

USO DEL PROXEMIA COMO MODELO TEÓRICO PARA EL ANÁLISIS DE LA COMUNICACIÓN CON PORTADORES DE SIDA.



USE OF PROXEMIC AS THEORY MODEL FOR ANALYSIS OF THE COMMUNICATION WITH BEARERS OF HIV.

De Sousa Paiva, S., **Gimeniz Galvão, M.T., ***Freitag Pagliuca, L.M., *Okino Sawadda, N.**

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. DENF/ FFOE/ UFC. Bolsista Capes.Professora do Departamento de Enfermagem e do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.***Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Coordenadora do Projeto de Pesquisa LabCom CNPq. ****Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Brasil.*

Palabras clave: VIH/SIDA. Hospitalización. Comunicación. Proxemia.

Key words: HIV/AIDS, Hospitalization, Communication, Proxemic.

RESUMEN

La infección por VIH/SIDA ha evolucionado globalmente pero todavía sigue sin cura. La enfermería atiende a pacientes portadores de la enfermedad, y al igual que otras ciencias, usa la comunicación como medio de relacionarse con los pacientes. En este proceso de comunicación, se destaca el proxemia, o sea, la manera del individuo de organizar inconscientemente su espacio. El estudio propone el uso del proxemia como modelo en el análisis de la comunicación con paciente hospitalizado con SIDA. La internación de individuos que son seropositivos se debe al diagnóstico tardío, a la intolerancia a las medicinas o enfermedades oportunas. Por eso, los pacientes requieren períodos más prolongados de hospitalización, viven un en un ambiente solitario o intentan aislarse en su lecho. Este hecho, asociado al miedo de contagiarse que muestran los cuidadores, lleva hacia una comunicación desajustada. Hay ocho diferentes factores proxémicos en el análisis de la comunicación, todos ellos pertinentes a la comprensión del proceso comunicativo entre el equipo de enfermería y el paciente hospitalizado.

ABSTRACT

The infection for HIV has globally been developing still without cure. One of the essential instruments of the nursing is the communication. The proxemia refers to the way as the individual organizes his space unconsciously, being one of the relevant aspects in the communicative process. The study proposes the use of the proxemia as model in the analysis of the communication with patient hospitalized with HIV. The

internment of individuals seropositivos feels due to the late diagnosis, intolerance to the medicines or disease opportunists, they request more lingering periods. The patients live a lonely atmosphere or they try to isolate at the bed. This fact, associate to the fear of the caretakers' infection turns the messed up communication. They are defined eight factors proxêmicos in the analysis of the communication: sex-posture, axis sociofugo and sociopeto, visual factors, cinestésicos, of contact, smell and voice tone. The proxemia becomes valuable instrument in the analysis of the communicative process between nursing team and patient hospitalized.

INTRODUCCIÓN

El término cuidar en enfermería abarca la dimensión técnica, referida a las habilidades a ser desarrolladas, y la científica, que implica el conocimiento teórico. Durante mucho tiempo, la historia de la enfermería se vio marcada por períodos de actuación predominantemente técnica, pero hoy día, la enfermería busca nuevos conocimientos, extendiéndose la asistencia en base teórica.

Cabe al equipo de enfermería interactuar con el paciente asistido, ya sea a través de la simple administración de remedios, o por medio del desarrollo de actividades educativas, mediante informaciones sobre su estado, enfermedad y evolución. Así, la comunicación pasa a ser uno de los instrumentos esenciales en el establecimiento de vínculos entre paciente asistido y enfermero. La comunicación, no obstante, puede perjudicarse por factores diversos y posibles de representar obstáculos a ese proceso básico de la asistencia.

Dichos obstáculos pueden referirse a uno de los interlocutores o al espacio donde se realiza la comunicación.

Por tratarse de un local frecuentemente asociado al dolor, sufrimiento y muerte, donde el paciente expone sus vulnerabilidades, el ambiente hospitalario interfiere en el proceso comunicativo. Además, las normas hospitalarias adoptan un modelo de organización del espacio y una rutina que no siempre coinciden con los hábitos del paciente asistido. En especial, cuando se trata de pacientes seropositivos al SIDA, pueden surgir escollos para la comunicación, propios del individuo que vive constantemente el rechazo social y el estigma de una infección incurable con profundas repercusiones en su vida.

Fundamentándose en el espacio social del individuo, la teoría proxémica se muestra como modelo en el análisis del proceso comunicativo y en la identificación de factores que intervienen en la comunicación.

En Brasil, son escasos los estudios que usan la proxemia como modelo en el modo de cuidar. Hay, no obstante, un amplio proyecto de investigación en el que la proxemia se puede adoptar. Dicho proyecto es desarrollado por dos universidades en dos regiones diferentes del país. Teniendo al fortalecimiento de la enseñanza e investigación de enfermería, se sugirió analizar y proponer el uso de proxemia como modelo en el análisis de la comunicación con pacientes hospitalizados con SIDA, como subsidio teórico para mejorar la asistencia de la enfermería a dicha población.

DESARROLLO

1. El VIH/SIDA y su evolución

En dos décadas de convivencia con el SIDA, muchos avances técnico-científicos propiciaron un mayor conocimiento sobre el agente etiológico, el VIH, y el desarrollo de fármacos cuya terapéutica paliativa aumenta la supervivencia de los infectados.

De acuerdo con la estimativa mundial, 37,8 millones de personas viven con VIH¹. Ésta es considerada una pandemia de amplitud epidemiológica alarmante, con índice de incidencia en Brasil de 5,5/100.000 habitantes².

Al principio de la epidemia, el virus acometía predominantemente a homosexuales, usuarios de drogas inyectables y trabajadoras del sexo. Muchas veces, fue denominada como “peste gay”. Los infectados comenzaron a ser discriminados por la sociedad, sufriendo por la enfermedad y el preconceito. Aún hoy, el estigma social creado alrededor del SIDA, está marcadamente presente para quien convive con la infección. Sin embargo, en los últimos años, el perfil epidemiológico de la enfermedad se alteró radicalmente y su mayor incidencia aparece entre heterosexuales.

Existen dos tipos de virus: VIH-1 y VIH-2. El primero predomina en todo el mundo, con diez subtipos genéticamente diferentes³. En él, la transmisión ocurre por medio del contacto con sangre, hemoderivados, donación de órganos y semen contaminados, así como de la madre al feto durante el embarazo, parto y al amamantar.

Para el portador, ser seropositivo al VIH representa una experiencia de profundo significado psicológico-social, pues se trata de una enfermedad aún sin cura, que causa alteraciones en la rutina y la calidad de vida del portador del virus, marcándolo socialmente. La condición de seropositivo al VIH está descrita como sensación de aplastamiento, de repercusión intensa y

experiencias de miedo, ansiedad, desmoralización, humillación, tristeza y rabia⁴. Además del impacto provocado por el diagnóstico, existe la sensación de sueños y proyectos deshechos, la inestabilidad causada por la constante posibilidad de deficiencias funcionales posibles de llevar hacia consecuentes suspensiones y a la muerte, los trastornos neurológicos - psiquiátricos asociados a ser suero positivo, derivados de complicaciones de la acción del virus, del uso de drogas ilícitas o de agotamientos psicológico-sociales debido a la vivencia de la infección.

Los remedios de que hoy se dispone, han permitido al portador de VIH/SIDA un período de vida más extendido del que era observado hasta ahora y la terapia ante-retroviral (TARV) es responsable de la reducción de la mortalidad mórbida de VIH positivos.

Sin embargo, otras complicaciones de la salud relacionadas con esta terapia han afectado a esa población. Se resaltan las alteraciones gastro-intestinales, y hepáticas, lipodistrofia o lipoatrofia, pérdida de grasa subcutánea, lipo-acumulación abdominal y dorso-cervical, pérdida de masa muscular, tumores, sensación de cansancio y malestar⁵.

La hospitalización de individuos con SIDA ha sido menos intensa, si se compara con la primera década de la enfermedad, en virtud de que el portador de SIDA puede contar con acompañamiento continuado de equipos profesionales múltiples y tratamiento más específico. Actualmente, las internaciones ocurren en los casos de diagnóstico tardío, intolerancia a la terapia ante-retro-viral o infecciones oportunas y requieren períodos más largos de hospitalización. En la hospitalización experimentan un ambiente extraño al suyo y, muchas veces solitario, donde la amenaza de la muerte inminente es presencia constante.

2. Cuidado en Enfermería

El proceso del cuidado en Enfermería procede del encuentro entre dos o más personas, donde cada una posee elementos del mismo proceso. Entonces, ocurre un sistema de cambio con el fin de determinar la naturaleza y la razón de los cuidados, sus objetivos y medios necesarios para alcanzarlos⁶. La tendencia de ese proceso es la búsqueda de acciones más humanitarias, volcadas tanto en la cura del paciente como en su bienestar, considerando sus aspectos individuales y el conocimiento sobre su propio cuidado.

Para el desempeño de acciones de cuidado, se exige disponibilidad del cuidador y de la persona que será asistida. Por

lo tanto, no se trata de un proceso fácil, y requiere antes de nada el establecimiento de los vínculos. Mientras el individuo que será cuidado se aleja, ya que siente recelo de exponer sus vulnerabilidades, de ser invadido o volverse dependiente; el cuidador se previene de frustraciones posteriores, como ser la pérdida del paciente por ocasión del alta del hospital o del óbito, manteniendo así una postura meramente técnica. El distanciamiento del paciente abarca aspectos físicos y emocionales y compromete el contacto tanto para el profesional cuanto para el enfermo⁷. De ese modo, el cuidado ofrecido al individuo que vivencia ser suero-positivo al VIH y su hospitalización se vuelve cada vez más difícil. Frente a la gravedad de la enfermedad, el portador también sufre debido a las alteraciones físicas y funcionales, junto a la perspectiva de la muerte próxima.

Para enfrentar la nueva realidad⁸, debe aceptar cambios para los cuales no siempre está preparado. Además, el individuo hospitalizado se siente obligado a abandonar todos sus rituales y símbolos para sumergirse en otros rituales sin nunca haberlos conocido⁶.

De acuerdo con los relatos hechos por los profesionales de salud que trabajan con suero positivo al HIV, en el ambiente hospitalario existen innumerables obstáculos en el proceso del cuidado. Las sucesivas internaciones de los pacientes y/o el agravamiento de su estado de salud, la dependencia física, las carencias sociales y de afecto de los VIH positivos, la muerte frecuente, generan desgaste físico y emocional de los cuidadores⁹. Surgen sentimientos conflictivos de preconcepción y pena, miedo y afición derivadas de las condiciones en que surgió el contagio y/o de la situación de vida y estado actual del paciente. También pueden ocurrir conflictos de valores o identificación personal con el paciente y su familia, debido a la constante convivencia con el preconcepción de la sociedad, el portador de suero positivo hospitalizado percibe cualquier forma de rechazo, hasta la más sutil.

3. Comunicación como instrumento del cuidado en Enfermería

La comunicación está considerada como principal medio para el acceso y mantenimiento de las relaciones¹⁰. Representa, por lo tanto, un importante instrumento para la enfermería en el asentamiento del vínculo con el paciente. Todo ser humano tiene la necesidad de comunicarse. De forma verbal, expresiones gestuales o por el modo como dispone su espacio su espacio social, el individuo revela algo de sí mismo.

Aunque la comunicación sea algo tan vital como el respirar, el ser humano aprende a comunicarse a partir de un postulado

social equivocado: comunicarse es estar de acuerdo, tener las mismas ideas¹¹. En el transcurso de nuestro desarrollo, estamos obligados a comunicarnos sobre la base de imposiciones sociales. Se nos impuso la palabra de los otros, siendo difícil el recuento con nuestra propia palabra o el aprendizaje de cómo afirmarla.

En el proceso comunicativo están presentes cuatro procedimientos básicos¹¹:

- escuchar: presupone una renuncia, descentración y disponibilidad. Exige diferenciar los propios sentimientos y deseos de los ajenos (de los otros);
- entender: presupone comprender los diversos lenguajes del otro y formas de expresarse, oyéndolo conforme se exprima. Para esto, es necesario entenderse a si mismo y al sentido atribuido a lo que oímos;
- hablar: es una forma de manifestar su percepción de la realidad, con lenguaje accesible a ambos, corriendo el riesgo de incomodar;
- dejar de hablar: no significa que la comunicación acabó. El individuo continúa expresándose continuamente por medio del lenguaje no verbal.

La comunicación interpersonal en el contexto de la interacción cara a cara, con la intención de comprender y ser comprendido¹². Pero la comprensión no es equivalencia de aprobación. Se trata del entendimiento del lenguaje y la expresión del otro, lo que es esencial para la efectividad del proceso comunicativo. Cuando la comunicación es eficaz, permite que se perciba a la persona y a su mundo, y no tan sólo captar lo que ella dice.

Por la comunicación, el profesional de la salud puede identificar los problemas que siente el individuo cuidado y ayudarlo en el mantenimiento y la recuperación de la salud. Sin embargo, es necesario que se superen los obstáculos existentes en la comunicación, ya que ellos constituyen escollos para la creación de una relación efectiva entre profesional y paciente. Por lo tanto, el desarrollo de técnicas, instrumento y habilidades es esencial en la evaluación de la efectividad del proceso comunicativo, que debe abarcar tres aspectos básicos: la expresión verbal, la no verbal y el espacio social donde ocurre la comunicación, o sea la proxemia.

4. Proxemia como modelo de análisis de la comunicación

La teoría proxémica estudia la estructura significativa del espacio social del individuo¹³. Según, Edward Hall, autor de la teoría, la territorialidad del ser humano, es la prolongación del cuerpo, marcado por signos táctiles, visuales, vocales y

olfativos¹³.

Para entender al hombre y su relación con el espacio, se necesita la noción sobre sus sistemas de recepción - el táctil, el visual, el auditivo y el olfativo - y la manera cómo la cultura puede transformar la información dada por tales sistemas. El sistema táctil es tan antiguo como la propia vida; la capacidad de reaccionar a estímulos es un criterio básico de la supervivencia. En determinadas culturas, la percepción de frío o calor adquiere carácter subjetivo. La visión es el sentido que se desarrolla más tardíamente, en el ser humano. Entretanto otorga mayor número de informaciones que los otros sentidos. Mientras que la audición es el último sentido a desaparecer en individuos en situación crítica, como en los casos de coma profundo, el sistema olfativo tiene la capacidad de evocar recuerdos mucho más profundos que las imágenes y los sonidos.

Asociadas a esas cuestiones, están las prolongaciones territoriales materiales referidas a los espacios ocupados. De acuerdo con ellos, hay tres formas diferentes de espacios. El primero hace referencia al *espacio de organización fija*, que constituye uno de los cuadros esenciales de la actividad de los individuos y de los grupos. Es el molde que define una buena parte del comportamiento humano. El segundo remite al *espacio de organización semi-fija*, que determina el concepto de espacios socio-aislados, locales con disposición adecuada a mantener individuos aislados; y sociopetos, ambientes que aproximan a las personas. El tercero es el *espacio informal*, que busca comprender las distancias observadas en los contactos y relaciones.

Al estudiar la interrelación entre tales espacios, se mencionan las distancias, clasificadas en cuatro tipos. La *distancia íntima*, en la cual la presencia del otro puede significar invasión, pues, en general elegimos quién podrá introducirse en nuestro espacio personal a esa distancia. La visión, el olfato, la temperatura del cuerpo del otro, el ritmo de la respiración, el olor y el hálito son señales inevitables de sentirlos. La *distancia personal*, trata del límite del alcance físico con relación a los otros. En ella, los trazos del otro surgen con claridad y es a esa distancia que discutimos los asuntos personales. La *distancia social*, donde los pormenores más sutiles del rostro no se distinguen, pero la textura de la piel continúa a percibirse. Y la *distancia pública*, situada fuera del círculo inmediato de referencia del individuo.

Para promocionar el uso de la comunicación proxêmica^{13,14} se pueden aplicar ocho factores inherentes a la teoría que satisface plenamente el análisis del espacio del individuo, son ellos:

- postura-sexo: analiza el sexo de los participantes y es la

- posición básica de los participantes;
- eje socio fugo y sociopeto: el primero demuestra la falta de coraje para la interacción mientras el segundo implica lo inverso, analiza el ángulo de los interlocutores, cara a cara, de espalda, lateralizado;
- cenestésicos: analizan el movimiento responsable por la proximidad entre los interlocutores, como el contacto físico, el toque y el posicionamiento de cada uno toma en la interacción;
- comportamiento de contacto: trata de las formas de relaciones táctiles;
- código visual: verifica el modo de contacto visual que ocurre en las interrelaciones;
- código térmico: se refiere al calor percibido por los interlocutores;
- código olfativo: analiza la percepción y el tipo de olor por los interlocutores;
- volumen de voz: evalúa la adecuación del tono de voz usado en la interacción.

CONSIDERACIONES

Considerando los aspectos relacionados con la infección por HIV y sus repercusiones en la vida del portador del virus, es necesario un cuidado especial con ese paciente, principalmente si es seropositivo y pasa a vivir en un ambiente con características de sufrimiento y muerte cual es el hospital.

El proceso de comunicación puede sentirse comprometido por los obstáculos. Pero los obstáculos a la comunicación efectiva en la relación entre paciente con VIH y profesional de enfermería abarcan aspectos referidos también a este último. Según los cuidadores, hay situaciones en la asistencia de pacientes con VIH/SIDA causadoras de desgaste físico y emocional, generando sentimientos conflictivos.

Además de la percepción del lenguaje verbal y no verbal en el proceso comunicativo y relacional, es necesario percibir el espacio donde el individuo es insertado y el modo como se da la interacción, con el fin de analizar los factores posibles de sumarse a los escollos ya existentes en el establecimiento del vínculo entre profesional y paciente VIH positivo. El espacio de una cama en el cuarto, la posición de una ventana, el sonido de la televisión, el lugar de un sillón, un tipo de olor pueden ser determinantes para la movilización o inmovilización de toda especie de facultades, intereses, facilitación o alejamiento de las relaciones sociales⁶.

Urge analizar tanto el ambiente de hospital como las interacciones ocurridas en este local. Así, el profesional podrá modificar el espacio de

organización medio- fija, como también cualquier comportamiento o posición al abordar al individuo, que pueda sugerir rechazo, desaprobación, huida o preconceito. Estos cambios son particularmente necesarios cuando el individuo que será cuidado es portador de VIH, que ya sufre con el estigma social. De esta forma, la relación y la comunicación entre profesional y paciente VIH se volverán más efectivas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Report on the global AIDS epidemic. Geneva: WHO, 2004.
2. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico de Aids. Ano XVII, n.1, jan/dez,2003.
3. Aoki FH. A Síndrome da Inumodeficiência Adquirida: epidemiologia e evolução do tratamento. In: Colombrini MRC, Figueiredo RM, Paiva MC de. Leito - dia em aids: uma experiência multiprofissional. São Paulo: Atheneu, 2001.
4. Oliveira M do CM, Dalgalorrondo P. Aspectos neuropsiquiátricos em pacientes com HIV/aids. In: Colombrini MRC, Figueiredo RM, Paiva MC de. Leito - dia em AIDS: uma experiência multiprofissional. São Paulo: Atheneu, 2001.
5. Oliveira J, Meliço - Silvestre A. História natural da infecção pelo VIH. In: Edição em livro do III Congresso Virtual HIV/AIDS; 2003, out. Santarém: Metatexto, 2003 p. 391-400.
6. Collière M - F. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 4ª ed. Lisboa: Lidel, 1999.
7. Sadala MLA. O cuidar que é relação: o olhar fenomenológico. In: Carvalho EC de. Organizadores. Comunicação em enfermagem: relatos de pesquisas do 6º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem. Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Pesquisa em Enfermagem, 1998.
8. Figueiredo RM de. Cuidadores de pacientes com AIDS: atos assistenciais e aspectos emocionais envolvidos. In: Colombrini MRC, Figueiredo RM, Paiva MC de. Leito - dia em AIDS: uma experiência multiprofissional. São Paulo: Atheneu, 2001.
9. Figueiredo RM de. Atitudes frente à AIDS: a equipe de enfermagem e o confronto com a morte. In: Colombrini MRC, Figueiredo RM, Paiva MC de. Leito - dia em AIDS: uma experiência multiprofissional. São Paulo: Atheneu, 2001.
10. Matsuda LM, Évora YDM, Boan FS. A comunicação como diferencial para a qualidade do serviço em enfermagem: o real e o ideal. In: Carvalho EC de. Organizadores. Comunicação em enfermagem: relatos de pesquisas do 6º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem. Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Pesquisa em Enfermagem, 1998.

11. Salomé J. **Relação de ajuda: guia para acompanhamento psicológico de apoio pessoal, familiar e profissional.** Petrópolis: Vozes, 1994.
12. Souza RCG de, Pinto AM, Silva MJP da. **A percepção dos alunos de 2º e 3º anos de graduação em enfermagem sobre a comunicação não - verbal dos pacientes.** In: Carvalho EC de. Organizadores. **Comunicação em enfermagem: relatos de pesquisas do 6º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem.** Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Pesquisa em Enfermagem, 1998.
13. Hall ET. **A dimensão oculta.** Lisboa: Relógio D'água, 1986.
14. Littlejohn SW. **Fundamentos teóricos da comunicação humana.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988