

881025



UNIVERSIDAD FRANCO MEXICANA, S. C.

2a
1ej

ESCUELA DE PSICOLOGIA CON CLAVE N° 881025

LA ACTITUD DEL CUERPO MEDICO
Y PARAMEDICO ANTE EL PACIENTE
CON SIDA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
ELOISA DEL CARMEN MOLINA ARCEO

MEXICO, D. F.

1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

INDICE.

	PAG
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I	
ASPECTOS BIOLOGICOS Y ORGANICOS DEL SIDA.....	3
1.1 Historia del surgimiento del SIDA.....	5
1.2 Etiopatogenia.....	13
1.3 Signos y Sintomas.....	18
1.4 Estadísticas.....	23
CAPITULO II.	
CONSIDERACIONES PSICOLOGICAS EN EL PACIENTE CON SIDA.....	26
2.1 Efectos psicológicos en el paciente con SIDA..	27
2.1.1 El choque.....	28
2.1.2 La discriminación.....	30
2.1.3 El Aislamiento.....	32
2.1.4 Incertidumbre.....	33
2.1.5 Ansiedad y Estres.....	35
2.1.6 Depresión.....	38
2.1.7 Estados Obsesivos.....	40
2.1.8 Suicidio.....	41
2.2. Los derechos humanos y los aspectos eticos... 43	
2.2.1 Fundamento constitucional de los derechos del enfermo con SIDA.....	47
CAPITULO III	
APOYO PSICOLOGICO DEL PERSONAL DE SALUD.....	52
3.1 Como debe responder el profesional de la salud a condiciones emocionales del paciente con SIDA....	54
3.1.1 El paciente angustiado.....	55
3.1.2 El paciente deprimido.....	57
3.1.3 El paciente desesperanzado.....	58
3.1.4 El paciente agresivo.....	59
3.1.5 El paciente obsesivo compulsivo.....	60
3.1.6 El paciente terminal.....	61
3.2 Manejo del paciente terminal.....	63
3.2.1 Sentimientos de la Enfermera acerca de la muerte.....	64
3.2.2 Etapas de respuestas emocionales ante la muerte inminente.....	65
3.2.3 Satisfacción de las necesidades psicológicas del paciente en etapa terminal.....	67
3.2.3.1 Miedo a la fuerza catastrófica de la muerte.....	67

3.2.3.2 El hecho de escuchar.....	68
3.2.3.3 La función de la comunicación.....	68
3.2.3.4 La función del contacto físico.....	70
3.2.3.5 Que decir al paciente terminal.....	70
3.3 Resumen de Pautas para la atención de pacientes terminales.....	73
3.4 Conclusiones.....	76

CAPITULO IV

METODOLOGIA.....	78
4.1 Objetivos.....	79
4.2 Planteamiento del problema.....	79
4.3 Hipótesis de trabajo.....	80
4.4 Variables.....	81
4.5 Población y muestra.....	83
4.5.1 Población.....	83
4.5.2 Muestra.....	84
4.5.2.1 Criterios de Selección.....	84
4.6 Diseño de investigación.....	85
4.7 Instrumento.....	86
4.8 Sede, aprobación del proyecto y procedimiento.	88
4.9 Análisis estadístico.....	90

CAPITULO V

RESULTADOS	92
DESCRIPCION EN SECO.....	103

CAPITULO VI.

CONCLUSIONES.....	110
--------------------------	------------

APENDICES.....	114
-----------------------	------------

BIBLIOGRAFIA.....	127
--------------------------	------------

INTRODUCCION.

El SIDA es una enfermedad relativamente nueva, padecimiento que ha provocado consternación y miedo a todo el ser humano. Es más ha desarrollado un pánico impresionante ya que no respeta región geográfica, raza, religión, edad, sexo o posición económica.

Tal inquietud ha generado numerosas investigaciones, enfocadas sobre todo a encontrar una cura a tan agresiva enfermedad. Es así que se han desarrollado pruebas que detectan anticuerpos o antígenos en el organismo, de esta forma se establecen diagnósticos. Sin embargo, existe una gran epidemia en todo el mundo que abarca de igual manera a México y se desconocen una gran cantidad de casos ya que hay un retraso en la notificación, esto sin contar que muchas personas están infectadas y no lo saben, ya que esta enfermedad en etapas tempranas se manifiesta con pequeñas gripas o incluso puede pasar desapercibida por años. Estos sujetos que están infectados sin saberlo constituyen un medio de contagio para otras personas. Así es como el crecimiento de esta enfermedad se da de manera geométrica.

Como se puede ver, esta enfermedad constituye todo un fenómeno social, y la manera de abordarlo en el presente

trabajo está inspirada en el mal trato proporcionado a los que padecen esta enfermedad. Sobre este particular no se presentan muchas investigaciones, por esta razón se elaboro el presente trabajo pero enfocado a las actitudes que presentan el cuerpo médico y paramédico de los hospitales hacia el paciente de SIDA.

Es importante destacar que la cercanía, el afecto y el buen trato que reciba una persona infectada con VIH o que padece ya la enfermedad del SIDA, será crucial para que éste acepte su enfermedad y pueda tener una "Calidad de Vida" que todo ser humano merece.

Por otro lado es entendible las actitudes de algunos médicos o paramédicos por temor al contagio de esta enfermedad, pero este tipo de prejuicios, discriminación, etc. debe ser combatida con información y capacitación.

El considerar al enfermo de SIDA como ser humano sin otorgarle un estigma o etiqueta, constituye la razón por la cual se genero el presente estudio.

CAPITULO I

ANTECEDENTES MEDICOS Y ESTADISTICAS DEL SIDA.

- 1.1 HISTORIA DEL SURGIMIENTO DEL SIDA
- 1.2 ETIOPATOGENIA
- 1.3 SIGNOS Y SINTOMAS
- 1.4 ESTADISTICAS

En este capítulo, se abordarán conceptos fundamentales de la enfermedad tales como la historia del surgimiento del SIDA, etiología del sida, principales síntomas, factores de riesgo y los temores del grupo médico al enfrentarse al enfermo de SIDA.

Este capítulo se referirá a la historia del surgimiento del SIDA y claro la polémica y controversia que encierra tal historia.

Como se sabe, muchas personas aseguran que EL SIDA es un castigo divino debido a la promiscuidad y libertinaje sexual en el se vive. También se argumenta que es una enfermedad que inventaron los Estados Unidos, en fin todo esto son rumores que surgen de la expectación de la sociedad, sin embargo lo cierto es que el mal del SIDA existe, es una realidad y como tal se debe afrontar y buscar soluciones.

Al final del capítulo se debe obtener un panorama general de la enfermedad, una plena conciencia y responsabilidad acerca de la enfermedad.

Así se podrá llegar a un criterio un poco más objetivo sobre esta problemática.

La información es breve debido a que lo encontrado hasta el momento nos permite concretizar la información de una manera más precisa y entendible.

I.I. HISTORIA DEL SURGINIENTO DEL SIDA.

El primer reporte de lo que se conoce por SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida) apareció el 5 de Junio de 1981, al parecer 5 jóvenes, todos homosexuales padecen de una enfermedad. una infección pulmonar rarísima, la neumocistosis. Este hecho surge de el reporte semanal de Morbilidad y Mortalidad (Morbidity and Mortality Weekly Report) que es una publicación médica del centro de Control de Enfermedades C.D.C. en Atlanta.

Los médicos de Atlanta realizaron un análisis retrospectivo y constatan en 1980 la toma de un medicamento llamado La Lomidine en una forma acelerada. Este medicamento sirve, entre otros, al tratamiento de la neumocistosis (R. Muma. 1992a). El parásito que provoca tal enfermedad se denomina neumocistis carinii y provoca ataques esencialmente pulmonares. El medicamento llamada La Lomidine es vendida en Francia en las farmacias y distribuida exclusivamente por el C.D.C. en Estados Unidos (H. Haverkos. 1989). Entonces los médicos se alarman por el gran crecimiento de casos de neumocistosis. asimismo, se asombran al percatarse de que

la enfermedad se desarrolla en dos regiones: Los estados de Nueva York y California. (Richardson D. 1990).

Como parentesis, la neumocistosis fué causante de epidemias entre niños del Ghetto de Varsovia, que, entre otros males, sufrían de desnutrición. Asimismo, sucedía con los nacidos prematuramente. El parásito ataca igualmente a los enfermos inmunodeprimidos. En los años 60, los médicos constataron que los tratamientos inmunodepresores utilizados en la lucha contra el cáncer dejaban a los enfermos inmunodeprimidos y por lo tanto vulnerables a la neumocistis carinii. Esta observación también se corroboraba en los trasplantes renales, fué así como se llegó a la conclusión de que el común denominador en todas esas enfermedades era la inmunodepresión. (Fettner A., Chek W., Holt, Rinehart y Winston, 1984).

El protozoario neumocistis carinii está constituido por una sola célula que se aloja en las vías respiratorias de casi cada uno de todos los seres humanos, es decir, es cosmopolita porque no deja ninguna región del mundo (A. Fettner, 1985). Desde edades muy tempranas y en todo el mundo existe dicho protozoario, pero en la mayoría de los casos cuyas defensas inmunitarias funcionan normalmente, crean un equilibrio perfecto con el intruso.

Volviendo al caso de los 5 jóvenes, éstos son hospitalizados en 3 hospitales diferentes de los ángeles, los 5 son homosexuales y no presentan ninguna causa conocida de inmunodepresión; sufren un cambio de una infección provocada por un hongo: el cándida. Esta se manifiesta en forma agresiva: el hongo ataca las mucosas, las de la boca particularmente (C. Norwood, 1987). Los cinco enfermos están invadidos también por una infección de citomegalovirus. Este virus del grupo herpes, povoca graves males que se manifiestan por una fiebre fuerte e inflamación de los ganglios. Es así como surge la primera hipótesis. la asociación neumocistis carinni-citomegalovirus, se ingora cual de los dos sea el agente primitivo. (Gonzalez I. 1990).

Lo que si se sabe es que la inmunodepresión provocada por el citomegalovirus es particularmente marcada. Desde 1975, los test biológicos permiten apreciarla y distinguirla, por este hecho, de las otras enfermedades virales (Chang, 1988). En el fenómeno que se desarrolla en Estados Unidos, de una manera epidémica el citomegalovirus parece un buen sospechoso. Es contagioso, contrariamente al neumocistis carinni, se transmite por vía aerea o sexual. Así pues, se pensaba que los homosexuales por su estilo de vida, se transmitían el citomegalovirus que disminuye sus defensas inmunitarias. El neumocistis se aprovecha entonces de la situación.

Unas pocas semanas después del caso de los 5 jóvenes homosexuales, la misma revista (reporte semanal de morbilidad y Mortalidad, 1981) trajo otro reporte de la misma agencia (C.D.C.) sobre un aumento en el número de Sarcomas de Kaposi, todos en hombres homosexuales. Siete de estos pacientes también tenían neumonía neumocística Carinii. el Sarcoma de Kaposi es un tumor de la piel que se conoce desde principios de siglo y corresponde a una delimitación geográfica bastante precisas. Las poblaciones de Europa Central, los judíos sobre todo, y los alrededores del Mediterraneo son víctimas probables. Aparece en las personas de edad, después de la sentena. Recientemente (1975), fué informado que el Sarcoma de Kaposi aparecía en Europa en situaciones bien particulares: en los enfermos inmunodeprimidos o en la ocasión de un linfoma y a veces en un transplante de riñon (Preciado J., 1989).

Estas contribuciones fueron documentadas en 1981. Sin embargo, los casos de SIDA antes de 1981. han sido identificados en retrospectiva. De este modo, una mujer Danesa que había trabajado como cirujano en Zaire desde 1972, estaba viajando de regreso a su casa en Dinamarca en 1977 con una enfermedad indeterminada caracterizada por diarrea crónica y linfadenopatía. Dos hospitales ofrecieron un diagnóstico de infección pulmonar. Luego de unos cuantos meses ella murió. Hoy día los médicos que la trataron estan

convencidos de que ella tenía SIDA, ya que su enfermedad pulmonar se probó luego, que era una infección por Pnevmonia numocística carinu (Richardson, 1988).

Poco después de la identificación del SIDA se reportó un número de casos entre los Haitianos, indicando a Haití como la posible fuente de la enfermedad. Se deduce que los haitianos lo contrajeron de Nueva York o de Africa.

En Julio de 1982 se reportaron los primeros casos en hemofílicos, en el mismo año se reconoció el primer caso de SIDA asociado a transfusión sanguínea (Pierce, G. 1989).

En 1983, se encuentra el primer caso de SIDA en una mujer heterosexual que fué compañera sexual regular de un drogadicto intravenoso (Hancock G., 1987).

En mayo de 1983 se aisló un nuevo retrovirus T-linfotrópico, éste fué aislado por un investigador francés, el doctor Luc Montagnier y sus colaboradores en el instituto Pasteur de París. Dicho virus fué llamado virus asociado a la linfadenopatía (L.A.V.) algunos meses más tarde los investigadores americanos aislaron un virus de pacientes con SIDA que ellos llamaron virus linfotrópicos de las células T humanas tipo III (H.T.L.V.-III). Estudios subsecuentes han mostrado que el LAV y el H.T.L.V.-III son esencialmente el mismo virus. Un tercer virus aislado fue llamado retrovirus asociado al SIDA (A.R.U.) (Varon J. 1991).

En mayo de 1986 , el Sub-comité Internacional del Comité Internacional de la Toxicomania de los virus propuso que los retrovirus del SIDA fueran designados oficialmente como los virus de la Inmuno deficiencia humana y se conocieran en forma abreviada como H.I.V. o V.I.H.

Como se puede observar vario autores entre ellos se puede mencionar al Dr. Willy Rozenbaum, Dr. Didier Seux, Annie Kouchner, Deborah Greenspan, John S. Greenspan, Jens J. Pindburg y Morten Schidot (1984) han dejado entrever que la procedencia del virus del SIDA proviene de Africa, es decir de aquella teoría que postula que el mono verde, originario de Africa posee un virus similar al del SIDA y que este puede ser transmitido por un simple rasguño y mutar de forma dañina en el organismo del ser humano, versión que ha sido desmentida por el Dr. Segal, el cual brindó una entrevista para la revista Taz de Berlin Occidental que posteriormente fue traducida en el diario mexicano UNO MAS UNO (Rius, 1988) en el cual explica que es imposible que un virus inofensivo en el mono sufra mutaciones dañinas en el ser humano, además de que biológicamente es muy improbable que sea transmitido al ser humano en forma de mordida.

Su hipótesis parece indicar que todo fué provocado por el laboratorio P-4 en el edificio 550 de Fort Detrich, laboratorio que fué inaugurado pomposamente en 1977, el cual

al parecer realizaba manipulaciones genéticas. Esto es bastante factible ya que como explica el Dr. Segal, los experimentos se realizaban con prisioneros a los cuales se les prometía la libertad una vez que resistieran el experimento, fué así como seguramente fueron sometidos al virus del SIDA, pero como este virus no actúa de forma agresiva inmediatamente, sino que provoca pequeñas gripas o diarreas, se dejaban libres a los prisioneros como se había prometido.

Muy cerca de Maryland (donde se encuentra Fort Detrich) están los estados de Washington y Nueva York, claro, un expresidiario preferiría ir a Nueva York, ya que con la multitud pasarían desapercibidos, además entraban seguramente en contacto con comunidades homosexuales, ya que los prisioneros terminan aceptando las costumbres homosexuales. Así se puede explicar que cerca de año y medio, en la primera mitad de 1979, hayan aparecido los primeros casos de SIDA en el ambiente homosexual de Nueva York. Esto también corresponde bastante bien con el tiempo de incubación del virus.

Otra prueba que indica que el SIDA no se originó en Africa es el hecho de que el primer caso de SIDA registrado fué en Nueva York en 1979. En 1981 fué descrito por el doctor Gottlieb. En 1981 también se le puede detectar en California, Chicago y Miami. En Europa apareció por primera

vez en 1982. En la República Federal Alemana, por ejemplo los primeros casos de SIDA fueron detectados en homosexuales con una prolongada estancia en Estados Unidos. En Sudafrica hasta el año en que se realizó esta entrevista no se había registrado ningún caso de SIDA entre negros.

En 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un comunicado diciendo que los primeros casos registrados en Africa eran de principios de 1983. El Dr. Segal en cambio estudió otro material en el cual se encontró un solo caso de Diciembre de 1982. La primera en un año después de haber hecho aparición en Europa y 3 años después de Nueva York.

Otro argumento que prueba que no fue en Africa la Cuna del SIDA: En Nairobi existen dos clases de prostitutas, una barata, cuyos clientes son exclusivamente hombres naturales del país y otra categoría A que se deja pagar caro y sólo sirve a los negros ricos y a los blancos, turistas extranjeros, hombres de negocios, técnicos etc. Se hizo un reconocimiento médico de las prostitutas y no hubo ningún caso de SIDA en la categoría barata, en cambio en la categoría A se encontró que el 50% de las prostitutas padecían ya la enfermedad del SIDA, esto indica que el virus no provenía de los originarios del país sino de extranjeros. Finalmente, en un congreso sobre el SIDA en París, en junio de 1986, hubo no menos de 17 contribuciones que demostraban

que el origen del SIDA no puede ser Africa, sino que es originario de Nueva York.

Es así como se finaliza esta parte en la que como se puede observar, se sabe que el SIDA apareció aproximadamente en 1979 y 1980, al principio fue difícil el pensar en una nueva enfermedad de origen Viral, pero realizando estudios sobre los padecimientos a los cuales eran sujetos las personas, se dedujo que era causa de una inmunodepresión.

Posteriormente se logra aislar el virus (VIH O HIV) que origina la inmunodepresión y como consecuencia, la ocurrencia de enfermedades oportunistas y posteriormente la muerte, las causas se desconocen, no se puede afirmar de manera contundente de donde procede, existe controversia al respecto, pero las investigaciones continúan y ya no tanto en la precedencia del virus del SIDA, sino en la prevención y la cura.

1.2 ETIOPATOGENIA

El virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH) pertenece a la familia de los retrovirus y a la subfamilia Lentivirinae que

forman un eslabon entre los ARN-VIRUS y los ADN-VIRUS (Secretaría de Salud, 1990).

La definición de SIDA es la siguiente. Es una enfermedad en la que se destruyen las defensas naturales del organismo, la persona que la padece queda expuesta a contraer múltiples enfermedades (Conasida 1990; Sistema Nal. de Salud 1991)

SINDROME Conjunto de molestias o manifestaciones que se presentan en una enfermedad.

INMUNO-DEFICIENCIA Significa que la función inmunológica que son las defensas del organismo contra las enfermedades están disminuidas o no funcionan en forma adecuada.

ADQUIRIDA Indica que este padecimiento se contrae por el contacto del individuo con el microbio (o sea que no se hereda).

El HIV o virus de la inmunodeficiencia Humana, son dos especies virales emparentadas que desactivan el sistema inmune al liquidar las células que lo dirigen y coordinan (Vidal R., 1990). La estrategia biológica del HIV es como la del infiltrado que liquida la dirección del servicio de contraespionaje, desorganizando a los agentes de base y librando el país atacando a disitntos invasores internos y externos hasta ese momento inofensivos. Esta es otra forma de explicar el ataque provocado por el HIV (Prescripción Médica, 1990).

El virus se encuentra dentro de las células vivas, por lo que se localiza en los líquidos que contienen muchas células (semen, fluidos vaginales, leche materna etc) de personas infectadas o enfermas (Conasida, 1991), por lo tanto, el VIH es muy vulnerable, cuando se encuentra fuera del organismo como sucede en manchas de sangre, instrumentos, ropa, se inactiva fácilmente con: la luz, el calor y la desecación: así como sustancias químicas como el cloro, agua oxigenada o alcohol.

Aunque al principio se pensaba que el SIDA era enfermedad exclusiva de homosexuales (Rozenbaum W. 1984), se ha demostrado que el VIH puede infectar a cualquier ser humano, independientemente del sexo, edad, condición social o pertenencia sexual, siempre y cuando se exponga a los mecanismos de transmisión o contagio (Conasida 1990). Las formas de contagio son las siguientes:

SEXUAL a través de relaciones sexuales con personas infectadas con VIH, ya que durante las relaciones sexuales existe intercambio de líquidos corporales como sangre, semen y secreciones vaginales que son los medios para la transmisión del virus. (Moffatt, 1986).

SANGUINEA. Por transfusiones, cuando la sangre procede de una persona infectada por el VIH; en México se tiene la

ventaja de que se ha establecido un estricto control en el manejo de la sangre. (Muma, R. 1992b).

POR EL USO DE AGUJAS Y JERINGAS NO ESTERILIZADAS.

PERINATAL. También las mujeres infectadas por el VIH que se embarazan, pueden transmitir el virus a su hijo durante el embarazo a través de la placenta, en el parto por el sangrado o en la lactancia por la leche materna. (C. Pedersen, 1992)

El virus del SIDA NO se transmite por el contacto social o casual como el saludo de mano, el beso en la mejilla ni la convivencia en el lugar de trabajo.

TAMPOCO se transmite por compartir utensilios de comida, ni por compartir el uso de sanitarios o albercas, ni por los piquetes de mosquito, ésto último fué la causa de un pavor general en el mundo ya que se pensaba que se podía contraer el virus del SIDA por una picadura. Incluso existieron publicaciones que afirmaron este rumor (Rius, 1988).

Las lagrimas, el sudor y la saliva NO son medios de transmisión (Gacota, 1989).

Los riesgos varían de la siguiente forma:

-Prácticas sin riesgo de infección donde sólo existe contacto de piel con piel sana, sin intercambio de líquidos corporales (por ejemplo abrazos, besos secos).

- Prácticas de mediano riesgo: donde existe intercambio de fluidos corporales como el semen las secreciones vaginales y la sangre (por ejemplo: coito con preservativo, besos húmedos..)

- Prácticas de alto riesgo: se produce daño en la piel y las mucosas, permitiendo el intercambio de líquidos corporales como sangre y semen, conilingus (contacto boca-vagina) y fellatio (contacto boca-pene).

Por lo tanto se confirma la propuesta de que no existen grupos de alto riesgo, sino actividades de alto riesgo (Miller, 1989)

El virus del SIDA (VIH) se detecta en una prueba de laboratorio, una valoración de inmunoabsorbancia ligada a enzimas (ELISA) (del Inglés, Enzyme Linhed Immunosorbent Assag) y otra prueba más específica llamada Western Blot (mancha occidental) (Montaigner L., 1986).

Se considera que un resultado positivo con este método es muy preciso. Sin embargo, una dificultad de esta prueba es que es posible que transcurran algunos meses antes que las personas expuestas al virus tengan pruebas detectables de su infección.

El ataque del HIV es sumamente insidioso y reconoce 6 estadios sucesivos, de menor a mayor gravedad. En el estadio

cero, el individuo es un portador sano del virus. A medida que este va avanzando en su destrucción de linfocitos T-4, van apareciendo síntomas reconocibles de la enfermedad, como las infecciones por hongos de la lengua (candidiasis), la vagina y otras mucosas, así como la inflamación de los ganglios linfáticos y otros indicios de que el sistema inmune está dejando de funcionar. En el estadio sexto, al cual normalmente se llega en varios años, el enfermo sucumbe a diversas infecciones oportunistas. Las complicaciones suelen ser un cáncer extraño (el sarcoma de Kaposi), una forma rara de neumonía (ocasionada por el *Pneumocystis Carinii*) y resultan frecuentes las infecciones cerebrales y meníngeas que llevan a la demencia. (Dilley J. 1986)

1.3 SIGNOS Y SINTOMAS

El debilitado sistema inmunológico de una persona con el HIV permite que muchas infecciones ataquen el cuerpo por lo que, en realidad, la muerte será ocasionada por una serie de infecciones o cánceres. Pero existen algunos síntomas comunes de una infección por HIV. Los síntomas de la infección por HIV duran más y por lo general son más severos que aquellos de enfermedades más comunes.

Pocas personas con SIDA llegan a tener todos los síntomas posibles al mismo tiempo. La mayoría sólo manifiesta algunos de ellos. Algunas tienen síntomas que se mantienen como

tales por cierto tiempo para luego desaparecer o, en otros casos, empeorar con el tiempo. Pero incluso cuando los síntomas desaparecen, por lo general vuelven a aparecer más adelante para provocar serias enfermedades o la muerte.

En alguna ocasión las personas sanas han padecido de manera simultánea varios de estos síntomas. Pero existe una gran diferencia entre este tipo de síntomas y aquellos provocados por el HIV: en este caso, los síntomas persisten por semanas e incluso meses. El HIV permanece en el cuerpo independientemente de que uno se sienta bien o mal, y lo cierto es que una persona infectada nunca llega a recuperarse por completo. (K. Hein, 1991).

Los síntomas descritos con anterioridad son esquematizados en el siguiente cuadro, donde se dan los signos y síntomas de enfermedades comunes comparadas con posibles síntomas de una infección por HIV.

SIGNOS Y SINTOMAS DE ENFERMEDADES COMUNES

POSIBLES SINTOMAS DE UNA INFECCION POR H.I.V.

PERDIDA DE PESO

PERDIDA DE MAS DE 4.5 Kg. DE PESO CUANDO SE HA DEJADO DE CRECER Y NO SE ESTA HACIENDO DIETA

0

IMPOSIBILIDAD DE ADQUIRIR MAS PESO EN LA ETAPA DE CRECIMIENTO.

0

PIEBRE

PIEBRE INEPLICABLE QUE DURA MAS DE UNA SEMANA

PIEBRES MUY ALTAS (MAS DE 37.7 °C) QUE DURAN DE 3 A 5 DIAS.

DIARREA

EVACUACIONES CONTINUAS DURANTE VARIAS SEMANAS.

SECRECION BLANCA EN BOCA, VAGINA O RECTO (LLAMADA INFECCION POR MUCILLAGO). ESTE APARECE EN OCASIONES DESPUES DEL USO DE ANTIBIOTICOS, DURANTE EL USO DE PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS, O EN PERSONAS CON DIABETES.

RECUBRIMIENTO DE BOCA, VAGINA O RECTO CON SECRECION BLANCA/GRIS, ESPESA Y COLOROSA, SIN MOTIVO APARENTE.

CRESCIMIENTO POR EXCESO DE TAMAÑO, POR NO CUMPLIR BIEN, POR ESTAR EXPERIMENTANDO MUCHOS CAMBIOS O POR EXCESO DE PREOCUPACIONES. INFECCIONES VIRALES TALES COMO EL CATARRO, LA GRIPE Y LA MONONUCLEOSIS.

CRESCIMIENTO O DEBILIDAD QUE DURA SEMANAS A PESAR DE QUE SE CUERDE BIEN Y NO ESTA SUCEDIENDO NADA EXTRAORDINARIO. APARICION CONTINUA DE MUCHAS INFECCIONES QUE DURAN DE 1 A 5 DIAS.

GLANDULAS INFLAMADAS

GLANDULAS INFLAMADAS EN DIFERENTES PARTES SIN QUE EXISTA NINGUN OTRO SINTOMA (COMO DOLOR DE GARGANTA, POR EJEMPLO), O GANGLIOS LINFATICOS DEL TAMAÑO DE UNA NUEZ O MAS GRANDES EN CUALQUIER PARTE DEL CUERPO.

TOS CON CATARRO O ALERGIJA

APARICION DE UNA TOS SECA O DE UNA CON LA QUE SE ARRANJAN FLEMAS PROCEDENTES DEL PULMON Y QUE DURA VARIAS SEMANAS SIN EXPLICACION ALGUNA.

0

TOS DE FUMADOR

0

TOS DESPUES DE UNA GRIPE

0

ERUPCIONES O COMEZON EN LA PIEL OCASIONADAS POR EL CONTACTO CON PLANTAS O PRODUCTOS QUIMICOS,

MANCHAS VIOLETAS INEPLICABLES QUE NO DESAPARECEN

0

0

SIGNOS Y SINTOMAS DE ENFERMEDADES COMUNES

POSIBLES SINTOMAS DE UNA INFECCION POR H. I. V.

ENFERMEDADES DE LA PIEL TALES COMO EL IMPETIGO

PIEL EXTREMAMENTE SECA Y ESCAMOSA O EXCESO -
DE COMEZON SIN RAZON APARENTE (COMO LOS EFEC-
TOS CON HIEBRA VENENOSA),

0

ULCERACIONES E INFECCIONES QUE NO DESAPARECEN
CON TRATAMIENTO MEDICO.

Ahora se verá la forma en que no se transmite el virus del SIDA:

1. El virus del SIDA no se transmite a través del contacto con una piel sin heridas, y no sobrevive fuera del cuerpo, por lo que es imposible adquirirlo en los siguientes casos: (Hein K., 1991)

- . Tocando al enfermo
- . Abrazándolo
- . Tomándose de las manos
- . Bailando
- . Saludándose de manos
- . Compartiendo el mismo excusado
- . Ingiriendo comida preparada por personas con el HIV o con SIDA.
- . Mediante cualquier otra forma de contacto cotidiano.

2. El virus del SIDA no se transmite por medio de cosas que tocamos diariamente, por lo que es imposible adquirirlo al tocar objetos tales como:

- . Equipos de gimnasia
- . Teléfonos
- . Auriculares
- . Máquinas de escribir
- . Toallas

- . Dinero
- . Perillas de puertas
- . Pasamanos
- . Cualquier otra cosa que pueda haber sido tocada por alguien con el HIV o con SIDA.

3. El virus del SIDA nunca se ha transmitido por:

- . Compartir un emparedado, un refresco o un cigarrillo
- . Usar los mismos platos, tenedores, cucharas o tarros de café.
- . Usar un bebedero público
- . El hecho que un enfermo nos escupa, babeo o llora en nosotros.

1.4 ESTADISTICAS.

Es muy difícil de hablar de números estadísticos, sobre todo si se tiene en cuenta que muchas veces la población no sabe que está infectada, sin embargo si se pueden hacer cálculos aproximados y sobre todo de personas que ya padecen de SIDA.

En la primavera de 1981 se diagnosticaron los primeros 5 casos de SIDA en Estados Unidos, para fines de 1988, se había diagnosticado la enfermedad a 83 000 personas. Se

esperaba que este número aumentara a 270,000 para finales de 1991 (Centers for Disease Control).

Según la proyección de Organización mundial de la salud para el año 2000 habrá de 15 a 20 millones de infectados a nivel mundial.

El año de la epidemia en México es en 1981 (UNICEF, 1990), a partir de esta fecha se calcula un incremento del 3 al 8% mensual.

Hasta el 31 de julio de 1992 el número de casos de SIDA acumulados es de 10,610, de los cuales en el último mes se notificaron 253 casos nuevos, la razón diaria de casos fue de 8.1. Se sigue observando el fenómeno de retraso en la notificación ya que solamente 152 (60%) casos iniciaron su padecimiento y se notificaron en los doce meses siguientes. El resto de los casos tienen retrasos que van de tres hasta 117 semestres, visto desde otro ángulo, sólo el 37.5% de los casos notificados en el último mes iniciaron y se notificaron oportunamente. Entre agosto de 1992 y julio de 1992 se notificaron 2,779 casos en comparación con 3,195 que se registraron de agosto de 1990 a julio de 1991. Al comparar estos dos periodos se observa un decremento para los últimos 121 meses. El crecimiento de la epidemia también

se puede ver, al observar que el 30.1% del total de casos acumulados se han notificado durante los últimos doce meses.

Se puede apreciar a lo largo del capítulo la historia tan controvertida que encierra a esta enfermedad que es relativamente nueva, lo importante que es crear una conciencia en la población ya que muchas personas están infectadas con VIH pero como no se presentan signos y síntomas de manera inmediata, este sujeto puede estar infectando a población sana por las vías que fueron ya explicadas, la falta de información y las estadísticas

çtan aterradoras que reflejan el crecimiento acelerado de este padecimiento.

Como se puede observar, el sujeto infectado con VIH o que padece de SIDA no tiene por que contagiarnos si se llevan a cabo las medidas de prevención y por el contrario, el acercamiento hacia el paciente debe ser cotidiano y afectuoso. Los elementos psicológicos que entran en juego en un infectado con VIH o que padece SIDA, son muy complejos y son causados básicamente por la discriminación, la elaboración de la propia muerte, el rechazo, la estigmatización y prejuicios, aspectos que se abordarán en el siguiente capítulo.

CAPITULO II

CONSIDERACIONES PSICOLOGICAS EN EL PACIRNTE CON SIDA

2.1 EFECTOS PSICOLOGICOS EN EL PACIENTE CON SIDA

2.2 LOS DERECHOS HUMANOS Y ASPECTOS ETICOS.

El enfermo de SIDA logicamente padece de cambios orgánicos y biológicos que alteran su esquema corporal, su manera de desenvolverse en su medio ambiente porque sufren de debilidad, cansancio, etc. Además de estos cambios tan drásticos, el sujeto infectado sufre un rechazo social por el miedo de la sociedad en general a contagiarse, un estigma porque se ha creído que esta enfermedad es exclusiva de homosexuales o drogadictos, de discriminación ya que incluso sus familiares pueden abandonarlos, se enfrentan hacia su propia muerte y esto significa un periodo de duelo y depresión. Todos estos aspectos forman parte de la vida psíquica de una persona a la cual se le ha diagnosticado SIDA, aspectos que se abordarán en este capítulo.

Otro elemento a trabajar en este apartado es la etica en el grupo médico y paramédico y sobre todo los derechos humanos que tiene todo enfermo de SIDA.

Se empezará por describir los aspectos psicológicos.

2.1 EFECTOS PSICOLOGICOS EN EL PACIENTE CON SIDA

Debido a que se tiene limitada información acerca de la actitud del cuerpo médico y paramédico, en este apartado se tratará de describir los cambios psicológicos que padecen

los sujetos seropositivos o que padecen SIDA, solo así se podrá tener una vista panorámica de lo que sufre el enfermo y que en base a los mismos cambios debe ser la actitud del cuerpo médico y paramédico.

2.1.1 EL CHOQUE

El primer choque emocional es al enterarse de la noticia, sea esperada o no (Grace C. 1985).

Es muy difícil dar información sobre la naturaleza de la enfermedad, cómo se transmite y cuáles pueden ser las posibles implicaciones de la infección estando en el estado de "choque", sin embargo, hay varios problemas y precauciones que se deben llevar desde ese momento en adelante para el enfermo con SIDA. (Cronella, A.C., 1985).

Para Miller (1989) las personas en choque refieren sentirse confundidas y aturdidas. Su mente parece estar en continuo movimiento, quizá ajustándose de un hecho a otro, sin referencia a lo que está sucediendo afuera.

Algunos se tornarán muy emocionales cuando reciben la noticia. Es posible que comiencen a llorar y a desbaratarse o sean más agresivos, utilizando un lenguaje ofensivo e incluso la agresión física. Otros quizá respondan guardando silencio, aislándose y dejando de ser comunicativos, pero

cualquiera que sea su reacción, hay que tomar en cuenta que están afrontando un problema que pone en peligro su vida. No importa cuánto los tranquilice el médico, cuán alentador sea el futuro para tratamientos con fármacos, qué tan pequeño es el impacto físico de la infección o que tan preparados sean intelectualmente, considerarán que las noticias de la infección o la enfermedad tienen un significado de "vida o muerte" (Gong and Rudrick, 1986).

El choque también es impactante para el que da la noticia pues nunca se sabe cómo reaccionará el paciente, si se tornan acertivos o si se enojan también. Incluso si quienes los atienden son personas seropositivas, existirá un revivir de la propia época de diagnóstico, pero esta vez lo llevarán a cabo con el paciente en lugar de solos.

Para Miller (1989) "LAS REACCIONES DE CHOQUE CUALQUIERA QUE SEA SU NATURALEZA, SON UNA RESPUESTA NORMAL A NOTICIAS QUE PONEN EN PELIGRO LA VIDA.", por lo tanto todo especialista de la salud debe estar preparado para este tipo de reacción.

Otros autores recomiendan el dar información porque es lo que necesita el paciente en ese momento ya que sólo así puede responderse a sus múltiples preguntas que le son difíciles de asimilar. (Donlow J., 1985).

2.1.2 LA DISCRIMINACION.

Otro factor importante que sucede después del choque es la discriminación por padecer SIDA. Hay antecedentes de enfermeras que rechazan cambiar cómodos, alimentar, bañar o incluso platicar con alguien de su sala que padece SIDA. (Richardson D., 1990).

En algunos casos, las personas han sido rechazadas de su casa o han perdido el trabajo una vez que se supo que están infectadas con HIV o padecían SIDA. Las compañías de seguros no desean proporcionarles seguros de vida. Hay informes de personas abandonadas por sus amistades, familiares y amantes; de niños excluidos de colegios y de médicos que rechazan proporcionar cuidados médicos (Goulden T., 1984).

Una muestra más de la discriminación de los pacientes con SIDA fué que en la sexta conferencia Internacional sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que se inauguró el 20 de junio de 1990, un centenar de enfermos de sida que se manifestaban frente a la sede de la conferencia fueron detenidos. Les amarraron las manos a la espalda, se los llevaron en camiones celulares y fueron fichados y fotografiados por los servicios judiciales (Minello, N., 1990). Para muchos gobiernos y organizaciones el enfermo de

SIDA lleva un estigma o una marca infamante, es alguien peligroso y debe ser aislado y segregado. Este es uno de los muchos casos que se dan en el mundo de discriminación.

Testimonios de infectados con VIH es que están marcados por la soledad, el miedo, el prejuicio y el rechazo. La organización de Mexicanos contra el SIDA expone que la respuesta hacia las personas que viven con el virus, en lugar de ser de empatía y de solidaridad está siendo de rechazo y estigmatización. "Las están corriendo de sus viviendas, de sus trabajos; hay familias que están dando la espalda a sus propios integrantes."

Organismos como GIS-SIDA lleva a cabo demandas contra las empresas que despiden a una persona infectada con SIDA, no han ganado ninguno de los 14 casos pero tampoco los han perdido y su lucha continúe. (Espinoza M., 1991)

Esta discriminación tiene una connotación social muy importante ya que mientras continúe, las cifras exactas de los enfermos o afectados no se conocerá.

La pandemia no respeta lugar alguno, en menos de una década el VIH ha infectado a por lo menos 8 o 10 millones de individuos en todo el mundo, de los cuales mas de 1.5

millones -inclusive más de 500 mil niños menores de 5 años - han desarrollado el SIDA. (Conasida, 1988)

Se calcula que se dan aproximadamente 5 mil nuevos infectados por día. Estas cifras deben poner a reflexionar acerca de la magnitud del problema y de lo mucho que se puede hacer cooperando para la no discriminación y los derechos humanos del paciente.

2.1.3 EL AISLAMIENTO.

Este aislamiento puede ser provocado por la depresión ya que la persona infectada pierde interés por la vida, teme sufrir un rechazo al convivir con la sociedad, se sienten aucias o impuras y esto se refleja al decidir no comentar el diagnóstico con nadie más.

Otro motivo por el cual se aíslan es su temor a contagiar a los demás, acto que se convierte en algo obsesivo. En el caso de las mujeres es frecuente que se aíslan porque su aspecto físico se deteriora: pierden peso, lesiones deformantes en la cara o en otra parte del cuerpo (Cornejo M., 1986).

Es importante tomar en cuenta que las personas infectadas necesitan hablar y ser escuchadas, ésta puede ser una forma de afrontar el estrés del diagnóstico y salir de ese aislamiento. También es recomendable el que asistan a grupos de apoyo, donde puede conocer a otros sin temor a ser rechazadas porque su situación es similar (Batenson M. 1989).

2.1.4 INCERTIDUMBRE.

Esta incertidumbre se relaciona directamente con la salud, es decir la pregunta: Cuanto tiempo voy a vivir? Que enfermedades tendré?. La incertidumbre sobre el futuro siempre existe, pero a medida que continúan los días va disminuyéndose la incertidumbre porque cada día que pasa se está vivo (Clinical Resource Guide. 1987).

Existen testimonios de personas que aseguran que sintieron un alivio al ser diagnosticados como seropositivos o con SIDA después de meses de buscar la razón de sus malestares, el diagnóstico no fué de su agrado, pero cuando menos sabían que era lo que tenían.

La incertidumbre puede describirse en dos niveles generales: en primer lugar, se relaciona con la incertidumbre que sienten los seropositivos sobre si en alguna época futura

desarrollarán la enfermedad relacionada con su infección o si pueden hacer algo para evitarlo. El segundo nivel se refiere al progreso de la enfermedad una vez diagnosticada (Altman D., Press A., 1987).

Al recibir el diagnóstico de un resultado positivo de la prueba del anticuerpo, se observa también una gran incertidumbre sobre la reacción de las personas que rodean al paciente. Este temor acerca de cómo reaccionará el mundo que lo rodea, provoca miseria y sufrimiento psicológico en igual o mayor grado que la infección misma, sobre todo si sus compañeros, amigos o amante sostienen actitudes y conceptos negativos sobre SIDA y HIV.

La incertidumbre que sienten los pacientes también la experimentan quienes los cuidan y el personal de salud que los atiende. Estudios han demostrado que quienes cuidan a los enfermos padecen un índice mayor de depresión y ansiedad que los pacientes mismos. Además de que viven la enfermedad aunque no la padezcan, no dejan de preocuparse sobre la posibilidad de contagiarse. (Conasida, 1987)

Los médicos y el personal de salud también sufre de incertidumbre acerca del estado de su paciente. Desean tranquilizarlos, pero a la vez se ven frustrados al fracasar

algun tratamiento en particular. Un estudio reciente en la costa occidental de E.U.A. mostró altos índices de depresión, ansiedad, consumo y temores por su salud personal en médicos y personal de salud que se dedica a cuidar pacientes con SIDA. Esto es entendible si se toma en consideración que pasan el 40% de su tiempo trabajando con el SIDA o el HIV (Conasida, 1992).

Se menciona que la mejor forma de combatir la incertidumbre es la información, esto es igual tanto en pacientes como en quienes los cuidan.

Ahora se verán las consecuencias clínicas de la incertidumbre:

2.1.5 ANSIEDAD Y ESTRES.

El enfermo de SIDA o infectado con VIH, padece de un estrés continuo, ya que continuamente afronta situaciones que ponen en peligro su vida. Estas situaciones no se refieren únicamente a su salud, sino también son influenciadas por el rechazo y el temor alterando condiciones físicas y emocionales. En estudios recientes, los pacientes de SIDA han identificado las siguientes ansiedades (Bauman, L. and Siegel K., 1987):

. El riesgo de infección que ellos implican para otros y que otros representan para ellos.

. Hostilidad y rechazo social, profesional, doméstico y sexual

. Ser abandonado y quedarse solo en su dolor

. Incapacidad para modificar sus circunstancias

. Como estar seguro de la mejor salud física posible en el futuro.

. La posible aparición de infecciones repetidas o nuevas

. La capacidad de su amado, compañeros, familiares, amigos, para afrontar sus problemas

. Resultado final de su infección o enfermedad a corto y largo plazo

. La disponibilidad de tratamiento médico, dental, o ambos

. Ser identificado como homosexual o toxicómano

. La posible pérdida de privacidad y confidencialidad.

. Su futura aceptación o rechazo social y sexual

. Una decreciente capacidad para afrontar el futuro.

. La pérdida de independencia física y económica.

Los síntomas de la ansiedad son los siguientes:

Agitación y nerviosismo, Gran preocupación, Síntomas físicos (tensión muscular, Agitación intestinal, cefaleas, palpitaciones violentas del corazón, etc.), Dificultades en el sueño, Fatiga física, Dificultades cognoscitivas, cambios del ánimo, pérdida del impulso sexual.

A medida que una persona afronta mas su ansiedad, mayor será la aparición de síntomas con mayor intensidad, es así como pueden surgir los ataques de pánico que actúan físicamente y causan después del ataque gran cansancio emocional, mental y físico (Del Río, E., 1988). Los ataques no tienen una duración definida, pueden durar minutos o incluso horas.

Cuando las ansiedades son persistentes, originan un estado de estrés mayor del normal, lo anterior puede llevar hasta la muerte como se ha visto en casos de viudos que mueren durante el año siguiente debido a su aflicción por el duelo.

Una manera de combatir el estrés y la ansiedad es ventilar los problemas, ya sea con un amigo de confianza o con un asesor, llorar si se desea. Mediante esta ventilación se comentan preocupaciones, ansiedades y temores y por lo tanto se puede llegar a identificar los temores o situaciones que provocan el estrés. Otro método para aliviar el estrés y la ansiedad son los procesos de relajación como los de respiración, distensión muscular, etc (Leal, F., 1988).

No es recomendable utilizar farmacos para la ansiedad, ya que alivian los síntomas físicos, pero no logran aliviar la preocupación mental, por lo tanto, si se llegan a utilizar

serán en circunstancias muy especiales y de manera temporal mientras se practican otros métodos de autocontrol.

2.1.6 DEPRESION.

La depresión ha sido un estado común en el hombre, se calcula que entre el 2 y 15% de los adultos sufren de depresión en algún periodo determinado (Martín J. and Vance C., 1984). Esta depresión es superada cuando su problema o situación se resuelve, pero no sucede igual en el paciente con SIDA ya que su situación no se resuelve.

La depresión constituye en un obstáculo para el autocontrol y la facilidad para recibir información y tomar decisiones que en su mayoría requieren de ser tomadas rápidamente por el paciente con SIDA.

El enfermo de SIDA cae en depresión por las siguientes razones (Markova, I. and Wilkie, P., 1987):

La inevitabilidad aparente de la declinación física y la futura mala salud.

. La falta de una curación, que origina un sentimiento de desesperanza e impotencia.

. Las limitaciones que la infección o enfermedad, pueden causar en el estilo de vida de una persona.

. Rechazo social, profesional, emocional o sexual, actual o anticipado.

Las personas con depresión sufren los siguientes tipos de alteraciones: Depresión del ánimo, Pérdida del interés o de placer en actividades que antes disfrutaban, sentimientos de inutilidad y culpa, Baja autoestima, Desesperanza, Pensamientos suicidas, Dificultades en el pensamiento, Obsesiones y paranoia, pérdida de energía, Retardo y agitación, Pérdida del apetito y el peso. Trastornos del sueño, Pérdida del impulso sexual, Síntomas corporales (Cefaleas, boca seca, falta de respiración, etc.).

La depresión puede ser manifestada en aislamiento y es el resultado de otras influencias como lo son el rechazo, la discriminación, el abandono familiar, emocional y afectivo, los prejuicios, etc.

Además de lo anterior, estudios han sugerido que puede originar una alteración en la función inmunológica, lo cual altera más su salud (Morin, S., 1984)

Para combatir la depresión se pueda recurrir a la vigilancia, es decir realizar un diario de los acontecimientos de todo el día con fecha y hora, pensamientos automáticos y emoción anterior y resultante. Una vez llevado este registro, se puede tener mayor conciencia sobre los pensamientos automáticos y ver la posibilidad de establecer pensamientos alternativos.

Otro método es la plática, ya que se liberan tensiones y esto ocurre sobre todo en la presencia de un tercero que rompa el molde de la plática depresiva o frustrante. Es importante también el mantener activos a los enfermos, ya que romperán su aislamiento y se sentirán útiles mejorando así su autoestima.

2.1.7 ESTADOS OBSESIVOS

Debido a que el enfermo de SIDA esta pendiente de sus enfermedades o infecciones, desarrolla actitudes obsesivas haciendose revisiones corporales continuas, pensamientos de muerte o declinación, revisan sus experiencias sexuales pasadas y con un detalle asombroso. Se preguntan continuamente si pudieron hacer algo accidentalmente que contagiara a sus familiares o amigos. Existe otra obsesión

al querer encontrar la cura a la enfermedad Batchelor, W., 1984).

Los métodos para controlar dichos estados obsesivos son: comentar inquietudes y dudas a los médicos acerca de los cambios físicos y síntomas que aparecerán a lo largo de la enfermedad; Evitar la publicidad imprecisa y triste acerca del SIDA; Mantener distraídos a los pacientes; prevención de las respuestas, es decir, enseñar al enfermo a controlar sus actividades compulsivas preparándose para las horas vulnerables y resistirse a revisarse más de una vez.; y por último un recurso no recomendable y que se debe utilizar como última opción es el tratamiento farmacológico utilizando antidepresivos como el clorhidrato de clomipramina Burda, D. & Powills, S., 1986).

2.1.8 SUICIDIO.

Los pensamientos de suicidio son normales en personas que reciben una noticia de gran impacto como la de ser seropositivos, y sobre todo que esta enfermedad no tiene posibilidades de cura hasta el momento.

Debido a lo estigmatizante y dolorosa que es esta enfermedad, algunos pacientes prefieren suicidarse, pero la

mayoría de estos sujetos tienen grandes deseos de vivir
(Caputo L., 1985).

Las personas que han intentado suicidarse sin lograrlo han comentado que los motivos que generaron tal idea suicida son
(Grace, C., 1985):

Separación, divorcio o duelo marital recientes

Pérdida inminente de un ser amado.

Vivir solo

Aislamiento social

Problemas económicos

Mala salud Física

Falta de empleo o retiro

Discusiones violentas recientes con algunas relaciones

Enfermedad incapacitante

Depresión

Dependencia al alcohol, drogas, o ambos

Síndromes cerebrales orgánicos

Intentos anteriores de suicidio (en el último año)

Advertencias o comentarios sobre suicidios

Preparación de medios, notas de suicidio, elaboración de
testamento, planes de seguro.

Este tipo de intentos deben ser tomados en cuenta por un asesor o especialista para así brindar asistencia y apoyo a este tipo de personas.

Todos los aspectos descritos con anterioridad comprenden el mundo psicológico del enfermo de SIDA elementos que deben ser considerados por parte del grupo médico y el personal de salud (Coates, T., 1984).

2.2 LOS DERECHOS HUMANOS Y LOS ASPECTOS ETICOS

Ahora se verán algunas consideraciones éticas y los derechos humanos de los sujetos infectados con VIH o que padecen SIDA.

La Asociación Médica Norteamericana ha estipulado ciertas normas de conducta que no son tomados como leyes pero que definen los puntos esenciales de la conducta honorable del médico (Dilley J. 1984).

SECCION I El médico debe dedicarse a proporcionar servicio médico competente, con compasión y respeto por la dignidad humana.

SECCION II El médico debe tratar honradamente con sus pacientes y colegas y esforzarse por desenmascarar a

aquellos médicos que sean deficientes en su carácter y competencia, o que se dediquen al fraude o al engaño.

SECCION II El médico debe respetar la ley y también reconocer su responsabilidad de buscar cambios en aquellos requerimientos que sean contrarios a los mejores intereses del paciente.

SECCION IV El médico debe respetar los derechos de los pacientes, de sus colegas y de otros profesionales de la salud, y salvaguardar las confidencias de los pacientes dentro de las restricciones de la ley.

SECCION V El médico debe continuar el estudio, la aplicación y el progreso de los conocimientos científicos, proporcionar información pertinente a los pacientes, colegas y público, consultar y usar el talento de otros profesionales de la salud cuando esté indicado.

SECCION VI Al proporcionar cuidados médicos apropiados, el médico debe estar libre de escoger a quien ha de atender, excepto en urgencias, escoger libremente con quien se asocia y el ambiente en que proporcionará los servicios médicos.

SECCION VI El médico debe reconocer su responsabilidad de participar en actividades que contribuyan al mejoramiento de la comunidad.

Esta serie de puntos deben ser cumplidos por todo aquel personal de salud, sin embargo no siempre se cumplen. De

esta forma no sólo existe iatrogenia de tipo orgánica o biológica sino que se causa un daño en el paciente de origen psicológico y emocional.

Por otro lado los derechos fundamentales que deben tener todas las personas que viven con VIH o SIDA son (Galvan D., 1992):

1. La ley protege a todos los individuos por igual; en consecuencia, no debes sufrir discriminación de ningún tipo.
2. No estás obligado a someterte a la prueba de detección de anticuerpos del VIH ni a declarar que vives con VIH o que has desarrollado SIDA. Si de manera voluntaria decides someterte a la prueba de detección de anticuerpos VIH, tienes derecho a que esta sea realizada en forma anónima y que los resultados de la misma sean conservados con absoluta discreción.
3. En ningún caso puedes ser objeto de detención forzosa, aislamiento, segregación social o familiar por vivir con VIH o haber desarrollado SIDA.
4. No podrá restringirse tu libre tránsito dentro del territorio nacional.
5. Si deseas contraer matrimonio no podrás ser obligado a someterte a ninguna de las pruebas de detección de anticuerpos del VIH.

6. Vivir con VIH o SIDA no es un impedimento para el ejercicio de la sexualidad.
7. Cuando solicites empleo, no podrás ser obligado a someterte a ninguna de las pruebas de detección del VIH. Si vives con VIH o has desarrollado SIDA, esto no podrá ser motivo para que seas suspendido o despedido de tu empleo.
8. No se te puede privar del derecho a superarte mediante la educación formal o informal que se imparta en instituciones educativas públicas o privadas.
9. Tienes derecho a asociarte libremente con otras personas o afiliarte a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA.
10. Tienes derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH y la forma de protegerte.
11. Si vives con VIH o has desarrollado SIDA, tienes derecho a recibir información sobre tu padecimiento, sus consecuencias y tratamientos a los que puedes someterte.
12. Tienes derecho a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar tu calidad y tiempo de vida.
13. Tienes derecho a una atención médica digna, y tu historial médico deberá manejarse en forma confidencial.
14. Tienes derecho a una muerte y servicio funerario dignos.

Estos derechos están extraídos de la constitución del los Estados Unidos Mexicanos, pero obviamente todavía no existe una legislación específica para esta enfermedad. En seguida se mencionarán los artículos a los que se hace referencia:

2.2.1 EL FUNDAMENTO CONSTITUCIONAL DE LOS DERECHOS DEL ENFERMO CON SIDA.

ARTICULO 1o. "En los estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta constitución. las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece".

ARTICULO 3o. "La educación que imparta el Estado - Federación, Estados, Municipios - tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en el, a la vez, el amor a la patria y la conciencia de la solidaridad internacional en la independencia y en la justicia.

ARTICULO 4o. El varón y la mujer son iguales ante la Ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y

modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de Salubridad General, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución.

ARTICULO 5o. " A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos. El ejercicio de esta libertad sólo podrá vedarse por determinación judicial, cuando se ataquen los derechos de tercero, o por resolución gubernamental, dictada en los términos que marque la Ley, cuando se ofendan los derechos de la sociedad.

ARTICULO 6o. " La manifestación de las ideas no será objeto de ninguna inquisición judicial o administrativa, sino en el caso de que ataque a la moral, los derechos de tercero, provoque algún delito o perturbe el orden público; el derecho a la información será garantizado por el Estado.

ARTICULO 9o. No se podrá coartar el derecho de asociarse o reunirse pacíficamente con cualquier objeto lícito. Pero solamente los ciudadanos de la República podrán hacerlo para tomar parte en los asuntos políticos del país. Ninguna reunión armada tiene derecho a deliberar"

ARTICULO 11o. Todo hombre tiene derecho para entrar en la República, salir de ella, viajar por su territorio y mudar de residencia, sin necesidad de carta de seguridad,

pasaporte, salvaconducto u otros requisitos semejantes. El ejercicio de este derecho estará subordinado a las facultades de la autoridad judicial, en los casos de responsabilidad criminal o civil, y a las de la autoridad administrativa, por lo que toca a las limitaciones que impongan las leyes sobre inmigración y salubridad general de la República o sobre extranjeros perniciosos residentes en el país"

ARTICULO 14 " Nadie podrá ser privado de la vida, de la libertad o de sus propiedades, posesiones om derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales preeviamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento conforme a las leyes expedidas con anterioridad al derecho"

ARTICULO 16 " Nadie podrá ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles y posesiones, sino en vir45tud de mandamiento escrito de la autoridad competente, que funde y motive la causa legal del procedimiento. No podrá liberarse ninguna orden de aprehensión o detención, sino por la autoridad judicial, sin que preceda denuncia, acusación o querrela de un hecho determinado que la Ley castigue con pena corporal"

ARTICULO 51 DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

Los usuarios tendrán derecho a

- a) obtener prestación de salud oportuna y de la calidad idónea.
- b) recibir atención profesional y éticamente responsable
- c) Recibir un trato digno por parte de los trabajadores de salud.
- d) Manifestar sus inconformidades con respecto a la prestación de los servicios de salud.

Estos derechos fueron presentados a la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México por parte del CONASIDA y algunos organismos No Gubernamentales (Conasida, 1992).

A pesar de los presentado con anterioridad se dan actitudes negativas hacia el paciente con SIDA tal hecho ha motivado investigaciones en el cuerpo médico tal es el caso de la investigación hecha por Alexander, Rinda Ph. en Estados Unidos donde trabajo con 136 enfermeras del staff de un hospital de enseñanza e investigación en el area centro-occidental de los EEUU. En tal investigación se obtuvieron las variables que influyen en las actitudes de las enfermeras. 31% de la muestra tenia miedo a contagiarse y morir por esa causa. En cuanto a los prejuicios el 83%

muestra compasión hacia los enfermos que son homosexuales. Sin embargo el 49% siente mayor simpatía por los individuos que adquirieron la enfermedad a través de transfusiones que por los homosexuales enfermos.

Actitudes como estas son las que se encuentran día a día en los hospitales y es lo que motivo el presente trabajo.

A lo largo de este capítulo es posible apreciar los cambios de origen psicológicos en el enfermo de SIDA o en el sujecu que recibe la noticia de que está infectado por VIH, es así como todo aquél que se encuentre cerca de una persona con tales circunstancias, debe comprender los cambios que se van presentando y la forma en que se pueden manejar. Estas consideraciones deben ser tomadas con mayor conciencia en el personal de salud que incluye a médicos, paramédicos, psicólogos, trabajadoras sociales, etc.

Todas estas medidas lograrán un mayor equilibrio psíquico y emocional en el enfermo.

CAPITULO III

APOYO PSICOLOGICO DEL PERSONAL DE SALUD

3.1. COMO DEBE RESPONDER EL PROFESIONAL DE LA SALUD A CONDICIONES EMOCIONALES DEL PACIENTE CON SIDA.

3.1.1. EL PACIENTE ANGUSTIADO

3.1.2. EL PACIENTE DEPRIMIDO

3.1.3. EL PACIENTE DESESPERANZADO

3.1.4. EL PACIENTE AGRESIVO

3.1.5. EL PACIENTE OBSESIVO COMPULSIVO

3.1.6. EL PACIENTE TERMINAL

3.2. MANEJO DEL PACIENTE TERMINAL

3.2.1. SENTIMIENTOS DE LA ENFERMERA ACERCA DE LA MUERTE

3.2.2. ETAPAS DE RESPUESTAS EMOCIONALES ANTE LA MUERTE INMINENTE

3.2.3. SATISFACCION DE LAS NECESIDADES PSICOLOGICAS DEL PACIENTE EN ETAPA TERMINAL

3.2.3.1. MIEDO A LA FUERZA CATASTROFICA DE LA MUERTE

3.2.3.2. EL HECHO DE ESCUCIAR

3.2.3.3. LA FUNCION DE LA COMUNICACION

3.2.3.4. LA FUNCION DEL CONTACTO FISICO

3.2.3.5. QUE DECIR AL PACIENTE TERMINAL

3.3. RESUMEN DE PAUTAS PARA LA ATENCION DE PACIENTES
TERMINALES

3.4. CONCLUSIOINES

En el presente capítulo se expondrá el cuidado que debe tener el cuerpo médico en general hacia el paciente con SIDA. Estos cuidados están enfocados primordialmente a las enfermeras, ya que son ellas las que mantienen un contacto más frecuente con el enfermo.

Es obvio que este tipo de cuidados y consideraciones se extienden a todo el cuerpo médico y paramédico. También se hablará de las actitudes que deben asumir los familiares de enfermos de SIDA.

Para tal propósito, se iniciará mencionando las actitudes que presentan los enfermos de SIDA,- las cuales ya fueron explicadas detenidamente en el Capítulo II- y el apoyo a tales respuestas emocionales por parte de las enfermeras y en general el cuerpo médico y paramédico.

3.1. COMO DEBE RESPONDER EL PROFESIONAL DE LA SALUD A CONDICIONES EMOCIONALES DEL PACIENTE CON SIDA.

3.1.1. EL PACIENTE ANGUSTIADO

La angustia es uno de los problemas a los que más frecuentemente se enfrenta el trabajador de la salud en los hogares , el hospital o cualquier sitio de trabajo (Annas, G., 1974). Puede hacerse evidente a través de síntomas físicos o de comportamiento, lo que dificulta aún más su tratamiento. Esto es particularmente cierto en los casos en los que el trabajador de la salud no percibe la relación que existe entre los síntomas y la angustia del paciente o cuando se siente inseguro de su manejo. Incluso es frecuente que el propio trabajador experimente sensaciones de angustia en estas circunstancias.

En base a la breve explicación anterior de lo que es un paciente angustiado, se plantea la relación del trabajador de la salud con este tipo de pacientes (Hirsch, H. L., 1980):

RECONOCER LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE ANGUSTIA. Entre algunos de ellos se encuentra temblor, hablar apresuradamente, frotarse las manos, sudoración, etc.

TOLERAR LA TENSION DE LOS PACIENTES. Con frecuencia el cuerpo médico se preocupa más por calmar su propia angustia que la de sus pacientes. Esto se puede superar si otro miembro del personal lo releva de tiempo en tiempo.

TRATAR DE COMPRENDER AQUELLO QUE DESPIERTA SU PROPIA ANGUSTIA. En el caso del SIDA es difícil establecer una empatía, sin embargo no es imposible.

NO EXIGIR DEMASIADO AL PACIENTE CUANDO ESTA MUY ANGUSTIADO. La angustia que agobia al paciente con SIDA, podría resultar catastrófica ante una mayor tensión por parte del personal médico y paramédico.

AL TRATAR CON EL PACIENTE, HABLE BREVE, PRECISA Y LENTAMENTE. De esta forma el paciente comprenderá lo que se le dice, no hay que olvidar que el paciente con SIDA requiere de mucha información para su cuidado, seguridad y prolongación de su vida y por lo tanto, esta información debe ser captada con gran claridad.

NO OFRECER SUGERENCIAS SOBRE LA POSIBLE CAUSA DE LA ANGUSTIA DEL PACIENTE. El SIDA es una enfermedad tan estigmatizante, que el sólo hecho de proponer alguna causa elevaría el grado de sufrimiento y de angustia.

HACER TODO LO POSIBLE POR INCREMENTAR LA COMODIDAD DEL PACIENTE. De esta forma se le proporcionará al paciente un ambiente más propicio para el alivio de su angustia.

HACER SABER AL PACIENTE QUE SE PREOCUPA POR EL Y SU ESTADO EMOCIONAL. Esto aminorará el rechazo social.

NO ASUMA UNA ACTITUD DEFENSIVA FRENTE A LAS QUEJAS DEL PACIENTE. Podría incrementar el aislamiento en el enfermo.

PROPORCIONA EXPLICACIONES E INFORMACION LOGICA QUE PURDAN ACLARAR LAS CONCEPCIONES ERRONEAS QUE EL PACIENTE PUEDE TENER SOBRE SU PADECIMIENTO. Esto disminuirá los prejuicios y mitos que existen sobre dicha enfermedad.

NO ESPERAR QUE EL PACIENTE CAMBIE SU CONDUCTA DE INMEDIATO. El paciente llevará un proceso de duelo que no es fácil de aceptar y por lo tanto los cambios en las actitudes son lentos.

3.1.2. EL PACIENTE DEPRIMIDO.

El enfermo de SIDA presenta grandes episodios de depresión que pueden identificarse con aislamiento, falta de apetito, sueño excesivo, etc. este tipo de depresiones son conocidas como graves y requieren del apoyo de todo el personal de salud así como de sus familiares.

LA RELACION CON EL PACIENTE DEPRIMIDO DEBE SER (KELLY k., 1979):

AYUDAR AL PACIENTE A TOLERAR SU ENFERMEDAD, POR LO MENOS HASTA QUE ESTE EN CONDICIONES DE ASUMIR SU SITUACION DE UNA MANERA DIFERENTE. El trabajador de la salud debe hacer evidente su preocupación por él.

HACER SABER AL PACIENTE QUE SE LE CONSIDERA COMO UNA PERSONA VALIOSA. Sabemos que este tipo de actitudes sería fácil tomarlas con cualquier enfermo que sufra de depresión, pero no sucede lo mismo cuando el padecimiento es SIDA y se considera que es una persona pervertida, sucia y hasta homosexual.

CUIDAR LA HIGIENE DIARIA DEL PACIENTE. Se sabe que el personal médico muchas veces por miedo al contagio evita cambiar cómodos a los pacientes o incluso bañarlos.

PLANEE ACTIVIDADES PARA EL PACIENTE DE ACUERDO A SU GRADO DE DEPRESION Y CON LA ETAPA DEL TRATAMIENTO. Es fácil de entender que no se planteará la misma actividad a un paciente de etapa inicial que a uno que se encuentra en etapa terminal.

3.1.3. EL PACIENTE DESPERANZADO.

La desesperanza es consecuencia de la combinación de experiencias pasadas, de aprehensividad sobre situaciones futuras y del momento actual. Es necesario que el profesional investigue los factores ambientales que puedan estar influyendo sobre su conducta (Gordon, M., 1982).

LA RELACION CON EL PACIENTE DESESPERANZADO

PARA LOGRAR UN ACERCAMIENTO CON ESTE TIPO DE PACIENTES SE DEBE SER FIRME PERO SUAVE A LA VEZ. De esta forma el paciente percibirá la sensación de impotencia y a la vez puede percatarse de que existe alguna solución.

AYUDAR AL PACIENTE A QUE RECONOZCA SUS PEQUEÑOS TRIUNFOS, EN LUGAR DE HACER ENFASIS EN SUS DEFECTOS. Esto hará su vida un poco más llevadera y tendrá alguna motivación para seguir luchando.

HABLE DEL PRESENTE CON EL PACIENTE. Se debe concentrar el personal de salud en hablar en el aquí y ahora

3.1.4. EL PACIENTE AGRESIVO.

Como ya se mencionó en el capítulo II, muchas veces el paciente con SIDA, al recibir la noticia muestra actitudes agresivas ya sean verbales o físicas y por lo tanto el cuerpo médico y paramédico debe aprender a controlarlas.

LA RELACION CON EL PACIENTE AGRESIVO.

MANTENGA UN TONO DE VOZ BAJO Y BIEN CONTROLADO. Se debe responder con toda honestidad e interés las inquietudes del paciente con SIDA.

NO SE DEBEN TOMAR LAS CRITICAS DEL PACIENTE PERSONALMENTE. Hay que recordar que el paciente está pasando por una etapa de incertidumbre y dolor.

DAR OPORTUNIDAD DE HABLAR Y DE EXPRESARSE SIN HERIR SUS SENTIMIENTOS. El paciente tiene derecho a expresar su sentir.

ESCUCHAR AL PACIENTE. Es importante responder de manera sincera y apegándose a la realidad de la situación.

3.1.5. EL PACIENTE OBSESIVO-COMPULSIVO.

El paciente con SIDA frecuentemente tiene actitudes de este tipo debido a que se está revisando los ganglios, la garganta, la piel etc. temiendo confirmar al avance de la enfermedad y por lo tanto este tipo de actitudes deben controlarse con información continua y estableciendo

horarios para tales revisiones, de esta forma se evitarán dichas actitudes.

3.1.6. EL PACIENTE TERMINAL.

Posiblemente ningún tipo de paciente altera tanto el estado emocional del personal de salud como el paciente en estado terminal (Cor, C.A., 1984). El paciente moribundo teme perder su derecho a la vida, libertad y felicidad. La pérdida de la identidad y de la posibilidad de seguir siendo constituyen un insulto abrumador tanto para la mente como para el cuerpo.

Cuando a un paciente se le informa sobre su pronóstico, puede sentirse tan decepcionado y confundido que en ocasiones es incapaz de oír o entender completamente el significado de lo que se le dice. Cuando un paciente no quiere aceptar como verdadero lo que se le dice simplemente lo niega. Este mecanismo es muy común entre los pacientes terminales. Se hace evidente cuando el paciente cree que está mejorando y espera recuperarse por completo

rápido. Esto último no se presenta en los pacientes con SIDA ya que se sabe que el avance de la enfermedad es rápido y no existe mejoría alguna.

Otro factor importante es la familia, la cual puede responder con hostilidad. Conforme se acerca la etapa de aceptación en el paciente es importante comunicarle a la familia que el paciente está en proceso de aceptar su muerte y que es muy posible que se aleje de ellos.

En ocasiones sucede que los miembros del personal tienen mayores dificultades con sus propios sentimientos sobre la muerte y el morir que el paciente mismo.

LA RELACION CON EL PACIENTE TERMINAL.

CUANDO SEA POSIBLE, ES RECOMENDABLE QUE EL MIEMBRO DEL PERSONAL QUE SE ENCARGUE DEL CUIDADO DEL PACIENTE SEA AQUEL QUE SE SIENTA MEJOR EN CONTACTO CON LA PERSONA ENFERMA Y SU FAMILIA.

TRATE DE QUE EL PACIENTE SE SIENTA LO MAS COMODO POSIBLE

ACEPTE EL ENOJO DEL PACIENTE

OFREZCASE A ESCUCHARLO ATENTAMENTE

NO ABANDONE AL PACIENTE

RESPETE LA INDIVIDUALIDAD DEL PACIENTE Y PROTEJA SU DERECHO DE MORIR CON DIGNIDAD.

Este apartado se explicará con mayor detenimiento ya que el SIDA es una enfermedad terminal y que confronta con la propia muerte del personal de salud, de la familia y de toda la sociedad en general.

3.2. MANEJO DEL PACIENTE TERMINAL.

El manejo de dicho enfermo debe ser de manera especial y cuidadosa, ya que regularmente son enfermedades dolorosas y en el caso del SIDA con múltiples variables psicológicas como es la elaboración del duelo.

En numerosas ocasiones este tipo de enfermedades hacen referencia al significado de vida y muerte por parte del personal de salud, de la familia y por supuesto del mismo enfermo. Por tal motivo, se cree conveniente hablar de este ambiente tan particular que envuelve a un paciente terminal y a las condiciones hospitalarias.

3.2.1. SENTIMIENTOS DE LA ENFERMERA ACERCA DE LA MUERTE.

La necesidad de comprenderse a uno mismo para comprender a los demás es un principio fundamental de psicología repetido con gran frecuencia y cuya importancia pocas personas pondrían en tela de juicio (Epstein C., 1975). La muerte inminente se acompaña del temor a lo desconocido y el instinto de aferrarse a la vida, natural en todo ser vivo. de modo que es particularmente significativo que la enfermera y todo el personal de salud comprenda sus propios sentimientos hacia las enfermedades en etapa terminal, la muerte y el duelo que suele acompañar a esta última, a fin de poder satisfacer las necesidades de los pacientes que atiende. Esto es indispensable para su propio desarrollo profesional. Diversas investigaciones han demostrado que la mayoría de las enfermeras saben como brindar cuidados físicos a los pacientes en etapa terminal pero no les ofrecen la atención psicosocial que requieren, a causa de los sentimientos de rechazo de la enfermera hacia la muerte.

Si la enfermera no hace frente a sus sentimientos sobre la vida y la muerte, es dudoso que pueda analizar y considerar las necesidades de los pacientes que están a punto de morir. Por lo tanto, los sentimientos que tenga ella misma desempeñan una función importante en su forma de atender a un paciente con una enfermedad terminal.

Analizar los propios sentimientos y opiniones con otras personas es una de las formas más eficaces de aumentar la introspección y aprender a manejar las emociones con relación a la muerte (Kubler-Ross, E. (1975). Esto puede hacerse en una reunión del equipo de salud o el de enfermería, con amigos o parientes o con un religioso. Además, es común que el paciente mismo ayude a la enfermera a aclarar sus sentimientos acerca del proceso de morir.

3.2.2. ETAPAS DE RESPUESTAS EMOCIONALES ANTE LA MUERTE INMINENTE.

Cada quien reacciona ante el conocimiento de la muerte inminente o la pérdida que acompaña a ésta en forma singular, pero hay similitudes en las respuestas psicosociales ante tal situación. (Viele, C.S., Dodd, M.J. & Morrison, 1984). Se resumen en cinco etapas las cuales ya fueron explicadas en el capítulo II, por lo tanto sólo se mencionarán:

ETAPA DE NEGACION Y AISLAMIENTO

ETAPA DE IRA

ETAPA DE NEGOCIACION

ETAPA DE DEPRESION

ETAPA DE ACEPTACION.

La enfermera puede ayudar al paciente en su tránsito por las cinco etapas de la respuesta a la etapa terminal de la vida de la manera siguiente (Cassam, N., 1978):

. Identificar las necesidades del paciente, no las propias y tratar de satisfacerlas.

. Permitir que el paciente hable y exprese sus emociones con libertad en un medio en que no se le juzga y motivarlo para que lo haga

. Estar disponible para el paciente, en especial por la noche, cuando al parecer muchos pacientes despiertan y están ansiosos por hablar.

. Respetar la conducta del paciente ya que es su mecanismo de defensa. Privarlo de ello cuando va a morir le provoca angustia y dolor psicológico adicionales.

. Hacer una pregunta directa al paciente, si no se tiene la certeza de que desea hablar del tema. Es útil la pregunta "¿Desea hablar acerca de ello?"

. Escuchar al paciente mientras habla y tratar de percibir el fondo de lo que está diciendo.

3.2.3. SATISFACCION DE LAS NECESIDADES PSICOLOGICAS DEL PACIENTE EN ETAPA TERMINAL.

3.2.3.1. Miedo a la fuerza catastrófica de la muerte.

Cuando una persona habla de sus temores relativos a la muerte, es característico que sus respuestas incluyan miedo a lo desconocido, el dolor, la separación, el dejar a los seres amados, la pérdida de la dignidad, los asuntos personales no arreglados, etc. Sin embargo se dice que hay otro temor más abrumador y significativo, con frecuencia reprimido e inconsciente. Este temor se describe como la fuerza destructiva y catastrófica a que se ve sujeta una persona y que no puede cambiar, el individuo no puede hacer nada respecto de ella (Wolcott, D., 1986)

Las personas en etapa terminal comunican este temor a una fuerza destructiva pero lo hacen en gran parte mediante un lenguaje simbólico. El cual incluye quizá el lenguaje no verbal, como expresiones faciales, una forma especial de dar la mano, en el caso de los niños mediante dibujos y la forma en que juegan.

3.2.3.2. El hecho de escuchar.

Se considera que el aprendizaje de los profesionales de la salud sobre la forma de enfrentar la muerte de otras personas y los sentimientos que tengan respecto de la de ellos mismos se amplía en la medida en que escuchen a los moribundos (Hymovich D. 1976). Los moribundos desean hablar sobre su propia muerte y pueden hacerlo, y que también pueden indicar cuándo morirán. Negarles la oportunidad de hablar y no escucharlos ni percibir lo que dicen es dejarlos aislados, solitarios. Con frecuencia el personal de salud tiene que luchar con sus propias necesidades personales cuando atienden a pacientes en etapa terminal. Son ellos y no el paciente, quienes no desean hablar sobre la muerte. Escuchar al enfermo sirve para centrar la atención en las necesidades del paciente y no las de la enfermera u otros trabajadores de la salud.

3.2.3.3. La función de la comunicación.

La comunicación es indispensable para los seres humanos en la búsqueda de su identidad personal dicha necesidad dura toda la vida, incluso hasta el momento de la muerte. La comunicación adecuada con el paciente implica que la enfermera tenga una relación de confianza con el, misma que se analiza en otras partes de la obra. La enfermera, al igual que otras personas, suele tener dificultades para hablar acerca de la muerte con pacientes en etapa terminal y, en muchos casos, por razones de peso. El tema de la muerte ha sido tabú durante mucho tiempo: los trabajadores de la salud han otorgado mayor importancia a la curación y prevención de enfermedades que en la atención de enfermos en etapa terminal, además de que la muerte generalmente es una experiencia de gran contenido emocional para cualquier humano. Por añadidura muchos trabajadores de la salud acostumbran dar al paciente los mejores cuidados físicos posibles, como una forma de huir de sus sentimientos de culpa cuando no pueden brindarles cuidados psicosociales. Es indudable que los cuidados físicos son importantes, pero la enfermera pasa por alto una significativa oportunidad de desempeñar una función terapéutica en la atención de enfermos terminales si no los escucha ni presta atención a los indicios verbales y no verbales que le ayudan a identificar las necesidades reales del paciente.

3.2.3.4. La función del contacto físico.

Una forma especialmente importante de comunicación con los pacientes en etapa terminal es el contacto físico. No siempre es necesario decir algo para expresar apoyo emocional, preocupación e interés. El contacto físico en silencio con frecuencia comunica mucho más que las palabras. También es posible usarlo con eficacia cuando se brinda apoyo emocional a los parientes y amigos del moribundo.

3.2.3.5. Que decir al paciente terminal.

Una cuestión frecuente es la de qué se debe decir al paciente en etapa terminal acerca del pronóstico de su enfermedad. En términos generales, corresponde al médico decidir qué se dirá al paciente y cuándo. El médico suele tomar esta decisión después de analizar el problema con los familiares del paciente y evaluar a este último como individuo. Es factible que la enfermera, trabajadora social, religioso u otros profesionales participen en la toma de esta decisión y en la comunicación del pronóstico al paciente.

Investigaciones han demostrado que la mayoría de los pacientes desean conocer su pronóstico a la brevedad posible

a modo de tener tiempo para asimilarlo (Williams, S.L. 1976). Los pacientes piden que continúe su esperanza, aunque parezcan improbable la curación y la prolongación de la vida ruegan que no se les abandone ni se les deje morir solos.

En general, hoy se considera inapropiado e injusto permitir que el paciente muera sin saber la gravedad de su padecimiento. Al negarle tal conocimiento, también se le priva del tiempo necesario para arreglar asuntos personales, documentos, finanzas, y otras cuestiones de importancia.

Los miembros del equipo de salud que atiende a pacientes moribundos deben trabajar en relación estrecha. Muchos pacientes en etapa terminal hallan gran consuelo y apoyo emocional en su fe religiosa. Es importante ayudarles en la obtención de los servicios de un religioso, según lo indique cada situación.

Existe una carta de Derechos del Paciente en Etapa Terminal elaborada por enfermeras

Tengo el derecho a que se me trate como humano hasta que muera.

Tengo el derecho a conservar la esperanza sin importar qué tan cambiante sea.

Tengo el derecho que me atiendan personas que mantengan la esperanza, sin importar que tan cambiante sea.

Tengo el derecho a expresar mis sentimientos y emociones relativas a mi muerte inminente a mi propia manera

Tengo el derecho a participar en las decisiones relativas a mi atención.

Tengo el derecho a esperar que se me continúe brindando atención de enfermería y médica aunque los objetivos de curación deban cambiarse a los de comodidad.

Tengo el derecho a no morir solo

Tengo el derecho a no sufrir dolor

Tengo el derecho a que se respondan mis preguntas con sinceridad

Tengo el derecho a que no se me engañe

Tengo el derecho a que mis familiares y yo recibamos ayuda en la aceptación de mi muerte.

Tengo el derecho a morir en paz y con dignidad

Tengo el derecho a conservar mi individualidad y que no se juzguen mis decisiones, que podrían ser contrarias a las creencias u opiniones de otros.

Tengo el derecho a hablar sobre mis experiencias religiosas o espirituales, sin importar lo que signifique para otros.

Tengo el derecho a que se respete mi cadáver después de mi muerte.

Tengo el derecho a que me atiendan personas altruistas, sensibles e informadas, que intentarán comprender mis necesidades y se sentirán satisfechas en ayudarme a enfrentar mi muerte.

Esta Carta de Derechos se redactó en el Taller "The Terminally III Patient and the Helping Person", en Lansing Mich., bajo el patrocinio del Southwestern Michigan Inservice Education Council y la dirección de Amelia J. Barbus, profesora adjunta de enfermería de la Wayne State University, Detroit".

3.3. RESUMEN DE PAUTAS PARA LA ATENCION DE PACIENTES TERMINALES.

La atención de pacientes terminales y sus familiares con frecuencia requiere habilidades extraordinarias para satisfacer sus necesidades físicas y psicosociales. A continuación se resumen algunas pautas que se deben tener en mente de todo personal de salud.

. Las autoridades en la metría recalcan la necesidad de que los trabajadores de la salud analicen sus opiniones y sentimientos acerca de la vida, el hecho de morir y la muerte. Asimismo, ponen en tela de juicio que una enfermera

o cualquier trabajador de la salud puede prestar servicios de calidad mientras no efectue tal análisis. El paciente es un gran maestro al respecto y puede ampliar nuestra comprensión si se le escucha. Se plantea una falta de responsabilización en la atención psicosocial, es decir que los trabajadores de la salud generalmente no satisfacen las necesidades psicosociales del enfermo como resultado de inadecuación del trabajo de equipo del personal de salud, carencia de conocimientos sobre la forma de satisfacerlas y por no analizar sus propios sentimientos y desarrollar una filosofía personal sobre la vida y la muerte.

. Es importante mantener la esperanza: sin ésta, el paciente desaliente, y con ella, incluso si se considera improbable la curación, se logra que el enfermo tenga una mejor calidad de vida. Sin embargo, no deben brindarse falsas esperanzas, ya que el paciente casi siempre se da cuenta de que lo son y se siente como víctima, solitario y aislado.

. Dar prioridad absoluta a la calidad de vida de una persona en etapa terminal significa transferir dicha prioridad de la prevención y curación a la atención, o sea a los cuidados encaminados al bienestar psicosocial del paciente. Tales cuidados se enraizan en la compasividad e implican trabajar con el paciente y brindarlos en un ambiente exento de juicios.

. A muchos enfermos terminales no les preocupa la muerte en sí misma tanto como la soledad y el aislamiento. Además temen a una fuerza destructiva sobre la que no tienen control alguno. Con toda probabilidad, lo mejor que puede hacer la enfermera por el paciente es estar con él, dejarlo que hable y escucharlo. Por escuchar se hace referencia a percibir lo que dice realmente el paciente con lenguaje verbal, no verbal y simbólico. Mantener abierta la comunicación y aprovechar ésta en todas sus formas reviste importancia. El carácter primordial del contacto físico ayudará a tal comunicación.

. La mayoría de los pacientes temen al dolor intratable que suele acompañar a las enfermedades incurables, en especial los tumores malignos. Debe aplicarse criterio profesional en la atención de pacientes terminales, de modo que el miedo a la farmacodependencia y a la administración de analgésicos no obstaculicen el tratamiento apropiado del dolor.

. La satisfacción de las necesidades físicas del paciente es una responsabilidad importante de la enfermera en tanto que no ocurra su fallecimiento. Se ha observado que la administración de cuidados físicos adecuados también fomenta el bienestar psicosocial del enfermo. Si bien tales cuidados no reemplazan a los psicosociales, desempeñan una función significativa en el control de los síntomas y mejoran los efectos del tratamiento farmacológico del dolor.

. La atención del paciente terminal incluye brindar apoyo emocional a sus familiares durante el periodo de agonía y después del fallecimiento, éste último por medio de los programas de duelo.

03.4. CONCLUSIONES

Como se puede observar a lo largo de este capítulo las condiciones psicológicas del paciente terminal así como del profesional de la salud y familiares es muy compleja, por lo tanto los conceptos que se manejaron son los que deben prevalecer en cualquier atención hospitalaria. Sin embargo se sabe que este tipo de condiciones son ilusorias e incluso irreales sobre todo aquí en México.

Aunque no se aborda directamente el trato hacia el paciente con SIDA debido a que no existe literatura al respecto, se sabe que este paciente es terminal y las condiciones psicológicas son similares aunque no exactas debido a que el enfermo de SIDA carga con consecuencias psicológicas más graves como lo es el rechazo social, la discriminación, el estigma y demás elementos que ya se han manejado.

Este capítulo tiene por finalidad plasmar las condiciones que deben darse y fomentar el análisis y la reflexión sobre las que realmente se dan en hospitales, asilos y en la sociedad en general.

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1 OBJETIVOS

4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.3 HIPOTESIS DE TRABAJO

4.4 VARIABLES

4.5 POBLACION Y MUESTRA

4.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

4.7 INSTRUMENTO

4.8 SEDE, APROBACION DEL PROYECTO Y PROCEDIMIENTO

4.9 ANALISIS ESTADISTICO.

4.1 OBJETIVOS.

4.1.1 OBJETIVO GENERAL. Detectar si existe actitud negativa por parte del grupo médico y paramédico hacia el paciente con SIDA.

4.1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

A) Comprobar si existe mayor actitud negativa en el cuerpo paramédico que en el médico

B) Corroborar si se presenta con mayor frecuencia en hombres o en mujeres.

4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A raíz del surgimiento de esta enfermedad, se han suscitado investigaciones de tipo médico psicológico y social alrededor del infectado con VIH y el paciente con SIDA.

Así mismo se han desarrollado técnicas para el manejo del paciente llamado counseling (consejeros) que son asesores de tipo psicológico que trabajan directamente con el paciente (James D. 1984). De igual manera se han elaborado guías de seguridad para el cuerpo médico, en las cuales se les da una explicación de los medios de transmisión y contagiosidad del paciente y cuales son los riesgos de contraer la enfermedad. tal es el caso de la publicación llamada Medical answers AIDS de Gay men's health crisis GMHC (1990). Sin embargo no

se han desarrollado investigaciones formales y menos aún en México acerca de las actitudes del cuerpo médico y paramédico hacia el paciente con SIDA.

No hay que olvidar que el enfermo de SIDA pasa gran parte del tiempo y sobre todo en la etapa terminal en un hospital y la atención y asistencia que se le brinde por parte del personal de la institución será fundamental para su estructura psicológica, que si bien, ya está dañada por el simple hecho de saberse infectado por VIH, se deteriorará aún más si recibe un trato inadecuado, que puede estar motivado por los prejuicios, el miedo al contagio o la falta de información sobre las vías de transmisión.

Por todo lo expuesto anteriormente, en esta investigación se desea saber: 1. existen actitudes negativas hacia el paciente con SIDA por parte del cuerpo médico y paramédico? 2. El cuerpo médico presenta con mayor frecuencia dichas actitudes? 3. El cuerpo paramédico presenta con mayor frecuencia actitudes negativas? 4. Dependiendo el sexo es mayor la actitud negativa hacia el enfermo?

4.3 HIPOTESIS DE INVESTIGACION:

Existen actitudes negativas por parte del personal médico y paramédico del Hospital Gea González (Salubridad) hacia el paciente con SIDA.

4.3.1 HIPOTESIS ALTERNA

Existe una diferencia en las actitudes que presentan tanto el grupo médico como paramédico del Hospital Gea González hacia el paciente con SIDA.

4.3.2 HIPOTESIS NULA

No existe una diferencia en las actitudes que presentan tanto el grupo médico como el paramédico del Hospital Gea González.

4.4 VARIABLES.

La variable a estudiar es la actitud negativa del grupo médico y paramédico. Las actitudes son definidas como aquellas que se refieren a los sentimientos acerca de objetos sociales particulares, es decir, objetos, tipos de personas, personas en particular, instituciones sociales, políticas gubernamentales y otras. (Nunnally, 1987).

Otra forma de definir la actitud es considerarla como una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse hacia un objeto de referencia o cognoscitivo. Es

una estructura permanente de creencias que predispone al individuo a comportarse de manera selectiva hacia las referencias de actitudes. El referente es una categoría, clase o conjunto de fenómenos: objetos físicos, eventos, comportamientos o incluso constructos (Thurstone, L. (1929).

En este caso es un sentimiento acerca de un fenómeno social como lo es la enfermedad del SIDA y hacia las personas que lo padecer. La forma de enfrentarlo puede ser positiva o negativa, y estas guiarán sus acciones.

Sin embargo, para medir la frecuencia de actitudes positivas o negativas, es necesario apoyarse en una serie de actitudes que en su conjunto determinan una actitud positiva o negativa. Por lo tanto, aquellos elementos a los que se hacen referencia comprenden los 10 reactivos del instrumento, mismos que miden:

NO. 1 TEMOR DE CONTAGIARSE POR EL CONTACTO FISICO

NO. 2 PROMOVER EL AISLAMIENTO EN EL PACIENTE CON SIDA PARA EVITAR EL CONTAGIO.

NO. 3 DISCRIMINACION SOCIAL HACIA EL ENFERMO DE SIDA

NO. 4 PREJUICIO DE QUE EL SIDA ES ENFERMEDAD DE HOMOSEXUALES

NO. 5 PREJUICIO DE QUE EL BRINDAR ASISTENCIA PSICOLOGICA A UN ENFERMO CON SIDA ES TIRAR DINERO A LA BASURA, YA QUE DE CUALQUIER MANERA MORIRAN.

- NO. 6 RECHAZO AFECTIVO HACIA EL SUJETO INFECTADO.
- NO. 7 PROHIBICION DE LA VIDA SEXUAL EN EL ENFERMO DE SIDA.
- NO. 8 TEMOR AL CONTAGIO POR EL USO DE SANITARIOS.
- NO. 9 EVITACION DEL CONTACTO AFECTIVO CON PACIENTES CON SIDA
- NO. 10 EVITACION DEL CONTACTO COTIDIANO CON EL PACIENTE CON SIDA.

Estos 10 reactivos se agrupan para dar lugar a las tres variables fundamentales de esta investigación:

TEMOR AL CONTAGIO. Esta variable está representada por los reactivos 1, 2 y 8.

PRIVACION DE CONTACTO AFECTIVO. Esta variable se encuentra en los reactivos 3, 6, 7, 9 y 10.

PREJUICIOS. Esta variable se encuentra en los reactivos 4 y 5.

4.5 POBLACION Y MUESTRA

4.5.1 POBLACION.

El universo de estudio está comprendido por los internos de pregrado, Residentes I, II y III de pediatría, medicina interna, cirugía General, Gineco-obstetricia, oftalmología, ortopedia, otorrinolaringología, endoscopia, cirugía plástica, dermatología (RI y RII), Estomatología, Genética, Foniatría, Patología, Anestesia, Ortodoncia, Médicos

Adscritos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Intendencia, dietolgas, auxiliares de dietología, trabajadoras sociales, Químicos, Técnicos de Rayos X, Médicos de Rayos X, Técnicos de laboratorio, Rehabilitación, Enfermeras, Auxiliares de enfermería, comunicación social y auxiliares de comunicación social del Hospital Gea González (Salubridad).

4.5.2 MUESTRA

La muestra que abarca los dos grupos consta de 260 sujetos, los cuales participaron de manera voluntaria. No se eligieron al azar debido a sus ocupaciones. Se incluyó al turno matutino y vespertino, por lo tanto no es correcto denominarla muestra, ya que se trata de un estudio de caso.

Debido a que fueron contestados de manera incompleta algunos cuestionarios, finalmente, el grupo analizado fué de 193 sujetos.

4.5.2.1 CRITERIOS DE SELECCION

A) INCLUSION. Se incluyeron a médicos y paramédicos del Hospital Gea González, mismos que desearon participar de manera voluntaria en el estudio.

B) EXCLUSION. Se excluyeron aquellos médicos y paramédicos que no desearon participar en la investigación.

C) ELIMINACION. Se eliminaron aquellos cuestionarios que fueron contestados de forma incompleta.

4.6 DISEÑO DE INVESTIGACION.

La presente investigación es un estudio de caso ya que como se mencionó anteriormente el grupo de sujetos analizados no fueron elegidos al azar por condiciones de trabajo del Hospital Gea González.

Se pretende mediante este análisis describir la actitud del cuerpo médico y paramédico y plasmar una posible diferencia entre estos dos subgrupos.

La captura de la información se llevara a cabo mediante computadora con el sistema SYSTAT, el cual proporcionará los valores estadísticos antes mencionados.

Se tendrán dos grupos: El grupo médico que comprende a los internos de pregrado, médicos que están realizando su especialización (residentes), médicos adscritos y jefes de area.

El otro grupo está comprendido por el cuerpo paramédico que incluye a enfermeras, técnicos de laboratorio, intendencia,

distología, químicos, comunicación social y trabajadoras sociales.

4.7 INSTRUMENTO

Se elaboró un cuestionario de 30 preguntas, las cuales fueron evaluadas por 3 jueces, los cuales laboran en Hospitales tanto particulares como de gobierno. Por lo tanto, estos 3 jueces tienen la experiencia y capacidad de visualizar y elegir los reactivos más propicios para cumplir el propósito de este estudio.

Este proceso dió por resultado un total de 10 reactivos.

El método por jueces consiste en lo siguiente:

Los 30 reactivos se proporcionaron a 3 jueces expertos en medición de actitudes y conocedores de la situación Hospitalaria. Las preguntas que fueron elegidas por unanimidad constituyeron el cuestionario.

Dichos reactivos ya han sido explicados en el apartado 4.4 de las variables. Dichas variables indican si existen actitudes negativas o no del grupo médico en general y si existe alguna diferencia entre médicos y paramédicos del Hospital Geo González, datos que ayudarán a cumplir los objetivos ya antes descritos.

Los reactivos son denominados de acuerdo y desacuerdo son los que conforman dicho cuestionario y son clasificados en la estadística como de alternativa fija ya que las respuestas solo pueden ser si o no (Kellinger, 1988). Con este tipo de reactivos puede lograrse mayor uniformidad de estímulo y por lo tanto, mayor confiabilidad.

El cuestionario fué anónimo por lo cual se fomenta la honestidad y la franqueza.

El cuestionario mide un conjunto de actitudes que agrupadas forman tres variables importantes: TEMOR AL CONTAGIO, PRIVACION DE CONTACTO AFECTIVO Y PREJUICIOS. Dichas variables en su totalidad reflejan la falta de información o en su defecto información deformada del fenómeno.

A su vez, dichas variables son indicadores de actitudes negativas. En todos los reactivos a excepción de los reactivos 3 y 4 la respuesta SI, indica que la actitud es la indicada o positiva y la respuesta NO, demuestra que la actitud no es la propicia o es negativa. En los reactivos 3 y 4 el caso es inverso.

La escala de actitud que se considera en la presente investigación es la escala de clasificación sumadas (o de Likert), para explicar mejor, las actitudes que conforman el cuestionario son consideradas de aproximadamente igual

"valor de actitudZ y a cada una de las cuales los sujetos responden en acuerdo o desacuerdo (intensidad). Los puntajes de los reactivos de la escala son sumados y proporcionan un puntaje.

Las respuestas SI se les asigno un valor de 1 punto y en las respuestas negativas un valor de cero. el caso fue inverso solo en las preguntas 3 y 4.

Se entiende con esto que si el puntaje total se aproxima al 10 la tendencia es positiva y si se aproxima al 0 la tendencia es negativa. en los casos de que el puntaje se encuentre a la mitad, indica que existen actitudes positivas pero que se encuentran contrarrestadas por otras negativas que pueden ser originadas por falta de información o prejuicios.

El cuestionario resultante está incluido en el Apéndice B.

4.8 SEDE, APROBACION DEL PROYECTO Y PROCEDIMIENTO.

La Sede donde se realizó la investigación es el Hospital Gea González de Salubridad, ubicado en la Calzada de Tlalpan en la Ciudad de México. Para tener acceso a la población se le expuso las características del estudio a la Jefa del Area de Medicina Interna: La Dra. Guadalupe Fabian, ella accedió a

la realización del proyecto. Inmediatamente fue presentada con el Dr. Alfredo Vick, el cual proporciono los lineamientos del protocolo que se debían cubrir para que la comisión del hospital aceptara la investigación.

Posteriormente se procedió a elaborar el protocolo (Apéndice A), mismo que fue aprobado el 20 de octubre de 1992.

El cuestionario fué aplicado de manera individual por el investigador principal con la siguiente instrucción: Sería tan amable de responder a este cuestionario para una investigación?. Si el sujeto accedía a contestar el cuestionario, se le proporcionaba el mismo y pluma.

El tiempo de reacción no llevaba más de 5 minutos por persona.

El cuestionario contiene elementos bioestadísticos como sexo, edad, y nivel socio-económico.

Las variables están comprendidas en cada reactivo del cuestionario, mismo que engloba la actitud del cuerpo médico y paramédico.

Las opciones a contestar son SI o NO, las respuestas SI son aquellas que se consideran actitudes positivas hacia el

paciente con SIDA y las respuestas NO indican lo contrario a excepción del reactivo 3 y 4 en que la respuesta SI indica una actitud negativa y el NO indica lo contrario. El total de respuestas SI contra las respuestas NO son las que se van a contabilizar en cada reactivo y en cada grupo (Médico y Paramédico) obteniendo así gráficas y tablas.

4.9 ANALISIS ESTADISTICO.

El método estadístico que se utilizó para evaluar los resultados es como ya se mencionó anteriormente el descriptivo e inferencial. se obtuvo el valor de la media, que como ya se sabe es una medida de tendencia central. Este valor se obtuvo con el objeto de describir "como son" en promedio varios conjuntos de medidas y en este caso particular para probar la relación de las variables que se estudiaron. Es decir, al comperar las diferencias entre las medias, se obtiene la correlación entre la variable dependiente e independiente. También se obtuvo el valor mínimo, valor máximo y desviación standard. Asimismo, se elaboró la prueba de hipótesis para dos muestras independientes, con la finalidad de corroborar que nuestra hipótesis fuera la correcta.

La presentación de los resultados se llevará a cabo mediante el uso de tablas y gráficas que muestren la prevalencia de actitudes negativas tanto en el grupo médico como en el paramédico y de acuerdo al sexo.

De esta manera se tendrá un panorama más específico sobre el grupo que presenta con mayor frecuencia actitudes negativas hacia el enfermo con SIDA.

CAPITULO V

RESULTADOS .

Los resultados obtenidos se han dado en tres submuestras o subgrupos: 1) según el sexo 2) según el tipo de personal y 3) según el nivel socio-económico.

La siguiente tabla ilustra los datos obtenidos en los 193 sujetos del Hospital Gea González.

En dicha tabla se puede apreciar que existen cinco columnas: la primera agrupa a hombres o mujeres. la siguiente registra las edades de los sujetos. posteriormente la otra columna agrupa a personal médico y paramédico. la cuarta columna registra el nivel socio-económico en alto, medio y bajo y por último. la quinta columna registra el puntaje obtenido en cada cuestionario.

SEXO	EDAD	PERSONAL	NIVEL SOCIO-ECONOMICO	PUNTAJE
M	27	P	B	1
F	29	P	B	1
M	34	P	B	1
M	34	P	B	1
M	40	P	B	1
M	41	P	B	1
M	44	P	B	1
M	40	M	B	1
M	29	M	B	1
F	27	P	B	1
F	25	P	B	1
F	42	P	B	1
F	34	P	B	1
F	47	P	B	1
F	20	P	B	1
F	27	P	B	1
F	34	P	B	1
F	31	M	B	1
M	26	M	B	1
M	25	M	B	1
M	26	M	B	1
M	35	M	B	1
M	35	M	B	1
M	37	M	B	1
M	49	M	B	1
M	35	M	B	1
M	37	M	B	1
M	34	M	B	1
M	20	M	B	1
M	17	M	B	1
M	34	M	B	1
M	39	M	B	1
M	27	M	B	1
M	37	M	B	1
M	29	M	B	1

NOTA:

EL SIGNIFICADO DE LA COLUMNA "SEXO" ES:

M = MASCULINO ; F = FEMENINO

EL SIGNIFICADO DE LA COLUMNA "PERSONAL" ES:

M = PERSONAL MEDICO ; P = PERSONAL PARAMEDICO

EL SIGNIFICADO DE LA COLUMNA "NIVEL SOCIO-ECONOMICO" ES:

A = ALTO ; B = BAJO / M = MEDIO.

En el primer subgrupo de hombres y mujeres se obtuvieron los siguientes datos:

MUJERES: 96 SUJETOS

CONCEPTO	EDAD	PUNTAJE
VALOR MINIMO	18	1
VALOR MAXIMO	50	10
MEDIA	29.0083	6.115
DESVIACION STANDARD	8.438	2.025

HOMBRES: 97 SUJETOS

CONCEPTO	EDAD	PUNTAJE
VALOR MINIMO	19	1
VALOR MAXIMO	55	10
MEDIA	28.670	6.134
DESVIACION STANDARD	5.859	2.105

En base a los resultados anteriores se infiere que existe una ligera diferencia en actitud entre hombres y mujeres con respecto al paciente con SIDA. Sin embargo, en ambos grupos se presume una actitud con ligera tendencia a ser positiva pero siguen existiendo prejuicios, discriminación, etc.

Los datos obtenidos de la submuestra del personal médico y paramédico se tienen los siguientes resultados:

PERSONAL MEDICO: 107 sujetos

CONCEPTO	EDAD	PUNTAJE
VALOR MINIMO	19	1
VALOR MAXIMO	43	10
MEDIA	27.075	6.434
DESVIACION STANDARD	4.471	1.882

PERSONAL PARAMEDICO: 86 SUJETOS

CONCEPTO	EDAD	PUNTAJE
VALOR MINIMO	18	1
VALOR MAXIMO	55	10
MEDIANA	31.082	5.741
DESVIACION STANDARD	9.246	2.232

Esta es la tabla de mayor importancia ya que constituye la hipótesis de trabajo de la presente investigación y como se puede observar existe una media mayor en el cuerpo médico, lo cual indica que éste último tiene una actitud con tendencia a ser positiva, y esto es producto de su nivel de información el cual provoca menos prejuicios y menos discriminación hacia el paciente con SIDA.

Sobre estos datos se elaboro la prueba de hipótesis acerca de una diferencia entre las muestras fué elegido este método porque nuestra hipótesis se relaciona con la comparación de dos poblaciones. Por lo tanto el interés es sobre la diferencia entre medias de población, entre proporciones de población o entre variancias de población.

Como se recordara, la hipótesis nula formula que no hay diferencia entre la muestra de personal médico y paramédico. En base a este proceso estadístico dicha hipótesis se aceptará o se rechazará. Esta prueba estipula que si nuestro valor de Z es mayor a 2.33 se rechaza la hipótesis nula.

$$\sigma_{\Delta \bar{x}} = \sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}$$

$$\sigma_{\Delta \bar{x}} = \sqrt{\frac{(4.471)^2}{107} + \frac{(9.246)^2}{86}} = \sqrt{0.994 + 0.186}$$

$$\sigma_{\Delta \bar{x}} = 1.086$$

$$Z = \frac{\bar{x}_2 - \bar{x}_1}{\Delta \bar{x}} = \frac{31.082 - 27.075}{1.086} = 3.689$$

$$Z = 3.689 \quad Z > 2.33$$

Después de haber elaborado el proceso estadístico se obtuvo un valor de 3.689 que es mayor a 2.33, lo cual nos indica que la hipótesis nula se rechaza y se acepta la hipótesis alterna que menciona que sí existe una diferencia de actitudes entre el cuerpo médico y el cuerpo paramédico.

Como datos adicionales se obtuvieron las medias del nivel socioeconómico:

NIVEL ALTO: 7 SUJETOS

MEDIA OBTENIDA= 7.857

NIVEL MEDIO: 22 SUJETOS

MEDIA OBTENIDA= 6.727

NIVEL BAJO: 164 SUJETOS

MEDIA OBTENIDA= 5.97

Es importante tomar en consideración estos últimos resultados ya que revelan que el nivel socioeconómico alto

que es el que tiene mayor preparación tiene una actitud mas positiva que el nivel medio y bajo. Estos dos últimos subgrupos, el medio y el bajo están menos informados y tienen mayores actitudes negativas.

Con estos datos se da fin a este capítulo el cual reveló los datos obtenidos en la población y mediante el cuestionario.

También se demostro la aceptación de la hipótesis de investigación, sin embargo para plasmar la información de una forma visual, a continuación se exponen gráficas de pastel que reflejan la distribución de la población por sexo, personal y nivel socioeconómico, asimismo se anexan gráficas de barras tomando en consideración la media aritmética.

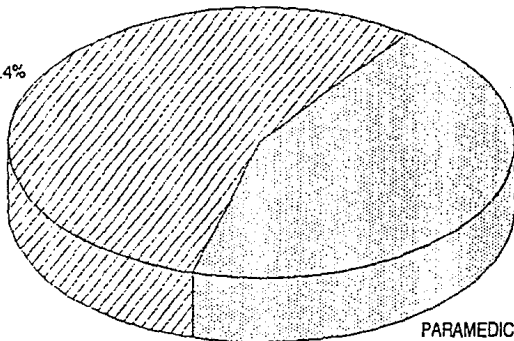
En el siguiente capítulo se trabajaran con estos resultados para explicar las conclusiones.

DESCRIPCION EN SECO

DISTRIBUCION POR PERSONAL

193 SUJETOS

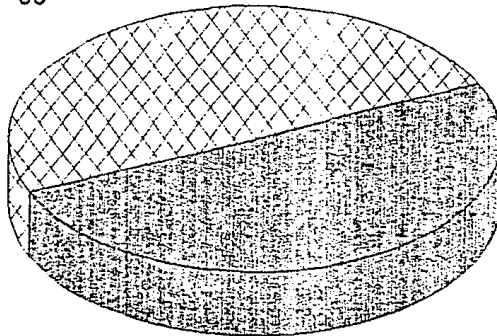
MEDICOS 107 55.4%



PARAMEDICOS 86 44.6%

DISTRIBUCION POR SEXO
193 SUJETOS

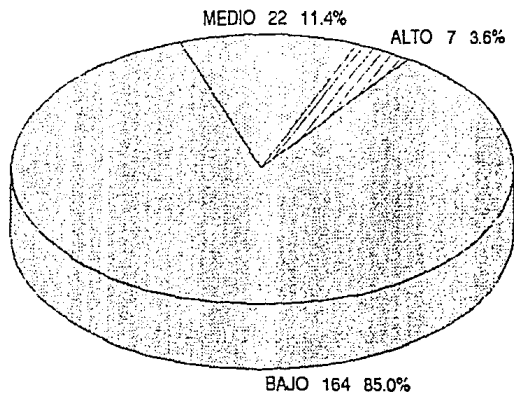
MUJERES 96
49.7%



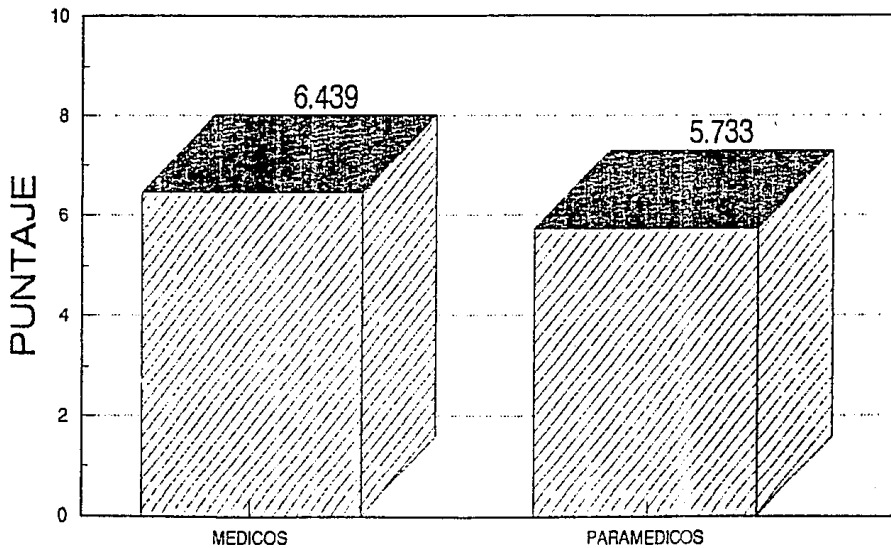
HOMBRES 97
50.3%

NIVEL SOCIO-ECONOMICO

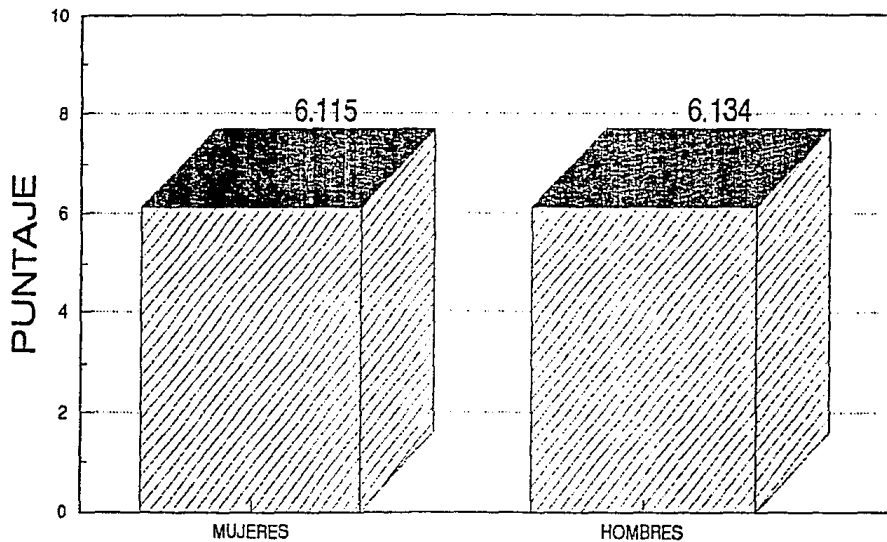
193 SUJETOS



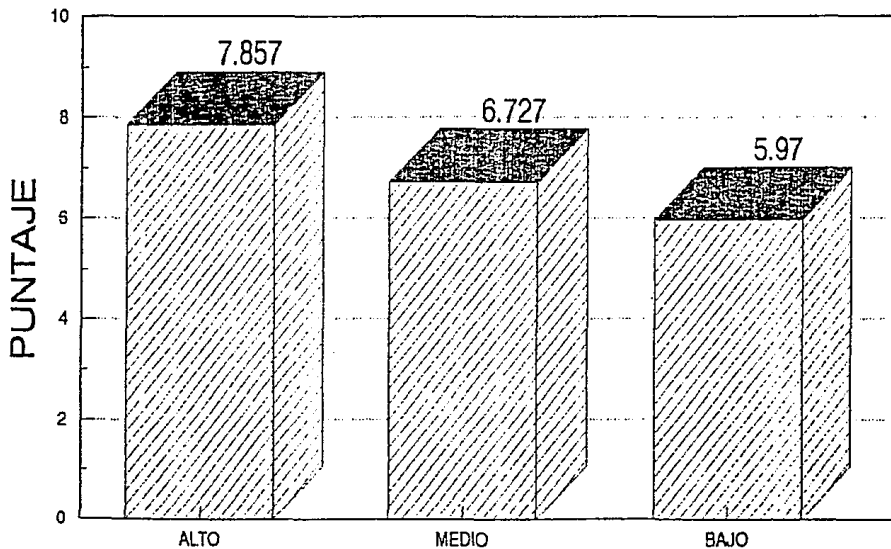
ESCALA MEDIA POR PERSONAL



ESCALA MEDIA POR SEXO



ESCALA MEDIA POR NIVEL SOCIO-ECONOMICO



CAPITULO VI.

CONCLUSIONES.

En este capítulo se da cierre a este trabajo de investigación, se relacionaran los datos obtenidos (mismos que pueden ser observados en el capítulo IV en forma de gráficas o tablas) con el fenómeno social que se estudió.

En este caso, el fenómeno social es la actitud del cuerpo médico y paramédico hacia el paciente con SIDA. Nuestra hipótesis de investigación y la hipótesis alterna se corroboraron en el proceso estadístico elaborado en el capítulo anterior.

Por lo tanto, se puede inferir que el cuerpo médico presenta con menos frecuencia actitudes negativas hacia el paciente con SIDA debido a su nivel de preparación, que le permite tener mayor acceso a la información de manera más certera y científica. Esto influye en sus respuestas y en que promuevan la discriminación o los prejuicios, pero por otro lado, el cuerpo paramédico presenta con mayor frecuencia actitudes negativas y esto se debe a que ellos tienen una información que está contaminada por los prejuicios y rumores. Esto provoca mayor desconocimiento sobre las vías de transmisión y contagiosidad de la enfermedad y por lo tanto mayor miedo a contraer la enfermedad. Tal es la razón

por la cual las enfermeras o dietistas no introducen las charolas de comida a las salas de pacientes con SIDA y se limitan a dejarlas en el pasillo. (conflicto que se presenta en el Hospital Gea González).

Sin embargo los resultados no fueron tan alarmantes, y esto se debe posiblemente a que desde hace aproximadamente un año, el Dr. Alfredo Vick imparte una especie de conferencias al personal del Hospital respecto al SIDA.

En cuanto a la prevalencia según el sexo, se puede observar que no existe una diferencia significativa en la actitud hacia el paciente con SIDA entre hombres y mujeres, es decir, se comportan de manera homogénea.

En el nivel socio-económico se rescatan datos más significativos que hacen inferir que el nivel socio-económico alto es el que tiene con menor frecuencia actitudes negativas y esto se debe de nueva cuenta a que existe un nivel mayor de preparación. Incluso este personal tiene otro grado Jerárquico y asiste a conferencias, simposiums, eventos internacionales, etc.

Sin embargo, la clase media y aún más, la clase baja presentan con mayor frecuencia actitudes negativas.

Esto nos permite concluir lo importante que es la EDUCACION no sólo a nivel Hospital sino a nivel mundial sobre las personas, esto con el objeto de que tengan un mayor conocimiento sobre la enfermedad.

Esta educación proporcionaría a su vez una mejor calidad de vida para el enfermo con SIDA. Ya que se le brindaría una mejor atención y un contacto humano y afectivo en todos sitios y bajo cualquier circunstancia.

Como se vió en el capítulo II. el enfermo de SIDA pasa por muchos ajustes psicológicos que en su mayoría, si no es en que su totalidad, son dolorosos y no existe mejor solución para aliviar ese dolor que el Amor, la Comprensión y el trato humano y cercano con esas personas (no importa cómo se contagiaron), las cuales están necesitadas en todos los aspectos y que sólo piden ser tratadas como lo que son: SERES HUMANOS.

Se espera que osté trabajo deje una semillita en cada uno de los lectores, misma que genere a su vez mayores investigaciones y un cambio en la actitud hacia las personas que padecen SIDA.

**APENDICE A
PROTOCOLO ENTREGADO AL
HOSPITAL GEA GONZALEZ**

PROTOCOLO

TITULO

LA ACTITUD DEL CUERPO MEDICO Y PARAMEDICO HACIA EL PACIENTE CON SIDA.

INVESTIGADORES:

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Dra. Guadalupe Fabien
INVESTIGADOR PRINCIPAL: Eloisa del Carmen Molina Arceo
INVESTIGADORES ASOCIADOS: Dr. Rodolfo Vick
Prof. Dinko Alfredo Trujillo.

SEDE: Dpto. de Medicina Interna del Hospital General Dr. Manuel Gea González y Escuela de Psicología, Universidad Franco-Mexicana.

ANTECEDENTES:

El primer reporte de lo que se conoce por SIDA (SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA), apareció en 1981 en el reporte semanal de morbilidad y mortalidad (Frænspan, D. 1987).

Cinco hombres jóvenes homosexuales previamente sanos, fueron atacados de una neumonía Pneumocística Cariniin confirmada por medio de biopsia en la Ciudad de Los Angeles, entre octubre de 1980 y Mayo de 1981. Unas pocas semanas más tarde, la misma revista publicó otro reporte proveniente de la misma agencia - Centro para el control de enfermedades - sobre un aumento en el número de Sarcomas de Kaposi en hombres jóvenes en la ciudad de Nueva York y California. Para el 3 de Julio de 1981, habían sido reportados 26 casos de Sarcoma de Kaposi, todos en hombres homosexuales. Siete de estos pacientes también tenían neumonía Pneumocística Cariniin.

El Sarcoma de Kaposi había sido previamente conocido como una enfermedad rara, que afectaba a hombres mayores, en su mayor parte de origen Mediterraneo y Judío, en forma endémica en África, y como una lesión encontrada en individuos inmunodeprimidos debido a transplante de riñón. La neumonía Pneumocística Cariniin había sido vista como infección oportunista en aquellos con inmunodeficiencia infantil primaria o inmunodeficiencia secundaria, por ejemplo quimioterapia para cáncer y leucemia.

Estas contribuciones desde 1981 son las primeras documentaciones directas y escritas, de una epidemia de persecución mundial. Sin embargo, los casos de SIDA antes de 1981 han sido identificados en retrospectiva. De este modo, una mujer Danesa que había trabajado como cirujano en Zaire desde 1972 presentó en su regreso a Dinamarca (1977) una enfermedad indeterminada característica por presentar diarrea crónica y linfadenopatía. Dos hospitales crecieron un diagnóstico de infección pulmonar. Falleció unos cuantos meses después. Hoy día, los médicos de los hospitales que la trataron están convencidos de que ella tenía SIDA, ya que su enfermedad pulmonar fué producida por Pneumocistis Cariniin. (Abalk, A. 1990).

Poco tiempo después de la identificación del SIDA, se reportó un número mayor de casos entre los Haitianos, indicando a Haití como la posible fuente de la enfermedad. Más tarde se sugirió que los haitianos que trabajaron en África contrajeron la enfermedad allí, y posteriormente que los hombres homosexuales de Nueva York que iban a Haití para entretenerse quizás se infectaron y llevaron la enfermedad a Estados Unidos.

En 1982 los centros para el control de la enfermedad en Atlanta sugirieron una definición para el SIDA con el propósito de su estudio.

Esto llevó a clarificar los conceptos del SIDA, y se aplicó un sistema de modificación que fuera más uniforme.

En julio de 1982, se reportaron los primeros casos de SIDA en hemofílicos, en el mismo año, se reconoció el primer caso asociado a transfusión sanguínea. (Pierce, G. 1989).

A pesar de que la mayoría de los casos de SIDA han sido en hombres homosexuales, a comienzos del año 1983 se implicó la transmisión heterosexual. Una mujer con SIDA fue compañera sexual regular de un drogadicto intravenoso. Otra mujer con linfadenopatía persistente fue la compañera sexual. Parece ser que el contacto heterosexual es la causa más frecuente del SIDA en África, en comparación con Estados Unidos y Europa y que la relación hombre mujer es más baja en África.

Hasta finales de la década de 1970 se encontró que los miembros de la familia retrovirus también infectan al hombre. Hasta el aislamiento subsecuente del retrovirus del SIDA, que fue denominado entonces virus II linfotrópico de células T humanas (HTLV-III) por los estadounidenses y virus relacionado con linfadenopatía (LAV) por los franceses (y hoy en día se conocen universalmente como virus de la inmunodeficiencia humana, HIV), sólo se conocían dos retrovirus humanos. (Miller D. 1989).

El primero el virus de la leucemia de las células humanas (HTLV-I) causa leucemia y es transmitido de madres a niños en el útero, entre adultos por el coito y por transfusiones sanguíneas. El segundo miembro en esta familia humana extraña es HTLV-II, que al parecer se transmite en la misma forma que el HTLV-I, pero hasta la fecha no se ha comprobado que cause en realidad una afección. En Mayo de 1983, se aisló un retrovirus T-Linfotrópico, por un investigador Francés a partir de un paciente con Linfadenopatía; este virus fue llamado virus Linfotrópico de células T humanas tipo III (HTLV-III). En mayo de 1986 el Subcomité Internacional del Comité Internacional de Toxicomanía de los virus propuso que los retrovirus del SIDA fueran designados oficialmente como los virus de la Inmunodeficiencia humana, y se conociera en forma abreviada como HIV.

El aislamiento del virus y la producción comercial de pruebas para la determinación de presencia de anticuerpos para el HIV han hecho posible un amplio monitoreo, el interés principal se ha enfocado en los hombres homosexuales, aunque hoy en día se tiene presente que no

existen poblaciones de alto riesgo, sino actitudes de alto riesgo (Miller, 1989).

En los pasados dos años se ha hecho obvio que el problema del SIDA es muy serio en varios países Africanos. Estudio Suero-Epidemiológicos tomados en Zaire, Rwanda, Uganda y Zambia han mostrado una alta suero-prevalencia en la población general, cuyos rangos van del 2% al 12%. En México hablar de porcentajes es muy arriesgado ya que cambian a velocidad desorbitada, estos sin tomar en cuenta la población que esta infectada pero que lo ignora.

MECANISMOS DE TRANSMISION.

Corren rumores de que un virus anda suelto y que se pasa aquí y allá contagiando a cuanta persona encuentra en su camino. Tal aseveración como muchas otras que se han generado en torno al virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH o HIV), mejor conocido como agente causal del SIDA, son mitos que debemos combatir (Gallo, R. 1986).

Las únicas formas de transmisión conocidas, según su frecuencia son:

1.- VIA SEXUAL. CUANDO EXISTE INTERCAMBIO DE LIQUIDOS CORPORALES PRINCIPALMENTE DE SEMEN, SECRECIONES VAGINALES Y SANGRE, ENTRE UNA PERSONA AFECTADA Y OTRA SANA, YA SEA EN RELACIONES HOMOSEXUALES, MAS AUN SI ESTAS SON CON PAREJAS MULTIPLES Y FRECUENTES.

2.- TRANSFUSION SANGUINEA. DE UN DONADOR DE SANGRE INFECTADO POR VIH A UN INDIVIDUO SANO. TAMBIEN POR EL USO DE AGUJAS CONTAMINADAS NO ESTERILIZADAS, QUE CONTENGAN EL VIRUS.

3.- PERINATAL. UNA MADRE CON VIH PUEDE CONTAGIAR A SU HIJO DURANTE EL EMBARAZO, AL MOMENTO DEL PARTO O DURANTE EL PERIODO DE AMAMANTAMIENTO A TRAVES DE LA SECHE.

4.- TRANSPORTE O INJERTO DE ORGANOS O TEJIDOS INFECTADOS.

SU IMPACTO SOCIAL Y DEMOGRAFICO.

Las repercusiones del SIDA en la fuerza del trabajo en México son aún muy débiles, pues ésta se integra por una cifra superior a los 40 millones de individuos (Everett, K., 1987). También se consideró que el efecto no se observa precisamente en la fuerza productiva, al menos no de manera directa, pues ésta no ha disminuido por tal motivo. Es evidente que el mayor número de enfermos por esta causa se encuentra entre las ocupaciones típicas de los sectores medios; pero la epidemia tiende a incrementarse entre los sectores más pobres, porque además es allí donde suelen concentrarse todas las calamidades.

MARCO TEORICO.

En la actualidad se han llevado a cabo numerosas investigaciones de tipo médico y otras acerca de los aspectos psicológicos implicados en el paciente con SIDA y los estas investigaciones las que estarán en este apartado debido a que no existen investigaciones formales acerca de

la actitud del grupo médico o paramédico ante el paciente con SIDA.

Uno de los principales aspectos psicológicos en los pacientes con SIDA es la discriminación de la cual son objeto ya que esta enfermedad es muy estigmatizante. Hay antecedentes de enfermeras que rechazan cambiar cómodos, alimentar, bañar o incluso platicar con alguien de su sala que padece SIDA (Richardson, 1990). En algunos casos, las personas han sido rechazadas de su casa o han perdido el trabajo una vez que se supo que estaban infectadas con HIV o padecían SIDA. Las compañías de seguros no desean proporcionarles seguros de vida. Hay informes de personas abandonadas por sus amistades, familiares y amantes; de niños excluidos de colegios y de médicos que rechazan proporcionar cuidados médicos.

No es necesario que el personal del hospital utilice guantes, mascarilla, gorro o bata solo por entrar en la habitación de pacientes con SIDA, excepto en casos muy especiales para evitar el contagio hacia el paciente (debido a sus defensas tan bajas). Aparte de no ser necesario por lo general, ello puede alterar al paciente y a los visitantes.

Cualquiera que sea la forma en que se lleve a cabo, la discriminación por el SIDA será molesta para quienes padecen una enfermedad relacionada con HIV o son positivas a anticuerpo. Algunas pueden responder con enojo. Otras aterrorizadas por haberlo descubierto, quizá tengan gran ansiedad y aislamiento.

AISLAMIENTO.

Es otro elemento que entra en juego en el enfermo. Estos son aislados socialmente. Puede deberse a la forma en que las personas mal informadas sobre el SIDA y cómo se disemina reaccionan contra los pacientes: con temor y evitación. Para muchos, esta respuesta genera un sentimiento de ser "sucio" o "impuro" y quizá elijan no comentar su diagnóstico con otros por temor a la forma en que reaccionarán. (Engell, C. 1990).

Si bien algunas personas decidirán ser muy abiertas sobre su diagnóstico, otras preferirán que solo lo sepan pocos.

Hay otras razones - aparte del temor de que sus amistades la aislen - por las que un sujeto que es positivo a anticuerpo o padece SIDA pueda aislarse socialmente. Es posible que tenga temores irracionales sobre la posibilidad de infectar a otros. También puede preocuparse por el riesgo que otros implican para el sujeto, en término de adquirir enfermedades. Su vida sexual también se afectará por los efectos físicos de su diagnóstico. Los enfermos con SIDA u otras enfermedades relacionadas con HIV pueden estar muy enfermas, o fatigarse con gran facilidad, para poder socializar con frecuencia.

Otra razón por la que es posible que los sujetos con SIDA no se mezclen socialmente es porque se sienten muy trastornados o apenados por su aspecto físico. Aparte de perder peso, una persona con SIDA puede tener lesiones deformantes en la cara y otras partes del cuerpo. El efecto de tener lesiones visibles en el caso de una enfermedad socialmente

estigmatizante, no debe subestimarse. Puede utilizarse quimioterapia y radioterapia para tratarlos del Sarcoma de Kaposi, ya que de otra forma permitirían descubrir que una persona tiene SIDA. Desafortunadamente, quienes se someten a quimioterapia también pueden perder el cabello.

El impacto en la autoestimación de una persona por sentirse sin atractivo variará con el individuo. Aunque se tiene mayor frecuencia en mujeres que en hombres, debido a la importancia que se le da al aspecto físico.

Cualesquiera que sean las razones para el aislamiento social, es importante que los individuos con HIV o SIDA tengan alguien con quien hablar. La plática puede ser la forma de afrontar el estrés del diagnóstico.

ANSIEDAD.

La mayoría de las personas sienten un choque y desorientación cuando descubren que padecen SIDA o están infectadas con el virus que lo causa. Quizá rechacen el diagnóstico y se enojen. De manera alternativa, es posible que reacciones culpándose y se sientan deprimidas. Casi todas se sienten con ansiedad y asustadas. (Lugo, E., 1990)

La ansiedad en este contexto es muy probable que sea mucho más intensa y dure más.

DEPRESION.

La mayoría de las personas se deprimen cuando saben que tienen SIDA o son positivas a anticuerpo. El SIDA les hace sentir que ya no tienen ningún control sobre su vida. Esta sensación de desesperanza se exagera por el hecho de que el SIDA no sólo es incurable, también tiende a seguir una evolución impredecible. (Minello, N. 1990).

Sintiéndose atrapados e incapaces de hacer algo para cambiar esta situación, es posible que algunas personas se tornen abatidas y pierdan interés en la vida. Las actividades que con anterioridad encontraban interesantes y agradables comienzan a constituirse en una molestia y es posible que empiecen a dejar de salir o hacer cosas que antes disfrutaban. Puede haber otras razones, además de sentirse desvalidas, por las que se deprime alguien que padece SIDA. Es una enfermedad físicamente debilitante y deformante. Por esto se aislan y el aislamiento social es otra fuente de depresión.

Considerando la naturaleza de la enfermedad y las dificultades sociales y económicas que con frecuencia afrontan las personas con SIDA o infección HIV, también puede haber pensamientos suicidas.

Algunos investigadores piensan que las técnicas de relajación y meditación pueden ayudar a superar el sentimiento de falta de esperanza que con frecuencia indica una declinación física rápida en muchas personas en quienes se diagnostica una enfermedad terminal. El "Método Simonton", en el que una persona visualiza desde un estado profundo de relajación que sus leucocitos están destruyendo el virus, fue una de estas técnicas. (Tatchell, 1986).

Otro método de afrontar el SIDA que ha ayudado claramente a muchas personas consiste en desarrollar un estilo de vida más sano, por ejemplo, mejorar la dieta; hacer ejercicio con regularidad; disminuir el estrés y suprimir o disminuir el alcohol, los cigarrillos y otras drogas que se sabe dañan a la salud.

Todos estos aspectos que afectan de alguna forma al paciente con SIDA han resultado de investigaciones de tipo observacional hacia el enfermo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. Existen actitudes negativas por parte del personal médico y paramédico de la institución hacia el paciente con SIDA? de ser así: Cuales son estas? y quienes las presentan con mayor frecuencia?

JUSTIFICACION.

El presente estudio representa una gran importancia de tipo social y psicológica ya que como se ha visto el enfermo de SIDA sufre de discriminación, aislamiento, depresión y angustia, aspectos que van empobreciendo su ser y su autoestima. Por tal razón se debe brindar al paciente con SIDA de una atención humana y amorosa, cuestión que no es nada fácil de conseguir, tomando en consideración que existen prejuicios y falta de información acerca de la enfermedad.

Debido a lo anterior, se han desarrollado investigaciones en torno a las actitudes y cambios en los sujetos con SIDA, sin embargo, no se han hecho investigaciones formales enfocadas a la actitud del cuerpo médico y paramédico que atiende a dichos enfermos.

Si se tiene mayor conciencia de estas actitudes y la forma en que afectan a los pacientes con SIDA se podrá realizar un cambio en la atención al paciente y sobre todo al que se encuentra ya internado debido a que sus padecimientos solo pueden ser controlados mediante procedimientos y métodos que solo se encuentran en hospitales.

Las razones antes mencionadas son las que motivan el presente trabajo.

OBJETIVO.

Conocer la actitud del cuerpo médico y paramédico hacia el paciente con SIDA.

HIPOTESIS

El personal paramédico presenta con mayor frecuencia actitudes negativas hacia el paciente con SIDA que el personal médico.

DISEÑO.

Es un diseño descriptivo, observacional, prospectivo y transversal.

MATERIAL Y METODO.

UNIVERSO DE ESTUDIO.

Grupo médico y paramédico del Hospital General Dr. Gea González SSR, ubicado en la Calzada de Tlalpan. El Universo comprenderá a los internos de pregrado, Residentes I, II y III de pediatría, medicina interna, cirugía General, gineco-obstetricia, oftalmología, ortopedia, otorrinolaringología, endoscopia, cirugía plástica, dermatología (RI, RII), Estomatología, Genética, Foniatria, Patología, Anestesia, Ortodoncia, Médicos adscritos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Intendencia, dietólogas, auxiliares de dietología, trabajadoras sociales, Químicos, Técnicos de Rayos X Médicos de Rayos X, Técnicos de laboratorio, Rehabilitación, Enfermeras, Auxiliares de enfermería, comunicación social y auxiliares de comunicación social.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

260 personas de todas las especialidades y áreas antes mencionadas. Participarán de forma voluntaria a la investigación.

CRITERIOS DE SELECCION

INCLUSION: Médicos y paramédicos del Hospital los cuales deseen participar de manera voluntaria en el estudio.

EXCLUSION: Aquellos médicos y paramédicos que no deseen participar en el estudio.

ELIMINACION: Aquellos Cuestionarios que fueron contestados de manera incompleta.

VARIABLES:

DEPENDIENTES: Escolaridad, grado de preparación y el área en el que laboran.

INDEPENDIENTES: Sexo, Edad, lugar de origen y estado socio-económico.

PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE INFORMACION.

La captura de información será durante una semana de lunes a viernes. Lunes y Martes de 7:00 A.M. a 1:00 P.M. y Miércoles, Jueves y Viernes de 2:00 P.M. a 8:00 P.M. eligiendo para la investigación el turno matutino y vespertino. Se les dará a los sujetos pluma o lápiz para contestar un cuestionario esto lo proporcionará el investigador principal al grupo médico y paramédico que voluntariamente acceda a participar en la investigación.

PARAMETROS DE MEDICION.

Se hará mediante un cuestionario evaluado por 3 jueces, el cual mide actitudes. El cuestionario estará integrado por 10 preguntas: la primera, la tercera y la décima miden el rechazo o discriminación social, la segunda, cuarta y quinta medirán prejuicios y la sexta, séptima octava y novena miden miedo al contagio.

Las opciones a contestar serán SI o NO, las respuestas contestadas con SI tendrán un valor de 2 puntos y las respuestas contestadas con NO tendrán un valor de 0 puntos. Cabe mencionar que el tercer y cuarto reactivo tienen valor inverso, es decir SI vale 0 puntos y el NO un valor de 2 puntos.

ESCALA DE VALORES

0-4 ACTITUDES NEGATIVAS

5-8 ACTITUDES CON TENDENCIA A SER NEGATIVAS

9-12 ACTITUDES NEUTRALES O DE INDEFERENCIA.

13-16 ACTITUDES CON TENDENCIA A SER POSITIVAS

17-20 ACTITUDES POSITIVAS.

El cuestionario es el siguiente:

INSTRUCCIONES: Contestar las siguientes preguntas de la manera más honesta y real teniendo como opciones SI o NO.

SEXO (M) (F).

EDAD _____

FAVOR DE MARCAR EL AREA EN LA CUAL LABORA.

RI RII RIII MED.ADS. JEF.AREA

INTERNO DE PREGRADO
PEDIATRIA
MEDICINA INTERNA
CIRUGIA GENERAL
GINECO-OBSTETRICIA.
OPTALMOLOGIA
ORTOPEDIA
OTORRINOLARINGOLOGIA
ENDOSCOPIA
CIRUGIA PLASTICA
DERMATOLOGIA
ESTOMATOLOGIA
GENETICA
FONIATRIA
PATOLOGIA
ANESTESIA
ORTODONCIA
INTENDENCIA
DIETOLOGAS
AUXILIARES DE DIETOLOGIA
TRABAJADORAS SOCIALES
TECNICOS DE RAYOS X
MEDICOS DE RAYOS X
QUIMICOS
ENFERMERAS
AUXILIARES DE ENFERMERIA
TECNICOS DE LABORATORIO
COMUNICACION SOCIAL
AUXILIARES EN COMUNICACION SOCIAL.

USTED PERCIBE DE 1-2 SALARIOS MINIMOS ()
3-5 SALARIOS MINIMOS ()
6-MAS SALARIOS MINIMOS ()

- 1.- Usted le estrecharía la mano a un paciente con SIDA? _____
- 2.- Si usted estuviera internado en un hospital compartiría la sala con enfermos de SIDA? _____
3. Usted se entera que un compañero de su hijo(a) fue infectado por VIH o padece SIDA y cambia inmediatamente a su hijo de escuela prohibiéndole su amistad y acercarse a él? _____
4. Usted no tendría de amigo cercano a un homosexual porque con certeza padece de SIDA? _____
5. Si un familiar o conocido suyo fuera infectado por VIH le brindaría asistencia psicológica? _____
- 6.- Su novio(a) resultado infectado por VIH usted proseguiría su relación con él (ella)? _____
- 7.- Usted aceptaría tener una relación sexual con un enfermo de Sida aún utilizando el preservativo? _____
- 6.- Permitiría usar su sanitario a un paciente con SIDA? _____

9.- Usted aceptaría un beso en la mejilla de un enfermo con SIDA?_____

10.- Permitiría que un sujeto infectado lo abrace?_____

PROCESO DE CAPTURA

Serán capturados por computadora y tablas de vaciado.

RECURSOS HUMANOS

El investigador principal dedicará un promedio de 20 hrs. a la semana para la aplicación del cuestionario, que no llevará más de 5 min. por persona y la evaluación también correrá a cargo del mismo investigador.

RECURSOS MATERIALES Hoja, y Lápiz

RECURSOS FINANCIEROS Correrán a cargo del investigador principal.

VALIDACION DE DATOS Se utilizará la estadística descriptiva, no se comparará ningún grupo y la escala a utilizar será la nominal.

PRESENTACION: Se utilizarán gráficas, Tablas, etc.

CONSIDERACIONES ETICAS:

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley federal de Salud título 2, Capítulo 1, artículo 17, Sección II de investigación con riesgo mínimo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Albak, A. (1990). Sida: Epidemia del Miedo. Revista Data Med. Informativa.

Gallo R. (1988). Sida: Como evitar el contagio. Revista Inerviv (31).

Everett K. (1987). SIDA EPIDEMIA SIN FRONTERAS. Suplemento especial de LA OPINION, Julio 87.

Engell C. (1990). Lo que hay que saber sobre el SIDA. Revista prescripción médica (150).

Lugo E. (1990). El SIDA en 1990. Revista Galenus Marck (21).

Miller, D. (1989) Viviendo con Sida y Hiv. Editorial Manual Moderno, México, D.F.

Minello N. (1990). Discriminación y SIDA. Revista Confrontación (18).

Pierce, G (1989). La infección con el VIH y la hemofilia: Respuestas a sus preguntas. Centro de información sobre la hemofilia.

Richardson D. (1990). La Mujer y el Sida. Editorial Manual Moderno, México, D.F.

Tatchell, P. (1986). A Guide to Survival. Gay Mens's Press. Estados Unidos.

APENDICE B

**CURSTIONARIO APLICADO EN EL HOSPITAL
GEA GONZALEZ**

BIBLIOGRAFIA

- Altman, Dennis (1987). AIDS in the Mind of America. Anchor Press/Doubleday.
- Ardjls Patricia (1990). ¿Como se contagia el virus del SIDA? Gaceta Informativa Conasida. Número especial: Informar es proteger. Enero.
- Analisis in vitro: para detectar actividad anti VIH en los remedios tradicionales. Memorandum de una reunión de la OMS. Infectologia año 12 No. 6
- Batchelor, Walter (1984). AIDS: A public Health and Psychological Emergency American Psychologist. November.
- Bellinghausen, H. (1988). El tratamiento del SIDA: Tierra de Nadie. Gaceta CONASIDA, Noviembre/Diciembre, año 1, No. 4
- Borda, David (1986). AIDS. A Time Bomb at Hospital's Door. Hospitals January 5.
- Caputo Larry (1985). Dual Diagnosis AIDS and Addiction. Social Work. July/August.
- Coates, T. Et Al (1984). Psychosocial Research In Essential to Understanding & Treating AIDS. American Psychologist. Vol. 39 No. 11. November, pp 1309-14
- Cornejo, M. Et Al (1986). Transmisión Heterosexual de virus HTLV-III. Revista médica de Chile 114:687
- Cronella, A.C. (1985). The Person Behind the Disease. Nursing'85. Vol. 15 No. 9, september.
- Del Rio Eduardo (1988). El Amor en los Tiempos del SIDA. Ed. Grijalbo, México.
- Deuchar, Neil (1984). AIDS in New York City with Particular Reference to the psycho-social Aspects. British Journal of Psychiatry. Issue 145. pp. 612-619.
- Dille, James (1985). Findings in Psychiatric Consultations with Patients with Acquired Immune Deficiency Syndrome. American Journal of Psychiatry. Vol. 142, No. 1 January.
- Dille, James (1986). Treatment Interventions & Approaches to Care of Patients with Acquired Immune Deficiency Syndrome In Nichols, S.E. & Ostrow, D-G editors
- Donlow, John (1985). Psychosocial Aspects of AIDS and AIDS-Related Complex: A Pilot Study. Journal of Psychosocial Oncology. Vol. 3, No. 2. Summer.
- Ferrara, Anthony (1984). My Personal Experience with AIDS. American Psychologist. November.
- Forsteln, Marshall. (1984). Psychiatric Implications of Acquired Immune Deficiency Syndrome. American Psychiatric Press, Inc. Washington, D.C.
- Galonus Merk (1990). El SIDA en 1990. Año 5, Num. 23, julio-agosto.
- Galvan Diaz, F (1990). Por una reforma Legal que Preserve los Valores del enfermo de SIDA. Excelsior. Viernes 26 de octubre.
- Gong Victor Et Al (1988). AIDS: Facts and Issues. University Press.
- Gorab Alicia (1990). La prevención del HIV en los jóvenes. Gaceta Conasida. año III núm. 5 septiembre-octubre.
- Goulden, Terry (1984). AIDS and Community Support Services. Understanding and Management of Psychological Needs. The

- Medical Journal of Australia, Vol. 141, No. 9, October 27, 1984.
- Grace C., El AJ (1985) Psychosocial Issues in AIDS. J.B. Lippencott Co. New York.
- Guzmán, Camilo (1986) Recomendaciones para limitar la transmisión del SIDA. Macho-Tips. No. 5 Marzo.
- Hausman, Kenneth (1983) Treating victims of AIDS Poses Changes to Psychiatrists. Psychiatric News. Vol. 8, No. 15, August 5, 1983.
- Jáuregui Lourdes (1991) El SIDA y su dentista: Lo que usted debe saber. Revista tiempo No. 2582.
- Leyva, Jose (1988). El SIDA, su impacto social y demográfico. Gaceta Conasida. Año I no. 1 mayo/junio.
- Moffatt Bety (1988) When Someone you love has AIDS. 1135
- López, Diego (1984). Helping Gay AIDS: Patients in Crisis. Social Case-work, September.
- Miller David (1989) Viviendo con SIDA y HIV. Editorial El Manual/ Moderno, S.A. de C.V. México, D.F.
- Mora, J.L. (1988) Las pruebas de detección del sida y su significado Gaceta-Conasida año I, núm 3 Septiembre-octubre México, D.F.
- Pedersen C El AJ (1992) Eficacia de Inosine pranobex en la prevención del SIDA en pacientes con infección por VIH. Infectología, año 12 núm. 2, febrero.
- Ponce de Leon, S. (1989) Relación médico-paciente en el caso del infectado por el VIH. Gaceta-Conasida año II núm. I mayo-junio.
- Preclado Jorge (1989) Encefalitis por Toxoplasma en SIDA. Infectología. Año 9 núm 1, Enero. México, D.F.
- Rius (1988) El amor en los tiempos del SIDA. Ed. Grjabo, México, D.F.
- Rodríguez G., (1990) Sida y Educación sexual: la experiencia de Mexdam. Gaceta-Conasida. año III núm 5 septiembre-octubre
- Rico Blanca (1990) A diez años de distancia. Gaceta-Conasida. año III núm. 5. septiembre-octubre.
- Rozenbaum (1985) SIDA: Realidades y fantasmas. Ed. Katun S.A., México, D.F.
- Tatchell Peter (1988) AIDS: A Guide to Survival, Gay Men's Press.
- Uribe Patricia (1989) Como vivir con el virus del sida. Gaceta-Conasida año II núm I mayo-junio.
- Uribe Patricia (1990) La prostitución y el SIDA. Gaceta-Conasida. año III No. 4 julio-Agosto.
- Valdespino, J. L. (1988) Hablamos de números. Gaceta Conasida, Noviembre/diciembre, año I no. 4, pag. 8-9