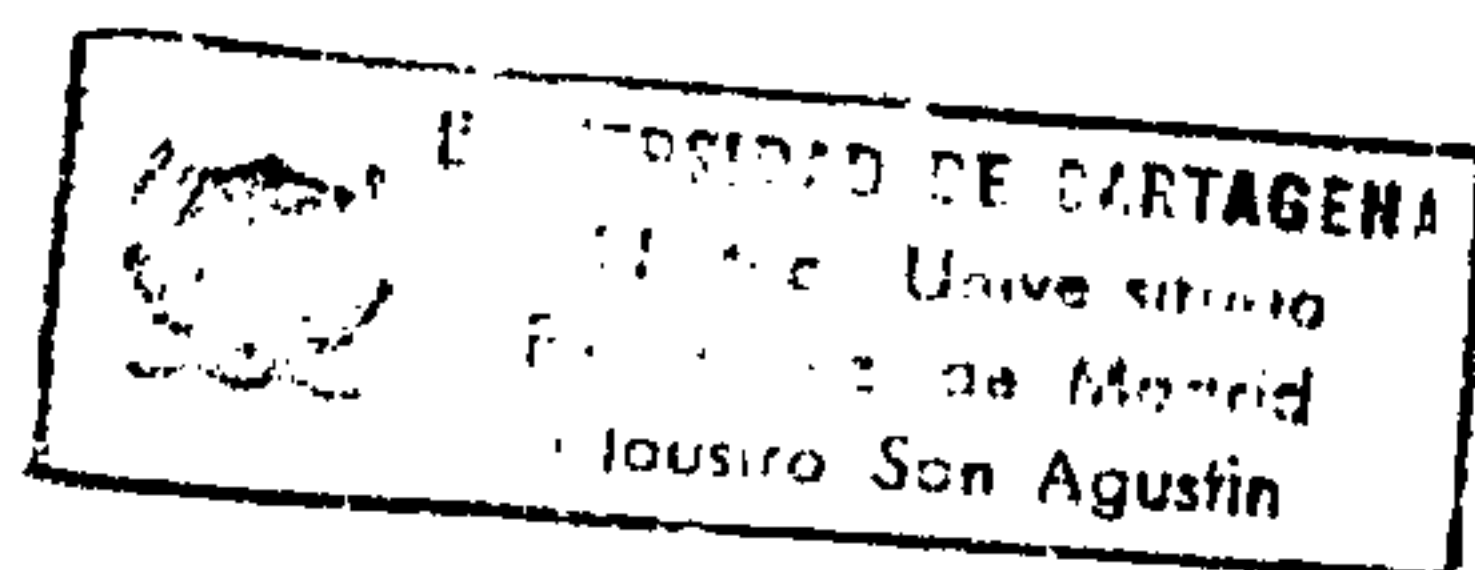


B.S.
T. 0610.7369
5572

RELACION ENTRE LA EDUCACION Y LA ASISTENCIA QUE RECIBE EL PACIENTE
INFECTADO POR EL V.I.H./SIDA



BEATRIZ DEL SOCORRO SIERRA OCHOA

Trabajo de grado presentado como requisito parcial
para optar al título de Especialista en Enfermería
médico-quirúrgica.

Director: NURY TORRES GARCIA
m/s investigación y tecnología Educativa

SCIB
00028460

CARTAGENA

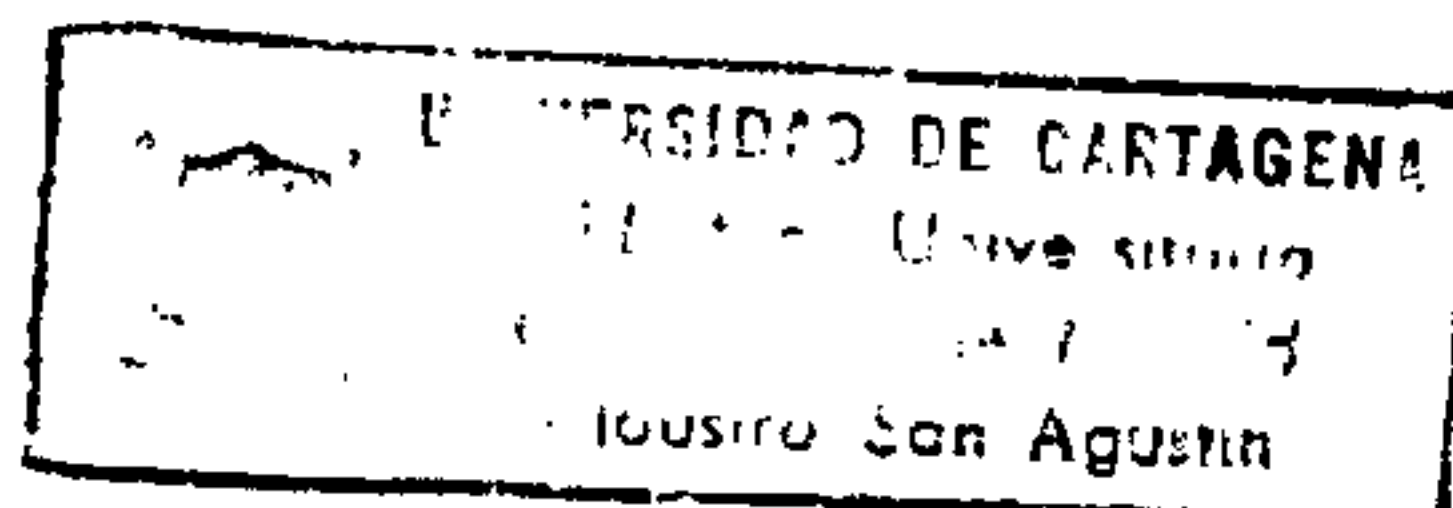
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ENFERMERIA

POST-GRADO DE ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA

1992

i



Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Cartagena, _____ de 1992

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos:

A NURY TORRES GARCIA, M.Inv. y Tecnología educativa, Profesora Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena y Directora del trabajo.

A Hna. AURA MESA MUNOZ, Enfermera especialista en Médico-Quirúrgica, Jefe del Departamento de Enfermería del Hospital San Pablo.

A Hna. ESTELA DUQUE JARAMILLO, Family Nurse Practitioner, Universidad de San Antonio de Texas.

A ANA RUBY RAMIREZ GOMEZ, Enfermera especialista en Médico-Quirúrgica Jefe de programa de infectología. I.S.S. de Barranquilla.

AL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA.

AL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARTAGENA.

AL HOSPITAL DEL NIÑO JESUS DE BARRANQUILLA.

A LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA.

AL HOSPITAL SAN PABLO DE CARTAGENA.

A todas las personas que, en una u otra forma, colaboraron en la realización del presente trabajo.

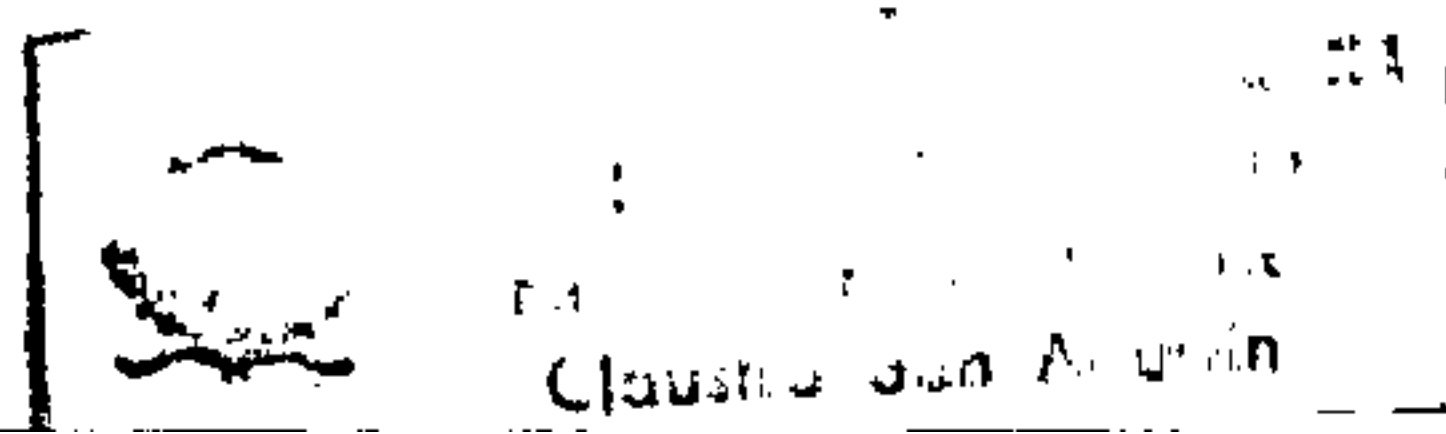
TABLA DE CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCION	1
MARCO CONCEPTUAL	7
METODOLOGIA	22
ORGANIZACION Y ANALISIS ESTADISTICO	24
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	47
BIBLIOGRAFIA	54
ANEXOS	57

LISTA DE TABLAS

	pág.
TABLA 1: Nivel educativo de los pacientes infectados por el V.I.H. según grupos de edad. Cartagena - Barranquilla, 1991.	25
TABLA 2: Estado civil de los pacientes infectados por el V.I.H. según sexo. Cartagena - Barranquilla, 1991	27
TABLA 3: Nivel de conocimientos de los pacientes infectados por el V.I.H. Cartagena - Barranquilla, 1991.	30
TABLA 4: Medios educativos utilizados por los pacientes infectados por el V.I.H. Cartagena - Barranquilla 1991.	31
TABLA 5: Recursos utilizados por los pacientes V.I.H.+ para satisfacer necesidades de orientación, diagnóstico, atención médica y ayuda espiritual. Cartagena - Barranquilla, 1991.	32
TABLA 6: Motivo de la prueba y reacciones al resultado positivo para V.I.H. Cartagena - Barranquilla, 1991.	34
TABLA 7: Enfermedades de transmisión sexual y formas de transmisión en pacientes infectados por el V.I.H. Cartagena - Barranquilla, 1991.	35
TABLA 8: Tipo de ayuda esperada por el paciente infectado por el V.I.H. Cartagena - Barranquilla, 1991.	38
TABLA 9: Principales actividades realizadas en tiempo libre y personas con quienes las comparte. Cartagena - Barranquilla, 1991.	39

TABLA 10:	Calidad de la atención brindada por los Servicios de Salud según opinión de pacientes, familiares y miembros del equipo de salud. Cartagena - Barranquilla, 1991.	41
TABLA 11:	Respuestas del equipo de salud sobre la existencia de un grupo interdisciplinario para la atención del paciente infectado por el V.I.H. Cartagena - Barranquilla, 1991.	42
TABLA 12:	Agentes educativos y medios a través de los cuales se puede educar al paciente infectado por el V.I.H. y su familia, según opinión del equipo de salud. Cartagena - Barranquilla, 1991.	44
TABLA 13:	Opinión del equipo de salud sobre aspectos relacionados con la atención del paciente infectado por el V.I.H. en la institución donde labora. Cartagena - Barranquilla, 1991.	46



LISTA DE FIGURAS

	pág.
FIGURA 1: Historia natural de la infección con el V.I.H.	19
FIGURA 2: Concepción integral del ser humano.	20
FIGURA 3: Flujograma de atención en Enfermería.	21
FIGURA 4: Pacientes infectados por el V.I.H. según distribución por grupos de edad. Cartagena - Barranquilla, 1991.	26
FIGURA 5: Población estudiada según sexo. Cartagena - Barranquilla, 1991.	28
FIGURA 6: Estado civil de pacientes infectados por el V.I.H. Cartagena - Barranquilla, 1991.	29
FIGURA 7: Nivel de conocimientos en los pacientes anteriores y posteriores a la infección por el V.I.H. Cartagena - Barranquilla, 1991.	31
FIGURA 8: Enfermedades de transmisión sexual sufridas por los pacientes infectados por el V.I.H. Cartagena - Barranquilla, 1991.	37
FIGURA 9: Tipo de ayuda esperada por el paciente infectado por el V.I.H. Cartagena - Barranquilla, 1991.	40

RESUMEN

El Hospital San Pablo, situado en la ciudadela de la salud del Barrio Zaragocilla en la ciudad de Cartagena, es una institución de segundo nivel en el Sistema Nacional de Salud en donde se realizan programas asistenciales, docentes y de investigación sobre todo en las áreas de Salud Mental y de Neumología. Cuenta con 151 camas. Su área de influencia se extiende a todos los Departamentos de la Costa Atlántica.

Atiende pacientes particulares, civiles, afiliados al ISS, Cajas Nacional y Departamental y de varias empresas.

La Unidad de Salud Mental presta los servicios de Urgencias, C.I., Consulta externa, Hospitalización, interconsulta, Consulta Psicológica, los Programas de Farmacodependencia, alcoholismo y Hospital de Día.

La Unidad de Neumología ofrece los servicios de: Consulta, Hospitalización, interconsulta y Cirugía de Torax a pacientes con neumopatologías tuberculosas (TBC) y no tuberculosas (NNT).

Atiende a pacientes quirúrgicos en cirugía general y de otorrino

(primero y segundo nivel). Además se realiza el programa de prevención y control de la Presión Arterial, consulta de Cardiología, atención Odontológica y Terapia Respiratoria.

En 1983 se informó el primer caso de SIDA en Colombia, detectado en Cartagena por el grupo del Dr. Caraballo; caso que correspondió a una mujer joven dedicada a la prostitución. De este año a junio de 1991 se han notificado 58 casos en el Departamento de Bolívar. La detección de éstos se ha dado en las urgencias y en los servicios de hospitalización a donde llega el paciente agudamente enfermo, o en el laboratorio por el tamizaje que se hace a donantes de sangre y en contactos de dichos pacientes.

La presencia del virus en la población por más de siete años, el fácil intercambio con individuos de otros países en donde la enfermedad representa elevadas proporciones de incidencia; las conductas de riesgo en relación con la promiscuidad, drogadicción y homosexualismo y la falta de información y formación a la comunidad sugiere que las estadísticas actuales no corresponden a la situación real. Se calcula que por cada enfermo terminal de SIDA, de 50 a 100 personas están sujetas de un modo u otro a ser víctima del contagio.

Algunas medidas de vigilancia epidemiológica se están llevando a cabo en el hospital San Pablo:

En relación con los pacientes tuberculosos. Se considera que la tuberculosis puede ser la infección oportunista más temprana que se

presenta en los pacientes con SIDA. Un criterio de diagnóstico presuntivo para la infección por el V.I.H. puede ser la reactivación de la primo infección tuberculosa.

En Psiquiatría: muchos de los pacientes usuarios de los servicios de Salud Mental, observan conductas de riesgo para la transmisión de la enfermedad y por considerar que en algunas afecciones mentales la Psicopatología puede ser causada directamente por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Desde el mes de enero de 1990 se estableció la determinación de anticuerpos para el V.I.H. a todos los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente.

A menudo se afirma que la mejor manera de evitar la propagación del V.I.H., consiste en identificar los portadores y asegurarse de que no contagien a otros. Otros dicen que el virus sólo puede ser contenido protegiendo a los que ya están infectados o en mayor riesgo.

De hecho se están realizando actividades para captar al paciente infectado por el V.I.H. pero surgen interrogantes sobre el acompañamiento que se está haciendo a dichos pacientes. El temor al contagio y las características de algunos portadores del virus continúan provocando actitudes de rechazo. En su dimensión social éste rechazo se convierte en discriminación y estigmatización. El miedo personal que sufre el paciente, se traduce sobre todo en sentimientos de culpa, en pérdida de la autoestima, en deseo de destrucción y en

11

algunos casos en deseo de venganza y de propagación voluntaria del contagio. Los enfermos están llamados a desafiar no sólo la amenaza de la enfermedad sino también la desconfianza e indiferencia de un ambiente social atemorizado e instintivamente esquivo.

La difusión amenazadora del SIDA lanza a todos pero especialmente al equipo de salud, un desafío doble: la prevención de la enfermedad y la asistencia a quienes la padecen.

En razón de la carencia de medios capaces de eliminar el virus que se haya alojado en las personas infectadas y que en el momento actual no se dispone de otro recurso que no sea la educación, tanto para controlar la infección como para ayudar al paciente y la familia a enfrentar la realidad. El presente estudio se planteó los siguientes objetivos:

Establecer la relación existente entre la educación de los familiares y el paciente sobre la infección por el V.I.H. y la atención brindada por el equipo de salud.

Identificar problemas y necesidades en el paciente y su familia que orienten hacia acciones educativas sobre el manejo de la infección por el V.I.H.

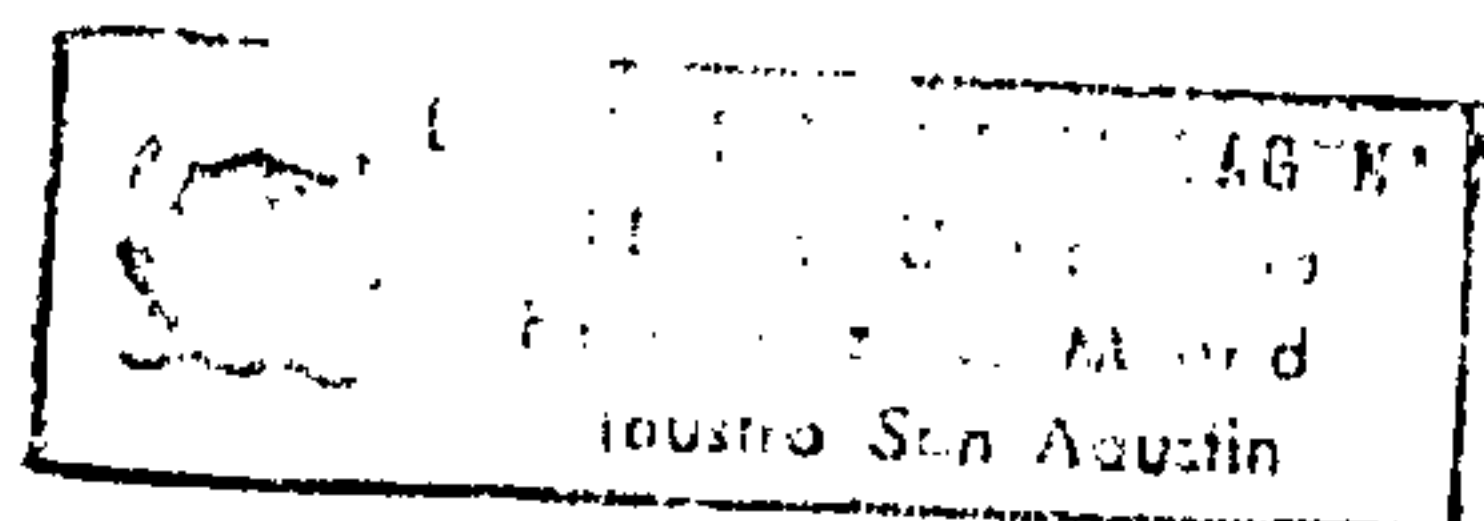
Valorar los conocimientos que el paciente y la familia tienen sobre los aspectos patológicos, psicológicos, socio-económicos y religiosos relacionados con la enfermedad.

Determinar directrices que orienten a la atención integral que debe brindar el equipo de salud al paciente infectado y a su familia.

En la investigación Participaron 21 pacientes procedentes de Cartagena y Barranquilla, 11 familiares de éstos pacientes y 17 miembros de el equipo de salud que tuvieron que ver con su atención en los Hospitales: Universitario, ISS, Del Niño Jesus en Barranquilla y el Universitario y San Pablo en Cartagena.

Los resultados permitieron conocer características de la población tales como edad, sexo, estado civil, nivel educativo, hábitos sociales, antecedentes relacionados con enfermedades de transmisión sexual, formas de transmisión, reacciones ante el diagnóstico, principales necesidades sentidas y recursos con los que cuenta en la comunidad que le han ayudado a enfrentar las situaciones críticas.

En relación con las variables: educación y atención por el equipo de salud se obtuvieron los siguientes resultados: A pesar de que la mayoría de los pacientes entrevistados poseen niveles de educación secundaria y universitaria, opinan que sus conocimientos con respecto a la infección eran nulos, deficientes o erróneos antes de conocer el diagnóstico. Después de haber recibido la intervención del equipo de salud en unidades de segundo y tercer nivel de atención donde se supone funciona un grupo interdisciplinario, el 24% de estos pacientes considera que sus conocimientos siguen siendo deficientes, Más de la mitad de los pacientes entrevista-



tados opinan que en las instituciones de salud no se están poniendo al servicio de las personas infectadas por el V.I.H. los recursos humanos y técnicos disponibles o lo están haciendo parcialmente.

Un poco más de la mitad de los pacientes considera que la calidad de la atención es deficiente y mala opinión que comparten con la familia y el equipo de salud.

Las consultas realizadas con relación a los factores que pueden estar influyendo reflejan la siguiente situación:

Las políticas de salud no están clarificadas ni operacionalizadas.

Se realizan actividades sin proceso.

El nivel científico de algunos profesionales de la salud en relación con la enfermedad no les permite superar el temor al contagio y eliminar prejuicios para dar atención oportuna e integral al paciente.

No existen programas de prevención y modelos de atención que acojan al paciente y protejan sus derechos.

La intervención de los diferentes miembros del equipo de salud está siendo condicionada por una serie de factores tales como aceptación, disponibilidad de recursos, preparación etc.

Es indispensable operativizar una red de apoyo que garantice la educación y la atención integral humanizada al paciente infectado por

el V.I.H. y a su familia, la cual debe ser divulgada ampliamente en la comunidad para que las personas interesadas sepan a donde acudir en busca de ayuda de acuerdo a sus necesidades y problemas.

SUMARY

San Pablo's hospital located at the health center of the Zaragocilla Barrio in Cartagena City, it is an institution of second level in the National Health system where they have assistance programs, teaching and investigation specially in the mental and pneumology areas. It has 151 beds. It attends to patients from all the States of the Atlantic Coast.

They see private patients as well as those who are affiliated to the Institute of Social Security, Cajas National y Departament and many other companies.

The pneumology unit offers de following services: out patient care, hospitalization, interconsultation and thoracic surgery to patients with pneumopatologies by TBC and non'tuberculous too.

The surgical unit offers general surgery and ears nose an throat first and second level. Besides there is a clinic of prevencion and control of arterial blood pressure, there is cardiology Dpto, Odontology Departament, and respiratory ther py departament.

In 1983 was found the first case of AIDS in Colombia, Dr. Caraballo

detected the case in Cartagena in a young girl dedicated to prostitution. From 1983 to 1991, 58 cases have been notified in the entire State of Bolivar. These have detected in the emergency rooms and hospitalization service. Where the people donate blood, and contact patients too.

The presence of the virus in this population for more than seven years, the easy exchange with individuals from other countries. Where the incidence of the illness is in higher proportions; the higher risks populations due to behavioral promiscuity, drug addiction, homosexuality and the lack of information and formation of the community suggest that the actual statistics do not correspond to the real situation. It is calculated that for each terminal case of AIDS, there are 50 to 100 persons that are subject in one way or another to become a victim. Some precautions have been taken at the San Pablo's Hospital.

In relation to the T.B.C. patients. It has been considered that tuberculosis can be the earliest opportunistic infection in the patient with AIDS. This criteria is a presumptive diagnostic for the infection by AIDS it can be the reactivation of the primary tuberculous infection.

In the Psychiatry Department many of the patients that use the services show behaviour of high risk for the transmission of the illness and it is considered that some mental cases the psychopathic

part can be caused directly by the virus of AIDS.

Since January of 1990 has been established a law in the hospital that all the patients having surgery have to have the test for AIDS antibodies.

Many times has been said that the best way to avoid the propagation of the virus of AIDS is to identify the carriers and to make sure that they don't contaminate others. Others say that the virus can be contained protecting those who are already infected or in high risk.

There has been many activities to get the patient infected by AIDS, but Surgeons have questioned the continuing care that is given to them. The fear of contamination and the characteristics of some of the carriers still cause attitudes of rejection. In a social dimension this rejection becomes in stigmatization and discrimination. The personal fear that suffers the patient becomes self-punishment, loss of self-esteem and self-destruction and in some cases in desire vengeance and the voluntary propagation of the disease. The sick patients not only are confronted with the illness but the mistrust and indifference of their social environment. People are frightened and instinctively go away from them.

The threat of propagation of the virus of AIDS presents a challenge for all of us but mostly for the health providers: the prevention of the sickness and assistance of the sufferers.

The lack of means to get rid of the virus and realizing that the

only way to avoid it, help the patient and family is education. This study has proposed the following objectives: to establish the relation between the education of the patient and his relatives about AIDS and the attention given to the patient from the health providers.

Identify that patient's needs and problems as well as the family's so they can be educated about AIDS and be able to cope with the situation.

To give credit to the knowledge the patient and his family have about the pathological, psychological, socio-economic and religious aspects related to the sickness.

Determine directrices that will give orientations to an integral attention given by health providers to the patient and his family.

Twenty one patients participated in the investigation. They came from Cartagena y Barranquilla. Eleven relatives of these patients and 17 health providers help in the attention to them at the hospitals: Universitario, ISS, del Niño Jesus en Barranquilla and the Universitario and San Pablo in Cartagena.

The results allow us to know the characteristics of this population: age, sex, civil state, educational level, social habits, especial behaviour inducive to sexually transmitted disease, ways of reacting to the diagnosis, their needs, the resources with which they count and that have helped them out of their critical situations. In

relation to the variables: the health providers with their service and education got the following results:

Eventhough the majority of the patients had a secondary and university education, they had very little knowledge about AIDS.

After the education received and the attention received by the health providers in the second and third level of attention where they have in interdisciplinary group. Twenty four percent of the patients fill they still have very little knowledge about the disease.

More than half of the patients say that health institutions are not wulling to give the service to the patients infected with AIDS with all the resources and tecnicas they have or they do give the service partially.

A little bit more than half of the patients considers that the quality of attention is deficient and this opinion is held by their families as well as the health providers.

The consults realized in relation to the factors that can be influencial revealed the following situation:

- The health politics are not clarified neither workable.
- They realized activities without any process.
- The scientific level of some of the professionals in relation to AIDS is so little that does not allow them to come out of the able to give good and oportune service to the patients.
- There are not preventive programs or modules of attention that

welcomes the patient and protects his rights.

- The intervention of different members of the health staff have been conditioned by a few factors: acceptance, disponibility of resources and preparation.

INTRODUCCION

El síndrome de la inmunodeficiencia adquirida causada por el virus denominado V.I.H., ha sido considerada como la infección más grave que puede sufrir el ser humano en este tiempo, no sólo por la amplia variedad de manifestaciones clínicas, afecciones específicas e infecciones oportunistas de gravedad debidas a la depresión del sistema inmunocelular y los desequilibrios a todos los niveles sino por la magnitud de la urgencia sanitaria causada por la propagación del virus, considerada por la OMS como la más peligrosa epidemia a nivel mundial, la cual estima que habrá aproximadamente cien millones de personas infectadas por el V.I.H. en el año 2000 .

El progreso de la tecnología biomédica ha sido sobresaliente en el presente siglo y ha puesto al alcance logros terapéuticos, preventivos y de diagnóstico que sin duda han contribuido al mejoramiento de la calidad de vida. No así con respecto al SIDA, con todos los avances de la ciencia los especialistas en salud nunca imaginaron que una pandemia tal pudiese presentarse en esta época y mucho menos de una enfermedad incurable como lo es el SIDA; tal vez por ello toda previsión se salió de las manos y sólo quedó como única alternativa que pueda frenar al menos en parte, el rápido avance de la enfermedad, el diseñar e implementar procesos educativos que den res-

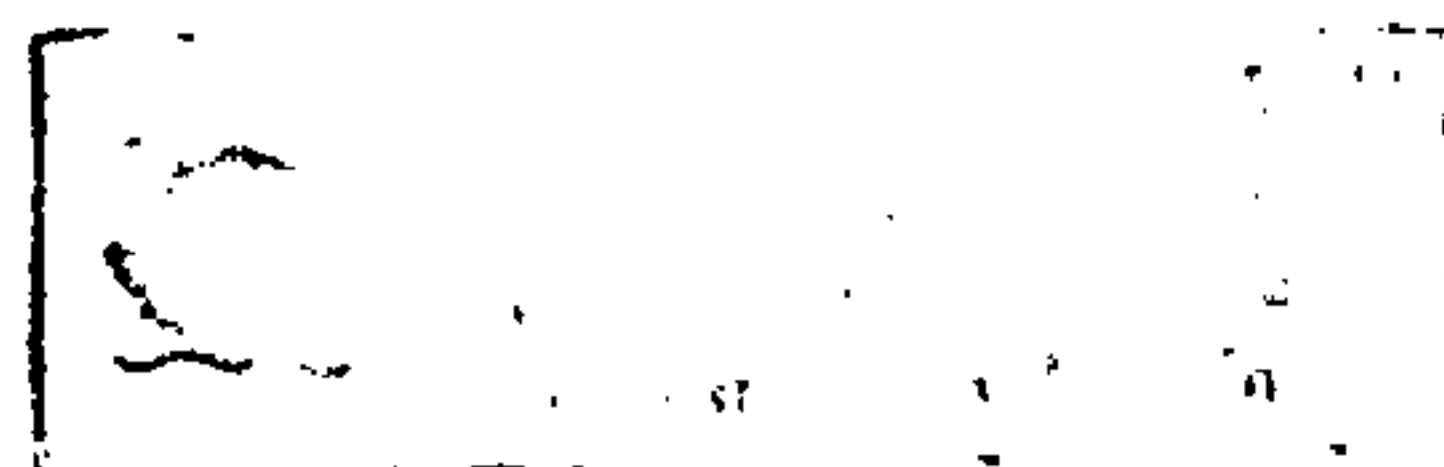
puesta tanto a la prevención de la enfermedad como a la atención de quienes la padecen.

El equipo de salud, a quien se le ha delegado la atención de éstos pacientes se encuentra en éste caso ante un individuo que padece una enfermedad contagiosa, está amenazado de muerte, se le discrimina, se le aparta y esconde, se le niega la atención médica o se le atiende de lejos, se le condena y señala por su condición social y sexual, se le aísla social y afectivamente porque se considera como una amenaza para la sociedad, condiciones dadas por el carácter de estigma que rodea la enfermedad.

Conocedores de que la calidad de vida de estos pacientes depende del equipo de salud, un grupo multidisciplinario que los acompañe brindándole su apoyo, siguiendo día a día su evolución buscando con ellos mejores perspectivas y poder ayudarles a conseguir el valor suficiente para enfrentar una realidad a la que no estamos preparados, logrando no solamente controlar la infección sino lo que es más importante salvar al paciente como ser humano.

Con base en la situación anterior la presente investigación pretendió realizar un estudio sobre la educación que el paciente infectado por el V.I.H. y su familia están recibiendo con relación al manejo de la infección, las situaciones críticas que genera la enfermedad y la utilización oportuna de los recursos disponibles, así como la incidencia que esta tiene en la calidad de la atención brindada por el equipo de salud.

A fin de confrontar la hipótesis que afirmó que "la atención integral



recibida por los pacientes en los servicios de salud depende de la demanda que el paciente informado haga de éstos, la cual a su vez depende de la información y educación que haya recibido el individuo"

Se hizo un estudio descriptivo correlacional buscando determinar alternativas de acción educativa que favorezcan la atención integral al paciente infectado por el V.I.H. y permitan al equipo de salud establecer directrices para su acompañamiento.

Se precisaron las siguientes variables:

Variable independiente: Educación. Elemento indispensable para lograr
Evitar la aparición de nuevos contagios

Prevenir las infecciones oportunistas y situaciones de crisis en el
paciente.

Ubicar y utilizar el mayor número de recursos existentes para atender
sus necesidades y problemas.

Mejor acogida de familiares y amigos.

Mayor integración a la comunidad.

Rescate de valores sociales éticos y religiosos.

Más vida productiva.

Actitudes positivas frente a la vida

Mejor calidad de vida.

Variable dependiente: Atención integral, la cual depende del impacto
de la educación.

Los indicadores abordaron los aspectos biológico, psicológico, socioeconómicos y espiritual del paciente infectado por el V.I.H. teniendo en cuenta su entorno familiar y social desde los cuales tanto

el paciente como la familia y el equipo de salud hicieron su evaluación.

Se plantearon los siguientes objetivos:

Establecer las relaciones existentes entre la educación de los familiares y el paciente sobre la infección por el V.I.H. y la atención brindada por el equipo de salud.

Identificar problemas y necesidades en el paciente y su familia que orienten hacia acciones educativas sobre el manejo de la infección por al V.I.H.

Valorar los conocimientos que el paciente y la familia tienen sobre los aspectos patológicos, psicológicos, socioeconómicos y espirituales relacionados con la enfermedad.

Determinar directrices que orienten a la atención integral que debe brindar el equipo de salud al paciente infectado y a su familia.

La población correspondió a noventa (90) pacientes procedentes de Cartagena y Barranquilla que reciben atención en los hospitales Universitario, ISS y Hospital del Niño Jesús en Barranquilla y en el Universitario y San Pablo de Cartagena. Como muestra se tomaron los pacientes que consultaron a estas instituciones en el período de estudio la cual correspondió al 23% de la población.

Se programó encuestar a un familiar de cada uno de los pacientes lo cual fué posible solamente con el 52% de la muestra debido a que un poco menos de la mitad de los pacientes prefieren que sus familias ignoren su condición de infectados por el V.I.H.

En cuanto al equipo de salud se encontró que solamente en dos

instituciones existen programas formalmente establecidos para la atención del paciente V.I.H. positivo, los cuales están siendo llevados a cabo básicamente por un médico y una enfermera. La mayoría de los miembros del equipo interdisciplinario de salud que respondieron la encuesta informan que ocasionalmente han participado en actividades relacionadas con la atención a dichos pacientes.

La información se obtuvo a través de la encuesta y la entrevista.

De dicho estudio se obtuvieron los siguientes resultados:

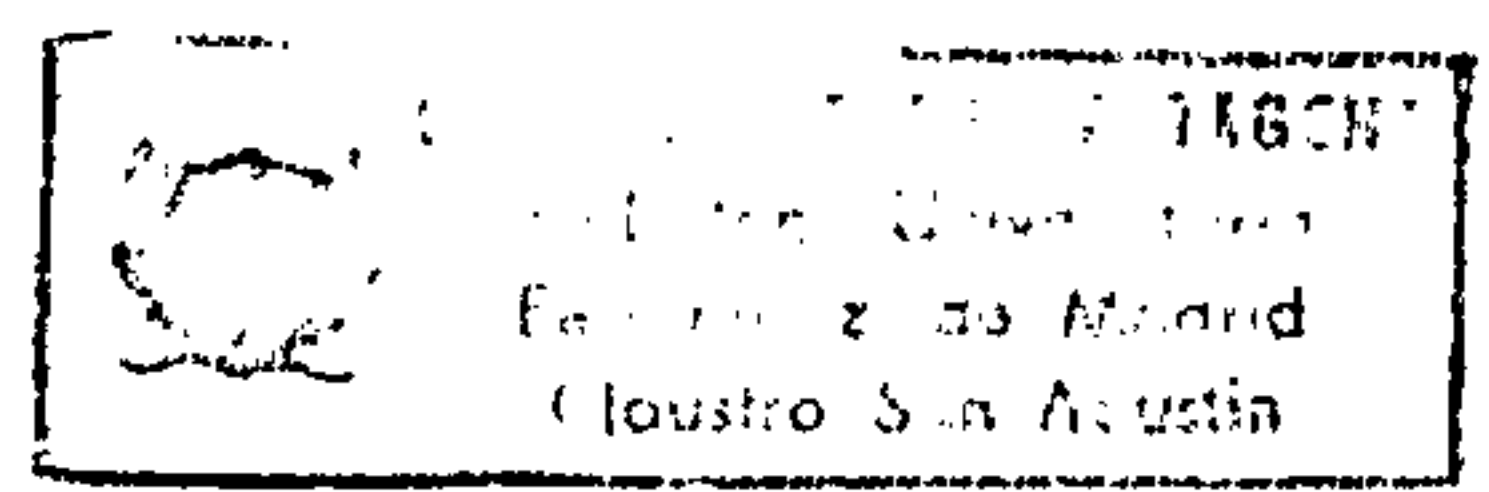
A pesar de que la mayoría de los pacientes entrevistados poseían niveles de educación secundaria y universitaria, opinaron que sus conocimientos con respecto a la infección eran nulos, deficientes o erróneos antes de conocer el diagnóstico. Después de haber recibido la intervención del equipo de salud en unidades de segundo y tercer nivel de atención, donde se supone funciona un grupo interdisciplinario, el 24% de los pacientes consideran que sus conocimientos siguen siendo deficientes.

Un poco más de la mitad de los pacientes (57%) consideraron que la calidad de la atención es deficiente y mala porque no se están poniendo al servicio de las personas infectadas por el V.I.H. los recursos humanos y técnicos disponibles o se está haciendo parcialmente, opinión que, parcialmente, comparten la familia y el equipo de salud.

El médico y el personal de enfermería aparecen como las personas más cercanas al paciente y la familia; sus observaciones se constituyen en el eje para la intervención del equipo interdisciplinario, cuyo objetivo principal es encontrar la manera de mantener a la persona

infectada por el V.I.H. en las mejores condiciones, el mayor tiempo posible, con la expectativa de tener en el futuro mejores opciones terapéuticas.

La meta es informar y educar al paciente y la familia respecto a cómo fomentar la salud, dónde obtener mayor información, a dónde acudir para pedir consejo y apoyo. Esta meta demanda un trabajo coherente, sistemático, continuado y oportuno para que se traduzca en planes efectivos de atención al paciente infectado por el V.I.H.



MARCO CONCEPTUAL

El ser humano vive permanentemente en un proceso dinámico de cambios y adaptaciones internas y externas, las cuales deben tender a un equilibrio; si éste se rompe se afectan los elementos que integran el sistema de vida del individuo; muchas veces las personas por sí mismas pueden obtener su homeostasis, pero otras veces requieren de ayuda.

Cuando el campo afectado es la salud, entre otros desempeñan un papel importante los aspectos culturales, económicos, laborales y personales, tanto del individuo enfermo como de las personas que lo atienden.

Las personas que reciben el diagnóstico de infección por el VIH/SIDA entran en una crisis emocional, independientemente de la existencia o no de psicopatología previa. El enfermo sabe que el SIDA es una enfermedad mortal, transmisible, que produce deterioro del organismo, rechazo, pérdida de la autoestima, desesperanza, incertidumbre y, por sobre todo, sufrimiento (ver fig.1).

Sufre por el rechazo y la estigmatización. Sufre por el miedo al futuro que no le pertenece; desde el momento en que conoce el diagnóstico, sabe que no hay tratamiento específico. Sufre por el sentimiento de

aflicción y pérdida. Sufre por el temor a que se conozca su verdadera orientación sexual.

Se siente vencido, impotente, destruido, no le encuentra sentido a su existencia; percibe que no vale nada para los demás. Despojado de su humanidad, no puede ser dueño de su propio destino y en los casos terminales debe afrontar su muerte inminente.

Estos pacientes pasan generalmente por diferentes estados de adaptación a la enfermedad, lo que constituye un estado de crisis. Toda crisis es el resultado de la interacción entre tres elementos:

La presencia de un evento traumático.

La percepción de una pérdida.

El sentimiento de falta de recursos para dar solución a sus problemas o para adaptarse a la nueva situación.

La adaptación depende del interjuego entre factores psicológicos, socio-culturales, médicos, religiosos.

Las respuestas adaptativas son:

Estados de shock

Se presenta una negación inicial la cual no debe ser rota de manera precipitada o brusca, ni tampoco mantenida durante mucho tiempo, ya que se corre el riesgo de que el sujeto no tome precauciones en sus relaciones sexuales.

Se presentan descargas afectivas de diferente intensidad, impulsos o pensamientos suicidas, preocupaciones por la muerte, temores de rechazo, miedo a la contagiosidad, que generan aislamiento y temor.

Estado transicional:

Caracterizado por la presencia de ira, tristeza, culpa o miedo. El paciente puede incrementar su aislamiento social y afectivo.

Estado de ajuste:

Durante éste, el sujeto podrá, por medio de transacciones con el medio, con la enfermedad y consigo mismo, encontrar la aceptación ante su situación.

Adaptación postcrisis:

El paciente puede desarrollar sus potencialidades individuales y lograr un mayor crecimiento y enriquecimiento personal e influir para que el medio socio-familiar lo consiga también¹

Ante la enfermedad la familia reacciona en una forma similar a la del paciente. Algunas familias pueden dar cariño, aceptar las culpas y restablecer una relación cálida, abierta, sincera. En la mayoría predominan los sentimientos de rabia y de confusión, ambivalencia y temor. Se ponen a prueba los valores sobre los que se basa la solidaridad de sus miembros.

La familia que lo rechaza angustiada, manifiesta y excesivamente preocupada, o temerosa del contagio, priva al individuo de recursos fundamentales para vivir con la enfermedad.

Evidencias en el campo psicoimmunológico parecen confirmar que la

¹ FERNANDEZ MEJIA, Alvaro y Otros. S.I.D.A.: Enfoque psicosocial del paciente infectado con el V.I.H. 1 Ed. Bogotá, ASCOFAME, 1990. pp. 129 y 130.

respuesta depresiva y ansiosa a un evento estresante crónico, como la infección por el VIH, puede contribuir, junto con otras variables (características de la personalidad, soportes sociales, etc.), a una modificación, temporal o definitiva, de los parámetros inmunitarios.

Varios estudios demuestran que todas las intervenciones de carácter psicosocial no sólo pueden mejorar la situación psíquica, sino también aumentar las defensas del organismo frente a la enfermedad, prolongar las expectativas de vida y aumentar la posibilidad de que el paciente pueda sobrevivir hasta el descubrimiento de medicinas eficaces y resolutivas.

Para los creyentes la fe en Dios es lo que frecuentemente transmite la fuerza para soportar la enfermedad y sus consecuencias.

ATENCION INTEGRAL

La atención integral individualizada hace referencia al abordaje del individuo como una unidad o totalidad que tiene necesidades biológicas, sociales, psicológicas y espirituales propias, por lo tanto todas se deben tener en cuenta para mejorar su calidad de vida (ver. fig. 2).

Descubrir el nuevo significado de estar enfermo y el nuevo tipo de asistencia a que tiene derecho, es una tarea de todo profesional que valora al ser humano y que lo acepta, no ya como un caso clínico, sino en toda su totalidad.

Cuando nos aproximamos a la aplicación de la ciencia a la vida cotidiana se requiere de la integración de conocimientos y surge la

interdisciplinaria. En el abordaje interdisciplinario se deben considerar tres elementos fundamentales que son: La institución, el equipo de trabajo y la población específica a la cual se dirige la atención.

La institución es entendida como la manera peculiar que tiene un grupo humano de organizarse para determinar los fines u objetivos de trabajo; aporta la calidad, la cantidad y disponibilidad de los recursos humanos, físicos, técnicos y administrativos. Estos fines institucionales surgen de la demanda de la población, por lo general como respuesta a determinadas necesidades o urgencias planteadas desde el interior de la población.

El equipo de trabajo hace referencia a profesionales en diferentes áreas de la salud. Incluye médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas, odontólogos, expertos en medicina ocupacional y laboral, asesores espirituales y por lo menos consultores de varias especialidades.

La población, o sea el individuo infectado por el VIH, aporta la percepción que tiene de los acontecimientos internos y externos y la interpretación que da a dichos acontecimientos a la luz de sus experiencias pasadas y de sus condiciones actuales.

LA EDUCACION

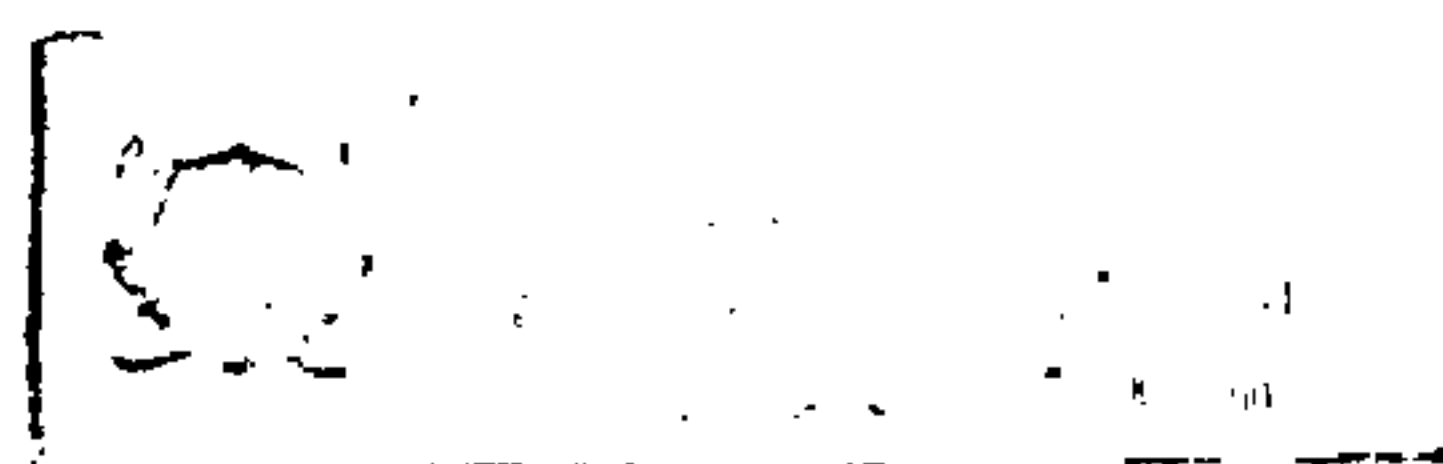
Educar es inducir y estimular a cada individuo con vistas a su propio desarrollo personal, al cambio de conductas duraderas y en el sentido deseado que surgirán ante determinadas situaciones. Educar es enseñar

a conducirse con progresiva eficacia en lo individual, según las motivaciones y el potencial propio de cada persona, con ajuste a una aspiración que trasciende lo personal y representa lo social, los valores compartidos por la comunidad de la cual forma parte.

En el comportamiento humano todas las tendencias a la acción y todos los aspectos sociales se basan y se fundamentan en motivos. La motivación lleva a iniciar el comportamiento, a sostenerlo, a adquirir ciertas respuestas y a activar respuestas aprendidas. La razón de actuar se basa en las necesidades humanas.

Al hombre hay que verlo en su interacción con la realidad que él siente, percibe y sobre la cual ejerce una práctica liberadora. En su relación dialéctica con la realidad es que se va a ubicar la educación como un proceso de constante liberación, generadora de conductas. Lo que importa fundamentalmente a la educación humanista y liberadora es la toma de conciencia que se opera en los hombres mientras actúan. Esta toma de conciencia es de carácter social.

La educación liberadora solidariza a educador y educando frente a una situación problema buscando dialógicamente la comprensión significativa de su situación. Para que el proceso educativo sea auténtico, creativo, personalizante y comunitario tiene que encarar la vida, teniendo en cuenta los principios pedagógicos básicos: instruir, educar y formar. No basta con informar, se requiere calar mas hondo, conocer a la persona que se pretende ayudar, sus formas de pensar, sus creencias, sus mitos, su lenguaje, las pautas de su subcultura. La importancia de la educación en este caso, tanto para los



pacientes y familiares como para el equipo de salud radica en la carencia de medios; ausencia de vacunas preventivas, de medicamentos capaces de eliminar el virus que se haya en las personas infectadas. La inmunodeficiencia en el plano de los valores existenciales, generando la actual cultura de la muerte y de lo desechable; la dignificación del homosexualismo, la desinhibición de las relaciones sexuales y todas las formas de evasión que de hecho separan al hombre de una visión positiva y generosa de la propia existencia.

El SIDA es hijo de la actual cultura sin valores absolutos. Es el fruto de una sociedad que "sufre de una verdadera inmunodeficiencia en el plano de los valores existenciales, que constituyen una verdadera patología del espíritu". (Juan Pablo II, discurso de clausura del Congreso sobre Sida). Lo esencial de la cultura está constituida por la actitud con que un pueblo afirma o niega una vinculación religiosa con Dios, por los valores o desvalores religiosos. Estos radican en aquella zona más profunda, donde el hombre encuentra respuestas a las preguntas más básicas y definitivas que lo acosan (Puebla 389).

El carácter social de ésta dolorosa crisis comienza a tomar día a día mayores dimensiones, imposibles de subestimar, abarcando consecuencias demográficas, pérdidas económicas, costos sanitarios que afectan la procreación, la vida familiar y las libertades individuales.

En el momento actual no se dispone de otro recurso que la educación para combatir este flagelo. La educación ofrece la posibilidad de reducir nuevos contagios, mejorar la calidad de vida del enfermo

evitando las infecciones, la marginación, el sufrimiento al que se ven sometidos en mayor o menor medida sostenidos por ignorancia o desinformación general. Una campaña completa de educación debe abarcar los aspectos técnicos y morales, la parte preventiva y la asistencial.

La Iglesia está respondiendo, como lo hace frente a toda realidad humana - desde la perspectiva de su mandato Divino - como maestra, como sierva y como convocadora de la comunidad cristiana, conciente de que el hombre que sufre es objeto especial de su magisterio y ministerio.

La crisis generada por la pandemia del Sida le da a la Iglesia la oportunidad de realizar un proceso pedagógico transformador basado en los fundamentos evangélicos. El Evangelio es doctrina siempre nueva y oportuna para educar, articulando programas dirigidos a la familia, la escuela, el colegio, la universidad, la parroquia, es decir a toda la comunidad en todos y cada uno de sus componentes.

La educación es la actividad básica de enfermería con la cual se busca que el paciente se convierta en un participante activo en el manejo de su propia enfermedad; haciendo elecciones informadas y tomando decisiones concientes para la utilización de los recursos que le ofrece el medio. Si ocurren modificaciones que requieran intervención el paciente informado puede pedir y recibir apoyo oportuno en cada situación siendo por lo tanto posible prevenir una crisis. Es capaz de identificar cambios que le señalan una necesidad y de buscar ayuda en un sistema de prestación de servicios para hacerle frente a sus propias necesidades.

El cuidado de enfermería busca básicamente aliviar el sufrimiento, evitar enfermedades, conservar y restaurar la salud, rehabilitar y adaptar en caso de secuelas dejadas por la enfermedad. La principal herramienta que la enfermera posee para realizar su intervención es el proceso de enfermería, el cual consiste en una serie de pasos sistematizados que la enfermera planea, ejecuta, supervisa y evalúa para satisfacer las necesidades y resolver problemas de individuos sano o enfermos, tratando de hacerlos cada vez más independientes a través del proceso educativo con participación de la familia, la comunidad y el equipo de salud. Antes de su intervención el profesional de enfermería hace un diagnóstico a partir de la valoración integral de las necesidades del paciente (ver fig. 3 y anexo 5).

Como instrumento central de la educación está la entrevista que realiza el profesional de enfermería para la valoración del paciente. A través de ella se establecen relaciones con el paciente y su familia; se determina el grado de conocimientos que ellos tienen sobre la enfermedad; se identifican necesidades y se realiza el diagnóstico de enfermería.

La labor del consejo es un proceso de diálogo e intervención orientada a facilitar la solución y la comprensión de los problemas, como también a reforzar la motivación. Cuando se aconseja hay que tener en cuenta las necesidades psico-sociales del individuo, del mismo modo que sus necesidades médicas, financieras, jurídicas etc.

Los consejos tienen como objeto brindar apoyo en los momentos de

crisis favorecer el cambio cuando éste es necesario; proponer medidas realistas en el contexto de diferentes situaciones vitales y ayudar a los individuos a aceptar información sobre su salud y bienestar, adaptándolo a sus circunstancias personales. La labor del consejo puede ser un proceso de asesoramiento o educación o ser una respuesta a las necesidades psico-sociales del individuo.

Ante todo esta actividad está dirigida a detectar reacciones del paciente frente a su situación actual y a generar una adecuada relación terapéutica, la exactitud en el cumplimiento de las normas relacionadas con las funciones de diagnóstico y conducta a seguir.

La terapia familiar es un método especial de tratamiento de desórdenes emocionales, se hace con el fin de obtener un mejor funcionamiento de la familia. Su ámbito de intervención es la familia como un todo orgánico.

Se ocupa de las relaciones entre las funciones psico-sociales de la unidad familiar y el destino emocional de sus miembros.

Las secciones familiares ofrecen muchas oportunidades a las familias para aprender a expresar y a compartir de manera más clara y directa lo que sucede entre sus miembros y dentro de cada uno de ellos, impiden la división de los miembros en fracciones cambiantes, abren el camino para nuevos tipos de sentimientos, acciones y reacciones, esclarece los principios de adaptación dinámica al cambio y reestructura la relaciones familiares, aumentando la complementación.

La terapia de grupo consiste en la reunión de pequeños grupos de

personas para el análisis, la discusión y los puntos de vista sobre un problema, caso o tema para su estudio o la solución bajo la dirección de un coordinador.

A través de estas reuniones de grupo se busca que el paciente comunique y aprenda a enfrentar las necesidades ambientales, biológicas, psicológicas, sociales y espirituales.

Grupos de personas que comparten problemas y temores, pueden brindar seguridad y apoyo compartiendo información y discutiendo mejores formas de encarar la enfermedad.

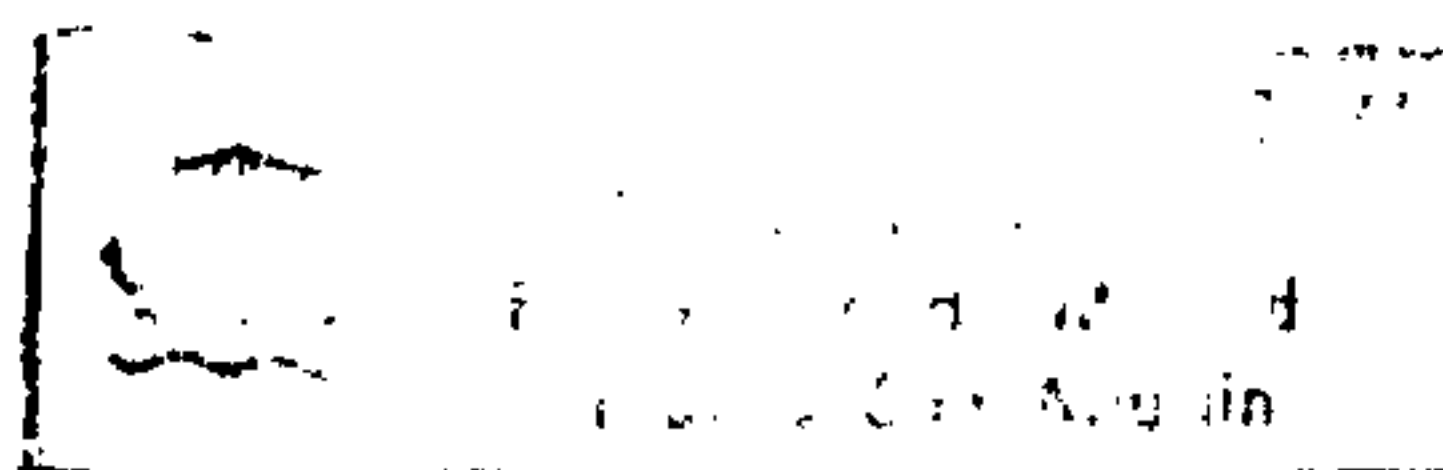
Las enseñanzas aportadas por la experiencia grupal retroalimentan al paciente en relación con la motivación, autorrealización, auto-estima y en cuanto la actitud hacia los demás. Los nuevos y más satisfactorios modos de comunicación como grupo dan lugar a experiencias correctivas.

Control y seguimiento, es la actividad realizada por el médico y la enfermera con el fin de valorar el estado actual de salud y orientarlo en los aspectos relacionados con la prevención y el control de los factores de riesgo y el cumplimiento del tratamiento prescripto a fin de que el paciente aprenda a realizar en forma permanente prácticas de autocuidado. Las citas de control responden a los objetivos clínico-epidemiológicos del programa.

El autocuidado, se destaca como la parte fundamental de las políticas de atención primaria, el ministerio de salud contempla los planes y programas de educación orientados a cualificar los individuos para el

autocuidado de su salud.

Cuando el paciente busca la prestación de servicios está demandando ayuda; hace uso de sus derechos como individuo. Una de las actividades significativas y esenciales de enfermería en el proceso de educación sanitaria es ayudar a los pacientes a hacer elecciones informadas y tomar decisiones conscientes.



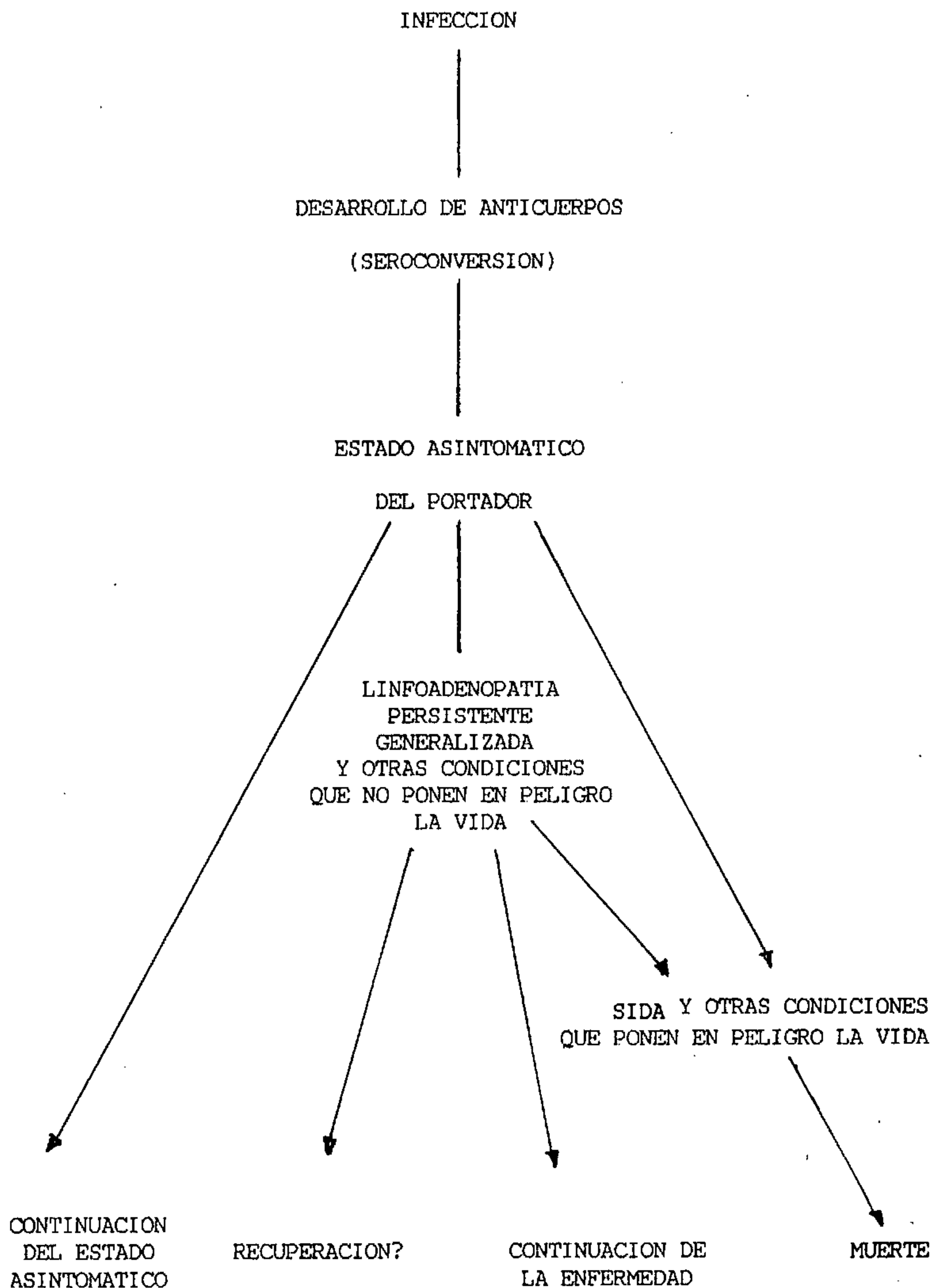


FIGURA 1. Historia natural de la infección con el V.I.H.



Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica
Febrero 7 de 1984
Clausura San Agustín

EL SUPRASISTEMA DEL SISTEMA HUMANO
ES EL MEDIO AMBIENTE INMEDIATO

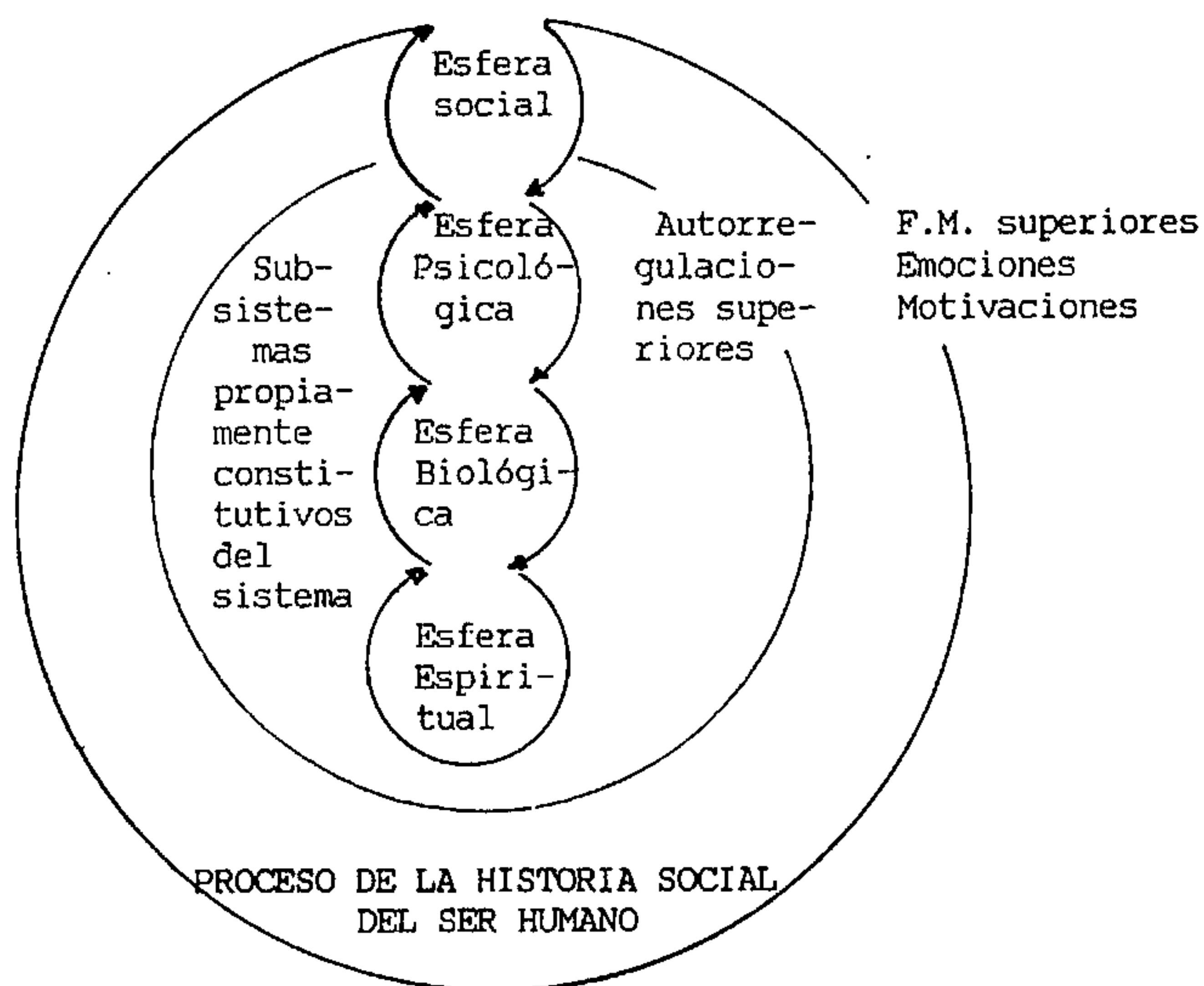


FIGURA 2. Concepción integral del ser humano

FUENTE: GONZALEZ VELEZ, Julio. Manual de atención básica en salud mental, prevención y manejo. Manizales 1988 p.62.

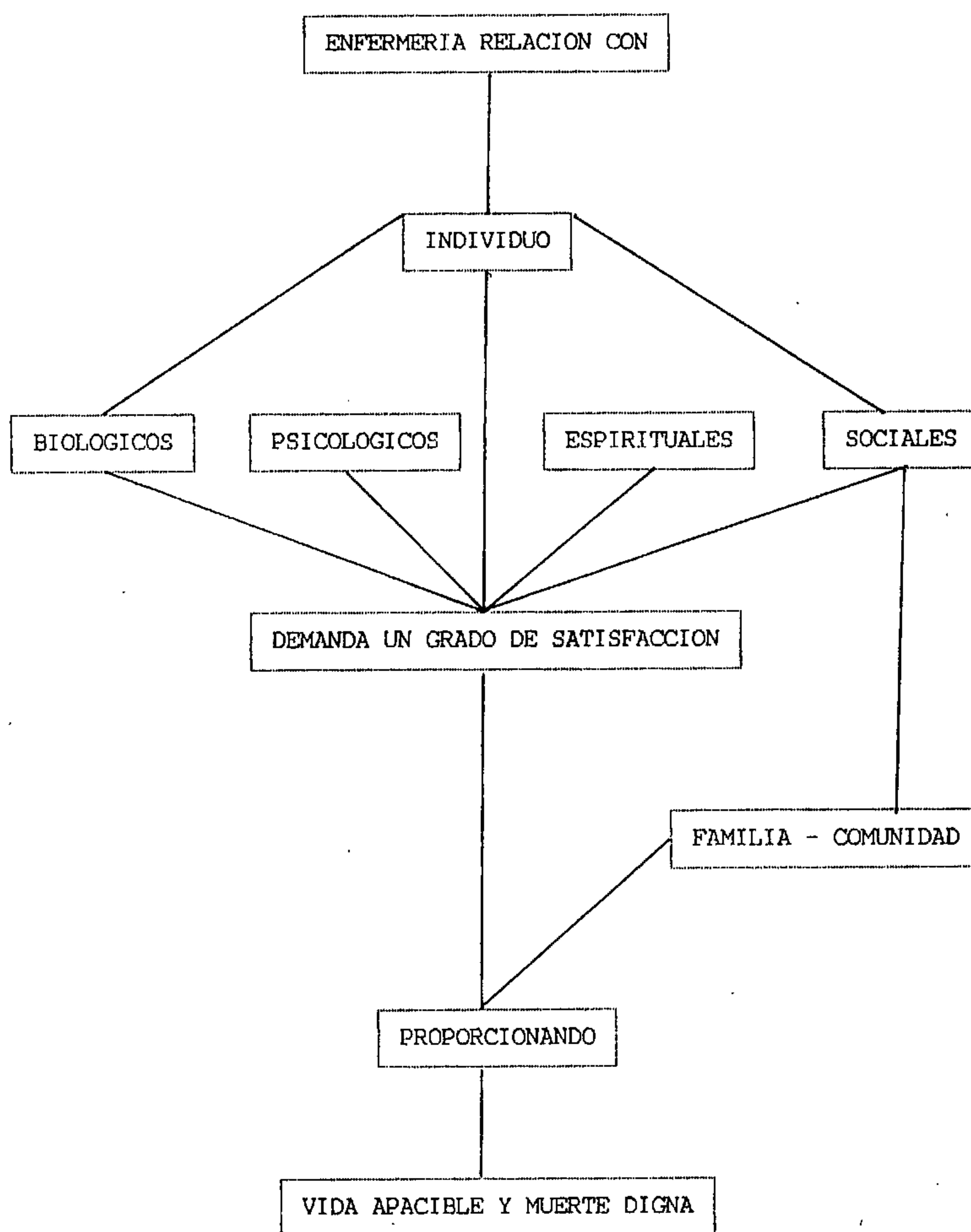


FIGURA 3. Flujograma de atención de Enfermería

METODOLOGIA

Se realizó un estudio evaluativo de tipo descriptivo, orientado a medir aspectos educativos y asistenciales para la atención integral al paciente infectado por el V.I.H. y su familia.

Según el cronograma de actividades, no fue posible obtener una muestra significativa en el Hospital San Pablo durante el tiempo previsto. Por tal motivo, se acudió a los Hospitales Universitario, ISS, Del Niño Jesús, en Barranquilla y al Universitario de Cartagena. La población correspondió a 90 pacientes. Como muestra se tomó el 23% de esta población. Participaron 21 pacientes, que acudieron a las Instituciones antes mencionadas en busca de atención, en el período comprendido entre Agosto y Diciembre de 1991; 17 miembros del Equipo de Salud, que durante este tiempo les brindaron atención y 11 de los familiares de los pacientes. Se programó encuestar a uno de los familiares más cercanos a cada paciente, lo cual no se pudo lograr debido a que el 48% de los pacientes prefieren que sus familiares ignoren la condición de infectados por el V.I.H.

La información se obtuvo a través de la entrevista y la encuesta, para lo cual se contó con la colaboración de 2 Enfermeras, las cuales fueron orientadas por la investigadora.

Los resultados permitieron describir características de la población, relación con su entorno familiar y social, necesidades, recursos con que cuenta y su utilización, opinión sobre la calidad de atención brindada por el equipo de salud.

Los familiares proporcionaron información sobre los conocimientos acerca de la enfermedad, educación, y calidad de atención ofrecida por el equipo de salud.

El equipo de salud informó sobre la existencia de grupos interdisciplinarios en la institución y la forma como se cumplen algunas funciones relacionadas con la atención integral al enfermo, quienes y por qué medios puede asegurarse la educación al paciente y a la familia.

Los resultados se presentaron en tablas de uno y dos criterios de clasificación, en gráficas ilustrativas y se anexaron gráficas complementarias de referencia (ver anexos 10, 11, 12 y 13).

ORGANIZACION Y ANALISIS ESTADISTICO

Para mejor comprensión de la situación del paciente se informa sobre algunas características de la población: edad, sexo, estado civil, hábitos sociales, antecedentes relacionados con enfermedades de transmisión sexual. Se midieron cada una de las variables orientadas a establecer la correlación entre el nivel de conocimientos sobre el manejo de la enfermedad y la calidad de la atención brindada por el equipo de salud.

En lo que respecta a la edad de las personas infectadas por el V.I.H. éstas están comprendidas entre los 19 y 44 años. Por grupos de 5 años, llama la atención que la edad mayormente afectada está entre los 24 y 28 años (29%) siguiendo en importancia los grupos entre los 29 y 33; 39 y 44 con un porcentaje de 24% respectivamente (ver fig.4).

En los datos proporcionados por el Servicio Seccional de Salud del Atlántico se observó una distribución semejante de edades. (ver gráfica de referencia, Anexo 10).

El porcentaje acumulativo de 71.4% corresponde a edades menores de 34 años. Este grupo de personas jóvenes y adultos víctimas de la infección por el V.I.H. son representativos de una población que tienen factores de riesgo tales como:

Vida sexual activa.

Patrones de comportamiento que rompen con los patrones éticos y morales ocasionados por el desajuste social (Homosexualismo, drogadicción y prostitución)

Utilización del sexo como instrumento económico de subsistencia.

Bajo nivel de educación y adaptación al medio social.

Deterioro y pérdida de los principios éticos y morales ocasionados por descomposición familiar.

TABLA 1. Nivel educativo de los pacientes infectados por el V.I.H. según grupos de edad. Cartagena-Barranquilla 1991.

		NIVEL EDUCATIVO																					
		PI		%		PC		SI		%		SC		%		UI		%		UC		%	
EDAD																							
19 - 23		1	4.8	-	-	1	4.8	2	9.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24 - 28		1	4.8	-	-	1	4.8	2	9.5	1	4.8	1	4.8	1	4.8	1	4.8	1	4.8	1	4.8	1	4.8
29 - 33		-	-	-	-	-	-	2	9.5	-	-	-	-	3	14.3	-	-	-	-	-	-	-	-
34 - 38		-	-	-	-	1	4.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
39 - 44		1	4.8	-	-	1	4.8	1	4.8	1	4.8	1	4.8	1	4.8	1	4.8	1	4.8	1	4.8	1	4.8
T O T A L		3	14.3	-	-	4	19.1	7	33.3	2	9.5	5	23.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

CONVENCIONES:

PI = Primaria incompleta
SI = Secundaria incompleta
UI = Universidad incompleta

PC = Primaria completa
SC = Secundaria completa
UC = Universidad completa

FUENTES: Encuestas aplicadas.

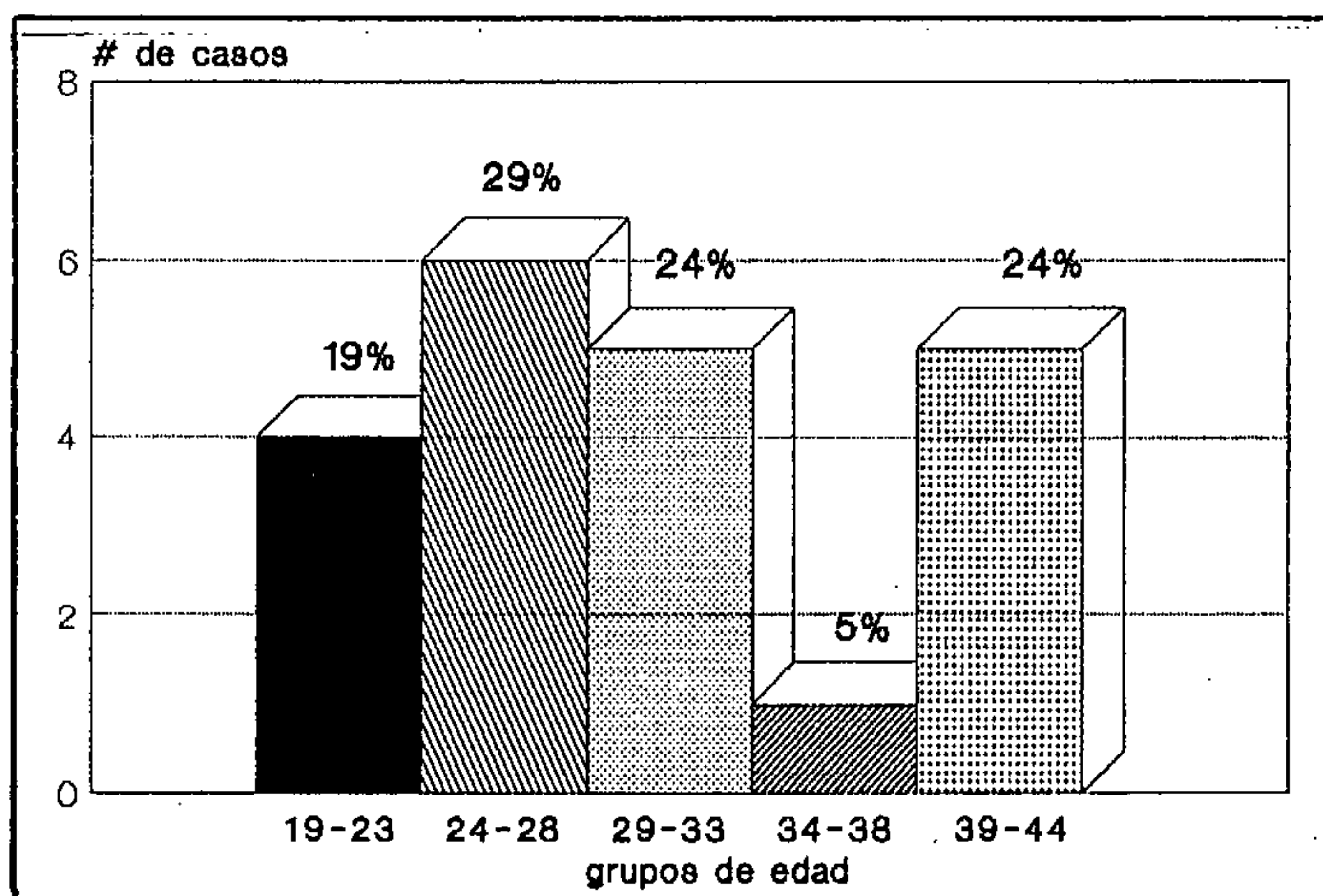
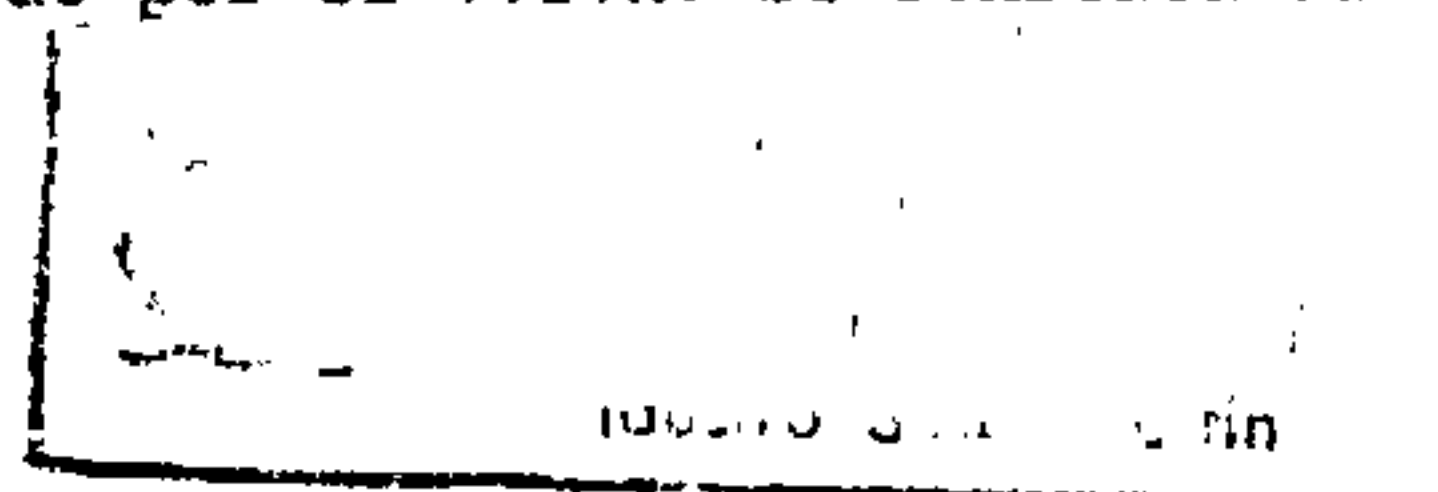


FIGURA 4. Pacientes infectados por el V.I.H., según distribución por grupos de edad. Cartagena-Barranquilla 1991.

En relación con el nivel educativo de los pacientes infectados por el V.I.H., se aprecia que el mayor porcentaje de casos corresponde al de secundaria completa con 33.3%, siguiéndole en importancia los de universidad completa 23.8% y secundaria incompleta con 19.1%.

Es importante resaltar que el 86% de los casos corresponde en forma acumulada al grupo con niveles educacionales de secundaria y universidad lo que indica que los pacientes infectados en estos casos no poseen nivel educativo deficiente ya que sólo el 14% tuvieron primaria incompleta.

Estos datos indican que no hay correlación directa entre el nivel educacional y el hecho de estar infectado por el V.I.H. Se constata el



vacío educativo del colegio y la universidad en formación de actitudes para la vida.

TABLA 2. Estado civil de los pacientes infectados por el V.I.H., según sexo. Cartagena-Barranquilla 1991.

ESTADO CIVIL	SEXO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	%
		FREC.	%	FREC.	%		
SOLTERO		15	88	-	-	15	70
CASADO		-	-	1	25	1	5
SEPARADO		-	-	2	50	2	10
UNION LIBRE		2	12	-	-	2	10
VIUDO		-	-	1	25	1	5
TOTAL		17	81	4	19	21	100

FUENTE: Encuestas aplicadas.

En la tabla 2 se observa que el sexo masculino, presenta el mayor porcentaje, (81%) con respecto al femenino (19%) (ver fig.5). Estos porcentajes nos indican que la incidencia en el sexo masculino es aproximadamente 4 veces la edad del sexo femenino, lo cual se confirma mediante una prueba de asociación Chi cuadrado ($P = 0.05$) esto significa que hay diferencias significativas con una probabilidad menor del 5%.

La diferencia explica que la persona del sexo masculino está más expuesta a factores de riesgo para adquirir la infección por el V.I.H. Uno de los factores predominantes es el machismo.

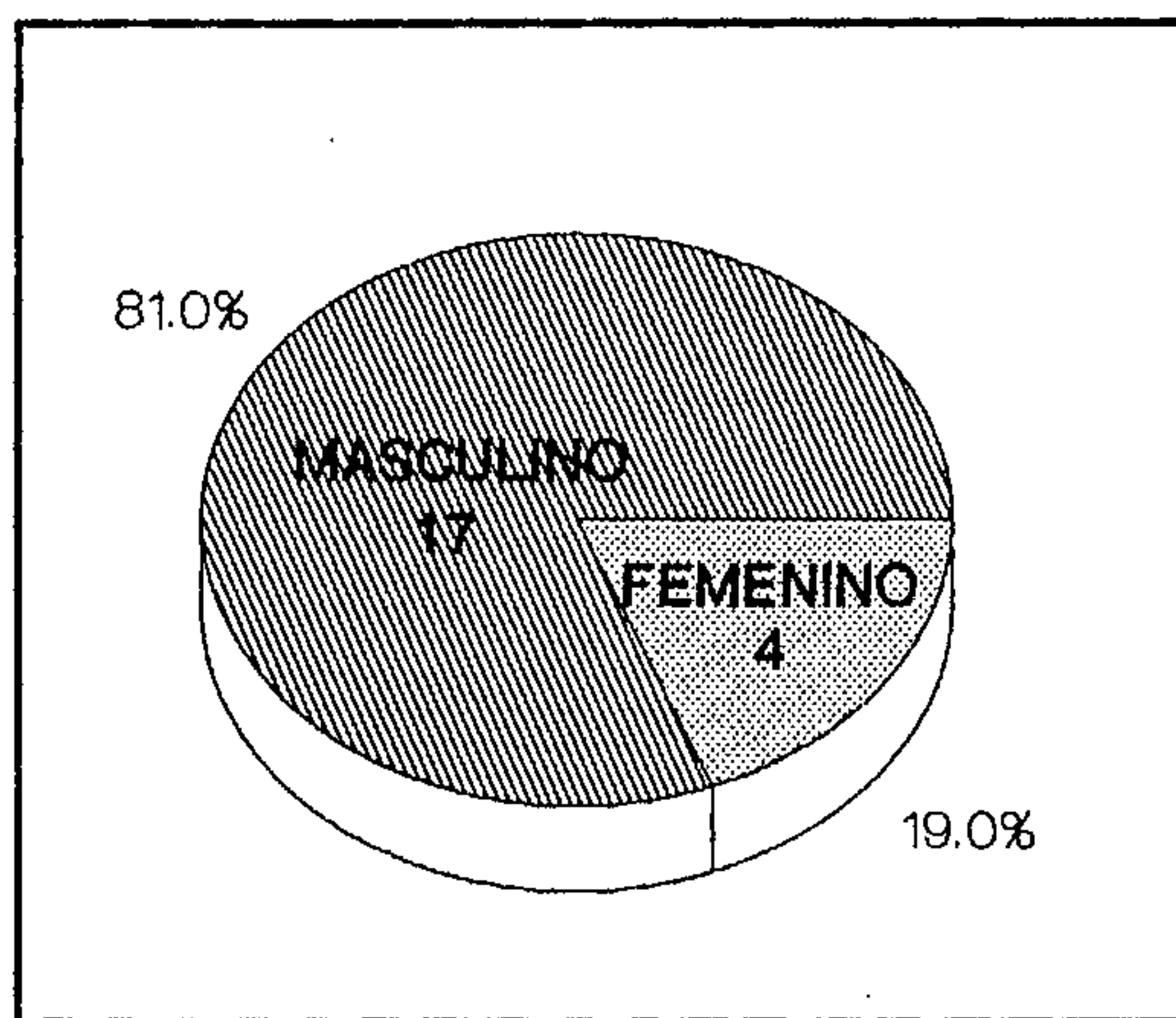


FIGURA 5. Población estudiada, según sexo. Cartagena-Barranquilla 1991

El mayor porcentaje correspondió al estado civil de solteros (70%) esta gran diferencia de porcentaje con respecto a las demás categorías, adquieren una importancia particular cuando se analizan aspectos tales como la comercialización de la libido, la explotación del sexo como herramienta de trabajo en medios turísticos convirtiéndolo en un artículo de oferta y demanda sin ningún compromiso (ver fig.6).

Otro aspecto importante es que el mayor porcentaje de casos, por sexos, fue de hombres con estado civil de solteros (88%) y le siguieron en importancia las mujeres separadas (con un 50%).

La sexualidad no es tomada como un bien fundamental de la persona

humana que adquiere su sentido más profundo y realizador en la relación estable de dos personas que han decidido poner en común sus vidas en un don, recíproco y fiel, abierto a la vida.

Esta situación expone al grave peligro del contagio del SIDA a un enorme grupo de adolescentes y jóvenes. Las regiones turísticas son las más azotadas por el problema.

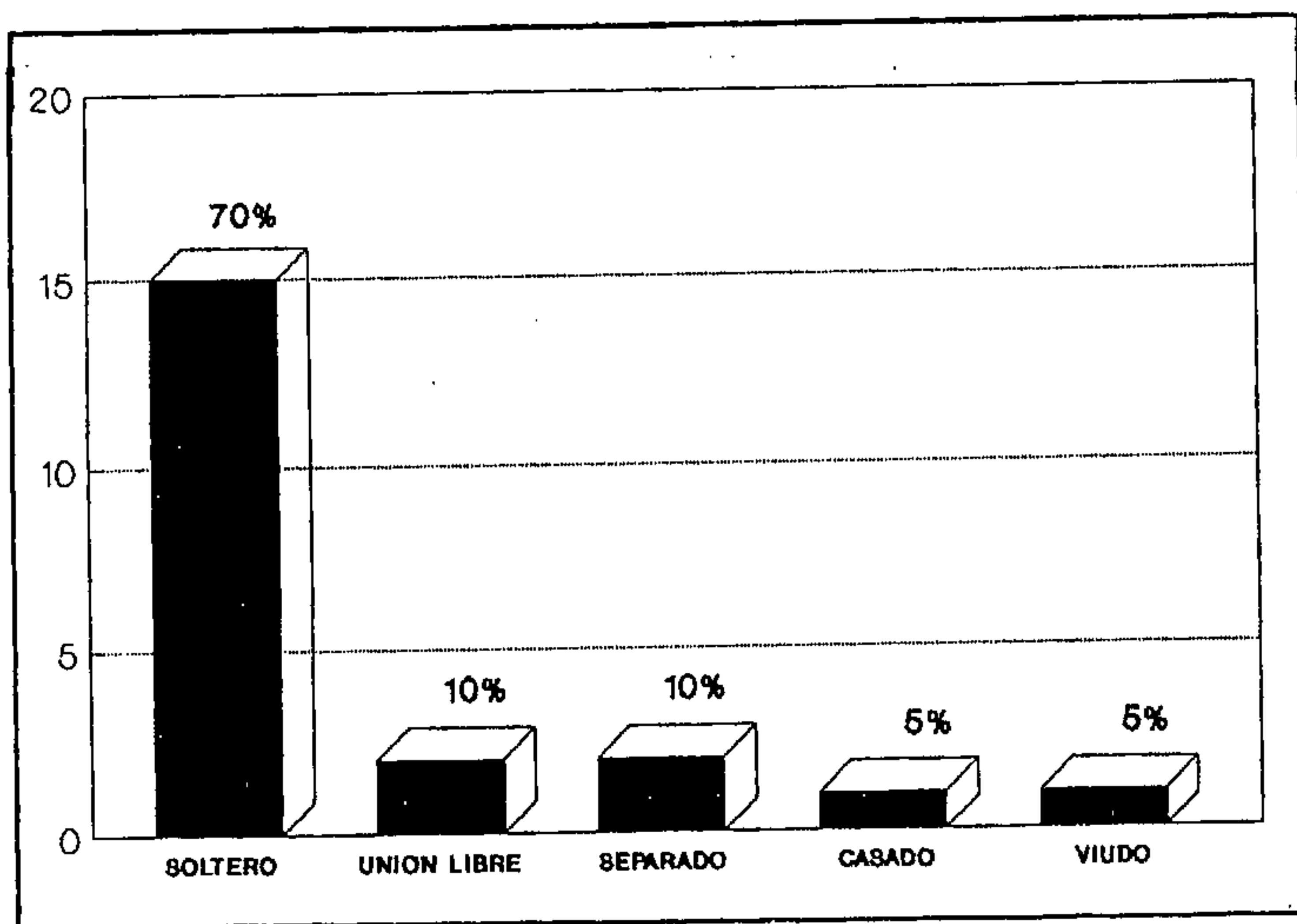


FIGURA 6. Estado civil de pacientes infectados por el V.I.H. Cartagena-Barranquilla 1991.

TABLA 3. Nivel de conocimientos de los pacientes infectados por el V.I.H. Cartagena-Barranquilla 1991.

INDICADORES	NIVEL DE CONOCIMIENTOS			
	ANTERIORES		POSTERIORES	
	FREC.	%	FREC.	%
SUFICIENTES	10	48	16	76
DEFICIENTES	3	14	5	14
ERRONEOS	1	5	-	-
NULOS	7	33	-	-
TOTAL	21	100	21	100

FUENTE: Encuestas aplicadas.

Los niveles de conocimientos anteriores a la infección por el V.I.H., valorados como suficientes corresponden al 48%, deficientes 14%, nulos 33%, erróneos 5%. Los conocimientos posteriores a la infección resultaron ser relativamente mayores después de conocido el diagnóstico 76% (ver fig.7).

El hecho de que el nivel de los conocimientos posteriores al diagnóstico sea mayor puede deberse al interés que se despierta en el individuo a buscar información por todos los medios pero también, a la intervención del equipo de salud.

Estos resultados son indicadores de la gran necesidad de información y educación que tiene el paciente y de la labor educativa implícita en la atención por parte de todos los agentes de salud.

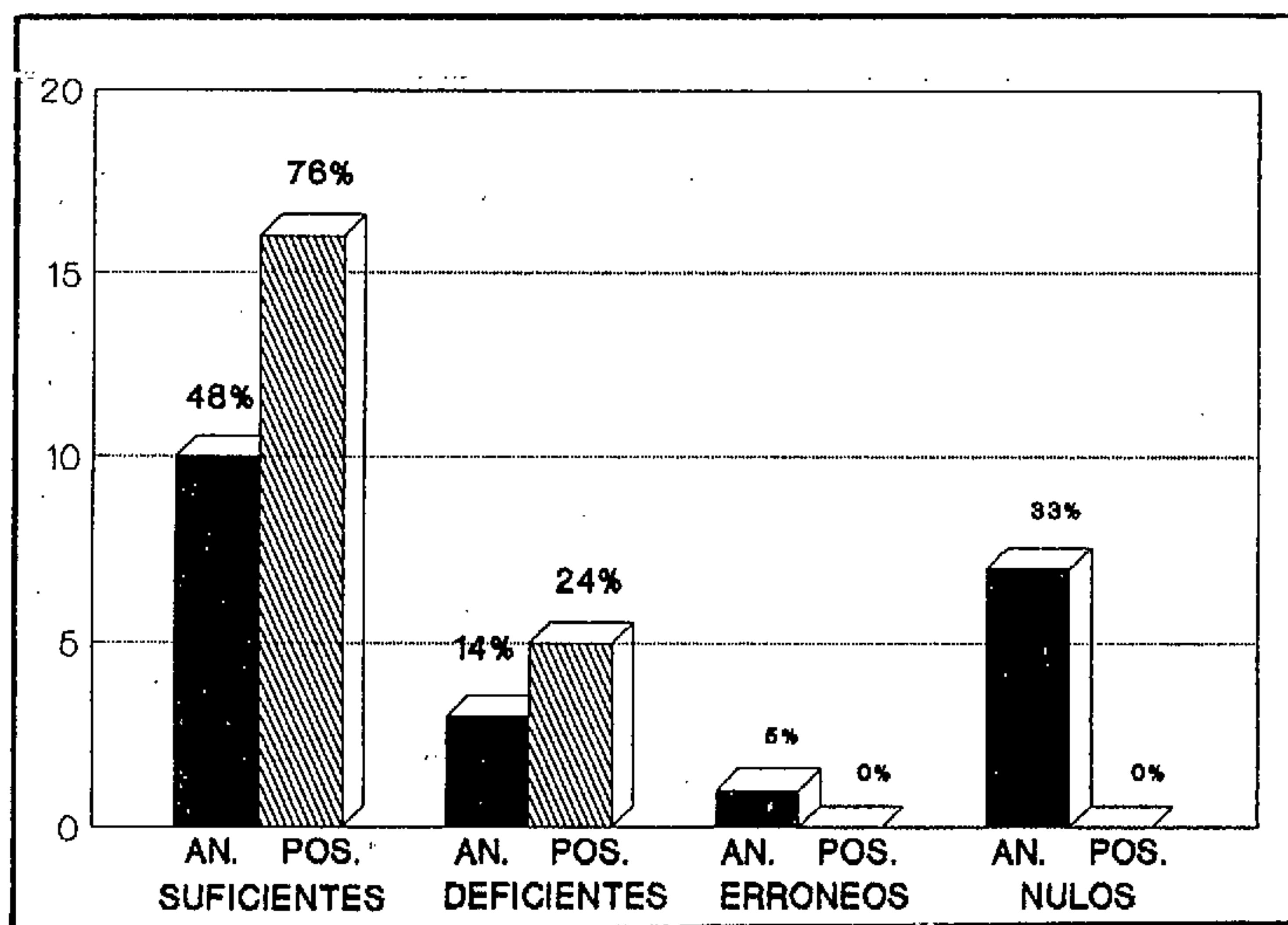


FIGURA 7. Nivel de conocimientos en los pacientes, anteriores y posteriores a la infección por el V.I.H. Cartagena-Barranquilla 1991.

TABLA 4. Medios educativos utilizados por los pacientes infectados por el V.I.H. Cartagena-Barranquilla 1991.

INDICADORES	MEDIOS EDUCATIVOS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EQUIPO DE SALUD	20	51%
MEDIOS DE COMUNICACION	16	41%
LIBROS	2	5%
AMIGOS	1	3%
TOTAL	39	100

FUENTE: Encuestas aplicadas.

El medio más importante a través del cual el paciente adquirió los conocimientos fué el equipo de salud (51%) y le siguieron la televisión, la radio y la prensa (41%) (ver Tabla 4).

Los medios de comunicación representan un gran avance en la tarea de dar información y educación pero éstos no reemplazan al diálogo, al intercambio personal que permite crear conciencia, dar y recibir ayuda y hacer la retroalimentación necesaria en cualquier momento del proceso.

TABLA 5. Recursos utilizados por los pacientes V.I.H. positivos para satisfacer necesidades de orientación, diagnóstico, atención médica y ayuda espiritual. Cartagena-Barranquilla 1991.

RECURSO	NECESIDAD ORIENTACION		DIAGNOSTICO		ATENCION MEDICA		AYUDA ESPIRITUAL	
	FRC.	%	FRC.	%	FRC.	%	FRC.	%
HOSPITAL	11	52.4	8	38.1	9	42.9	-	-
I.S.S.	7	33.3	3	14.3	2	9.5	-	-
MEDICO PARTICULAR	2	9.5	2	9.5	2	9.5	-	-
SACERDOTE	-	-	-	-	-	-	3	14.3
NO INFORMAN	1	4.8	8	38.1	8	38.1	18	85.7
T O T A L	21	100%	21	100%	21	100%	21	100%

FUENTE: Encuestas aplicadas.

Esta tabla demuestra que el paciente infectado por el V.I.H. acudió o fué remitido al hospital universitario para orientación, diagnóstico y consulta con porcentajes específicos de 52.4% , 38.1%, 42.9% respectivamente; siguiendole en importancia los que acuden al ISS en donde

una proporción de 33.3% recibieron orientación; 14.3% se les hizo el diagnóstico y en consulta se atendió una proporción de 9.5% . En busca de ayuda espiritual acudió al sacerdote un 14.3%. El 9.5% acudió a médico particular.

Vale la pena resaltar que un grupo considerable de pacientes no da información con respecto a orientación 4.8% , diagnóstico 38.1% para consulta 38.1% y para ayuda espiritual 85.7%.

Los diferentes estigmas que acarrea el SIDA determinan que muchos tengan miedo de que los que buscan atención terminen siendo discriminados. Por otro lado, el gran costo de las pruebas diagnósticas mantienen a la mayoría de los pacientes pendientes de la prueba confirmatoria.

Con respecto a la ayuda espiritual no todas las instituciones tienen en su equipo de salud personas prestantes de servicios espirituales; el fenómeno del ateísmo y la indiferencia religiosa son factores que pueden estar incidiendo para que el individuo no se identifique con el valor de lo religioso, de la fe por lo tanto ni se solicita ni se ofrece la atención espiritual.

La tabla 6 presenta los motivos que hicieron sospechar que el paciente estaba infectado por el V.I.H.. Los motivos más frecuentes fueron: enfermedad orgánica (38%) ; contacto de personas infectadas (24%); SIDA en su pareja sexual (14%) ; un 10% se practica la prueba por curiosidad al observar conductas de riesgo; 14% no informa.

Al 76% de los pacientes los tomó por sorpresa el diagnóstico, sólo el

TABLA 6. Motivo de la prueba y reacciones al resultado positivo para V.I.H. Cartagena-Barranquilla 1991.

MOTIVO MAS FRECUENTE			REACCIONES AL RESULTADO POSITIVO						
	FRC.	%	TR.	D.	A.	TM.	DM.	N	NI.
ENFERMEDAD ORGANICA	8	38	8	3	-	4	-	-	-
INFECCION EN CONTACTOS	5	24	4	1	3	-	2	-	-
SIDA EN LA PAREJA SEXUAL	3	14	2	3	2	-	1	-	-
NO INFORMAN	3	14	-	2	2	-	-	-	1
CURIOSIDAD	2	10	1	-	-	-	-	2	-
T O T A L	21	100%	15	9	7	4	3	2	1

CONVENCIONES: TR = Temor al rechazo D = Desesperación A = Angustia
 TM = Temor a morir DM = Deseo de morir N = Ninguna
 NI = No informa

FUENTE: Encuestas aplicadas.

10% fué conciente de tener factores de riesgo para el contagio por el V.I.H.

La ignorancia de la gente se explica por la falta de formación con respecto a la sexualidad y porque por encima de las tareas educactivas ha prevalecido la única medida preventiva del uso del preservativo o condón.

Sobre la frecuencia de las patologías más comunes en los pacientes infectados por el V.I.H., ilustra la figura de referencia del Servicio Seccional de Salud del Atlántico (Ver Anexo 11).

El temor al rechazo y al abandono, la desesperación y la angustia en porcentajes de 37%, 22% y 17% respectivamente, son las notas sobresa-

lientes como reacciones ante la evidencia de la enfermedad; con menor frecuencia el temor a morir y el deseo de morir.

Los resultados demuestran la gran necesidad de ayuda y apoyo que requieren estos pacientes aún los que afirman no haber experimentado ninguna reacción (5%), los cuales pueden estar haciendo una negación por su estado de shock.

El miedo, la ignorancia y el rechazo que a menudo caracterizan una amenaza tan inminente están causando graves consecuencias en el paciente, en el grupo familiar y social y de salud, porque a menudo se ven excluidos de la familia, la sociedad y los servicios de salud. La enfermedad pone a dura prueba los valores sobre los que se basa la solidaridad.

TABLA 7. Enfermedades de transmisión sexual y formas de transmisión en pacientes infectados por V.I.H. Cartagena-Barranquilla 1991.

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	FREC.	%	FORMAS DE TRANSMISION				
			RELACIONES SEXUALES		TRANS- FUSION	SIN DATOS	
			H.	P.	HT.		
SIFILIS	6	20					
GONORREA	5	17					
CONDILOMAS	3	10					
HERPES GENITAL	1	3					
SOLO INFECCION POR V.I.H.	15	50	62%	23%	4.8%	4.8%	4.8%
T O T A L	30	100					

CONVENCIONES: H = Homosexual P = Promiscuo HT = Heterosexual

FUENTE: Encuestas aplicadas.

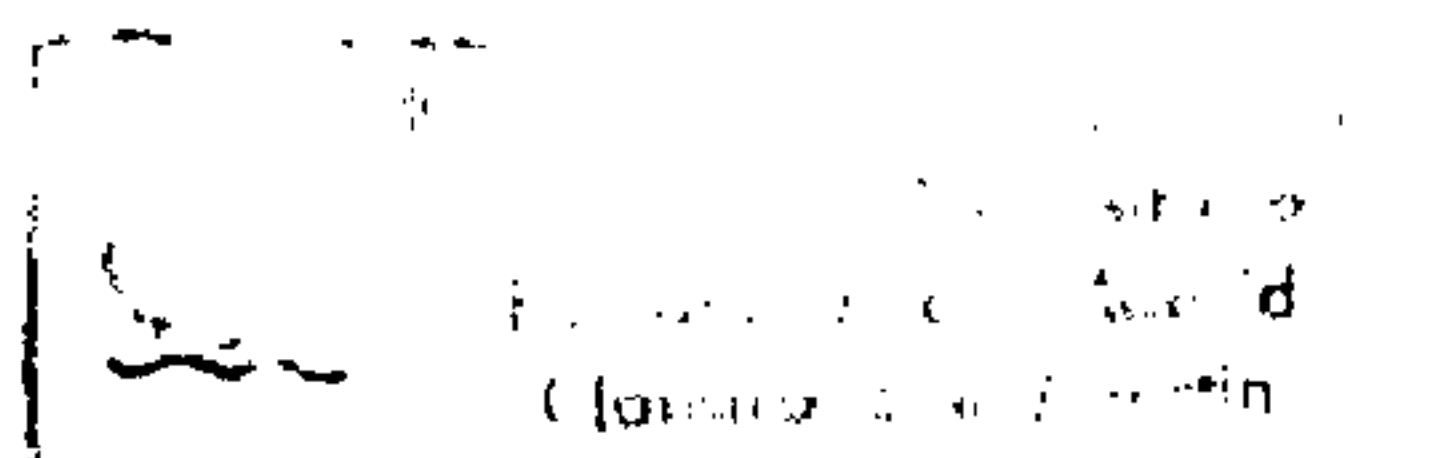
En la tabla 7 se observa que el 50% de los pacientes manifiestan no haber sufrido ninguna enfermedad de transmisión sexual anterior a la infección por el V.I.H. El 50% restante informan haber sufrido Sífilis (20%),Gonorrea (17%),Condilomas (10%),Herpes Genital (3%) (ver fig.8).

Se ha analizado como ciertas formas de encuentro y de contacto entre las personas pueden crear y eliminar el riesgo de difundir las enfermedades de transmisión sexual. Hoy ha crecido la conciencia de que las causas biológicas, las condiciones ambientales y los componentes socioculturales influyen fuertemente en el desarrollo y difusión de las enfermedades infectivas, concretamente en relación con el abuso de la sexualidad; sin embargo la mayoría de los pacientes desconocían muchos de los aspectos relacionados con las enfermedades de transmisión sexual.

Una explicación de por qué el 50% de los pacientes han sufrido como única enfermedad de transmisión sexual la infección por el V.I.H. estaría dada por las conductas homosexuales. La frecuencia de la infección luego de relaciones anales, es alta. El socio pasivo está particularmente expuesto por las lesiones que se producen en la mucosa rectal a través de las cuales puede pasar el virus del espermatozoides al circuito sanguíneo.

En la Tabla 7 se aprecia que el mayor porcentaje (62%) corresponde a quienes les fué transmitida la infección del V.I.H. por contacto homosexual; le sigue en menor proporción la relación promiscua (23%); en forma heterosexual y por transfusión el 5% respectivamente.

Es significativo que un 5% no dió ninguna información lo que impide al



investigador conocer otras formas de transmisión del virus.

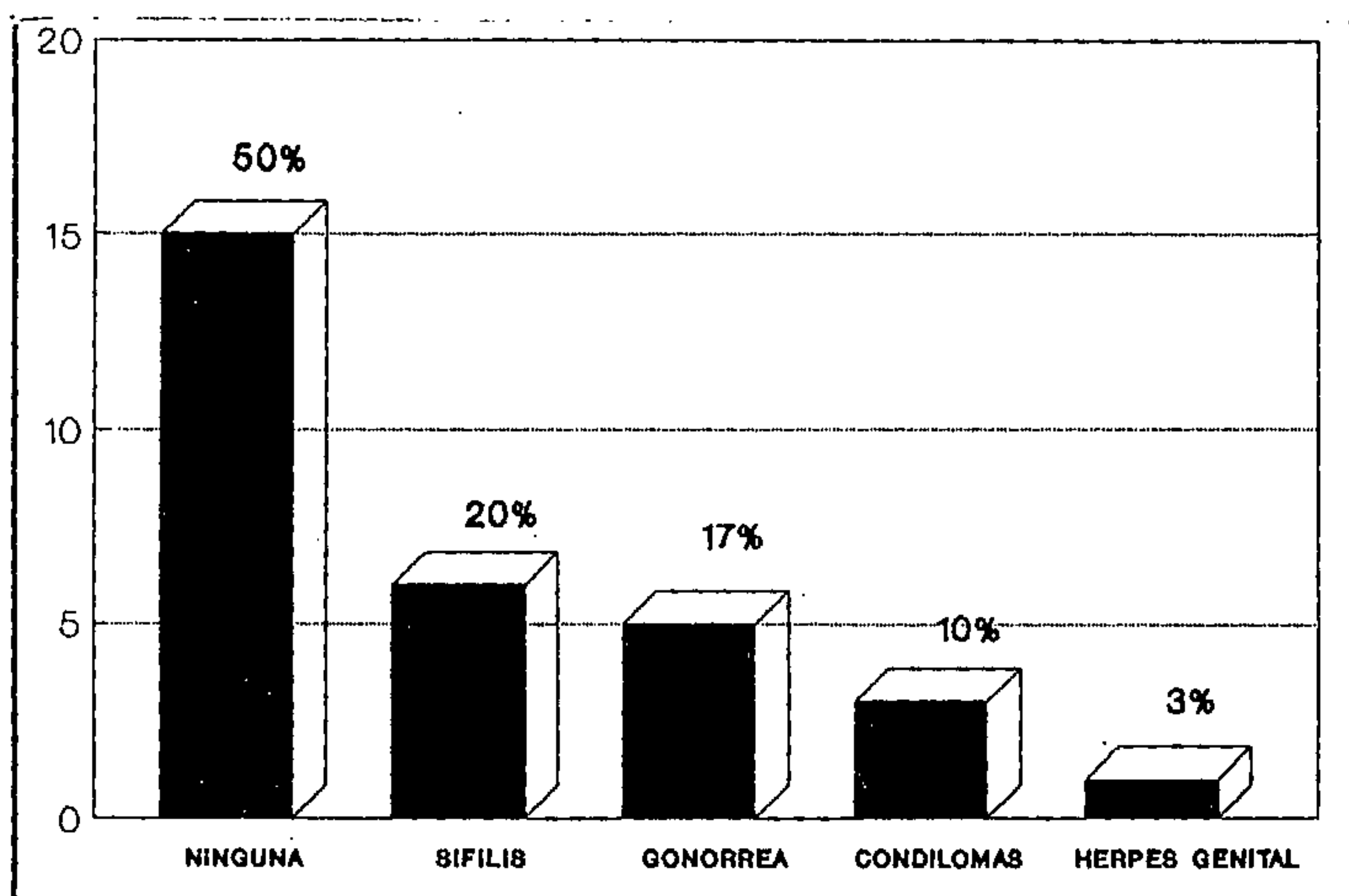


FIGURA 8. Enfermedades de transmisión sexual sufridas por los pacientes infectados por el V.I.H. Cartagena-Barranquilla 1991.

Aún admitiendo que todos podemos ser víctimas de la enfermedad, sobre la base de los datos recogidos, se comprueba que la primera categoría es la de los homosexuales.

Los homosexuales resultan ser el grupo con mayor potencial difusor del contagio. Los hábitos sexuales y su modo general de vida ubican en este grupo a personas que no son homosexuales esenciales, sino que están a la búsqueda de formas extravagantes de satisfacción erótica.

Quizas una de las mayores causas de éstas conductas se encuentran en los roles inadecuados que viven algunas familias y su bajo nivel de educación sexual.

En la tabla 8, con relación a la ayuda esperada por el paciente infectado por el V.I.H. se destacan el apoyo familiar, la atención del equipo de salud, la ayuda psicológica, económica y espiritual en orden decreciente con porcentajes de 25%, 24%, 14%, 13% y 11% respectivamente (ver fig.9).

Cabe resaltar la importancia que se le da al apoyo familiar ya que la tarea que desarrolle la familia es fundamental y en estas circunstancias, las relaciones se entorpecen por reacciones de rabia, confusión, ambivalencia y temor al contagio por lo que puede producirse el rechazo y el abandono.

TABLA 8. Tipo de ayuda esperada por el paciente infectado por el V.I.H
Cartagena-Barranquilla 1991.

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
APOYO FAMILIAR	14	25
ATENCION DEL EQUIPO DE SALUD	13	24
AYUDA PSICOLOGICA	8	14
APOYO ECONOMICO	7	13
APOYO ESPIRITUAL	6	11
ACOMPANAMIENTO DE AMIGOS	5	9
APOYO MORAL	1	2
AYUDA SOCIAL	1	2
T O T A L	55	100%

FUENTE: Encuestas aplicadas.

Mucho más que las numerosas enfermedades infectivas que la humanidad ha experimentado en el transcurso de su historia, el SIDA tiene repercusiones profundas de carácter moral, psicológico, económico, social etc. de ahí las necesidades expresadas.

El equipo de salud debe ofrecer todo el apoyo necesario a los familiares de los pacientes a fin de fortalecer el núcleo familiar para que puedan soportar con dignidad las consecuencias que acarrea la enfermedad.

TABLA 9. Principales actividades realizadas en el tiempo libre y personas con quienes las comparte. Cartagena-Barranquilla 1991.

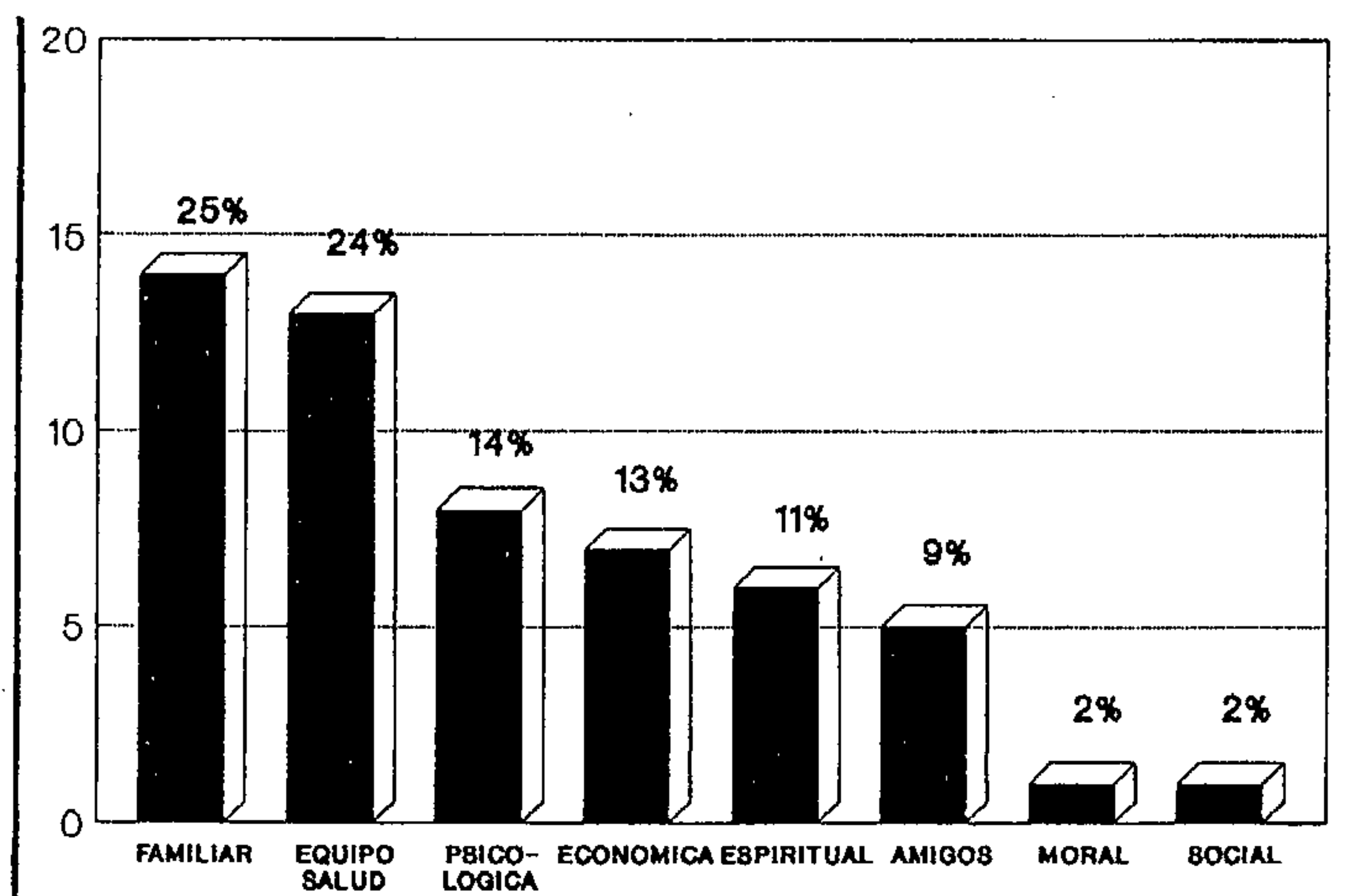
ACTIVIDADES EN TIEMPO LIBRE	PERSONAS CON QUIENES LAS COMPARTEN									
	S	%	F	%	A	%	F y A	%	TOTAL	%
LEER	10	48	-	-	1	4	-	-	11	52
DEPORTE	-	-	2	10	1	4	-	-	3	14
TELEVISION	-	-	3	14	-	-	-	-	3	14
MUSICA	-	-	-	-	2	10	-	-	2	10
VIAJAR	-	-	-	-	-	-	2	10	1	5
ESCRIBIR	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5
T O T A L	10	48	5	24	4	18	2	10	21	100%

CONVENCIONES:

S = Solo F = Familia A = Amigos F y A = Familia y Amigos

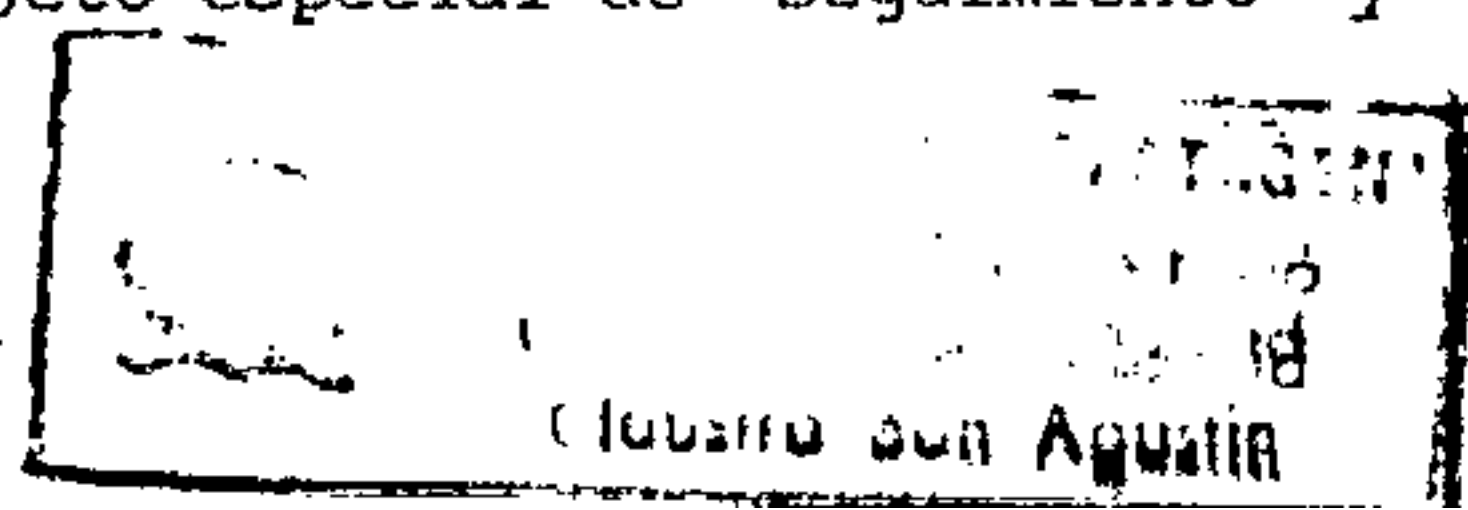
FUENTE: Encuestas aplicadas.

FIGURA 9. Tipo de ayuda esperada por el paciente infectado con el V.I.H. Cartagena-Barranquilla 1991.



En la tabla 9 donde se relacionan los pasatiempos preferidos de la población de pacientes, manifiestan dedicarse a la lectura, a la práctica de deportes, a ver la televisión y a escuchar música, con porcentajes de 52, 14, 14 y 10% respectivamente.

Es importante resaltar que el mayor porcentaje 52% manifiesta dedicarse a la lectura, tanto por lo que esta actividad puede constituirse en uno de los medios para llevar educación y diversión a estos pacientes, como por lo que puede significar el desprecio y rechazo del grupo familiar y social por ser una enfermedad que genera vergüenza y produce aislamiento y marginación, constituyéndose esta actividad en un refugio con la cual el paciente evade la compañía. En este caso tanto el paciente como la familia serían objeto especial de seguimiento y



acompañamiento por parte del equipo de salud.

Se observa que el mayor porcentaje de pacientes (48%) no comparten su tiempo libre con otras personas, prefieren estar solos, lo que puede confirmar el aislamiento y el rechazo que sufren un número considerable de éstos individuos; además puede influir la actitud del paciente que se excluye y se aleja de los demás.

El 34% corresponde en forma acumulada a los pacientes que comparten con su familia y 18% que comparten solo con amigos. Es importante tener en cuenta que el 48% de éstos pacientes no han comunicado a sus familias su condición de infectados por el V.I.H. por lo tanto las relaciones familiares no han sufrido ninguna alteración.

Esta situación hace evidente la necesidad de organizar grupos de auto ayuda a los cuales el paciente se pueda integrar oportunamente.

TABLA 10. Calidad de atención brindada en los Servicios de Salud, según opinión del paciente, familiares y miembros del Equipo de Salud. Cartagena-Barranquilla 1991.

PUNTAJE	PACIENTES		FAMILIARES		EQUIPO DE SALUD		TOTAL		CALIFICACION
	FRC.	%	FRC.	%	FRC.	%	F.	%	
20 - 40	2	9.5	-	-	4	23.5	6	12.5	MALA
41- 60	10	47.6	5	45.5	2	11.8	17	34.7	DEFICIENTE
61 - 80	4	19.1	5	45.5	8	47.0	17	34.7	REGULAR
81 - 100	5	23.8	1	9.0	3	17.7	9	18.3	BUENA
T O T A L	21	100%	11	100%	17	100%	49	100%	

FUENTE: Encuestas aplicadas.

Los puntajes en la calidad de atención (34.7%) corresponden en su mayoría a una atención deficiente y a regular.

En opinión de los pacientes el mayor porcentaje (47.6%) estuvo entre 41 y 60 puntos, lo que corresponde a una atención deficiente.

Según los familiares el porcentaje también es significativo 45.5% Por su parte el equipo de salud califica la calidad de la atención entre regular y mala, con un porcentaje de 82% . Valdría la pena profundizar en este aspecto a fin de esclarecer la diferencia de opinión. Un poco más de la mitad de los pacientes (57%) consideran que la calidad de la atención es deficiente y mala.

En la tabla 11 es representativo que un 47% del personal del equipo de salud encuestado considere que no existe un grupo interdisciplinario para la atención del paciente infectado por el V.I.H. Un 12% manifiesta no saber si existe un grupo interdisciplinario.

TABLA 11. Respuestas del Equipo de Salud sobre la existencia de un grupo interdisciplinario para la atención del paciente infectado con el V.I.H. Cartagena-Barrquilla 1991.

INDICADORES	CARTAGENA		BARRANQUILLA		TOTAL	
	FRC.	%	FRC.	%	FRC.	%
SI	1	6	5	30	6	36
A VECES	-	-	1	5	1	5
NO	3	17	5	30	8	47
NO SABE	2	12	-	-	2	12
T O T A L	6	35%	11	65%	17	100%

FUENTE: Encuestas aplicadas.

Esto puede deberse a que cada profesional realiza su trabajo independientemente y no como parte de un equipo, además desconoce los programas que se desarrollan en la institución en relación con estos pacientes.

Valdría la pena determinar las causas que inducen a que los funcionarios no se hayan implicado en la atención al paciente seropositivo para el V.I.H.

Comparando las dos seccionales, Atlántico y Bolívar se observa una marcada diferencia en lo que respecta a la concepción del trabajo en grupo.

El equipo de salud considera en un 34% que la visita domiciliaria es el medio a través del cual se puede educar mejor al paciente y a la familia. Esto puede deberse al intento de concentrar en algunos miembros del equipo la responsabilidad de la atención a éstos pacientes ya que analizándolo funcional y financieramente no es factible que se trasladen todo un grupo interdisciplinario a la residencia del paciente.

El porcentaje siguiente es el de 22% que corresponde a la terapia de grupo lo cual facilita el aprendizaje debido al compartir de experiencias y vivencias que suceden en ésta actividad. La consulta médica (16%) y de enfermería (16%) también se consideran como medio tradicional para educar a la familia y al paciente. En menor porcentaje la psicoterapia individual (3%) medio al que todavía muy pocas personas tienen acceso y los medios de comunicación (3%) los cuales no permiten

una retroalimentación en el proceso.

TABLA 12. Agentes educativos y medios a través de los cuales se debe educar al paciente infectado con el V.I.H. y a su familia, según opinión del Equipo de Salud. Cartagena-Barranquilla 1991.

QUIENES DEBEN INFORMAR Y EDUCAR	ACTIVIDADES Y MEDIOS							TOTAL	%
	VD	TG	CM	CE	PS	LC	MC		
EQUIPO DE SALUD	11	--	--	--	--	--	--	11	34
GRUPOS DE AYUDA MUTUA	--	7	--	--	--	--	--	7	22
MEDICO	--	--	5	--	--	--	--	5	16
ENFERMERA	--	--	--	5	--	--	--	5	16
PSICOLOGO	--	--	--	--	1	--	--	1	3
TRABAJADOR SOCIAL	1	--	--	--	--	--	--	1	3
MEDIOS DE COMUNICACION	--	--	--	--	--	--	1	1	3
T O T A L	12	7	5	5	1	1	1	32	100%

CONVENCIONES:

VD = Visita Domiciliaria
 CM = Consulta Médica
 PS = Psicoterapia individual
 MC = Medios de Comunicación

TG = Terapia Grupal
 CE = Control de Enfermería
 LC = Líderes de la Comunidad

FUENTE: Encuestas aplicadas.

Existe consenso en torno a que debe ser todo el equipo de salud quien de información y educación al paciente infectado por el V.I.H. y a su familia. Esto es necesario para que cada uno de sus miembros pueda aportar al paciente los conocimientos específicos del área en que se desempeña.

La enfermera mantiene un papel preponderante como agente educativo dentro del equipo cuando esto considera en un 16% que es enfermería quien debe dar información y educación.

El psicólogo (3%), el médico, el trabajador social y los líderes de la comunidad han sido señalados como agentes educativos por los miembros del equipo de salud.

En lo referente a la tabla 13, las opiniones del equipo de salud sobre aspectos relacionados con la atención del paciente infectado por el V.I.H. determinan que se tiene conocimiento por parte de algunos de los profesionales sobre la existencia de programas para este fin; un 35% conceptúa que si; 18% a veces; 35% dicen que no y 12% no saben la existencia de éstos programas. Lo cual denota la deficiente información y la carencia de elementos educacionales respecto al mismo. Esto tal vez se deba a que las reuniones de grupo interdisciplinario se realizan esporádicamente (a veces 35%) o no se realizan (35%).

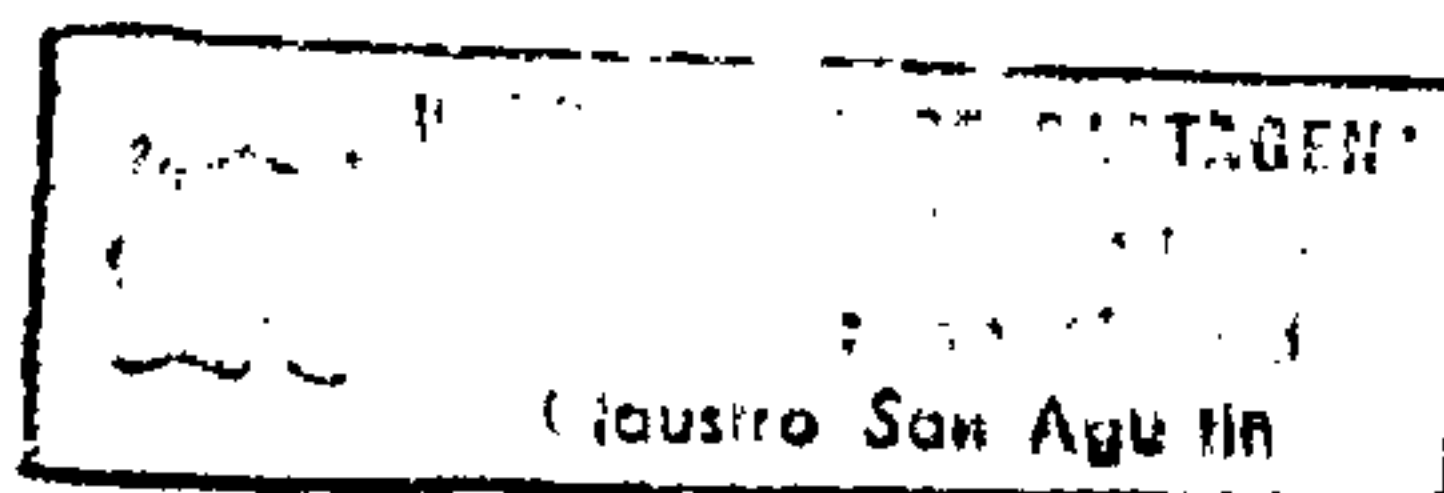
Es necesario resaltar que a pesar de carecer de coordinación, como programa, el grupo de profesionales consideran que si se da información y educación en forma integral (53%) en la atención se utilizan criterios que impiden la discriminación y la estigmatización (71%); los recursos humanos y técnicos están al servicio del paciente (71%) se tienen en cuenta los derechos del enfermo (65%).

La atención psicológica y social básica se da en un 41%, la orientación nutricional en un 47% por lo cual se puede conceptuar que existen los recursos humanos necesarios para que un programa de atención in-

TABLA 13 Opinión del Equipo de Salud sobre aspectos relacionado con la atención del paciente infectado con el V.I.H., en la Institución donde labora. Cartagena-Barranquilla 1991.

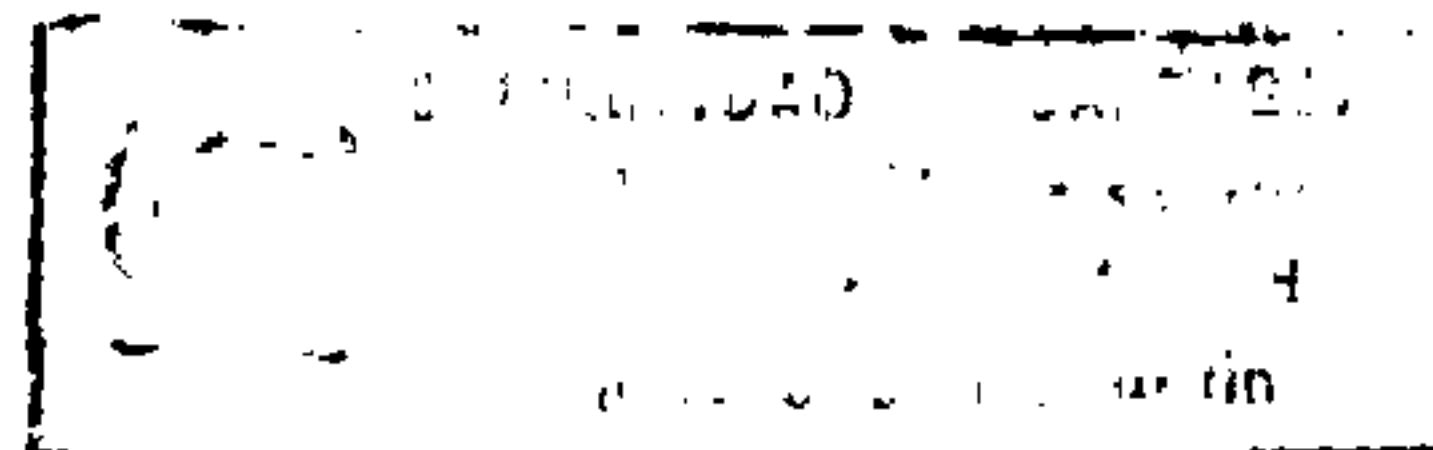
INDICADORES	FRECUENCIA	SI	%	A.V.	%	N	%	N.S.	%
Funciona en la Institución un programa para la atención del paciente infectado con el V.I.H.	6	35	3	18	6	35	2	12	
Se realizan reuniones de grupo interdisciplinario para el manejo del individuo infectado con el V.I.H	3	18	6	35	6	35	2	12	
Se da información y educación en los aspectos biológicos, sociales, psicológicos y espirituales.	9	53	3	18	2	12	3	18	
Se utilizan criterios que impidan la discriminación y estigmatización.	12	71	3	18	1	6	1	6	
Se ponen al servicio del paciente los recursos humanos y técnicos disponibles.	12	71	3	18	1	6	1	6	
Se tienen en cuenta los derechos del enfermo.	11	65	2	12	2	12	2	12	
Se ofrece atención psicológica.	7	41	4	24	3	18	3	18	
Se da atención social básica.	7	41	2	12	2	12	6	35	
Se realiza orientación nutricional.	8	47	5	29	2	18	2	18	
Se le da atención odontológica.	5	29	3	18	3	18	6	35	
T O T A L		47%		20%		16.5%		16.5%	

FUENTE: Encuestas aplicadas.



tegral se ejecute y funcione para la atención del paciente infectado por el V.I.H.

Relacionando estos resultados con la opinión que se tiene sobre la calidad de la atención puede concluirse que la deficiencia es de educación relativa al trabajo de equipo la cual debe conllevar a la transdisciplinariedad que da la congruencia a todas las disciplinas en una acción concreta y a la conciencia de trabajo con un individuo infectado por el V.I.H. El hecho de que existan recursos no supone la convicción y el interés por ayudar a estas personas.



CONCLUSIONES

Las variables consideradas en el estudio presentaban los aspectos en los que el paciente y la familia deben recibir educación y atención. Los resultados permiten orientar algunas acciones hacia la atención integral del paciente infectado por el V.I.H. y su familia.

Existe una gran población de jóvenes y adultos jóvenes en su mayoría del sexo masculino infectados por el V.I.H., asintomáticos. No sabemos si estarán destinados a una lenta transformación hacia las formas clínicas graves, o si gracias al buen equilibrio entre el sistema inmunitario y el virus, estén destinados a convivir indefinidamente sin experimentar daño personalmente, representando siempre una forma de contagio para la comunidad.

La transmisión del virus está estrechamente relacionada con el comportamiento humano, no sólo en relación con la conducta sexual sino también con el desequilibrio social y económico.

La atención requerida por el paciente está en relación con sus necesidades que demandan para el individuo un grado de satisfacción considerada de importancia según su jerarquización. Existe un creciente convencimiento entre los trabajadores de la salud, que no basta con aumentar los conocimientos para llevarlos a la práctica; en

la atención del enfermo se requiere hacer una opción y asumir claras actitudes en este campo que afecta tanto la calidad de la vida del paciente, como su propia vida.

La atención en salud a través de grupos de auto-ayuda es cada vez más aceptada y solicitada por el paciente, no así por la familia, la cual se opone a encuentros en los cuales el paciente podría revelar la condición de infectado por el V.I.H. y su conducta sexual, lo cual acarrearía para la familia un estigma social. La educación que se está dando al público no es suficiente para reducir el riesgo de contagio.

Los resultados de la investigación muestran la necesidad de una campaña educativa continua y completa como parte de cualquier esfuerzo para controlar la difusión de la infección por el V.I.H. Una campaña que no de solamente información sino que lleve a cambios concretos de comportamiento sexual. El abuso de la sexualidad pone en marcha un proceso expansivo de la enfermedad.

La actitud negativa de soledad y aislamiento en el paciente puede ser síntoma de la insatisfacción de la necesidad de pertenencia a un grupo. La atención continua e integral debe evitar la ruptura de las relaciones del paciente con su familia o su ambiente habitual.

El acompañamiento y la asistencia a estos enfermos y a la familia en su dimensión espiritual proporciona una forma trascendente de ver la vida, permite encontrar respuesta a cuestionamientos vitales; impregna con fuerza renovadora los pensamientos y permite vencer el miedo y

la inseguridad con la verdad y la solidaridad.

La enfermera tiene un papel preponderante como agente educativo y asistencial, sin embargo es necesario definir roles para que cada uno de los miembros del equipo proporcione la ayuda específica del área en que se desempeña. De acuerdo a las necesidades y a la forma como se percibe y como percibe su entorno familiar y social frente a la enfermedad, el paciente demanda una mayor o menor intervención de los distintos miembros del equipo interdisciplinario.

Los objetivos del estudio se lograron en cuanto que se conocieron características de la población, necesidades, recursos con que se cuenta y su utilización por parte del paciente y la familia. La meta fue informar y educar al paciente y a la familia respecto a cómo fomentar la salud en una forma integral, donde obtener mayor información, a donde acudir para pedir consejo y apoyo. Esta meta demanda un trabajo coherente, sistemático, continuado y oportuno para que se traduzca en planes efectivos de atención al paciente infectado por el V.I.H. y su familia.

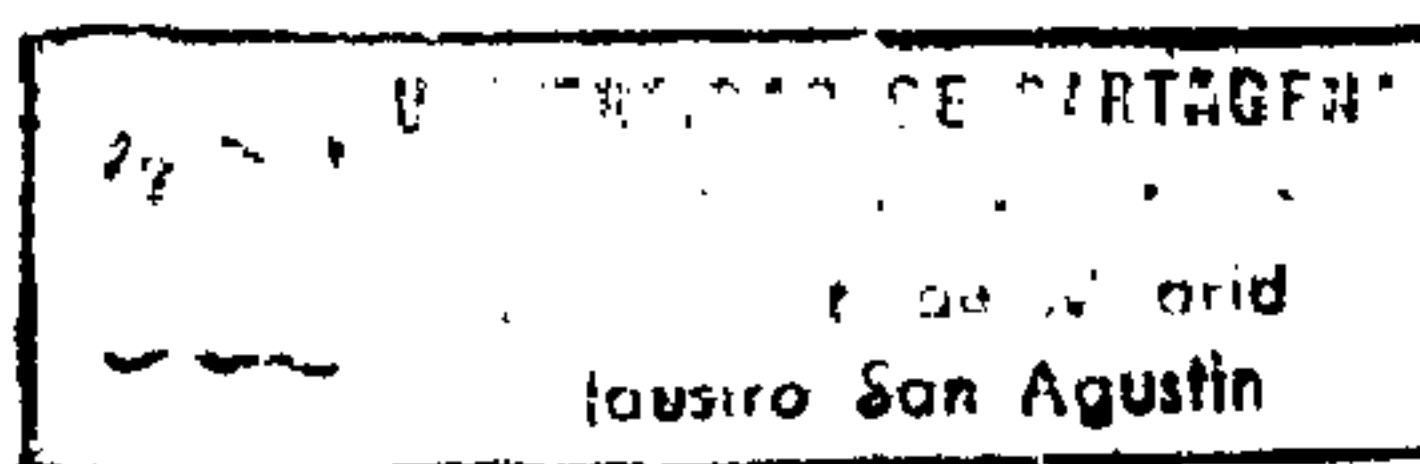
La deficiencia en el aspecto educativo es notoria. El paciente no conoce sus derechos (ver anexo 1), las políticas de salud ni los aspectos en que puede estar necesitando atención según las dimensiones de su persona que resulten afectadas.

RECOMENDACIONES

Es necesario acoger a este grupo de personas en un programa específico donde a través de la educación se les lleve a asumir con plena conciencia responsabilidades con respecto a su vida y a la de los otros (ver Anexo 12).

Dadas las evidencias del impacto del comportamiento sexual en la población de estudio para la transmisión del V.I.H. una de las primeras tareas en las que se tendría que asumir un compromiso intersectorial sería la educación para la salud sexual. Cada vez es más imperiosa la necesidad de trabajar en la búsqueda de medios nuevos de educación personal desde el núcleo familiar como primera escuela. Los estudios académicos no ofrecen elementos formadores para el comportamiento sexual.

Es necesario realizar un trabajo de sensibilización entre los trabajadores de la salud para que surja de entre estos un grupo capaz de acompañar con amor y humanización a los pacientes, a sus familiares y al mismo equipo de salud. la calidad de la atención se ve afectada por las consecuencias de la crisis económica y social en donde son evidentes los conflictos entre las obligaciones del trabajador y la ética profesional; la asignación y priorización de recursos.



Para mejorar la calidad de atención al paciente, es necesario valorar su situación en forma integral. Cuando la persona enferma físicamente, tiende a experimentar cambios psicológicos, sociales, espirituales de diferentes grados de intensidad, estos cambios son a veces más importantes que la misma enfermedad. Por tanto al analizar, diagnosticar y tratar la problemática del enfermo, no debe verse sólo a través de procesos técnicos y asépticos sino teniendo en cuenta todas las dimensiones de la persona y sus interrelaciones.

El acompañamiento del paciente debe abordarse con un enfoque interdisciplinario y ecuménico que garanticen la continuidad de la atención. Para lo cual se requiere promover una programación operativa, decidida y eficaz a través de una red de apoyo que articule recursos humanos, físicos y de dotación en las unidades prestantes de servicios a esta población. Es necesario informar ampliamente la comunidad sobre la existencia y ubicación de éstos recursos.

La iglesia ofrece proyectos y servicios litúrgicos que deben darse a conocer y ofrecerse en forma explícita a la familia, al paciente y a los trabajadores de la salud y a la comunidad en general.

En la medida en que se desarrollen programas educativos se deben incrementar acciones asistenciales y no existe un sistema organizativo que respalde este proceso por tanto, no es posible aún comprobar la hipótesis; sin embargo se pueden establecer líneas de acción para producir cambios favorables en este sentido.

Los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud para atender

al paciente, tanto en el aspecto educativo como asistencial, en el proceso de detección, diagnóstico y control de la infección deberían ser conocidos y puestos en práctica por todos los profesionales de la salud que entran en contacto con este tipo de pacientes. (ver anexos 2, 3 y 4).

BIBLIOGRAFIA

- ARDILA, Rubén. Psicología del aprendizaje. 10ed. 1977.
- BOADA PABON, Ana Sofía. Modelo de Enfermería de apoyo e integración para pacientes en fase terminal. ISS, Barranquilla, Uninorte 1988
- BOLETIN EPIDEMIOLOGICO. Editado por Oficina de Epidemiología. Enero-Febrero-Marzo, 1990.
- BOLETIN INTERNACIONAL PARA INTERCAMBIOS DE INFORMACION SOBRE EL SIDA. Acción en SIDA, 1990.----- N- 4. Junio, 1989; N- 2, Noviembre, 1988; N- 1 AGOSTO, 1988; N- 3, Marzo, 1989.
- CENTRO CAMILIANO DE PASTORAL DE SALUD. Misión el hombre. Boletín informativo N.2, 1989.
- COBOS, Francisco. "Familia". Introducción a la Psicología Familiar. Bogotá: Centro Editorial Universidad Nacional de Colombia, 1986.
- CONSEJO PONTIFICIO PARA PASTORAL DE SALUD. Dolentium Hominum. N- 13. Roma: Tipografía Poliglota Vaticana, 1990.
- CORSI OTALORA, Carlos. La Liberación. 2ed. Colección Nueva civilización; Universidad la Gran Colombia, 1988.
- FERNANDEZ MEJIA, Alvaro. Enfoque psicosocial del paciente infectado por el V.I.H. Bogotá 1990.
- FREIRE, Paulo. Extensión o comunicación: América Latina. Bogotá 1977.
- FUNDACION UNIVERSITARIA LUIS AMIGO. Comunidad Terapéutica una experiencia reeducativa: Medellín. 1989.
- GARCIA, María Mercedes. Seminario Taller para los países de Suramérica sobre participación de la enfermera en la prevención y control de la infección por el V.I.H. y SIDA. Cartagena, Abril, 1990.
- GRUPO DE AYUDA E INFORMACION. Actualización en SIDA. Bogotá, Agosto, 1989.

GUTIERREZ, Maríz Esmeralda. Participación de la Enfermera en la prevención y control de la infección por el V.I.H. y SIDA. Seminario Taller Cartagena, Abril 1990.

HH.DOMINICAS DE LA PRESENTACION. Proyecto de Pastoral de Salud para América Latina, 1987.

IATREIA. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Volumen 2. Agosto, 1989.

ICFES. Aprender a investigar. Módulo 2. Editorial Guadalupe. Bogotá 1990.

INVESTIGACION Y EDUCACION EN ENFERMERIA. Volumen VII. N.1 Marzo, 1989: Universidad de Antioquia. P.111-137.

JARAMILLO, Carlos. Enfermedades por Retrovirus, Capítulo 30. CIMA. 1990

MAYA, Luz Elena. Epidemiología de la infección por el V.I.H. y SIDA Suramérica. Servicio Seccional de Salud de Antioquia, Oficina de Epidemiología. Medellín. Marzo, 1990.

OMS. Series sobre el SIDA. N- 3. Directrices para la asistencia de enfermería a las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (V.I.H.), 1988.

----- N- 1. Ginebra, 1988.

PAREDES, Nancy. Papel del profesional de enfermería ante el paciente con SIDA. Hospital Universitario del Valle. Departamento de enfermería. Comité de infecciones, Cali. Marzo de 1990.

RANGEL, Rosario Alba. El SIDA, situación en SIDA. Grupo de ayuda e información. Bogotá, Agosto, 1989.

REVISTA SELARE. Bogotá-Colombia. Edición Angular Ltda. N- 40 de 1990.

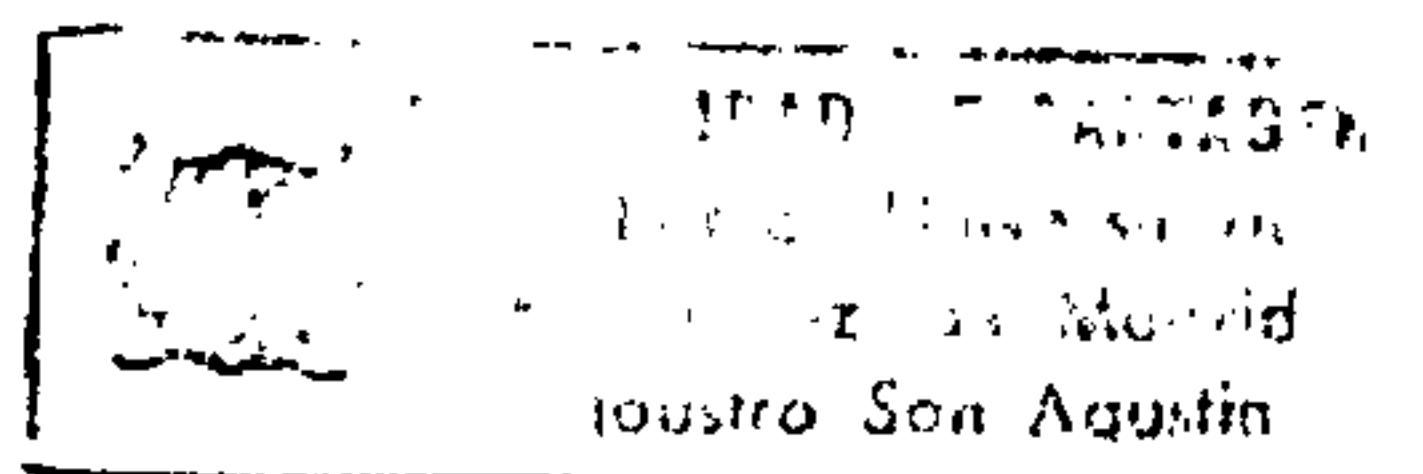
SECRETARIA NACIONAL DE PASTORAL SOCIAL. El Cristiano frente al SIDA. Colección para la Acción Pastoral, N- 8.

Sistema de Educación Continua SIDA ASCOFAME. Bogotá-Colombia. 1a. ed., 1990.

UNICEF/OPS/OMS. Manual de atención básica en Salud Mental. Manizales, 1988.

VARIOS. Iladiba. Bogotá. Maldonado, Agosto, 1988.

----- La Unión Internacional contra la tuberculosis y enfermedades respiratorias. Vol. 62-65. París: UICTER, 1987-1990.



VELANDIA-MORA. Los aspectos psicosociales del SIDA. Cartagena, Abril 3 de 1990.

VIEDNA, Christiane. (Subdirectora de salud mundial). Hablando del SIDA. 1989.

WITTER DU GAS, Beverly. Tratado de enfermería. 3ed.: Interamericana, 1979.

ANEXO 1. LOS DERECHOS DEL ENFERMO

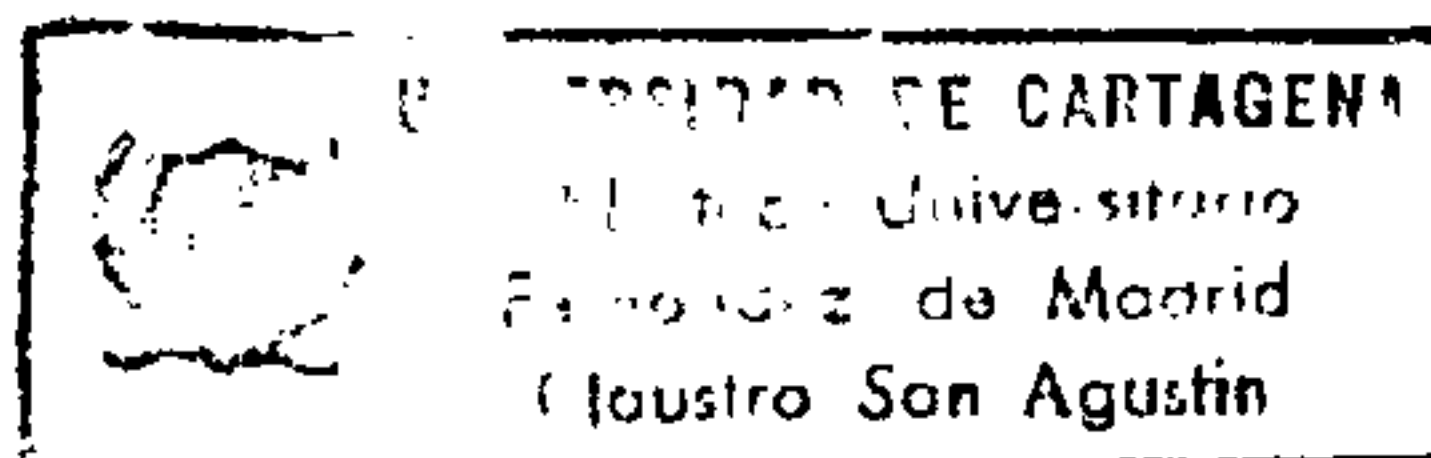
Toda persona enferma debe ejercer sin restricciones, por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social:

- Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.

- Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con su médico, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permita obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y al pronóstico y riesgo que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, o sus familiares o apoderados, en caso de inconciencia o minoría de edad, consientan o rechacen estos procedimientos dejando expresa conciencia ojalá escrita de su decisión.

- Su derecho a recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la

#



enfermedad que sufre.

- Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos.

- Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.

- Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. También su derecho a que en caso de emergencia los servicios que reciba, no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.

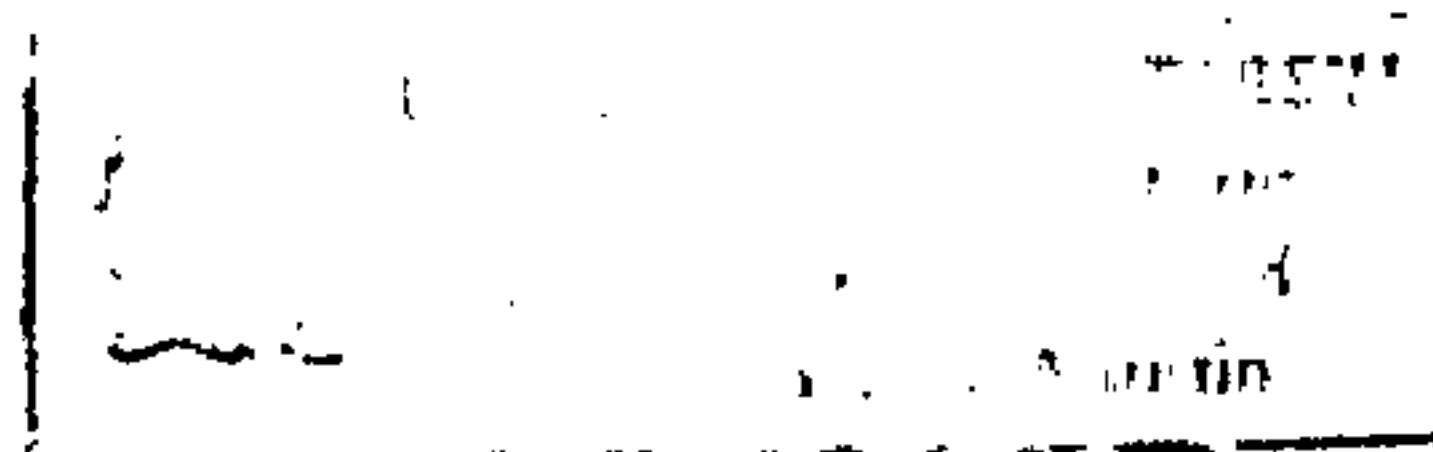
- Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profese.

- Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.

- Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

ANEXO 2. INDICACIONES PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA PARA ANTICUERPOS ANTI-V.I.H.

- Personas con comportamiento sexual de riesgo.
- Drogadictos intravenosos.
- Hemofilicos.
- Personas con antecedentes de transfusiones de sangre o hemoderivados, sin control de calidad.
- Linfadenopatías persistentes en más de dos sitios extrainguinales, en un período mayor de tres meses.
- Fiebre de origen desconocido, por más de dos meses.
- Pérdida de peso (más del 10%) no explicable.
- Diarrea por más de un mes de evolución.
- Candidiasis oral por más de un mes, sin antecedentes de antibioticoterapia o corticoterapia o enfermedad de base.
- Demencia, neuropatía, encefalitis, mielopatía o meningitis de causa no aclarada.
- Infecciones por gérmenes oportunistas de tipo intracelular.
- Neoplasias, especialmente el sarcoma de kaposi y linfoproliferativas.
- Presencia de púrpura trombositopénica idiopática o anemia hemolítica autoinmune.



- Dermatitis seborréica severa de reciente aparición.
- Neurosífilis.
- Recién nacido de madres infectadas con V.I.H. antes o durante el embarazo.
- Recién nacido con falta de crecimiento o enfermedad inexplicables.
- Contactos sexuales de individuos seropositivos.
- Personas con antecedentes de exposición accidental.
- Donantes de sangre, semen, órganos o tejidos.

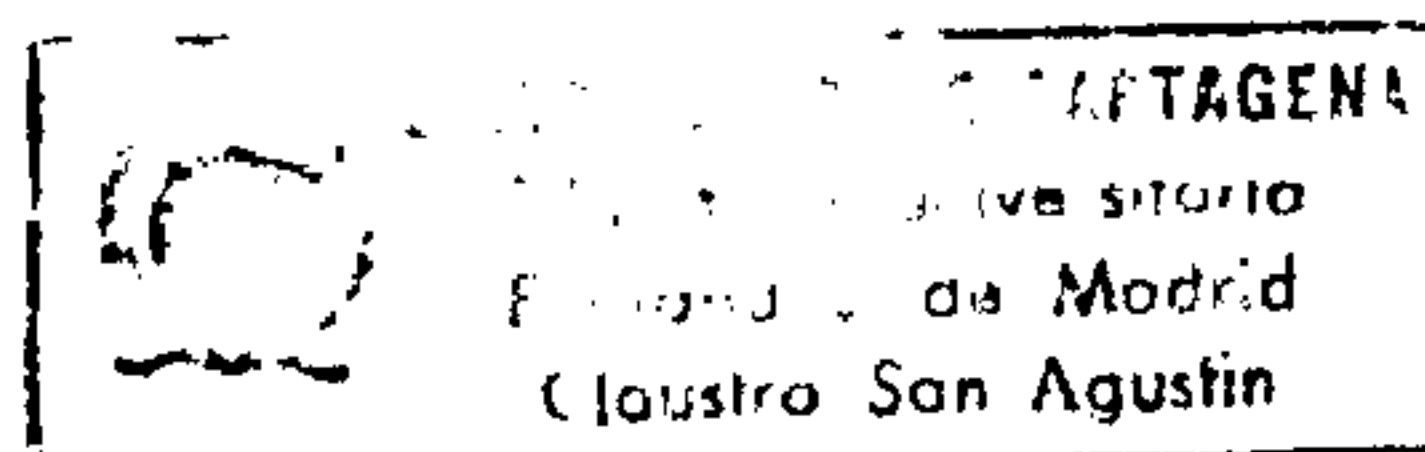
ANEXO 3. CONSEJERIA PRETEST

Objetivos:

- Asegurarse que la desición de la prueba se basa en el conocimiento de las implicaciones personales, médicas, legales, laborales y sociales.
- Brindar preparación para un posible resultado positivo.
- Brindar información para disminuir el riesgo de contaminación.

En la sesión inicial deben considerarse los siguientes puntos:

- Identificación del profesional y su papel dentro del equipo.
- Dentro de las restricciones propias de cada institución, tómese su tiempo para hablar con el consultante.
- Discutir los elementos de confidencialidad y su significado.
- Investigar las motivaciones del paciente para la obtención de la prueba (si es voluntaria) o explicarle el por qué de sus sospechas (si es prescriptiva).
- Informar sobre lo que es la prueba y sobre lo que no es.
- Informar sobre el período de "ventana inmunológica".
- Hablar de las posibles consecuencias de la infección .
- Explicar los beneficios de la prueba en las circunstancias propias del paciente.
- Establecer el conocimiento que tiene el paciente sobre la



transmisión y prevención .

- Explorar las implicaciones de la prueba en la vida de la pareja, relación sexual, vida laboral y seguimineto médico.
- Explorar las posibles reacciones psicológicas adversas y planear estrategias para hacerles frente.
- Hacer arreglos para la notificación de resultados.
- Identificar como va el paciente a proteger a su pareja mientras tiene los resultados.
- Identificar las actividades de riesgo del paciente. Buscar una opción de cambio de conducta de riesgo (que no es lo mismo que pretender modificar su orientación sexual).
- Informarse sobre a quién quiere comunicarle el paciente su resultado e informarse sobre a quién debe decirle.
- Identificar la red de apoyo social con que cuenta el paciente.
- Hacer arreglos para el control y seguimiento.

ANEXO 4. CONSEJERIA POST-TEST

Cuando el resultado de la prueba de anticuerpos para V.I.H. es negativo, se hace indispensable practicar una nueva consejería. Ello se basa en que posiblemente el paciente, en el curso de la entrevista inicial podría estar muy tenso, por lo cual, parte de la información que se suministró no se fijó en la memoria, en este momento, la consejería hace énfasis en:

- Dar el resultado
- Verificar lo que el paciente entiende por éste
- Discutir su significado
- Trabajar la falsa sensación de seguridad que se tiene con un resultado negativo.
- Reforzar nuevamente y de manera completa, la información sobre sexualidad segura
- Si es conducente, mencionar la posibilidad de una nueva prueba en tres meses.

Antes de dar inicio a la consejería post-test con un resultado (+) se deben tener presentes los siguientes puntos:

- El terapeuta debe estar disponible al momento de suministrar el resultado. No se puede, sin lesionar al consultante dar de afán el

resultado y citarlo para otro día.

- Las dificultades que se le plantean al paciente ante su resultado, no se pueden resolver todas en el curso de una consulta.
- Recordar que bajo el estado inicial de shock, parte de la información que se suministra no se asimila, por lo que deberá volver sobre ella en sesiones futuras.

Los puntos que deben ser tratados en éste momento son:

- Suministrar el resultado.
- Revisar lo que el paciente entiende por éste.
- Discutir el significado en lo referente a:

Ausencia de curación

Contagiosidad

Pronóstico

- Identificar la preocupación inmediata del paciente, atendiendo cuidadosamente a lo que él dice a continuación de su resultado.
- Discutir a quién podría decirlo, qué, cómo y cuándo.
- Averiguar qué va a hacer en las próximas horas o días, con el fin de asegurar los recursos para la descarga de la tensión psicológica, de una manera constructiva.
- Investigar que dificultades prevé el paciente y la manera de hacerles frente.
- Preguntar directamente sobre la posibilidad suicida.
- Identificar a quien va a buscar el paciente para ayuda inmediata.
- Vigilar la respuesta del paciente ante el shock de la información que le suministró.
- Asegurarse que el paciente despeje dudas. Aliéntelo a hacerle

preguntas a usted sobre su condición de V.I.H.(+) o SIDA.

- Discutir los comportamientos de higiene para el futuro.
- Asegurarle sobre las personas de su institución a las que el paciente puede acudir si lo necesita.
- Asegurarle que no se dejará solo en este momento.
- Darle una nueva cita en un tiempo relativamente corto.

Los usuarios seronegativos serán inscritos en el programa en función de su riesgo. Se les dará una nueva cita por escrito, así:

- Control serológico para H.I.V. semestral, hasta un año después de la última exposición a un factor de riesgo.
- Control trimestral médico para entrega del resultado y evaluación del riesgo.

Se considera perdido el usuario que deja de asistir a tres controles sucesivos. Toda consulta se registrará en el SIS-1 en el subprograma control de E.T.S.

ANEXO 5. VALORACION DE LAS NECESIDADES EN EL PACIENTE INFECTADO POR EL V.I.H.

Necesidades biológicas: Estos individuos experimentan una serie de fenómenos, molestias y procesos somáticos relacionados con el desencadenamiento de la irremediable pérdida del subsistema biológico, lo cual depende, en primer lugar de la enfermedad que sufre el individuo.

- Fiebre alta, dolores musculares, sudoración, malestar general, relacionado con infección aguda.
- Presencia de adenopatías persistentes en dos o más regiones extrainguinales relacionado con linfadenopatía generalizada persistente.
- Diarrea crónica de más de un mes de evolución y disminución de peso por encima del 10% relacionado con enfermedad constitucional.
- Patologías infecciosas relacionados con alteración de la inmunidad celular.
- Tumores relacionados con la infección evolutiva del SIDA.
- Signos de deterioro de las funciones superiores: orientación, memoria, raciocinio, signos meníngeos, alteraciones motoras o sensi-

tivas a nivel periférico relacionando con alteración del sistema neurológico.

- Color de las conjuntivas, indicios de procesos linfoproliferativos, anemia relacionado con alteraciones del sistema hematológico.
- Flujo, prurito, lesiones y signos mucocutáneos en genitales relacionados con enfermedades de transmisión sexual.
- Reproducción y sexualidad interferida relacionado con la transmisión sexual de la enfermedad.
- Cansancio general, gran esfuerzo personal relacionado con el empeoramiento de su estado general .
- Insomnio relacionado con dolores físicos y deterioro biológico.
- Malnutrición relacionada con anorexia, molestias orales y esofágicas, complicaciones gastrointestinales que producen alteración en la absorción de nutrientes.

Necesidades psicológicas: La aparición de una enfermedad terminal, conlleva al cuestionamiento propio sobre la autorrealización en cuanto hombre, la dependencia o independencia del paciente, como miembro familiar y las responsabilidades adquiridas hasta el momento. Así mismo, el enfrentarse a una enfermedad determinante del tipo de vida implica el conocimiento, manejo y adaptación por parte del paciente, lo cual genera:

- Sentimientos de inseguridad, negación, insertidumbre, miedo, relacionados con la proximidad de la muerte.

- Sentimientos de vida indigna relacionados con la realización de procedimientos médicos y de enfermería.
- Sentimientos de depresión, apatía y pasividad relacionado con pobreza de contactos y deficiencia de comunicación.
- Rechazo a los procedimientos médicos y de enfermería relacionados con supuesta ineficiencia de los mismos ante la enfermedad.
- Desadaptación relacionada con cambios corporales.
- Dependencia relacionada con asistencia hospitalaria y familiar.
- Rechazo a manifestaciones de afecto relacionadas con sentimientos de supuesta lástima.
- Preocupación relacionada con seguridad y estabilidad familiar.
- Deterioro de relaciones familiares relacionadas con el desconocimiento de las fases del proceso de fallecimiento.
- Simulación de sentimientos de valentía relacionados con aparente tranquilidad familiar.
- Sentimiento de soledad relacionada con ausencia de contactos familiares.
- Deseperación y angustia relacionados con posibilidades de tratamiento en otro lugar.
- Insomnio relacionado con sentimientos de preocupación y pesimismo.
- Disminución del umbral del dolor relacionado con ansiedad,

tristeza, insertidumbre, depresión, insomnio, angustia, desesperación y miedo.

- Sentimiento de des pertenencia relacionado con su separación familiar debido a enfermedad contagiosa.
- Sensación de desprotección relacionada con proximidad a la muerte.
- Alteración de la actividad laboral relacionada con degeneramiento biológico.
- Temor al rechazo relacionado con condición sexual.

Necesidades sociológicas: Según Sporken, " en cuanto una herida o una enfermedad cobran mayor gravedad, influirán más profundamente en la existencia humana; el enfermo no podrá ya trabajar, dependerá de otros, se verá apartado de su entorno acostumbrado, etc". Es claro que todo lo anterior genera una serie de necesidades sociológicas tales como:

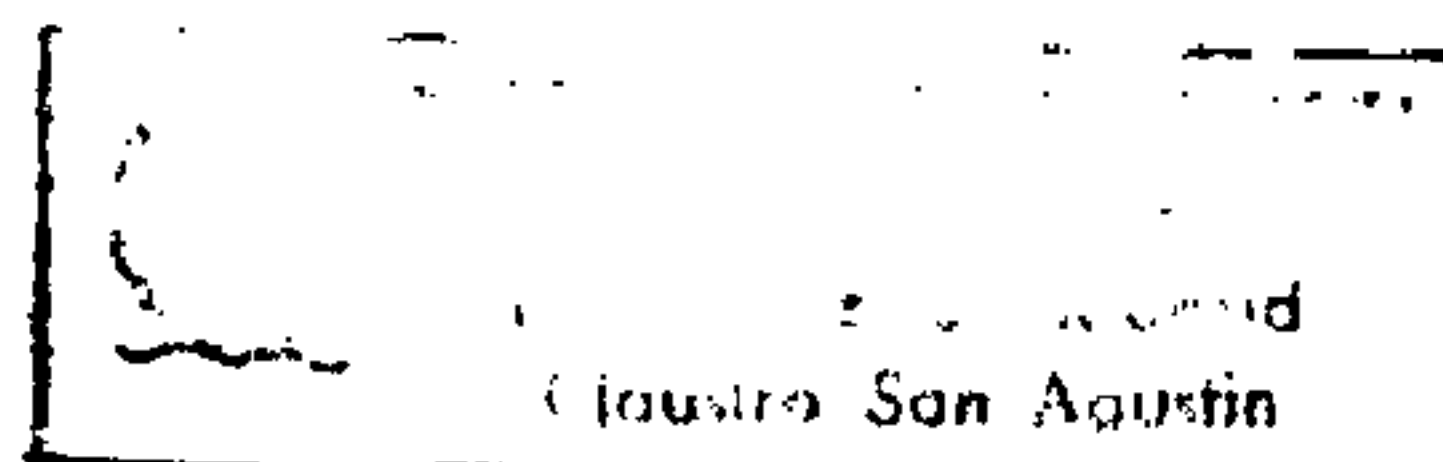
- Deterioro de las funciones sociales con manifestaciones biológicas degenerativas.
- Rechazo a las visitas relacionado con sentimientos de supuesta compasión o curiosidad por parte de los visitantes.
- Deterioro de las relaciones sociales relacionado con sentimientos de ira, por salubridad ajena.
- Manifestaciones de desconsuelo, desesperanza, relacionado con el rompimiento de su entorno social.
- Relaciones interpersonales difíciles relacionadas con el empleo de

lenguaje con cargas emocionales supuestamente falsas para el individuo.

- Sentimientos y manifestaciones de preocupación relacionadas con situación económica de los familiares dependientes del individuo.
- Disminución de la autonomía personal relacionada con la dependencia de su entorno familiar.

Necesidades espirituales: Según Sporken " Todo paciente sin importar su religión, tiene su propia fe. Fe en aquél o en aquélla mediante lo que su vida y su muerte pueden encontrar un último sentido".

- Miedo a morir, relacionado con creencias existenciales personales.
- Angustia relacionada con interpretaciones propias de la vida en cuanto a función vital .
- Soledad relacionada con dificultad de comunicación en los aspectos relacionados con su fe.
- Abandono relacionado con la incapacidad de establecer relaciones con personas prestantes de auxilios espirituales.



ANEXO 6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	RELACION	DIMENSIONES	INDICADORES
Educacion	Independe- diente	Aspecto biológico	Identificación - Hábitos Alimenticios Higiénicos Consumo de licores Consumo de cigarrillo Utilización del tiempo libre. -Sexualidad Características de la o- rientación sexual. Enfermedades de transmi- sión sexual. - Infección por el V.I.H. Factores de riesgo para la transmisión de la in- fección. Modos de transmisión. Indicadores para la rea- lización de la prueba. Prueba para la detección de anticuerpos específi- cos. Interpretación de la prueba (ventana inmunoló- gica. Clasificación de la in- fección.

VARIABLE	RELACIONES	DIMENSIONES	INDICADORES
			Medidas preventivas contra la sobreinfección.
			Valoración de patrones funcionales identificando alteraciones.
			Precauciones para la convivencia con la familia y la comunidad sin riesgo de contagio.
			Importancia de los controles periódicos.
Educación	Independiente	Aspecto psicológico	Identificación de alteraciones psicológicas (indiferencia, rechazo, tristeza, negación al tratamiento, agresividad.
			Concientización a cerca de su enfermedad.
			Implicaciones de la prueba positiva en la relación de pareja y vida la boral.
			Seguridad en la confidencialidad de la información.
			Búsqueda oportuna del apoyo psicológico necesario.
			Opciones para modificar conductas de riesgo.
			Fortalecimiento de la autonomía y autoestima.
			Manejo de las reacciones de su entorno familiar y social.
			Aceptación de situaciones

VARIABLE	RELACIONES	DIMENSIONES	INDICADORES
			que conllevan inseguridad y limitaciones.
			Responsabilidad frente al cuidado de su propia salud y la de sus convivientes.
			Análisis crítico de la información que recibe.
			Acogida de las orientaciones que le hace su familia y/o el equipo de salud.
			Manejo adecuado de las pérdidas.
			Desarrollo de habilidades para dar y recibir ayuda.
			Participación en la toma de decisiones con relación a las conductas señaladas por el equipo de salud.
			Comunicación de las ideas que puedan surgir frente al significado de ausencia de curación, contagiosidad y pronóstico.
		Aspecto social y económico	Identificación de la red de apoyo social.
			Servicios que ofrece la institución de salud.
			Políticas de salud en relación con la enfermedad.
			Proceso para la utilización de los servicios.
			Valoración de los costos que implican la atención en salud.

VARIABLE	RELACIONES	DIMENSIONES	INDICADORES
			Participación en programas de prevención y promoción de la salud.
			Colaboración con el equipo de salud para romper la cadena de transmisión absteniéndose de contactos contaminantes e informando contactos.
			Ubicación y utilización de los recursos que el medio brinda, en busca de una mejor calidad de vida
			Desarrollo de programas que favorezcan la identificación de las necesidades y búsqueda conjunta de soluciones.
			Desarrollo de actitudes nuevas frente al que hacer, que favorezcan el compartir y el aprender unos de otros.
			Evaluación de los riesgos que corre en el medio laboral de acuerdo con su estado de salud y el tipo de trabajo que desempeña.
			Valoración del trabajo como fuente de ingresos y el desempeño laboral como parte fundamental del sostenimiento emocional.
		Aspecto Espiritual	Visión antropológica del enfermar.
			El hombre creado a imagen y semejanza de Dios, como ser racional y libre, artífice de su destino.

VARIABLE	RELACIONES	DIMENSIONES	INDICADORES
			El sufrimiento, el dolor, la enfermedad y la muerte experiencias propias de la condición humana. La pastoral como acción eclesial realizada por toda la comunidad de salud. Servicio a la vida Superación en la fe de situaciones límites. Atención integral a la persona, deber de justicia y reclamo apostólico de respeto a su dignidad. Descubrimiento del valor terapéutico de la oración. Identificación de organismos con los cuales puede contar para su apoyo y el de su familia (parroquia, pastoral social, Comisur, etc. y otros de acuerdo a la religión que profesa
Atención del equipo de salud	Dependiente	Aspecto físico	Realización del diagnóstico clínico y epidemiológico del paciente Participación en: Elaboración de la historia clínica. Realización de la prueba para la detección de anticuerpos específicos. Clasificación de la infección de acuerdo a las manifestaciones clínicas Realización de exámenes de laboratorio y paraclínicos necesarios.

VARIABLE

RELACIONES

DIMENSIONES

INDICADORES

Establecer el tratamiento necesario.

Remisión a consulta especializada cada vez que su estado lo amerite.

Hospitalización para procedimientos especiales o en caso de complicaciones

Realizar control y seguimiento al paciente (examen físico, valoración de patrones funcionales, detección precoz de complicaciones en la esfera orgánica psíquica y social)

Aspecto psicológico

Suministrar información para la prueba diagnóstica y para cada procedimiento o conducta que tome el equipo de salud.

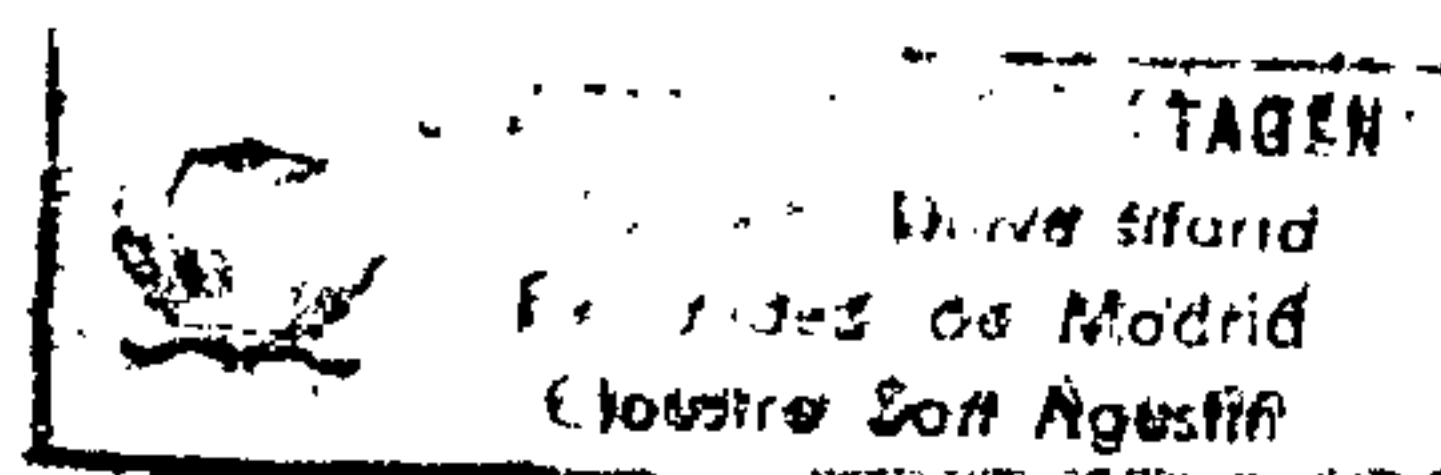
Interpretar los resultados de la prueba y dar orientación y consejería.

Identificar factores perturbadores dentro del ambiente familiar y dar orientación psicológica y consejería.

Intervenir en crisis utilizando la relación terapéutica.

Orientar las actividades individuales o de grupo, encaminadas a disminuir el stress y proporcionar un ambiente libre de tensiones.

Intervenir en factores de riesgo relacionados con



VARIABLE	RELACIONES	DIMENSIONES	INDICADORES
			la conducta.
			Proporcionar consulta a pacientes que lo requieran para el manejo de la angustia, temores, sentimientos de rechazo, ideas suicidas, deterioro de la autoestima, afrontar las pérdidas y prepararse a la muerte.
			Asegurarle la confidencialidad de la información y el respeto de sus derechos
		Aspecto social	Investigar las causas y efectos de situaciones problema del paciente y de su familia.
			Proporcionar información suficiente sobre el apoyo y los servicios que se le pueden prestar de acuerdo a las políticas de salud y los recursos existentes
			Realizar el estudio socio económico del paciente y su familia, a fin de evaluar las posibilidades económicas ante los costos de la enfermedad.
			Colaborar en la creación de grupos de autoayuda. Preparar, orientar y apoyar a la familia y al grupo de amigos para los cambios que se puedan generar.
			Colaborar en la búsqueda de pautas para asegurar el seguimiento a los pacientes y la adherencia de éstos a los programas.

VARIABLE	RELACIONES	DIMENSIONES	INDICADORES
			Proporcionar educación individual y de grupo durante la entrevista pre y post-consulta, controles, visita domiciliaria y reuniones de grupo.
			Hacer investigación de contactos.
			Procurar que el paciente logre un equilibrio de vida entre trabajo y descanso por la práctica de buenos hábitos.
			Remisión al terapeuta ocupacional y al médico laboral cuando el caso lo amerite.
		Aspecto espiritual	A través del diálogo, charlas y grupos de reflexión ofrecer:
			Una visión antropológica del enfermar.
			Valores humano-cristianos del enfermo.
			Sentido de pertenencia a la comunidad religiosa.
			Búsqueda de recursos espirituales de acuerdo a las necesidades expresadas por el paciente.
			Estar cerca del enfermo, atenderlo en forma integral respetando su dignidad de hijo de Dios.
			Ofrecerle experiencias que expresen la fraternidad humana, la hermandad con Cristo y la filiación divina.

VARIABLE	RELACIONES	DIMENSIONES	INDICADORES
			Desde la fe dar respuesta a sus cuestionamientos vitales que tienen que ver en su relación con Dios, la necesidad de conversión, de arrepentimiento y de cambio.
			Preparar para la recepción de los sacramentos fuentes de perdón fortaleza y ánimo.
			Dar educación asistencial a las familias de los enfermos, al equipo de salud y a la comunidad a fin de llevar a la práctica la pastoral del samaritano.
			Colaborar para que el paciente participe activamente en organizaciones religiosas que le ayuden a dar sentido a su vida y valor creativo al sufrimiento desde un compromiso misionero.

ANEXO 7

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ENFERMERIA

POSTGRADO DE ENFERMERIA

MEDICO QUIRURGICA

CUESTIONARIO SOBRE ATENCION INTEGRAL AL INDIVIDUO INFECTADO
POR EL V.I.H.

El siguiente cuestionario debe ser llenado por miembros del equipo de salud que han tenido experiencia en la atención al paciente infectado por el V.I.H. Su objetivo es medir la relación que existe entre el nivel de conocimientos que el paciente y su familia tienen sobre el manejo integral del individuo y la atención que se les está dando en las unidades de salud donde solicitan los servicios. Un mejor nivel de conocimientos en el paciente y la familia redundará en una mejor atención por parte del equipo de salud.

Fecha: _____

Institución en donde labora : _____

Cargo que desempeña : _____

INSTRUCCIONES :

Lea individualmente cada una de las siguientes preguntas y escriba una X en la casilla correspondiente de acuerdo con la frecuencia de ocurrencia de cada uno de los indicadores.

Convenciones: S = siempre ; AV = algunas veces ; N = nunca ;
NS = no se .

INDICADORES

1. Funciona en la institución un programa para la atención del individuo infectado por el V.I.H. ?

2. Hay reuniones del grupo interdisciplinario para el manejo del individuo infectado por el V.I.H.?

3. Se desarrollan actividades de educación en salud al paciente con el V.I.H. y a su familia. ?

4. Reciben información comprensible, suficiente y continuada sobre:

- Aspectos clínicos de la enfermedad.
- Medidas de prevención contra la sobre infección.
- Factores de riesgo y medidas de prevención para con los convivientes.
- Implicaciones familiares y sociales de la enfermedad.
- Derechos que tiene como enfermo.
- Procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar.
- Pronóstico y riesgo de dichos tratamientos
- Costos originados por los servicios prestados.
- Motivos por los cuales debe ser hospitalizado.
- Políticas de salud con respecto a la enfermedad.

5. Tiene acceso el paciente y su familia a una comunicación clara, amable, apropiada a sus condiciones que le permitan la información necesaria respecto a la enfermedad que padece?

S	AV	N	NS

[illegible]

6. Se ofrece atención psicológica necesaria cuando el paciente y la familia lo requieran ?

7. Se evalúa su situación familiar social y laboral ?

8. Se realiza la orientación nutricional en el manejo del individuo afectado ?

9. Se le da atención odontológica utilizando barreras de protección ?

10. Recibe el paciente un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como la orientación sexual y la opinión que tenga sobre la enfermedad ?

11. Se le presta la mejor asistencia disponible, utilizando criterios que impidan la discriminación y la estigmatización ?

12. Se pone al servicio del paciente los recursos humanos y técnicos con que cuenta la institución ?

13. Se le mantiene el secreto de su enfermedad y de su historia clínica ?

14. Se les da respuesta a cuestionamientos vitales que tienen que ver con sus creencias religiosas.

15. Se le orienta a personas prestantes de auxilios espirituales?

2. A continuación usted encuentra un indicador con varias opciones, marque con una X sobre la línea la que corresponde a cada indicador según su opinión.

2.1 Cree usted que la atención a pacientes suficientemente informados en los aspectos anteriores sería:

- ☐ más fácil
- ☐ más difícil
- ☐ es indiferente

2.2 La educación que el paciente V.I.H. + y su familia necesitan, debe ser impartida por :

- ☐ El médico
- ☐ La enfermera
- ☐ El Psicólogo
- ☐ El trabajador social
- ☐ Otros _____

2.3 Los medios a través de los cuales se puede educar mejor al paciente y la familia serían:

- ☐ La consulta médica
- ☐ El control de enfermería
- ☐ La visita domiciliaria
- ☐ Terapia grupal
- ☐ Otros _____

2.4 Qué tipo de relación establece usted con el paciente?

- ☐ Funcional
- ☐ Impersonal
- ☐ Empática

ANEXO 8

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ENFERMERIA

POSTGRADO DE ENFERMERIA

MEDICO QUIRURGICA

ENCUESTA

La presente encuesta tiene como objetivo valorar a través de los familiares de los pacientes V.I.H.+ la atención brindada por el equipo de salud en las unidades a donde son referidos, en relación con el nivel de conocimientos que la familia tiene sobre el cuidado de la salud y el manejo de la enfermedad.

1. Datos personales

1.1 Edad _____ anote el número de años cumplidos.

A continuación usted encuentra un indicador con varias opciones, marque con una X sobre la línea las opciones que a su juicio corresponden:

1.2 El parentesco que usted tiene con el enfermo es:

Padre _____ Madre _____ Esposo _____ Hermano _____ Hijo _____
Otro _____

1.3 Su nivel educativo corresponde a:

_____ Primaria incompleta
_____ Primaria completa
_____ Secundaria incompleta
_____ Secundaria completa

- _____ Universidad incompleta
- _____ Universidad completa
- _____ Otro _____

2. Cómo se enteró del diagnóstico de su familiar?

- _____ Por el paciente
- _____ Por medio de sus amigos
- _____ Por el personal de salud
- _____ Otro _____

3. Cuando se enteró que su familiar tenía el virus de la inmunodeficiencia humana, su reacción fué:

- _____ De rechazo
- _____ De compasión
- _____ De desesperación
- _____ De indiferencia
- _____ Otro _____

4. Cómo eran los conocimientos que usted tenía acerca del SIDA antes que su familiar resultara infectado por el virus.

- _____ Suficientes
- _____ Deficientes
- _____ Nulos

5. Cómo son los conocimientos que usted tiene en relación con los siguientes puntos: (Anote sobre la línea la letra según corresponda

S= Suficientes ; D= Deficientes; N= Nulos)

- _____ Qué es el SIDA

- _____ Cómo se manifiesta
- _____ Cómo se contagia
- _____ Cómo se diagnostica
- _____ Cómo evitar o prevenir el contagio
- _____ Cómo debe actuar un portador asintomático
- _____ Qué normas se deben tener en cuenta para que el paciente pueda llevar una vida normal en el medio familiar, social y laboral.

6. Cómo adquirió los conocimientos que actualmente tiene sobre el SIDA:

- _____ Por la prensa
- _____ Por la radio
- _____ Por la televisión
- _____ A través de libros
- _____ A través del equipo de salud
- _____ Otros _____

7. Sabe usted si existen en la ciudad centros para:

- _____ Orientación
- _____ Diagnóstico
- _____ Consulta
- _____ Ayuda espiritual

8. A dónde acude usted en busca de ayuda:

- _____ Al hospital
- _____ Al centro de salud
- _____ Al médico particular
- _____ Otro _____

9. Las instrucciones sobre el manejo de la enfermedad fueron dadas por:

_____ Miembros del equipo de salud

_____ Amigos

_____ Otro _____

_____ No ha recibido instrucciones

10. Las instrucciones sobre el manejo de la enfermedad fueron dadas a través de:

_____ La visita domiciliaria

_____ Consulta médica

_____ Control de enfermería

_____ Grupos de auto-ayuda

_____ Otro _____

11. La causa de mayor preocupación en la familia está relacionada con:

_____ Temor al contagio

_____ La orientación sexual del paciente

_____ La falta de recursos para asegurar una atención adecuada al paciente

_____ Lo que pueda pensar el entorno social

_____ La falta de conocimientos para ayudar al paciente

_____ Otro _____

12. Espera usted ayuda de:

_____ Familiares

_____ Amigos

_____ Equipo de salud

_____ La Iglesia

_____ Otros _____

13. Especifique qué tipo de ayuda necesita:

ATENCION BRINDADA POR EL EQUIPO DE SALUD

A continuación usted encuentra una serie de indicadores con tres columnas al frente y los criterios SI, NO, PARCIALMENTE. Marque con una X el criterio que a su juicio corresponde a cada indicador.

INDICADORES

Si	No	P

1. Considera usted que en las instituciones de salud se están poniendo al servicio del paciente infectado por el V.I.H. los recursos humanos y técnicos existentes ?
2. Se le ha tratado con respeto en lo que se refiere a la intimidad personal ?
3. Se le respetan sus creencias y convicciones religiosas?
4. Ha recibido ayuda y asesoramiento personal y familiar ?
5. Recibe información comprensible, suficiente y continuada sobre:
 - Medidas de prevención contra la sobre infección.
 - Factores de riesgo y medidas de prevención para con los convivientes.
 - Manifestaciones de la enfermedad.
 - Costos originados por los servicios prestados.
 - Motivos de hospitalización.
 - Procedimientos que se le van a realizar.
 - Medidas de prevención que utilizará el personal que lo asiste.
 - Reglamento del servicio y de la Institución.
6. Se le mantiene el secreto sobre su enfermedad y sobre los datos de su historia clínica ?

7. Se le solicita su consentimiento para tratamientos médicos, pruebas diagnósticas y para estudios de experimentación ?

8. Se valora la situación familiar y social por parte del trabajador social ?

9. La ayuda brindada por el equipo de salud ha contribuido a:

- Aplicar medidas de autocuidado.
- Aplicar medidas para proteger a los convivientes y personal de salud expuesto por razones de trabajo?
- Descubrir un sentido a la vida.
- Participar en grupos de autoayuda.
- Utilizar oportuna y adecuadamente los recursos de salud existentes.

10. Los servicios a través de los cuales ha recibido educación y tratamiento son:

- Consulta médica.
- Control de enfermería.
- Visita domiciliaria.
- Terapia grupal.
- Asistencia espiritual.
- Otros: _____
- _____

Si	No	P

ANEXO 9

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ENFERMERIA

POSTGRADO DE ENFERMERIA

MEDICO QUIRURGICA

ENCUESTA

La presente encuesta tiene como objetivo valorar a través de los pacientes positivos para el virus de la inmuno deficiencia humana (V.I.H), la atención brindada por las unidades de salud a donde son referidos, en relación con el nivel de conocimientos que el paciente tiene sobre el cuidado de su salud y el manejo de la enfermedad.

1. Datos personales:

1.1 Edad _____ Anote el número de años cumplidos.

A continuación usted encuentra un indicador con varias opciones. Marque con una X sobre la línea las que correspondan a sus datos personales.

1.2 Sexo:

_____ Masculino

_____ Femenino

1.3 Estado civil:

_____ Soltero

_____ Casado

_____ Separado

_____ Unión libre

_____ Otro _____

1.4 Nivel educativo:

- _____ Primaria incompleta
- _____ Primaria completa
- _____ Secundaria incompleta
- _____ Secundaria completa
- _____ Universidad incompleta
- _____ Universidad completa
- _____ Otro _____

2. Hábitos sociales:

Especifique sobre la línea la información pedida y al frente coloque una X debajo de la letra según corresponda. D= diariamente ; S= semanalmente ; O= ocasionalmente ; N= nunca)

- 2.1 Consumo de licor
Tipo _____
- 2.2 Consumo de cigarrillo
tipo _____
- 2.3 Consumo de estupefacientes
Tipo _____

D	S	O	N

En su tiempo libre prefiere:

- _____ Estar solo
- _____ Compartirlo con su familia
- _____ Compartirlo con amigos
- _____ Otros _____

2.4 Qué actividades realiza en su tiempo libre ? _____

3. Cuáles enfermedades de transmisión sexual ha sufrido usted ?

- ☐ Sífilis
- ☐ Infección gonococcica
- ☐ Herpes genital
- ☐ Condilomas
- ☐ Otras _____

4. En qué forma cree usted que adquirió el virus ?

- ☐ Por relación heterosexual
- ☐ Por relación homosexual
- ☐ Por relación promiscua
- ☐ Por uso de agujas u objetos contaminados
- ☐ Por transfusión
- ☐ Otra _____

5. Qué le hizo sospechar que estaba infectado por el virus?

- ☐ Aparición de signos y síntomas de la enfermedad
- ☐ Desarrollo de la enfermedad en su pareja sexual
- ☐ Pruebas positivas en contactos sexuales
- ☐ Conducatas de riesgo en su comportamiento (drogadicción por vía intravenosa)
- ☐ Otro _____

6. Cómo eran los conocimientos que usted tenía acerca de la enfermedad del SIDA antes de adquirir el virus:

- ☐ Suficientes
- ☐ Deficientes
- ☐ Nulos

_____ Otros _____

7. En este momento cómo son los conocimientos que usted tiene sobre los siguientes puntos: (anote sobre la línea la letra S si son suficientes; D si son deficientes; N si son nulos)

_____ Qué es el SIDA

_____ Cómo se manifiesta

_____ Cómo se contagia

_____ Cómo se diagnostica

_____ Cómo evitar y prevenir el contagio

_____ Cómo debe actuar un portador asintomático

_____ Qué normas debe tener en cuenta para llevar una vida normal en el medio familiar, social y laboral

8. Por qué medios adquirió los conocimientos que actualmente tiene sobre el SIDA?

_____ Por la prensa

_____ Por la radio

_____ Por la televisión

_____ A través de los libros

_____ Por la información del equipo de salud

_____ Otro _____

9. El diagnóstico de ésta enfermedad produjo en usted :

_____ Desesperación

_____ Angustia

_____ Temor a enfrentarse a la muerte

_____ Deseo de morir

_____ Temor a ser rechazado y abandonado

_____ Otro _____

10. Sabe usted si existe en la ciudad centros para:

_____ Orientación

_____ Diagnóstico

_____ Consulta

_____ Ayuda espiritual

11. A dónde acude usted en busca de ayuda para el manejo de la enfermedad:

_____ Al hospital

_____ Al centro de salud

_____ Al médico particular

_____ Otro _____

12. Espera usted ayuda en especial de:

_____ Familiares

_____ Amigos

_____ Equipo de salud

_____ La iglesia

_____ Otros _____

Especifique qué tipo de ayuda necesita : _____

A continuación usted encuentra una serie de indicadores con tres columnas al frente y los criterios SI , NO , PARCIALMENTE. Marque con una X el criterio que a su juicio corresponde a cada indicador.

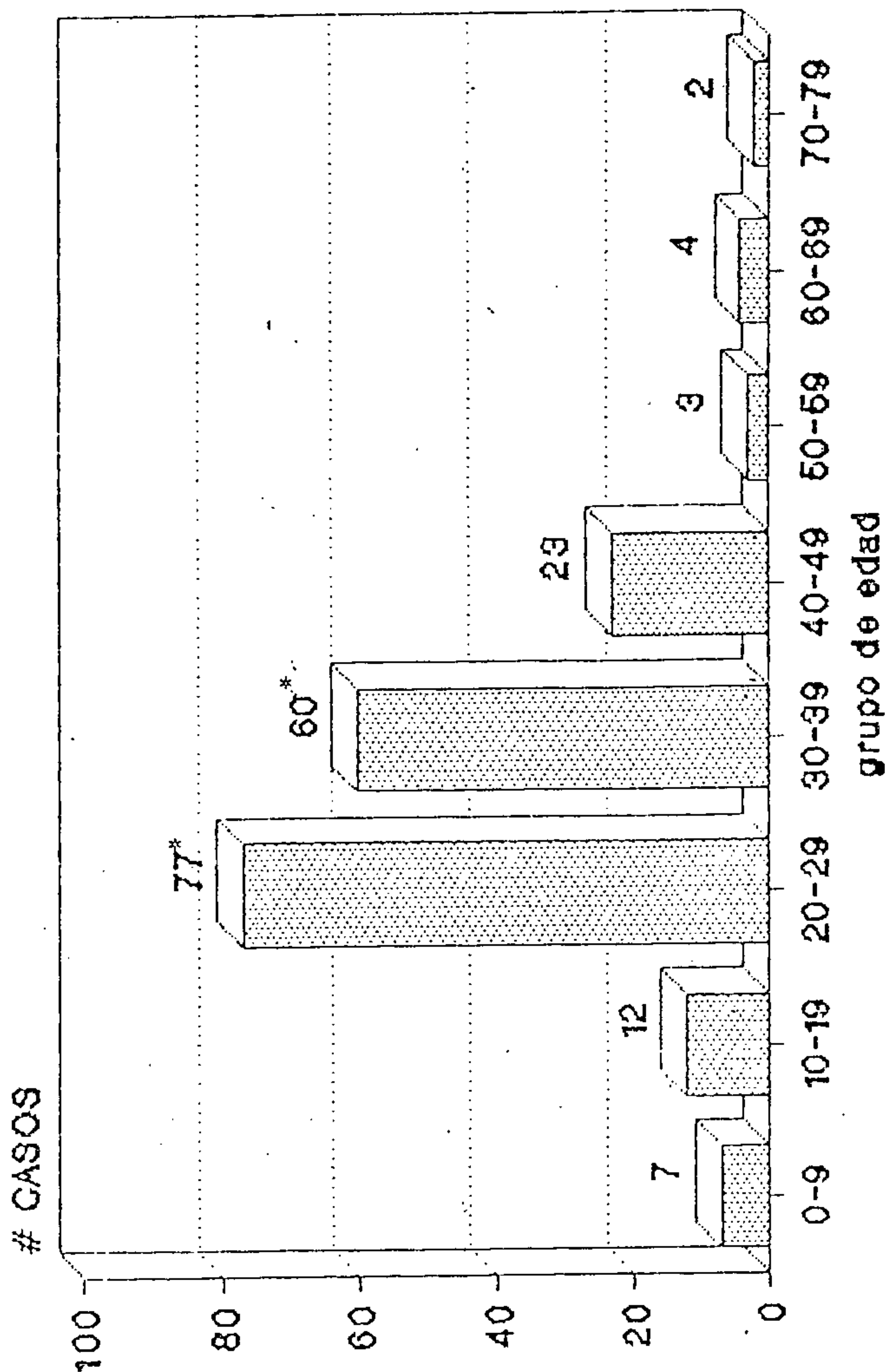
Si	No	P

1. Considera usted que en las instituciones de salud se están poniendo a su servicio los recursos humanos y técnicos existentes?
2. Se siente tratado con respeto en lo que se refiere a su intimidad personal?
3. Se le respetan sus creencias y convicciones religiosas ?
4. Ha recibido ayuda y asesoramiento personal y familiar ?
5. Recibe información comprensible, suficiente y continuada para:
 - Medidas de prevención contra la sobre infección.
 - Factores de riesgo y medidas de prevención para con los convivientes.
 - Manifestaciones de la enfermedad.
 - Costos originados por los servicios prestados.
 - Motivos de hospitalización.
 - Procedimientos que se le van a realizar.
 - Medidas de prevención que utilizará el personal que lo asiste y sus familiares.
 - Reglamento del servicio y de la institución.
6. Se le mantiene el secreto sobre su enfermedad y sobre los datos de su historia clínica.

Si	No	P

VIIH/SIDA. DISTRIBUCION POR EDAD

SERVICIO DE SALUD DEL ATLANTICO

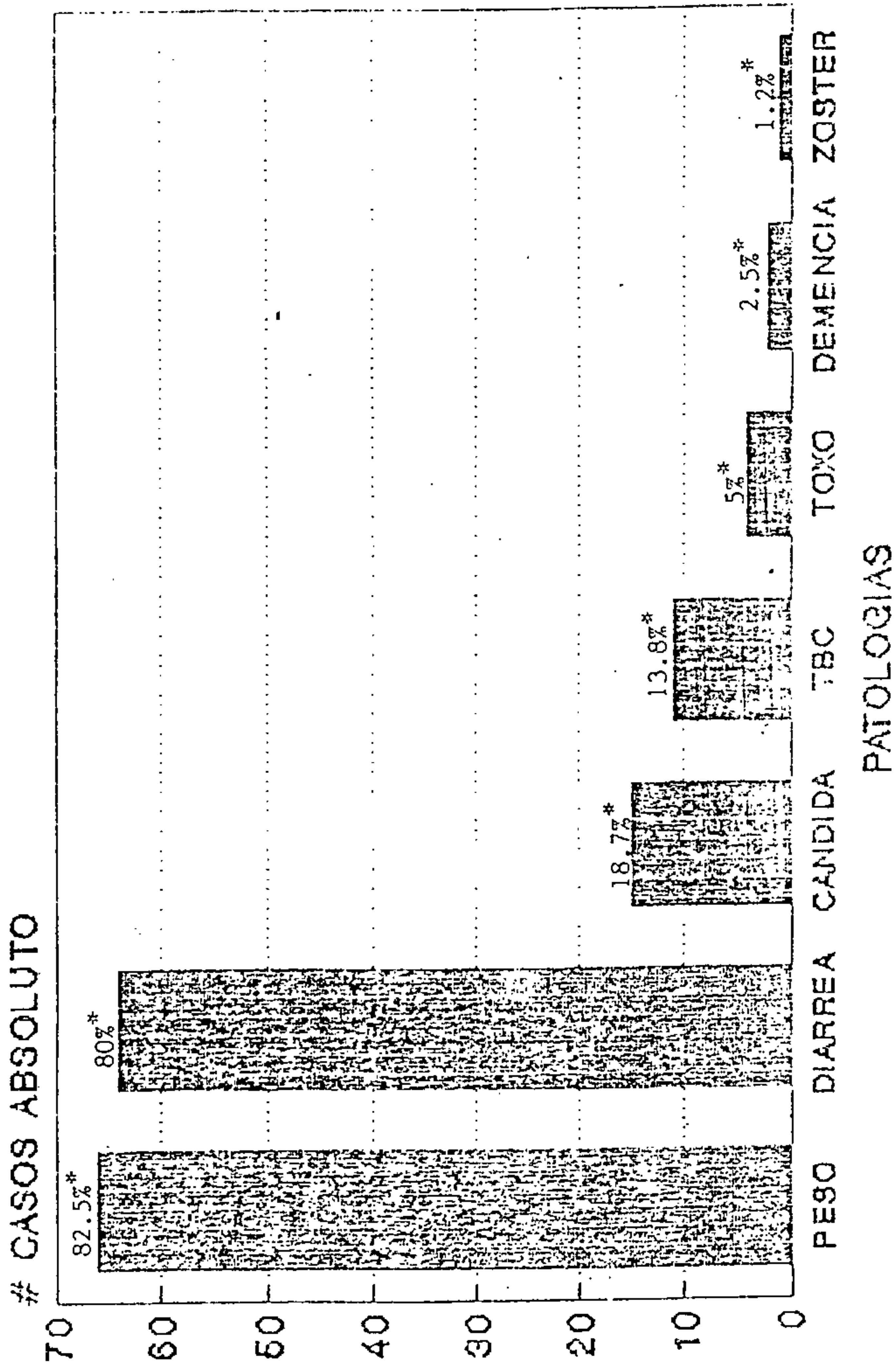


Fuente: Programa ET3. Nov. 91

*: 72% de los casos se ubican en este rango de edad.

SIDA. CRITERIOS DE CLASIFICACION

SERVICIO DE SALUD DEL ATLANTICO



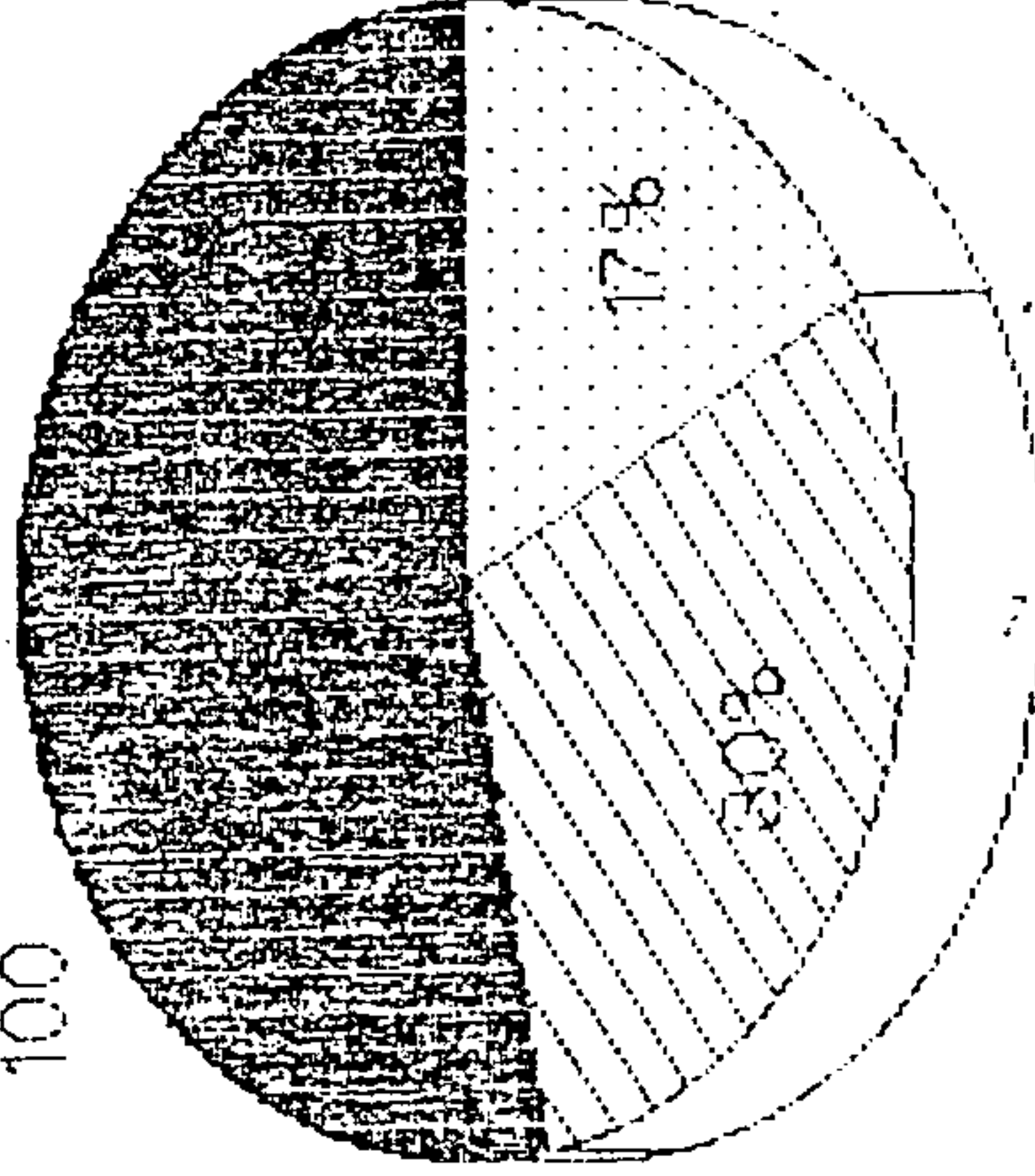
Fuente: Programa ETS. Nov. 1991

*: frecuencia de la patología en el total de casos de pacientes con SIDA (80)
**: total de casos de SIDA 80 (C:IV).

VIIH/SIDA. ESTADO ACTUAL. SERVICIO DE SALUD DEL ATLANTICO

ASINTOMATICOS (53%)

100



FALLECIDOS

57

SIDA
32

Fuente: Programa ETS. Nov. 91