar para el alcance de los objetivos propuestos, en esta etapa según Victoria (2007) “el grupo va conformando una estructura que determina las relaciones internas y el rol de cada miembro. En este momento hace su aparición el rol de líder” (p.9),

siendo notable lo valioso de estas relaciones internas, debido a las afinidades compartidas entre las personas, así como el mejoramiento en el nivel de confianza y la apertura a una comunicación más expresiva entre las personas.

Cabe mencionar, “el grupo empieza a aprender a escuchar a todos sus miembros y a comprender que cualquier opinión debe ser atendida y evaluada para establecer su importancia y necesidad para el funcionamiento del grupo” (Victoria, 2007, p.9), lo que fomenta la cohesión grupal y el crecimiento de las personas a través de la escucha activa y la anuencia a expresar experiencias de vida similares a los demás; asumiendo el grupo una conducta de solidaridad y cooperación entre sus miembros y sus problemáticas (Victoria, 2007).

Por último, en la fase de maduración se hace énfasis a la existencia de “...un grado de atracción que los miembros sienten hacia el grupo y una conciencia del "nosotros"...” (Victoria, 2007, p.10), dándose una mayor colaboración entre las personas, mejor eficacia y rendimiento en la adopción de estrategias grupales para conseguir objetivos propuestos, así como un sentido crítico y accesible para mejorar la realización de tareas y las relaciones interpersonales (Victoria, 2007).

De acuerdo con la anterior descripción de la dinámica grupal, y respondiendo a las características de la población para la intervención de Enfermería en Salud Mental realizada se adoptó por parte de las facilitadoras la metodología de grupo socioterapéutico.

La intervención en un grupo socioterapéutico se orienta “...a mejorar las vivencias y la participación social de una persona, lo cual implica un desarrollo de las capacidades personales para enfrentarse consigo mismo y con el entorno...” (Rossell, 1998, p.112), lo que guarda estrecha relación con la experiencia de vida del grupo de personas con VIH-SIDA, debido a las dificultades que afrontan en los diferentes ámbitos de su vida.

Para el desarrollo de estas capacidades personales, Rossell (1998) propone tres técnicas de grupo, las del tipo directivas, no directivas o semidirectivas. Las técnicas

directivas “se caracterizan por: a) el profesional tiene un papel central y activo en el grupo, b) el profesional se anticipa a la iniciativa del grupo...” (Rossell, 1998, p.118), las características de esta técnica se enfocan al papel central que ejerce el o la profesional en la conducción de la dinámica del grupo, para conseguir un objetivo propuesto.

Las técnicas no directivas, “son las que: a) permiten la expresión libre y creativa del grupo, b) el profesional conduce el grupo a partir de los fenómenos y de los contenidos que éste produce...” (Rossell, 1998, p.119), lo anterior refleja que este tipo de técnicas se dirige a la participación activa de los miembros del grupo, siempre bajo la conducción del facilitador o facilitadora.

Por último, las técnicas semidirectivas se describen como “el conductor del grupo introduce un programa de actividades a realizar o temas para tratar, a través de los cuales se canaliza la dinámica del grupo para la consecución de sus objetivos” (Rossell, 1998, p.119), dándose un intercambio de experiencias y conocimientos entre los conductores y conductoras con los miembros del grupo, son de importancia para la expresión de sentimientos o el abordaje de problemas difíciles. (Rossell, 1998)

En síntesis, se realizó la intervención de Enfermería en Salud Mental al grupo “Camino a la esperanza”, por medio del grupo socioterapéutico con la finalidad de fortalecer sus capacidades personales para un mejor afrontamiento en los entornos: intrapersonal, externo y creado de cada uno; esto mediante el empleo de las técnicas del tipo semidirectivas, donde las facilitadoras condujeron al grupo para la consecución de lo propuesto.

Dicha intervención considero la caracterización del perfil de entrada que poseen las personas que habitan este lugar, al no existir una cohesión de grupo e intereses mutuos, ya que cada uno se orienta únicamente a su realidad, así como las situaciones estresantes y las experiencias de vida que guarda relación el uno con el otro y no son reconocidas por los mismos, siendo el apoyo social y la expresión de emociones, estrategias de afrontamiento fortalecidas a través de la intervención realizada.

1.5.3 Diseño del Perfil de Entrada

1.5.3.1 Instrumentos

Para la recolección de los datos iniciales de la población, se elaboró un solo instrumento (ver anexo 1) que consta de cuatro partes a saber;

I Parte. Datos personales.

II Parte. Inventario de estrategias de afrontamiento.

III Parte. Percepción de su salud.

IV Parte. Fuentes de estrés.

La primera parte del instrumento se orienta a los datos personales de las personas, está compuesto de cuatro preguntas, que examinaron las variables demográficas como la edad y el sexo; los otros dos ítems midieron el tiempo de: conocimiento del diagnóstico médico de VIH y de residir en dicha institución.

En la segunda parte se identificaron las estrategias de afrontamiento que poseen las personas con VIH-SIDA, mediante la adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) realizada por Cano, Rodríguez & García (2007), a partir de la propuesta de Tobin, Holroyd, Reynolds & Kigal. (1989)

La adaptación española del CSI posee un alfa de cronbach de 0.63 a 0.89, con un promedio de 0.78125 y una varianza del 60%, esto en contraste con el estudio original de Tobin et al. (1989), que reportó un alfa de cronbach de 0.71 a 0.94, con un promedio de 0.835 y una varianza del 47%; atribuyéndolo Nava, Ollua, Vega & Soria (2010) a la cantidad de ítems que representa el instrumento original (72 ítems) y la adaptación española (40 ítems), así como al tipo de factorización de los ítems en el segundo y tercer orden que fue diferente de un estudio al otro.

A pesar de esto, Nava et al. (2010) realizaron una nueva medición de la fiabilidad y confiabilidad de la adaptación española de Cano, Rodríguez & García (2007), obteniendo

resultados similares a esta primera medición española, concluyendo que la adaptación realizada si es fiable.

Debido a esta fiabilidad y confiabilidad que posee el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) y a la revisión de los antecedentes internacionales, donde cabe mencionar que en el 2014, Ceballos, Echeverri & Jiménez realizaron su investigación utilizando de referencia este mismo inventario, con el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento de los pacientes con el VIH y el cáncer en una clínica privada en Santa Marta-Colombia; constituyen argumentos veraces para hacer uso de este inventario como la segunda parte del instrumento de esta intervención, existiendo experiencias previas de su uso en una población con una misma condición de salud.

Cabe mencionar, que el CSI está conformado por dos apartados, la primera parte requiere que la persona piense por unos minutos sobre una situación o hecho de su cotidianidad, en cualquier de los entornos que le ha sido estresante durante el último mes, la cual debe describir e incluir detalles como el lugar de los acontecimientos, las personas involucradas, la afectación percibida, entre otros datos (Cano, Rodríguez & García, 2007); cabe resaltar que para esta intervención no se usó esta primera parte, debido a que la población de interés, tiene dificultad de escritura y lectura, siendo la mayoría dependiente en estos aspectos.

Debido a las limitaciones educativas identificadas, las facilitadoras recurrieron a la aplicación individualizada de todos los apartados que conforman el instrumento de recolección de datos, haciendo lectura de cada parte y recabando las respuestas manifestadas por los y las participantes.

El segundo apartado del CSI agrupa un total de 40 afirmaciones que se relacionan con la forma de actuar de la persona hacia una situación estresante. Estas afirmaciones responden a un tipo específico de estrategia de afrontamiento, ya sea activa o pasiva, incluyendo el instrumento una guía denominada claves de corrección (ver anexo 2), en estas claves se establece que cinco afirmaciones conforman una estrategia, con la

subclasificación de: resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas y retirada social.

Las personas completaron estas afirmaciones mediante una escala ordinal de tipo likert de cinco categorías a saber, 0 significa en absoluto, 1 corresponde a un poco, 2 implica bastante, 3 representa mucho y 4 corresponde a totalmente; escogiendo solo una categoría por afirmación, que implicará mayor frecuencia de respuesta ante la situación estresante.

En cuanto al análisis de este Inventario de Estrategias de Afrontamiento de la versión española se realizó por medio de las claves de corrección (ver anexo 2) de dicho instrumento. Las mismas hacen referencia a la correspondencia de los ítems con cada una de las estrategias, permitiendo de esta forma evaluar cuales estrategias fueron las más utilizadas y fortalecerlas, así como promover el análisis de su efectividad en el afrontamiento del proceso salud-enfermedad.

La tercera y cuarta parte del instrumento abordó respectivamente, la percepción de la salud y las fuentes de estrés; debido a la revisión bibliográfica acerca del impacto que puede tener el VIH/SIDA en la vida de las personas que padecen la enfermedad y del Modelo de Sistemas de Betty Neuman, que permite analizar el impacto de los estresores en el sistema/cliente, se procedió a diseñar las preguntas contenidas en el Instrumento de Recolección de Información (ver anexo 1).

La tercera parte acerca de la percepción de la salud, cataloga las percepciones según escala de Likert (Excelente, Muy buena, Buena, Regular, Mala). El análisis posterior a su aplicación se realizó por medio del diseño de categorías consistentes con la teoría analizada, las mismas permitieron identificar agentes estresores y la percepción que tienen las personas participantes acerca de su salud.

Por último, la cuarta parte del instrumento se orientó a la identificación de las principales situaciones que influyen en la aparición del estrés, donde se abordó los estresores del tipo intrapersonales, interpersonales y extrapersonales como los establece el Modelo de Sistemas de Neuman; analizándose la información obtenida bajo esta teorizante.

Antes de ser respondido este instrumento por las personas del Hogar de La Esperanza, fue aplicada una prueba piloto a 10 personas del área metropolitana con el criterio de inclusión de ser mayor de 18 años; estos participantes fueron seleccionadas aleatoriamente por las facilitadoras en el Parque Central de San José, con la finalidad de identificar el nivel de comprensión de los ítems por las personas y adquirir destreza en su aplicación.

Cabe mencionar, que el Modelo de Sistemas de Betty Neuman constituye el eje transversal para comprender los resultados obtenidos en estos instrumentos, debido a la relación que mantiene con la identificación de la estructura básica del sistema/cliente, su caracterización en las cinco variables, la interacción del entorno, entorno creado y los tipos de estresores que pueden afectar la integridad del sistema, ya que las estrategias de afrontamiento activas o pasivas que poseen estas personas del Hogar de La Esperanza le permiten tener una respuesta adaptativa a las situaciones conflictivas o estresantes que implica la vivencia de su proceso salud-enfermedad. Por lo tanto, con estas herramientas se contextualizó el perfil de entrada de las estrategias y recursos de afrontamiento que poseen los miembros del grupo, para superar las principales fuentes estresantes que conlleva la presencia de la enfermedad en sus diferentes esferas de la vida.

1.5.4 Diseño del Perfil de Salida

- Para elaborar el perfil de salida se utilizaron las siguientes preguntas:

- 1) ¿Cómo percibe su condición de salud?
- 2) ¿Qué efecto ha tenido esta intervención en su vida?
- 3) ¿Siente algún cambio en su salud emocional respecto al inicio de la intervención?
- 4) En este momento, ¿Cuáles considera que son las situaciones que más le angustian, las que más le causan estrés?
- 5) ¿Siente usted algún cambio en la forma que enfrenta las dificultades que se le presentan?

Dichas preguntas se elaboraron con base en los instrumentos para recolectar información para el perfil de entrada, tomando en cuenta las variables de dichos instrumentos y de acuerdo con las consideraciones bioéticas señaladas.

CAPITULO II

RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

2.1 Justificación

Cuando la enfermedad se vuelve parte de la vida, la persona tiene un contraste de su realidad anterior con el nuevo estilo de vida a adoptar para preservar su existencia. La enfermedad se vuelve en algunos casos una preocupación prioritaria por procurar estar, sentirse y seguir bien, lo que puede repercutir de forma positiva o negativa en la percepción que se posee de sí mismo o misma y su entorno, como hace referencia Gaviria, Quiceno & Vinaccia (2009):

El diagnóstico de enfermedad crónica cambia la forma como la persona se ve a sí misma y a su vida, afectando profundamente el autoconcepto y la adaptación dependerá de una multiplicidad de factores, como la edad, el género, el estatus social, el apoyo, la educación, las creencias religiosas, los patrones de personalidad, la inteligencia, los autoesquemas, los estilos de afrontamiento, el equilibrio o control emocional, etc. (p. 6).

Dependiendo de las características de las personas los padecimientos son percibidos como circunstancias a afrontar y superar o como tragedias o castigos, volviéndose la enfermedad parte de la vida como el trabajo, el estudio, las reuniones familiares, las amistades, entre otras, es decir se posicionan como una actividad de la vida diaria, donde se cumplen regímenes alimenticios, tratamientos farmacológicos, controles médicos, etc., con la meta de recuperar la salud.

Ese incentivo de recuperar la salud para seguir el curso de la vida con sus metas y sueños, da la seguridad de que se puede cambiar esa situación, pero cuando la enfermedad que se padece no tiene una cura que cambie esa realidad, se vive continuamente con la amenaza de dejar de existir, como es el caso de las personas con VIH o SIDA.

En Costa Rica, en el período 2002-2012 la mortalidad por SIDA afectó principalmente al sexo masculino con un 81,8% de las defunciones, es decir 51,7 hombres fallecieron por cada 100000 habitantes; con una mayor cantidad de defunciones en el grupo de edad de 35 a 54 años (56,2% de las muertes). (Ministerio de Salud, 2014)

Con respecto a las personas enfermas con VIH, en Costa Rica “en el período 2002-2012, se registraron 5.911 casos de VIH (incidencia para el período 132,0 casos por cada 100.000 habitantes)” (Ministerio de Salud, 2014, p. 90), con un predominio en el sexo masculino de 79,4%, es decir por cada mujer hubo 3,8 hombres afectados, concentrándose la mayor cantidad de casos en el grupo etario de 20 a 44 años de edad con 72,9%. (Ministerio de Salud, 2014)

En cuanto a las personas con SIDA “en el período 2002-2012, se registraron 2.182 casos de sida (incidencia 48,7 por 100.000 habitantes)” (Ministerio de Salud, 2014, p. 91), presentándose la enfermedad mayoritariamente en el sexo masculino con un 83,4%, afectándose 5 hombres por cada mujer, así como el grupo de edad con mayor representatividad es de 25 a 54 años con un 81,6% de los casos. (Ministerio de Salud, 2014)

Asimismo, las personas afectadas con el VIH/SIDA además del riesgo de morbi-mortalidad que poseen con la enfermedad, tienden a experimentar durante el transcurso de la enfermedad:

(...) baja autoestima, miedo a perder el atractivo físico e hipocondría, somatización y síntomas obsesivo-compulsivos, reaparición de conflictos sobre la orientación homosexual, disminución de la concentración y pérdida de memoria, fobias específicas, trastorno de personalidad antisocial y deseo sexual hipoactivo, abuso de alcohol y otras drogas, problemas de sueño y uso excesivo de sedantes (Ballester, 1999 citado por Ballester 2005, p. 55).

Estas emociones, sentimientos y conductas generadas por el proceso de salud-enfermedad afectan significativamente la salud mental de estas personas, al no disponer de estrategias de afrontamiento efectivas para superar los nuevos cambios del cuerpo reflejados en la imagen y en el estilo de vida, que afectan las dimensiones que conforman al ser humano. Aunado a lo anterior, se debe agregar la dificultad de adaptación al régimen de tratamiento, el proceso fisiológico de la enfermedad al volverse susceptible la persona para presentar infecciones oportunistas y los efectos adversos del mismo tratamiento farmacológico, así como el estigma social asociado a la enfermedad (Ballester, 2005),

debido a la constante discriminación que sufren en los diferentes escenarios donde se desenvuelven.

Las personas con VIH/SIDA “(...) deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que en conjunto constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental” (Carrobbles, Remor & Rodríguez, 2003, p.420), esto desde el momento que son conocedores de su diagnóstico médico hasta la transición por las fases de la enfermedad, lo que potencializa la condición de vulnerabilidad emocional.

Por lo tanto, requieren el fortalecimiento de su salud mental para convivir con el proceso de salud-enfermedad, que según la Comisión Nacional de Salud Mental de Costa Rica en la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 la describe como:

Un proceso de bienestar y desempeño personal y colectivo caracterizado por la autorrealización, la autoestima, la autonomía, la capacidad de responder a las demandas de la vida en diversos contextos: familiares, comunitarios, académicos, laborales y disfrutar de la vida en armonía con el ambiente. (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2012, p. 34).

Lo anterior, refleja la necesidad de que las personas posean las habilidades y destrezas necesarias para el afrontamiento efectivo de las circunstancias adversas de la vida, como se justifica en la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 “la salud mental es una condición humana para el gozo de la vida en sus plenas facultades, un derecho que debe promover el estado, la comunidad, la familia y la persona” (Ministerio de Salud, 2012, p.15), lo que contribuye a una adecuada autoestima, confianza en sí mismos o mismas, una buena percepción de ellos o ellas, relaciones interpersonales saludables, el manejo de emociones y la expresión de las mismas, entre otras, para la vivencia plena en todos los ámbitos que se involucre la persona.

Donde la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 surge para garantizar los derechos de estas poblaciones susceptibles, por medio de los principios de equidad, la universalidad, la solidaridad, la igualdad sustantiva, la ética, la calidad y calidez y la

autonomía establecidos en la misma (Ministerio de Salud, 2012), caracterizándose por “...promover la Salud Mental de las personas que pertenecen a distintos grupos o minorías mediante la protección de sus derechos humanos y la no discriminación, la cual garantiza el bienestar y desarrollo integral de la Salud Mental” (Ministerio de Salud, 2012, p.46), enfocándose en potencializar las habilidades de las personas a lo largo del ciclo de la vida, a partir de los determinantes de la salud mental y sus condiciones de vida.

A través de estos procesos que promueve el bienestar integral de la persona se despliega un amplio campo de acción que involucra al o la profesional de Enfermería en Salud Mental, donde su ejercicio profesional implica:

Asistir a individuos, grupos o comunidades mediante la valoración de las necesidades del cuidado de la salud, que conduzca a la identificación de problemas y/o riesgos, al diagnóstico de Enfermería como base de un proceso de planificación, organización, ejecución, control, evaluación y a la puesta en práctica de medidas terapéuticas de atención integral de Enfermería, con la finalidad de alcanzar los objetivos terapéuticos (Colegio de Enfermeras de Costa Rica, 2015, p. 46).

Es decir, el quehacer de Enfermería se centra en el cuidado integral de la persona, dándose a través del proceso de atención de Enfermería que implica la valoración, la formulación de diagnósticos de Enfermería acorde a la situación actual de la persona o un grupo, la intervención por medio de acciones individualizadas o colectivas dirigidas a un objetivo así como la evaluación del progreso alcanzado, donde las competencias técnicas de los profesionales en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría involucran,

(...) desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería mediante abordajes individuales y grupales, aplicando los principios de la Relación Interpersonal de Ayuda, Terapia Breve, Intervención en Crisis, Estrategias Psicoeducativas, procesos de acompañamiento terapéutico, Terapias Lúdicas y otras, fundamentadas en la investigación científica como por ejemplo la Investigación basada en la evidencia, así como en las nuevas terapias de elección en la atención de la salud mental. (Colegio de Enfermeras de Costa Rica, 2015, p. 46)

Por lo cual, es pertinente la intervención del o la profesional de Enfermería en Salud Mental con personas con VIH/SIDA, debido al proceso físico, emocional y social que implica este padecimiento, al ser parte de la atención en salud de esta población, posee un

mayor involucramiento que le permite detectar las necesidades existentes en la persona, y de esta forma actuar en forma conjunta para la resolución de esas situaciones, Morrison (1999) señala que: “las intervenciones de Enfermería guían al paciente hacia sus objetivos” (p. 179), es decir el o la profesional de Enfermería y usuario (a) se unen para el alcance de los objetivos de salud integrales que buscan el mejoramiento y la calidad de vida.

Lo anterior mantiene estrecha relación con la Política Nacional de Enfermería 2011-2021, al establecerse en el ámbito: el ser, en el cuidado de Enfermería, el eje temático: adultez, la política denominada “abordaje a la población adulta mediante la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la atención integral en los tres niveles y en los diferentes escenarios” (Colegio de Enfermeras de Costa Rica, 2011, p.47), mediante estrategias tales como: “creación y fortalecimiento de programas institucionales en desarrollo humano, intelectual, salud mental y laboral que propicien el desarrollo de habilidades sociales, individuales y colectivas en comunicación, derechos humanos, género, hábitos y costumbres de vida saludable...” (Colegio de Enfermeras de Costa Rica, 2011, p.47); donde la presente propuesta de intervención de Enfermería en Salud Mental para el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento en el proceso de salud-enfermedad, dirigida a personas con VIH-SIDA del Hogar de la Esperanza, San José, Costa Rica, durante el primer semestre de 2016, responden a esta necesidad de disponer de programas institucionales de Enfermería en Salud Mental en poblaciones en riesgo para una mejor calidad de vida.

2.2 Antecedentes

2.2.1 Internacionales

En cuanto a las investigaciones realizadas a nivel internacional que se relacionan con el afrontamiento del proceso salud-enfermedad en las personas con diagnóstico de VIH/SIDA, se destacan:

En el año 2008, Dugarte & Oxford, en la investigación “Estrategias de afrontamiento en pacientes seropositivos, calidad de vida y su relación con el estadiaje de esta patología” desarrollada en Venezuela, se propusieron determinar cuáles son las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en personas con VIH y su correlación con los niveles de CD4; para ello tomaron una muestra de 40 personas, hombres y mujeres entre los 19 y los 66 años que acudieron a la Unidad de Inmunosuprimidos del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo" o a la Fundación AID FOR AIDS de Venezuela, se les aplicó una entrevista semiestructurada y el cuestionario MOS-VIH, versión española, el cuestionario de afrontamiento de Carver, la Escala Graffar y por último, se obtuvo los niveles de CD4 a través del examen de subpoblación linfocitaria.

Dentro de los resultados se menciona que a mayor tiempo con la enfermedad, mayor salud mental, lo cual se correlaciona con mejores estrategias de autocuidado; a menor nivel socioeconómico, menor calidad de vida y salud mental, correlacionándose con el déficit en la información. En cuanto a estrategias de afrontamiento, las más utilizadas fueron el apoyo religioso, la negación, el afrontamiento directo y reevaluación y el afrontamiento emocional funcional; estas estrategias se correlacionan de manera positiva y directa con mayores niveles de CD4, en las mujeres se cuantificaron mejores niveles de CD4. Quienes tienen mejores niveles de CD4 tienen mayor calidad de vida, de este rubro, la dimensión energía/fatiga resultó influir de manera significativa y positiva en los niveles de CD4.

Se resalta el estudio en la presente intervención dado el alcance que tiene al considerar el tiempo del diagnóstico de la enfermedad como factor positivo para una mayor

salud mental, debido al acceso a la información que permite desligar los mitos que existen alrededor de esta enfermedad, aspecto que es crucial en este trabajo al tener las personas de esta intervención un tiempo promedio de conocer su diagnóstico de 6 años y 3 meses, lo cual favorece el bienestar y la respuesta física positiva ante la enfermedad, por el conocimiento obtenido en la presente intervención.

Vargas, Cervantes & Aguilar en el año 2009, en su estudio titulado “Estrategias de afrontamiento del SIDA en pacientes diagnosticados como seropositivos” realizado en Oaxaca, México, evaluaron las estrategias de afrontamiento psicológico en un grupo de personas infectadas con VIH, con el fin de establecer bases para el diseño de programas de intervención dirigidos a mejorar su calidad de vida, para la evaluación se utilizó la Escala Breve de Estrategias de Confrontación.

De los resultados se aprecian diferencias en el afrontamiento relacionadas con el género y la antigüedad del diagnóstico, se elige el estudio dado que incluye una serie de consideraciones especiales con respecto al diagnóstico de VIH y salud mental, además incluye estilos de afrontamiento utilizados por las personas con esta condición.

En Colombia, Gaviria et al (2009) en su investigación titulada “Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/SIDA” evaluaron las estrategias afrontamiento y la ansiedad-depresión en 92 personas de ambos sexos diagnosticados con VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral de la ciudad de Medellín; por medio de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) para medir estrategias de afrontamiento y de los cuestionarios de Zung (SAS y SDS) para medir ansiedad-depresión.

En la investigación se hace referencia a estudios anteriores acerca de estilos de afrontamiento en personas con VIH. Dentro de los resultados con la población estudiada se resalta que la estrategia de afrontamiento más significativa es la “búsqueda de apoyo profesional y religión, seguida de solución de problemas, evitación cognitiva, reevaluación

positiva y refrenar afrontamiento”. (p.11) Se resalta el uso de estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo (centradas en el problema).

El estudio cobra relevancia en la presente intervención dada la valoración de los estilos de afrontamiento que contribuyen a la adaptación a la enfermedad y al bienestar de la persona diagnosticada con VIH/SIDA; incluye resultados no sólo de Colombia, sino también de países como Noruega, Taiwán y Estados Unidos.

Para el año 2011 Lafaurie & Zuñiga realizan el estudio denominado “Mujeres colombianas viviendo con VIH/SIDA: contextos, experiencias y necesidades de cuidado de Enfermería”. A través de un diseño cualitativo realizaron entrevistas a profundidad a cinco mujeres entre los 30 y 55 años, diagnosticadas con esta enfermedad, para conocer su afrontamiento a la enfermedad, las experiencias y cambios asociados por la patología, las vivencias actuales y la percepción hacia los cuidados de Enfermería.

En este estudio es evidente el miedo que expresan las mujeres al rechazo y la discriminación por su grupo familiar, su pareja y la sociedad, donde Lafaurie & Zuñiga señalan “como se ha visto, esta situación puede provocar que la persona afectada no revele el problema a sus familiares y que con ello sus redes sociales sean mínimas” (2011, p.326), lo que disminuye sus recursos para el afrontamiento de la enfermedad.

Las autoras resaltan la importancia del papel de Enfermería en el proceso de acompañamiento de estas mujeres, señalando que la relación enfermero y enfermera contribuyó en las entrevistadas a una mayor autonomía, adherencia al tratamiento, adopción de hábitos de vida saludables así como un mayor conocimiento de su enfermedad.

Siendo este estudio un insumo valioso para esta intervención desde su enfoque cualitativo, para la comprensión del temor que expresan las personas con VIH/SIDA para vivir con la enfermedad y la estigmatización social que implica ser etiquetado como portador o portadora de esta enfermedad, lo que puede repercutir en los recursos que poseen para afrontar las situaciones problemáticas de la vida.

Bajo la misma perspectiva se sitúa un estudio titulado “Importancia de la inclusión de la salud mental en la atención integral de mujeres que viven con VIH/SIDA”, desarrollado por Obiols & Stolkiner (2012) en Buenos Aires, Argentina; las autoras detectaron problemas en la salud mental de las mujeres madres participantes en el estudio; plantean como el malestar conlleva sufrimiento psíquico y está asociado principalmente al debilitamiento de las relaciones con las personas que representan los vínculos significativos; dicho debilitamiento se debe a la infección por VIH/SIDA. Además del malestar subjetivo se puede dificultar la continuidad de los tratamientos y la prevención de la transmisión vertical. El objetivo del proyecto fue explorar y analizar las posibilidades de acceso a la salud mental en el sistema de salud pública en el Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y SIDA.

Se selecciona el estudio, ya que fue desarrollado metodológicamente con una perspectiva epistemológica cualitativa; se entiende para efectos del estudio que el malestar es una situación producida socialmente, en la interacción y el vínculo con otros y otras, en este sentido, no es un padecimiento individual y aislado, por ende las acciones que se emprendan deben ser colectivas y no tan enfocadas individualmente.

El estudio sugiere entonces que el malestar mental experimentado por las personas participantes no se debe solamente a sus factores personales, sino que la interacción con otras personas puede afectarle positiva o negativamente, aspecto que es de relevancia para esta intervención, ya que el apoyo recibido por el otro puede contribuir al afrontamiento efectivo de una situación estresante en las personas del Hogar La Esperanza.

En el 2012 Chong et al, en México realizan el estudio: “Estrategias de personas con VIH para enfrentar el estigma asociado al VIH/SIDA. Pacientes del Hospital General de Huixtla, Chiapas”, con el objetivo de identificar las estrategias y recursos que utilizan estas personas para afrontar el estigma social de la enfermedad.

Por medio de una metodología cualitativa aplicaron una entrevista semiestructurada a 20 personas portadoras de VIH, que comprendían mujeres heterosexuales, hombres

homosexuales y hombres heterosexuales, recolectando información sobre las percepciones, emociones y sentimientos de la vivencia social de la enfermedad para ellas mismas y su familia, así como las acciones y recursos para afrontar el proceso de enfermedad y las repercusiones sociales.

Entre los hallazgos de este estudio sobresale la alta tasa de desempleo para estas personas, principalmente en los hombres homosexuales, también se demarca la diferencia de género para asumir el diagnóstico donde las mujeres heterosexuales se lo atribuyen a su pareja en contraposición con los hombres heterosexuales y homosexuales que aceptan haber adquirido el VIH por sus prácticas sexuales.

En cuanto al estigma social, es vivido más intensamente por quienes presentan síntomas visibles o si es conocido que se perdió a la pareja por esta enfermedad, recibiendo comentarios negativos por parte de las personas que conviven en sus comunidades; aunque estos comentarios son más fuertes si el hombre es homosexual. En los tres grupos de personas entrevistadas, los comentarios recibidos conllevan al aislamiento social, marginación laboral y familiar, recurriendo a la creencia en Dios y sus prácticas religiosas, y en algunos casos al apoyo familiar para superar las adversidades sociales de su entorno.

También, es evidente la negación y el ocultamiento del diagnóstico médico por parte de las personas portadoras y sus familiares como medio de protección, aunado a un mejoramiento de la apariencia física para no generar sospechas en los demás, permitiendo este estudio comprender las preocupaciones, sentimientos y estrategias que utilizan las personas diagnosticadas para hacer frente a la sociedad, y seguir viviendo con la enfermedad sin ser etiquetados como “enfermos”.

Dicho antecedente fue de importancia para las facilitadoras de esta intervención al aportar un panorama general de la vivencia del proceso salud-enfermedad; permitiendo visualizar las distintas percepciones y sentimientos generados en las personas a partir de su orientación sexual y de su sexo biológico.

En Panamá, Ventura & González (2014) realizan la investigación denominada “Cuidado de Enfermería en pacientes con VIH: estigma y discriminación”, abordan el estigma y la discriminación en la que viven las personas con VIH y la importancia de recibir cuidado humanizado por parte de profesionales en Enfermería; dado que por el estigma y la discriminación, las personas portadoras de VIH deben enfrentarse a una serie de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que en conjunto constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental. El estudio concluye que “el cuidado de Enfermería en la persona con VIH y que sufre de estigma y discriminación debe ser en un marco de respeto y comprensión a la individualidad y procurar un clima armónico, de calidez y de dignidad” (p.24), de igual forma se debe orientar “buscando una aproximación positiva a la familia e intentando restablecer y mantener relaciones saludables con las personas con VIH” (p.24).

Se toma en cuenta el estudio dado que en él se realizan una serie de planteamientos acerca del cuidado de Enfermería, el cual debe ser humanizado y centrado en la persona y sus necesidades; considerando que es un ser humano único inmerso en un contexto de estigma y discriminación que es lesivo a su salud física y mental. De esta forma, se puede ayudar a las personas de esta intervención a afrontar su proceso de enfermedad, de tal manera que sea bien asimilado y pueda desarrollar estrategias de afrontamiento beneficiosas para su salud.

En el 2014 Ceballos, Echeverri & Jiménez realizan la investigación titulada “Uso de estrategias de afrontamiento de los pacientes con el VIH y el cáncer en una clínica privada en Santa Marta-Colombia”, con el objetivo de identificar y analizar las estrategias y recursos disponibles de estas personas para la vivencia de su enfermedad.

A través de un estudio transversal seleccionaron una muestra aleatoria simple de 30 personas con un rango de edad de 20 a 80 años; de las cuales 22 poseían el diagnóstico de VIH y 8 eran personas con cáncer. Los y las participantes del estudio completaron el inventario de estrategias de afrontamiento CSI adaptación española, el cual consta de 40 ítems dirigido a la identificación de estrategias de afrontamiento activo o de acción y las

estrategias de pasivo o no dirigidas a la acción; siendo considerado este instrumento como insumo para diseñar el perfil de entrada de la población participante de la presente intervención de Enfermería en Salud Mental.

Entre los principales hallazgos de este estudio resalta que el 100% de las personas encuestadas no lograron un adecuado manejo en la resolución de problemas, recurriendo a la estrategia de “evitación de problemas” con un 97% de representatividad, donde las personas con estas enfermedades buscan apartarse de la situación, no pensar en lo que ocurre, para evitar que les afecte. (Ceballos, Echeverri & Jiménez, 2014)

Otros de los resultados que sobresalen de esta investigación, es que las personas con VIH-SIDA no poseen una red de apoyo social como estrategia de afrontamiento, aunque es rescatable que la mayoría de ellos (13 personas) si pueden expresar sus sentimientos y respuestas emocionales como medio liberador ante el estrés.

Este tipo de estudio es relevante para el presente trabajo, al conocer el proceso de adaptación que atraviesan las personas con estos diagnósticos médicos, lo que permite un mayor conocimiento sobre sus recursos y el uso que le dan a las estrategias de afrontamiento activas y pasivas que poseen.

2.2.2 Nacionales

Con respecto a las investigaciones realizadas a nivel nacional que se relacionan con el afrontamiento del proceso salud-enfermedad en las personas con diagnóstico de VIH/SIDA, se encuentran pocos estudios promovidos por profesionales en Enfermería u otras disciplinas. Los estudios encontrados se describen a continuación:

En el año 2003, Salazar realizó una revisión bibliográfica titulada “Vicisitudes del secreto profesional en pacientes con VIH-SIDA: Aspectos legales y de Enfermería”; enfocándose a la ética profesional de desarrollar programas preventivos a los grupos

vulnerables de la población, así como la importancia de conservar la confidencialidad en las circunstancias y situaciones conocidas por él o la profesional.

En dicha revisión se expresa que “para algunas colegas como primera reacción ante un caso diagnosticado ciertamente de VIH +, suele ser de rechazo y se adopta una actitud negativa al tener que brindar atención de Enfermería como a los demás pacientes” (Salazar, 2003, p.56), lo cual denota el prejuicio social y el temor que genera la enfermedad para los demás. Donde las prácticas en salud para estas personas pueden derivar en situaciones de desigualdad social, lo que puede repercutir en ellos y ellas en una negativa para la adherencia al tratamiento y un desencadenamiento de sentimientos y emociones por el rechazo social generado por su enfermedad.

Esta revisión es de importancia al exponer el estado de vulnerabilidad en que se encuentran las personas con este diagnóstico, requiriendo que él o la profesional de Enfermería mantenga los principios de la ética para garantizar una adecuada atención en pro del bienestar integral, siendo la ética eje central en esta intervención.

Para el año 2007, Jiménez, Martínez y Leiva publican el estudio “Hombres adultos portadores del VIH/SIDA, percepciones e interacciones con los miembros del equipo de salud, durante las estancias hospitalarias en el 2005”; el objetivo se enfocó en el análisis de la percepción de un grupo de 7 portadores del VIH que vivían en un albergue de Costa Rica, así como las interacciones que tienen con los miembros del personal de salud, con énfasis en el profesional de Enfermería durante la estancia hospitalaria en un periodo de 18 meses, mediante una metodología de enfoque cualitativo, se aplicaron la técnica de grupo focal, entrevista semiestructurada y a profundidad.

Los resultados obtenidos reflejaron la exposición de los participantes a factores de riesgo de tipo sociofamiliar tales como la pobreza, la violencia intrafamiliar, familias disfuncionales, bajo nivel educativo, subempleo etc., lo que favoreció la adopción de conductas de riesgo sexual y el uso de sustancias adictivas, como indica Jiménez, Martínez & Leiva (2007) “...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” (p.4), siendo estas pérdidas motivantes para la vulnerabilidad emocional.

Dentro del entorno hospitalario, se describe que los participantes mostraron un rol pasivo ante el proceso de salud-enfermedad vivido, donde no se logra identificar el rol de Enfermería como profesión, asociándolo al cumplimiento meramente de las indicaciones médicas, medidas de limpieza y confort.

Este tipo de investigación realizada en el país permite visualizar la realidad de la relación Enfermería y usuario(a) con esta enfermedad; siendo necesario considerar las condiciones de vida de las personas en la intervención para comprender las situaciones estresantes que amenazan su realidad, y de esta forma crear una relación de confianza entre las facilitadoras del proceso y las personas participantes, para así lograr el fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento y contribuir a su salud mental.

Se identifica un estudio en el 2008 en el campo de la Enfermería realizado por las investigadoras Leiva, Alfaro & Soto, titulado “Análisis del entrenamiento en técnicas de relajación para el manejo del estrés, impartido por Enfermería, en una población con VIH-SIDA: estudio de caso único”, este estudio se enfoca en evaluar el efecto de la intervención de Enfermería a través de las técnicas de relajación en el manejo del estrés en las personas diagnosticadas con VIH-SIDA.

Mediante una metodología cuantitativa de caso único, participaron 4 personas entre 37 a 52 años, diagnosticadas con esta enfermedad, que pertenecían a la Fundación Hoy por ti. Dividiéndose el estudio en una fase A que abordó la preintervención mediante la aplicación de instrumentos diagnósticos y una fase B que comprendió el uso de las técnicas de relajación de Jacobson y de Benson, y su impacto en las variables dependientes de frecuencia del estrés, magnitud del estrés y la calidad de vida.

Entre los resultados obtenidos resalta “...que todos sintieron un mejoramiento en su calidad de vida y una disminución de la frecuencia del estrés y de sus efectos secundarios” (Leiva, Alfaro & Soto, 2008, p.10), ya que durante la intervención las personas implicadas de forma independiente al proceso se les presentaron distintas situaciones como problemas familiares, la presencia de enfermedades en sus familiares, situaciones asociadas a su patología, entre otros factores que potencializaban el estrés, y por ende afectándose la calidad de vida de estas personas.

También concluyen que la efectividad de la técnica usada en el manejo del estrés depende de la percepción de cada persona, señalando:

(...) la relajación es un método efectivo para la reducción del estrés, los niveles de ansiedad y de depresión, con lo cual se consigue un mejoramiento de la integridad del sistema inmunológico y se evidencian aspectos positivos en la persona a nivel integral pues mejora la calidad de vida. (Leiva, Alfaro & Soto, 2008, p.10)

Lo anterior es de importancia para esta intervención, debido a que las personas diagnosticadas con VIH-SIDA atraviesan muchas situaciones adversas que afectan su salud, requiriendo la adopción de recursos de afrontamiento efectivos como lo es la relajación para el manejo de los factores estresantes; dicho recurso se implementará durante el desarrollo de las sesiones.

Otro estudio en la rama de la Enfermería hace alusión al cantón de Desamparados, en el año 2010 se realiza el estudio denominado “Caracterización de madres que viven con el virus VIH/SIDA” (Rodríguez, Castro & Morales, 2010); el objetivo fue dar a conocer las principales particularidades de las madres con VIH/SIDA pertenecientes a la Asociación de Mujeres Esperanza Viva. Mediante una metodología con enfoque cuantitativo del tipo descriptivo; se estudió al total de la población del lugar que fue de 13 mujeres entre los 25 y los 60 años en proceso de gestación y portadoras de VIH , se aplicó un cuestionario enfocado a la caracterización de las mujeres desde la dimensión: social, personal e interpersonal.

Dentro de los hallazgos más significativos se encontró la percepción negativa de la imagen corporal en la mujer asociada a las manifestaciones clínicas de la enfermedad, donde los aspectos emocionales inciden en la alteración de la salud mental de las personas. Además, se concluye que la visualización personal de estas mujeres se afecta significativamente por la discriminación social, asimismo determinaron que la condición de poseer VIH/SIDA no es una limitante para el replanteamiento del proyecto de vida, una vez integrada la experiencia de enfermedad en la persona.

La caracterización de este antecedente es de relevancia al referir las percepciones que poseen las personas con este diagnóstico acerca de su imagen corporal, componente crucial en la autoestima, así como el abordaje del proyecto de vida, aspectos que fueron considerados en la elaboración de la presente intervención de Enfermería en Salud Mental.

Cordero en el 2010 realiza el trabajo final de graduación titulado “Acceso a tratamiento antirretroviral de las personas con VIH y SIDA que viven en condición de calle como derecho humano a la salud”, para optar por la Maestría en Derechos Humanos en la Universidad Estatal a Distancia, estableciendo como objetivo la contribución a la construcción de procedimientos para que esta población reciba y se apegue al tratamiento farmacológico.

A través de un enfoque de investigación mixta, se abordan dos poblaciones, la primera conformada por 11 personas elegidas a conveniencia que se han desempeñado en el tema de VIH y SIDA, y la otra por 15 personas que son portadoras de VIH, han vivido en la calle y para ese momento reciben servicios del Hogar de la Esperanza, que es el lugar donde se llevó a cabo la presente intervención de Enfermería en Salud Mental; a ambas poblaciones se les aplicó una guía de preguntas abiertas, y la investigadora realizó dos sesiones de grupo focal con la población portadora de VIH.

Los principales resultados obtenidos reflejan que no existe un procedimiento para brindar servicios médicos, sociales y psicológicos a las personas diagnosticadas que viven en condición de callejización, debido a que no poseen un domicilio fijo, por lo tanto se

recurre a la hospitalización en los casos graves de la enfermedad o a referir a albergues o hogares para su acogimiento, seguimiento, dotación y adherencia al tratamiento. Cordero (2010) concluye que no hay acceso a la terapia medicamentosa que requiere esta población, debido a su condición de vivir en la calle, evidenciándose la violación al derecho a la salud, a la vida, a la educación, a la información y a la no discriminación.

Este estudio se toma en consideración, debido a la contextualización social de las personas que viven en la calle y son diagnosticadas con esta condición de salud, permitiendo conocer las condiciones de vida en las que se encuentran de previo al ingreso a hogares o albergues como el Hogar de la Esperanza, donde se realizó la presente intervención.

En el año 2012, Salas et al dan a conocer la investigación “Diagnostico de la infección por VIH a través de un servicio de consejería y de laboratorio de la Universidad de Costa Rica”, realizada con la población universitaria en el periodo del 2007 al 2011, siendo el objetivo ofrecer de forma voluntaria la prueba de detección de VIH a los y las estudiantes de la universidad en conjunto con un servicio de consejería. Este espacio permitió informar el resultado del test, dar contención, apoyo e información sobre la temática. Además, en el periodo en estudio se aplicaron 580 cuestionarios autoadministrados, de carácter anónimo a los y las estudiantes de las diferentes sedes de la entidad universitaria, donde predominó la edad de 23 años con un 75% del total de encuestados(as).

Dentro de los hallazgos se obtiene que un 50% había tenido 4 parejas desde su iniciación sexual, con un 78,8% que aseveraron utilizar siempre y casi siempre el preservativo en el acto coital, también el 39% señaló no utilizar un método anticonceptivo.

Además, se realizaron 2911 pruebas de laboratorio bajo la modalidad de pre y posconsejería durante los tres años del estudio, donde cuatro resultaron con anticuerpos positivos, siendo remitidos a la respectiva Clínica de SIDA de los hospitales nacionales correspondientes por zona geográfica, donde el diagnóstico de la enfermedad implica una

serie de reacciones emocionales, cognitivas y conductuales en la persona, siendo oportuno el espacio de consejería que se ofreció como medio de contención inicial y la respectiva referencia para el seguimiento del proceso a otra instancia.

Este antecedente muestra la importancia de que las personas con un diagnóstico de VIH dispongan de un espacio para el abordaje de sus percepciones y sentimientos generados por el conocimiento de su enfermedad y demás situaciones que emergen en los demás ámbitos de la vida diaria, siendo un recurso valioso que respalda la intervención realizada al fortalecerse las estrategias de afrontamiento de las personas del Hogar de la Esperanza.

2.3 Problema de Intervención

Por lo expuesto anteriormente acerca de las situaciones que viven las personas con VIH/SIDA, considerando el impacto que pueden tener las mismas en su salud mental y las estrategias de afrontamiento disponibles para enfrentarlas, se plantearon las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento en el proceso de salud-enfermedad utilizadas por las personas con VIH/SIDA del Hogar de la Esperanza, San José, Costa Rica? y ¿Cuál es la respuesta que el grupo da a la intervención de Enfermería en Salud Mental basada en la Teoría de Betty Neuman durante el primer semestre del año 2016?

Interesó indagar acerca de las estrategias de afrontamiento en el proceso de salud-enfermedad utilizadas por las personas con VIH/SIDA del Hogar de la Esperanza con el fin de realizar una intervención de Enfermería en Salud Mental basada en la Teoría de Betty Neuman, donde se fortalecieron las estrategias utilizadas por la población y se brindaron espacios para que por medio de la dinámica del grupo las personas pudieran construir y compartir aprendizajes útiles para afrontar su vida día con día.

2.4 Objetivos de la Intervención

2.4.1 General

Desarrollar una intervención de Enfermería en Salud Mental basada en la Teoría de Betty Neuman para el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento en el proceso de salud-enfermedad, dirigida a personas con VIH-SIDA del Hogar de la Esperanza.

2.4.2 Específicos

1. Realizar un diagnóstico de las estrategias de afrontamiento en el proceso de salud-enfermedad de las personas con VIH/SIDA del Hogar de la Esperanza.
2. Diseñar un proceso de intervención grupal según las necesidades en salud mental relacionadas con las estrategias de afrontamiento e identificadas en las personas con VIH/SIDA del Hogar de la Esperanza.
3. Implementar el proceso de intervención grupal con las personas con VIH/SIDA del Hogar de la Esperanza.
4. Evaluar el proceso de intervención grupal con las personas con VIH/SIDA del Hogar de la Esperanza.

2.5 Objetivo Institucional

Que las personas del Hogar de la Esperanza puedan fortalecer sus estrategias de afrontamiento en el proceso de salud-enfermedad mediante la Intervención de Enfermería en Salud Mental; en un ambiente de dignidad y respeto a sus derechos y valores, fomentando la libre expresión de sus inquietudes, necesidades y sentimientos.

2.6 Imagen Objetivo

Que las personas sean conscientes de las estrategias de afrontamiento que utilizan en su proceso de salud-enfermedad con el fin de potenciar sus herramientas y desarrollar nuevas estrategias tendientes a mejorar sus recursos.

2.7 Lugar

La intervención de Enfermería en Salud Mental se realizó en el Hogar de la Esperanza, el cual es una institución ubicada en Paso Ancho, San José, Costa Rica.

Inicia como un grupo bíblico llamado Pastoral de la Esperanza en 1990, el cual retoma como acción pastoral la atención a personas viviendo con VIH y SIDA. Surge en 1994 como una iniciativa de M.Sc. Orlando Navarro Rojas aunado a la Pastoral de la Esperanza, para establecer un espacio donde poder albergar a personas viviendo con el VIH y SIDA, ya que no existía ninguna edificación dedicada exclusivamente a tratar esta situación de salud en Costa Rica. (Hogar de la esperanza, 2016)

Es una institución donde se atiende de manera integral para personas portadoras del virus, viviendo y conviviendo con SIDA y otras situaciones de sufrimiento social, independientemente de su credo, etnia, religión u orientación sexual, cuyas familias carecen de recursos económicos y para aquellos que son socialmente excluidos. Se les brinda afecto y calor humano con el objetivo de mejorar la calidad de vida; se les acompaña médica, psicológica y espiritualmente. (Hogar de la Esperanza, 2016)

Trabaja con un enfoque de reducción del daño, el cual según Cordero (2016) abarca una amplia gama de propuestas, las cuales “se caracterizan en general por estar encaminadas a disminuir y paliar el daño, tratando de detener la aparición de condiciones de deterioro más severas y nocivas, son acciones que promueven el alcanzar un mayor nivel de bien-estar y bien-ser en general.” (p.16) De esta forma, la reducción del daño conlleva como su nombre lo indica, disminuir el daño provocado por las condiciones en las que se

desenvuelve la persona o derivado de sus conductas, manteniendo siempre el respeto por la autonomía de las personas y mejorando la calidad de vida.

En esta línea, el Hogar de la Esperanza tiene como objetivos estratégicos: satisfacer las necesidades básicas, mejorar acceso a servicios de salud de calidad, implementar procesos educativo-formativos, promover la reinserción social, promover la defensa de los derechos humanos, desarrollar procesos de apoyo espiritual. Brinda atención en el *área médica* (promoción de la salud, rehabilitación, documentación, coordinación con Centros Médicos, medidas antropométricas, nutrición, acompañamiento), en el *área educativa* (desarrollo de capacidades, habilidades y destrezas –manualidades-, cursos -inglés, computación, costura-, talleres semanales –Terapia Antirretroviral (TARV), drogas, sexualidad, Infección de Transmisión Sexual (ITS), VIH y SIDA, adherencia, autoestima, etc.-, prevención -uso correcto/continuo del condón-, preparación para conclusión de primaria y secundaria con el Programa Maestro en Casa) y en el *área de acompañamiento* (auto administración: uso de la libertad, asumir responsabilidades, aceptación e incorporación de normas básicas; reducción de daño; reinserción social: inclusión integral de la persona, generar espacios laborales, desarrollo procesos de apoyo espiritual; defensa de derechos humanos y apoyo espiritual: motivar la aceptación con uno, con los demás y con Dios; red subjetiva; espacios de escucha; orientación y contención; intervención en crisis). (Hogar de la Esperanza, 2016)

Como se analizó en la justificación de la intervención, las personas con VIH/SIDA se desarrollan en un contexto donde son vulnerables y vulnerabilizadas, propensas a ser víctimas de la discriminación y el estigma por su condición de salud, ello puede derivar en el deterioro de su salud física y mental, por ende la intervención pretendió mejorar las condiciones de salud de la población participante.

Institucionalmente, se desarrolla en el contexto de reducción del daño, qué pretende mejorar la calidad de vida de las personas, respetando sus derechos sin requisitos impuestos. Se trata de que la persona tome conciencia de sí misma y de sus condiciones y

que sea capaz de ir adaptándose poco a poco, sostenida primero por sí misma y luego con los recursos institucionales que se le brinden.

2.8 Coordinaciones Pertinentes

Primero se coordinó con la Comisión de Posgrado de Enfermería de la Universidad de Costa Rica para poder comenzar con la intervención, a dicha Comisión se le presentó el tema, los objetivos, antecedentes y la justificación de la Intervención propuesta. Posterior a la aprobación, se procedió a coordinar con el equipo interdisciplinario del Hogar de la Esperanza para obtener su aprobación y trabajar con la Institución. (Ver anexo 4)

Una vez introducidas en el Hogar, se procedió a coordinar con el grupo que participó en la intervención, así como con la tutora de la intervención para implementar las sesiones.

2.8.1 Cronograma del proceso vivido

Mes	Actividades
Marzo	Tutorías/ Introducción a la Sistematización.
Abril	Tutorías/ pre intervención y selección de la población/Intervención.
Mayo	Tutorías/ Intervención.
Junio	Tutorías/ Intervención/Sistematización de las experiencias.
Julio	Tutorías / Sistematización de las experiencias/Seguimiento.
Agosto	Tutorías / Sistematización de las experiencias/Seguimiento.
Setiembre	Tutorías / Sistematización de las experiencias/Seguimiento.
Octubre	Tutorías/Preparación del informe final.
Noviembre	Tutorías/Preparación del informe final.
Diciembre	Presentación del informe final.

Fuente: Elaboración propia.

2.9 Intervención de Enfermería en Salud Mental

2.9.1 Pre-intervención

Se implementó el pre-test que fue explicado en el apartado de perfil de entrada, respetando los principios bioéticos (ver detalle más adelante) y previa selección de la población participante.

Para la selección de los y las participantes, se debe tomar en cuenta que dentro del Hogar de la Esperanza se trabaja con población residente (25 personas heterosexuales, homosexuales, travestis, bisexuales viviendo con VIH SIDA) y flotante (grupo de mujeres viviendo y conviviendo con VIH o SIDA, grupo de niños viviendo y conviviendo con VIH o SIDA, grupo de adolescentes hijos de padres viviendo con VIH o SIDA, población en condición de calle y familiares y amigos de personas viviendo con VIH y SIDA). (Hogar de la Esperanza, 2016)

La intervención se desarrolló con 12 personas de la población residente, las cuales estuvieron anuentes a participar y manifestaron su consentimiento por medio de la firma del consentimiento informado (ver anexo 3), previa aprobación de la institución (ver anexo 4).

Para fines de la intervención, se tomó la población participante (12 personas, de las cuales 5 son mujeres y 7 hombres) en conjunto, dado que se trabajará el grupo como una unidad, que si bien está compuesta de personas, tiene su propia identidad. A continuación se detallan los criterios de inclusión y exclusión.

→ Criterios de inclusión

- Persona mayor de 18 años.
- Con diagnóstico de VIH/SIDA.
- Residente en el Hogar de la Esperanza.

→ Criterio de exclusión:

- Persona renuente a participar en la intervención.

2.9.2 Población Beneficiaria

- Directa: la población participante constituida por las personas con VIH/SIDA del Hogar de la Esperanza.
- Indirecta: las familias de las personas participantes, además se beneficiaron las facilitadoras y constituye un aporte para el conocimiento en Enfermería.

2.9.3 Consideraciones bioéticas

Antes de iniciar un estudio, es fundamental tener en cuenta las consideraciones bioéticas, debido a que es un tema presente durante todo el desarrollo de la intervención, así:

La ética está en el principio y el final de la investigación. Y también está, sobre todo en el modo de realizar la investigación. La ética está al inicio porque, en principio, tenemos siempre el deber de aumentar nuestro conocimiento y nuestra capacidad de modificar la realidad; está también en el fin que persigue la investigación, porque su finalidad es conseguir el máximo beneficio y el mínimo perjuicio a los seres humanos. Por todo ello puede afirmarse que en la asistencia sanitaria: “lo ético es investigar”. (Lenice, de Souza & Carraro, 2008, p. 70)

De esta manera, la ética constituye el norte de la intervención, son sus principios los que deben guiar la práctica que se realice con cualquier población que se trabaje, máxime si se trata de poblaciones vulnerables, como es el caso.

Intervenir y compartir experiencias permite aumentar los conocimientos y brindar una mejor atención a la población que se aborde. Es medular brindar cuidado basado en conocimiento sólido y actualizado, que contribuya de una mejor manera al bienestar de las personas, a brindar mejores condiciones de vida, que le permitan vivir en un ambiente

favorecedor del desarrollo y utilización de sus capacidades, tanto a nivel individual como colectivo.

Existen cuatro principios bioéticos básicos, Gómez (2009) los define de la siguiente forma:

Principio de autonomía: es la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen. **Principio de beneficencia:** es la obligación de hacer el bien. **Principio de no maleficencia:** es el respeto de la integridad del ser humano, lo que se hace cada vez más relevante ante los avances técnico-científicos. **Principio de justicia:** es el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. (p.230)

Se hace hincapié en el principio de autonomía, ya que toda la intervención debe en primera instancia, contar con este requisito, la persona o grupo con el que se intervenga debe estar de acuerdo con participar, manifestarlo por escrito mediante un consentimiento informado (ver anexo 3) y tener la capacidad jurídica para hacerlo, ya que “no basta la mera concordancia en participar de una investigación científica; es imprescindible que el sujeto tenga una mera comprensión del asunto.” (Lenice, de Souza & Carraro, 2008, p. 73)

Para la presente intervención, la fórmula de consentimiento informado fue tomada de la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica (2016), posterior a ello se fueron llenando los espacios en blanco según las características de la intervención de Enfermería en Salud Mental.

Así, previo al diagnóstico y la intervención, las facilitadoras explicaron a los y las representantes de la institución, así como a la población participante el motivo de la intervención, de igual manera, los riesgos y los beneficios de participar, esto en consonancia con los principios bioéticos anteriormente señalados.

Primero, se brindó la fórmula de consentimiento informado a cada una de las personas participantes, luego se leyó en voz alta y se brindó un espacio para aclarar dudas,

adicionalmente, las facilitadoras brindaron un espacio individual para leer nuevamente la fórmula a las personas que no sabían leer ni escribir, o que tenían alguna duda al respecto. Se respondieron las dudas y los comentarios que surgieron acerca del proceso, y posterior a ello se procedió a la firma del mismo.

Es relevante mencionar que no hubo coerción alguna para participar, el personal de la institución no estuvo presente durante la firma del consentimiento y se firmó en un espacio cerrado. Además a cada persona se le entregó copia de la fórmula, donde se consignaron los datos y número de teléfono tanto de las facilitadoras como de la universidad, en caso de que surgieran dudas posteriores. Se aclaró además a los y las participantes que en el momento que lo consideraran podían retirarse de la intervención.

El principio de beneficencia se aplicó en toda la intervención al buscar el mayor bienestar posible de las personas participantes, todas las temáticas abordadas se desarrollaron buscando que las personas mejoren su salud mental, y efectivamente así ocurrió.

La no maleficencia significó no hacer daño a la población, en cada una de las sesiones se procuró porque ninguna persona saliera dañada de alguna forma, permitiendo a cada una expresar sus pensamientos, sentimientos e impresiones.

La justicia es un principio que traspasó toda la intervención de Enfermería en Salud Mental realizada, al permitir que cada una de las personas participantes pudiera acceder de igual forma a las sesiones, pronunciarse libre y equitativamente; promoviendo la expresión de diferentes maneras dadas las limitaciones de algunas de las personas participantes en la parte de alfabetización. Las y los miembros del grupo pudieron participar en la intervención de igual manera; privando el respeto a sus creencias, valores, sentimientos y pensamientos; en el marco de los derechos humanos.

Cabe señalar que la tutora de esta sistematización de la práctica de intervención en Enfermería en Salud Mental, M.Sc. Mary Meza Benavides es investigadora acreditada ante

el Consejo Nacional de Investigación en Salud, con el código N°125. Por ende toda la intervención se realizó bajo su supervisión.

Luego de selección de las personas participantes en la intervención de Enfermería en Salud Mental, así como la explicación y firma de los consentimientos informados, se realizó la pre-intervención con la población, de la cual se desprende lo siguiente:

2.10 Síntesis del perfil de entrada

Para la elaboración del perfil de entrada se contó con la participación de 3 mujeres y 4 hombres, con una edad promedio de 45 años, con un límite inferior de edad de 29 años y un límite superior de edad de 64 años. Se tomó en cuenta esta cantidad de personas integrantes del grupo con el que se proyectó trabajar (un total de 16 personas), dado que algunas personas presentan deterioro cognitivo o no saben leer y/o escribir, entonces las facilitadoras les ayudaron durante la contestación del instrumento. De esas 8 personas, 7 participaron en el proceso terapéutico y una estuvo renuente a participar.

Las 8 personas son portadoras de VIH, con un tiempo promedio de conocer su diagnóstico de 6 años y 3 meses; donde 1 año es el menor tiempo de conocimiento de la existencia de la enfermedad y 18 años es el máximo tiempo.

Todas las personas participantes son residentes del Hogar de la Esperanza, con un tiempo promedio de residir en el lugar de 1 año y 6 meses. De las 8 personas, 4 tienen menos de 2 meses de vivir en el hogar.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento que poseen estas personas ante una situación difícil que se haya presentado durante la vivencia de su enfermedad, se aplicó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento de Cano, Rodríguez & García (2007), del que se analizaron las respuestas ítem por ítem según sean las estrategias pasivas o activas designadas por los autores y las claves de corrección del instrumento (ver anexo 2), así, se resalta dentro de las *estrategias de afrontamiento pasivas*:

Según la descripción anterior, los resultados obtenidos de la estrategia autocrítica se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro 2. Frecuencia de respuesta para la estrategia de afrontamiento pasiva: Autocrítica, respuesta obtenida por ítem del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

Escala del CSI	Respuesta por ítem				
	02	10	18	26	34
En absoluto	2	3	4	2	0
Un poco	1	0	0	0	1
Bastante	1	0	0	1	0
Mucho	1	2	2	1	1
Totalmente	3	3	2	4	6
Total	8	8	8	8	8

Fuente: Elaboración propia a partir de la aplicación de la adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) realizada por Cano, Rodríguez & García (2007).

El ítem 02 hizo referencia a: **“me culpé a mí mismo”**, de las 8 personas, 3 respondieron “totalmente”, 2 personas respondieron “en absoluto”, y las 3 personas restantes, respondieron “un poco”, “bastante” y “mucho”. Como se observa, las respuestas fueron variadas, sin embargo hay una tendencia a culparse a sí mismo en alguna medida. El ítem 10 responde a: **“me di cuenta que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché”**, 3 personas respondieron “totalmente”, 2 personas afirmaron “mucho” y 3 personas “en absoluto”; se sigue la propensión a autoreprocharse. El ítem 18 enunció **“me critiqué por lo ocurrido”**, del total de personas, 2 respondieron “totalmente”, 2 “mucho” y 4 “en absoluto”; se resalta que es este ítem la mitad de las personas no se autocritican, pero la mitad restante lo hace en mucha o total medida.

El ítem 26 cuestionó acerca de: **“me recriminé por permitir que esto ocurriera”**, al mismo 4 personas respondieron “totalmente”, 1 persona respondió “mucho”, 1 persona “bastante” y 2 personas “en absoluto”. El último ítem de esta categoría, hizo referencia a: **“fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias”**, al mismo, 6 personas respondieron “totalmente”, una persona “mucho” y 1 persona “un poco”. Como se evidencia, en la categoría autocrítica hay una fuerte tendencia a la autoculpabilización.

La siguiente estrategia pasiva es el pensamiento desiderativo, según el instrumento, los ítems que la evalúan corresponden al 04, 12, 20, 28 y 36, los datos obtenidos se observan en el siguiente cuadro:

Cuadro 3. Frecuencia de respuesta para la estrategia de afrontamiento pasiva: Pensamiento desiderativo, respuesta obtenida por ítem del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

Escala del CSI	Respuesta por ítem				
	04	12	20	28	36
En absoluto	2	1	2	2	1
Un poco	0	1	0	0	1
Bastante	0	0	0	0	1
Mucho	0	0	0	0	1
Totalmente	6	6	6	6	4
Total	8	8	8	8	8

Fuente: Elaboración propia a partir de la aplicación de la adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) realizada por Cano, Rodríguez & García (2007).

El ítem 4 señala: **“deseé que la situación nunca hubiera empezado”**, al mismo, 6 personas respondieron “totalmente” y 2 respondieron “en absoluto”. El ítem 12 corresponde a: **“deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase”**, ante esa afirmación, 6 personas respondieron “totalmente”, una persona respondió “un poco” y la persona restante “en absoluto”. Frente a las afirmaciones: **“deseé no encontrarme nunca más en esta situación”** y **“deseé poder cambiar lo que había sucedido”**: correspondientes a los ítems 20 y 28 respectivamente, 6 personas respondieron “totalmente” y 2 personas “en absoluto”.

El ítem 36 evaluó la aseveración: **“me imaginé que las cosas podrían ser diferentes”**, ante el mismo, 4 personas respondieron “totalmente”, y cada una de las 4 personas restantes respondió “mucho”, “bastante”, “un poco” y “en absoluto”. En general, los resultados evidencian que el pensamiento desiderativo es una estrategia de afrontamiento utilizada frecuentemente por las personas entrevistadas.

En cuanto a la evitación de problemas, estrategia evaluada en los ítems 07, 15, 23, 31 y 39, se obtuvieron respuestas muy variadas, esto se evidencia en el siguiente cuadro:

Cuadro 4. Frecuencia de respuesta para la estrategia de afrontamiento pasiva: Evitación de problemas, respuesta obtenida por ítem del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

Escala del CSI	Respuesta por ítem				
	07	15	23	31	39
En absoluto	1	3	1	2	1
Un poco	1	1	3	0	1
Bastante	1	1	1	1	2
Mucho	0	0	0	2	1
Totalmente	5	3	3	3	3
Total	8	8	8	8	8

Fuente: Elaboración propia a partir de la aplicación de la adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) realizada por Cano, Rodríguez & García (2007).

Ante la afirmación: **“no dejé que me afectara, evité pensar en ello demasiado”** correspondiente al ítem 07, 5 personas respondieron “totalmente”, 1 persona respondió “bastante”, 1 persona contestó “un poco” y la persona restante afirmó “en absoluto”. El ítem 15 afirmó: **“traté de olvidar por completo el asunto”**, referido al mismo, 3 personas respondieron “totalmente”, una persona “bastante”, 1 persona “un poco” y 3 personas “en absoluto”.

Para la aseveración: **“quité importancia a la situación y no quise preocuparme más”** (ítem 23), 3 personas contestaron “totalmente”, 1 persona “bastante”, 3 personas “un poco” y una persona “en absoluto”. El ítem 31 que se refirió a: **“me comporté como si nada hubiera pasado”**, obtuvo 3 respuestas “totalmente”, 2 respuestas “mucho”, una respuesta “bastante” y 2 respuestas “en absoluto”, lo que demuestra que es una estrategia utilizada en bastante medida por las personas entrevistadas. El último ítem (39) proporcionado para la estrategia de evitación de problemas, enunció: **“evité pensar o hacer nada”**, ante el mismo, 3 personas afirmaron “totalmente”, una persona “mucho”, 2 personas “bastante”, 1 persona “un poco” y la restante “en absoluto”. Las respuestas evidencian el uso habitual de este tipo de estrategia.

La última estrategia pasiva, evaluada por el instrumento es la retirada social, valorada en los ítems 08, 16, 24, 32 y 40, el siguiente cuadro resume los datos obtenidos:

Cuadro 5. Frecuencia de respuesta para la estrategia de afrontamiento pasiva: Retirada social, respuesta obtenida por ítem del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

Escala del CSI	Respuesta por ítem				
	08	16	24	32	40
En absoluto	2	3	2	4	2
Un poco	2	3	2	1	3
Bastante	0	0	0	1	1
Mucho	0	1	0	0	0
Totalmente	4	1	4	2	2
Total	8	8	8	8	8

Fuente: Elaboración propia a partir de la aplicación de la adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) realizada por Cano, Rodríguez & García (2007).

El ítem 08 afirma: **“pasé algún tiempo solo”**, ante la afirmación, se obtuvieron 4 respuestas “totalmente”, 2 “un poco” y 2 “en absoluto”, lo cual puede indicar la preferencia a estar consigo mismos y mismas ante una situación difícil. Para el ítem 16: **“evité estar con la gente”**, 3 personas respondieron “en absoluto”, 3 personas “un poco”, 1 persona “mucho” y 1 persona “totalmente”, por tanto se evidencia que las personas entrevistadas en general no tienden a evitar la compañía de los y las demás. Ante el enunciado **“oculté lo que pensaba y sentía”** (ítem 24), se obtuvo que 4 personas respondieron “totalmente”, 2 personas “un poco” y 2 personas “en absoluto”, así, se demuestra que la mitad de las personas entrevistadas guardan sus pensamientos y sentimientos para sí mismas; esta afirmación, va de la mano con el ítem 32 que afirma **“no dejé que nadie supiera como me sentía”**, donde se obtuvo que 4 personas respondieron “en absoluto”, 1 persona “un poco”, una persona “bastante” y 2 personas “totalmente”.

El ítem 40 señala: **“traté de ocultar mis sentimientos”**, de cara al mismo, 2 personas afirmaron “totalmente”, 1 persona “bastante”, 3 personas “un poco” y 2 personas “en absoluto”; se observa que las respuestas fueron muy variadas, sin embargo se puede decir que en alguna medida las personas sí han tratado de ocultar sus sentimientos.

En cuanto a los esfuerzos cognitivos y conductuales que han utilizado como *estrategias de afrontamiento activo* las personas del Hogar de la Esperanza, se identifica lo siguiente:

La estrategia resolución de problemas se consideró los ítems 01, 09, 17, 25 y 33, obteniéndose los siguientes datos:

Cuadro 6. Frecuencia de respuesta para la estrategia de afrontamiento activa: Resolución de problemas, respuesta obtenida por ítem del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

Escala del CSI	Respuesta por ítem				
	01	09	17	25	33
En absoluto	2	1	0	0	0
Un poco	1	2	1	0	1
Bastante	1	0	1	2	2
Mucho	2	0	0	1	0
Totalmente	2	5	6	5	5
Total	8	8	8	8	8

Fuente: Elaboración propia a partir de la aplicación de la adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) realizada por Cano, Rodríguez & García (2007).

El ítem 01 indagó: **“luché para resolver el problema”**, de los 8 participantes, 2 personas por categoría señalaron que “en absoluto”, “mucho” y “totalmente”, y 1 persona por categoría contestaron “un poco” y “bastante”, lo anterior indica que la mayoría de cierta manera reacciona hacia la resolución de la situación conflictiva. El ítem 09 comprende: **“me esforcé para resolver los problemas de la situación”**, en esta categoría 1 persona responde “en absoluto”, 2 personas indican “bastante” y la gran mayoría 5 personas señalan “totalmente”, lo cual concuerda con las respuestas reflejadas en el primer ítem. El ítem 17 implica **“hice frente al problema”** se encuentra que 1 persona por categoría respondieron “un poco” y “bastante”, y nuevamente la gran mayoría en este caso 6 personas responden “totalmente”, reforzándose la adopción de conductas activas para la resolución del problema.

El ítem 25 enunció **“supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran”**, respondiendo 1 persona “mucho”, 2 personas indican “bastante” y 5 personas “totalmente”. Por último, el ítem 33 corresponde a **“mantuve mi postura y luché por lo que quería”**, en este las respuestas fueron 1 persona “un poco”, 2 personas “bastante” y 5 personas “totalmente”. Las respuestas obtenidas en esta estrategia demuestran que la mayor parte de los(as)

participantes poseen una fuerte predisposición a luchar para resolver los problemas que se les presentan.

Otra estrategia activa identificada en el inventario fue la reestructuración cognitiva, la cual comprende los ítems 06, 14, 22, 30 y 38, donde se obtiene el siguiente cuadro:

Cuadro 7. Frecuencia de respuesta para la estrategia de afrontamiento activa: Reestructuración cognitiva, respuesta obtenida por ítem del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

Escala del CSI	Respuesta por ítem				
	06	14	22	30	38
En absoluto	3	1	0	1	1
Un poco	0	0	1	1	0
Bastante	2	3	0	2	2
Mucho	0	1	2	1	1
Totalmente	3	3	5	3	4
Total	8	8	8	8	8

Fuente: Elaboración propia a partir de la aplicación de la adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) realizada por Cano, Rodríguez & García (2007).

El ítem 06 señala: **“repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente”**, a este 2 personas indican “bastante”, 3 personas “en absoluto” y 3 personas “totalmente”, estando estas últimas 6 personas en los extremos de la respuestas del ítem. El ítem 14 indica: **“cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas”**, en este 1 persona por categoría señalaron “en absoluto” y “mucho”, 3 personas por categoría respondieron “bastante” y “totalmente”. En cuanto al ítem 22 se indagó **“me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían”**, se obtuvo que 1 persona respondiera “un poco”, 2 participantes señalaron “mucho” y 5 personas afirmaron “totalmente”.

Con referencia al ítem 30 con el enunciado: **“me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo”**, en este las respuestas están divididas en todas las opciones, donde una 1 persona para cada de las categorías respondió “en absoluto”, “un poco” y “mucho”, 2 personas refirieron “bastante” y 3 personas respondieron “totalmente”, se observa que hay cierta dificultad en algunos(as)

participantes para percibir la situación como menos amenazante de lo que puede significar en una primera evaluación cognitiva. El último ítem 38 enuncia: **“me fijé en el lado bueno de las cosas”**, este enunciado mantiene un comportamiento de respuesta similar al ítem anterior, donde 1 persona por categoría refiere “en absoluto” y “mucho”, 2 personas señalan “bastante” y 4 personas responden “totalmente”. Las respuestas obtenidas en la valoración de esta estrategia demuestran indicios de cambio en la percepción del hecho vivido por los(as) participantes, ya que algunos(as) visualizan los acontecimientos de forma diferente, hacia una tendencia hacia lo bueno o positivo de la situación.

La otra estrategia activa es la expresión de emociones, representada en los ítems 03, 11, 19, 27 y 35, el siguiente cuadro ilustra lo obtenido:

Cuadro 8. Frecuencia de respuesta para la estrategia de afrontamiento activa: Expresión de emociones, respuesta obtenida por ítem del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

Escala del CSI	Respuesta por ítem				
	03	11	19	27	35
En absoluto	2	4	2	3	1
Un poco	2	0	0	2	1
Bastante	2	2	2	0	1
Mucho	1	0	1	0	0
Totalmente	1	2	3	3	5
Total	8	8	8	8	8

Fuente: Elaboración propia a partir de la aplicación de la adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) realizada por Cano, Rodríguez & García (2007).

De la afirmación **“deje salir mis sentimientos para reducir el estrés”** (ítem 03) se obtiene 1 persona por opción de respuesta responde “mucho” y “totalmente” y 2 personas por categoría indican “en absoluto”, “un poco” y “bastante”. El ítem 11 indaga **“expresé mis emociones, lo que sentía”**, en este 2 personas por categoría refieren “bastante” y “totalmente” y las otras 4 personas se sitúan en “en absoluto”, lo que evidencia una dificultad en la mitad de los(as) participantes para comunicar sus emociones. El enunciado **“analice mis sentimientos y simplemente los deje salir”** correspondiente al ítem 19, en este se identifica que 1 persona responde “mucho”, 2 personas por opción indicaron “en absoluto” y “bastante” y 3 personas señalaron “totalmente”.

El ítem 27 refiere **“dejé desahogar mis emociones”**, donde 2 personas responden “un poco” y 3 personas por categoría indicaron “en absoluto” y “totalmente”, a pesar del este extremo de respuesta, la gran mayoría de los(as) participantes se les dificulta exteriorizar sus emociones. El último ítem **“mis sentimientos eran abrumadores y estallaron”** (ítem 35), mostró que 1 persona por categoría responde “en absoluto”, “un poco” y “bastante” y 5 personas señalaron que “totalmente”, lo que evidencia que algunos(as) han manifestado sus emociones cuando éstas han sobrepasado sus límites; por lo tanto la valoración de esta estrategia señala que existe en la mayoría de las personas una dificultad significativa para expresar sus emociones y sentimientos.

La última estrategia activa corresponde al apoyo social, identificada en los ítems 05, 13, 21, 29 y 37, elaborándose el siguiente cuadro:

Cuadro 9. Frecuencia de respuesta para la estrategia de afrontamiento activa: Apoyo social, respuesta obtenida por ítem del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

Escala del CSI	Respuesta por ítem				
	05	13	21	29	37
En absoluto	3	5	3	3	5
Un poco	1	1	1	2	1
Bastante	2	0	1	1	0
Mucho	0	1	0	1	0
Totalmente	2	1	3	1	2
Total	8	8	8	8	8

Fuente: Elaboración propia a partir de la aplicación de la adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) realizada por Cano, Rodríguez & García (2007).

La afirmación **“encontré a alguien que escuchó mi problema”** (ítem 05), 1 persona indicó “un poco”, 2 personas por categoría afirmaron “bastante” y “totalmente” y 3 personas señalaron “en absoluto”. El ítem 13 indica **“hablé con una persona de confianza”**, en este 1 persona por categoría señaló “un poco”, “mucho” y “totalmente”, y la gran mayoría 5 personas refirieron “en absoluto”, estos resultados reflejan que a la mayoría de los(as) participantes se les dificulta conversar o recurrir a los demás para verbalizar sus problemas, lo cual guarda estrecha relación con la estrategia de expresión de emociones.

El enunciado **“dejé que mis amigos me echaran una mano”** que corresponde al ítem 21, se obtiene que 1 persona por categoría respondieron “un poco” y “bastante”, 3 personas por opción de respuesta indicaron “en absoluto” y “totalmente”, situándose las respuestas en extremos, debido a que algunos(as) aceptaron la ayuda de amistades pero la otra mitad no. El ítem 29 refiere **“pasé algún tiempo con mis amigos”**, en este 1 persona por categoría respondió “bastante”, “mucho” y “totalmente”, 2 personas afirmaron “un poco” y 3 personas refieren “en absoluto”. Y finalmente el ítem 37 enuncia **“pedí consejo a un amigo o familiar que respeto”**, en este se obtuvo 1 persona afirmo “un poco”, 2 personas respondieron “totalmente” y la gran mayoría 5 personas “en absoluto”. Las respuestas valoradas en esta estrategia indican que el apoyo social, que implica recurrir a familiares o amigos para contar la situación, pasar tiempo o recibir algún consejo se encontró deficiente en las personas del Hogar La Esperanza.

En cuanto a la percepción de la salud (valorada en la III parte del instrumento de recolección de información) se obtuvieron distintas categorías de respuesta en cada ítem, lo que evidencia la singularidad de la vivencia del proceso salud-enfermedad para cada persona.

Del ítem percepción actual de la condición de salud, para 4 personas su condición actual es categorizada como excelente, 1 como buena, 2 como regular y solamente una persona como mala. Bajo la misma línea se indagó acerca de la condición de salud previa al diagnóstico médico, donde 4 personas la clasificaron como excelente, 2 personas por categoría como regular y buena.

En relación con la percepción que poseen de su condición emocional, se da una amplia gama de respuestas, donde 2 personas indican que es excelente, 2 como buena, 2 como regular y 2 como mala. Estas respuestas obtenidas en esta variable no mantienen estrecha relación con la percepción que tienen de su espiritualidad, ya que 2 personas señalan que es excelente, 4 como buena, 1 como regular y 1 como mala, lo que indica la presencia de una mayor espiritualidad en la percepción de las personas encuestadas.

Por último, en este apartado se indagó acerca de la percepción que poseen de la etapa de vida que están viviendo, obteniéndose que para 3 personas es excelente, 1 es regular, 1 es buena, y para 3 es malo, evidenciándose dos extremos contrastados entre lo excelente y lo malo.

En la parte IV del instrumento de recolección de información, se valoraron las fuentes de estrés que presentan las personas entrevistadas, por medio de un cuadro (ver cuadro 2) diseñado tomando en cuenta las variables (fisiológica, psicológica, sociocultural, evolutiva y espiritual) propuestas por Betty Neuman así como la teoría acerca de las fuentes de estrés a las que se enfrentan las personas con VIH/SIDA; de esta forma, las fuentes de estrés se adaptaron de acuerdo con las variables estudiadas.

De la información obtenida se resalta que la mayoría de personas entrevistadas presentan situaciones estresantes relacionadas con las variables sociocultural, psicológica y fisiológica, sin embargo, se debe recordar que según la teoría de sistemas, todas las variables están en continua y necesaria interacción y no se pueden disociar unas de otras; por tanto al expresarse afectación en una variable, las demás también están afectadas en alguna medida.

Para una mejor apreciación de los agentes estresores y su influencia según número de personas, los resultados se resumen a continuación:

Cuadro 10. Hogar de La Esperanza: cantidad de personas identificadas según situaciones estresantes en sus vidas, abril 2016.

Cantidad de personas	Situaciones estresantes
0	Creencias religiosas
1	Cambios en su alimentación
1	Disminución en su deseo sexual
1	Efectos adversos de los medicamentos
1	Otra ¿Cuál? Convivencia en el Hogar
2	Interrupción de sus proyectos personales
2	Metas y sueños a cumplir
2	Relación consigo mismo o misma
2	Sus relaciones con los demás luego de saber que es portador o portadora de la enfermedad
3	Aislamiento social
3	Cambios en su residencia
3	Pérdida de su atractivo físico
3	Síntomas físicos derivados de su enfermedad
4	Cambios en su desempeño en la sociedad
4	Cambios en su vida social
4	Crítica de otras personas hacia usted
4	Relación con su familia
5	Desprecio por parte de otros y otras
5	Deterioro de su condición física
5	Deterioro en su situación económica
5	Pérdida de personas significativas
5	Sentimientos de tristeza

Fuente: Elaboración propia a partir de la aplicación del instrumento para recolección de información, abril 2016.

De acuerdo con la teoría de Neuman, se evidencia que las personas con VIH/SIDA del Hogar de la Esperanza están siendo afectadas por estresores intrapersonales (por ejemplo sentimientos de tristeza, deterioro en la condición física, síntomas físicos derivados del VIH/SIDA, deterioro en la condición económica), interpersonales (como por ejemplo crítica de otras personas, relación con la familia, pérdida de personas significativas) y extrapersonales (como el estigma y la discriminación), de acuerdo con las respuestas dadas y el contexto en que se han desarrollado.

Cabe resaltar que una de las personas participantes manifestó no tener agentes estresores, sin embargo, el estigma y la discriminación alrededor de las personas con

VIH/SIDA es parte del contexto en que se desarrolla, por tanto constituye un estresor extrapersonal.

En consonancia con los resultados obtenidos en el perfil de entrada se establecieron los siguientes diagnósticos de Enfermería en Salud Mental:

1. Riesgo de afrontamiento inefectivo relacionado con deterioro de la condición física y sentimientos de tristeza.
2. Déficit en el apoyo social relacionado con pérdida de personas significativas manifestado por deterioro de los vínculos familiares y sociales, derivado de comunicación interpersonal inefectiva.
3. Deterioro en el desempeño del rol relacionado con cambios en la vida social y alto grado de amenaza manifestado por sentimientos de rechazo.

Con base en los diagnósticos de Enfermería en Salud Mental definidos anteriormente y en consistencia con la teoría de Betty Neuman, se plantearon las sesiones de la intervención, donde se tomaron en cuenta los estresores intrapersonales, interpersonales y extrapersonales; se trabajó identificando dichos estresores, abordándolos mediante el reconocimiento y fortalecimiento de estrategias de afrontamiento que poseen y desarrollan las personas participantes, tomando en cuenta la persona como un ser holístico, la cual está compuesta de muchas variables como lo plantea Neuman en su teoría.

En la siguiente sección se realiza una descripción de las sesiones desarrolladas, en términos de fecha, lugar, objetivos, actividades desarrolladas, dinámica grupal y síntesis del proceso vivido.

2.11 Descripción de las sesiones

2.11.1 Sesión #1

Fecha: 19 de abril de 2016.

Lugar: Hogar de la Esperanza, Paso Ancho.

Hora inicio: 15:00 Hora finalización: 17:00

Objetivo:

1. Las personas residentes del Hogar de la Esperanza con la ayuda de las facilitadoras serán capaces de comprender las particularidades de la Intervención de Enfermería en Salud Mental y firmar el consentimiento informado si están anuentes a participar en el desarrollo de dicha intervención.
2. Las personas participantes en la intervención serán capaces de completar los instrumentos para la recolección de información y el diagnóstico.

Descripción de las actividades:

Primero, se conversó con las personas representantes del Hogar de la Esperanza acerca de la actividad planeada, previa firma de aprobación para la realizar la Intervención de Enfermería en Salud Mental en el Hogar. (Ver anexo 4)

Posterior a ello, se brindó la fórmula de consentimiento informado a cada una de las personas participantes, luego se leyó en voz alta y se brindó un espacio para aclarar dudas, adicionalmente, las facilitadoras brindaron un espacio individual para leer nuevamente la fórmula a las personas que no sabían leer ni escribir, o que tenían alguna duda al respecto. Se respondieron las dudas y los comentarios que surgieron acerca del proceso, y finalmente ello se procedió a la firma del mismo.

Dicha explicación se dio en un espacio cerrado dentro del Hogar, estuvieron presentes únicamente las personas que participaron en la intervención y las facilitadoras, sin la presencia de personal del Hogar que pudiera coaccionar de alguna manera.

Luego de la firma del consentimiento, algunas personas de la población estuvieron anuentes a completar los instrumentos para realizar el diagnóstico, en total fueron 8 personas, no se incluyó a la totalidad de los y las participantes dado que algunas personas se rehusaron; algunas de ellas accedieron pero no sabían leer o escribir, por tanto las facilitadoras les brindaron ayuda leyendo y escribiendo en los instrumentos; las personas que sabían leer y escribir completaron los instrumentos sin requerir ayuda.

Posterior a las actividades, se compartió con las personas un refrigerio y se recordaron los nombres, se acordó también la fecha de la primera sesión.

Síntesis del proceso:

Se cumplió con el objetivo definido, en general las personas mostraron apertura hacia la intervención, sin embargo hubo personas que pusieron resistencia, se les indicó que la participación es voluntaria y que pueden retirarse cuando lo tengan a bien.

La firma del consentimiento informado transcurrió sin complicaciones y las personas manifestaron interés por la intervención; completaron adecuadamente los instrumentos, y con base en ello se realizaron los diagnósticos y se procedió al realizar el diseño de la propuesta de intervención, la cual, una vez lista y discutida con las personas participantes, se desarrolló en 8 sesiones.

2.11.2 Sesión #2

Fecha: 29 de abril de 2016.

Lugar: Hogar de la Esperanza, Paso Ancho.

Hora inicio: 15:30 Hora finalización: 17:00

Objetivos:

1. Las personas participantes, junto con las facilitadoras serán capaces de establecer el encuadre grupal (presentación, definición de normas y acuerdos) para iniciar la dinámica de grupos.
2. Las y los participantes serán capaces de reconocer cualidades y fortalezas propias y ajenas para fortalecer su autoestima.

Descripción de las actividades:

Este día fue el segundo contacto con el grupo (el primero se realizó con la pre-intervención), al iniciar, se recordaron los objetivos de la intervención en Salud Mental a las personas participantes, asimismo se les explicó nuevamente lo concerniente al consentimiento informado y se procedió a la firma del mismo por parte de las personas que aún no lo habían hecho. Como parte del encuadre con el grupo, se realizó una actividad rompehielo con la presentación de cada una de las personas participantes, así como la mención de alguna actividad que les guste realizar.

Una vez finalizada la dinámica, se definieron las normas del grupo: pedir permiso si se requiere levantar, confidencialidad, respeto (“no malacrianzas”), silenciar el teléfono, ser puntuales, levantar la mano antes de hablar, hacer silencio, poner atención. Se definió el nombre del grupo, denominándose “*Camino a la Esperanza*”. Asimismo se establecieron acuerdos en cuanto al número, días y duración de las sesiones.

Mediante una meditación llamada “la manzana que quería ser estrella” y la actividad denominada “analogía del cofre” se promovió que las personas ahondaran en sí mismas y reconocieran sus cualidades, así como las cualidades de las demás personas integrantes del grupo; fue una actividad que agradó bastante a las personas participantes, ya

que pudieron reconocer algunas de sus cualidades por reflexión propia y por devolución de los demás miembros del grupo. Con respecto a sus cualidades mencionaron: “somos una preciada joya” (ERA, comunicación personal, 29 de abril de 2016), además hicieron alusión a características como la amistad, el cariño, el compañerismo, las habilidades en la comunicación y la espiritualidad.

Dentro de los comentarios acerca de las actividades, se mencionó “esta actividad nos une” (BFC, comunicación personal, 29 de abril de 2016), “se sale de la rutina” (Madre Tierra, comunicación personal, 29 de abril de 2016), “la enfermedad nos ha abierto a cosas diferentes.” (Fara, comunicación personal, 29 de abril de 2016) Esas “cosas diferentes” que se mencionan, aluden principalmente a la autorreflexión y a ver la vida desde diferentes aristas, ahondando en las experiencias propias y compartidas.

Descripción de la dinámica de grupos:

El encuentro grupal se realizó en el salón de reuniones del Hogar, las personas se organizaron en forma circular, propiciando un mayor acercamiento entre las y los miembros. Se establecieron en conjunto las normas que ayudarán a la consecución de las metas grupales.

Se comienza a configurar la territorialidad del grupo, así como su estructura. Se establecen las normas grupales y se llega a acuerdos en cuanto a la duración y la temática de las sesiones.

Síntesis del proceso:

Para esta sesión, se cumplieron los objetivos establecidos, se comienza a configurar la estructura del grupo, las personas manifestaron sentirse cómodas y apreciar el espacio como una oportunidad de unirse mutuamente. Desde la propuesta teórica de Neuman se comenzó a actuar sobre los estresores intrapersonales identificados.

2.11.3 Sesión #3

Fecha: 06 de mayo de 2016

Lugar: Hogar de la Esperanza, Paso Ancho

Hora inicio: 15:30 Hora finalización: 17:00

Objetivo:

Las personas participantes serán capaces de exteriorizar su percepción y sentimientos acerca de su autoimagen corporal para afrontar los sentimientos de tristeza que implica el cambio de su condición física.

Descripción de las actividades:

Se inició la sesión con la expresión verbal de los y las participantes acerca de las vivencias de cada uno y cada una durante la semana; además la facilitadora indagó si después de la sesión anterior se dieron un espacio personal para el reconocimiento de sus cualidades y fortalezas, expresando un participante “muy importante porque eso nos hace reflexionar sobre el valor que tienen los seres humanos, y más la vida, es el mayor regalo que nos ha dado el creador” (BFC, comunicación personal, 06 de mayo de 2016).

Seguidamente, se compartió la lectura de la reflexión “el valor del anillo”, al finalizar la lectura se dio un breve intercambio de impresiones generadas por la misma; luego se realizó la actividad “reconociéndome a mí mismo y misma”, la cual se desarrolló en dos momentos; primero se les pasó un espejo a los y las participantes, quienes debían verse a sí mismos (as) en el espejo e indicar que reconocían en él en ese momento, entre los comentarios se encuentran: “paz, tranquilidad con Dios, conmigo mismo, con todos aquí” (MCP, comunicación personal, 06 de mayo de 2016), “me siento bonita” (La Colocha, comunicación personal, 06 de mayo de 2016), “ahora veo una persona sabia, que ha vivido, porque era un imbécil y ocupaba aprender, chanel era, ahora me pongo lo que caiga” (El Gordo, comunicación personal, 06 de mayo de 2016) y “vi las secuelas de la vida, de los años, de la enfermedad, del consumo de drogas, del alcoholismo, todo se está reflejando.” (BFC, comunicación personal, 06 de mayo de 2016)

Luego para el segundo momento de la actividad, se les indicó que nuevamente se les pasaría a cada uno el espejo, y debían verse con más detenimiento y resaltarse algo positivo de cada uno y cada una, algunos comentarios expresados fueron: “veo una mujer trans empoderada, empoderada de mí misma, empoderada de lo bueno que he aprendido y gracias a Dios he aprendido cosas buenas y he pasado cosas malas que he dejado de lado” (ACV, comunicación personal, 06 de mayo de 2016), “a pesar de lo viejo que estas que rico que te ves” (El Gordo, comunicación personal, 06 de mayo de 2016) y “antes me pasaba lo de El Gordo, todo era marca, tacón alto, vestidos, lo más lindo, la chica fresa del barrio, ahora que me enfermo sé valorar lo que tengo y lo que soy, sé darle gracias a Dios” (La Colocha, comunicación personal, 06 de mayo de 2016).

Después de las expresiones de cada participante, las facilitadoras relacionaron la actividad del espejo con los pilares de la autoestima, haciéndose referencia a cada concepto que conforma la percepción propia de la persona conocidos como la autoimagen, la autovaloración y autoconfianza, y se describe brevemente los tres componentes que son observables en el proceso de la autoestima que son: autocontrol, autoafirmación y autorrealización.

Para el cierre de la sesión se les preguntó: ¿Cuál es la parte del cuerpo que más les gusta y una cualidad que valoran de sí mismos?, algunas respuestas fueron: “yo estoy conforme como Dios me hizo no tengo nada de que quejarme, sería que tengo un carácter como un mercurio” (Madre Tierra, comunicación personal, 06 de mayo de 2016), “quiero mi corazón, el respeto” (BFC, comunicación personal, 06 de mayo de 2016) y “pechos, cariñosa y dadivosa” (ACV, comunicación personal, 06 de mayo de 2016), para culminar se les indicó que le den un fuerte abrazo a la persona más importante, con quien conviven a diario, es decir a ellos y a ellas mismas.

Descripción de la dinámica de grupos:

Las y los participantes se involucraron de manera activa en cada una de las actividades propuestas, a excepción de una persona que asumió un rol pasivo de observadora; expresándole a las facilitadoras al finalizar la sesión y fuera del grupo, que se

encontraba indisposto a conversar por una decisión tomada a lo interno del Hogar que le afectaba en ese momento, dándose un espacio fuera de la sesión para la expresión de sentimientos y el reconocimiento de recursos en ese momento.

A pesar de que éste participante limitó su expresión verbal que implicaba las actividades, se mantuvo atento y respetuoso de las expresiones de los demás miembros del grupo, dándose lo mismo por los y las demás participantes, respetaron las normas establecidas del grupo al escuchar al otro y levantar la mano para hablar, permitiendo el alcance del objetivo establecido.

Síntesis del proceso:

Para esta sesión, las personas lograron manifestar sus sentimientos, emociones y percepciones generadas por los cambios en su apariencia física, su propia autovaloración y autoconfianza, además de recibir de sí mismas el reconocimiento y el elogio por las experiencias vividas y superadas; permitiendo esta expresión de emociones el abordaje de los estresores intrapersonales.

2.11.4 Sesión #4

Fecha: 13 de mayo de 2016

Lugar: Hogar de la Esperanza, Paso Ancho

Hora inicio: 15:30 Hora finalización: 17:30

Objetivo:

Los y las participantes serán capaces de verbalizar sus emociones así como la forma de expresión de las mismas para fortalecer los vínculos familiares y sociales.

Descripción de las actividades:

Esta sesión se inició con el recuento de las experiencias vividas por cada participante durante la semana, así como la integración del eje abordando en la sesión

anterior, preguntándoseles si al verse al espejo durante la semana se observaron cómo siempre o de otra forma, si se resaltaron para sí mismos (as) cualidades positivas, algunos y algunas comparten sus percepciones; cabe destacar que en este espacio introductorio surge como tema emergente el cambio de la condición de salud de La Chineada Flaquita manifestando:

Diay mi semana estuvo diay positiva y no positiva porque ahora el lunes fui atraer unos resultados de sangre y ya me diagnosticaron que era una anemia crónica por mi enfermedad verdad y diay yo me sentí mal, porque eso anemia mata a cualquier persona no solo a mí, yo me sentí mal porque yo nunca había tenido una anemia por mi enfermedad, no mortal sino por mi enfermedad y si la palabra crónica ya es incurable, entonces está que ya mi compañero me dice que yo ya huelo a ataúd y eso me entristece más y entonces yo estoy encerradita en mi cuarto, y me da por dormir y dormir y dormir y no deseo levantarme, y me levanto si deberás a bañarme y todo así, pero no deseo levantarme como deprimida (comunicación personal, 13 de mayo de 2016).

Posterior a este comentario, surgieron de los y las participantes acotaciones de experiencias vividas, percepciones del problema, estrategias de afrontamiento adoptadas por ellos y ellas cuando se encontraron en una situación similar, así como palabras de apoyo, aliento y opciones de acompañamiento activo hacia la compañera, dicho espacio de interacción fue mediado por las facilitadoras, entre estos comentarios se encuentran:

A mí me dio una anemia que me tuvieron que poner cuatro bolsas de sangre, y me volvieron a cambiar los medicamentos, le estoy hablando de hace un mes y medio, la hemoglobina de 14 a 3.5, a los seis meses me volvieron a cambiar y paa anemia, una anemia mortal (MCP, comunicación personal, 13 de mayo de 2016).

Entre otras expresiones manifestadas fueron: “todos los días yo me voy a encargar a las 9 en punto de la mañana que yo me tomo la vitamina, me voy a encargar de darle una a ella, que ella se lo tomé” (BFC, comunicación personal, 13 de mayo de 2016), “hay que bañarse, usted sale a caminar, usted no puede tener la idea de que no puede hacer ejercicio, al contrario usted viene se come su desayuno bien rico, y se va con cualquiera de nosotros” (ACV, comunicación personal, 13 de mayo de 2016), y “vea Chineada Flaquita yo le voy a decir la mejor medicina que usted va encontrar aquí es el cariño y el aprecio de nosotros a usted”. (BFC, comunicación personal, 13 de mayo de 2016)

Posteriormente, las facilitadoras los congregan en tres grupos, proporcionándole a cada uno dos papelitos que contenían por escrito una emoción, explicándoseles que debían hacer un sociodrama de esa emoción, representarla ante los y las demás, y éstos junto con un participante que no se sentía bien para hacer el sociodrama, adivinar de que emoción se trataba. Seguidamente se dieron las representaciones de cada grupo, siendo de agrado la actividad, ya que permitió la expresión de sus cotidianidades y la forma en que perciben cada emoción; se realizó una retroalimentación de la actividad en conjunto con el tema del reconocimiento de las emociones propias y de los demás, que éstas no son manifestadas de la misma manera por todos, requiriendo una expresión asertiva y de escucha al otro, así como un control sobre las mismas.

Luego de esta integración dinámica y teórica, se valoró el nivel de tensión de cada participante, para dar espacio a un ejercicio de relajación; al culminar la relajación guiada, se valora el nivel de relajación obtenido, donde ACV inicio con una tensión de 9, logra una relajación de 10, ERA una tensión de 3 alcanza una relajación de 9, Rubí con una tensión inicial de 8 sólo obtiene una relajación de 6, y así se valoró en cada uno; cabe mencionar que para la mayoría de los y las participantes manifestaron que el ejercicio fue agradable originando en ellos y en ellas un estado de tranquilidad y paz interior; para finalizar se hace una síntesis de lo vivido en este espacio y se da por concluida la sesión.

Descripción de la dinámica de grupos:

En esta sesión se dio una mayor apertura de las personas hacia la expresión de sus emociones y percepciones, manifestándose actos de solidaridad e interés por el bienestar del otro (a), lo que favoreció la cohesión entre los y las participantes, al surgir los miembros del grupo como un apoyo social ante la situación manifestada por una de sus integrantes.

Además, se percibe una mayor confianza de las personas al no restringirse o inhibirse en la expresión verbal según las dinámicas realizadas, identificándose a través de reacciones positivas como manifestación de opiniones, muestras de apoyo, compartiendo

experiencias vividas y el reconocimiento de los miembros del grupo de la necesidad de apoyo a la compañera, lo que contribuye a la construcción de la identidad del grupo.

Síntesis del proceso:

Surge como tema emergente el estado de salud de una de las integrantes del grupo, lo que permitió que las personas participantes lograran verbalizar de forma satisfactoria las emociones generadas por el tema y las dinámicas establecidas en la sesión, lo que contribuyó a sus capacidades y habilidades para el fortalecimiento de sus vínculos familiares y con los demás, así como a la cohesión entre los miembros del grupo; dándose por cumplido el objetivo abordado.

2.11.5 Sesión #5

Fecha: 20 de mayo de 2016

Lugar: Hogar de la Esperanza, Paso Ancho

Hora inicio: 15:30 Hora finalización: 17:00

Objetivo:

Los y las participantes serán capaces de explorar los mecanismos de resolución de conflictos con que cuenta e incorporar técnicas para la resolución de las mismas con el fin de mejorar sus relaciones interpersonales.

Descripción de las actividades:

Primeramente los y las participantes compartieron sus impresiones de la semana, además, se le da seguimiento al tema emergente de la sesión 3, refiriendo La Chineada Flaquita que todos y todas han estado muy pendientes de ella y ha estado cuidándose más, sintiéndose bien en este momento.

Seguidamente, se introduce el tema de la resolución de conflictos en la vida diaria, realizándose la actividad “compartiendo mis situaciones cotidianas”, donde cada miembro del grupo tuvo un espacio para que exteriorizara alguna situación problemática vivida, surgiendo parte de la historia de vida de uno de los participantes acerca de la drogadicción y sus repercusiones en su vida personal, familiar y social, dicha narración inspiró a los

demás participantes a comentar fragmentos de los problemas que afrontaron en ese momento de su vida.

Posteriormente, las facilitadoras enlazaron las principales experiencias descritas con las habilidades para la resolución de problemas, donde se fueron relacionando los componentes teóricos con lo expresado, y en concordancia con la participación de las personas, proporcionándose un intercambio verbal entre facilitadoras y participantes. Se les indicó que para la resolución de problemas, primero se debe definir y formular ¿cuál es el problema?, esto con la finalidad de identificar el problema primario, abordando la recolección de información pertinente, comprensión de las condiciones actuales, ambientales o personales, y hasta que nivel es aceptable o inaceptable, luego prosigue el establecimiento de metas en términos específicos, concretos y realistas, y dentro de este primer paso una nueva reevaluación del problema en función de su significado, los beneficios y costos, segundo generar soluciones alternativas, seguido de la toma de decisiones hacia la mejor opción previamente evaluada, y por último la aplicación de esta solución a la situación conflictiva.

Entre las soluciones alternativas que identificaron para las situaciones cotidianas que viven expresan: “hay un problema hay que buscarle solución, todo problema tiene solución, buscarla y ayudarle a esa persona” (BFC, comunicación personal, 20 de mayo de 2016), “enseñarle a esa persona, vea coja esto y lo hace” (El Gordo, comunicación personal, 20 de mayo de 2016), “hay que acortar, después me veo en un tiroteo o problemas con la fuerza pública o la municipalidad, y no es que ande robando ni nada” (Madre Tierra, comunicación personal, 20 de mayo de 2016) y “yo voy todos los sábados a la iglesia y uno aprende a pedir disculpas o perdón a la otra persona, ya ella ve si acepta, como dice la palabra”. (MCP, comunicación personal, 20 de mayo de 2016)

Por último, las facilitadoras hicieron una realimentación del eje central de la sesión, con el intercambio de algunas opiniones de los y las participantes para dar por concluido el espacio.

Descripción de la dinámica de grupos:

En esta sesión se mantuvo la participación activa de cada persona, pero se identifica un participante como líder, debido a que inspira a los demás a través de la narración de una parte de su historia de vida, fomentando la confianza para que los otros hagan referencia en sus comentarios sobre situaciones similares vividas durante la drogadicción, esto contribuye a la identidad del grupo al sentirse unidos por las experiencias de vida de los y las demás.

La cohesión grupal se favoreció al estimularse la expresión de experiencias personales, creándose un adecuado clima grupal que permitió el intercambio de diálogos entre las personas, lo que aportó al sentido de pertenencia, por la proximidad que hay al conocer al otro y sentir una reciprocidad en sus manifestaciones verbales.

Síntesis del proceso:

La interacción de la temática permitió que las personas reconocieran cómo afrontan los problemas en su cotidianidad, surgiendo como tema emergente el problema de drogadicción y sus consecuencias en su vida personal, familiar y social, lo que contribuyó a la adquisición de conocimiento sobre las habilidades para resolver los problemas y el intercambio de experiencias en situaciones similares, lo que permitió el alcance del objetivo formulado para la sesión.

2.11.6 Sesión #6

Fecha: 27 de mayo de 2016

Lugar: Hogar de la Esperanza, Paso Ancho

Hora inicio: 15:30 Hora finalización: 17:00

Objetivo:

Las personas participantes serán capaces de reconocer aspectos significativos en su vida así como el significado de cada uno para identificar recursos de afrontamiento.

Descripción de las actividades:

Para ésta sesión se modificó el orden tradicional, sirviéndose de primero el refrigerio, que era un queque de cumpleaños, con la finalidad de fomentar la integración del grupo, se aprovechó el espacio para hacer el recuento de las experiencias vividas por cada uno en la semana, propiciándose un intercambio favorecedor entre las facilitadoras y los miembros del grupo.

Seguidamente al cese de este espacio, se realizó la actividad “reconociendo lo que es importante para mí”, donde a cada persona se le entregaron cuatro tarjetas de colores, lápices de color, crayolas, etc.; se les indicó que en estas tarjetas representarían en imágenes, símbolos, palabras o dibujos los aspectos de su vida que consideran valiosos y apreciados. Cada participante dispuso de su espacio para reflexionar sobre lo que es importante para sí mismo (a), algunos (as) compartieron con sus compañeros (as) el trabajo que realizaron, donde resaltaban que su familia, el amor, sus creencias, alguna mascota, los hijos son aspectos significativos en sus vidas.

Posterior a esta dinámica, las facilitadoras guiaron al grupo hacia un espacio de reflexión y diálogo acerca de esos significantes que ellos(as) reconocieron, donde la facilitadora les despojo de las tarjetas, indicándoles ¿Qué había en esas tarjetas?, expresando: “amor de mi madre, de mis hermanos, el amor de mis amigos, de mi gente, que siempre me dicen que vaya adelante” (ACV, comunicación personal, 27 de mayo de 2016), “lo más importante el amor” (BFC, comunicación personal, 27 de mayo de 2016), “Dios, mi madre y mis tres hijos, eso fue lo que puse hay, nada más es lo más importante” (La Colocha, comunicación personal, 27 de mayo de 2016), y “mi mamá, mi salud y a mí mismo” (ERA, comunicación personal, 27 de mayo de 2016).

También se les preguntó: ¿Qué harían sin lo que había en las tarjetas?, resaltando los siguientes comentarios: “yo le pegaría si me lo quitan” (ACV, comunicación personal, 27 de mayo de 2016), “quedaría vacío” (MCP, comunicación personal, 27 de mayo de 2016) y “aprender a valorar otras cosas que no había tomado en cuenta” (El Gordo, comunicación personal, 27 de mayo de 2016).

La temática permitió que la conversación se dirija hacia las pérdidas que han tenido a través de la vida, como El Gordo que perdió a su abuela, La Chineada Flaquita a su madre y BFC que a causa de su adicción considera que perdió a su familia, narran el significado que implica su pérdida y cómo han hecho para sobrellevarlo; al finalizar los diálogos las facilitadoras hacen una síntesis de la sesión, recalcan la importancia de valorar las personas y cosas que son importantes para cada uno, y que en algunos momentos de la vida tenemos que despedirnos de esas cosas y personas, y seguir adelante con la persona que se tiene a diario que son ellos mismos y los recursos que se posean.

Para finalizar la sesión, surgió la inquietud grupal de hacer una oración, formándose un círculo y tomándose de las manos todos los presentes, dirigiendo uno de los participantes una oración de agradecimiento a Dios por esas cosas y personas que son importantes para cada uno.

Descripción de la dinámica de grupos:

La participación del grupo fue activa, a excepción de una participante que requirió una atención más personalizada por parte de una facilitadora para lograr el objetivo de la actividad.

No se observa en la dinámica que sobresalga una persona como líder, la comunicación verbal es fluida, hacia la expresión de sentimientos y percepciones bajo las normas de confidencialidad y respeto del grupo, cada persona utiliza su espacio de expresión, favoreciéndose la cohesión grupal.

Síntesis del proceso:

Esta sesión permitió que los (as) participantes reconocieran los aspectos, cosas y personas que son significativos para ellos (as), las cuales contribuyen a los recursos de afrontamiento internos que poseen ante posibles escenarios adversos, al identificarlos como valiosos para cada uno.

2.11.7 Sesión #7**Fecha: 03 de Junio de 2016****Lugar: Hogar de la Esperanza, Paso Ancho.****Hora inicio: 16:00 Hora finalización: 17:00****Objetivo:**

Las personas participantes reconocerán y definirán sus proyectos de vida para reorientar su rol en la sociedad.

Descripción de las actividades:

Inició con un conversatorio acerca de las vivencias de la semana; posteriormente se leyó el cuento “La Niña de las Estrellas”, con el fin de introducir el tema “Proyectos de Vida”, se realizó una breve introducción al mismo y se brindó espacio para que cada persona pudiera, de acuerdo con sus preferencias/habilidades plasmar en papel algunos de sus proyectos de vida, describiéndolos en términos de: 1. ¿Qué quiero lograr?, 2. ¿Para qué lo quiero lograr? y 3. ¿Cómo lo voy a lograr?

Durante la realización de la actividad, las personas se mostraron muy interesadas y satisfechas, manifestando que fue una oportunidad para concretar sus proyectos en papel e identificarlos. Entre de los proyectos se mencionaron aspectos materiales, emocionales y espirituales, dentro de los comentarios se destacan: “yo quiero unas chancletas para caminar en el cielo, lo voy a lograr siguiendo la ayuda del de arriba, siguiendo lo que yo creo. Yo quiero algo más espiritual.” (Fara, comunicación personal, 03 de junio de 2016), por su parte, Rubí afirmó: “Quiero lograr un trabajo para no salir más [a la calle, prostitución], para lograr mi casa, para lograr todo lo que yo quiero, para lograr mis gustos, para ayudar a mi mamá... muchas cosas.” (Comunicación personal, 03 de junio de 2016)

Otros propósitos mencionados fueron “yo lo que quiero lograr es tener una salud, que hasta el día de hoy Dios me ha vertido a través de su pensamiento y he aprendido a quererme más yo para el bien de nuestra Madre Tierra, de nuestro hogar y defender una semillita positiva en nuestra sociedad.” (Madre Tierra, comunicación personal, 03 de junio

de 2016). La sesión finalizó con el recuento de los proyectos y el compromiso con la realización de los mismos; asimismo se describió la sesión en una palabra, las palabras mencionadas fueron: “análisis, fe, esperanza, amor, lucha, felicidad y valentía”.

Descripción de la dinámica de grupos:

Aquí se evidenció la cohesión grupal, el grupo demostró su propia identidad, se respetaron las normas; en esta sesión, la mayoría de las personas participantes se integraron en las actividades y se sintieron satisfechas con los resultados. Hay una persona que estuvo presente en el grupo pero no se integró en las actividades grupales, lo cual puede explicarse por la inhibición social, por ende se trabajó con ella individualmente.

Los roles dentro del grupo no podrían asignarse a una persona en específico, ya que todas las personas se integran a la dinámica y su participación depende de las temáticas que se abarquen. En cuanto al espacio físico, las personas se sentaron alrededor de una mesa, para favorecer el trabajo en el papel, la mesa fue ovalada, lo cual permitió la cercanía entre las y los miembros.

La territorialidad del grupo está bien definida, el espacio grupal es respetado por las demás personas que forman parte del Hogar pero no forman parte del grupo.

Síntesis del proceso:

Se logró cumplir con el objetivo planteado, se trabajó respondiendo a los estresores extrapersonales que se identificaron en el diagnóstico según Neuman. Las personas participantes se identificaron como personas valiosas con muchas capacidades y habilidades que les ayudan para cumplir los propósitos planteados. En este punto se evidenció también la importancia del trabajo con autoestima que se ha realizado desde la primera sesión grupal.

2.11.8 Sesión #8

Fecha: 08 de Junio de 2016.

Lugar: Hogar de la Esperanza, Paso Ancho.

Hora inicio: 15:30 Hora finalización: 16:30

Objetivo:

Los y las participantes serán capaces de expresar su percepción de cómo son visualizados socialmente y como se visualizan individualmente para reconocer su valor social.

Descripción de las actividades:

La sesión inició con un recuento de las vivencias de la semana, se leyó el cuento “La Rana y la Serpiente”, que puso de manifiesto el estigma y la discriminación que puede darse e introdujo al tema del día. Mediante la actividad “cómo me veo y cómo me ven” las personas hablaron acerca de la forma en que creen ser vistas, principalmente señaladas por prejuicios y discriminación; cuando se analizaron a sí mismas, se visualizaron con muchas cualidades y potencialidades, con respecto a sus cualidades, se identificaron con características positivas como personas productivas, amables y valiosas.

Dentro de los comentarios se destaca el aporte de MCP al mencionar que la sociedad lo visualiza como “un maleante, drogadicto, ladrón” (MCP, comunicación personal, 08 de junio de 2016), sin embargo al verse a sí mismo se identifica como: “soy una persona servicial, amable, tranquilo, calmado, solo me molesto cuando se meten ya directamente conmigo, pero un favor no le niego a nadie, más bondad y buena gente que maldad en mi persona, así me veo yo.” (MCP, comunicación personal, 08 de junio de 2016). Como se observa, el participante es capaz de identificar sus cualidades pese al estigma y la discriminación a la que se ha visto expuesto.

Otros comentarios respecto a cómo se visualizan las personas a sí mismas fueron: “me veo como una persona útil a la sociedad, espiritualmente me siento muy bien, emocionalmente también. Un deseo que tengo en este momento es seguir luchando y

también luchar por lo que dejé tiempo atrás, que son las drogas.” (BFC, comunicación personal, 08 de junio de 2016), por su parte, El Gordo mencionó “me veo como una persona triunfadora, soy experto en modas, tengo años de trabajar en modas, asesor de imagen, asesor de modas, comerciante, muy bueno en los negocios, (modestia aparte) y bueno en el área publicitaria por cierto.” (Comunicación personal, 08 de junio de 2016)

Se rescata aquí, que las personas identificaron como creen ser vistas socialmente, para ello utilizaron aspectos negativos, que denotaron el estigma y la discriminación que sufren; sin embargo, al describirse a sí mismas, las personas se auto describieron con aspectos positivos; lo cual confirma el avance que han tenido en cuanto al fortalecimiento de sus estrategias de afrontamiento.

Descripción de la dinámica de grupos:

El grupo se organizó en forma circular, sigue notándose la cohesión grupal; dentro de los roles que se resaltan está el de conciliador (MCP) y el de especialista en la tarea (El Gordo), se resalta que todas las personas participantes se involucraron activamente en las actividades y se apoyaron mutuamente al salir a flote sentimientos de tristeza y desmotivación por parte de una de las participantes, aportando sus percepciones y sentimientos. Es un grupo cohesionado, con una territorialidad bien definida. Tienen metas claras y hacen honor a su nombre: “Camino a la Esperanza”.

Síntesis del proceso:

Se logró cumplir con el objetivo definido; según la Teoría de Neuman, se trabajó sobre los estresores extrapersonales que se identificaron en el perfil de entrada. En cuanto a dinámica de grupos, se rescata que es un grupo con una estructura bien definida, se ha logrado mucha cohesión grupal, lo que ha favorecido las estrategias de afrontamiento ante las situaciones estresantes.

2.11.9 Sesión # 9**Fecha: 10 de Junio de 2016.****Lugar: Hogar de la Esperanza, Paso Ancho.****Hora inicio: 15:30 Hora finalización: 16:30****Objetivos:**

1. Establecer el perfil de salida de los y las participantes para evaluar la intervención de Enfermería en Salud Mental realizada mediante el recuento de las experiencias vividas.
2. Realizar el cierre de la Intervención de Enfermería en Salud Mental.

Descripción de las actividades:

El perfil de salida se realizó de acuerdo con las respuestas a las siguientes preguntas: ¿Cómo percibe su condición de salud? ¿Qué efecto ha tenido esta intervención en su vida? ¿Siente algún cambio en su salud emocional respecto al inicio de la intervención? En este momento, ¿Cuáles considera que son las situaciones que más le angustian, las que más le causan estrés? ¿Siente usted algún cambio en la forma que enfrenta las dificultades que se le presentan?

Posterior a la contestación de las preguntas, se realizó el cierre de la Intervención con una actividad simbólica, que representó la luz y la esperanza (mediante una candela verde) que dejó el grupo, se reforzaron las cualidades y todo el trabajo que se realizó, enfocándose en el papel protagónico de las y los participantes y haciendo alusión al nombre “Camino a la Esperanza”; se mencionó que todos y todas formamos parte del grupo y nos llevamos algo del mismo, para ser agentes multiplicadores y multiplicadoras y llevarles a otras y otros esa esperanza. Todos y todas las participantes encendimos en el grupo la luz de la esperanza, y ahora estamos llamados a mantener esa luz y esa unión que nos confortará en el camino.

En lo referente a las preguntas, algunos comentarios en cuanto a cómo les ha ayudado la intervención en su vida fueron: “llevar las cosas de una mejor manera” (El Gemelo, comunicación personal, 10 de junio de 2016); “hoy por hoy mi carácter lo he

manejado mejor que antes” (Madre Tierra, comunicación personal) y “muchísimo, en la parte emocional, en la autoestima. Este grupo aunque es pequeño pero es bien agradable, compartimos las experiencias, con todos, y hay que seguir, hay que continuar con esta política, es un ambiente saludable y agradable para todos” (BFC, 10 de junio de 2016).

Con respecto a su condición de salud, la mayoría de las personas participantes la define en términos de excelente y buena; han notado cambios positivos en la manera de enfrentar las situaciones estresantes. Cuando se les preguntó acerca de las situaciones que les causan angustia en este momento, señalaron estar tranquilos y tranquilas a nivel general y pocas personas mencionaron alguna situación estresante.

Descripción de la dinámica de grupos:

El grupo se organizó de manera circular, luego de contestar las preguntas individualmente, permitiendo asimismo intervenciones grupales; se realizó una actividad de cierre donde se retomó el nombre del grupo así como el significado de la esperanza manifestado por una vela verde encendida y una meditación. El cierre fue muy emotivo y se llegó al compromiso de llevar la luz y la esperanza a las demás personas. Es un grupo cohesionado, con una estructura definida y con compromisos sólidos entre las personas que lo integran.

Síntesis del proceso:

Se cumplieron los objetivos establecidos, fue un espacio emotivo y reflexivo. A la luz de la teoría de Neuman, se corrobora que se logró trabajar con los estresores intrapersonales, interpersonales y extrapersonales, fortaleciendo estrategias de afrontamiento en las personas participantes en la Intervención de Enfermería en Salud Mental realizada.

2.12 Resultados del Perfil de Salida

El perfil de salida respondió a las siguientes preguntas:

- 1) ¿Cómo percibe su condición de salud?
- 2) ¿Qué efecto ha tenido esta intervención en su vida?
- 3) ¿Siente algún cambio en su salud emocional respecto al inicio de la intervención?
- 4) En este momento, ¿Cuáles considera que son las situaciones que más le angustian, las que más le causan estrés?
- 5) ¿Siente usted algún cambio en la forma que enfrenta las dificultades que se le presentan?

A cada una de las personas participantes se le realizaron las preguntas anteriores para conocer la condición de salida después de la intervención en Salud Mental; a continuación se expondrán los resultados de acuerdo con cada pregunta planteada:

¿Cómo percibe su condición de salud?

Al inicio de la intervención (perfil de entrada), las respuestas variaron mucho en la escala de likert aplicada (de excelente a malo), al final de la intervención, el total de personas participantes refirió mejoría en su salud, catalogándola como excelente, o haciendo evidente la percepción de mejoría en la misma, por ejemplo el siguiente relato:

“Mucho mejor de hecho, porque ya no es como antes de que me echaba en una cama a morirme, pobrecito yo, nadie me comprende, nadie me quiere.” (El Gordo, comunicación personal, 10 de junio de 2016), se observa como la persona continua con la condición de salud igual a la anterior, pero la forma de percibirla varió considerable y positivamente.

Otra de las personas contestó “Ahhh....estoy pura vida de salud, perfecto perfecto gracias a Dios” (MCP, comunicación personal, 10 de junio de 2016), se evidencia que la

condición de ser portador de VIH no es considerada como una enfermedad, las personas han aprendido a hacer esta condición parte de su vida y considerar la salud más allá de un diagnóstico médico, por ejemplo Madre Tierra respondió “mi salud dependerá de la actitud que yo tenga en el cuidado personal. Siento que he madurado más, tengo más tolerancia.” (Comunicación personal, 10 de junio de 2016)

Como se visualiza, la percepción sobre la salud mejoró notablemente, las personas analizaron su salud desde aristas más variadas, tomando conciencia del poder que tienen en sí mismas para apoderarse de ella y fortalecerla día a día.

¿Qué efecto ha tenido esta intervención en su vida?

Ante esta interrogante, las personas fueron muy expresivas, refiriendo que hay un antes y un después de la Intervención en Salud Mental realizada, entre los comentarios se destaca El Gordo al afirmar:

Tanto así que cuando yo ingresé a este lugar, antes de conocerlas a ustedes incluso, yo ya había preparado todos los actos fúnebres para mi persona, ya había dejado pago ataúd, arreglos florales, transporte, carroza, todo... y ahora cada vez que logro salir de acá un miércoles o jueves que tengo que ir a Alajuela a ver el asunto del negocio, pienso en proyectos a futuro, proyectos de vida, no planes de como quería que me enterraran (...) ahora tengo más proyectos de los que habría imaginado nunca estando sin el conocimiento de mi diagnóstico (Comunicación personal, 10 de junio de 2016)

Como se aprecia, El Gordo ha atravesado un proceso de autoconocimiento y reconocimiento de sus capacidades, ha desarrollado una nueva perspectiva de vida, orientándose en proyectos y visión a futuro, no en el VIH como una enfermedad que le limita y condena a muerte.

Dentro de los aportes, también se resalta el de Madre Tierra, quien al inicio no se involucraba tanto dentro del grupo, al finalizar las sesiones participaba activamente, expresando y defendiendo sus puntos de vista, ella manifestó: “a mí me ha ayudado a socializar más, a pesar de que tengo mi carácter ya bien establecido, me ayuda a socializar

porque ayuda a marcar la diferencia de una forma positiva y asertiva, no solo en lo bueno sino hasta en lo que se puede considerar malo”. (Madre Tierra, comunicación personal, 10 de junio de 2016)

Ella señala una parte muy importante dentro de los aspectos que se mencionaron respecto a esta interrogante, el marcar una diferencia positiva en la vida de cada persona, tanto a nivel individual como colectivo. Otras personas compartieron que les ha ayudado en la parte motivacional y a enfrentar los conflictos que se presentan diariamente, por ejemplo “me ha ayudado a llevar las cosas de una mejor manera” (El Gemelo, comunicación personal, 10 de junio de 2016) y “me ha motivado mucho”. (La Flaquita Chineada, comunicación personal, 10 de junio de 2016)

¿Siente algún cambio en su salud emocional respecto al inicio de la intervención?

De cara a esta pregunta, todas las personas coincidieron en que su salud emocional ha mejorado; se han apropiado más de sí mismas y responden al ambiente de forma más asertiva; respetándose, aceptándose y queriéndose, para luego interactuar a nivel colectivo, muestra de ello es el siguiente aporte:

“Muchísimo, en la parte emocional, en la autoestima. Este grupo aunque es pequeño pero es bien agradable, compartimos las experiencias, con todos, y hay que seguir, hay que continuar con esta política, es un ambiente saludable y agradable para todos”. (BFC, comunicación personal, 10 de junio de 2016) Las afirmaciones anteriores demuestran como la interacción grupal ha afianzado aspectos individuales, creando un ambiente grato y fortalecedor.

Continuando con los cambios en la salud emocional, también se afirmó: “aprendí a conocerme más a mí mismo que antes de iniciar estas sesiones, aprendí a hablar de mí mismo, de mis problemas y soltarlos.” (El Gordo, comunicación personal, 10 de junio de 2016) Ese autoconocimiento fue muy importante porque las personas pudieron verse a sí mismas como valiosas, capaces y productivas, enfocándose en sus puntos fuertes; teniendo

claro también que poseen puntos susceptibles a mejorar, asumiéndose a sí mismas con todo lo que son y luchando por ser mejores y salir adelante pese a las condiciones y situaciones difíciles que se les presenten.

En este momento, ¿Cuáles considera que son las situaciones que más le angustian, las que más le causan estrés?

En el perfil de entrada, se identificaron una serie de estresores en las personas participantes, que se clasificaron según la teoría de Betty Neuman como estresores intrapersonales, interpersonales y extrapersonales.

Al inicio, las personas manifestaron que las situaciones que les estresaban en mayor medida fueron: aislamiento social, cambios en su residencia, pérdida de su atractivo físico, síntomas físicos derivados de su condición, cambios en su desempeño y su vida social, crítica por parte de otras personas, relación con la familia, desprecio por parte de otros y otras, deterioro de su condición física, deterioro en la situación económica, pérdida de personas significativas y sentimientos de tristeza; siendo los últimos cuatro aspectos mencionados los que más estrés causaban.

Cuando se les consulto acerca de las situaciones que más les angustian al finalizar la intervención, la mayoría de personas manifestó sentirse tranquila y sin estrés, solo una participante respondió afirmativo a esta pregunta, su relato se detalla de la siguiente forma:

“La situación que me angustia siempre es no ver a mis hijos y me hace falta estar en mi casa, pero me he ido acostumbrando a que ellos [refiriéndose a las y los miembros del grupo] son mi familia ahora, a todos los aprecio mucho y gracias a Dios me siento muy bien.” (La Colocha, comunicación personal, 10 de junio de 2016) Como se aprecia, a pesar de que está viviendo una situación estresante, ha podido identificar y fortalecer el apoyo social como estrategia de afrontamiento, al poder contar con las demás personas con las que convive y considerarlas parte de su familia, ha adecuado su condición actual con los

recursos disponibles y lo asimila de manera amena, sin quitar con ello valor al significado y la importancia que tiene su familia de origen.

Es importante señalar que las personas indicaron que siempre hay situaciones que les estresan, pero que se van solucionando en el camino, la vida está llena de situaciones por afrontar, pero ahora son conscientes de muchas herramientas con las que cuentan para enfrentarse a las situaciones cotidianas que se les presentan; muestra de ello es el siguiente comentario: “la pura verdad es que ahorita nada; cosas que se van presentando en el momento, pero ahorita no me angustia nada. Estoy bien con la administración, los compañeros y conmigo mismo.” (MCP, comunicación personal, 10 de junio de 2016)

¿Siente usted algún cambio en la forma que enfrenta las dificultades que se le presentan?

Cuando se realizó la pregunta, todas las personas contestaron afirmativamente, dentro de las respuestas se hizo tangible el cambio en el manejo emocional de las situaciones, las personas se identifican a sí mismas como más expresivas, por ejemplo La Colocha mencionó:

Bueno, en realidad me ha hecho valorarme a mí misma, yo venía muy sensible, por todo lloraba y me iba a acostar a dormir, ahora pienso un poquitito más las cosas, siempre me gusta dormir [ríe], pero cuando me levanto con energías trato de ayudar a los demás y ya no me siento más indisputada como antes ni me encierro en mí misma, yo era antes solo encerrada. (Comunicación personal, 10 de junio de 2016)

Del relato anterior también se resalta el avance en la autoestima, La Colocha se percibe a sí misma como una mujer valiosa, asimismo menciona un aspecto que ha sido muy valorado por el grupo, que es el compañerismo, los lazos interpersonales que se han establecido y/o fortalecido luego de la intervención, esto es apoyado a continuación: “bueno, antes cada uno andaba por su lado, en cambio ya estando como grupo, conversamos, dialogamos, compartimos experiencias, si tenemos un confite lo

compartimos. Todo se ha hecho más ameno, más familiar, eso es lo que yo tengo en mi corazón.” (BFC, comunicación personal, 10 de junio de 2016)

El comentario de BFC evidencia la cohesión grupal que se estableció, las personas se unieron como grupo, se puede afirmar que hubo dinámica grupal, que la misma dirigió la Intervención en Salud Mental; otro aporte que se realizó y que evidencia la cohesión es cuando El Gordo afirmó: “todos acá formamos una especie de hogar, somos un hogar, pero cada quien andaba por subgrupos, por su lado, o cada quien andaba individualmente, ahora no, después de que empezamos a asistir a este grupo con ustedes hemos aprendido a formar más lazos”. (El Gordo, comunicación personal, 10 de junio de 2016)

Esos lazos que se mencionan constituyen un recurso muy valioso a la hora de afrontar las situaciones que se presentan, por ejemplo en una oportunidad, La Flaquita Chineada compartió una experiencia de vida muy compleja por la que estaba atravesando, y muchas personas del grupo, de acuerdo con los recursos (materiales, espirituales o emocionales) que poseían para colaborar, se unieron y le demostraron su apoyo.

La Flaquita Chineada menciona en cuanto a los cambios “diay... ahora comparto más que antes” (comunicación personal, 10 de junio de 2016) y MCP compartió: “dignificar más mi cuerpo, como dijo BFC, tratar de vestirme mejor, reducir el daño de la drogadicción que no soy tan a cartón lleno, sino zacatillo. Pero ahí voy portándome bien, haciendo el bien al que pueda y cero problemas con la gente” (comunicación personal, 10 de junio de 2016); es relevante mencionar en este punto la reducción del daño a la que hace referencia MCP, ya que en el Hogar se trabaja con este modelo, la mayoría de las personas participantes han consumido drogas, o las están consumiendo aún, durante la intervención realizada, este fue uno de los temas emergentes a los que las personas participantes le dieron más énfasis; están realizando un esfuerzo muy grande por mantenerse fuera de la drogadicción o sí están en ella consumir lo menos posible, para esta meta también fue de ayuda lo que se compartió a nivel grupal.

La intervención de Enfermería en Salud Mental ayudó a las personas a fortalecer sus estrategias de afrontamiento, tanto personales como grupales, tal como el apoyo social; también a tener conciencia de las mismas y de sus propias capacidades. Es evidente como hubo un cambio positivo en la forma en que las personas se enfrentan a los desafíos cotidianos, en cómo se perciben a sí mismas y su importante papel a nivel social.

2.13 Las Facilitadoras y el Proceso Vivido

Al iniciar teníamos mucha expectativa acerca de cómo nos iba a recibir la población, debido a que era nuestro primer contacto con ella; fue un reto, ya que de entrada dos personas manifestaron que la intervención no iba a funcionar; se conversó con ellas y se les dijo que no estaban obligadas a participar, al final fueron de las personas más activas durante el desarrollo de las sesiones.

Conforme se fue desarrollando la intervención nos sentimos más tranquilas, pero siempre con la expectativa de la próxima sesión, en una oportunidad (en la tercera sesión) sentimos que el grupo se nos salió de las manos. Esas experiencias donde sentimos que se nos salía la sesión de control, generaron sentimientos de frustración e incertidumbre; pero también nos hicieron innovar en un intento por retomar la dinámica, y fue exitoso, se intentaron muchas estrategias para captar la atención del grupo, las cuales dieron resultado. Nos dimos cuenta de que lo que ocurría fue que se logró una verdadera dinámica grupal, entonces, el grupo dirigía la experiencia y nos acoplamos a ello.

Cada día nos sentimos más motivadas a trabajar con la población, las experiencias de vida de las personas participantes calaron hondo en nuestras vidas, como lo plantea la sistematización de experiencias, la experiencia misma involucra y marca la vida de quienes participan en ella. Hubo momentos muy emotivos, donde tanto las personas participantes como nosotras como facilitadoras guardamos silencio o nos apoyamos mutuamente.

Las temáticas abarcadas surgieron del interés grupal, así como del diagnóstico que se realizó al inicio, nos sentimos muy satisfechas ya que consideramos que la intervención

contribuyó al bienestar de las personas participantes, incluidas nosotras. Podemos afirmar sin temor que las sesiones se desarrollaron mediante la dinámica de grupos, donde las y los integrantes se involucraron activamente en el proceso, dirigiendo el mismo; nuestro papel se mantuvo como facilitadoras y no como dirigentes del proceso.

Se logró así que las personas se involucraran activamente en las actividades propuestas y emergentes, eso nos llenó de gran agrado y nos corroboró que pese a las dificultades que pudieron surgir, se cumplieron los objetivos planteados para la intervención.

Toda la experiencia nos llenó de satisfacción, al saber que fue útil tanto para las personas participantes como para nosotras como facilitadoras, el reto que representó para nosotras el trabajo con la población fue superado y los resultados fueron muy provechosos. Como facilitadoras, la experiencia nos enriqueció, aprendimos muchísimo de las personas participantes; por otro lado, las personas que participaron manifestaron la utilidad y los beneficios derivados de la experiencia, en síntesis, se fortaleció su Salud Mental y las estrategias de afrontamiento ante el proceso salud-enfermedad.

CAPITULO III

REFLEXIONES DE FONDO

4.1 Las reflexiones de fondo

Luego de realizar la intervención de Enfermería en Salud Mental con las personas con VIH/SIDA del Hogar de la Esperanza, se procede a la reflexión acerca de diferentes puntos relevantes:

En cuanto a las estrategias de afrontamiento que se fortalecieron durante el proceso, la intervención de Enfermería en Salud Mental realizada con el grupo “Camino a la Esperanza”, se centró en el fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento activas o dirigidas a la acción, debido a la efectividad que representa en el cambio del ambiente o entorno del individuo, que permitió el establecimiento de alianzas significativas con los demás como recursos de afrontamiento para la expresión de emociones, el acompañamiento y la resolución de conflictos cotidianos a través de la convivencia.

Donde el fortalecimiento de estrategias como resolución de problemas, expresión emocional y apoyo social permitió reducir el estrés que estas personas afrontan a diario en su proceso de salud-enfermedad, lo que favoreció el manejo de las demandas internas y ambientales excedentes que implica las situaciones de su cotidianidad.

A través de las sesiones fue posible evidenciar una unión entre las personas, contribuyendo al apoyo social para la expresión de emociones y la búsqueda de alternativas para la solución de un problema, donde “la concentración y desahogo de las emociones significa la tendencia a centrarse en todas las experiencias negativas y exteriorizar esos sentimientos” (Di, Aparicio & Moreno, 2007, p.134), como se puede recopilar el siguiente comentario:

Diay mi semana estuvo diay positiva y no positiva porque ahora el lunes fui atraer unos resultados de sangre y ya me diagnosticaron que era una anemia crónica por mi enfermedad verdad y diay yo me sentí mal, porque eso anemia mata a cualquier persona no solo a mí, yo me sentí mal porque yo nunca había tenido una anemia por mi enfermedad, no mortal sino por mi enfermedad y si la palabra crónica ya es incurable, entonces está que ya mi compañero me dice que yo ya huelo a ataúd. (La chineada flaquita, comunicación personal, 13 de mayo de 2016).

La situación manifestada en la narración es congruente con lo que refieren Vargas, Cervantes & Aguilar (2009) al afirmar que: “las personas con VIH deben lidiar con un **conjunto** de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que, en **conjunto**, constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental” (p.217), estas situaciones demandan de las personas un esfuerzo cognitivo y conductual para superar la adversidad.

El fragmento de la participante reflejó el uso de la expresión de sentimientos hacia los demás como forma de liberación de las emociones por la situación estresante, donde: “buscar soporte en personas e instituciones cuando se experimentan situaciones de tensión se constituye una forma positiva y adaptativa de afrontar, implica un manejo directo del problema a través de la orientación que otros puedan proveer” (Lazarus & Folkman, 1986, Riquelme, Buendía & Rodríguez, 1993 citado por Macías, Madariaga, Valle & Zambrano, 2013, p. 130), dicha orientación se fomentó durante las sesiones, como se evidencia en los siguientes textos:

Yo le voy a decir algo; a mí me diagnosticaron anemia crónica y yo estaba muy mal, entonces lo que hice fue preguntar, lo primero que hice fue cuidarme, porque me dijeron eso es cierto que después de una anemia viene una leucemia, que fue lo que paso, yo dije no, yo tengo que alimentarme como dice el compañero, que hay que bañarse, usted sale a caminar, usted no puede tener la idea de que no puede hacer ejercicio, al contrario usted viene se come su desayuno bien rico, y se va con cualquiera de nosotros, con uno de nosotros vamos a caminar, regresamos se come su almuerquito bien rico, pero si viene con su sedentarismo de estar metida en su cuarto, tiene que relacionarse con todos nosotros, y decirle a cualquiera me acompaña (ACV, comunicación personal, 13 de mayo de 2016).

A mí me dio una anemia que me tuvieron que poner cuatro bolsas de sangre, y me volvieron a cambiar los medicamentos, le estoy hablando de hace un mes y medio, la hemoglobina de 14 a 3,5, a los seis meses me volvieron a cambiar y paa anemia, una anemia mortal. (MCP comunicación personal, 13 de mayo de 2016)

El recurrir al otro o la otra para ser escuchado (a) y comprendido (a) a través de la narración de similares experiencias de vida favorece a una nueva percepción de lo acontecido, como señala Di, Aparicio & Moreno (2007), “el apoyo social da a los sujetos, medios para poder manifestar sus sentimientos, lograr la identificación con otras personas

en crisis similares, poder recibir material que puede ayudarlos, desarrollo de metas reales, proporcionar información y retroalimentarse” (p.135), permitiendo que la expresión de emociones y las perspectivas de los otros hacia el problema fortalezca los recursos para afrontar la situación.

Cabe destacar que el apoyo social como estrategia de afrontamiento, se mejoró a través de las sesiones, donde el contar con los demás constituye una manera de resolver las conjeturas, como se muestra en el siguiente argumento:

Yo llego a las 8, tocó la puerta, me abren, yo le saco las pastillas [antirretrovirales], se las pongo en la mano y me quedo ahí presente hasta que se las tome, ya cuando se tomó la última ya salgo del cuarto, yo hice ese compromiso y lo estoy haciendo con mucho amor, para que el día de mañana yo voy a estar en una cama y no me pueda levantar, que haya alguien con buen corazón que me tienda la mano. (BFC, comunicación personal, 03 de junio de 2016)

Donde estas acciones de preocuparse por el bienestar del otro beneficia la salud mental como refiere Cantú, Álvarez, Torres & Martínez (2012) “el impacto emocional de un padecimiento puede estar regulado por variables tales como el soporte social – información que lleva a la persona a creer que es cuidada, amada, estimada, valorada y miembro de una red de comunicación” (p.165), es decir sentirse parte de un grupo de personas propició un mejor estado emocional, lo que minimiza los efectos de posibles estresores presentes en las personas, como se expone en el siguiente diálogo:

Para mí la sociedad me está viendo, principalmente, parte de mi familia, después del diagnóstico de ser portador de VIH como algo extraño, lo peor de la familia, muy marginado, casi no tengo relaciones con ellos. De parte mía yo le respondo con buenas actitudes, amor, paciencia y demostrarles a ellos que somos útiles ante ellos porque podemos hacer cosas maravillosas. El grupo Trans de aquí del Hogar, me están ayudando mucho con la problemática que uno tiene, se trata de conversar, dialogar. El resto de compañeros pasa igual, nos llevamos muy bien, vacilamos, conversamos y en la parte espiritual, también he podido llenar ese gran vacío que tenía. (BFC, comunicación personal, 08 de junio de 2016)

En el comentario anterior, se identifican estresores sociales y culturales que influyen en el bienestar emocional de las personas con VIH/SIDA, donde los mitos y estigmas

sociales entorno a la enfermedad influyen estrechamente en la aceptación o el inherente rechazo de parte del grupo primario y la sociedad en general; así asemejarme con otros en situaciones similares establece un pilar para el apoyo social, al facilitar la expresión de emociones y la búsqueda de opciones para solventar un problema. (Enríquez, 2009)

Además, de forma específica se debe resaltar que la resolución de problemas fue una de las estrategias abordadas a través de las sesiones, evidenciándose comentarios como “hay un problema hay que buscarle solución, todo problema tiene solución, buscarla y ayudarle a esa persona” (BFC, comunicación personal, 20 de mayo de 2016), es decir el grupo “Camino a la Esperanza” identificó que para la resolución de un problema se requiere buscar información, analizarla, examinarla y elegir la opción que se perciba positiva. (Enríquez, 2009)

Otros fragmentos que se relacionan con el proceso de resolución de problemas en su diario vivir son: “estoy aquí porque no fallo a mis pastillas, porque en Limón tenía que caminar mucho y no me tomaba bien mis pastillas (Fara, comunicación personal, 20 de mayo de 2016), también “hay que acortar, después me veo en un tiroteo o problemas con la fuerza pública o la municipalidad, y no es que ande robando ni nada”. (Madre Tierra, comunicación personal, 20 de mayo de 2016)

Lo anterior refleja las alternativas elegidas por las personas según sus recursos y el ambiente en que se encuentran inmersos para resolver las conjeturas de la cotidianidad, como hace mención Ceballos, Echeverri & Jiménez (2014) “hay ocasiones en que las condiciones del ambiente representan una amenaza para la integridad del ser y es en este momento en el que la persona actúa para evitar que estos estresores superen su capacidad para afrontarlos” (p.28), lo que indica que hay una valoración previa por cada persona para optar por la mejor solución según sus circunstancias.

Por último, cabe resaltar que la religión o la creencia en un ser superior “Dios” fue uno de los recursos de afrontamiento que las personas del grupo fortalecieron, debido a su connotación creciente en los comentarios que realizaban; a pesar de que no constituye una

estrategia abordada en esta intervención, conforme avanzaron las sesiones fue evidente el uso de sus creencias y la transmisión de éstas a los demás como medio para afrontar las situaciones estresantes, como cita Di, Aparicio & Moreno (2007) “el apoyo en la religión, es visto como una estrategias al servir como apoyo emocional para muchas personas que facilita el logro posterior de una reinterpretación positiva y el uso de estrategias más activas de afrontamiento” (p.134) , por lo tanto se hace alusión a la misma por la estrecha relación que guarda hacia el afrontamiento dirigido a la acción, ya que inclusive en una sesión de forma espontánea se unieron todos (as) los y las participantes para realizar una oración.

Además, en las sesiones resaltaron frases como: “yo estoy conforme como Dios me hizo no tengo nada de qué quejarme” (Madre Tierra, comunicación personal, 06 de mayo de 2016) y “todos los días mi diario vivir es fuerte (...) en Ya mi Dios, solo pienso en él y oro” (Fara, comunicación personal, 20 de mayo de 2016), lo que denota la religión como una forma de sobrellevar o buscar una solución ante los problemas (Enríquez, 2009).

Cabe mencionar, que las estrategias de afrontamiento fortalecidas se deben visualizar como un conjunto de respuestas que las personas optan según el evento estresante que se presente, como señala Di, Aparicio & Moreno (2007) “todas las situaciones son potenciales disparadoras de las diferentes estrategias de afrontamiento, aunque parece haber características de la situación que influyen en la utilización de estrategias concretas” (p. 136), que primeramente estas personas tienden a aceptar su realidad e intentan afrontarla, pero que a través de esta intervención de *Enfermería en Salud Mental* fue posible optimizar las relaciones interpersonales, mejorar la autonomía, la seguridad, la autoestima, la identificación de los sentimientos, emociones y conductas así como el reconocimiento y respeto del otro u otra; que estos insumos se traducen en la adopción de una red de apoyo social donde es posible exteriorizar los problemas, recibir ayuda y buscar una solución que contribuyan al bienestar integral de la persona.

Cuando se analizó si existe relación entre el proceso salud-enfermedad y el desarrollo de estrategias de afrontamiento, es evidente la relación que guarda el afrontamiento con el proceso de salud-enfermedad VIH/SIDA, debido a los constantes

cambios físicos, emocionales, culturales y sociales que genera este diagnóstico en las personas, donde “el VIH-SIDA es interpretado por los pacientes como una amenaza en varias esferas de sus vidas, tales como: integridad, autonomía, independencia, bienestar, relaciones de familia, amigos, pareja, planes futuros y bienestar económico” (Ceballos, Echeverri & Jiménez, p.28), lo que puede provocar un desequilibrio del sistema-cliente, como lo manifestó esta participante:

A mí me ve la sociedad la autoestima muy baja porque todo el mundo me señala, todo el mundo me dice que soy una cualquiera, y todo el mundo me mira mal, porque la sociedad es la más corrompida del mundo y entonces no puedo yo tener la autoestima baja, eso lo compruebo por mí mismo compañero, que me dice que yo soy muy fea, que yo no valgo nada, así me dicen en la calle también. Yo me siento muy mal porque estoy como en una balanza de que si será cierto o no, yo pienso que sí. (La Chineada Flaquita, comunicación personal, 08 de junio de 2016).

Acontecimientos como la narración anterior representan algunas de las dificultades que viven a diario las personas estigmatizadas por esta enfermedad, requiriendo mecanismos efectivos para el manejo de estos estresores, como lo señala Vargas, Cervantes & Aguilar (2009), “se ha sugerido que el afrontamiento de tipo activo (...) y el estilo enfocado en el problema (...) parecen estar asociados a los resultados psicológicos más positivos al favorecer la adaptación a la nueva condición de enfermo” (p.216-217), lo que repercute en una disminución de los niveles de estrés y malestar emocional que puede implicar la situación vivida.

Son múltiples las situaciones estresantes que afectan a estas personas, siendo necesario destacar la siguiente narración:

El VIH en mi vida ha sido como una gripe pasajera, a comparación de otras cosas que estoy viviendo como el problema del espuelón, el problema de los mareos, la toxoplasmosis, todo ese montón de porquerías, el derrame... bailar que era mi jovi preferido y andar en bicicleta no lo puedo hacer. (El Gordo, comunicación personal, 08 de junio de 2016)

El cambio de la imagen corporal, los signos y síntomas de la enfermedad y las nuevas adaptaciones al estilo de vida simbolizan nuevas situaciones que pueden significar

un estímulo estresante, requiriendo la circunstancia una respuesta efectiva; cabe señalar a Snyder (1999) referido por Di, Aparicio & Moreno (2007) quien indica: “la eficacia de las estrategias de afrontamiento descansa en su habilidad para manejar y reducir el malestar inmediato, así como en sus efectos a largo plazo, en términos de bienestar psicológico y en el estado de salud” (p.135), por lo tanto entre mejor sea la respuesta adoptada al estresor se reducirán los efectos adversos a la salud integral de las personas.

Cuando las personas diagnosticadas con VIH/SIDA logran expresar sus emociones, identificarse con las experiencias de vida de los y las demás y analizar todas las alternativas posibles para la solución de un conflicto, pueden sobrellevar de forma positiva el proceso de salud-enfermedad, como indica Sarafino (2002) citado por Cantú, Álvarez, Torres & Martínez (2012): “una persona con emociones positivas tiene más probabilidades de aceptar y llevar a cabo un tratamiento que beneficie su salud...” (p.165), acorde a lo anterior se extrae de una sesión el siguiente fragmento:

Yo me consideraba que me veían y me señalaban, decían: esa tiene SIDA (porque no le dicen VIH), pero con las terapias he aprendido que sí soy bonita, sí valgo mucho, sí puedo luchar contra esta enfermedad, porque antes yo me sentía sucia, que yo me veía y no quería salir de la casa porque yo decía: ¡uy no que no me vean, seguro se me nota que tengo VIH, seguro me huelen!, porque yo sentía que la gente me volvía a ver, y ya ahora he ido cambiando la mentalidad.(La Colocha, comunicación personal, 08 de junio de 2016)

La narración anterior, muestra que un adecuado manejo de las emociones y percepciones, así como elementos como la valoración propia y el autoconcepto permiten que estas personas fortalezcan sus respuestas emocionales ante situaciones que en un primer momento pueden ser desbordantes, constituyéndose como fuentes potenciales de estrés, siendo positiva la intervención de Enfermería en Salud Mental para el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento ante el proceso de la salud-enfermedad de este grupo.

Referente al abordaje de la teoría de Betty Neuman durante la intervención de Enfermería en Salud Mental realizada, a continuación se describen los aspectos tomados en cuenta:

Betty Neuman se basó en principios de la Teoría General de Sistemas, que concibe a los elementos y/o individuos como entes en constante relación, para Bertalanffy (1989) un sistema es: “un complejo de elementos interactuantes” (p.56), así, las personas en sí mismas constituyen un sistema, que interactúa con otros sistemas y, al mismo tiempo es también parte de sistemas más complejos. Según Neuman y Fawcett (2002) algunos términos derivados de la teoría de sistemas y que se aplican a la Enfermería son “totalidad, orden, diferenciación, meta dirigida o directa, estresores, estabilidad y retroalimentación”. (p.6)

Por lo anterior, cuando se habla de realizar un abordaje de Enfermería en Salud Mental con personas o grupos, es fundamental considerarles como entes complejos y dinámicos que influyen en las demás personas y son influidos por ellas. La intervención se realizó con base en metas específicas y se trabajó tomando en cuenta los estresores presentes en las personas participantes.

Neuman propone trabajar con las personas o grupos considerando el holismo, es decir, la concepción de las personas como entes únicos con una serie de dimensiones, precisamente, en esta línea se interactuó con las personas participantes, considerando el grupo en sí como un ente total compuesto por personas o sistemas holísticos en constante interacción, que se influyen unos a otros; esa influencia mutua se evidenció por ejemplo cuando El Gordo afirmó: “todos acá formamos una especie de hogar, somos un hogar, pero cada quien andaba por subgrupos, por su lado, o cada quien andaba individualmente, ahora no, después de que empezamos a asistir a este grupo con ustedes hemos aprendido a formar más lazos.” (Comunicación personal, 10 de junio de 2016) Así, las personas participantes compartieron sus experiencias y se enriquecieron mutuamente de las mismas; aunque la experiencia de vida es única, muchos aspectos de la misma pueden ser similares, en este sentido, se debe recordar que el grupo estuvo conformado por personas que comparten una condición de VIH/SIDA, pero además tenían en común el haber utilizado drogas o estar aun consumiéndolas, condiciones que marcan una enorme similitud y unen a las personas.

Con respecto al holismo, Neuman y Fawcet (2002) afirman: “es un concepto filosófico y biológico, implica relaciones y procesos para aumentar el bienestar, la libertad dinámica y la creatividad como ajusta ante los estresores en un entorno interno y externo.” (p.7, traducción de Castro) Es decir, el holismo conlleva interacción dinámica que toma en cuenta al entorno, así como los estresores, que representan un reto importante en la cotidianidad de las personas (sistemas); es aquí donde Enfermería orienta sus acciones hacia el bienestar de las personas, teniendo en cuenta el significado que las mismas atribuyen a las situaciones que viven.

En la intervención de Enfermería en Salud Mental se abordó la relación entre las personas, su entorno y los factores estresantes, en consonancia con lo que propone la teoría de Neuman, al mencionar: “el modelo toma todo el conjunto de variables que pueden afectar la posible o verdadera respuesta a los estresores y explica cómo se logra la estabilidad del sistema con relación a los estresores ambientales que actúan sobre el cliente”. (Neuman y Fawcet, 2002, p.1, traducción de Castro)

Para ayudar a la estabilidad del sistema que plantea Neuman, se abordaron las estrategias de afrontamiento ante el proceso salud-enfermedad que poseen las personas con VIH/SIDA que participaron en la intervención, comprendiéndolas y fortaleciendo dichas estrategias; según la teoría, cuando el sistema está estable hay bienestar, y el bienestar genera salud, de esta forma se cumplió con la meta de Enfermería que plantea Neuman al señalar: “la máxima meta de la Enfermería es facilitar el óptimo bienestar para el cliente a través de la conservación, consecución o mantenimiento de la estabilidad del sistema.” (Neuman y Fawcet, 2002, p.1, traducción de Castro)

Por ello, a lo largo de la intervención se buscó siempre que las personas se sintieran cómodas, con libertad para expresarse y poder contribuir de manera significativa a su bienestar, de tal manera que, al finalizar las sesiones, pudieran reconocerse a sí mismas como capaces de salir adelante con los recursos que una vez fortalecidos y/o desarrollados poseen. La respuesta fue muy positiva y por los relatos de las y los participantes se corroboró que la meta se cumplió.

Con la experiencia práctica se buscó la comprensión de las implicaciones del proceso salud-enfermedad de las y los participantes, la experiencia misma permitió adentrarse en su realidad y trabajar con ella, que las personas participantes tomaran conciencia de las estrategias de afrontamiento que poseen, así como su valor y sus capacidades y cualidades.

En relación con lo anterior, es muy importante el concepto de adaptación; adaptación al entorno y a las condiciones de vida, y en conjunto el desarrollo de estrategias de afrontamiento en respuesta a dichas condiciones. Durante la intervención, las personas manifestaron como se han ido adaptando a las condiciones de vida y esa adaptación les ha sido útil durante su recorrido, muestra de lo anterior es el siguiente fragmento:

Cuando yo tenía 10 o 12 años odiaba a mi madre, cuando cumplí 15 años y entendí a las mujeres me di cuenta que hay mujeres buenas y malas, a mí me toco una mala madre ¿qué voy hacer? amarla y quererla, si ella no me quiere a mí, es problema de ella (...) y la perdoné a los 15 años y me quité un peso de encima. (Fara, comunicación personal, 20 de mayo de 2016)

El relato evidencia como Fara se adaptó a la situación conflictiva con su madre, se apropió de la experiencia y la transformó, moldeándola para poder superarla y no cargar con ella. Esa vivencia le ha fortalecido y le ha ayudado a salir adelante; se observa como él constituye un sistema en sí mismo y es afectado por otros sistemas (la familia), están presentes los factores estresores y estrategias de afrontamiento a la situación vivida.

Precisamente, el Modelo de Sistemas de Neuman se orienta a “la relación de los estresores o las situaciones estresantes y las posibles reacciones del cliente/sistema cliente, ya que los intercambios del entorno son recíprocos.” (Neuman y Fawcett, 2002, p.9, traducción de Castro) En este marco, por medio de la intervención de Enfermería en Salud Mental se exploró en las situaciones estresantes, sus efectos y las estrategias de afrontamiento como respuesta a las mismas.

Analizando la intervención de Enfermería en Salud Mental de acuerdo con los metaparadigmas y la propuesta teórica de Neuman, la persona o el sistema cliente correspondió al grupo de personas participantes, está compuesta por 5 variables (fisiológica, psicológica, sociocultural, evolutiva y espiritual), según Neuman y Fawcet (2002) las variables “tienen diferentes grados de desarrollo y un amplio margen de interacción y potencial, por lo que experimentan cambios constantemente lo que lo constituye un sistema abierto en interacción recíproca con su entorno”. (p.15, traducción de Castro) En el perfil de entrada se consideró indagar acerca de cómo los estresores afectan las diferentes variables, de acuerdo con ello se priorizó en los aspectos más sensibles a trabajar, tomando en cuenta que las variables se influyen mutuamente, por ello, la afectación en una repercutirá inevitablemente en todas.

La variable fisiológica, que hace referencia a la estructura y funciones internas del cuerpo, se encontró afectada, dada la patología que portan las personas participantes, los cambios en el cuerpo (tanto en estructura como en funcionalidad) representan para ellos y ellas un estresor importante, como se muestra a continuación:

Diay mi semana estuvo diay positiva y no positiva porque ahora el lunes fui atraer unos resultados de sangre y ya me diagnosticaron que era una anemia crónica por mi enfermedad verdad y diay yo me sentí mal, porque eso anemia mata a cualquier persona no solo a mí, yo me sentí mal porque yo nunca había tenido una anemia por mi enfermedad, no mortal sino por mi enfermedad y si la palabra crónica ya es incurable, entonces está que ya mi compañero me dice que yo ya huelo a ataúd y eso me entristece más y entonces yo estoy encerradita en mi cuarto, y me da por dormir y dormir y dormir y no deseo levantarme, y me levanto si deberás a bañarme y todo así, pero no deseo levantarme como deprimida (La Chineada Flaquita, comunicación personal, 13 de mayo de 2016).

El relato evidencia como la persona está angustiada por su enfermedad, por el cambio en la funcionalidad de su cuerpo y el temor a la muerte, además se observa como está siendo afectada por otro sistema (su compañero de vida). Dentro del relato se puede apreciar la variable psicológica, la cual según Neuman y Fawcet (2002) “se refiere a los procesos mentales, interacciones del ambiente y sus efectos tanto interna como

externamente” (p.15, traducción de Castro), lo que evidencia como las diferentes variables influyen entre sí.

Una de las variables más afectadas fue la sociocultural, es decir, las influencias que ejercen la sociedad y la cultura en su salud mental, dado que las personas participantes viven generalmente aisladas de su familia; como muestra el siguiente fragmento: “la situación que me angustia siempre es no ver a mis hijos y me hace falta estar en mi casa, pero me he ido acostumbrando a que ellos [refiriéndose a los miembros del grupo] son mi familia ahora, a todos los aprecio mucho y gracias a Dios me siento muy bien”. (La Colocha, comunicación personal, 10 de junio de 2016)

Aunado a lo anterior, las personas han sido rechazadas, tanto por ser portadoras de VIH/SIDA como por los antecedentes de consumo de drogas y las consecuencias que ello implica; han sido víctimas del estigma y la discriminación, muchas de ellas han vivido en condición de calle, por lo anterior se trabajó fuertemente esta variable, identificando y fortaleciendo estrategias de afrontamiento.

La variable evolutiva, referida a las actividades y procesos relacionados con la edad del sistema, también se tomó en cuenta durante la intervención, en este grupo participaron personas de diferentes edades, desde adultas jóvenes hasta personas adultas mayores, que compartieron sus vivencias y expectativas de acuerdo con su edad, también se observó la diferencia en cuanto a las prioridades y la forma de ver el mundo, esta diversidad enriqueció mucho la dinámica grupal.

Por último, la variable espiritual, descrita como ““la semilla” o esencia que clarifica y califica el estado del ser, pues el espíritu controla la mente y la mente controla el cuerpo” (Neuman y Fawcet, 2002, p. 16, traducción de Castro), es una de las variables a la que se le da mayor importancia según la teoría, ya que es en ella donde se sientan las bases del holismo, la teoría menciona la unión del espíritu humano con el Espíritu Santo para magnificar y transformar la realidad. Con respecto a ello, se identificó que esta variable es una de las que ejerce mayor influencia positiva en las personas, la totalidad de los y las

participantes manifestaron creer en Dios y verbalizaron como esa creencia y unión de su espíritu con el de un ser superior les ha dado fuerzas para salir adelante, a pesar de las múltiples dificultades que han enfrentado.

El sistema cliente con sus cinco variables, constituye una estructura básica, que contiene las características básicas de supervivencia. Alrededor de dicha estructura, se encuentran una serie de líneas concéntricas: línea flexible de defensa (previene de la invasión de los estresores, manteniendo el sistema libre de sintomatología ante el estrés), línea normal de defensa (representa el estado de bienestar usual del cliente, el nivel de estabilidad) y las líneas de resistencia (encargadas de proteger la estructura básica cuando la línea normal de defensa es invadida por estresores). (Neuman y Fawcet, 2002, traducción de Castro)

En las personas participantes se identificó que los estresores han atravesado las líneas flexibles de defensa, reduciendo la efectividad del sistema para amortiguar el impacto de los agentes estresores, ocasionando reacciones, que afectan su nivel de estabilidad o bienestar. En este punto es importante resaltar que “cada cliente/sistema cliente tiene un rango normal de respuesta para el entorno que es referido como la línea normal de defensa o bienestar/estado de estabilidad, que representa el grado de afrontamiento contra los diferentes estresores.” (Neuman y Fawcet, 2002, p.12, traducción de Castro) Por ello se ahondó en las experiencias de las personas para identificar y reforzar las estrategias de afrontamiento ante los agentes estresores, de tal manera que se pueda contribuir al restablecimiento del bienestar del sistema cliente, trabajándose desde las diferentes variables así como sus interacciones, que determinan la naturaleza y el grado de reacción de cada sistema cliente.

Cabe señalar que según Neuman y Fawcet (2002) “El bienestar es un continuo de la energía disponible para apoyar al sistema en un óptimo estado de estabilidad del sistema” (p.13, traducción de Castro) y “la función de las líneas es mantener la viabilidad del sistema”. (p.21, traducción de Castro) Así, con la intervención de Enfermería en Salud

Mental se contribuyó al bienestar de los sistemas clientes, fortaleciendo sus líneas de defensa y resistencia.

El metaparadigma entorno, que está constituido por “todos los factores que afectan y son afectados por el sistema” (Neuman y Fawcett, 2002, p.21, traducción de Castro), es decir constituye todos los elementos que interfieren positiva o negativamente en la estabilidad del sistema/cliente. La teoría plantea 3 entornos: el intrapersonal, el extrapersonal (que incluye entorno interpersonal y el extrapersonal) y lo que se llama entorno creado, es decir: “un sistema abierto que intercambia energía con el entorno interpersonal y el extrapersonal” (Neuman y Fawcett, 2002, p.21, traducción de Castro). De esta forma, las personas movilizan sus recursos entre estos tres entornos, para mantenerse en equilibrio/estabilidad; principalmente el entorno creado constituye un esfuerzo del sistema para movilizar recursos que favorezcan su integridad; durante la intervención de Enfermería en Salud Mental se trabajó tomando en cuenta dichos entornos y su influencia en la salud de las personas participantes.

Con respecto al entorno creado, se determinó que en las personas participantes se ha visto afectado negativamente dado el estigma y la discriminación de la cual son víctimas por su condición, pero eso ha servido como motivación para el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les ayudan a salir adelante con las demandas del entorno; cumpliendo con la función de este entorno, es decir, mantener el equilibrio.

Se consideró principalmente que cada entorno puede conllevar diferentes tipos de estresores (tensiones con la capacidad de producir inestabilidad dentro del sistema), así se identificaron y clasificaron los estresores de acuerdo con la teoría como intrapersonales, interpersonales y extrapersonales; una vez identificados se procedió a realizar los diagnósticos de Enfermería y el planteamiento de las sesiones.

Hubo una respuesta muy positiva por parte de las personas participantes, quienes fueron identificando los estresores y las estrategias de afrontamiento que utilizaron o pueden utilizar para afrontarlos; es importante recordar que “los estresores son

considerados como inherentemente neutros o inertes; la percepción del cliente de cada estresor y de su naturaleza determina como se va a producir el efecto benéfico o nocivo” (Neuman y Fawcet (2002, p. 24, traducción de Castro), entonces, el impacto de un estresor dependerá de la percepción de cada quien.

Se debe considerar en relación con el afrontamiento y el entorno que según Lazarus y Folkman (1991) “el mejor afrontamiento es aquel que modifica la relación individuo-entorno en el sentido de mejorarla”. (p.161) Es decir, se reconoce que los estresores tendrán su efecto dependiendo de la interpretación que el sistema/cliente haga de ellos, así como del evento que se presente y al mismo tiempo, la efectividad de la respuesta va a depender de la modificación de las relaciones entre la persona y su entorno.

Por lo anterior, durante la intervención de Enfermería en Salud Mental realizada, las personas participantes externaron sus experiencias de vida, la forma en como las han interpretado y el impacto que han significado, así como la manera en que han respondido a ellas.

Se trabajó con los sistemas/clientes considerando la perspectiva holística, ya que “el concepto de la totalidad está basado en la consideración de las interacciones entre las variables, las cuales determinan la resistencia de un individuo ante cualquier estresor ambiental, ocurra o no una reacción” (Neuman y Fawcet, 2002, p.25), así, se tomaron en cuenta las múltiples variables del sistema, ya que la interacción mutua determina la respuesta, al intervenir con varias el efecto positivo resultó mayor.

Neuman y Fawcet (2002) mencionan en relación con el efecto de los estresores que: “pueden tener una influencia positiva con un potencial favorecedor o incluso producir un cambio en el sistema” (p.26, traducción de Castro); esto se evidenció en algunos relatos, por ejemplo: “ahora veo una persona sabia, que ha vivido, porque era un imbécil y ocupaba aprender, chanel era, ahora me pongo lo que caiga” (El Gordo, comunicación personal, 06 de mayo de 2016). En su relato, El Gordo manifiesta que la situación estresante derivó en aprendizaje necesario para mejorar su vida; en esta línea, La Colocha agregó: “antes me

pasaba lo del Gordo, todo era marca, tacón alto, vestidos, lo más lindo, la chica fresa del barrio, ahora que me he enfermado sé valorar lo que tengo y lo que soy, sé darle gracias a Dios.” (Comunicación personal, 06 de mayo de 2016)

Ambas experiencias demuestran el potencial favorecedor de la situación estresante, la cual ocasionó cambios en el sistema, contribuyendo a su crecimiento en diferentes variables y con ello a su estabilidad. Se evidencia como el sistema/cliente realiza intercambios de energía con el entorno, y como esos intercambios afectan directamente su estabilidad.

En lo referente al metaparadigma salud, el modelo de sistemas “conceptualiza la salud o el bienestar desde un continuo; el bienestar y la enfermedad son los componentes de este continuo” (Neuman y Fawcett, 2002, p.27, traducción de Castro), esto implica que el sistema/cliente está intercambiando constantemente energía con su entorno, está recibiendo información e influencia de los agentes estresores, los cuales como ya se dijo pueden favorecer o ir en detrimento de la estabilidad/homeostasis del sistema.

Dentro de las experiencias que manifestaron las personas en el desarrollo de la intervención de Enfermería en Salud Mental mencionaron como el VIH/SIDA les ha ayudado a tomar conciencia de salud, en el sentido de mejorarla; cuando hablaron acerca de su salud, la mayoría de los y las participantes la catalogaron como buena o excelente, porque no ven el VIH/SIDA como una enfermedad sino como una condición con la que viven, pero de la cual no depende su estabilidad física, emocional o espiritual. Más bien su condición de ser portadores (as) de VIH/SIDA les ha dado oportunidades, como por ejemplo formar parte del Hogar de la Esperanza, institución que representa un gran apoyo para sus residentes.

Algunas personas señalaron que el haber “tocado fondo” en su experiencia de vida con la drogadicción y la condición de calle, les impulsó a seguir adelante y salir de ese ambiente, les ayudó a estabilizarse, adoptando medidas tendientes a mejorar su vida y por ende su salud; lo cual es consistente con la teoría de Neuman cuando afirma “la salud para

el cliente es equivalente a un óptimo grado de estabilidad, esto es el mayor estado de bienestar posible que el sistema pueda tener en cualquier momento”. (Neuman y Fawcet, 2002, p.27) Así, la salud consiste en lograr la estabilidad, siempre considerando que se encuentra enmarcada dentro del continuo salud-enfermedad.

Entonces, la salud depende de la estructura básica y de la armonía entre las diferentes variables y el entorno, situación que se evidenció en algunos de los relatos, por ejemplo Madre Tierra con respecto a su salud afirmó: “dependerá de la actitud que yo tenga en el cuidado personal” (comunicación personal, 10 de Junio de 2016), el empoderamiento de su autocuidado es una decisión que tomó Madre Tierra y las estrategias de afrontamiento hacia dicha situación se convierten en sus aliadas para lograr mantenerse estable en el continuo salud-enfermedad. Como ella, muchas personas manifestaron con respecto a su salud que se ha mantenido estable, que se encuentran bien, han tenido crisis pero se han resuelto. La salud es energía fluyendo, intercambiándose entre las personas y su entorno intrapersonal, interpersonal y extrapersonal.

Para Neuman, la salud se entiende en términos de bienestar, a su vez, el bienestar “está dado cuando la cantidad de energía que el sistema produce es mayor que la que consume o es utilizada” (Neuman y Fawcet, 2002, p. 27, traducción de Castro), así, cuando el sistema está en equilibrio entre la disponibilidad y las demandas de energía se dice que hay salud; en esta línea, la intervención de Enfermería en Salud Mental contribuyó al equilibrio al fortalecer la disponibilidad de energía, dado que las estrategias de afrontamiento son un recurso valioso para que el sistema pueda canalizar las demandas de energía de manera más productiva, mejorando sus líneas de defensa.

Por último, el metaparadigma Enfermería se evidenció con la intervención misma, ya que según Neuman y Fawcet (2002) “su función es mantener la estabilidad del sistema a través de diferentes contactos y efectos de los factores estresantes y a ayudar al sistema para lograr un óptimo estado de bienestar”. (p.29, traducción de Castro) Esta ayuda se brindó por medio del fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento que poseen las personas participantes ante los agentes estresores.

Relacionado con la teoría de Neuman, nos cuestionamos como ayudó la intervención de Enfermería en Salud Mental para el abordaje de los factores estresores identificados al inicio de la intervención; antes de iniciar la intervención, luego de la revisión teórica acerca del VIH/SIDA y sus implicaciones, y en consonancia con la teoría de Neuman se identificaron una serie de estresores y se indagó acerca de ellos. Luego se clasificaron como intrapersonales, interpersonales y extrapersonales, de acuerdo con ello se diseñaron los diagnósticos y las sesiones por realizar.

La intervención ayudó a que las personas participantes tomaran conciencia del impacto de las situaciones estresantes en su vida, así como los recursos que han utilizado para afrontar dichas situaciones. Los factores estresores se trabajaron fortaleciendo las cualidades que tienen las personas para afrontarlos, haciendo hincapié en las posibles soluciones y en cómo cada uno y cada una es un agente de cambio, una persona valiente y con mucha capacidad para tomar las riendas de su vida y transformarla, para alcanzar equilibrio y bienestar.

Dentro de los estresores intrapersonales, se identificó que las personas estaban muy preocupadas por su apariencia física, así como por sentimientos de tristeza; por ello se promovió el reconocimiento de las cualidades y fortalezas poseen, asimismo se hizo referencia a la autoimagen y el autoconcepto. De esta forma, la autoestima se convirtió en una herramienta para mejorar la salud de las personas, contribuyendo así a su bienestar y constituyó un eje transversal durante toda la intervención.

A nivel interpersonal, se determinó que las personas poseen un deterioro de los vínculos familiares y sociales, derivando en un déficit en el apoyo social. Las personas participantes adolecían el distanciamiento con su familia, muchas de ellas comentaron como habían contribuido con sus acciones pasadas a esa situación y el dolor emocional que significó estar atravesando por esa experiencia. La intervención de Enfermería en Salud Mental contribuyó a que las y los participantes externaran sus sentimientos y pensamientos, se abordó el manejo de emociones, la comunicación, la resolución alternativa de conflictos y la identificación de los significados de las propias vivencias. En este punto, se utilizó la

relajación como herramienta para mejorar la salud mental, explicando a las personas participantes como pueden aplicarla en su vida, así como sus beneficios a corto y largo plazo.

Por último, dentro de los factores estresores extrapersonales, se identificó un deterioro en el desempeño del rol, así como afectación al sistema por el estigma y la discriminación que han sufrido las personas, tanto por su condición de ser portadoras de VIH como por haber estado muchas de ellas en condición de calle. Así, se trabajó fuertemente con proyectos de vida y habilidades sociales. Al final de la intervención, las personas manifestaron sentirse motivadas para seguir adelante, establecieron metas y proyectos a corto y largo plazo, además delimitaron la manera de alcanzar esos objetivos.

Así, los factores estresores se abarcaron de tal manera que las personas pudieran identificar lo que les está afectando, pero también posibles maneras de enfrentarse a ello, fue una experiencia muy constructiva para los sistemas involucrados, tanto para las personas del Hogar como para las facilitadoras, hubieron muchas lecciones aprendidas.

Luego de ahondar en las estrategias de afrontamiento y la teoría de Neuman, nos interesó preguntarnos ¿Cuáles son los principales resultados obtenidos con la experiencia?

La visión negativa que posee una parte de la sociedad hacia las personas con el diagnóstico de VIH/SIDA implica actitudes de rechazo, discriminación y exclusión de esta minoría, incentivando en el sujeto una interiorización de sentimientos de culpabilidad, aislamiento y tristeza que repercuten en la valoración que poseen de sí mismo y misma, siendo oportuna esta intervención de Enfermería en Salud Mental para el fortalecimiento de la autoestima, como refleja el siguiente fragmento:

Bueno, en realidad me ha hecho valorarme a mí misma, yo venía muy sensible, por todo lloraba y me iba a acostar a dormir, ahora pienso un poquitito más las cosas, siempre me gusta dormir [ríe], pero cuando me levanto con energías trato de ayudar a los demás y ya no me siento más indispueta como antes ni me encierro en mí misma, yo era antes solo encerrada (La Colocha, comunicación personal, 10 de junio de 2016).

Las expresiones de la participante señalan indicios de un proceso de reconocimiento de sí misma, valorándose a través de sus características propias y una mayor apertura hacia los demás como forma de afrontamiento a su enfermedad, refiriendo Ortega, Mínguez & Rodes (2000) “nos autovaloramos a partir de la realidad que somos o cualidades que poseemos; pero también es verdad que aquello que queremos ser (metas, proyectos) puede convertirse en nosotros en fuente de valoración” (p.49), tal y como manifiesta esta persona: “me veo como una persona útil a la sociedad, espiritualmente me siento muy bien, emocionalmente también. Un deseo que tengo en este momento es seguir luchando y también luchar por lo que dejé tiempo atrás, que son las drogas” (BFC, comunicación personal, 08 de junio de 2016).

Cuando la persona posee una apreciación positiva de sí misma como las expresiones de este participante, se evidencia un incremento en la confianza de sus capacidades para afrontar las vicisitudes de la propia realidad, mayor motivación, responsabilidad sobre sí mismo, optimismo, seguridad y un sentimiento de satisfacción por los logros alcanzados, producto de una autoestima positiva.

También el siguiente diálogo mostró el establecimiento de metas como fuente de valoración:

Quiero lograr un trabajo para no salir más [a la calle, prostitución], para lograr mi casa, para lograr todo lo que yo quiero, para lograr mis gustos, para ayudar a mi mamá... muchas cosas. Quiero salir de la calle para estar bien, para mejorar mi condición de vida, lo voy a lograr no volviendo más ahí, teniendo un trabajo fijo. El trabajo lo voy a lograr haciendo solicitudes y poniendo la fe en Dios. (Rubí, comunicación personal, 03 de junio de 2016)

A pesar de la condición de salud, el poseer una dirección, un rumbo, una meta como se observó en esta persona constituye una manera de sentirse valorada, apreciada, con un fin para el logro de objetivos, afirmado Ortega, Mínguez & Rodes (2000) “las metas, proyectos, aspiraciones de realización personal, a la vez que son para el sujeto un impulso o estímulo al crecimiento en la autovaloración o autoestima, constituyen, además, un medio de evaluación de la autoestima del mismo” (p.49), siendo oportuno que una de las sesiones

se destinará para el abordaje del proyecto de vida y el reconocimiento de recursos o esfuerzos realizados para el alcance de sus metas.

El fortalecimiento de la estima propia también es inherente a las interacciones sociales que se mantienen con los demás, como refiere Ortega, Mínguez & Rodes (2000) “tanto conducta de los otros y las reacciones de ellos ante nuestra conducta nos sirve a menudo de criterio que orienta nuestros propios sentimientos y la valoración sobre sí mismo” (p.50), ya que el reconocimiento del otro contribuye al concepto que se posee de sí mismo, favoreciéndose en esta intervención las relaciones interpersonales al constituirse un grupo dirigido por las facilitadoras a través de la dinámica grupal, la siguiente expresión evidencia lo expuesto “este grupo aunque es pequeño pero es bien agradable, compartimos las experiencias, con todos, y hay que seguir, hay que continuar con esta política, es un ambiente saludable y agradable para todos” (BFC, comunicación personal, 10 de junio de 2016).

El pertenecer a un grupo afín a las experiencias de vida e identificarse al escuchar el otro a través de la expresión de emociones como estrategia de afrontamiento, permitió un mayor acercamiento y conocimiento de las personas que viven en el Hogar La Esperanza, como se expuso en este diálogo:

Bueno, antes cada uno andaba por su lado, en cambio ya estando como grupo, conversamos, dialogamos, compartimos experiencias, si tenemos un confite lo compartimos. Todo se ha hecho más ameno, más familiar, eso es lo que yo tengo en mi corazón (BFC, comunicación personal, 10 de junio de 2016).

Como expresó el participante el estar en el grupo permite compartir experiencias vividas, conocer otras percepciones para la resolución de un problema, el disponer de apoyo social para ser escuchado y acompañado, como señala Canto (1998) una de las características que posee un grupo son los valores que se comparten, permitiendo el grupo que las personas adquieran habilidades y recursos al pertenecen al mismo, en este caso el fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento dirigidas a la acción.

Así, la cohesión grupal fue un resultado favorecedor en la intervención, ya que las personas reconocieron que contaban con los demás miembros del grupo para afrontar las adversidades diarias que implica su proceso salud-enfermedad, señalando una persona en la última sesión:

Todos acá formamos una especie de hogar, somos un hogar, pero cada quien andaba por subgrupos, por su lado, o cada quien andaba individualmente, ahora no, después de que empezamos a asistir a este grupo con ustedes hemos aprendido a formar más lazos (El Gordo, comunicación personal, 10 de junio de 2016).

Esta formación de lazos que mencionó el participante, constituyó un medio para el apoyo social entre los miembros del grupo, debido a la necesidad de cuidar al otro representado a través de actos como dar las pastillas, acompañarse a citas médicas, compartir espacios, entre otros, como refiere Canto (1998) “...cuando los individuos se sienten que comparten una misma identidad social puede originar una serie de variables (p. ej.: proximidad, cooperación, etc.) que aumente la atracción interpersonal” (p.84), dicha proximidad se fomentó al ser capaces de conocer al otro, mediante la escucha que fue regulada bajo normas sociales establecidas en el grupo como el respeto al espacio de expresión del otro.

Al adquirir las personas una identidad grupal e identificar al otro como un recurso de afrontamiento de sus circunstancias estresantes, permitió como resultado favorecedor una mayor apertura a la expresión de sus emociones, sentimientos y conductas, estrategia identificada en el perfil de entrada como débil en estas personas, como se observó en este comentario “yo lloraba por todo, ahora soy una persona más abierta, si me preguntan algo lo contesto claro, directo, como tiene que ser, sin temor a nada, ya no tengo tantos miedos como antes, esto me ha ayudado montones” (El Gordo, comunicación personal, 10 de junio de 2016), el aumento de la confianza para decir lo que se siente, piensa y las reacciones conductuales asumidas en distintos momentos fue evidente en todos y todas las personas que conformaron el grupo, como se identificó anteriormente en la interrogante destinada a las estrategias.

Por lo tanto, son muchos los efectos positivos que desencadenó la intervención de Enfermería en Salud Mental, al fortalecerse de forma integral el bienestar de las personas, principalmente su salud mental al abordarse las estrategias y recursos de afrontamiento para responder a las exigencias de la vida en sus distintos escenarios que representa su realidad, cabe destacar el siguiente fragmento:

Tanto así que cuando yo ingresé a este lugar, antes de conocerlas a ustedes incluso, yo ya había preparado todos los actos fúnebres para mi persona, ya había dejado pago ataúd, arreglos florales, transporte, carroza, todo... y ahora cada vez que logro salir de acá un miércoles o jueves que tengo que ir a Alajuela a ver el asunto del negocio, pienso en proyectos a futuro, proyectos de vida, no planes de como quería que me enterraran, es más tanto así que yo le dije a mi mejor amigo que el día de mi vela, soltara en plena vela una bomba de gas lacrimógeno, para que tuvieran porque llorar. Me mejor amigo sí lo hace porque está peor de loco que yo (ríe). Ahora tengo más proyectos de los que habría imaginado nunca estando sin el conocimiento de mi diagnóstico, porque aprendí a conocerme más a mí mismo que antes de iniciar estas sesiones, aprendí a hablar de mí mismo, de mis problemas y soltarlos (El Gordo, comunicación personal, 10 de junio de 2016).

La expresión de esta persona representa una serie de manifestaciones verbales similares por las otras personas que fueron partícipes de esta intervención, donde la adopción de nuevas metas, el establecer lazos o alianzas significativas con el otro, el interés mutuo, el compartir, escuchar y conocer las experiencias de cada uno, el análisis y el establecimiento de alternativas de resolución para un conflicto, permitió que Enfermería en Salud Mental cumpliera su propósito como lo establece Neuman & Fawcett (2002) “la enfermera crea los enlaces necesarios entre el cliente, el entorno, la salud y la Enfermería para conservar el estado de armonía” (p.29), es decir a través de la dinámica grupal y las diferentes técnicas directivas y participativas surgió un escenario favorecedor para el abordaje de las estrategias de afrontamiento de las situaciones estresantes vividas por el grupo “Camino a la Esperanza”, aportando esta intervención mayor bienestar y estabilidad al sistema cliente.

CAPITULO IV

PUNTOS DE LLEGADA

5.1 Conclusiones

La sistematización de experiencias es un ejercicio práctico y teórico, que permite reflexionar críticamente acerca de las experiencias vividas, viéndolas desde aristas particulares y reflexionando desde la experiencia misma para crear aprendizajes significativos.

La presente sistematización de experiencias posibilitó la comprensión de las experiencias vividas por la población con VIH/SIDA del Hogar de la Esperanza acerca de su proceso de salud enfermedad y permitió fortalecer estrategias de afrontamiento que han utilizado, derivando en conocimientos útiles que contribuyeron al bienestar de las personas participantes en la intervención de Enfermería en Salud Mental.

La participación de las facilitadoras con la población participante permitió el análisis crítico de las experiencias de vida, en el sentido de tomar conciencia de las estrategias de afrontamiento utilizadas y poder fortalecer los recursos utilizados.

Las personas con un diagnóstico de VIH-SIDA se encuentran a diario con situaciones de vida que demandan un esfuerzo conductual y cognitivo para afrontar una serie de amenazas que atentan contra su integridad, requiriendo la adopción o el fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento que poseen para mejorar su relación con el entorno interno, externo y el creado.

El paradigma humanista contribuyó a entender a las personas desde su totalidad, tomando en cuenta sus percepciones, así como su adaptación al medio en que viven, su tendencia hacia la autorrealización y sus influencias hacia y desde el entorno.

La dinámica de grupos, es un recurso muy valioso para trabajar con las personas, ya que permite que sean las mismas y los mismos participantes quienes tomen conciencia de su experiencia y se apoderen de ella, para crear en conjunto aprendizajes propios que se orienten a mejorar su salud, en este caso su salud mental.

La intervención de Enfermería en Salud Mental a través de un grupo socioterapéutico fue de gran ayuda, ya que fueron los mismos sistemas-clientes quienes desarrollaron sus capacidades para enfrentarse consigo mismos y con el entorno del cual forman parte.

La presente intervención de Enfermería en Salud Mental se llevó a cabo respetando los principios bioéticos de la práctica enfermera, contribuyendo positivamente a la salud mental de las personas participantes.

El desarrollo de las sesiones fue muy enriquecedor, tanto para las personas participantes como para las facilitadoras; el intercambio de experiencias constituyó una fuente valiosa de conocimientos, tendientes a la comprensión de sí mismos (as) de acuerdo con las condiciones y la etapa de vida.

Las estrategias de afrontamiento fortalecidas en el grupo “Camino a la Esperanza”, fueron las orientadas a la expresión emocional, el apoyo social y la resolución de problemas, debido al reforzamiento en su autoestima, el mejoramiento de las relaciones interpersonales, la confianza, la autonomía, el reconocimiento de las emociones, la realización personal y la motivación para superar los obstáculos que implica su proceso de salud-enfermedad.

La identificación de las personas con los miembros del grupo a través del relato de vivencias de vida similares, permitió una mayor interacción y cohesión entre las personas, debido a la expresión de emociones y conductas asumidas ante distintos desafíos, contribuyendo a la creación de alianzas significativas para colaborar, acompañarse, recurrir y apoyarse en los otros como estrategia de afrontamiento ante una posible situación estresante.

La liberación de emociones por medio de la escucha activa y el intercambio de impresiones entre las personas hacia una situación conflictiva, favoreció la disminución de los niveles de estrés concebidos por el estresor, debido a la orientación que puede proveer

el otro o la otra por compartir una misma experiencia y el interés mutuo que surgió entre los miembros del grupo.

Esta intervención de Enfermería en Salud Mental implica un cambio significativo en el entorno creado del grupo, donde al inicio las personas mantienen interacciones guiadas a sus propios intereses y bienestar, hacia una mayor apertura hacia el otro, permitiendo fluidez en el intercambio de experiencias, percepciones, sentimientos y emociones de los miembros del grupo, lo que promueve las interacciones del sistema/cliente con el entorno interno y el externo, contribuyendo al fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento activas.

La valoración de alternativas para el mejoramiento de su condición de la salud es un proceso activo que realizan las personas intervenidas a partir de los recursos que disponen y el ambiente en que se encuentran, con la finalidad de evitar que estos estresores afecten su integridad, siendo compartidas estas experiencias a los otros, lo que permite la adquisición de información y retroalimentación para la resolución de problemas a futuro.

Las creencias o la religión surgieron como un recurso de afrontamiento en las personas del grupo, debido al soporte emocional que representa ante las situaciones adversas vividas.

Los lazos que se desarrollaron entre las personas participantes constituyen un recurso valioso para el afrontamiento de las situaciones de la vida diaria, el apoyo mutuo y la similitud de experiencias vividas propiciaron la identificación con las demás personas y el fortalecimiento de los vínculos.

El sentido de pertenencia y la aceptación que genera un grupo abordado a través de la dinámica grupal representa un mayor bienestar en las personas, minimizándose los efectos adversos de las fuentes estresantes que implica su condición de salud.

La teoría de Betty Neuman se constituyó de gran importancia para el abordaje de estrategias de afrontamiento, permitió la identificación de los agentes estresores, asimismo con base en ella se diseñó la propuesta de intervención y fue el norte de la misma.

La Enfermería en Salud Mental está orientada a guiar a las personas hacia un mayor conocimiento de sí mismas, al fortalecimiento de sus habilidades y destrezas y al reconocimiento de los recursos que poseen para afrontar las demandas de la vida, para así garantizar bienestar integral y equilibrio en el sistema cliente.

5.2 Recomendaciones

En este apartado se hace referencia a aspectos que se pueden fortalecer desde cada instancia que se encuentra relacionada con el grupo abordado en la presente intervención de Enfermería en Salud Mental:

5.2.1 Recomendaciones para el Hogar de la Esperanza

Se requiere la continuidad de estos espacios grupales para fomentar la cohesión e identidad de las personas con los otros, constituyéndose como un recurso para fortalecer las estrategias de afrontamiento de apoyo social, expresión de emociones y resolución de problemas.

Es necesario incentivar actividades de convivencia entre sus residentes con la finalidad de fomentar el conocimiento y la convivencia sana entre los mismos.

Se recomienda incluir dentro de las actividades dirigidas a la población residente, espacios para la expresión de emociones y la promoción de la dinámica grupal, como medio de fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento que se trabajaron durante la intervención de Enfermería en Salud Mental realizada.

5.2.2 Recomendaciones para estudiantes de Enfermería en Salud Mental

Se recomienda a futuras generaciones de estudiantes de Enfermería en Salud Mental realizar este tipo de intervenciones en poblaciones vulnerables con procesos de salud-enfermedad amenazantes a la integridad de las personas, debido a los beneficios que representa para el bienestar de estas personas.

Para los estudiantes de Enfermería en Salud Mental que realicen trabajos con poblaciones vulnerables y vulnerabilizadas es necesario tomar en cuenta como ejes transversales en la intervención, la autoestima y los derechos que poseen, para que de esta forma las personas puedan ir empoderándose de sí mismas y de su salud, especialmente en su salud mental.

5.2.2 Recomendaciones para el Posgrado en Enfermería de la Maestría Profesional de Enfermería en Salud Mental

Se recomienda a la maestría de Enfermería en Salud Mental continuar con el enfoque teórico de Neuman, ya que esta teoría permite un análisis holístico de las personas, así como su relación con el entorno, y brinda herramientas valiosas para su abordaje a nivel individual, grupal y comunitario.

Fortalecer el curso de dinámica grupal como método de intervención, para que él o la estudiante dispongan de mayores experiencias previas que contribuyan a mejorar el abordaje grupal.

Impulsar nuevos trabajos de Intervención en Salud Mental con la población de personas con VIH/SIDA en el afrontamiento de su proceso salud-enfermedad, desde un enfoque de género.

Referencias

- Andrade Espino, C. (2011). *Factores que condicionan estrés en el personal de Enfermería*. Tesis para el grado académico de Maestro en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Querétaro. Recuperado de <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/1029/1/RI000545.pdf>
- Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10 (1), pp. 53-69. Recuperado de <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD10062.pdf>
- Bertalanffy, L. (1989). *Teoría General de los Sistemas. Fundamentos, desarrollo y aplicaciones*. México: Fondo de Cultura Económica S.A. Recuperado de https://cienciasyparadigmas.files.wordpress.com/2012/06/teoria-general-de-los-sistemas-_fundamentos-desarrollo-aplicacionesludwig-von-bertalanffy.pdf
- Cano García, F., Rodríguez Franco, L. & García Martínez, J. (2007). Adaptación española del inventario de estrategias de afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr*, 35(1), pp. 29-39. Recuperado de [http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%20\(esp\).pdf](http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%20(esp).pdf)
- Canto Ortiz, J. (1998). *Psicología de los grupos. Estructura y procesos*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Cantú Guzmán, R., Álvarez Bermúdez, J., Torres López, E. & Martínez Sulvarán, O. (2012). Impacto psicosocial en personas que viven con VIH-Sisa en Monterrey, México. *Psicología y Salud*, 22(2), pp.163-172. Recuperado de http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-2/22-2/Rodrigo%20Cant%FA%20Guzm%El_n_2.pdf

- Carrobbles, J., Remor, E. & Rodríguez Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15 (3), pp. 420-426. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/1082.pdf>
- Ceballos Ospino, G., Echeverri Arias, A. & Jiménez Villamizar, M. (2014). Uso de estrategias de afrontamiento de los pacientes con el VIH y el cáncer en una clínica privada en Santa Marta-Colombia. *Revista Facultad de Salud*, 6 (1), pp. 27-33. Recuperado de <http://journalusco.edu.co/index.php/RFS/article/view/609>
- Chong Villarreal, F., Fernández Casanueva, C., Huicochea Gómez, L., Álvarez Gordillo, G. & Leyva Flores, R. (2012). Estrategias de personas con VIH para enfrentar el estigma asociado al VIH/SIDA. Pacientes del Hospital General de Huixtla, Chiapas. *Estudios Fronterizos*, 13 (25), pp. 31-55. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53023332002>
- Colegio de Enfermeras de Costa Rica. (2011). *Política Nacional de Enfermería 2011-2021*. 1ª. ed. San José, Costa Rica. Recuperado de <http://www.enfermeria.cr/index.php/normativa/politica-nacional-de-enfermeria>
- Colegio de Enfermeras de Costa Rica. (2015, 06 de marzo). *Reglamento para el ejercicio de los profesionales en Enfermería especialistas en Salud Mental y Psiquiatría*. La Gaceta N° 46. Recuperado de http://www.gaceta.go.cr/pub/2015/03/06/COMP_06_03_2015.pdf
- Cordero Araya, H. (2010). *Acceso a tratamiento antirretroviral de las personas con VIH y SIDA que viven en condición de calle como derecho humano a la salud*. Trabajo final de graduación, Universidad Estatal a Distancia, Maestría en Derechos Humanos. Recuperado de <http://repositorio.uned.ac.cr/reuned/bitstream/120809/1172/1/Acceso%20a%20tratamiento%20antirretroviral.pdf>

- Di Colloredo, C., Aparicio Cruz, D. & Moreno, J. (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psychologia, Avances de la disciplina*, 1 (2), pp. 125-156. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996002.pdf>
- Dugarte, J & Oxford, M. (2008). Estrategias de afrontamiento en pacientes seropositivos, calidad de vida y su relación con el estadiaje de esta patología. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*. 54 (110), pp.6-13. Recuperado de http://www.svp.org.ve/images/estrategias_110.pdf
- Edo, M. & Ballester, R. (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(2), pp. 79-90. Recuperado de [http://www.aepcp.net/arc/02.2006\(2\).Edo%20y%20Ballester.pdf](http://www.aepcp.net/arc/02.2006(2).Edo%20y%20Ballester.pdf)
- Enríquez Villota, M. (2009). Identificación de estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes con cáncer de seno que recibe tratamiento en el Instituto Cancerológico de Nariño. *Criterios Revista de Investigaciones de la Universidad Mariana*, 23, pp.5-24. Recuperado de <http://www.umariana.edu.co/RevistaCriterios/publicaciones/RevistaCriterios23.html#/6/>
- Gaviria, A., Quiceno, J. & Vinaccia, S. (2009). Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia Psicológica*, 27 (1), pp. 5-13. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v27n1/art01.pdf>
- Gil Rodríguez, F & Alcoyer de la Hera C. (2012). *Introducción a la Psicología de los Grupos*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Gómez Sánchez, P. (2009). Principios Básicos de Bioética. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 55, pp. 230-233. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A03V55N4.pdf
- González Ramírez, V. (2009). Intervención psicológica en VIH/SIDA. *Revista UARICHA* 13, pp. 49-63. Recuperado de http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/Uaricha_13_049-063.pdf
- Grimberg, M. (2001). Vih-Sida, vida cotidiana y experiencia subjetiva. Una revisión conceptual de las dimensiones de vivir con Vih. *Cuaderno médico sociales*, 82, pp. 45-59. Recuperado de <http://amr.org.ar/amr/wp-content/uploads/2015/07/n82a394.pdf>
- Grimberg, M. (2003). Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. *Cuadernos de Antropología Social*, 17, pp. 79-99. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/cas/n17/n17a05.pdf>
- Hall Ramírez, V. (2003). *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Terapia antiretroviral*. Recuperado de <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed16.pdf>
- Hernández Rojas, G. (1997). *Módulo fundamentos del desarrollo de la tecnología educativa: Caracterización del paradigma humanista*. Recuperado de https://comenio.files.wordpress.com/2007/08/paradigma_humanista.pdf
- Hogar de la Esperanza. (2016). *Hogar de la Esperanza*. Recuperado de <http://www.hogardelaesperanza.com/sp/index.htm>
- Jara Holliday, O. (2012). *La sistematización de experiencias, práctica y teoría para otros mundos posibles*. San José, C.R.: Centro de Estudios y Publicaciones Alforja.

- Jiménez Soto, K., Martínez Ramírez, C. & Leiva Díaz, V. (2007). Hombres adultos portadores del VIH/SIDA, percepciones e interacciones con los miembros del equipo de salud, durante las estancias hospitalarias en el 2005. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 5 (11), pp. 1-9. Recuperado de <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/3597>
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Krzemien, D., Monchiatti, A & Urquijo, S. (2005). Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la Ciudad de Mar del Plata: una revisión de la estrategia de autodistracción. *Interdisciplinaria*. 22 (2), pp. 183-210. Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/180/18022204.pdf>
- Lafaurie, MM. & Zuñiga, M. (2011). Mujeres colombianas viviendo con VIH/SIDA: contextos, experiencias y necesidades de cuidado de Enfermería. *Enfermería Global*, 10 (24), pp. 315-330. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834774024>
- Lamotte Castillo, J. (2014). Infección por VIH/sida en el mundo actual. *MEDISAN*, 18(7), pp. 117-138. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_7_14/san15714.pdf
- Lázarus, R & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Martínez Roca.
- Leiva Díaz, V., Alfaro Castro, J. & Soto Soto, N. (2008). Análisis del entrenamiento en técnicas de relajación para el manejo del estrés, impartido por Enfermería, en una población con VIH-SIDA: estudio de caso único. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 14, pp. 1-11. Recuperado de <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/3602>

- Lenise do Prado, M., de Souza, M & Carraro, T. (2008). *Investigación cualitativa en Enfermería: contexto y bases conceptuales*. Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000 No.9. Washington, D,C: OPS.
- Macías, M., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M. & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30 (1), pp.123-145. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/213/213286000007.pdf>
- Martínez, A., Piqueras, J. & Inglés, C. (2011). Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés. *Revista electrónica de Motivación y Emoción*, 14 (37), pp. 1-24. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Jose_Piqueras/publication/267842950_Relaciones_entre_Inteligencia_Emocional_y_Estrategias_de_Afrontamiento_ante_el_Estrs/links/5484042d0cf2e5f7ceacca0b.pdf
- Martínez González, L & Olvera Villanueva, G. (2011). El paradigma de la transformación en el actuar de Enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 19 (2), pp. 105-108. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eiml12h.pdf>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2012). *Política Nacional de Salud Mental 2012-2021*. San José, Costa Rica: El Ministerio. Recuperado de <http://www.bvs.sa.cr/saludmental/politicasaludmental.pdf>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2014). *Análisis de Situación de Salud Costa Rica*. Recuperado de <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2618-analisis-de-situacion-de-salud-en-costa-rica/file>

- Moral, J. & Segovia, M. (2011). Discriminación en mujeres que viven con VIH/SIDA. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2(2), pp. 185-206. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2451/245118507004.pdf>
- Morrison, M. (1999). *Fundamentos de Enfermería en Salud Mental*. Madrid: Harcourt Brace.
- Naciones Unidas Derechos Humanos (ACNUDH) & Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA (ONUSIDA). (2007). *Manual sobre el VIH y los derechos humanos para las instituciones nacionales de derechos humanos*. Recuperado de http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HandbookHIV_NHRIs_sp.pdf
- Nava Quiroz, C., Ollua Méndez, P., Vega Valero, C. & Soria Trujano, R. (2010). Inventario de estrategias de afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud*, 20 (2), pp. 213-220. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-2/20-2/Carlos-Nava-Quiroz.pdf>
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2002). *The Neuman Systems Model*. Capítulo 1, traducción de Castro Eida. New Jersey: Prentice Hall.
- Obiols, J & Stolkiner, A. (2012). Importancia de la inclusión de la salud mental en la atención integral de mujeres que viven con VIH/SIDA. *Ciencia, Docencia y Tecnología*. (45), pp. 61-80. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/cdyt/n45/n45a03.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *VIH/SIDA y salud mental. Consejo Ejecutivo 124a reunión*. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_6-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1

Ortega Ruiz, P., Mínguez Vallejos, R. & Rodes Bravo, M. (2000). Autoestima: Un nuevo concepto y su medida. *Teor.educ. Ediciones Universidad de Salamanca*, 12, pp.45-66. Recuperado de <http://revistas.usal.es/index.php/1130-3743/article/viewFile/2868/2906>

Palomino Moral, P., Grande Gascón, M. & Linares Abad, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(1), pp. 71-91. Recuperado de <http://apsredes.org/site2013/wpcontent/uploads/2014/08/laSaludYSusDeterminantes.pdf>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA (ONUSIDA). (2008). *Información básica sobre el VIH*. Recuperado de http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA (ONUSIDA). (2008). *Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del sida. Recurso para las partes interesadas en la respuesta al VIH en los diferentes países*. Recuperado de http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1521_stigmatisation_es.pdf

Proyecto PAF A – UNAIDS PROGRAMME ACCELERATION FUNDS. (2011). *Estudio sobre estigma y discriminación hacia personas viviendo con VIH*. Informe final Soc. Ana Sosa Ontaneda. Recuperado de www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5713,25445

- Ramírez Arrieta, M. (2010). Importancia de los paradigmas psicológicos centrados en el aprendizaje. *Perinatología y Reproducción Humana*, 24 (2), pp. 146-151. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip102i.pdf>
- Rodríguez Artavia, A., Castro Monge, S. & Morales Sánchez, A. (2010). Caracterización de madres que viven con el virus VIH/SIDA. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 19, pp. 1-13. Recuperado de <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/viewFile/3642/3547>
- Romero Herrera, G., Flores Zamora, E., Cárdenas Sánchez, P. & Ostiguín Meléndez, R. (2007). Análisis de las bases teóricas del Modelo de Sistemas de Betty Neuman. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 4(1), pp. 44-48. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/viewFile/30301/28146>
- Rossell Poch, T. (1998). Trabajo social de grupo: grupos socioterapéuticos y socioeducativos. *Cuadernos de Trabajo Social, Ed. Universidad Complutense*, 11, pp. 103-122. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/viewFile/CUTS9898110103A/8222>
- Sacchi, M., Hausberger, M. & Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*, 3(3), pp. 271-283. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v3n3/v3n3a05.pdf>
- Salas Chaves, P., Taylor Castillo, L., Quesada Cambroner, M., Garita Garita, C. & León Alán, D. (2012). Diagnóstico de la infección por VIH a través de un servicio de consejería y de laboratorio de la Universidad de Costa Rica. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 22, pp. 1-8. Recuperado de <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/3567>

- Salazar Davidson, M. (2003). Vicisitudes del secreto profesional en pacientes con VIH-SIDA: Aspectos legales y de Enfermería. *Rev. Latinoam. de Derecho Médico y Medicina Legal*, 8 (1), pp. 55-60. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rldmml/v7-8n2-1/09Salazar.pdf>
- Semerari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Sepúlveda-Vildósola, A.C., Romero-Guerra, A.L. & Jaramillo-Villanueva, L. (2012). Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 69(5), pp.347-354. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v69n5/v69n5a5.pdf>
- Teva, I., Bermúdez, M., Quero Hernández, J. & Buella Casal, G. (2005). Evaluación de la depresión, ansiedad ira en pacientes con VIH/SIDA. *Salud Mental*, 28(5), pp. 40-49. Recuperado de http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/32673/1/Teva_DepresionSIDA.pdf
- Universidad de Costa Rica. (2016). *Fórmula de consentimiento informado*. Recuperado de www.vinv.ucr.ac.cr/docs/formularios/consentimiento_informado.doc
- Vargas Mendoza, J; Cervantes Ramírez, M & Aguilar Morales, J. (2009). Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. *Psicología y Salud*, 19 (2), pp. 215-221. Universidad Veracruzana México. Recuperado de http://www.conductitlan.net/psicologia_clinica/estrategias_afrontamiento_sida.pdf
- Ventura Elías, C & González Ortega, Y. (2014). Cuidado de Enfermería en pacientes con VIH: estigma y discriminación. *Revista Científica de Enfermería*, XVI (11), pp. 24-36. Recuperado de http://www.sibiup.up.ac.pa/otros-enlaces/enfoque/Julio_Diciembre_2014/3_%20Estigma%20y%20%20discriminaci%C3%B3n_REVISTA%20ENFOQUE%20_N%C2%B011.pdf

Victoria Kent, I. (2007). *El grupo y su dinámica "Dossier para tutoría"*. Recuperado de http://iesmontserratroig.edu.gva.es/convielx/documento_anyadido_documento/250213134131EL_GRUPO_Y_SU_DINAMICA.pdf

Werba, M & Horowitz, E. (2007). *Dinámica Grupal*. Recuperado de <http://www.nativ.org.uy/menu/dinamicagrupal.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de información

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Instrumento de Recolección de Datos para Elaboración del Perfil de Entrada

Estimado y estimada participante el presente trabajo de Enfermería en Salud Mental lleva por título “Intervención de Enfermería en Salud Mental basada en el modelo de Sistemas de Betty Neuman para el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento en el proceso de salud-enfermedad, dirigida a personas con VIH-SIDA del Hogar de La Esperanza, San José, Costa Rica. Una Experiencia de Sistematización”. Lo anterior como parte del trabajo final de graduación para optar por el grado de Maestría Profesional de Enfermería en Salud Mental.

Este instrumento consta de cuatro apartados, la primera parte incluye los datos personales, la segunda parte un listado de estrategias de afrontamiento ante su diagnóstico médico, la tercera aborda una serie de afirmaciones relacionadas con sus percepciones actuales hacia su salud y la última sección contiene una lista de situaciones que pueden influir para generar estrés en su persona.

Por lo tanto, sírvase responder de forma anónima el presente instrumento como medio de construcción del perfil de entrada y salida para esta intervención, siguiendo las indicaciones de cada apartado. Queda indicarle que de parte de las facilitadoras se le garantiza confiabilidad en la información suministrada.

Muchas gracias por su colaboración.

I Parte. Datos personales

1. Edad: _____
2. Sexo: _____
3. Tiempo aproximado de conocer su diagnóstico médico: _____
4. Tiempo aproximado de residir en el Hogar de la Esperanza: _____

II Parte. Inventario de estrategias de afrontamiento.

Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo usted ha manejado alguna(s) situación difícil que ha surgido durante la vivencia de su enfermedad. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que anterior marcando el número que corresponda:

0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente

Esté seguro y segura de que responde a todas las frases y de que marca con una “X” sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted, pensó o sintió en ese momento.

1	Luché para resolver el problema	0	1	2	3	4
2	Me culpé a mí mismo	0	1	2	3	4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema	0	1	2	3	4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0	1	2	3	4
7	No dejé que me afectara, evité pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8	Pasé algún tiempo solo	0	1	2	3	4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0	1	2	3	4

11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12	Deseé que la situación no existiera o que alguna manera terminase	0	1	2	3	4
13	Hablé con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15	Traté de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16	Evité estar con gente	0	1	2	3	4
17	Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18	Me critiqué por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19	Analice mis sentimiento y simplemente los deje salir	0	1	2	3	4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
24	Oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27	Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32	No dejé que nadie supiera cómo me sentía	0	1	2	3	4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0	1	2	3	4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0	1	2	3	4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39	Evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4

	Me consideré capaz de afrontar la situación	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---	---

Fuente: Cano, Rodríguez & García. (2007, p.38).

III Parte. Percepción de su salud

A continuación se le presentan una serie de afirmaciones relacionadas con la percepción actual de su salud, por favor sírvase marcar con una “X” la categoría de la escala que se ajusta a su situación (marcar sólo una opción por ítem).

Ítems	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
¿Cómo percibe usted su condición de salud actual?					
¿Cómo era su condición de salud antes de su enfermedad?					
¿Cómo percibe su condición emocional?					
¿Cómo percibe usted que es su espiritualidad?					
Para usted esta etapa de la vida es...					

Fuente: Elaboración propia.

IV Parte. Fuentes de estrés

De las siguientes situaciones, ¿cuáles considera usted que son sus principales fuentes de estrés? Marque con una “X” todas las situaciones que pueden influir en su persona para provocarle estrés. (Puede marcar todas las situaciones que considere pertinentes).

Marque con una X en esta columna	Situaciones estresantes
	Efectos adversos de los medicamentos
	Síntomas físicos derivados de su enfermedad
	Deterioro de su condición física
	Crítica de otras personas hacia usted
	Desprecio por parte de otros y otras
	Aislamiento social
	Sentimientos de tristeza
	Pérdida de su atractivo físico
	Cambios en su desempeño en la sociedad
	Cambios en su vida social
	Deterioro en su situación económica
	Disminución en su deseo sexual
	Pérdida de personas significativas
	Cambios en su alimentación
	Metas y sueños a cumplir
	Relación con su familia
	Creencias religiosas
	Relación consigo mismo o misma
	Interrupción de sus proyectos personales
	Cambios en su residencia
	Sus relaciones con los demás luego de saber que es portador o portadora de la enfermedad
	Otra ¿Cuál?

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 2. Claves de corrección del Inventario de Estrategias de Afrontamiento

Anexo 1	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)
---------	---

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (claves de corrección)

Resolución de problemas (REP)	01 + 09 + 17 + 25 + 33
Auto crítica (AUC)	02 + 10 + 18 + 26 + 34
Expresión emocional (EEM)	03 + 11 + 19 + 27 + 35
Pensamiento desiderativo (PSD)	04 + 12 + 20 + 28 + 36
Apoyo social (APS)	05 + 13 + 21 + 29 + 37
Reestructuración cognitiva (REC)	06 + 14 + 22 + 30 + 38
Evitación de problemas (EVP)	07 + 15 + 23 + 31 + 39
Retirada social (RES)	08 + 16 + 24 + 32 + 40

Fuente: Cano, Rodríguez & García. (2007, p.39).

Anexo 3. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser sujeto de investigación)

Curso de posgrado: Maestría de Enfermería en Salud Mental

Nombre de las estudiantes: Tatiana Chaves Vargas, Maricruz Pérez Retana.

Nombre de la o el participante: _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: Este estudio corresponde a una práctica académica del Trabajo Final de Graduación de Enfermería en Salud Mental titulado “Intervención de Enfermería en Salud Mental basada en la Teoría de Betty Neuman para el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento en el proceso de salud-enfermedad, dirigida a personas con VIH-SIDA del Hogar de la Esperanza, San José, Costa Rica, 2016: una experiencia de sistematización”, donde se llevará a cabo un proceso de intervención con un grupo de personas.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?: intervenciones de Enfermería en Salud Mental, primero se llevarán a cabo actividades para realizar un diagnóstico o valoración de las necesidades que presenta la población (el grupo de personas) de las cuales usted forma parte, posterior a ello se realizará una propuesta de intervención grupal desde Enfermería en Salud Mental para el abordaje de las necesidades detectadas durante la valoración.

C. RIESGOS: No se usarán procedimientos invasivos como toma de muestras de sangre u otro fluido corporal, ultrasonidos, pruebas de actividad física u otro examen que afecte su integridad física.

D. BENEFICIOS: Como resultado de su participación en este proceso, el beneficio que obtendrá será la adquisición de conocimientos sobre su salud y la mejora de la misma por medio de la intervención de Enfermería en Salud Mental realizada.

E. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con la Licda. Tatiana Chaves Vargas o con la Licda. Maricruz Pérez Retana sobre este estudio y ellas deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puedo obtenerla llamando a Tatiana Chaves Vargas al teléfono 85730870 o a Maricruz Pérez Retana al teléfono 88922722.

Además, puedo consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación al CONIS –Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud, teléfonos 2233-3594, 2223-0333 extensión 292, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

F. Usted recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

G. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiere.

H. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.

I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeto

fecha

Nombre, cédula y firma del testigo

fecha

NUEVA VERSIÓN FCI – APROBADO EN SESION DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO (CEC) NO. 149 REALIZADA EL 4 DE JUNIO DE 2008.
CELM-

Anexo 4. Carta de aprobación del Trabajo Final



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



Sistema de Estudios de
Posgrado



PROGRAMA DE POSGRADO EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA MAESTRÍA EN ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

22 de Abril del 2016

M.Sc. Mary Meza Benavides, Tutora
Dra. María del Rocio Monge, Lectora
Master Daniel Martínez, Lector
MIEMBROS COMITÉ ASESOR
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN APLICADA
Estimadas profesoras:

Por este medio las les saludo cordialmente y a la vez, me permito informarle que, de acuerdo a la petición de las estudiantes Tatiana Chaves Vargas, carnet A71919 y Maricruz Pérez Retana, carnet A43998, han sido designados como miembros del Comité Asesor del Trabajo Final de Investigación Aplicada titulado "*Intervención de enfermería en Salud Mental basada en la teoría de Betty Newman para el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento en el proceso de salud-enfermedad, dirigida a personas con VIH-SIDA: Una experiencia de sistematización. Hogar de la Esperanza, San José, Costa Rica, 2016*".

La profesora tutora del trabajo, coordinará la metodología a utilizar para el trabajo del Comité y oportunamente se los dará a conocer.

Agradeciendo de antemano la valiosa colaboración, de ustedes cordialmente,

Maria del Rocio Monge Quirós, PhD

Coordinadora

Maestría de Enfermería en Salud Mental

Cc: Master Rosa Granados, profesora
Tatiana Chaves Vargas
Maricruz Pérez Retana
Archivo

PROGRAMA DE POSGRADO EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

Teléfonos: 2511-2096 2511-2095 Fax: 25115214
Correo electrónico: cenfermeria@sep.ucr.ac.cr Página Web: <http://www.posenfermeria.ucr.ac.cr>

Anexo 5. Carta de aprobación de la institución

San José, 19 de abril de 2016.

M.Sc. Orlando Navarro Rojas

Director General

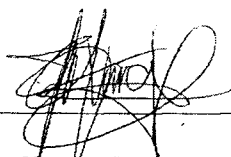
Hogar de la Esperanza

San José, Costa Rica

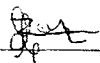
Estimado Señor:

Por este medio, nosotras las abajo firmantes, estudiantes de la Maestría Profesional de Enfermería en Salud Mental de la Universidad de Costa Rica, le solicitamos muy atentamente su anuencia para realizar en la institución que usted representa, la intervención de Enfermería en Salud Mental denominada “Intervención de Enfermería en Salud Mental basada en la teoría de Betty Neuman para el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento en el proceso de salud-enfermedad, dirigida a personas con VIH-SIDA del Hogar de la Esperanza, San José, Costa Rica. 2016: Una experiencia de sistematización”; esto como parte de nuestro trabajo final de graduación.

Agradeciendo su colaboración

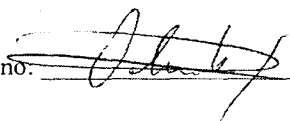


Tatiana Chavés Vargas, Carné A71912



Maricruz Pérez Retana, Carné A43998

Visto bueno:



HUMANITAS