

Actitudes del TCAE ante el paciente con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Virus de la inmunodeficiencia humana y personal sanitario

ROSA PERIBÁÑEZ VALENCIA

Auxiliar de Enfermería del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia, Cáceres
Primer Premio del XI Certamen Nacional de Investigación de FAE

INTRODUCCIÓN

El riesgo para un profesional de la sanidad de adquirir la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana a partir de un accidente laboral es muy bajo, pero no nulo. Por tanto, va a ser imprescindible para todo trabajador de la sanidad conocer cómo se transmite y cómo no se transmite el VIH, con el fin de adoptar una serie de medidas profilácticas que minimicen el riesgo. Estas medidas, en principio, deben ser "universales", es decir, se aplicarán en cualquier situación en que una persona pueda contactar con fluidos potencialmente contaminados y de forma rutinaria para cualquier paciente, conozcamos o no si está infectado por el VIH. Ante un posible accidente es aconsejable

dirigirse a un profesional especialista en el tema para valorar conjuntamente la conducta a seguir. La correcta información y educación del personal sanitario es la base para obtener conductas responsables y evitar conductas improcedentes y discriminatorias en el tema. No obstante, la total desaparición del temor por parte del profesional de la sanidad a la infección por el VIH es un objetivo no realista y ni tan siquiera deseable.

RIESGO DE INFECCIÓN

La sangre contaminada es la fuente principal de virus de la inmunodeficiencia humana a partir de la cual puede infectarse un trabajador sanitario.

Las formas potenciales de transmisión del VIH son similares a las de otro virus mucho más conocido, como es el de la hepatitis B (VHB). No obstante, la posibilidad de infección entre el personal sanitario es muy superior en el caso del VHB que en el del VIH.

Tan sólo se ha comprobado transmisión del VIH en personal sanitario a partir de sangre, fluidos corporales contaminados con sangre o concentrados de virus que fueron inoculados o estuvieron en contacto con mucosas o piel no intacta. El riesgo de infección por el VIH a partir de una punción con una aguja contaminada con sangre de una persona infectada por el VIH es de aproximadamente el 0,3-0,5%.

Hasta septiembre de 1988, el 5,1% de los casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

(SIDA) notificados a los Centers for Disease Control (CDC) se trataba de personal sanitario, si bien tan sólo el 5% de ellos (169 casos) no admitía conductas de riesgo para esta infección. En 28 casos (17%), la información era incompleta; en 97 (57%), todavía estaban siendo investigados; y de los 44 restantes (26%), nueve son auxiliares de clínica, ocho médicos (cuatro cirujanos), seis enfermeras, cuatro técnicos de laboratorio, dos fisioterapeutas, un dentista, un embalsamador, un camillero, y cuatro negaron tener contacto con pacientes. Si bien el conjunto de medidas profilácticas va encaminado a minimizar el riesgo de exposición a líquidos biológicos infectados por el VIH procedentes de pacientes, no debemos olvidar que un trabajador sanitario puede estar infectado por el VIH y debe adoptar las medidas oportunas para evitar la posibilidad de contaminar a algún paciente. En este sentido, se ha publicado el caso de un dentista infectado por el VIH que infectó a varios de sus pacientes a partir de técnicas odontológicas invasivas, y se calcula que el riesgo de transmisión del VIH de un cirujano infectado a un paciente es del 0,002%-0,0002%. Existen otros cuatro análisis retrospectivos sobre el estado serológico de pacientes atendidos con técnicas invasivas por personal sanitario infectado por el VIH (tres cirujanos y un dentista). Tan sólo el paciente de un cirujano fue seropositivo para el VIH, si bien se trataba de un consumidor de drogas por vía parenteral, por lo que muy probablemente la infección fuera adquirida por dicho motivo. Todo ello ha conducido a la publicación de una

serie de recomendaciones por parte de los CDC para evitar la transmisión del VIH a pacientes a partir de personal sanitario infectado que efectúe técnicas invasivas. Se define como tal todo acto que implique abordar tejidos, cavidades u órganos, y en el que pueda suceder un sangrado sin tener en cuenta el espacio físico en el que se lleva a cabo (consulta externa, servicio de urgencias, quirófano...). Las recomendaciones que los CDC efectúan para los trabajadores sanitarios involucrados en técnicas invasivas son:

- a) Respetar cuidadosamente todas las precauciones universales.
- b) Las personas que se sepan infectadas por el VIH no deberían efectuar estas técnicas, a no ser que obtengan consentimiento de un comité de expertos, nombrados por el propio centro de trabajo, el cual valorará de forma individualizada cada caso.
- c) No se recomienda obligar a efectuar el análisis para detección de anticuerpos frente al VIH.

No obstante, es importante señalar que una gran parte de la comunidad médica internacional ha expresado su rechazo a estas recomendaciones.

En un seguimiento de 860 trabajadores de la sanidad que sufrieron algún pinchazo con material contaminado por sangre de personas VIH seropositivas, cuatro (0,47%) sufrieron una seroconversión. En otro estudio de 212 trabajadores que sufrieron algún accidente similar, se produjo una seroconversión. Y en otro estudio prospectivo, con 137 accidentes documentados, no se

comprobó ninguna seroconversión. En un trabajo que agrupa un conjunto de estudios prospectivos al respecto, se recolectaron 1.948 exposiciones percutáneas accidentales y en seis (0,29%) se produjo una seroconversión, y de ellas, en ninguna de las 668 ocasiones en que solamente hubo una exposición a mucosa se produjo la seroconversión. Estos datos confirman la relación directa que existe entre la magnitud del accidente (es decir, la carga vírica que puede recibirse) y la posibilidad de seroconversión; cuanto más grave es el accidente más fácilmente se produce la infección.

Hasta noviembre de 1992 se habían publicado 146 casos de trabajadores de la sanidad, sin conductas de riesgo para el VIH, que adquirieron el VIH presumiblemente de forma nosocomial.

ORGANIZACIÓN DE LAS ACTITUDES RELACIONADAS CON EL VIH/SIDA Y FACTORES PREDICTIVOS DE ACTITUDES

Actitud de la población

Es un hecho, repetido mil veces, que la información constituye una condición necesaria pero no suficiente para conseguir cambios de conducta. Las actitudes forman parte de casi todos los modelos que tratan de explicarnos el comportamiento humano en los problemas de salud. Posiblemente por ello, los autores del trabajo que comentamos

han dirigido su atención hacia otro de los múltiples elementos susceptibles de incidir en dicho comportamiento o predecirlo: las actitudes.

En el caso del SIDA, parecen darse en la población dos tipos de actitud: una de ellas se distingue por proporcionar soporte o ayuda a las personas infectadas o con riesgo de infectarse; la otra, tiende a aislar a estas personas del resto con el fin de que no puedan transmitir el VIH a las demás. ¿De qué dependen? ¿cómo están organizadas?

A través de su investigación empírica, los autores consiguen confirmar su hipótesis de que las creencias sobre transmisión del VIH a través de un riesgo incontrolable favorecen las actitudes restrictivas y punitivas, mientras que las creencias sobre la posibilidad de controlar el riesgo no lo hacen.

Al parecer, lo que ocurre es que las personas que consideran que el VIH puede ser transmitido por contactos casuales de origen incontrolable se sienten más amenazados por la pandemia y desean restaurar su percepción de control sobre la situación y proteger su integridad mediante medidas restrictivas de aislamiento y barrera. En la medida en que la amenaza se percibe como personalmente controlable, ésta no suscita el mismo temor, ya que puede evitarse fácilmente no practicando los comportamientos de riesgo y, por ello, no se juzga necesario actuar sobre la víctima.

Personalmente, consideramos que el trabajo de Rise y Jakobsen reviste interés en la medida en que nos señala la importancia de detectar qué estímulo o situaciones en la pandemia del VIH aparecen ante la población como

amenazas incontrolables, con el fin de destruir o atenuar, de forma inmediata, su posible apariencia de incontrolabilidad. Una vez más se nos aparece el sufrimiento humano como un balance entre la percepción de amenaza contra la propia integridad y la propia capacidad o impotencia para hacer frente a la misma. Las personas evitan el sufrimiento disminuyendo la amenaza o incrementando el control. Es, por ello, sumamente importante que desenmascaremos las falsas amenazas antes de que las personas que se sienten afectadas reaccionen con medidas punitivas de segregación y control.

Comportamiento asistencial del VIH de las enfermeras de la sanidad comunitaria

El motivo de este estudio es examinar las actitudes, las normas subjetivas y las intenciones —a la hora de cuidar a los pacientes que son VIH positivos— de las enfermeras de sanidad comunitaria, utilizando la teoría de la acción razonada. 145 participantes completaron un cuestionario desarrollado según las directrices descritas por Ajzen y Fishbein (1980). En concordancia con esta teoría, se encontró que las actitudes y las normas subjetivas de las enfermeras eran factores predictivos significativos de las intenciones al cuidar a personas que eran VIH positivas ($R = 0,15$). Se vio que las creencias personales discriminaban entre los que tenían intención y los que no la tenían, en todo lo relacionado con las posibles consecuencias para ellos mismos, para su familia y sus amigos, pero no hacia las consecuencias relacionadas con el

trabajo. Además, los datos cualitativos mostraron una preocupación persistente por el riesgo de contagio. Basándose en los resultados de la investigación, se recomienda que los profesores de Enfermería, tanto en el ámbito clínico como en el docente, dirijan sus intervenciones educativas específicas y las prácticas para que incluyan la transmisión, la prevención y la exploración de sentimientos, actitudes, creencias e intenciones de comportamiento sobre los temas relacionados con el VIH. Se aboga por futuras investigaciones basadas en esta teoría y por que se examinen las intervenciones tendentes a cambiar las actitudes y las creencias sobre la enfermedad por el VIH de las enfermeras de sanidad comunitaria.

Se han realizado muchos estudios dirigidos a medir las actitudes de los profesionales sanitarios en relación con el VIH/SIDA. Sin embargo, pocos han intentado explicar el vínculo entre las actitudes y la intención del comportamiento a la hora de cuidar personas con VIH/SIDA. El presente artículo muestra que la Teoría de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein ofrece la base para validar este vínculo y se ha realizado mediante un diseño descriptivo correlacional, llevado a cabo en una provincia central de Canadá de habla inglesa. El instrumento utilizado fue un cuestionario que incluía subescalas para medir los constructos de la Teoría de la Acción Razonada, ítems para determinar las fuentes comunes de información acerca del SIDA, demografía y preguntas abiertas y cerradas para conocer las preocupaciones de los que cuidan a personas con VIH/SIDA.

Se obtuvo una respuesta media-baja, del 43% (145/337), al cuestionario. El 99% era mujer. El 50% se situaba por debajo de los 40 años de edad. El 28% era diplomado en Enfermería y el 44,7% había obtenido la licenciatura. El 24% contaba entre 1 y 9 años de experiencia; el 17%, entre 10 y 14; el 25% entre 15 y 19; y el 13%, 20 o más años. El 82% había trabajado durante 10 años en la Asociación de Enfermeras Visitadoras.

Las puntuaciones sobre ambas medidas de intención sugirieron que las enfermeras tenían de alguna forma actitudes positivas y estaban predispuestas a cuidar a personas con VIH/SIDA.

Inicialmente, las dos medidas de intención de comportamiento se pusieron en relación para determinar hasta qué punto estaban midiendo la misma noción.

Las medidas directas e indirectas de las actitudes y normas subjetivas se correlacionaban. La significación era mayor para las medidas de actitudes (0,61; $p < 0,001$) que para las normas subjetivas en que la correlación era débil ($r = 0,17$; $p < 0,05$).

Se aplicaron dos análisis separados de regresión múltiple utilizando las dos medidas de intención (actitudes e intención de cuidar). Las actitudes indirectas y normas de puntuación contabilizaban simultáneamente el 19% de la varianza de intención, $R = 0,39$; $F(2,136) = 12,35$; $p < 0,001$. El análisis de regresión sugería que las actitudes eran el factor determinante de la intención al cuidar a las personas con VIH/SIDA.

Según los resultados del análisis de regresión, los participantes fueron divididos en dos grupos según tuvieran intención

($n = 127$) o no ($n = 18$) de cuidar a las personas con VIH/SIDA. Los dos grupos diferían de forma clara en sus creencias acerca de la cantidad de riesgo para ellos, sus familias y para otros pacientes, así como en el efecto percibido de cuidar a las personas con VIH/SIDA o las relaciones con familias o amigos. Sin embargo, las diferencias eran menos marcadas que las relacionadas con el miedo al contagio. Ambos grupos percibían que sus estudiantes y directores tenían grandes expectativas en ellos con respecto a cuidar a personas con VIH/SIDA.

La fuente de información más utilizada acerca del VIH/SIDA fueron los periódicos y revistas, seguido de discusiones de trabajo entre compañeros, radio y televisión y, en último lugar, cursos o conferencias. No existía una fuerte asociación de las actitudes, normas subjetivas e intenciones de cuidar a personas con VIH/SIDA con el uso de las fuentes de información acerca del VIH, excepto con aquellas nacidas de la práctica diaria.

No se encontró correlación con las variables demográficas. El nivel educacional se relacionaba significativamente con la actitud a través del cuidado de VIH, lo cual indicaba que las enfermeras con un mayor nivel educacional tenían mejores actitudes: $t(120) = 2,53$; $p = 0,013$. Se identificó una relación significativa entre la intención de cuidar a pacientes con VIH/SIDA y haberlos cuidado durante el mes anterior, lo cual sugiere que los profesionales con experiencia pueden ser menos reticentes a cuidar a estas personas. Este tipo de trabajos son importantes para poder diseñar acciones con respecto a las necesidades de

formación e información, ya que discriminan no sólo los conocimientos, sino también las creencias y actitudes normativas subjetivas que el colectivo profesional pueda tener.

ASPECTOS SOCIALES Y ÉTICOS

Percepción de la capacidad para controlar las circunstancias de adquisición del SIDA y juicios conducentes a la ayuda al enfermo: análisis 'atribucional'

Se utiliza el modelo "atribucional" de conducta de ayuda de Weiner para examinar la relación existente entre la supuesta capacidad para controlar las circunstancias que hacen que una persona contraiga el SIDA, las reacciones afectivas de pena y enfado, y los juicios personales que conducen a otras personas a prestar ayuda a los afectados. Según este modelo, la sensación que una persona reciba sobre la capacidad del enfermo a la hora de controlar las circunstancias que rodearon la adquisición de la enfermedad tiene gran incidencia en su disposición a prestar ayuda al infectado, quedando su actitud condicionada por la pena y el enfado. Para este estudio se presentó a los encuestados uno de cinco escenarios posibles describiendo a un amigo que acaba de ser diagnosticado de SIDA. Se manipuló la forma de adquisición de la enfermedad en dichos escenarios. Se añadieron el conocimiento sobre las formas de transmisión del VIH y el sexo del encuestado como variables de control al modelo

original, el cual se ensayó usando el análisis de seguimiento. Las conclusiones convalidaron sólo parcialmente el modelo de Weiner. El efecto de la supuesta capacidad de control de las circunstancias que rodean a la adquisición de la enfermedad sobre la decisión o no de prestar ayuda al infectado resultó condicionado por la pena. Pero no por el enfado. El enojo de los encuestados hacia un amigo que hubiese contraído el SIDA no les hizo dejar de prestarle ayuda.

Las encuestas de población muestran que las actitudes hacia los afectados de SIDA van mejorando con el transcurso de los años como constatan, por ejemplo, los sondeos Gallup realizados en 1987 (el 51% de las personas pensaba que los individuos eran responsables de su enfermedad) y en 1991 (donde sólo el 31% lo pensaba y era mayor el porcentaje de gente que creía que debían ser tratados con compasión). Esta mejora de actitud expresada hacia los enfermos de SIDA se debería traducir en una mayor disposición a ayudarles. Explorar si esto ocurre cuando, hipotéticamente, las personas afectadas son amigos es el objetivo de este trabajo.

La conducta de ayuda está condicionada por la explicación que se haga de la conducta del otro. Si se le hace responsable de la situación de necesidad en que se encuentra, la ayuda ofrecida será menor tal como proponen tanto Lerner (1969) en su formulación sobre las creencias en un mundo justo como el modelo atribucional de ayuda de Weiner (1980), que es el marco teórico de referencia en este trabajo. Los escenarios utilizados como estímulo describían a un hipotético amigo que recientemente había

tenido problemas médicos y finalmente había descubierto que tenía SIDA. De acuerdo a la manipulación experimental, se había contagiado a través de una pareja homosexual, de una pareja heterosexual, de una transfusión de sangre o por compartir agujas infectadas. Para medir la intención de ayuda se emplearon un conjunto de ítems que variaban en la intimidad, física o social, que requería la ayuda (desde ir a la farmacia hasta buscar sus medicinas o ayudarlo a bañarse).

En cuanto al objetivo principal del trabajo, los resultados mostraron que el escenario donde los individuos contraen el SIDA por medio de una transfusión de sangre genera menos atribuciones de responsabilidad en el contagio de la enfermedad y provoca menos ira y más pena (a causa más controlable, más ira y menos pena). La atribución sobre el control de las causas no influye directamente sobre la conducta de ayuda, y la relación se ve mediatizada por las emociones que se experimentan. Sentir pena influye sobre la intención de ayudar positivamente (cuanta más pena, más deseo de ayudar). Sin embargo, en contra de las formulaciones del modelo, la ira no inhibe la respuesta de ayuda, como había ocurrido en estudios previos cuando las personas que se contagiaban de SIDA eran desconocidas. En este caso, parece ser más importante la relación de amistad que une hipotéticamente a la persona que puede ayudar y a la persona que necesita ser ayudada. En cuanto al resto de las variables controladas, los resultados apuntan que el conocimiento sobre la transmisión del VIH y el género de los observadores contribuyó a la comprensión de la

necesidad de ayuda. Los que más sabían sobre los mecanismos de transmisión del SIDA expresaron mayor pena, menos ira y más intención de ayuda, resultado que coincide con los obtenidos en estudios previos, entre ellos los nuestros (Lanco *et al.*, 1993).

Las personas que creían que el SIDA no podía ser transmitido casualmente se mostraban dispuestas a prestar formas de ayuda más íntimas. Las mujeres sintieron más pena hacia las personas con SIDA y creían que las causas eran menos controlables de lo que creían los hombres. Los hombres informan de menos ayuda que las mujeres y esta ayuda era, además, menos íntima, pues se sentían más incómodos que las mujeres prestando ayuda que requiere intimidad física.

Estos resultados apuntarían que la mejora de las actividades hacia el SIDA, en general, se traduciría en conducta de ayuda sólo si los afectados son amigos, caso donde la necesidad de ayuda es más valiente y el rol de amigos obliga por sí mismo a prestarla. La conclusión más clara que podríamos extraer del trabajo con el fin de prevenir el rechazo social hacia los afectados por el SIDA es que se debería intentar que las personas afectadas de SIDA sean vistas, si no como amigas, si como personas próximas, pues como apuntan los teóricos de la conducta prosocial, el acercamiento afectivo a la víctima permite una mejor comprensión de su situación y despierta en quienes pueden ayudarles sentimientos de empatía, condición necesaria, aunque no suficiente, para que aparezca la conducta de ayuda.

CUESTIONARIO

Actitudes e información del Auxiliar de Enfermería ante el enfermo de SIDA y drogodependencia

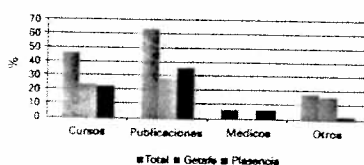
El siguiente cuestionario ha sido adaptado del cuestionario de la Universidad de Lethbridge. (Armstrong-Esther, C., Hewit, W. E).

Metodología

- **Población investigada:** colectivo de profesionales Auxiliar Técnico de Enfermería que ejercen su actividad en Hospitales Sanitarios Públicos.
- **Ámbito de la encuesta:** Hospital Universitario de Getafe (600 camas) y Hospital Virgen del Puerto de Plasencia (250 camas).
- **Nº de la muestra:** 50 muestras para el HUG y 50 para el HVP.
- **Selección de las unidades muestrales:** se realizó mediante muestreo aleatorio simple en cada hospital. Han sido elegidos estos centros porque he trabajado en ambos y creo poder aportar mi experiencia. Tengo que decir que en el primero los enfermos se encuentran repartidos por todo el edificio, aunque en mayor proporción en las unidades de Medicina Interna, donde entre 1991-1992 teníamos una media de 18-20 enfermos en una unidad de 66 camas. Los enfermos se repartían entre el turno de mañana, con 3 o 4 auxiliares; el turno de tarde, con 2 o 3; y el de noche, con 2 auxiliares. En el segundo hospital es difícil ver a alguno de estos enfermos, puesto que todos son desplazados a Cáceres. ¿Cuál es el motivo? Lo desconozco. Los que formamos el Comité Anti-SIDA estamos tratando de averiguarlo.

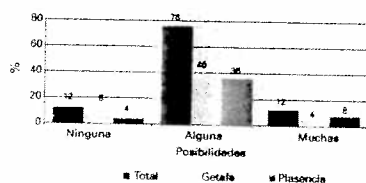
Respuestas gráficas

Gráfico 1. ¿En qué han contribuido estas fuentes a su conocimiento?



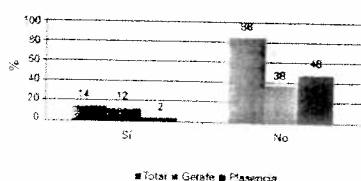
Son las respuestas de los Auxiliares Técnicos de Enfermería. Un 64% se ha formado a través de periódicos, revistas y publicaciones, y un 46% a través de cursos. Las diferencias son muy pequeñas entre ambos hospitales. Por tanto, habrá que tener en cuenta estas vías a la hora de formar a estos profesionales.

Gráfico 2. ¿Qué posibilidad cree tener de contraer el SIDA en su centro de trabajo?



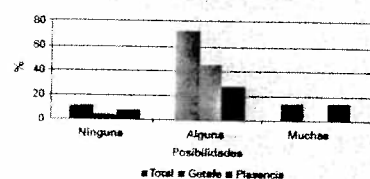
El 76% opina que alguna. Es decir, los Auxiliares Técnicos de Enfermería opinan que el riesgo existe, con diferencias pequeñas, en ambos hospitales 40%-36% respectivamente.

Gráfico 3. ¿Conoce a alguien que haya contraído el SIDA en su centro de trabajo?



El 86% dice que no, mientras que un 14% dice que sí (12% en el Hospital de Getafe). Pueden referirse al mismo caso, ya que se comentaba que una enfermera se contagió por varios pinchazos en los años 1989-1990.

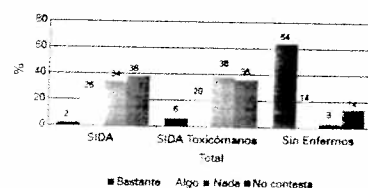
Gráfico 4. ¿Repercute en su trabajo cuando hay enfermos de SIDA ingresados?



El 74% dice que repercute en el trabajo, y estoy de acuerdo. Más tarde daré mis razones, pero una cosa es clara: si repercute deberá solucionarlo quien corresponda y no taparse los ojos, que es lo que se viene haciendo, y permitir que degenera la calidad asistencial.

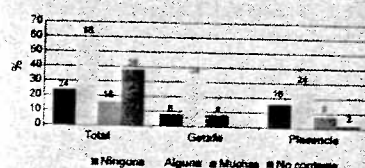
En esta respuesta se distancian las opiniones de los dos hospitales: un 46% en Getafe y un 28% en Plasencia dicen "algunas". Está claro que en Plasencia no tienen a estos enfermos. De todas formas, y por ese motivo, es un porcentaje elevado según mi criterio.

Gráfico 5. ¿Cuándo se encuentra más cómodo en su trabajo?



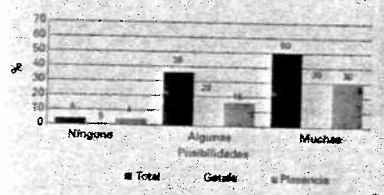
El 64% dice que cuando no tiene estos enfermos.

Gráfico 6. ¿Repercute un aumento de enfermos en la calidad asistencial?



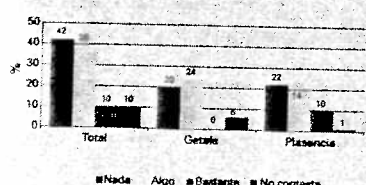
El 58% dice "sí"; en Getafe, un 34%; en Plasencia, un 24%.

Gráfico 7. ¿Aumenta el trabajo de las Auxiliares si los enfermos son de SIDA y toxicómanos?



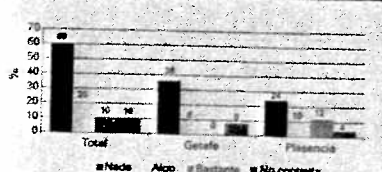
Un 60% responde "muchas", un 36% "algunas", con opiniones casi idénticas para los dos hospitales.

Gráfico 8. ¿Le gusta su trabajo?



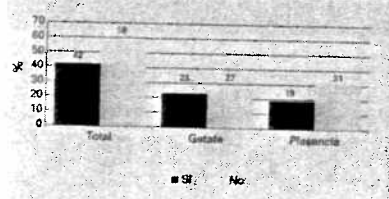
En Getafe dice "nada" un 20%, "algo" un 24%, y no contesta el 65%. En Plasencia dice "nada" el 22%, "algo" el 14%, "bastante" el 10%, no contesta 4%. Sólo un 10% del total se encuentra en un momento favorable para trabajar con estos enfermos, por tanto, habría que estimular al 38% como mínimo para conseguir un 50% de profesionales que se encontrara satisfecho y contento de trabajar con estos pacientes, por ejemplo, aumentando el personal auxiliar, dándoles facilidades para formarse, u otras.

Gráfico 9. ¿Le gustaría trabajar con estos pacientes?



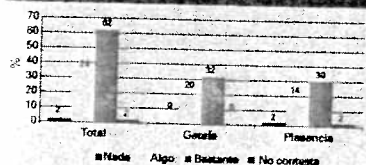
Los resultados son poco alentadores. Aunque se insista en que los responsables sanitarios tendrán que poner medidas, no se pueden obtener resultados óptimos si se trabaja con estos ánimos. ¿Dónde está el fallo?

Gráfico 10. ¿Y si se premiara, lo haría?



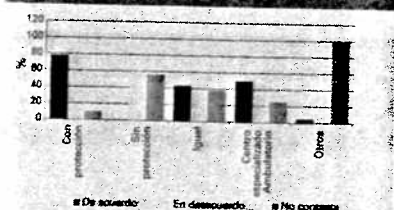
Quiero pensar que los que dicen que sí son ese 42% que se ha formado; luego de nuevo son decisivas la formación, motivación...

Gráfico 11. ¿Aumenta el trabajo si aumenta el número de enfermos de SIDA o drogodependencia?



La mayoría está de acuerdo en que hay un exceso de trabajo. La solución parece clara.

Gráfico 12. ¿Cómo deben cuidarse los enfermos con SIDA?



Es significativo que no conteste el 96%. ¿Tienen dudas?

Gráfico 13a1. ¿Deben recibir tratamiento los pacientes con SIDA aislados?

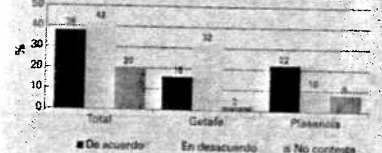


Gráfico 13a2. ¿Deben recibir tratamiento los pacientes con SIDA completamente aislados?

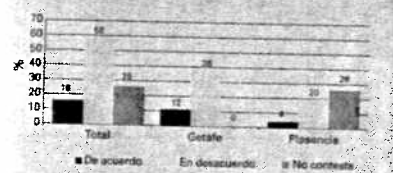
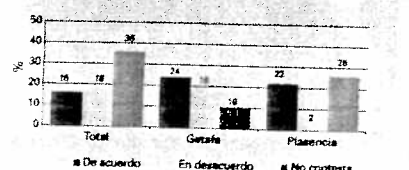


Gráfico 13a3. ¿Deben recibir tratamiento los pacientes con SIDA igual que otros enfermos?



Gráfico 13a4. ¿Deben recibir tratamiento los pacientes con SIDA mediante apoyo (asociaciones, etc.)?



Es gratificante ver que la mayoría opina que los infectados de VIH deben ser tratados igual que

otros enfermos; asimismo, también la mayoría opina que deben recibir apoyo y solidaridad.

Gráfico 13b1. ¿Escuelas separadas para niños con SIDA?

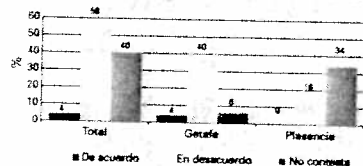


Gráfico 13b2. ¿Prohibición para ejercer ciertas profesiones?

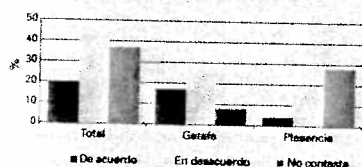


Gráfico 13b3. ¿Deben llevar documentos que los identifiquen?

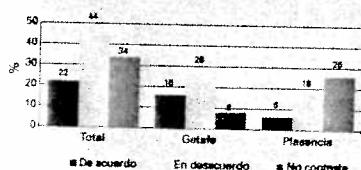
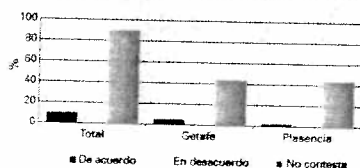


Gráfico 13b4. Otros...



No a las escuelas separadas para niños con SIDA, sí a la libertad para ejercer cualquier profesión y no a la obligación de llevar documentos que los identifiquen como enfermos de SIDA.

Gráfico 14.1. ¿Pruebas de SIDA a todos los enfermos?

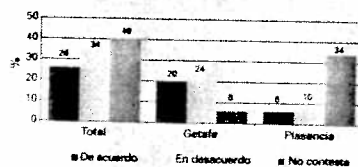


Gráfico 14.2. ¿Deben informarse del paciente portador?

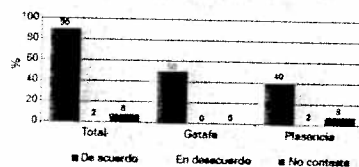
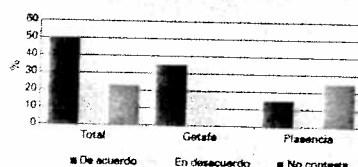


Gráfico 14.3. ¿Usar guantes siempre que maneje sangre?

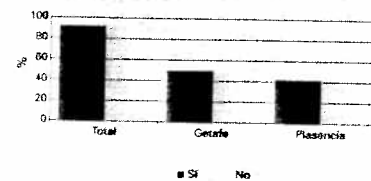


Gráfico 14.4. ¿Usar guantes y mascarillas para manejar sangre?



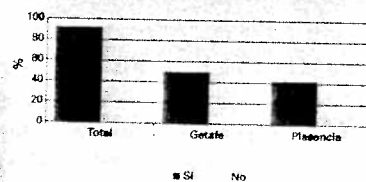
El último gráfico demuestra que no tienen todos los conocimientos que debieran.

Gráfico 15. ¿Las ATE deberían recibir información para tratar enfermos de SIDA?



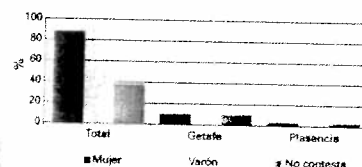
El 94% del personal sanitario considera que debería recibir mayor información. Por tanto, estamos en condiciones de decir que reconoce ignorar ciertos conocimientos necesarios.

Gráfico 16. ¿Desearía información sobre el SIDA?



Reincide en lo anterior, pero además está dispuesto a recibir esa información.

Gráfico 17. ¿Cuál es su sexo?



El 86% son mujeres y el 12% hombres.

B (Rh -)
O (Rh +)
O (Rh -)



CONCLUSIÓN

El virus de la inmunodeficiencia humana ha convertido nuestro mundo en un lugar distinto. Y en un nivel más profundo, nuestra respuesta ante la epidemia configurará nuestra sociedad. ¿Contribuirá el SIDA a fomentar la comprensión y la tolerancia ante orientaciones sexuales diferentes, o endurecerá las normas

tradicionales de conductas sexuales aceptables y desviadas? ¿Se verá en el SIDA una amenaza universal para toda la humanidad, o se considerará un problema del subproletariado, de los pobres y no instruidos y de las minorías? ¿Acentuará el síndrome de la inmunodeficiencia la tensión entre las concepciones moralistas y pragmáticas en materia de conducta y de salud, o

se encontrarán soluciones eficaces y moralmente aceptables a la vez? ¿Suscitará el SIDA una entrega altruista entre los médicos, enfermeras, auxiliares y otros profesionales de la salud, o rehuirán los agentes de salud a las personas con el VIH buscando otros ámbitos donde ejercer su arte? En nuestras manos está dar respuesta a esas cuestiones y configurar la sociedad en consecuencia.

BIBLIOGRAFÍA

- J. HALLÓLAS, A. GUELA Y E. BUIRA. Virus de la inmunodeficiencia humana y personal sanitario. *Rev. Medicina Integral*. Organización de las Actitudes Relacionadas con el VIH/SIDA y factores predictivos de actitudes.
- RISE, J. Y JAKOBSEN, R. Organization of HIV/AIDS. Related Attitudes and Predictors of Attitudes, *Scaud, J. Soc. Med.* 1995; 3: 202-208.
- Comportamiento Asistencial del VIH de las Enfermeras de la Sanidad Comunitaria.
- LASCHINGER, HKS, GOLDENBERG, D. Y BELLO, DD. *Community Health Nursing* 1995; 12(3): 147-149.
- Percepción de la capacidad para controlar las circunstancias de la adquisición del SIDA y juicios conducentes a la ayuda al enfermo.
- DOOLEY, P. *Perceptions of the Onset Controllability of AIDS and Helping Judgments; An Attributional Analysis, Journal of Applied Social Psychology* 1995; 25: 858-869.
- ARMSTRONG-ESTHER, C.; HEWIT, W. E. Cuestionario adaptado del cuestionario de la Universidad de Lethbridge.