

59
2es.



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**ESTUDIO
MONOGRAFICO**

**ENFERMERIA Y BIOETICA EN EL SIDA
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

MARIA CLARA MEJIA ORDUÑA

**U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**



México, D.F., Septiembre 1998

**COORDINACION DE SERVICIOS
SOCIAL Y OPCIONES
TERMINALES DE TITULACION**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

274154



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A MI PADRE DIOS:

Quien me ha dado el don de vivir.

A MIS PADRES:

Porque con su comprensión y ánimo apoyaron la realización de un logro más en mi vida.

A MIS HERMANOS:

Por su apoyo moral y físico.

DEDICATORIAS

A MI ESPOSO:

*Quien con su amor y
paciencia fortalece mi ser.*

A MIS HIJOS:

*Quienes a cada amanecer me
impulsan a ser mejor y
alentarlos a que ellos sean
profesionales mañana.*

A MI HERMANA ELIZABETH:

*Quien incondicionalmente me
ha apoyado en la realización
de una de las más grandes
metas en mi vida.*

DEDICATORIAS

**A LA LIC. MA. ELENA
GARCIA SANCHEZ:**

*Por su invaluable y paciente
asesoría en este trabajo.*

A LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA:

*Que a través de sus profesores ha dejado en mi un anhelo de
superación.*

Asesora del presente estudio:


Lic. Ma. Elena García Sánchez

INDICE

DEDICATORIAS
INTRODUCCION
OBJETIVOS

	Pág.
CAPITULO I	
EL SIDA Algunos antecedentes	1
CAPITULO II	
Proceso inmunológico	4
Variedades de linfocitos	4
Funciones de linfocitos	4
Función del aparato inmunológico	5
Principio del SIDA	5
Distribución del SIDA	6
Patogenia del SIDA	6
Infecciones oportunistas	7
Sarcoma de Kaposi	7
SIDA y cito megalovirus	7
SIDA y otros virus	8
El agente etiológico del SIDA	8
CAPITULO III	
Modo de transmisión	9
Transmisión por contacto sexual	9
Prácticas sexuales peligrosas	10
Transmisión por contacto con sangre contaminada con VIH	13
Por transfusión de sangre o sus derivados contaminados	13
Sangre contaminada sobre heridas o mucosas	14
Lesiones con instrumentos cortantes o punzantes contaminados	14
Lesiones por usar un rastrillo ajeno contaminado	14
CAPITULO IV	
La bioética y el SIDA	15
Desarrollo (Valores del ser metanecesidades)	21
Básicas	22
La medicina en el caso del SIDA	26
Homosexualidad y SIDA	28
CAPITULO V	
La discriminación ante el SIDA	29
Derechos humanos	30
CAPITULO VI	
Atención al paciente con SIDA	33
Cuidados de enfermería	33
Cuidado psicológico en el proceso de duelo	37
Decir la verdad	38

	Pág.
Proceso agónico	41
Etapas	42
El paciente en fase terminal	43
El proceso de la muerte	44
Actitud profesional ante la muerte	45
Sugerencias para el cuidado del paciente con SIDA	46
La educación para la salud y el SIDA	48
Formación de Comités	49

ANEXO

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES DE BIOETICA

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Debido a que cada día es más frecuente la presencia de enfermedades nuevas, de carácter epidémico y muy probablemente de origen infeccioso, asociándose a estilos de vida y costumbres, características del tiempo actual, lo cual condiciona la modificación de la patología a través del tiempo en función de éstas con el medio que los rodea.

Es necesario señalar lo que se entiende aquí por enfermedad nueva, junto con los cambios utilizados para distinguirla de padecimientos antiguos pero recientemente descubiertos.

Un padecimiento puede haber existido en forma esporádica en otros tiempos, pero si sólo a partir de 1900 ha presentado uno o más brotes epidémicos lo nuevo es la epidemia y no la enfermedad, como lo es el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida).

El presente trabajo surge a partir de la necesidad de contar con información actualizada sobre diferentes tópicos acerca de la enfermedad lo que permitirá tener un marco referencial que oriente las actividades y cuidados de enfermería que se deben brindar al paciente desde el punto de vista de la bioética.

La bioética en relación al paciente con SIDA y en enfermería es de gran importancia, cabe mencionar ante todo que enfermería se debe conscientizar de que el paciente con SIDA es en primer lugar un ser humano que requiere una actitud más positiva y prudente puesto que el paciente espera que la enfermera atienda sus necesidades emocionales y de salud.

El hecho de conscientizarnos también implica comprometerse emocionalmente con el paciente y ser capaces de discutir esto con los compañeros que también atienden a este tipo de pacientes para poder reconocer los aspectos psico-sociales del mismo, ya que se considera que la enfermera es capaz de manifestar sus sentimientos hacia el ser humano que está a su cuidado, así mismo trata de mejorar continuamente su calidad profesional basándose en el interés en ayudar y actuando de acuerdo con el propósito de su trabajo, respetando también tiempo y prioridades del paciente, labor difícil pero no imposible, trabajando de manera positiva e interactiva en el ambiente hospitalario que rodea al paciente, ya que se debe tratar de mantener un equilibrio constante entre actividades-enfermera y paciente.

Respecto al paciente con SIDA existen situaciones reales en las que la enfermera también debe mantener su salud mental y no involucrarse extremadamente en estas situaciones, ya que el tipo de

ayuda que proporcione al paciente debe ser enfocada a satisfacer las necesidades del paciente con actitud positiva evitando la apatía en la cual pueda caer sin darse cuenta, y tratando de mantener una actitud tolerante hacia sí misma y los demás, para poder manejar sus propias emociones como el temor, miedo, angustia al enfrentarse a los momentos difíciles que vive durante el tiempo que brinda cuidado al paciente con SIDA en fase terminal.

Saber manejar lo antes dicho influye en el cuidado que se le proporciona al paciente sin evadir las situaciones desagradables realizando las actividades y cuidados propios de enfermería, teniendo también habilidad para manejar el círculo existencial que la rodea en el ambiente hospitalario.

El presente trabajo se divide en varios apartados.

En el primero se abordan algunos de los antecedentes acerca del origen de la enfermedad, los capítulos II y III describen de manera breve el proceso inmunológico que se presentan en personas con SIDA, así como las diversas formas de transmisión, el capítulo IV aborda la situación bioética y el SIDA, así como también la relación del paciente con su entorno familiar y social.

El capítulo V trata sobre la situación social que enfrenta el individuo con SIDA, el VI menciona la atención al paciente con SIDA y enfatiza los cuidados de enfermería, haciendo hincapié en la necesidad de trabajar en equipo con la familia y el servicio de trabajo social; así como el aspecto psicológico en el proceso de duelo y por último se mencionan conclusiones generales.

OBJETIVOS

1. Tratar de conscientizar al personal de enfermería que tiene a su cargo este tipo de pacientes acerca de la importancia del cuidado emocional que se requiere y debe brindar al paciente con SIDA para mejorar la calidad de la atención.
2. Actualizar los conocimientos sobre cuidados de enfermería desde el punto de vista de la bioética que favorecen la atención integral al paciente con SIDA.
3. Presentar algunos aspectos de la etiología del VIH (¿?)

CAPITULO I

Algunos antecedentes del SIDA (1)

Es muy probable que jamás se sepa con certeza, de dónde procede la enfermedad; hay varias hipótesis que intentan explicar el origen del SIDA; sin embargo, ninguna de ellas es totalmente satisfactoria o no puede probarse. En muestras de sueros congelados de personas fallecidas incluso hace tres o cuatro décadas se han encontrado anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana, de lo que se deduce que es muy probable que el virus existiera desde entonces. La incógnita es porqué ha tenido un avance tan explosivo durante la última década, y peor aún, que el ritmo de avance hay persistido hasta tal punto que ésta enfermedad se ha convertido en una grave amenaza para todos los seres humanos en un breve período.

Se señala el origen africano del virus, pero esto no explica que en África, especialmente en la parte occidental, predomine el VIH-Z en tanto que en Estados Unidos y en el resto del continente americano predomine VIH-I. Hay otras hipótesis tales como que el virus llegó a través de monos verdes importados de África, o que se trató de un experimento militar para una supuesta guerra microbiológica, etc.

El perfil se inclina a varones homosexuales o bisexuales activos, adictos a las drogas intravenosas, haitianos y hemofílicos; idea que circuló durante unos años; en realidad había razón para ello, ya que éstos eran precisamente los grupos más afectados, posteriormente se liberó del estigma a los haitianos, al menos oficialmente. El hecho de descubrir el SIDA de esta manera y en este tipo de individuos, aunque por probabilidades eran los más afectados, resultó desafortunado por dos razones:

Por un lado se incrementó el rechazo social hacia quienes pertenecían a esos grupos, lo que en algunos casos se ha traducido en franca agresión, máxime que esta información se difundió rápidamente entre la población. Por otra parte, dio lugar a un hecho igualmente grave: el resto de la sociedad se sintió segura y a salvo del SIDA, y los heterosexuales, tanto varones como mujeres, no se cuestionaban si su conducta sexual los exponía también al SIDA, de manera que continuaron practicando actividades sexuales de alto riesgo, entre los que destacaban el tener parejas múltiples y la falta de uso de preservativo. Esta mentalidad persistió durante algunos años y desafortunadamente, muchos individuos enfermaron creyendo que estaban libres de contagio.

Tiempo después se presentaron los primeros casos en mujeres y más tarde de niños y en transfundidos no hemofílicos con lo cual quedó claro que el SIDA es una enfermedad que puede atacar a cualquier persona, independientemente de su sexo, nacionalidad, clase social, nivel cultural o respetabilidad social.

Por otro lado se comparte la idea de que en este momento ya no importa de dónde salió el virus, sino hacia donde se dirige. De ahí la necesidad de conscientizar a la población de que constituye una amenaza para todos y de que en gran medida depende de cada individuo el evitar el contagio. Se debe aceptar, aunque no agrada la idea de que SIDA llegó para quedarse; en este caso lo que importa es educar para vivir con el riesgo del SIDA y adoptar normas de conducta y un estilo de vida que permita evitar el peligro de contagio.

Es un hecho que esta enfermedad no desaparecerá, como es la mayor parte de los padecimientos infecciosos, incluso de aquellos para los cuales ya se cuenta con métodos eficaces de tratamiento y prevención. La educación no es una estrategia transitoria; cuando se desarrollen vacunas y medicamentos eficaces, si esto llega a ser realidad, todavía deberá jugar un papel importante en la lucha contra la epidemia. Se ha puesto demasiado énfasis, así como recursos humanos, financieros y esperanzas en el desarrollo de medicamentos y vacunas, sin tener presente que aún con estos recursos, el SIDA seguirá existiendo, sobre todo en los estratos socioeconómicos más bajos de la sociedad por carecer de información suficiente y los riesgos a que sus hábitos higiénicos los exponen.

Para la mayoría de las personas no afectadas, el SIDA ha perdido el interés que en un principio despertó. Muchos individuos lo perciben como un problema de otros es decir de las personas con desviaciones sexuales. En vista de las dificultades, los costos y las controversias relacionadas con el SIDA, a las autoridades gubernamentales les resulta importante dirigir su atención a otros problemas. Esta indiferencia, se debe a la falta de resultados espectaculares en la terapéutica y en la inmunoprevención, al fracaso en el logro de resultados tangibles con las campañas contra el SIDA a través de los medios masivos entre otros.

En la prevención es necesario un esfuerzo colectivo, tanto de la sociedad y del gobierno, ya que debe proteger a las personas de los modos de transmisión que están más allá de los medios de control individual. Asimismo, los individuos tienen la obligación de adoptar un comportamiento responsable para protegerse así mismos y a los demás. El SIDA debe concebirse como problema de salud global, que afecta toda la sociedad, y que su control depende de participación activa de cada sujeto.

Durante el último, decenio de han adquirido experiencias que han permitido avanzar en la prevención del SIDA a través de la educación y los modelos educativos originales basados en el temor han sido reemplazados con campañas más óptimas e incluso humorísticas.

El SIDA es completamente prevenible mediante la información adecuada y la adopción de medidas apropiadas.

En todo el mundo se están realizando esfuerzos comunitarios para la prevención del SIDA, en México se han incluido algunos. Es indispensable que se adopte y se sostenga la modificación de la conducta los primeros pasos eficaces para lograrla es a través del estímulo iterativo y la abolición de actitudes de negación, lamentablemente, el ser humano está mejor preparado desde los puntos de vista biológico y psicológico para afrontar las crisis agudas que para hacer frente a los padecimientos crónicos. Por tanto, se debe hacer un esfuerzo adicional para no sucumbir a la resignación o al conformismo. El SIDA plantea retos a la ciencia y a la sociedad y pone a prueba las insuficiencias en campos como los derechos humanos y el acceso internacional a la atención a la salud. Se deben superar los obstáculos de comportamiento, biológicos y económicos que depara la prevención.

(1) P.P. SIDA

Su prevención a través de la educación:

Una perspectiva mundial. Jaime Sepúlveda-Harney Fioneberg Jonathan

Edit. Manual Moderno., año de edición

México, D.F. Pág. 3 a 5

CAPITULO II

Proceso inmunológico

"SIDA" son las siglas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Para alcanzar una visión más clara de esta peculiar enfermedad es necesario primero hacer una revisión breve desde el punto de vista anatómico y funcional del órgano afectado, que se conoce como el aparato inmunológico. Este aparato está distribuido en todo el organismo de manera difusa, con ciertas concentraciones de sus principales elementos celulares en el bazo, los ganglios linfáticos y el tejido linfoide de los aparatos respiratorio y digestivo, a través de los cuales el cuerpo entra en íntimo contacto con diversos componentes del medio ambiente.

Variedades de linfocitos

El principal elemento celular del aparato inmunológico es el linfocito; aunque durante muchos años se creyó que sólo había una clase de linfocito, y que una célula tan pequeña y sin citoplasma no podía servir para gran cosa, hoy se sabe que el linfocito no es una célula sino varias y que todas desempeñan funciones altamente especializadas y fundamentales para el mantenimiento de la homeostasis. Por ejemplo, las células responsables de la síntesis de los anticuerpos son las llamadas células plasmáticas, que se derivan de un tipo especial de linfocitos; las células que identifican a los antígenos, provenientes del mundo exterior como de nuestro organismo, también son linfocitos; las células que conservan la memoria del encuentro con diferentes antígenos también son linfocitos; incluso hay otros linfocitos cuya función es regular las actividades de sus congéneres, sobre todo de las células plasmáticas, para lo que se reconocen dos tipos distintos: los linfocitos que favorecen o estimulan la síntesis de anticuerpos por las células plasmáticas, que conocen como linfocitos ayudantes o promotores, y los que disminuyen o inhiben esa síntesis, que se denominan supresores.

Funciones de los linfocitos

La función de estos linfocitos puede demostrarse fácilmente *in vitro*: cuando a un cultivo de células plasmáticas que están sintetizando anticuerpos en cierta concentración específica (o sea,

una cantidad determinada por célula) se le agrega una población de linfocitos ayudantes, la producción de anticuerpos aumenta considerablemente; por el contrario, si la población de linfocitos que se agrega es de supresores, la síntesis de anticuerpos disminuye o se detiene. Para los usos de esta descripción no tiene caso explorar cómo se realiza esta regulación, baste decir que se lleva a cabo por medio de moléculas secretadas por los linfocitos que probablemente actúan en la membrana de las células efectoras.

Función del aparato inmunológico

La función del aparato inmunológico es diferenciar entre las células y tejidos que pertenecen al individuo y todo lo que es extraño a él. Cuando se trata de una bacteria patógena, el aparato inmunológico la reconoce como extraña y reacciona produciendo anticuerpos dirigidos específicamente en contra de la bacteria; como el resultado de esta reacción es frecuente favorablemente al individuo, el aparato inmunológico se identifica como un "mecanismo de defensa". En otras circunstancias, lo que se reconoce como extraño son los propios glóbulos rojos del sujeto; con ciega tenacidad, el aparato inmunológico produce anticuerpos en contra de los eritrocitos y los destruye, dando como resultado una anemia hemolítica autoinmune. En este caso ya no se habla de un "mecanismo de defensa"; más bien se señala que el "mecanismo de defensa" está esquizofrénico.

Principio del SIDA

EL SIDA, O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

Durante la primavera de 1981, los médicos de los Centros para el Control de Enfermedades de Estados Unidos empezaron anotar un aumento en el número de casos reportados de infecciones por un parásito microscópico, el *Pneumocystis carinii*, por el virus citomegálico, por toxoplasma, cándida y otros hongos, todos ellos conocidos como "oportunistas" y de muy escasa frecuencia en la población general. Los pacientes con estas infecciones graves tenían dos características peculiares: en uno de cada tres de ellos también se diagnosticaba la presencia de sarcoma de Kaposi, un tumor muy raro que en esos sujetos tenía un comportamiento atípico, y la inmensa mayoría de los pacientes eran hombres menores de 60 años de edad y homosexuales. Finalmente, la enfermedad seguía una evolución progresiva, con gran debilidad y con una mortalidad de cerca del 40%.

Distribución del SIDA

En los cuatro años transcurridos desde que se descubrió el SIDA su frecuencia ha ido en aumento y ya se le ha identificado en muchos otros países, incluso en México. Un año después de la primera publicación en junio de 1982, los Centros para el Control de Enfermedades de Estados Unidos registraban un promedio de 11 casos semanales; para enero de 1983 esta cifra había aumentado a 24 casos por semana y en julio del mismo año había llegado a 53 casos semanales. En marzo del presente año ya se han presentado más de 6000 casos en los Estados Unidos y la enfermedad se ha reconocido en varias partes de Europa (268 casos hasta octubre de 1983), en Canadá, Israel, África, México y algunos países del Caribe, como Haití y Cuba. Con el aumento en la experiencia en el diagnóstico se han identificado otros grupos de población con alto riesgo de desarrollar SIDA; además de los hombres jóvenes homosexuales, que constituyen el 71% de los afectados, también se observa en drogadictos, especialmente en los que usan la vía intravenosa para introducir la droga, el 17%, en hemofílicos y otros receptores de productos sanguíneos, el 1%, y en emigrantes de Haití a los Estados Unidos, también el 1%. Finalmente, el SIDA se ha diagnosticado en algunas mujeres cuyas parejas sexuales tenían el padecimiento, así como en niños nacidos de padres con SIDA.

Patogenia del SIDA (2)

El SIDA es una inmunodeficiencia que afecta principalmente a los linfocitos ayudantes o promotores, que se encuentran muy disminuidos; en consecuencia, los linfocitos supresores están aumentados, en forma relativa o absoluta, y la relación normal entre linfocitos ayudantes y supresores está muy alterada, con disminuciones que alcanzan valores cuatro o cinco veces menores que lo normal. El predominio de linfocitos supresores se demuestra *in vitro*, pues en presencia de estas células (obtenidas de un paciente con SIDA) la respuesta a estímulos antigénicos de otras células linfoides (obtenidas de un sujeto normal) se inhibe caso por completo. También la inmunosupresión es demostrable *in vivo*, ya que los pacientes con SIDA no reaccionan cuando se les hacen pruebas cutáneas con distintos antígenos, como trichophyton, cándida, virus de la parotoditis, etcétera.

(2) Walter, John B.; Patología Humana

México, Edit. Manual Moderno, S.A. de C.V.

año P.P. 1036

Infecciones oportunistas

El bloqueo de las funciones de "mecanismos de defensa" del aparato inmunológico en el SIDA explica casi todo lo demás, que está representado por dos tipos de complicaciones, ambas igualmente graves: por un lado, las enfermedades infecciosas producidas por la gran variedad de gérmenes oportunistas ya mencionados, a los que deben agregarse el bacilo de la tuberculosis y la amiba, que en nuestro medio también han sido identificados como oportunistas; por otro lado, la elevada frecuencia de tumores malignos que aparecen en estos pacientes, de los que uno de cada tres desarrolla sarcoma de Kaposi y otras neoplasias del tejido linfoide, especialmente linformas de células B.

Sarcoma de Kaposi

Este sarcoma de Kaposi es diferente del tumor antes conocido con el mismo nombre, que se caracteriza por la presencia de nódulos hemorrágicos en la piel de las extremidades inferiores que aparecen en sujetos de edad media o mayores que tienen una evolución muy lenta, de muchos años, y que raramente afectan órganos internos; las lesiones están formadas por una combinación de fibroblastos y células endoteliales, con muchos espacios vasculares de pared anormal, lo que explica las hemorragias. En el SIDA, el sarcoma de Kaposi afecta cualquier área de la piel pero también se observa en órganos internos, especialmente ganglios linfáticos; además es de rápida evolución y de muy mal pronóstico.

SIDA y cito megalovirus

Especial interés despierta el hecho de que, desde antes de la actual epidemia de SIDA el sarcoma de Kaposi se asocia con el citomegalovirus, en vista de que se han identificado partículas semejantes a un virus herpético en líneas celulares derivadas de casos africanos de la enfermedad y los pacientes tienen títulos elevados de anticuerpos anticitomegalovirus. En los sujetos con SIDA, en quienes la frecuencia de sarcoma de Kaposi es de 100 veces mayor que en la población general, más del 94% tienen anticuerpos anticitomegalovirus, en 7 de 10 pacientes se ha recuperado el citomegalovirus del sarcoma y en proporciones igualmente elevadas se ha demostrado DNA, RNA y antígenos nucleares de citomegalovirus en células neoplásicas del

mismo sarcoma de Kaposi. Aunque esto no demuestra una relación causal (en vista de que el citomegalovirus puede ser consecuencia y no causa del tumor) tiene interés que el citomegalovirus es capaz de activar las células supresoras y de esta manera producir inmunodeficiencia en otros sujetos.

SIDA y otros virus

Otro virus que se encuentra presente con frecuencia en pacientes con SIDA es el virus de Ebstein-Barr; 100% de 95 sujetos afectados tenían anticuerpos antivirales de Ebstein Barr y el 30% también tenían anticuerpos contra antígenos precoces, lo que sugiere reactivación viral. También el virus B de la hepatitis es un huésped frecuente en pacientes con SIDA; en un estudio reciente, el 93% de 46 enfermos de SIDA tenían por lo menos un marcador de infección con virus de la hepatitis B y la mayoría tenía anticuerpos en contra de antígenos "s" y "core"; además, la epidemiología de la hepatitis viral y del SIDA son muy semejantes, ya que la transmisión de ambas es horizontal, son muy frecuentes en los mismos grupos (homosexuales, drogadictos, politransfundidos, etc.) y en el África central donde el virus de hepatitis B es endémico, el sarcoma de Kaposi también lo es.

El agente etiológico del SIDA (¿?)

Se identificó otro virus en un grupo pequeño de pacientes con SIDA que parece reunir muchas de las condiciones necesarias para ser aceptado como el agente causal. Se trata de un virus con especial afinidad por linfocitos ayudantes o promotores: este virus fue aislado en 26 de 72 paciente con SIDA, en 18 de 21 sujetos con la afección de ganglios linfáticos que podríamos llamar pre SIDA y que se mencionaran más adelante, en uno de 22 sujetos homosexuales sanos y en ninguno de 115 individuos heterosexuales sanos. Los anticuerpos en contra de este virus están presente en 88% de los pacientes con SIDA y en el 79% de los sujetos con la linfadenopatía pre-SIDA, mientras que sólo se han detectado en menos del 1% de 300 sujetos sanos.

CAPITULO III

Modo de transmisión (3)

Existen factores que son capaces de favorecer la transmisión del virus, como infecciones por citomegalovirus, el virus de Esptein Barr, el virus del herpes y el de la hepatitis, así como sífilis, gonorrea, linfogranuloma venéreo, etc. Este tipo de infecciones facilitan la infección, por el VIH ya que disminuyen las defensas del organismo; por otra parte, las lesiones que producen son una vía de entrada fácil para el VIH. Esto explica en parte la razón por la cual las relaciones sexuales con parejas múltiples son consideradas un factor de riesgo para adquirir el SIDA.

Desde el punto de vista práctico se han establecido tres mecanismos por los cuales el VIH puede pasar de una persona infectada a otra que no estaba a través de: contacto sexual, por contacto de sangre contaminada con VIH, y por transmisión perinatal: Se ha comprobado que el virus puede resistir desecación de manera de manera que una gota de sangre contaminada puede permanecer infectante por varios días a temperatura ambiente, por lo que es de vital importancia el desinfectar cualquier gota de sangre de un enfermo y no dejarla secar, usando cloro, o alcohol y glutaraldehído al 2%.

Transmisión por contacto sexual

El contacto sexual es el mecanismo más frecuente por el que puede contagiarse una persona. En este sentido, el grupo de población más expuesto lo constituyen hombres y mujeres jóvenes y adultos sexualmente activos, resulta obvio que el SIDA puede contagiarse por las relaciones sexuales a cualquier edad; incluso ya se han documentado casos de niños con SIDA por abuso sexual.

Lo importante es que en cualquier de las formas de contacto sexual, las delicadas membranas o mucosas que recubren la vagina, el recto o la uretra del pene, e incluso de la boca, son muy delgadas y aunque estén secas pueden dejar pasar hacia la sangre el VIH, entran en contacto con él ya sea a través del líquido seminal, las secreciones vaginales o cualquier otra secreción contaminada que provenga de una persona infectada. Estos líquidos son los principales vehículos del virus en las relaciones sexuales; también el riesgo de contagio mayor o menor según algunas circunstancias.

Se ha establecido que el peligro es mayor en la siguientes condiciones;

1. Si las mucosas están lesionadas con alguna pequeña herida o ulceración o bien hay una infección previa.
2. En los contactos pene-recto, más comunes entre homosexuales, pero no raros en las relaciones hombre-mujer. En cualquier caso, la mucosa del recto es muy frágil y se puede lesionar durante el acto sexual, o bien el individuo penetrador puede tener lesiones imperceptibles en el pene y contagiar o contagiarse con mayor facilidad.
3. Si el infectado es el hombre y tiene contacto sexual con una mujer no infectada.

El hombre expuesto que tiene contacto sexual con una mujer infectada, corre menor riesgo, sin embargo, el peligro existe, más aún si el contacto fue con una prostituta. Hay una teoría que propone que en tal caso la vagina actuaría como receptáculo de semen de un cliente infectado y luego sería la fuente de contagio para otro hombre.

También se ha establecido que la transmisión de la sífilis, por un contacto sexual con alguien infectado se tiene prácticamente el 100% de posibilidades de adquirirla, a diferencia del SIDA en el que la posibilidad de infectarse es menor; una persona expuesta al contagio tiene posibilidades de no haberse infectado, pero definitivamente se expone a un riesgo muy alto.

Otro aspecto que conviene destacar es que a mayor número de parejas sexuales, existe un mayor peligro de adquirir el SIDA.

Prácticas sexuales peligrosas

Es importante analizar otro tipo de prácticas sexuales en relación con el riesgo de contagio por el VIH, que no implican un coito propiamente dicho; sin embargo, son igualmente riesgosas en cuanto al peligro que representan.

El sexo oral. Este representa un indudable riesgo. Se ha señalado la posibilidad teórica de que la saliva podría inactivar al VIH, así como los jugos digestivos; sin embargo, antes de que esto pudiera suceder, el virus puede penetrar al torrente sanguíneo a través de la mucosa de la boca.

Tomando en cuenta lo anterior, cabe mencionar que existen actitudes y prácticas sexuales cuyo impacto socio-cultural implica riesgo para adquirir el VIH. Entre éstas se encuentran: homosexualidad, promiscuidad, heterosexualidad y prostitución. Independientemente de la preferencia sexual de estas personas, son las prácticas de estos grupos las que originan el alto riesgo. Si a ello se suma el uso de fármacos, la falta de medios preventivos (productos higiénicos tales como el preservativo), y otros factores promiscuos para adquirir VIH, ha de estimarse que el problema tiene en mucho un origen educativo.

Entre las prácticas consideradas como de alto riesgo, encontramos, además de las citadas:

- Relaciones anales
- Presencia de otras enfermedades sexualmente transmisibles, particularmente aquellas que producen lesiones.
- Prácticas sexuales que favorecen lesiones locales.
- Prácticas orales (en presencia de lesiones de la cavidad oral).

Los juguetes sexuales.- Son riesgo de infección cuando son utilizados por más de una persona.

La masturbación mutua entre homosexuales. Se considera como pequeño riesgo, por las mismas razones anteriores es importante mencionarla.

Excitación manual de los genitales. Parecen interesantes los comentarios de Masters y Johnson, quienes señalan grado de riesgo. Si el líquido preeyaculatorio o el semen entran en contacto con una herida, una lesión y una erupción en la mano o en el cuerpo de la pareja, existe la posibilidad de infección. De igual manera, un hombre que al estimular los genitales de su compañera introduce un dedo en su vagina, entrará en contacto con las secreciones vaginales posiblemente infectadas: Si existe una lesión en la piel de su dedo o mano o si después toca una parte de su cuerpo con una lesión en la piel, corre riesgo de infectarse. El caso inverso también es posible: que sea el hombre infectado y el mismo tipo de lesiones pueden ser una vía de salida del virus contagiar a una mujer expuesta.

Masters y Johnson afirman que en tal caso una opción es el uso de guantes de plástico desechables en los momentos de intimidad, ya que son similares a los condones. También proponen el uso de jaleas o cremas spermaticidas a base de nonoxynol-9, el cual destruye eficazmente al VIH.

Lesbianismo. Hasta el momento no se han registrado casos en la que homosexualidad femenina o lesbianismo haya sido el medio de contagio de SIDA; se señala, sin embargo, que la infección es posible si una de ellas fue infectada por un hombre ya infectado en tal caso no se trata de lesbianismo puro sino de bisexualidad, práctica que conlleva un altísimo riesgo. Otro riesgo es que una de estas personas pueda contagiarse por un mecanismo no sexual, por ejemplo, una transfusión sanguínea.

(3) Lo que todos debemos saber del SIDA
Luis Cárdenas Bravo
Bertha Ballesteros Silva
Editorial Trillas, México Arg.
1ª impresión mayo 1995
Pág. 37 a 48.

Transmisión por contacto con sangre contaminada con VIH

Se trata del peligro que existe, que la sangre de un individuo infectado entre en el cuerpo de una persona expuesta y los mecanismos por los que esto sucede son los siguientes:

Por transfusión de sangre o sus derivados contaminados

Éste es el mecanismo más frecuente en esta forma de transmisión. En nuestro país se informa, que hasta agosto de 1996, aproximadamente el 5% de adultos varones se contagiaron por esta vía, así como el 66% de las mujeres.

En el nivel pediátrico, ocurrió lo mismo con el 32% de los varones; este porcentaje, aunado al de los niños hemofílicos infectados, que representan el 43.6%, nos da un total de 75% de niños varones infectados por transfusión de sangre o sus productos contaminados.

Esta forma de contagio es cada vez menos frecuente debido al estricto control de la sangre y a que se ha prohibido el uso de sangre de donadores profesionales, en los que se detectó un mayor porcentaje de positividad al VIH que entre los donadores altruistas. Dichas normas entraron en vigor el 22 de mayo de 1986.

En caso necesario el analizar la sangre de los donadores de sangre y aplicarles la prueba del anti-VIH, garantiza que la sangre se va transfundir no está contaminada con VIH y tiene un muy alto margen de seguridad; sin embargo, puesto que este análisis mide o detecta los anticuerpos que el organismo elabora contra el VIH (de aquí el nombre de anti-VIH) y que ese proceso puede llevar meses, existe la posibilidad de que un individuo infectado no tenga anticuerpos anti-VIH detectables y se le considere erróneamente como negativo; en consecuencia, su sangre puede contagiar el VIH si se transfunde.

Por lo tanto, actualmente la decisión de transfundir es una grave responsabilidad médica que no puede efectuarse sin la debida información al paciente y a sus familiares, en especial al cónyuge.

Para la población general es necesario recomendar hábitos de vida que disminuyan el exponerse a lesiones que impliquen pérdida de sangre y puedan requerir transfusión. Ejemplos de esto son: el evitar las riñas, conducir con precaución, usar cinturón de seguridad, transitar con cuidado por la calle, evitar la promiscuidad y el abuso sexual, etc.

Sangre contaminada sobre heridas o mucosas (4)

Es de destacar que la piel sana, intacta, es una barrera eficaz que impide la penetración del VIH; no obstante, cuando hay alguna herida, por pequeña e insignificante que parezca y entra en contacto con sangre contaminada, puede ser la vía de entrada. Lo mismo cabe decir si la sangre cae accidentalmente sobre las mucosas, por ejemplo la conjuntiva ocular.

Lesiones con instrumentos cortantes o punzantes contaminados

Aunque las lesiones parezcan insignificantes, el primer mecanismo implicado fue el de compartir, entre heroinómanos, jeringas y agujas no esterilizadas o desinfectadas. La importancia es variable. En México, el porcentaje de infectados por esta vía es muy bajo (menos del 1%); en otros países como Italia y España, el porcentaje es mayor.

Lesiones por usar un rastrillo ajeno contaminado

Una costumbre peligrosa es la de compartir el uso del rastrillo o utilizar el rastrillo que ha empleado otra persona. Esto es muy importante, ya que la persona con quien se comparte puede hallarse infectada, aunque aparentemente esté sana. Lo mismo se puede decir de los cepillos de dientes, que deben ser de uso estrictamente personal.

Otras vías potenciales de contagio son los tatuajes, manicura, pedicuro, acupuntura, el rasurado con rastrillo común en los salones de belleza o peluquerías, aunque de estas últimas hasta la fecha no se han registrado casos de transmisión. Sin embargo, cabe destacar que el VIH puede ser altamente resistente en sangre seca y aún no se conocen las dosis mínimas causales de infección, por lo que se recomienda evitar incluso los riesgos mínimos.

(4) Luis Cárdenas Bravo
Bertha Ballesteros Silva
Op. Cit, Pág. 37 y 48.

CAPITULO IV

La bioética y el SIDA

El proceso salud-enfermedad no puede ser resuelto exclusivamente en el ámbito de la medicina es más no puede ser resuelto en el ámbito de las ciencias biomédicas.

Se entiende que salud es una manifestación material de la vida, inherente a ésta y al funcionamiento orgánico del individuo y de la sociedad en que se desarrolla.

Es importante que las ciencias biomédicas se auxilien de otras disciplinas, particularmente las humanísticas dentro de las cuales destaca la filosofía y sus ramas, particularmente la Bioética la cual "ha surgido de la ética médica" (5).

Según Raid "La bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y en el cuidado de la salud en cuanto que esta conducta es encaminada a la luz de los valores y principios morales" (6).

La bioética, presupone una visión integral de los hechos y de los valores, luego entonces el proceso salud-enfermedad en cuanto al hecho humano que lo condiciona, requiere un examen crítico que sólo una visión integral puede ofrecer.

El hecho social centrado en la relación enfermera-paciente ha de ser analizado a la luz de los valores para justificar o prescribir los actos inadecuados que pudieran preservarse en dicha relación.

La relación enfermera - paciente desde el ángulo bioético comprende de manera general los siguientes aspectos:

- Tomar en cuenta la salud del paciente para sobre todo tomarlo en cuenta como persona.
- Buscar el equilibrio entre las necesidades del paciente y las alternativas médicas. Debe valorarse en cada caso el riesgo beneficio, de las posibilidades disponibles.

(5) El SIDA un problema Bioético y Jurídico
Yolanda Martínez Ponce
Curso Pos-técnico
México, D.F.
Total páginas (90)

(6) Yolanda Martínez Ponce (Idem anterior)

- Cuestionar los factores que intervienen en torno a los problemas de salud, para promover actos erróneos desde el ángulo moral, entre otros.
- Información al paciente.
- Recursos disponibles (particularmente un costo beneficio)
- Procedimiento de tratamiento.
- Pronóstico.
- Calidad de vida para el paciente.
- Actitud del paciente y su familia.
- Consecuencias sociales del acto biomédico.

Tomar en cuenta la salud del paciente pero sobre todo, tomarlo en cuenta como persona.

Se entiende por persona a un ser capaz de entendimiento, voluntad, autoconciencia y autoestimación de sí, que puede actuar libremente.

Cabe mencionar que el individuo al estar enfermo, presenta cambios de conducta exacerbando situaciones de angustia, temor y a caso de exigencia y enojo para con las personas que lo rodean.

Ante esta situación, el personal de salud debe saber los momentos que está pasando el paciente, brindándole la atención adecuada.

Para el paciente el conocimiento de todo lo relacionado a su enfermedad, cuánto tiempo va a durar el tratamiento, a que estudios debe someterse, quien lo va a tratar, cómo va a ser su atención médica, que limitantes va a tener, cómo va a ser su dieta, cómo va a ser su vida sexual, el virtual costo, las posibles complicaciones, su pronóstico de vida, etc.

Al recibir esta información, el paciente deberá tomar la decisión que mejor le convenga, es decir, expresará su consentimiento bajo información, el cual quedará formalizado por escrito en los caso en que las disposiciones sanitarias lo señalen o cuando sea recomendable éticamente obtenerlo, aún sin existir obligatoriedad Jurídico-formal, es decir aún en casos no ordenados por las disposiciones sanitarias.

Buscar el equilibrio entre las necesidades del paciente y las alternativas médicas.

El método idóneo para dicho fin, no es otro que la minuciosa valoración del riesgo-beneficio.

Entiéndase por riesgo "cualquier contingencia o proximidad de un daño". En este caso la posibilidad de daño será respecto de la salud o la vida del paciente. La valoración en este supuesto será atendiendo a las posibilidades ideales es decir, representadas en la conciencia del profesional de la salud previamente a la aplicación de alternativas, por ejemplo: procedimientos invasivos quirúrgicos, etc.

El concepto de beneficio, es sinónimo de utilidad y en este caso como proceso lógico ideal, quedará a cargo del personal estimar en su justa medida el impacto en la salud lograr la efectividad del tratamiento.

La correcta valoración en cada caso habrá de llevarnos a intentar solamente procedimientos y técnicas que arrojen mayor beneficio que riesgo.

Cabe mencionar que intervienen otros factores en una correcta valoración tales como la consideración biomédica de necesidad.

Se entiende por necesidad la carencia o faltante de algo, es conveniente señalar que existen grados de necesidad:

- Necesidad leve
- Necesidad grave
- Necesidad extrema

La necesidad leve es aquella que no pone en riesgo la vida del paciente y las alternativas médicas son favorables siendo el riesgo mínimo y por ello casi inexistente.

En la necesidad grave la enfermedad se exagera, pero no pone al paciente en peligro de muerte, la alternativa médica por consiguiente debe ser oportuna y adecuada pues de otro modo podría generarse un peligro hasta entonces inexistente.

Finalmente la necesidad extrema es aquella que pone en peligro la vida del paciente, el desenlace puede ser fatal y la alternativa médica deberá ser inmediata precisa y efectiva existiendo la posibilidad en casos desesperados de que el riesgo sea mayor que el beneficio. En este supuesto y ante la gravedad del caso no sería aventurado intentar recursos que en otras condiciones serían inadmisibles, no obstante lo cual se requiere nuevamente un proceso lógico ideal resuelto a nivel de la conciencia ética.

Se entiende por alternativa médica la virtual solución en beneficio del paciente, pudiendo consistir en actividades.

- Preventivas
- Terapéuticas
- Rehabilitatorias
- Paliativas

La valoración de alternativas deben comprender invariablemente los siguientes aspectos:

- Las condiciones intrínsecas del paciente
- Situación socio-cultural y económica del paciente
- Características del diagnóstico y tratamiento
- Medios disponibles, insumos e infraestructura, etc.

Para ser llevadas a la práctica será necesario someterse a determinados procedimientos que se convierten en un "mal necesario" por mencionar algunos:

- Estudios de laboratorio, gabinete, y otros específicos de la enfermedad.
- Estudios invasivos toma de productos, etc.
- Intervenciones quirúrgicas.

No es ocioso insistir en que ha de quedar proscrito cualquier procedimiento o técnica innecesarios.

Cuestionar los factores que intervienen en torno a los problemas de salud, para promover actos idóneos, desde el punto de vista moral.

Al respecto deberían considerarse al atender al paciente y/o familiares:

- Brindar información suficiente
- Contar con los recursos mínimos para la realización de procedimientos
- Evitar la realización de procedimientos de diagnóstico incipiente y poco confiables
- Brindar un pronóstico
- Estimar la calidad de vida del paciente y hacerlo en forma eficiente
- Estimar la actitud y entorno del paciente y su familia
- Estimar las consecuencias sociales de la intervención paramédica

- Evitar la agresión al paciente, conductas poco meditadas etc.
- Evitar la estigmatización al enfermo.

La información al enfermo se inicia al entablarse la relación enfermera - paciente esta se verá favorecida cuando la enfermera proyecte seguridad, confianza, honestidad y un interés genuino en la salud del paciente. Es importante que la enfermera al auscultar y explorar vea al paciente con un sentido humano y personal, en busca de signos que pudieran facilitar el diagnóstico para el resultado favorable del tratamiento. Además es primordial la comunicación entre ambos.

El paciente debe exteriorizar lo que siente, la enfermera debe escuchar atentamente con paciencia lo dicho por el.

El arte de hablar al enfermo es algo que también la enfermera debe aprender "lo que dices - escribió San Agustín y dilo de tal manera que aquel a quien hablas creyéndote crea, creyendo, espere y esperando ame" (7).

Para dar la información es necesario que la enfermera este en la mejor disposición ante cualquier duda del paciente tomando en cuenta lo siguiente:

- Veracidad y oportunidad
- Edad, estado de conciencia, escolaridad, lenguaje y nivel sociocultural del enfermo.
- Si el paciente es menor de edad o no esta en condiciones de recibirle se le proporcionará al padre o tutor o la persona responsable del paciente.
- La información respecto al tratamiento pronóstico y evolución, deberá ser dada por el médico tratante únicamente (¿?) Según las normas de institución.
- La información deberá corresponder fielmente a la evaluación del paciente.
- La información que se proporcione será en un lenguaje claro entendible, evitando cuanto sea necesario el uso de términos médicos.

Ante un paciente en peligro de muerte la enfermera se encuentra en un grave dilema por lo tanto está obligada, a dar información en el momento oportuno tomando en cuenta lo siguiente:

1. Las exigencias de la verdad
2. Los consejos de la prudencia
3. Los legítimos intereses del enfermo

(7) El SIDA, un Problema Bioético y Jurídico

Curso- Pos- técnico Enfermera Yolanda Martínez Ponce
México, D.F. (Pág. 23 a 41).

El médico debe hablar con la verdad, debe estar consciente que no debe mentir pues la mentira va creando un barrera para con el paciente y su familia.

Independientemente del nivel de desarrollo socioeconómico, el impacto de una enfermedad presenta un importante reto adicional para el individuo como para los servicios de salud.

Al respecto Sepúlveda Amor señala " Los recortes sistemáticos al gasto público y en particular al gasto social inciden en las estrategias que se pueden tomar para evitar que males eventuales se propaguen más allá de límites controlables y esto por la razón de austeridad no puede ser modificada rápidamente" (8).

Cabe mencionar que la enfermera antes de prescribir debe valorar el tipo idóneo de cuidado que da a su paciente tomando en cuenta:

- Efectividad del cuidado
- Lugar donde se dará el cuidado
- Beneficios que se obtendrán con mismo
- Limitaciones del paciente (paseos, comida, nivel socioeconómico, disponibilidad, etc.)
- Tipo de tratamiento (preventivo-curativo-paliativo o rehabilitatorio)

Existen diversos aparatos, medicamentos técnicas y procedimientos , sin embargo el hecho de que existan, de que están disponibles no significa que necesariamente deben usarse y mas aún no es adecuado recomendar su uso indiscriminado, será un diagnóstico sereno basado en la observación clínica y de laboratorio el que pueda sustentar la determinación médica.

La correcta selección de alternativa implica, entre otras cosas, diferir procedimientos invasivos, reservándolos para los casos estrictamente necesarios, y al optar por estas medidas elegir aquellas que representan menor riesgo de entre las disponibles. Es por lo tanto imprescindible fijar una clasificación de los medios terapéuticos correspondiendo a una relación inversamente proporcional según las reacciones adversas potencialmente consideradas.

(8) El SIDA, un Problema Bioético y Jurídico

Curso- Pos- técnico Enfermera Yolanda Martínez Ponce
México, D.F. (Pág. 23 a 41).

La definición del pronóstico representa también una clasificación moral, el médico debe tomar en cuenta los límites de terapéutica. Al combatir las enfermedades y conservar la salud, no puede ofrecerse pronóstico favorable a todo usuario de los servicios médicos. Cuando el pronóstico resulte desfavorable, (peligro sufrido o fase terminal), es deber de la enfermera tratar de controlar los problemas observables, por ejemplo que no sobrevenga antes de tiempo la muerte natural. Sin embargo, se luchará con esmero pero no indefinida ni agobiadamente por mantener una penosa agonía.

Las alternativas de cuidados suponen más que una suma de atención de enfermería concretos. Incluyen la valoración de todos los problemas reales y potenciales que conllevan la puesta en práctica del plan de cuidados.

No resulta vano el insistir en que el equipo de salud, debe tomar en cuenta al paciente como ser humano, con necesidades que requieren ser cubiertas en las mejores condiciones. Esto es, ayudar al individuo enfermo o sano a realizar actividades estimadas como favorables para la conservación de la salud, su recuperación o en su defecto, a una muerte digna y que el mismo podría llevar a cabo al tener la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario con esto el cuidado de enfermería a de ser encaminado a fortalecer la autonomía, e independencia del paciente.

La conducta humana está determinada por las necesidades que enfrenta y por los medios encaminados a satisfacerlas.

Según Abraham Maslow las necesidades se clasifican en 2 grupos las carácter básico y necesidades de desarrollo. El autor expresa lo anterior, mediante el siguiente cuadro:

	AUTO REALIZACION
DESARROLLO (VALORES DEL SER METANECESIDADES)	1. VERDAD
	2. BONDAD
	3. BELLEZA
	4. VITALIDAD
	5. INDIVIDUALIDAD
	6. PERFECCION
	7. DILIGENCIA
	8. LOGRO
	9. JUSTICIA
	10. ORDEN

11. SIMPLICIDAD
12. ESPLENDOR
13. RECREACION
14. FELICIDAD
15. AUTOSUFICIENCIA
16. SIGNIFICACION
17. AUTOESTIMA
18. ESTIMACION POR PARTE DE LOS DEMAS

BASICAS

1. AMOR
2. SEGURIDAD Y RESGUARDO
3. DE ORDEN FISIOLÓGICO
4. AIRE, AGUA, ALIMENTO, REFUGIO, REPOSO, SEXO.
5. EL MEDIO EXTERNO
6. CONDICIONES ESENCIALES PARA LA SATISFACCION DE LAS NECESIDADES
7. LIBERTAD, JUSTICIA, PRODUCCION, METODO, DESAFIO

Las necesidades básicas se caracterizan por el déficit, son fundamentales y abarcan todas las especies, unidas a otras de índole psíquica más que puramente fisiológicas, constituyen la naturaleza interior de la especie humana.

Las necesidades básicas pueden ser clasificadas como sigue:

- fisiológicas
- de seguridad
- de relación afectiva
- de posición

Las necesidades de crecimiento o desarrollo implican la auto realización y autoafirmación permitidas en la medida en que han sido resueltas las necesidades de amor y aprecio, son necesidades de contenido eminentemente psicológico, "actualización del yo", y pueden ser definidas como el deseo de llegar a ser "lo que uno es capaz".

El término "paciente" que en significación etimológica es tanto como "sufrir - soportar", se ha empleado tradicionalmente para referirse a personas demandantes de cuidados médicos. Sin embargo, actualmente se tiende a utilizar el concepto de persona considerada como sujeto de estudio de la enfermería. Se considera como un todo indisociable mayor que la suma de sus partes es la amistad esencial humana del cuerpo y del espíritu como ser individual, se sabe como un ser que se posee espiritualmente y se comprende así mismo, cotidianamente piensa, siente, quiere, desea, tiene objetivos y planes, alegrías y tristezas a través de todo experimenta su yo como algo determinado y concreto, como ser personal radicalmente único y singular quiere destacar de todos los hombres por tanto la persona se considera como única y particular, lo que determina necesidades propias las cuales se constituyen en el punto de referencia para el cuidado de enfermería. (9)

La enfermedad vista como "experiencia" conlleva tensión, ansiedad, ira, negación, pena, culpabilidad y desconcierto. Por lo general el enfermo y la familia son susceptibles y vulnerables por lo tanto los cambios corporales, las reacciones de familiares y amigos, la experiencia de la hospitalización y los cambios proyectados en el modo de vida, forman parte en la adaptación de las personas a las situaciones nuevas.

Los pacientes buscan interpretar los mensajes no verbales en relación con su pronóstico, especialmente cuando no es favorable.

La gran diferencia entre la relación social y profesional es que en la primera hay satisfacción mutua de necesidades, por cuanto hace a la segunda, esta se caracteriza por la satisfacción de las necesidades de una de las partes: el paciente.

La enfermedad, particularmente en caso de hospitalización, origina amplia gama de nuevas tensiones como la ansiedad y cambio en la imagen corporal.

(9) SIDA
Implicaciones en Enfermería
Pratt R.J.
Edit. Doyma, S.A. España 1988.
Pág. 55

La ansiedad es una respuesta normal a los estados de alarma y amenaza. La ansiedad es causada por una amenaza al funcionamiento del organismo, ya sea a la supervivencia física o a la integrada del ser psicosocial (la imagen del yo). A menudo una persona enferma, ansiosa por dolor interno, puede también estar ansiosa en respuesta a sus sentimientos, en cuanto a su valor y grado de dependencia. La enfermedad y hospitalización, incluyen las siguientes amenazas que desencadenan ansiedad: amenaza general a la vida, la salud e integridad corporal, situaciones embarazosas, incomodidad por dolor, frío, fatiga y cambios en la dieta; carencia de satisfacción sexual; restricción de movimientos; aislamientos; interrupción o pérdida de los medios de vida; precipitación de una crisis económica; antipatía y rechazo por parte de los otros o el ridículo ante ello como resultado de la enfermedad; conducta contradictoria e inesperada de las figuras revestidas de autoridad de quienes depende el bienestar propio; frustración de planes y esperanzas; confusión e incertidumbre acerca del presente y el futuro, y separación de la familia y amigos.

El concepto de imagen corporal es útil para entender las diversas y complejas reacciones de la gente a cambios en su estado de salud. La imagen corporal puede considerarse como "la percepción total, constantemente cambiante y en evolución de la propia persona física como separada y distinta de todas las demás" (10). Esta percepción se basa en funciones y sensaciones internas, así como en la información derivada del medio externo.

La sociedad dicta reglas para el aspecto físico y la conducta de percepción de la imagen corporal se efectúa a nivel consciente e inconsciente.

El sentirse avergonzada por causa de una desfiguración, deformidad, debilidad y fealdad, reales o aparentes, puede generar auto devaluación al compararse con otros. Los valores socioculturales dedicados a la juventud, el atractivo físico, la salud y la integridad, se incorporan y se refuerzan durante toda la vida, patrón que indudablemente requiere insoslayable juicio emitido, pero que interviene desfavorablemente en la atención a la salud.

(10) SIDA
Implicaciones en Enfermería
Pratt R.J.
Edit. Doyma, S.A. España 1988.
Pág. 55

Pueden aparecer actitudes de vergüenza, ineptitud y culpabilidad según la valoración que el paciente haga de la situación. La falta incurrida en el respeto a la individualidad del paciente y a su intimidad causan ansiedad y turbación. Descubrir el cuerpo durante los exámenes físicos y los tratamientos como enemas o cataterismos vesicales, puede ser perturbador, aún cuando forman parte del método terapéutico.

La alteración de los fenómenos normales de eliminación y la necesidad de usar silla de ruedas o el hablar acerca de defecación y micción, amenaza el amor propio. Este problema repercute sobre todo en pacientes intervenidos quirúrgicamente tal y como sucede tratándose de colostomía ileostomía.

Además de los cambios bruscos en anatomía, fisiología que ocurren por accidente o intervención quirúrgica. Aparecen cambios sutiles en enfermedades progresivas como artritis, obesidad, etc., incluso los cambios del cuerpo normales como la pubertad y el embarazo son un problema que altera la imagen corporal.

Los efectos secundarios de medicamentos pueden originar cambios en la imagen corporal, por ejemplo, cara de luna llena, crecimiento facial, alopecia, etc.

El personal de salud necesita conocer los significados y las posibles alteraciones que una modificación en la imagen corporal causará en el paciente. Debe considerarse tanto al paciente como a su familia porque en forma virtual la adaptación es mutua.

Es necesario, al formular un plan asistencial, la capacitación a la familia para auxiliar al paciente al afrontar nuevas situaciones.

Se tomará en cuenta la virtual existencia de estado emotivos, tales como pena, duelo e ira como reacción compensatoria en razón de alteraciones. Para ello debe apoyarse la esperanza, sin abuso de falsas expectativas, y encaminarse hacia la rehabilitación tanto como lo permita la situación intrínseca del paciente.

La naturaleza de los problemas sociales y de salud experimentados por cualquier miembro de la familia debe presentarse una enfermedad puede ser tan compleja que no pueda ser manejada por el propio paciente ni familiares y por lo tanto, se requiere de servicios con enfoques nuevos para el cuidado de la salud, en el que tendrán participación primordial los servicios sociales.

Tales servicios requieren de un esfuerzo conjunto e innovador de todos los sectores de la sociedad.

El personal de salud debe brindar una clara idea del bienestar que podría lograr la sociedad si se hallara exenta de las "cargas" de la enfermedad. Cada individuo debe ser abordado en función de lo que debería y podría ser su estado potencial de salud, y es inherente a este concepto la idea de que la salud ha de ser desarrollada, mantenida y alimentada por un esfuerzo continuo. Después de todo, la salud no es un estado estático, sino que requiere gasto de energía para el logro de un potencial cada vez más elevado.

Para concluir, el artículo 9º del reglamento de Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, constituye un conjunto de normas interpretativas de carácter jurídico aplicable a enfermería.

Salud pública en el caso del SIDA

El SIDA se ha convertido en un problema de salud pública en la República, hecho reconocido en la Ley General de Salud (artículo 134 fracción XIII), por la rapidez en la diseminación del virus que lo causa (VIH) y su letalidad. En la actualidad, no existe tratamiento curativo.

Por ello, las actividades de salud pública que se realizan en relación al padecimiento, se concreta principalmente a un tratamiento paliativo respecto de los enfermos y a la enseñanza y adopción de medidas preventivas, para evitar la proliferación del mal, entre ellas se considera como medida prioritaria la educación para la salud; en la atención de los pacientes y la actividad fundamental será el control de enfermedades oportunistas, consecuencia característica del padecimiento, y buscar los medios de mejorar la calidad de vida y adaptación del paciente a su entorno, para ello se aplican los siguientes criterios:

- A) El paciente tendrá derecho a recibir atención médica, por tratarse de una garantía constitucional (Artículo 4º. de la Ley Fundamental).
- B) El paciente no podrá ser sujeto pasivo de discriminación, (esto sería violatorio del orden jurídico y sería contrario a la ética médica).

- C) El personal de salud estará obligado a respetar la intimidad y confidencialidad del paciente, a menos que exista requerimiento de la autoridad judicial o se trate de evitar un delito, por ejemplo el contagio a otra persona.
- D) El paciente será informado correctamente del diagnóstico, pronóstico y tratamiento. En caso necesario la familia tendrá derecho a recibir la información.
- E) Se respetará el principio bioético de autonomía, que en su aspecto jurídico equivale a la obtención del consentimiento bajo información.
- F) Se atenderá a las necesidades básicas del paciente, atendiendo al orden de prioridad, se mencionan las siguientes:
- Necesidades fisiológicas.
 - Necesidades de seguridad.
 - Necesidades de pertenecer, de ser tomado en cuenta, de estimación y afecto, necesidades de creer y de entender.
- G) El aislamiento sólo se aplicará en casos estrictamente necesarios (sépticos), (aislamiento protector para evitar riesgos innecesarios al paciente).

Responsabilidades del personal de salud.

El deber moral al que está sujeto el personal de salud requiere de un gran esfuerzo y de amplios conocimientos.

Las actividades del personal de salud, sin duda alguna, conllevan gran responsabilidad, en ocasiones la ignorancia genera situaciones de angustia, miedo, mal trato al paciente.

El gran problema que podrá presentarse es el rechazo del personal por miedo al contagio, por tanto es conveniente recordar:

- A) El personal no puede negarse al desempeño de su función.

B) No puede empero, permitirse que el personal arriesgue su salud, al efecto será imprescindible, es decir, obligatorio, se adopten medidas de carácter preventivo para protección en caso de exposición ocupacional personal.

C) El personal tendrá derecho a ser capacitado para la realización de las técnicas y procedimientos inherentes a este tipo de pacientes y una vez capacitado, tendrá la obligación de aplicarlos correctamente.

Homosexualidad y SIDA

Una de las características más interesantes del SIDA es su elevada frecuencia en homosexuales. Naturalmente, esto no tiene nada que ver con su carácter epidémico, ya que el homosexualismo es quizá tan antiguo como el heterosexualismo y en otros tiempos y otras culturas el primero ha sido considerado no sólo como natural sino hasta como superior al segundo. Es muy probable que las prácticas homosexuales estén asociadas con el mecanismo de transmisión del agente responsable del SIDA, en vista de que los sujetos con mayor número de parejas son también los que tienen el más alto riesgo de desarrollarlo. Pero en Grecia y en Roma el llamado "amor azul" nunca se asoció con algo parecido al SIDA, cuyos estragos en individuos jóvenes y sanos no pueden pasar inadvertidos. Con la introducción del concepto de pecado, muchas enfermedades fueron consideradas durante la Edad Media como justo castigo: la epidemias de peste bubónica, tifo exantemático, lepra, sífilis y otras más fueron recibidas como muestra del enojo divino ante el comportamiento reprobable de los pobres desafortunados que se enfermaban. No muy alejada de la Edad Media se encuentra la culta dama quien, al enterarse de que el SIDA es más frecuente en homosexuales, murmura satisfecha: "Quién les manda..."

El hecho es que nos enfrentamos a una enfermedad "nueva", que ha adquirido rápidamente el carácter de epidemia, asociada en gran proporción a un estilo de vida que puede ser todo menos nuevo (cuando más, recientemente se ha hecho más abierto en ciertos grupos humanos), con elevada mortalidad, probablemente producida por uno o un grupo de virus cuyo efecto es trastornar la función del "mecanismo de defensa" del aparato inmunológico y, a través de la inmunodeficiencia resultante, facilitar el establecimiento de infecciones oportunistas que pueden terminar con la vida de los pacientes; otra consecuencia parece ser una frecuencia mucho mayor de tumores malignos, que también tienen un pronóstico sombrío y agravan aún más el destino de estos pacientes.

CAPITULO V

Aspectos sociales

Uno de los problemas más graves que se presentan con la epidemia del SIDA, es la discriminación por parte de distintos sectores de la sociedad en contra de las personas afectadas por el virus.

El argumento más utilizado para justificar esta discriminación, es pretender crear un conflicto entre los derechos de la mayoría no infectada y los de las personas con VIH o enfermas de SIDA. Ante este aparente enfrentamiento y bajo el resguardo de la supuesta necesidad de proteger la salud pública, frecuentemente y de manera arbitraria se violan sus derechos.

Esta discriminación entorpece los esfuerzos de las políticas de salud debido a que aleja a las personas afectadas por el virus de los servicios de salud, asistencia y educación necesarios para prevenir la expansión de epidemia; ocasiona una división en la sociedad entre enfermos y sanos y fomenta la intolerancia hacia determinados grupos que, en forma errónea, han sido percibidos como la representación de la enfermedad.

En el caso del SIDA, el problema de la discriminación se complica debido a que frecuentemente los afectados son personas a quienes la sociedad ya marginaba con anterioridad, con lo cual se agrava su condición de indefensión.

La discriminación constituye una violación a la dignidad y a los derechos fundamentales de personas con VIH o que han desarrollado SIDA al negar, restringir o suspender los derechos que tiene todo ser humano, frustrando su acceso a la igualdad y a la justicia social.

La postura de la Comisión Nacional ante esta problemática, es que ningún rasgo, característica o condición que sea propia de un individuo y que le distinga de los demás, puede modificar cuantitativa o cualitativamente el goce de sus derechos. Con base en principio de igualdad establecido en el artículo 1º de la *Declaración Universal de Derechos Humanos*, "todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos".

Los Derechos Humanos y el SIDA tienen diversos e importantes puntos de contacto. El principal se manifiesta en la discriminación que junto a la marginación y violación de derechos propicia y

aumenta el riesgo de contraer el virus. La discriminación relacionada con el VIH/SIDA no es útil para promover la salud pública y sí, por el contrario, pone en peligro la sociedad.

Este es un documento que enuncia algunos de los derechos que todos tenemos, con objeto de impedir la discriminación frente al SIDA. Su propósito es promoverlos, brindar los elementos necesarios para su defensa y contribuir a la formación de un entorno favorable en nuestra sociedad, que permita disminuir las conductas discriminatorias (11).

Se tiene derecho a: (12)

1. El virus o la enfermedad no es motivo para restringir o suspender los derechos fundamentales de las personas, ya que con base en el principio de igualdad todos los seres humanos nacen iguales en dignidad y derechos. La ley protege a todos los individuos por igual; en consecuencia, nadie puede sufrir discriminación de ningún tipo.
2. Para aquellas personas que son discriminadas por sus características que género, edad, religión, preferencia sexual, condición social, condición física o mental, situación jurídica o calidad migratoria el tener VIH o estar enfermo de SIDA no debe ser motivo para agravar su condición.
3. Nadie está obligado a someterse a la prueba de detección de anticuerpos del VIH; a declarar que vive con el VIH o que ha desarrollado SIDA. Si de manera voluntaria decide someterse a la prueba de detección de anticuerpos, tiene derecho a recibir, antes y después de la misma, información suficiente y tiene derecho a que los resultados sean manejados en forma confidencial.
4. La aplicación de la prueba no será considerada como un requisito para recibir atención médica, obtener empleo, contraer matrimonio, formar parte de instituciones educativas, o tener acceso a servicios.

(11) La discriminación ante el SIDA
Comisión Nacional de Derechos Humanos
Pacífico Sur 3469, Col. San Jerónimo, México, D.F.
Folleto

5. El resultado positivo de la prueba no deberá ser considerado como causal para la negación de los servicios de salud, la rescisión de un contrato laboral, la expulsión de una escuela, el desalojo de un vivienda, la limitación de tránsito dentro del territorio nacional, la salida del país o el ingreso al mismo tanto de nacionales como extranjeros.
6. Las personas que viven con el virus o con SIDA en ningún caso deben ser objeto de detención ilegal, aislamiento, segregación social o familiar.
7. Toda persona tiene derecho a ejercer su sexualidad libre y responsablemente.
8. Con la finalidad de proteger a quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA, todas las personas tiene derecho de asociarse libremente y afiliarse a instituciones sociales o políticas.
9. Con objeto de proteger su salud, todas las personas tienen derecho en igualdad de condiciones a buscar, recibir y difundir información precisa, documentada y en un lenguaje accesible sobre todo lo relacionado con el virus y la enfermedad.
10. Como usuario de los servicios de salud, se tiene derecho a la prestación de servicios oportuna y de calidad idónea, a la atención personal y éticamente responsable y a un trato respetuoso y digno, así como a que el historial médico se maneje en forma confidencial.
11. Las personas que vienen con el VIH o están enfermas de SIDA tiene derecho a buscar y recibir información completa sobre su enfermedad, sus consecuencias, alternativas, posibles tratamientos a los que pueda someterse, así como a la información sobre sus riesgos y pronósticos.
12. Los afectados por el virus tienen derecho a los servicios establecidos de asistencia médica y social, que tengan como objetivo mejorar su calidad y tiempo de vida.
13. Los usuarios de los servicios de salud tienen derecho a conocer los procedimientos establecidos por las instituciones de salud para presentar una queja, reclamación o sugerencia ante cualquier irregularidad en la prestación de estos servicios.

(12) La discriminación ante el SIDA
Comisión Nacional de Derechos Humanos
Pacífico Sur 3469, Col. San Jerónimo, México, D.F.
Folleto

14. A los padres afectados por el VIH, no se les debe negar su derecho a la patria potestad de sus hijas ni el derecho a designar al tutor que deseen cuando ya no les sea posible hacerse cargo de ellos, o en su defecto a contar con la protección de las instituciones de asistencia social.
15. Los niños viven con VIH/SIDA tienen derecho a recibir los servicios de salud, educación y asistencia social en igualdad de circunstancias.
16. Toda persona tiene derecho a una muerte y servicios funerarios dignos.

(13) La discriminación ante el SIDA
Comisión Nacional de Derechos Humanos
Pacífico Sur 3469, Col. San Jerónimo, México, D.F.
Folleto

CAPITULO VI

ATENCIÓN AL PACIENTE CON SIDA

La atención al paciente es un conjunto de cuidados que la enfermera brinda, en el ámbito institucional tiene como finalidad la de coadyuvar al desarrollo integral del individuo con el fin de que el paciente obtenga una estancia hospitalaria cálida, así como entablar empáticamente una relación enfermera paciente óptima y poder lograr los efectos deseados, tomando en cuenta sus limitaciones, la valoración de sus necesidades y entorno familiar, así como estado de salud delicado o grave.

Los cuidados de enfermería a pacientes con SIDA, implican un reto poco común desde el punto de vista del control de la infección, ya que el enfermo de SIDA es una fuente potencial de infección y al mismo tiempo tiene un gran riesgo de adquirir infecciones oportunistas por patógenos, por lo tanto el personal de enfermería debe extremar sus medidas de seguridad y poner énfasis en la realización de los cuidados de enfermería.

Tales cuidados se basan en una correcta comprensión de la fisiopatología de la infección por el VIH y un conocimiento exhaustivo de los modelos modernos de cuidados de enfermería, pensados para ofrecer a todos los pacientes, independientemente de su raza, edad, credo, sexo o situación económica.

Las estrategias de los cuidados de enfermería deben enfocarse hacia el cuidado individualizado de cada paciente basados en necesidades reales en un contexto hospitalario amplio, que conlleven la propuesta en práctica del proceso de atención de enfermería.

Enfermería trabaja con personas, en el código de enfermería se afirma este compromiso y en él se declara, que la enfermera presta sus servicios con respeto a la dignidad humana y a la singularidad del paciente.

Los cuidados de enfermería que se enuncian son algunos de los más frecuentes. Ya que se enfrenta a sus propias emociones, sentimientos y ética; por lo tanto es muy delicado el manejo que debe dar al paciente y así lograr convencer y negociar con él para obtener un óptimo resultado propositivo.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Generales:

- Preparar la historias clínicas y fichas de identificación de los pacientes
- Presentarse con los pacientes
- Darle la bienvenida
- Ayudarle instalarse.- Este hecho es de gran importancia ya que ha dejado lugares, objeto, y seres queridos, y por supuesto siente incertidumbre por su futuro inmediato en algunos casos los pacientes no saben que tipo de enfermedad tienen.
- Utilizar todos los medios a nuestro alcance para adaptación del paciente al ambiente hospitalario para que sea lo menos traumático posible, es decir explicarle los horarios de visita tanto del médico como de la familia y el reglamento del servicio, no debe salir frecuentemente de su habitación, procurar no entrar a otros cuartos, etc.

Horarios de alimentos y visitas:

- Enseñarle dónde se encuentran los timbre de llamada, etc.
- Presentarle el compañero de habitación.
- Indagar con la familia y de manera delicada si sabe leer y escribir, por si llegado el caso fuera preciso.

Además de lo anterior es necesario:

- Tratar de ser cautos y delicados, ya que hay algunos hábitos y costumbres que deben ser modificados (ejemplo: aquellos que deseen permanecer por mucho tiempo con el paciente en su habitación y en la visita en forma grupal).
- Identificar sus recipientes de uso personal.
- Motivar al paciente que de pasos cortos dentro de la habitación, para evitar edema postural en miembros inferiores y dolores articulares.
- Tener contacto con sus familiares cercano y amigos más íntimos, ya que constituyen una importante fuente de información y apoyo emocional.

Utilizar dicho apoyo en cuantas ocasiones sea posible y en el máximo de actividades: baño, aseo, alimentación, deambulaci3n, lectura, charla, etc. Esto ayuda al enfermo a mantenerse mejor en todos los aspectos, constituyendo adem1s un lazo afectivo que le une de modo perseverante a la sociedad y a su pasado.

- Apreciar los cambios de humor, estados de tristeza, desinter1s, depresi3n, estados de euforia que pudieran indicar cuadros maniacos, reacciones adversas a f1rmacos, etc.
- Estados de confusi3n mental que pueden obedecer a una causa org1nica (estado confusional agudo), tambi1n al estar dentro de una instituci3n cerrada, f1cilmente se desconectan del exterior.

Individualizar cada paciente (procurando que tengan la m1xima intimidad posible, pero tambi1n vigilar posibles actitudes negativas de los familiares con el paciente pudiendo ejercer de esta manera una peque1a actuaci3n formativa sobre familiares y amigos.)

Proporcionar la posici3n y postura correcta o c3moda para el paciente (fowler - semifowler decubito dorsal)

Revisar que las habitaciones no est1n en desorden para evitar que pueda haber alguna ca1da nocturna. (en aquellos que se levantan al W.C. en la noche).

- Recordar que el objetivo es conseguir el mayor grado de bienestar, considerando las necesidades individuales de cada uno de los pacientes que est1n a nuestro cuidado.
- Observar durante la higiene personal del paciente el estado de la piel (micosis, coloraci3n sequeada, escoriaciones, etc.), pies (u1as, callosidades edemas, etc.) y la correcta colocaci3n de pr3tesis dentales.
- Merece menci3n la tensi3n en esta fase a pacientes m1s deteriorados o con mayor deficiencia de sus facultades, como pueden ser aquellos en fase terminal, en gravedad intensa por lo tanto conforme avanza la gravedad del paciente se requerir1n cuidados m1s espec1ficos:

Control de l1quidos (diuresis de de 24 horas)

Cuidados de sonda nasog1strica y del sistema de alimentaci3n enteral.

Cuidados de sonda foley (vesical).

Cuidados de oxigenoter1pia.

Cuidados de cateterismos.

Aspiración de secreciones.

Pinzamiento de sondas.

Cambios posturales.

Medicación previa a los alimentos.

Pasar los alimentos al cuarto ya que la mayoría de los asistentes de cocina los deja afuera del cuarto.

Poner especial atención en la detección de las dificultades en la ingesta de alimentos ya que puede haber atragantamiento para deglutir algún alimento (líquido, semisólido o sólido).

Verificar que el paciente tome su medicamento y no lo tire (porque tiene mal sabor, por que no le gustan sus efectos, etc.)

Movilizar a los pacientes y proporcionar fisioterapia pulmonar, así como puño-percusión.

Participar con el médico en la visita y realizar conjuntamente la toma de E.K.C; gasometrías, sangrías, etc.

Colocación de vendaje de miembros inferiores para evitar el edema postural, estasis venosa, etc.

Colocación de protectores en salientes óseas, destinados a la prevención de úlceras por presión y falta de movilización.

Mantener las posturas correctas para evitar consecuencias indeseables como el pie equino (por demasiada tensión de la pijama) acortamientos articulares, flexión de muñecas, mano en garra, notación de las piernas, edemas por compresión, etc.

Colocar correctamente los absorbentes (pañales desechables, apósitos o gasas) en aquellos que lo precisen y de los bolsas de orina (cistofló) colgadas de la cama, en los portadores de sonda vesical, de forma que el tubo de conexión no esté comprimido e impida la libre emisión de orina.

Comprobar que no haya contenido alimenticio residual en los pacientes con sonda nasogástrica.

Colocar correctamente las puntas nasales y la mascarilla con el flujo de oxígeno y el nivel de agua del vaso humidificador.

Colocación de barandales en las camas

Cuidado específico en la medicación, sueroterapia, etc.

Mantener preparado el material de curación bien protegido dentro de la habitación (técnica estéril)

Entre otras medidas, son digna de mención las siguientes:

- Lavado de manos antes y después de cada procedimiento
- Manejo cuidadoso de objetos punzocortantes
- Depositar agujas en un contenedor especial
- Uso de bata, cubreboca, guantes en el evento de estar en contacto de líquidos corporales del paciente
- No introducir las agujas empleadas en su capuchón para evitar pinchaduras
- No emplear las agujas en dos procedimientos ni en otro paciente
- Desecho de agujas ya utilizadas
- En caso de contaminación del equipo, lavarlo de inmediato con hipoclorito de sodio
- Incineración del material de desecho
- El personal que se encuentre con lesiones expuestas no deberá manejar a estos pacientes en tanto no se recupere de sus lesiones.

Cuidado psicológico de enfermería en el proceso de duelo

Las situaciones que se presentan cuando se trabaja con pacientes en sus últimos meses de vida, lleva a la enfermera en determinado momento, a enfrentarse a sus sentimientos, emociones, ansiedades y valores ante las etapas finales de la muerte. Dichas reacciones relacionadas con el proceso de duelo son: negación, ira, enfado, depresión y aceptación.

Suele suceder que la manera en que reaccionen las enfermeras ante sus responsabilidades profesionales en el cuidado de aceptación y/o rechazo de que la muerte es parte natural de la vida, lo antes dicho servirá de ayuda para que la enfermera se sensibilice y conozca sus propias reacciones al atender a los moribundos. Suele suceder que cuando las enfermeras temen a la muerte, o no han aceptado que ellas mismas han de morir, frecuentemente se niegan a aceptar que una persona está muriendo o, simple y sencillamente, evitan atenderla. Cualesquiera de esas reacciones dejará al paciente sin la ayuda personal que se necesita para enfrentarse a la muerte.

Cuando la enfermera le tiene miedo a la muerte puede suceder que las llamadas continuas y exigentes por parte del agonizante la encolericen y se aleje de él. Hay enfermeras que permiten que su propio miedo a la muerte se torne a una actitud dura y encallecida en el exterior, actitud que provoca que la relación entre paciente y enfermera sea superficial. Todas pueden aprender nuevas maneras de relacionarse con los pacientes y suplir sus necesidades.

Decir la verdad (14)

A veces un aspecto conflictivo que enfrenta la enfermera que tiene bajo su cuidado a pacientes agónicos es hablar con la verdad a ellos o a sus familiares.

Una manera de interpretar la cuestión de la veracidad se refiere a que es responsabilidad del médico decidir cuándo, a quién y qué tanta información puede darse. Actualmente, ese es un concepto demasiado ingenuo para los profesionistas de la medicina, puesto que las enfermeras son las que cuidan más tiempo del paciente y tiene mayor contacto con sus familiares. Por ende, es a ella a la que se le suele pedir la información acerca de la enfermedad que padece el individuo. El tener que responder siempre "debe preguntarle al médico" a la persona que solicita información no ayuda mucho a establecer una relación excelente entre enfermera y paciente, tan importante para ayudar a las personas en proceso de agonía a llegar al momento crucial. Este tipo de respuesta sugiere que la enfermera es incompetente, porque muy pocos pacientes piensan que la enfermera no sabe nada del padecimiento del enfermo que está a su cuidado.

Otro aspecto del problema de decir a un enfermo la verdad respecto a un padecimiento incurable, se basa en el hecho de que él mismo solicita la información Elisabeth Kübler-Ross aconseja que en cierta etapa del proceso del morir, el negarse a aceptar la realidad es muy importante y si el paciente se niega a reconocer que está condenado a morir es necesario apoyarlo hasta qué punto ha llegado su enfermedad. Continúa diciendo que éste mismo individuo, más tarde, puede estar listo para hablar de su propia enfermedad y muerte y que la enfermera deberá entonces contestar sus preguntas con la verdad. Yarling también apoya la idea de que los pacientes tienen derecho moral a que se les proporcione información acerca de su estado pero no tienen obligación a que se les informe. Continúa diciendo que si un paciente tiene derecho moral a que se le informe y así lo solicita, el profesionista está también moralmente obligado a dar respuesta a la solicitud.

(14) Ética en Enfermería.- Joyce Beebe Thompson,

Edit. El manual Moderno, S.A. de C.V., México, D.F.

Pág. 264 a 268.

Parece ser que la enfermera que apoya el concepto de la autodeterminación está capacitada para contestar con la verdad a las preguntas que se le hagan.

Uno de los conflictos básicos entre los profesionistas se presenta cuando no están de acuerdo en que sea necesario decir la verdad al paciente, generalmente porque la familia ha solicitado que no "se haga sufrir" al paciente. Parece ser que la mayoría de los profesionistas quisieran poder contestar con la verdad a las preguntas directas que les hagan sus pacientes, en lugar de tener que mentir, independientemente de lo que decidan los familiares u otras personas. El mentir al paciente, por cualquier razón, sólo sirve para destruir en él la fe y la confianza indispensables para que la atención médica sea eficaz y sirva de apoyo. El mentir en casos de enfermedades mortales también le niega al paciente la libertad de la autodeterminación para prepararse a enfrentar con dignidad la muerte.

Otro aspecto relacionado con la veracidad concierne a la manera en que se diga la verdad al individuo. Por lo general, se supone que el paciente ha seleccionado a la persona en que más confía (familia, amigo o profesionista) para solicitar que le diga la verdad. Varios autores están de acuerdo en cuanto a que la persona portadora de malas noticias no tiene que comunicarlas con tristeza con brutalidad, sino de manera sensible, comprensiva, cálida y directa.

Esto también implica que la enfermera, o cualquier persona que comparta con el enfermo la verdad, debe estar preparada a sentarse tranquilamente con el paciente, alentarle a que exprese sus sentimientos y escucharlo cariñosamente mientras procesa mentalmente la información que se le proporciona.

El atender a un moribundo exige enorme esfuerzo emocional por parte de la enfermera, familiares y hasta del mismo paciente. El saber reír cuando el enfermo ríe y llorar cuando llora, puede ser para la enfermera una experiencia dolorosa, pero valiosa. Suele suceder que las enfermeras tengan que enfrentar cotidianamente al reto de escuchar y aceptar la ira y hostilidad que manifieste un enfermo en esas circunstancias tan trágicas sin sentirse ofendidas ni alejarse del paciente, que quizá caiga en ese aislamiento que es lo que más teme. Poder manejar el propio miedo a la muerte y nuestros sentimientos de dolor al ver fallecer a un paciente por el que sentimos cierto aprecio y seguir cuidando de manera objetiva puede ser una experiencia creciente. Ese tipo de situaciones conlleva riesgos, inclusive el de que la enfermera se sienta alentada por los demás pacientes, que quizá se encuentren también en el trance definitivo.

La meta principal de la atención a moribundos es mantenerlos tan cómodos y despiertos como sea posible, mientras se apoyan sus esfuerzos y se alienta a los familiares y enfermería. La atención también se basa en tratar a la gente con respeto. Es preciso que el problema se analice desde un punto de vista interdisciplinario y de equipo, puesto que es evidente que se enfrentan necesidades espirituales y económicas, lo mismo que médicas, atención y cuidado.

Uno de los aspectos singulares de proporcionar cuidados a personas desahuciadas es la habilidad que posea la enfermera de crear un ambiente lo más parecido posible al de hogar cuando el moribundo prefiere estar en un sitio fuera de casa.

Otros aspectos concomitantes con las funciones de las enfermeras que atienden a moribundos consiste en tratar de establecer comunicación con los que están de acuerdo con el proceso de morir y con la muerte misma, y servir de apoyo a los que no se han resignado todavía. Explicar con sencillez los aspectos del tratamiento, estando la enfermera al lado del paciente, alentándolo con su presencia cuando éste lo solicite y sirviendo de apoyo a la familia en sus momentos de dolor, logra que disminuya el temor y la desconfianza que complican este tipo de casos. Es importante señalar que para que el cuidado de enfermería y en personas desahuciadas tenga éxito, debe orientarse los esfuerzos en torno de lo que necesite o desee el paciente y no con el objeto de satisfacer las instrucciones de la institución. Esto es algo muy difícil de realizar para aquellas enfermeras que hayan dado más prioridad a la responsabilidad que tienen hacia sus jefes e institución, que a la obligación hacia los pacientes como individuos dentro del sistema, para "bien de la eficiencia".

Trabajar con moribundos requiere de que la enfermera se conozca bien a sí misma y que esté dispuesta a seguir siendo una persona mientras cumple con sus responsabilidades profesionales. Es frecuente que aquellas enfermeras que trabajan en ese tipo de situaciones aprendan a vivir mejor y ayudar a que las vidas de los demás tengan más significado.

(15) *Ética en enfermería*
Joyce Beebe Thompson
Bertha Ballesteros Silva
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
México, D.F.
Pág. 264 a 268.

Existen varios motivos que inciden en que una relación enfermera paciente pueda verse alterada entre éstos están: La sobre-carga de trabajo, el predominio de interés político y económico, la despersonalización, el cumplir un horario, la falta de interés y de confianza hacia el paciente y viceversa. Estas razones frustan y evitan que se de la comunicación positiva que se esperaría en la búsqueda de la salud de ambas partes.

El binomio enfermera - paciente puede y debe ser afectivo, sobre todo en el paciente en fase terminal, que pesar de ello es una persona que aún esta viva y que al conocer su destino se incrementan sus temores y sus necesidades afectivas se intensifican. El papel fundamental de la enfermera es el de aliviar la soledad, evitar la depresión y los temores, además de brindarle seguridad y confianza.

Por lo tanto, la enfermera es capaz de entender en toda su dimensión a los pacientes, quienes con sus múltiples deficiencias orgánicas, también tienen su propia historia y personalidad, actividades y roles en diferentes ámbitos (social, familiar y laboral).

La enfermera es también capaz de valorar cada circunstancia en particular para aprovechar (si mentalmente el paciente es capaz) su estado de conciencia y ayudarle a que comparta los problemas que más del afectan. Por ello, las enfermeras tienen tacto para poder dar al paciente tiempo y espacio en el proceso de duelo, para lo cual tienen la preparación necesaria y enfrentar la muerte de los pacientes sin tener sentimientos de frustración y ser capaz de ayudar al enfermo y a su familia a optimizar sus recursos a enfrentar su enfermedad, alentándolos para que expresen sus sentimientos y temores (proporcionar ayuda espiritual cuando lo solicite el paciente o cuando ella detecte la necesidad en el paciente).

El proceso agónico (16)

La agonía es el camino por el que se viaja hacia el no ser, hacia la aniquilación física y la muerte es el estado final del ser. Es necesario aprender a distinguir dichos eventos, ya que todas las manifestaciones de temor ante la muerte, no son otra cosa que una actitud específica hacia lo que representa el proceso agónico, el cual puede estar cargado de dolor, deterioro físico y angustia mental.

Existen varias etapas en el proceso agónico y que son las siguientes: Conocimiento y negación, la etapa del cólera, el pacto y la etapa del aceptación final, que a continuación se describen.

(16) La enfermera y el paciente en relación al proceso agónico de los pacientes en fase terminal, en el Hospital Inglés en México, D.F.

Autor: C. Antonia Camelia Miranda Brito,

Pág. 23 - 33 (pág. Total 153)

- Conocimiento y negación

El conocimiento de esta etapa puede ser acompañada de una reacción fisiológica ante la enfermedad desvanecimiento, palidez, sudoración, taquicardia, náuseas, apatía, confusión. Aquí la persona se encuentra en una fase de conmoción e incredulidad, no queriendo aceptar la realidad de lo que sucede.

- La Cólera

Esta segunda etapa la realidad empieza a penetrar en la conciencia. El individuo sentirá tristeza mezclada con culpabilidad, lástima, impotencia y desesperación. Notará un fuerte impulso de llorar, también es posible una sensación de vacío.

El llanto parece desempeñar una importante función, por lo que una de las principales actitudes de enfermería será apoyar y acompañar al paciente para que exprese libremente sus sentimientos y por ningún motivo lo reprenderá o evitará que llore.

Es muy común que el paciente se culpe asimismo por no haber hecho algo, o puede atacar a la sociedad y culpar a los demás de lo que le sucedió.

En la etapa de cólera es muy difícil para la enfermera relacionarse con los pacientes, ya que ellos manifiestan grandes contradicciones, incluso agreden al personal de enfermería, no por la enfermera misma sino por lo que ella representa: vitalidad, libertad y dinamismo que tal vez el familiar colérico o el paciente enojado ha perdido.

- El Pacto

Esta etapa se caracteriza por el intento del paciente de hacer un trato con Dios o con el destino, prometiendo algún voto a cambio de más tiempo. En esta etapa el paciente suele estar agotado y deprimido. Si la enfermera es observadora podrá percatarse que esta reacción puede aparecer esporádicamente, manifestándose de diferentes formas, como permanecer inmóvil, oponerse a las visitas de familiares y amigos. Lo más adecuado es darle tiempo de que llore así se prepara para separarse de las personas que ama.

- La aceptación

En esta etapa, pasarán varios meses antes de que sea capaz de pensar sin tristeza en su pérdida; la resolución completa del duelo, viene indicada por la capacidad para recordar de forma realista su situación o su problema.

La enfermera aportará mucha ayuda en el momento de atender la necesidad del paciente para mantener seguridad, auto confianza y dignidad, de esta forma no se le dejará abandonado, ya que por lo regular el paciente sabe como van las cosas y lo más sano son las respuestas o actitudes sinceras. Así cuando la enfermera está estrechamente vinculada con el paciente, puede incluso con el tono voz transmisible que comprende lo que está experimentando. Es por ello que el personal de enfermería observa con detenimiento todas estas manifestaciones a fin de poder ayudar en la medida de lo posible a los familiares y al paciente.

- El paciente en fase terminal (17)

“ El paciente en fase terminal es aquel que por lo avanzado de su enfermedad se encuentra en un estado reconocido como irreversible que lo llevará a la muerte en un plazo relativamente corto y que debido a los múltiples insuficiencias orgánicas y psicológicas, no existe el equilibrio necesario para prolongar la vida “.

La ciencia no basta para entender en toda su dimensión al hombre, es por esto que el trato de enfermería, hacia el paciente agónico esta impregnado de humanismo, ya que es lo que directa o indirectamente alivia el sufrimiento del paciente. El paciente terminal sufre, pero su dolor no sólo es físico, es también psicológico y moral y esto es debido a que esta perdiendo lo más preciado su propia existencia.

La enfermedad es fuente de estrés para quien la padece y para la familia, los cuales puedan considerarlo como reto o como castigo. Las reacciones que tiene la familia con el enfermo terminal pueden ser diversas: ira, dependencia, abandono, culpa, sobreprotección, etc.

El personal de enfermería sabe que es de suma importancia tener conocimiento de dichas reacciones, para tratar de modificarlas ya que resulta un obstáculo para el manejo integral del paciente. Se sabe también que él abordar estos temas con la familia, requiere dedicación y un poco más de tiempo para establecer en primer lugar comunicación con los integrantes de la familia. Es importante recordar que al morir el paciente, la familia es la que más necesita.

(17) La enfermera y el paciente en relación al proceso agónico de los pacientes en fase terminal, en el Hospital Inglés en México, D.F.

Autor: C. Antonia Camelia Miranda Brito,

Pág. 23 - 33 (pág. Total 153)

México, D.F.

De hecho, se ha llamado como "enfermedad familiar", al hecho de que la enfermedad de uno de los integrantes de la familia repercute en los demás, afectándolos en todas sus esferas, ya que la pérdida de un ser querido es uno de los eventos más dolorosos a los que se enfrenta el hombre.

La enfermera debe estar preparada, para prestar cuidado emocional, físico y espiritual, y debe ser comprensiva, paciente y abierta. Podrá ayudar a aliviar el dolor hasta donde sea posible preservar la dignidad humana y sobre todo evitar que el paciente esté aislado de su familia.

En esta atmósfera de franqueza, confianza y cooperación exenta de secretos o evasiones, muchas familias y pacientes encuentran un ambiente propicio para expresar sus sentimientos hacia el otro y la enfermera puede ver facilitada su labor a la vez que ser facilitadora de este proceso. A medida que la enfermedad progresa hacia la fase terminal, este ambiente permite atender mejor la necesidad del paciente evitando que se sienta abandonado recibiendo el testimonio del amor y el afecto de cuantos le rodean.

El proceso de la muerte (participación de la enfermera)

* Las etapas de la muerte no son totalmente claras y el cambio en las emociones es constante, se oscila del optimismo al pesimismo de la agresión a la tranquilidad, de la negación a la aceptación, etc. Es por eso que durante el proceso de muerte el hombre experimenta las etapas de negación, ira, negociación o pacto y aceptación * no en este orden, las respuestas individuales varían considerablemente, sin embargo, el tenerlas en mente ayuda a comprender mejor al paciente. Entre los factores que determinan dichas etapas se observan en características propias de la personalidad, el apoyo con que cuenta el enfermo, ya que sus necesidades y sentimientos se enfrentan a una serie de pérdidas y ajustes en relación a sus capacidades físicas y mentales.

La acción primordial de la enfermera consiste en compartir y comprender el proceso del paciente, ya que el sólo consuelo no proporciona una ayuda adecuada. El individuo no acepta el dolor, y un manejo adecuado de los sentimientos puede prevenir alteraciones prolongadas y serias en el ajuste social de la persona.

Hay que tomar en cuenta que la sociedad en que vivimos está impregnada de una cultura tradicionalista y presenta a la muerte como un ritual y no como un fenómeno natural consecuencia de la vida.

No se nos ha enseñado ni educado para afrontar una enfermedad, mucho menos a la muerte, es más, el hombre moderno vive en un constante movimiento que no se percata de la muerte ni piensa en ella. Sólo una preparación profesional y humana podrá encaminar a los pacientes en fase terminal a afrontar la enfermedad y asimilar su muerte como parte del ciclo de la vida.

Actitud del profesional de enfermería ante la muerte (18)

* Existen distintas fases de relación de ayuda, estableciendo lazos con base a las actitudes hacia el paciente. La habilidad de escuchar se manifiesta como una actitud particular que exige aceptar al otro tal y como es, en sus cualidades y defectos respetando su personalidad. En el momento de establecer relaciones que parecen ayudar se consigue establecer con el paciente una actitud empática con la enfermera.

Un punto clave que debe manifestar el personal de enfermería es la autenticidad, la cual es la base de las actitudes cotidianas. Esto conduce a un estado de coherencia interna entre lo que se dice, piensa y se siente, lo cual implica una madurez emocional, real y una comprensión auténtica de sí mismo.

De esta forma la enfermera será una persona a la que se pueda recurrir, será compañera, consejera, por desempeñar un rol neutro en el cual capta la problemática del paciente y maneja la situación en forma objetiva.

El paciente que solicita ayuda en cualquiera de las etapas de su vida, o en el proceso de su muerte sigue siendo una persona de respeto y consideración.

La mejor actitud que se puede adoptar ante el proceso agónico será un trato de respeto profundo, empezando por nunca considerarlo como un número, un diagnóstico o "un caso muy interesante".

(18) La enfermera y el paciente en relación al proceso agónico de los pacientes en fase terminal, en el Hospital Inglés en México, D.F.
Autor: C. Antonia Camelia Miranda Brito,
Pág. 23 - 33 (pág. Total 153)
México, D.F.

En el medio hospitalario se deben establecer programas de educación al enfermo para capacitarlo en la satisfacción de sus necesidades, al menos en las de carácter fisiológico, y si su estado lo permite en otras de mayor complejidad a fin de conseguir autosuficiencia.

En el tratamiento de enfermos en etapa terminal, el personal estará obligado a proporcionar los cuidados mínimos, es decir, atención de las necesidades básicas del paciente, evitar el dolor y buscar que su vida familiar no se interrumpa, se buscará que el paciente adopte disposiciones testamentarias, obtenga apoyo moral según sus creencias, etc. Cada persona muere a su propia manera, así como vive en forma independiente.

Es cierto que los individuos no reaccionan de la misma manera ante la inminencia de muerte; sin embargo parece existir ciertos rasgos comunes en sus reacciones ante la muerte.

La Dra. Elizabeth Kdbler-Ross (19) ha descrito estas reacciones de la siguiente manera:

- Negación
- Ira, enfado
- Negociación
- Depresión
- Aceptación

Sugerencias para el cuidado del paciente con SIDA

⇒ Cada paso en la asistencia del paciente representa un esfuerzo de equipo. Todos los miembros del género humano tenemos las mismas necesidades que deben ser satisfechas.

⇒ Para ayudar a un paciente con SIDA, el personal de enfermería debe conocer a fondo la enfermedad y estar consciente de sus posibles complicaciones. Si estas ocurren se debe dar atención apropiada en tales casos cualquier signo de amistad puede ser apreciado por el paciente.

⇒ El equipo de salud que tiene a su cargo un paciente con VIH positivo que se encuentre en aislamiento debe conversar con él, tener amabilidad, cortesía y consideración.

(19) La enfermera y el paciente en relación al proceso agónico de los pacientes en fase terminal, en el Hospital Inglés en México, D.F.
Autor: C. Antonia Camelia Miranda Brito.
Pág. 23 - 33 (pág. Total 153)
México, D.F.

- ⇒ Para dar información al paciente la enfermera estará obligada a tener conocimiento completo de la materia, debe saber comunicarse y conocer los medios básicos del aprendizaje. Considerar el estado psíquico y emocional del paciente, su inteligencia, lenguaje, nivel educacional, experiencias anteriores, la evolución natural de la enfermedad y la potencial calidad de vida que espera al enfermo.
- ⇒ La responsabilidad del personal de salud radica en el justo equilibrio del riesgo-beneficio, en un saber cuando actuar y hasta donde.
- ⇒ Es imprescindible que los establecimientos de salud, públicos privados y sociales cuente con personal técnico, profesional o de especialidad acordes a las necesidades del caso.
- ⇒ Es imprescindible replantear en cuanto a sus contenidos y alcances la información que se proporcione a la población hasta el momento ésta ha sido fragmentaria y ha derivado en superficialidad, aprovechada por los medios para desinformar y la realización de actos estrictamente mercantiles, venta de productos, etc.
- ⇒ Es importante que las declaraciones al respecto, sean congruentes, en fecha reciente dos servidores públicos se contradijeron en cuanto a cifras oficiales, debe evitarse el "sobregistro" estadístico.
- ⇒ Entre las medidas de carácter jurídico no es ocioso señalar la necesidad a revisar la Norma Técnica 324 a efecto de señalar como se deben aplicarse los principios rectores de la relación médico-paciente, verbigratia obtención del consentimiento bajo información, empleo de aislamiento, medidas para evitar la discriminación a los pacientes, mayor especificidad en la regulación de las técnicas aplicables, etcétera pese al esfuerzo normativo las disposiciones de esta norma son insuficientes. Esta norma fue publicada en el Diario Oficial del 17 de noviembre de 1986.
- ⇒ Por otro lado, es imprescindible que se apliquen cabalmente los artículos que regulan la materia en la Ley General de Salud (134 en adelante).
- ⇒ Es imprescindible que con apoyo en lo previsto en el artículo 145 de la Ley aludida se defina una norma técnica rectora de la prostitución, no hacerlo equivale a aceptar una práctica considerada como de riesgo, en el aspecto de salud pública.

⇒ Finalmente la asignación del gasto público para la atención de este problema de salubridad general de la República requiere de criterios epidemiológicos. En razón de esto deber realizarse un profundo análisis del problema.

En razón de lo expuesto, es de estimarse como necesario el reforzamiento de la educación sexual, que se enfoquen a programas idóneos, es decir a la realidad actual ya que se educa biológicamente y es casi nula la educación sexual.

La educación para la salud y SIDA

El avance tecnológico condicionante de sofisticados medios de comunicación, se ha convertido en un factor determinante para el consumo de producto, la formación de hábitos y en general para la adopción de un estilo de vida.

La Ley General de Salud y su Reglamento en materia de control sanitario de la publicidad ha establecido que:

- La educación para la salud debe promover conductas, pláticas y hábitos que fomenten la salud del individuo.
- La educación para la salud debe ser orientadora y formadora sobre las características y propiedades reales de los productos, e incluir la información sobre su uso, así como las precauciones que deben adoptarse, en su caso.

En cuanto a la publicidad de productos higiénicos (categoría en la que se incluye a los preservativos artículo 262 fracción VI de la Ley General de Salud, se ha establecido en el reglamento citado:

*Artículo 6.- La publicidad de los productos higiénicos no deberá:

- I. Promover prácticas nocivas para la salud por el empleo inadecuado de estos productos y,
- II. Atribuirles cualidades preventivas, terapéuticas o rehabilitatorias el tratamiento de una determinada enfermedad, salvo que ésta circunstancia haya sido comprobada plenamente.

Este tipo de publicidad deberá expresar las precauciones necesarias cuando el uso de los productos se efectúe dentro de cavidades corporales o en la piel.

En la práctica hemos observado que la publicidad al estar fundada en el ánimo de lucro, mas que educar, induce a prácticas poco recomendables, en franco incumplimiento a las disposiciones sanitarias.

Se mencionan algunos ejemplos televisivos:

- El comercial de los preservativos SICO, más que llevar un mensaje educativo y orientador es una invitación al auditorio para sostener relaciones sexuales, invita a la sexualidad. Se induce a suponer una efectividad del 100%, por ser de importación y nunca se mencionan las ventajas y desventajas del uso de tales productos, y mucho menos las precauciones mínimas a cargo del público.
- El anuncio de toallas sanitarias donde compara el grado de absorción de líquidos, a cualquier hora del día.

En ambos casos se "sexualiza" a los productos, siendo la mujer un mero objeto, no una persona.

No sería por ende descabellado proponer la supresión de tales mensajes y el uso de sanciones, en su caso.

En el área institucional es conveniente que se formen Comités de:

Aspectos Clínicos, cuyas funciones son:

- Analizar las manifestaciones clínicas de la enfermedad en la población.
- Reforzar el diagnóstico oportuno y evaluar las nuevas técnicas diagnósticas.
- Guiar los procedimientos terapéuticos y evaluar la eficacia de los nuevos medicamentos.
- Promover la calidad de atención de los enfermos.

Epidemiología, cuyas funciones son:

- Analizar las tendencias de la epidemia para guiar la adecuada toma de decisiones en el campo de la atención, prevención y control de la epidemia.

ESTA TESIS NO DEBE
VERSE EN LA BIBLIOTECA

- Promover la investigación epidemiológica sobre VIH/SIDA.
- Garantizar que la investigación se realice respetando los aspectos éticos.
- Coordinar los eventos científicos y académicos.
- Elaborar programas de actuación a pacientes con SIDA para la atención domiciliaria.

ANEXO

Se mencionan algunas reflexiones de enfermería respecto al humanismo en la profesión.

Reflexionar sobre algunos aspectos de enfermería evocando el pasado, viendo el presente y visualizando el futuro, resulta enriquecedor porque se refiere a lo medular, a lo íntimo de nuestra profesión.

Por otra parte la enfermería lleva un ritmo rápido en su desarrollo y se ve impulsada por nuevos enfoques que implican cambios en la preparación profesional

La práctica real de Enfermería en todo el mundo se proyecta a futuro, reflejo de una formación profesional, y humanística que contrasta con los conocimientos puramente técnicos que en años anteriores habían tenido prioridad, debido al desmedido avance de la técnica sobre todo en la medicina a la que enfermería esta íntimamente ligada.

La enfermera sabe que más allá de los avances de la medicina, de la física, de la química, de la electrónica, está el estado psíquico del enfermo, su angustia y sufrimiento.

Con el espíritu humanista conoce y aplica con gran utilidad de esa técnica moderna, conociendo que las máquinas pueden realizar grandes cosas, "pero nunca comprender el sufrimiento del paciente sus tensiones y sus emociones". Ese espíritu fue un legado de Florence Nigthingale, que escribió en 1858, que el objetivo real de la enfermería era "Poner al paciente en el mejor estado para que la naturaleza actuara sobre él", guiada por el amor a sus semejantes y más aún cuando estos de encontraban carentes de salud.

La enfermera actual requiere de gran sensibilidad y conocimiento para comprender las emociones de su paciente. Todas sabemos que la enfermería es una disciplina, una ciencia y un arte; porque que así nos lo enseñaron, pero nos hemos preguntado ¿en que sentido es un arte la enfermería? ¿qué clase de arte es?

Comúnmente el término arte está asociado con lo bello, aún cuando también se relaciona con lo que proporciona utilidad y conocimiento, en el arte están implícitos el conocimiento y alguna forma de trabajo humanista como base de las cosas producidas por el hombre y que se consideran útiles, el arte de la enfermería se propone como el bienestar, el incremento de las cualidades humanas la salud, el crecimiento y la comodidad. Estos son los resultados del "Arte de Enfermería".

La enfermera como artista, debe saber como obtener los efectos deseados y trabajar con destreza para conseguirlos. Implica un hacer con y un estar con. La enfermera en el encuentro con el enfermo lo reconoce como alguien distinto a ella sabe de su presencia como otro ser humano con sus potencialidades y con sus limitaciones, puede percibir en él las necesidades de bienestar comodidad y de salud. El paciente ve en ella la posibilidad de ayuda, apoyo, comprensión y consuelo.

Ella entabla una relación genuina con el enfermo y pone a su disposición sus capacidades para el cuidado, su destreza en el trabajo, pero además proporciona la esperanza, la comprensión y el cariño que hace al paciente entrever la posibilidad de obtener el bienestar anhelado. "Esperanza, ayuda, cariño, comprensión junto con capacidad y destreza son las armas de la enfermera que le permiten crear su obra del mismo modo que el pintor, el músico o el poeta crean una pintura un concierto o un poema".

El arte, cargado del espíritu humanista dirige a la enfermera hacia el examen de los valores de ella misma como persona y del grupo profesional al que pertenece. En esta forma la enfermera establece un lazo de unión entre quienes trabajan unidos por un ideal "LA SALUD", hace que todos sean agentes de cambio ¿que queremos que sea enfermería? ¿estoy dispuesta abierta al cambio, a lo nuevo? Pero no únicamente lo nuevo en ese aspecto técnico científico que por ningún motivo debe detenerse sino a ese aspecto de enfermería como arte, que se apoya en las artes como lo es el humanismo.

Humanismo implica para la enfermera, comprensión de lo que es bueno, lo que es bello. El humanismo se abre a una perspectiva nueva, la del crecimiento del hombre como persona en el seno de la comunidad, sin descuido de su dimensión social e histórica.

El mundo del paciente depende en gran medida de nosotros y requiere que la enfermera le de el verdadero significado a la enfermería humanística y que la comprensión, cariño y cuidado que tengamos del enfermo sea con base en nuestra propia persona.

El humanismo que se espera de la enfermera y que debe cultivar es aquel que tiene sus raíces en una profunda fe, que la conduce a una esperanza gozosa y serena dentro de un marco de amor sin límites al ser humano. Estas bases la hacen adentrarse en los conocimientos del pasado, le permiten unirlos a los actuales en forma dinámica y eficaz, y le dan la capacidad de reconocer que la ciencia y la cultura no terminan en las fronteras de un país, la impulsan a sacar agua fresca de la

fuentes que otros pueblos poseen y mezclarla con los nuestro. Por eso actualizarnos es un reto, exigencia y un logro, pero siempre al servicio del hombre que sufre en un ambiente hospitalario.

CONCLUSIONES

1. Al acercarse el fin del siglo se puede afirmar que el SIDA es el principal reto a vencer en el campo de la salud pública para la humanidad se trata de un desafío que compromete y demanda, en todos los planos de la vida social, alta organización y actuación dirigidos al control y la erradicación del mal. Sólo así se podrá construir un futuro digno de ser vivido por quienes hoy integran la sociedad, y por las generaciones venideras.
2. El individuo es multifacético en cuanto a su sexualidad se refiere, sus actitudes o comportamientos sexuales se conforman en su adolescencia y en la edad adulta.
3. Toda actividad sexual, por aberrante que parezca, tiene una explicación lógica.
4. Es de suma importancia señalar que la epidemia de SIDA en México sigue teniendo un incremento en los casos entre hombres homosexuales y bisexuales, por lo que hay que redoblar los esfuerzos preventivos específicamente dirigidos a este grupo de individuos.
5. La epidemia homosexual de VIH/SIDA continúa aumentando en forma sostenida, con base en el número de casos notificados. La disminución en la proporción de casos atribuible a transmisión homosexual debería ser considerada como artificial, debido a que la principal categoría que la está desplazando se reporta como desconocida.
6. Las prácticas anales receptivas son eficaces en la transmisión de VIH por razones biológicas; sin embargo, implican un menor riesgo de infección comparadas con las prácticas mixtas (insertivo-receptivas), lo cual se explica por factores sociales más que biológicos.
7. Si bien el condón tiene un efecto protector cuando se usa en todas las relaciones sexuales "siempre", su frecuencia de uso es baja (5% de las personas con relaciones homosexuales).
8. Las diferencias sociales y geográficas en el número de casos, prevalencia de infección, prácticas sexuales y uso del condón deben considerarse para diseñar programas de prevención.
9. Bajo el término operativo que define a la epidemiología como información para la acción, es obligado el incremento y mantenimiento de actividades preventivas eficaces para evitar la transmisión homosexual del VIH.

10. Es técnicamente incorrecto y éticamente inaceptable afirmar que la epidemia homosexual del VIH/SIDA está disminuyendo.
11. Este argumento podría usarse para justificar la disminución de actividades preventivas en población homosexual, ocultando actitudes homofóbicas subyacentes.
12. Desde su creación conocida ha tenido como objetivo trabajar con los jóvenes, ya que son ellos quienes se encuentran en mayor riesgo de adquirir el VIH. Para tal fin, se han suscrito convenios de celebración con distintas instituciones educativas, públicas y privadas que expresen dentro el marco legal de la SSA la posibilidad de un trabajo conjunto y comprometido de cooperación mutua para la preservación y el control del VIH/SIDA.

La accesibilidad a los condones para lograr la reducción del riesgo; el mayor cambio en el comportamiento se produce al crear habilidades y modificar normas grupales; el impacto es mayor si las intervenciones se realizan antes de haber iniciado patrones de comportamiento sexual riesgoso.

Es necesario diferenciar el objetivo de incrementar las ventas del condón en función del consumo), de las metas de su uso en el 100% de la relaciones sexuales, como medida preventiva.

CONCLUSIONES DE BIOETICA

1. La bioética se refiere a las ciencias relacionadas con la vida.
2. La aplicación de la ética a los conflictos que surgen en la práctica de la enfermería, constituyen los cimientos sólidos de un cuerpo de sabiduría sistemático que norman su conducta ética como profesional de la salud.
3. Los conocimientos éticos permiten aceptar y comprender la dispersa variedad de alternativas morales y aspectos de ética involucrados en la protección de la salud.
4. Las enfermeras tratan con pacientes con objeto de desempeñar su responsabilidad profesional cuando el enfermo lo solicita y/o la necesita, por lo tanto los paciente aportan al binomio enfermera-paciente, diversas creencias, valores y actitudes morales.
5. Para ayudar a definir las normas profesionales en el cumplimiento de los deberes, obligaciones y derechos de los profesionistas, se han elaborado declaraciones en los códigos de conducta que rigen a las enfermeras.
6. La definición de Henderson ofrece una perspectiva que pretende explicar toda la conducta de la enfermería.
7. La enfermera proporciona sus servicios con respeto hacia la dignidad humana, la exclusividad del paciente, sin cortapisas impuestas por consideraciones de índole social o económica, atributos personales o naturaleza del padecimiento.
8. La enfermera actual requiere de un continuo enriquecimiento cultural y profesional que le permita estar al día y aplicar dicho enriquecimiento en el momento y lugar preciso.

BIBLIOGRAFIA

- CONASIDA Mexicanos contra el SIDA, A.C., Grupo de Intervención Social en SIDA y Defensa de Derechos Humanos, AC Y FSC.
México, D.F.
1992
- Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA
Trabajo Informe de actividades 1988-1994
- Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la prevención y control del SIDA (CONASIDA)
Diario Oficial de la Federación
México, D.F.
1988
- Enfermedades viejas y enfermedades nuevas.
Ruy Pérez Tamayo
México, D.F.
Editorial: Siglo XXI
1986
- Etica en enfermería
Joyce beebe Thompson
Henry O. Thompson
Editorial: Manual Moderno
México, D.F.
1984

- Información Profesional Especializada
México
Editorial Manual Madero
1993

- Modelo de enfermería
Victoria Moran Aguilar
Alba LiLy Mendoza
Editorial: Trillas 1ª Edición
México, D.F.
1993

- Modelos y teorías en enfermería
Ann Marriner-Tomey
3ª Edición 1994
Editorial: Mosby / Doyma
España

- Pacientes con SIDA, cuidados de enfermería Manual Moderno
Jerry d. Durthan. Felissa L. Coheen
2ª Edición
México, D.F.

- Patología Humana (Quinta Edición)
Mc. Graw-Hill México, D.F. Editorial: Interamericana
1987

- SIDA Características generales de un problema de salud pública.
Salud Pública Mexicana 1983

- SIDA Implicaciones en enfermería
Pratt R.J.
Editorial: Doyma, S.A.
España 1988

- Su prevención a través de la Educación Una (8)
Perspectiva Mundial
Sepúlveda J. Fineberg H. Mann J. SIDA
Editorial: Manuel Madero
México, D.F.
1993