



Revista de la Facultad de Medicina

ISSN: 2357-3848

ISSN: 0120-0011

Universidad Nacional de Colombia

Munévar-Torres, Yolanda; Rubiano-Mesa, Yurian Lida; Ortega-Páez, Ruth
El ambiente hospitalario: generador de estigma y rechazo de la gestante con VIH/SIDA
Revista de la Facultad de Medicina, vol. 64, núm. 4, 2016, Octubre-Diciembre, pp. 603-608
Universidad Nacional de Colombia

DOI: 10.15446/revfacmed.v64n4.55018

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=576364365003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UNEN
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.55018>

El ambiente hospitalario: generador de estigma y rechazo de la gestante con VIH/SIDA

Hospital environment: Generator of stigma and rejection of pregnant women with HIV/aids

Recibido: 04/01/2016. Aceptado: 28/07/2016.

Yolanda Munévar-Torres¹ • Yurian Lida Rubiano-Mesa¹ • Ruth Ortega-Páez²¹ Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá - Facultad de Enfermería - Bogotá, D.C. - Colombia.² Hospital El Tunal, Empresa Social del Estado - Bogotá, D.C. - Colombia.

Correspondencia: Yolanda Munévar-Torres. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Carrera 30 No. 45-03, edificio 228, oficina 401. Teléfono: +57 1 3165000, ext.: 17004. Bogotá, D.C. Colombia. Correo electrónico: rymunevart@unal.edu.co.

| Resumen |

Introducción. Para las madres del estudio, la gestación transcurre con normalidad hasta que son diagnosticadas con VIH/SIDA. Los estudios sobre vivencias en estos escenarios hospitalarios son escasos.

Objetivo. Comprender las experiencias de gestantes que conviven con VIH/SIDA durante su atención en dos instituciones hospitalarias.

Materiales y métodos. Estudio cualitativo fenomenológico interpretativo en el que participaron 10 mujeres diagnosticadas con VIH durante la gestación, seleccionadas según pertinencia y adecuación. El tamaño de la muestra fue por saturación teórica. Los datos fueron recolectados a partir de entrevistas a profundidad y analizados con estrategia de Colaizzi.

Resultados. La categoría del ambiente hospitalario, como generador de estigma y rechazo a madres con VIH/SIDA, es parte de un proyecto de investigación cuyo tema central fue convivir con VIH/SIDA en la gestación. EL ambiente hospitalario muestra los espacios y actores que rodean a estas mujeres durante el diagnóstico y tratamiento de esta infección. Las participantes se refieren a la primera etapa como “el accidental diagnóstico” y describen la atención como cargada por “la imprudencia de los profesionales”.

Conclusiones. Las actitudes y comportamientos de profesionales de la salud pueden crear un ambiente hostil para gestantes con VIH/SIDA, agudizando sentimientos negativos, miedos e incertidumbres. No obstante, estas también pueden ofrecerles un escenario amigable y humano que contribuya al cuidado y confianza entre profesional y gestante, ayudando a la madre a enfrentar esta compleja experiencia.

Palabras clave: Embarazo; VIH; Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; Estigma social; Discriminación social; Personal de salud (DeCS).

Munévar-Torres Y, Rubiano-Mesa, Ortega-Páez R. El ambiente hospitalario: generador de estigma y rechazo de la gestante con

VIH/SIDA. Rev. Fac. Med. 2016;64(4):603-8. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.55018>.

| Abstract |

Introduction: For the mothers included in this study, pregnancy is normal until they are diagnosed with HIV/AIDS. Studies on experiences in hospital environments are scarce.

Objective: To understand the experiences of pregnant women living with HIV/AIDS during prenatal attention in two hospitals.

Materials and methods: Interpretative phenomenological qualitative study, in which ten women, diagnosed with HIV during pregnancy and selected according to relevance and adequacy, participated. The sample size was established by theoretical saturation. Data were collected during in-depth interviews and analyzed through Colaizzi strategy.

Results: Categorizing the hospital environment as a generator of stigma and rejection of pregnant women with HIV/AIDS is part of a research project on living with HIV/AIDS during pregnancy. The hospital environment shows the spaces and actors around these mothers during diagnosis and treatment of this infection. Participants refer to the first stage as “accidental diagnosis” and described attention as full of “reckless professionals”.

Conclusions: Attitudes and behaviors of health professionals can generate a hostile environment for pregnant women with HIV/AIDS, heightening negative feelings, fears and uncertainties. However, they can also offer a friendly and human scenario that contributes to care and trust between professionals and pregnant women, thus helping mothers to cope with this complex experience.

Keywords: Pregnancy; HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Social Stigma; Social Discrimination; Health Personnel (MeSH).

Munévar-Torres Y, Rubiano-Mesa, Ortega-Páez R. [Hospital environment: Generator of stigma and rejection of pregnant women with HIV/aids]. Rev. Fac. Med. 2016;64(4):603-8. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.55018>.

Introducción

En el 2015 había 36.7 millones de personas viviendo con VIH a nivel mundial, de las cuales 2 millones residían en Latinoamérica y el Caribe (1). En Colombia se reportaron 37 325 casos en el 2012, 46 348 en el 2013 y 53 408 en el 2014. Del número de personas que convivieron con VIH en Colombia en 2014, 73.14% fueron hombres, 26.86% mujeres y 1.74% gestantes (2).

Las mujeres que son diagnosticadas con VIH durante la gestación viven problemáticas similares a las de cualquier mujer no gestante con esta condición respecto a estigmatización y rechazo en instituciones de salud. Estas actitudes son indicadores del grado en que ciertos estigmas son aceptados en la cultura, los cuales suelen ser habituales en trabajadores de la salud, quienes actúan de manera discriminatoria en estos escenarios (3). Dichos comportamientos pueden tener raíces en la falta de educación, lo cual refleja la brecha entre el conocimiento y la práctica de los profesionales de la salud (4), algo ejemplificado en que las enfermeras aprenden estas actitudes para ganar la aceptación de sus compañeros (3). Además, el estigma hacia las personas que viven con VIH está vinculado, tanto a temores de transmisión, como a juicios morales que se deben tener en cuenta en el desarrollo de las intervenciones de lucha contra estos prejuicios (5).

Lafaurie & Zúñiga (6) y Galvão *et al.* (7) hallaron que ni el ambiente hospitalario ni las actitudes de los profesionales de la salud contribuyen a minimizar la ansiedad, los temores y la culpabilidad de las gestantes con VIH/SIDA, sino que generan mayor estigmatización y conflicto en el interior de cada una de ellas (6,7). Por esto, los proveedores de salud deben recibir una capacitación que los conciente de sus actitudes hacia las personas que viven con VIH, para así fortalecer su benevolencia y reducir los juicios (8). De esta manera, la atención prenatal integral, dada desde un principio a mujeres que viven con VIH, puede promover embarazos más saludables proporcionando asesorías sobre los comportamientos de salud, detectando factores de riesgo y síntomas temprano y ofreciendo tratamiento oportuno (9).

Este artículo presenta la categoría “el ambiente hospitalario como generador de estigma y rechazo en la gestante con VIH/SIDA”, que hace parte del tema central “convivir con VIH/SIDA en la gestación: una experiencia por la protección del hijo”, el cual surge de un estudio de mayor alcance. El objetivo de la categoría fue comprender las experiencias que viven las gestantes con VIH/SIDA durante su atención en dos instituciones hospitalarias en Bogotá, D.C., Colombia.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico interpretativo durante el 2013 y 2014. Participaron diez mujeres puérperas, mayores de 18 años y atendidas en empresas sociales del Estado (ESE) nivel 3 de atención en Bogotá —donde también residen—. Las pacientes fueron diagnosticadas con VIH/SIDA en el control prenatal y su participación, voluntaria, consistió en narrar sus experiencias.

El muestreo fue no probabilístico de tipo teórico, en el cual la selección de los informantes se efectuó según las necesidades del estudio (10). Una vez se alcanzó la saturación teórica, las participantes se seleccionaron según criterios de pertinencia, debido a que aportaron información y datos suficientes para desarrollar la completa descripción del fenómeno. La recolección de datos para la caracterización de las participantes se realizó mediante el registro en un formulario para datos sociodemográficos básicos. La información que necesita la construcción del análisis y de las categorías surgió de entrevistas a profundidad partiendo de la pregunta: ¿cómo vivió usted la atención de su embarazo en las instituciones de salud? Cada

entrevista duró entre 60 a 90 minutos y fueron grabadas en audio y transcritas por las investigadoras. Además, se utilizó un diario de campo, en el cual se registraron los acontecimientos y observaciones significativas durante la recolección y análisis de la información.

Los datos se analizaron siguiendo la estrategia fenomenológica interpretativa de Colaizzi (11). Los resultados fueron validados con tres participantes al concluir el análisis de datos, quienes no propusieron cambios a los resultados presentados. El rigor metodológico siguió los principios de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad propuestos por Lincoln y Guba y citados por Vásquez & Castillo (12).

El proyecto fue evaluado y aprobado por los comités de ética en investigación clínica de las ESE de tercer nivel de Bogotá (actas AS-1388/13 y CIEIC-41-13, respectivamente) y por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (Acta UGI-088-2013). El estudio se clasificó en categoría 1 (sin riesgo) según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (13). Se preservó la privacidad y confidencialidad mediante el uso de códigos, de modo que no se reveló la identidad de las participantes. Asimismo, se les solicitó el consentimiento informado, previa comprensión del objetivo, explicación de su participación y alcances del estudio.

Resultados y discusión

El estudio se realiza durante los años 2013 y 2014 en dos ESES de tercer nivel en Bogotá, D.C., que, por razones de confidencialidad y privacidad, se denominan *Hospital B* y *Hospital T*. Estos son centros de referencia de la red pública de hospitales para la atención de gestantes con VIH/SIDA en la ciudad, los cuales cuentan con un programa de atención a pacientes portadores de este virus y facilitaron y apoyaron la captación de las madres después de cumplir con los procesos administrativos.

Se contó con autorización previa de las pacientes para ser contactadas y durante el desarrollo de la investigación el profesional de enfermería del programa las acompañó y les realizó el seguimiento al estudio, al tiempo que se les aseguró privacidad y confidencialidad. En total, participaron 10 mujeres, 4 de ellas atendidas en el Hospital B y 6 en el Hospital T, todas pertenecientes al régimen subsidiado en salud. La edad promedio fue de 25 años (rango 18-35 años), 5 eran bachilleres y 9 vivían en unión libre con sus parejas. En cuanto al diagnóstico de VIH, 8 lo recibieron entre la semana 12 y 24 de gestación y 2 entre la semana 28 y 34. Todas las mujeres recibieron tratamiento retroviral, el cual dijeron haber continuado.

El tema central del estudio fue “Convivir con VIH/SIDA en la gestación: una experiencia por la protección del hijo”, del cual hace parte la categoría “El ambiente hospitalario como generador de estigma y rechazo de la gestante con VIH/SIDA”, debido a que, en sus narraciones, las participantes quisieron describir sus encuentros con los profesionales de salud en la institución mientras se preocupaban por proteger a su hijo en gestación.

Este ambiente hospitalario muestra los espacios y actores que rodean a estas madres durante el diagnóstico y tratamiento del VIH. La anterior categoría se construye a partir de dos subcategorías: “El accidental diagnóstico” y “La imprudencia de los profesionales”.

El accidental diagnóstico de VIH/SIDA en la gestación está inmerso en el proceso habitual de control prenatal, el cual, en su comienzo, tiene apariencia de cuidado de rutina: inician con la cita para la consulta prenatal y la realización de varios exámenes, entre ellos el tamizaje para VIH. El cambio se observa cuando los profesionales de enfermería buscan a las participantes con insistencia antes de la fecha prevista para el próximo encuentro:

citación con carácter de urgencia y actitudes del personal de salud poco comunes durante la atención del control prenatal. De esta manera, las madres sienten que algo no está bien y, aún sin conocer el diagnóstico, ya se sienten inquietas, preocupadas y angustiadas.

“[...] la enfermera me empieza a llamar como 15 días antes de que me fuera a la cita del resultado, me dice que tenía que ir a volverme a hacer los análisis [...] me decía que tengo que ir por los resultados, que si por favor, que era urgente, que viniera, que algo andaba mal y ahí si yo como a oprimirme a mí misma [...]”. ICE1HSBF27.

Respecto a esto, en el Sistema de Salud Colombiano no es común buscar un usuario, por lo que el llamado de los profesionales para las gestantes no es importante, e incluso, es percibido como una actitud molesta e impertinente

“[...] la enfermera me comenzó a llamar y pues que necesitaba que yo fuera urgente a la UPA [Unidad Primaria de Atención] en [...] allá donde me atendían [...] yo no le ponía cuidado, yo decía que fastidio [risas] y me llamaba al [...] si yo podía salir y yo [...] si señora ahorita voy, ahorita voy, hasta que me llamó un día y pues yo estaba en la casa y dije bueno, ya voy [...]” P3HTE1F47.

Así, el diagnóstico en las mujeres del estudio tiene una connotación accidental y particular porque está ligado a la toma de laboratorios en el control prenatal como un procedimiento de rutina. La vida de estas gestantes cambia sin darse cuenta, parece un sueño con un despertar difícil, pues para ellas el mundo se ha transformado de manera negativa en medio de la gestación: “[...] lo que yo le voy a decir no es fácil, su prueba de VIH le salió positiva” así me dijo [llora], yo me quede mirándola y le decía: ¿qué, qué? Y ella repetía: ‘su prueba le salió positiva’”. P3HTE1F1. Esto también ocurrió en un segundo caso: “[...] Al principio uno se siente como morir, la vida se le va” IBE1HSBF22.

Para continuar, es preciso hablar de los exámenes que revelan el diagnóstico como parte del protocolo de control prenatal a mujeres gestantes. Una vez diagnosticadas con VIH, la atención en salud sigue los lineamientos establecidos por las normas colombianas en cuanto a diagnóstico, seguimiento y tratamiento integral, así como el seguimiento al neonato (14). Sobre este proceso, Bejarano (15) exhorta a los profesionales de la salud acerca de la necesidad de comprender que el tiempo de espera de la entrega del resultado es prioritario para las mujeres gestantes, puesto que sus sentimientos se enfocan en la expectativa del resultado de la prueba y sus respectivas consecuencias.

Las participantes experimentan el choque con la realidad cuando les informan los resultados del examen y les comunican el diagnóstico de VIH/SIDA. El impacto negativo de la noticia se relaciona con la habilidad del profesional que brinda la información y con la preparación de las gestantes, la cual les ayuda a enfrentar el sorpresivo e inesperado diagnóstico. Como han expresado Carrasco *et al.*, “Los cambios personales producidos con posterioridad al diagnóstico muestran que desde el momento del mismo, las personas viven un impacto que corresponde al inicio de las modificaciones que una enfermedad crónica implementa en su vida” (16, p393). Además, un diagnóstico de VIH evoca sentimientos de shock, incredulidad e ira.

Estos hallazgos son coherentes con las explicaciones de Donnelly *et al.* (17), en tanto que el estigma o el miedo al estigma y su relación con los servicios de salud es un proceso que puede iniciar en las personas al momento de ser diagnosticadas con VIH, así como también es influido por las experiencias que tengan las personas sobre

el VIH y cómo el diagnóstico es comunicado. En primera instancia, las personas se estigmatizan a sí mismas porque tienen pensamientos previos acerca del VIH, dependiendo de lo que escucharon, vieron y conocieron en otros que contrajeron la enfermedad, siendo este un indicador de la existencia de un estigma internalizado. De esta manera, la forma en que se entrega el diagnóstico contribuye al afianzamiento del estigma en las personas.

Aunque el conocimiento del diagnóstico de VIH durante la gestación crea un riesgo para el bienestar físico y psicosocial de madre e hijo, puede ser un factor protector, pues la maternidad contribuye a enfrentar la infección y a fortalecer el autocuidado y el cuidado del hijo. Asimismo, las preocupaciones sobre la transmisión madre-hijo, asociadas a la expectativa del nacimiento de un hijo sano, conducen a la necesidad de atención prenatal, terapia antirretroviral y ayuda en la asimilación del impacto del VIH en su vida (incapacidad para amamantar, nacimiento por cesárea, toma de medicamentos, entre otros). Todo esto permite entender al VIH como una condición preocupante que exige atención (18)

Ahora bien, una vez las mujeres del estudio reciben la noticia, son remitidas a instituciones de mayor complejidad para tomar la prueba confirmatoria e iniciar el tratamiento y el plan de cuidado del programa para personas con VIH/SIDA (14). A partir del diagnóstico, inicia la contienda con la infección: son sometidas a nuevos exámenes confirmatorios, renace la esperanza de un próximo resultado negativo y son remitidas a programas especiales para VIH/SIDA en otras instituciones. No obstante, se enfrentan a nuevas comunicaciones frías y desalentadoras: el hospital es un escenario de asistencia frecuente y su tránsito por este puede ser agradable o desalentador, dependiendo de las circunstancias clínicas, humanas, administrativas, entre otras, que deben afrontar. Para Gagnon (19), el estigma relacionado con el VIH se experimenta a través de las interacciones con los profesionales de salud (estigma simbólico) y se aplica de forma sistemática en el contexto de la asistencia en salud (estigma estructural).

La atención a la gestante diagnosticada con VIH sigue los lineamientos de la política colombiana (14) sobre el trabajo interdisciplinario liderado por el infectólogo, quien establece redes de comunicación con los diferentes profesionales y servicios de atención. Asimismo, aquí el énfasis está en la atención individual, centrada en aspectos biomédicos de la gestación que cursa con VIH. Las actividades se centran en prevenir la transmisión vertical, diagnóstico, seguimiento, parto y cuidado del hijo: “[...] me pasaban por psicología, con la jefe de enfermería, con la de servicio social, con el infectólogo. Siempre cumplí mi citas” PIHTE1F21.

Para las mujeres del estudio, existen otras prioridades que quisieran encontrar en los escenarios hospitalarios, como la disponibilidad de grupos de apoyo con personas en iguales condiciones y no solo el cumplimiento de citas:

“[...] me hubiera gustado y me gustaría conversar con otras personas que hayan pasado por esta situación y me contaran cómo vivieron todo esto, cómo se cuidaron y cómo cuidaron a sus hijos, qué hicieron para que no les diera otra enfermedad, porque ellos tienen bajas las defensas” IAE1HSF31.

Según Alomepe *et al.* (20), por lo general, estar entre compañeras infectadas por el VIH con condiciones similares facilita la adaptación y confrontación del nuevo diagnóstico gracias a la experiencia y educación acerca de esta situación. Para Dawson *et al.* (21), la confianza entre profesionales de la salud y personas que viven con VIH, el uso adecuado de los servicios de salud, la asistencia a los controles, la adhesión a los medicamentos y un menor número

de consultas en urgencias se asocia con una mejor salud mental y física. Las mujeres del estudio deben enfrentar el diagnóstico muchas veces en soledad y silencio, por lo que Grodensky *et al.* (22) creen que el estigma y el aislamiento provocan niveles más altos de síntomas depresivos.

El hospital es su refugio para las gestantes del estudio; sin embargo, no siempre cuentan con ambientes amigables. Ellas se vuelven vulnerables a las actitudes, comportamientos y comentarios de las personas que allí laboran, condiciones que perciben como hostiles o difíciles, sintiendo que son agredidas, juzgadas e inspiradoras lástima:

“Ella [la enfermera] empezó a gritar: ‘¿pero cómo así que es positiva? Tiene VIH’. Yo la volteé a mirar, abría mis ojos, yo estaba nerviosa, todas las muchachas que había ahí, me voltearon a mirar [...] ‘¿Por qué no se cuidó?’ Yo quería que nadie me mirara, fue algo muy feo, me volví a sentir mal, me sentí como agredida [...] muy mal, yo me puse a llorar, ¿por qué todo el mundo tenía que saber?, ¿por qué la enfermera se puso a gritar mi enfermedad? [...]” P3HTE1F37.

El sentir de las mujeres del estudio es coherente con lo descrito por Moral & Segovia (23) sobre cómo las personas que viven con VIH con frecuencia experimentan discriminación en los servicios de salud donde son atendidas. Además, los profesionales de salud deben ser conscientes que las actitudes, acciones y comunicaciones con sus pacientes pueden percibirse como discriminatorias y propensas a estigmas. Lo anterior también puede conllevar que las personas con VIH renuncien a la búsqueda de atención y servicios que necesitan, dando paso a reacciones como aislarse y ocultar la enfermedad a profesionales de la salud, familias y compañeros de trabajo (4), pues son muy sensibles a las reacciones de otros, en particular a los primeros. Así, el personal tratante debe evitar juzgarlos (de manera intencional o inconsciente) y preferir el uso de palabras imparciales.

Cada comentario lesiona aún más a las participantes, quienes de por sí viven una historia dolorosa en la que la carga del diagnóstico se suma a la social y psicológica. Las palabras se graban en sus mentes y las lastiman, haciendo más pesado el abrumador juicio, la discriminación y la condena social que trae el VIH:

“Una ayudante del médico anesthesiólogo me dijo que si yo me iba a hacer ligadura de trompas [...] yo me quedé pensando y no le dije nada [...] también me dijo: ‘¿usted para qué va a tener más hijos con VIH al mundo?’ Claro, esas palabras se me clavaron de una manera [...]” IDEHSF19.

Estas manifestaciones son llamados a que el personal de salud piense antes de hablar y le den la importancia adecuada a humanizar el cuidado hacia las gestantes con VIH/SIDA, reconociéndolas como seres humanos sensibles cuya vida no se la arrebatara la enfermedad sino la sociedad: “[...] porque a ti no te mata la enfermedad, te mata la discriminación social y eso es lo que siento yo” ICE1HSBF9.

Según el Centro de Derechos Reproductivos en la atención de las gestantes con VIH/SIDA, los profesionales deben garantizar el derecho a la privacidad y confidencialidad (24). Para muchas mujeres, el temor de que se conozca su condición evita que acudan a los servicios de salud, al tiempo que el estigma asociado al VIH les puede provocar graves consecuencias: abandono de sus parejas, rechazo de miembros de su familia, sentimientos de culpa, pérdida del sustento económico, abuso físico y emocional y otras formas de discriminación.

Para las gestantes del estudio, aunque los profesionales de la salud conocen el VIH/SIDA y su objetivo es el cuidado de las personas sin discriminación (14), las enfermeras asumen actitudes y comportamientos lesivos y groseros hacia ellas, de modo que sus comentarios, expresiones y decisiones les hacen daño.

“Demoraron mucho para pasarme a la sala de partos y estando allí, en la mitad de esa sala, tenían que volver a colocarme el medicamento por la vena, entonces hubo otro comentario que me molestó mucho, me pareció fuera de lugar: ‘parece que existe la posibilidad de salpicar sangre, ¿cierto?, bueno’ una enfermera muy brusca estaba como dudando, dijo: ‘ay no [Estaba una compañera de ella] hágalo usted, que yo con esto no [...] yo con el VIH uhhh uhhh, yo no me quiero untar’” IDEHSF11.

De igual modo, el estudio de Alomepe *et al.* (20) encontró que las mujeres con VIH experimentan estigma e impotencia dentro del sistema de atención de salud cuando los profesionales son indiferentes y groseros, incluso en casos donde las regañan e insultan. Además, experimentan una sensación de impotencia cuando asisten a las citas y son tratadas con dureza y falta de atención y compasión por quienes les proporcionan el cuidado.

Los comportamientos que deben tener los profesionales de la salud son: salvaguardar el derecho a la privacidad y confidencialidad de la información de las personas que viven con VIH (14); respetar, entendido como escucharlos, tratarlos como seres humanos; valorar el conocimiento de su propio cuerpo y experiencias de enfermedad, y asociarse con ellos para promover una relación de confianza. Sin embargo, son varias las formas de violar estos derechos, las cuales están representadas por los comportamientos de estigmas y discriminación (25).

Ahora bien, el personal de atención de salud tiene miedo a contraer VIH mediante el contacto casual, lo que evidencia el desconocimiento sobre su transmisión y conlleva una atención poco óptima a las personas que viven con el virus (26); un estudio mostró que este personal se niega a trabajar con ellos o prefieren cambiar de trabajo en caso de ser obligados a cuidar de estas personas (4). Tales son las actitudes y comportamientos que tienen relación con el sistema personal de valores (8). Por el contrario, los profesionales de la salud deberían considerar la experiencia de la gestación y la maternidad como una oportunidad para implementar estrategias adaptativas de salud, tales como el aumento de la adherencia al tratamiento antirretroviral, mejora de la autoestima, entre otros (18).

Aunque mejorar el conocimiento de la transmisión del VIH no reduce de manera automática el estigma contra las personas en esta condición (3), la educación en enfermería debe enfocarse en quienes van a cuidar gestantes portadoras del virus, para que tengan conocimientos, habilidades y capacidades para ofrecer en la atención integral y compasiva, siendo capaces de identificar el estigma relacionado con el VIH y desarrollar planes individualizados de cuidado para afrontarlo y manejarlo (26).

Además de tener competencias en el conocimiento fisiopatológico, actitud profesional y habilidades interpersonales y comunicativas, los profesionales deben cuidar a la gestante que vive con VIH y contar con habilidades de procedimiento y capacidad de aprendizaje de la práctica (26).

Conclusiones

Los resultados de esta investigación muestran que el diagnóstico de VIH/SIDA durante la gestación implica que las gestantes

pasen períodos prolongados en el ambiente hospitalario y cerca de los profesionales de la salud, en especial de enfermería. Estos últimos pueden crear un ambiente hostil para las gestantes, agudizando sentimientos negativos, miedos e incertidumbre o, por el contrario, ofrecerles un escenario amigable y humano, contribuir a la calidez del servicio y proporcionar apoyo en esta compleja experiencia.

Los profesionales de la salud son fuente de respuestas y apoyo ante una enfermedad que se vive en silencio, soledad e intimidad. Sin embargo, Lafaurie & Zúñiga (6) y Galvão *et al.* (7) explican que no hay una recepción adecuada de los profesionales y servicios de salud hacia las gestantes que viven con VIH/SIDA, evidenciadas en historias de relaciones dialógicas y desfavorables e, incluso, en cómo afrontan de modo inadecuado la situación. Esto incurre en el sesgo moral y ético del manejo profesional en cuanto al secreto de la situación y en la estigmatización dada a estas mujeres en instituciones hospitalarias. Por lo anterior, la relación entre los profesionales, cuidadores de salud y gestantes amerita ser revisada y fortalecida para que el ambiente hospitalario sea un espacio de acompañamiento y apoyo para las últimas.

Según las pacientes, los comportamientos de los profesionales de enfermería se relacionan con vacíos en la formación, conocimiento y experiencia del cuidado a personas con VIH/SIDA; creencias erróneas y juicios sobre las conductas de las gestantes en esta condición, y experimentación de miedos, tabúes y prejuicios sociales frente a la enfermedad, sobre todo si no están sensibilizados y educados para comprender y cuidar a estas personas (15). De este modo, el VIH no solo es enfermedad, sino problema social (6).

Estas expresiones de las gestantes son llamados de atención a los diseñadores de políticas en salud, administradores, académicos y profesionales de instituciones hospitalarias para incluir en las guías de atención aspectos personales, emocionales y sociales de las gestantes con VIH/SIDA. Continuar fortaleciendo la educación, humanización y sensibilización de los profesionales en salud para el cuidado de estas gestantes permite la construcción de confianza entre ellas y sus cuidadores de salud y disminuye la estigmatización, discriminación y rechazo, lo cual ofrece ambientes hospitalarios amigables y respetuosos para las primeras.

Una de las limitaciones del presente estudio es su corto alcance, ya que los resultados se circunscriben al grupo de participantes del estudio, por lo que no pueden generalizarse o replicarse en otros contextos. Además, contactar y entrevistar a las madres gestantes fue difícil debido a que intentan conservar su anonimato.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por las autoras.

Financiación

Este artículo es producto del proyecto de investigación docente “Experiencias de las mujeres de convivir con VIH/SIDA durante la gestación” financiado por la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Código Hermes 17356.

Agradecimientos

A las instituciones participantes y a las mujeres que accedieron a narrar sus experiencias.

Referencias

1. ONUSIDA. Hoja informativa, noviembre de 2016. 2016 [cited 2016 Sep 15]. Available from: <https://goo.gl/oeFKhv>.
2. Cuenta de alto costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación del VIH/SIDA en Colombia 2014. Bogotá, D.C.: Cuenta de alto costo; 2015 [cited 2016 Oct 05]. Available from: <https://goo.gl/hqpfpv>.
3. Waluyo A, Culbert GJ, Levy J, Norr KF. Understanding HIV-related Stigma Among Indonesian Nurses. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2015;26(1):69-80. <http://doi.org/brdz>.
4. Karamouzian M, Akbari M, Haghdoost A, Setayesh H, Zolala F. “I Am Dead to Them”: HIV-related Stigma Experienced by People Living With HIV in Kerman, Iran. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2015;26(1):46-56. <http://doi.org/brd2>.
5. Lohiniva AL, Kamal W, Benkirane M, Numair T, Abdelrahman M, Saleh H, *et al.* HIV Stigma Toward People Living With HIV and Health Providers Associated With Their Care: Qualitative Interviews With Community Members in Egypt. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2016;27(2):188-198. <http://doi.org/brd4>.
6. Lafaurie MM, Zúñiga M. Mujeres colombianas viviendo con VIH/sida: contextos, experiencias y necesidades de cuidado de enfermería. *Enferm. glob.* 2011;10(24):351-330.
7. Galvão MT, Cunha G, Machado MM. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/Aids. *Rev. bras. enferm.* 2010;63(3):371-376. <http://doi.org/d92v5t>.
8. Tartakovsky E, Hamama L. Personal Values and Attitudes Toward People Living With HIV Among Health Care Providers in Kazakhstan. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2013;24(6):569-578. <http://doi.org/brfj>.
9. Villar-Loubet OM, Illa L, Echenique M, Cook R, Messick B, Duthely LM, *et al.* Prenatal and Mental Health Care Among Trauma-Exposed, HIV-Infected, Pregnant Women in the United States. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2014;25(1S):50-61. <http://doi.org/brfh>.
10. Bonilla E, Castro P. Más allá del dilema de los métodos: la investigación en Ciencias Sociales. Bogotá, D.C.: Grupo Editorial Norma; 2005.
11. Wojnar DM, Swanson KM. Phenomenology: An Exploration. *J Holist Nurs*. 2007;25(3):172-80. <http://doi.org/c2nwrj>.
12. Vásquez ML, Castillo E. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia médica*. 2003;34(3):164-177.
13. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 (octubre 4): Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, D.C.; octubre 4 de 1993.
14. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1543 de 1997 (junio 12): Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Bogotá, D.C.: Diario Oficial 43062; junio 17 de 1997.
15. Bejarano M. Percepción de los profesionales de enfermería y las gestantes sobre la asesoría en VIH en una ESE de primer nivel de Bogotá Distrito capital. [Tesis de maestría]. Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2010 [cited 2016 Oct 5]. Available from: <https://goo.gl/RKbvEm>.
16. Carrasco P, Araya A, Loayza C, Ferrer L, Trujillo C, Fernández A, *et al.* Cómo entender la experiencia de personas que viven con VIH: implicaciones para la clínica y la investigación. *Aquichan*. 2013;13(3):387-395. <http://doi.org/brfq>.
17. Donnelly LR, Bailey L, Jessani A, Postnikoff J, Kerston P, Brondani M. Stigma Experiences in Marginalized People Living With HIV Seeking Health Services and Resources in Canada. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2016. <http://doi.org/brfr>.

18. Vescovi G, Pereira M, Levandowski CD. Protective Factors in the Experience of Pregnancy and Motherhood Among Brazilian Adolescents Living With HIV: A Case-Series Report. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2014;25(6):541-554. <http://doi.org/brf3>.
19. Gagnon M. Re-thinking HIV-Related Stigma in Health Care Settings: A Qualitative Study. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2015;26(6):703-719. <http://doi.org/brfx>.
20. Alomepe J, Busch AG, Awasom CH, Snethen JA. Life With HIV: Insights from HIV-infected Women in Cameroon, Central Africa. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2016;27(5):654-666. <http://doi.org/brfz>.
21. Dawson-Rose C, Cuca CY, Webel AR, Solis SS, Holzemer WL, Rivero-Méndez M, *et al*. Building Trust and Relationships Between Patients and Providers: An Essential Complement to Health Literacy in HIV Care. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2016;27(5):574-584. <http://doi.org/brf2>.
22. Grodensky CA, Golin CE, Jones CH, Meheret M, Dennis AC, Abernethy MG, *et al*. "I Should Know Better": The Roles of Relationships, Spirituality, Disclosure, Stigma, and Shame for Older Women Living With HIV Seeking Support in the South. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2015;26(1):12-23. <http://doi.org/brf3>.
23. Moral J, Segovia MP. Discriminación en mujeres que viven con VIH/SIDA. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. 2011;2(2):185-206.
24. Center for Reproductive Rights. Mujeres embarazadas que viven con VIH/SIDA: ¿Cómo proteger los derechos humanos en los programas para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo? Nueva York: 2006.
25. Relf MV, Flores D, Biederman DJ. Ending HIV-Related Stigma: Nursing's Opportunity to Lead. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2015;26(1):1-3. <http://doi.org/brf4>.
26. Relf MV, Harmon JL. Entry-Level Competencies Required of Primary Care Nurse Practitioners Providing HIV Specialty Care: A National Practice Validation Study. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2016;27(3):203-213. <http://doi.org/brf5>.