

Actitudes del profesional de la salud hacia los pacientes con SIDA

Sonia Prieto Belisario

Centro de Investigaciones Psicológicas. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida.
Venezuela.

Resumen

Para el presente estudio se diseñó la Escala ACSI para medir actitudes de los profesionales de la salud hacia el paciente con SIDA. A través del análisis factorial se detectaron dos factores que cubren las siguientes dimensiones: (1) Rechazo por temor al contagio y (2) Discriminación. En el estudio participaron seis muestras diferentes: médicos, enfermeras, bioanalistas, odontólogos, estudiantes del área de la salud y otras profesiones. Mediante análisis de varianza se detectó que los odontólogos mostraron, consistentemente, una actitud más negativa hacia el paciente con SIDA en el factor Rechazo y en total de la Escala. La muestra de enfermeras obtuvo la mayor puntuación en el factor Discriminación. Se asume que ello pueda ser debido a la mayor probabilidad de contagio y riesgo que presenta su actividad clínica.

Palabras clave: Actitudes, profesionales, pacientes con SIDA, análisis factorial.

Abstract

Health professional attitudes toward AIDS patients.

The study includes the designing of ACSI scale to measure health professionals attitude toward the patient with AIDS. The instrument was applied to six samples, including physicians, nurses, odontologists, medical students and others professionals. A factor analysis revealed four different dimensions: rejection and discrimination. The study revealed a more consistent negative attitude among odontologists and nurses probably due to the higher risk of contagion present in the clinical activities of these professionals.

Key words: Attitudes, professional, AIDS patients, factorial analysis.

INTRODUCCIÓN

La problemática del SIDA

A través de la historia, incontables epidemias han azotado a la humanidad. Algunas han sido combatidas alcanzando una cura definitiva. Pero el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, o SIDA, ha tomado una proporción gigantesca que ataca sin piedad y sin esperanza inmediata de una cura definitiva. Hasta la fecha, no hay conocimiento de que algún enfermo haya sanado. Los individuos seropositivos, aunque tardan en desarrollar el virus con todas sus manifestaciones adversas, llevan en sí una bomba de tiempo que puede estallar en cualquier momento y deben vivir entre la agonía y la esperanza del descubrimiento de una cura para ese terrible flagelo.

El SIDA se ha constituido en un grave problema en el nivel mundial con amplias consecuencias dimensiones sociales, económicas, políticas y legales. Incluye además la discriminación, la incomprensión y el rechazo a las personas contagiadas. Esa actitud negativa es, algunas veces, practicada por los profesionales competes, quienes olvidando la ética de su profesión, eluden responsabilidades que atentan contra el derecho de todo ser humano a la vida, a la ayuda, a la asistencia médica. La enfermedad en sí misma conlleva a la estigmatización que genera efectos dañinos y conduce a un agravamiento de la misma. Esta estigmatización (Escalante y Escalante 1994) va desde al carencia de apoyo social hasta la desesperanza, pasando por una disminución de la autoestima, miedo al contagio, ostracismo y preocupación acerca de las opciones médicas disponibles. Particularmente para la población de homosexuales, el SIDA representa aislamiento grave y estigmatización. Latinoamérica ha alcanzado niveles de gravedad alarmantes, aumentado por factores económicos y sociales inadecuados para combatir la epidemia. Venezuela no escapa a esta realidad que cada vez se hace más dramática. Se han intentado y realizado algunos estudios, reportados en prensa, que reflejan la problemática a enfrentar, y se ha desarrollado un programa serio de acuerdo a la idiosincrasia y los recursos de nuestro país, pero aun así sigue siendo un problema a resolver que se acrecienta.

Según Rangel (1994) "Las investigaciones sobre el HIV han avanzado y profundizado con gran celeridad en el conocimiento del agente productor como nunca antes había ocurrido con agente alguno de enfermedad. Se conocen los mecanismos exactos de su transmisión y se han difundido los métodos de profilaxis con suficiencia por todos los medios de comunicación. El conocimiento acumulado, sin embargo, ha

resultado insuficiente para detener el avance de la epidemia, a juzgar por las informaciones epidemiológicas. La suposición de que todo el mundo conoce y está en capacidad de prevenir el contagio no ha resultado ser tan cierta. Con excepción de Cuba, en ningún país del mundo se ha enfrentado la epidemia con una acción de Estado especialmente diseñada para detener la propagación de la enfermedad. Es necesario anticipar, a priori, que no conocemos cifras exactas para Venezuela que permitan ilustrar objetivamente la eficacia de las medidas que se han dispuesto para enfrentar la situación. Esta realidad de los hechos concretos hace suponer que algunas razones o variables pudieran estar interviniendo, y entre ellas puede mencionarse las siguientes:

- El conocimiento de los métodos de prevención es bajo en general o el mensaje sobre la prevención ha sido inadecuado.

- Las implicaciones sexuales intervinientes convierten a la transmisión de la enfermedad en un problema incontrolable.

- No se conoce con exactitud la razón (Rangel 1994, pp5)

Por lo demás, pareciera que el nivel socioeconómico y cultural fuera un factor negativo para que funcione la información y el uso de la misma. De hecho se ha encontrado una relación lineal entre el SIDA y los índices de pobreza. Es decir, que la enfermedad prolifera en ambientes de escasos recursos, de promiscuidad, y de organismos debilitados por desnutrición, factores cada vez más alarmantes en los países de poco desarrollados.

Entre otras cosas, algunos especialistas señalan que la gran falla es que aún no se ha asumido el SIDA como un problema de salud pública, ni se han desplegado campañas masivas y permanentes de educación y, en consecuencia, la gente se sigue infectando, en parte por descuido y en parte por ignorancia. Hay como una especie de indolencia o fatalismo en general entre la población, aún entre los dirigentes, que actúa como una traba para el cabal enfrentamiento y la búsqueda de soluciones viables.

Hablando de cifras

Las cifras de incidencia e incremento de la enfermedad siguen siendo alarmantes en países en desarrollo. Los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé para el año 2000 que todas las infecciones por HIV ocurrirán en los países en desarrollo (Merson 1993) y que el 90% de las mismas ocurrirán vía transmisión heterosexual (Aral y otros 1991). Según cálculos

actuales, se estiman entre 14 a 18 millones los infectados en el mundo y se presume que para el año 2000 estas cifras sobrepasen los 40 millones (Mays y Moscoso 1995). En algunas regiones africanas se hallan infectadas entre el 60 y 80 por ciento de las prostitutas y entre el 20 y el cuarenta por ciento de sus clientes. En Suecia, para fines de los años 80 se reportaban 300 nuevos casos por año y la mayoría de 105 ocurridos en los heterosexuales se habían producido después de relaciones sexuales casuales (Blazhurt 1992).

Existen grupos con alta incidencia de SIDA como los homosexuales, bisexuales, drogadictos intravenosos, hemofílicos y personas que reciben transfusiones de sangre. El peligro en los adolescentes es inminente debido a que recién inician la actividad sexual con muy pocas precauciones al respecto, por lo que al final también ellos entran en la categoría de grupos de alto riesgos". Aunque la enfermedad ya no es considerada exclusiva de los homosexuales, la mayor incidencia sigue ocurriendo en este grupo.

En 1993 se da una alerta nacional sobre el SIDA en nuestro país (Brugada 1993) y de acuerdo con las estadísticas manejadas por la Oficina de Prevención y Lucha contra la enfermedad se señalaba la alarmante cifra de 25 mil personas seropositivas, con una probabilidad de aumento a 450 mil individuos infectados, todo ello sin tomar en cuenta los casos no reportados. Del total de 2853 hombres que padecían SIDA, 1093 eran homosexuales y 442 bisexuales. Paralelamente, el número de heterosexuales infectados aumentaba considerablemente. Al mismo tiempo quedaba establecido que en Venezuela el 89.76 por ciento de los casos registrados se habían producido por contacto sexual. El índice de infectados por transfusiones era 31 personas, 20 de las cuales habían muerto las estadísticas mostraron también un total de 50 hemofílicos que habían sido contagiados, de los cuales habían muerto 44 para finales del año 1993. Los niños se salvaron de esta hecatombe. De 30 niños enfermos, 19 habían fallecido. Se consideraba, además, que aunque la cifra era alarmante, podría bajar porque la sexualidad podría ser controlada a través de la "concientización"...

Psicólogos y psiquiatras que han trabajado con seropositivos, han encontrado que la fortaleza emocional tiene mucho que ver con el desarrollo de la enfermedad. El apoyo de la familia, la pareja, la buena alimentación, la conciencia de una muerte digna, la relación con el médico y el psicólogo, ayudan a los infectados con el VIH a vivir saludablemente mucho más de lo que reseñan las estadísticas. El impacto del diagnóstico puede ser desastroso, pero las reacciones varían de una a otra

persona, siendo de gran importancia el trato a seguir con el paciente desde el diagnóstico en adelante.

La actitud más saludable de parte del individuo afectado podría ser una conducta positiva que le incentive el deseo de luchar y conservar su vida. Asumir una actitud pasiva o indiferente como si nada estuviese ocurriendo, sería negarse así mismo o retrasar lo positivo que la persona pudiera hacer para lograr vivir más tiempo. lo primero sería aceptar una realidad incontestable y comenzar a dar los pasos necesarios en pro de una vida más sana y más larga. Pero esto no se puede lograr sin que la familia, como núcleo central de todo ser humano, se sienta involucrada y ofrezca realmente apoyo, aliento y ánimo para el enfermo.

Hemos visto cómo el paciente con SIDA es generalmente estigmatizado y rechazado tanto por sus familiares como por algunos profesionales de la salud por la creencia en la contaminación que pudiera derivarse de su atención, además de la percepción de la relación que se asume entre la infección y la homosexualidad. Aranaga (1993), en un artículo publicado al respecto de la ética médica comenta: "...la desinformación y los propios temores al contagio han dado como nefasto resultado que los afectados con VIH-SIDA estén siendo desatendidos en los requerimientos de salud y expuestos al desprecio público, considerándose enfermos altamente contagiosos y, en el peor de los casos, abandonados a su suerte. Esta situación está violando los principios éticos de cumplimiento obligatorio que rige el ejercicio de la medicina".

Por otra parte, Rangel (1994), destacado médico inmunólogo del Hospital Universitario de los Andes, Venezuela, sostiene: "Las instrucciones entre el personal profesional sobre lo remoto de la posibilidad de contaminación por el contacto directo que se establece al prestar atención a dichos pacientes son insuficientes y, no es raro observar que se solicita ayuda de personal entrenado de otros servicios para que extraiga las muestras de sangre de pacientes hospitalizados. Ha ocurrido algún caso de rechazo por parte del personal profesional para aceptar la hospitalización de uno de estos pacientes. Existe la tendencia a establecer áreas de aislamiento especiales para ellos, no tanto como precaución para evitar que se contaminen por su condición de inmunodeficientes, sino por el temor del personal que debe atenderlo". Se han hecho investigaciones sobre los innumerables aspectos del virus, sus consecuencias y repercusiones, pero falta aún una apertura a la sensibilidad humana y una toma de conciencia muy clara y definitiva de que el problema atañe a todos y de que se deben aunar esfuerzos y conformar actitudes correctas para enfrentar la realidad. Necesariamente habrá que

profundizar la investigación en el área de las actitudes del personal de la salud a fin de tomar las previsiones necesarias para formar adecuadamente al personal de atención médica, en función de proveer un trato adecuado a los pacientes con SIDA.

MÉTODO

Sujetos

La muestra estuvo constituida por 287 profesionales de la salud, distribuidos de la siguiente manera: 86 médicos, 91 enfermeras, 25 bioanalistas, 27 odontólogos y 58 estudiantes del área de la salud. Además fueron encuestados 35 sujetos, tomados de la población en general, de diferentes niveles de educación formal (amas de casas, obreros, técnicos de nivel medio y superior y profesionales universitarios), los cuales tenían como única condición, no tener ninguna relación con el desempeño en el área de la salud. En total la muestra fue de 322 sujetos, con una edad promedio de 33,77 años.

Procedimiento

Los sujetos fueron entrevistados en forma grupal, en su lugar de trabajo o estudio, oportunidad en la cual se aplicó la Escala ACSI para medir actitudes hacia los enfermos con SIDA. La recolección de los datos se realizó durante un período aproximado de tres a cuatro meses.

Instrumentos

Escala ACSI. Es un instrumento diseñado para medir actitudes hacia los pacientes con SIDA. Inicialmente consta de 31 rubros, de los cuales fueron seleccionados 20 para la versión final, luego de practicados los análisis de rubros respectivos. El análisis factorial determinó dos factores, conformados por rubros cuyos pesos factoriales estuvieron en un rango de .33 a .82. Los coeficientes de confiabilidad son altos y significativos (alfa de Cronbach, .79; Spearman Brown, .73 y Guttman para formas paralelas, .73).

La Escala está constituida por rubros fraseados en forma Likert de 6 puntos, variando de completo desacuerdo (1) a completo acuerdo (6), de los cuales 8 miden rechazo por temor al contagio y 12 miden Discriminación. La Escala fue corregida en dirección positiva: a mayor la actitud negativa hacia el paciente con SIDA.

Diseño y análisis de los datos

Este estudio fue de tipo ex-post-facto, en el cual se compararon las diferentes muestras mediante

análisis de varianza de una vía y se realizaron comparaciones múltiples utilizando la prueba Scheffé para todas las muestras del estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Características generales de la muestra

A continuación se presentan los valores correspondientes a la media y desviación estándar para la edad en las diferentes muestras del estudio.

Tabla 1. Media y desviación estándar para edad en las diferentes muestras estudiadas.

Muestra	M	s	n
Médicos	30,95	2,59	86
Bioanalistas	38,48	9,08	25
Enfermeras	34,84	7,09	91
Odontólogos	36,26	6,36	27
Estudiantes de la Salud	24,79	4,29	58
Otras Profesiones	37,34	10,16	35

El promedio de edad de la muestra en general fue de 33,77 años, con una desviación estándar de 4.67, lo cual indica que las seis muestras fueron homogéneas en cuanto a edad.

Tabla 2 Medias en ACSI, por factores y total, entre los diferentes grupos

Variables	Med.	Bioan	Enfer	Odont.	Estud.	Otros	F	p
Rechazo	27,15	26,36	25,96	35,78	23,33	28,54	4.65	.000
Discrimi.	42,22	43,00	46,02	55,78	41,98	39,66	4.05	.001
ACSI Total	69,37	69,36	71,98	80,56	65,31	68,20	3,70	.002

n =32

Como puede apreciarse en la tabla anterior, el mayor puntaje en actitud negativa hacia el paciente con SIDA fue obtenido por los odontólogos en el factor Rechazo y en el puntaje total de la Escala. En el factor Discriminación, el puntaje mayor fue obtenido por la muestra de enfermeras, seguido por los odontólogos, los bioanalistas y los médicos. El análisis de varianza demostró que hubo un efecto significativo debido al tipo de profesión. Con el fin de detectar las medias responsables de esas diferencias, se realizaron las comparaciones múltiples a través de la prueba Scheffé. Estos datos se encuentran reportados en la Tabla 3.

Tabla 3. Medias de las diferencias destacadas en ACSI, por factores y en la escala total

Variables	Med vs Odont		Enfer vs Odont		Odont vs Est		Enfer vs otros	
	Dif.	F	Dif.	F	Dif.	F	Dif.	F
Rechazo	-8,63	2,33*	-9,28	3,06*	12,45	4,35*	-	-
Discrim	-	-	-	-	-	-	6,36	2,96*
ACSI Total	-	-	-	-	15,25	3,31*	-	-

* Significativo $\alpha < .05$

En la tabla anterior observamos que el grupo de odontólogos se diferenció significativamente de los médicos, enfermeras y estudiantes de la salud, en el factor Rechazo, además de que logró diferenciarse en el total de la Escala, con el grupo de estudiantes. Indica este resultado que los odontólogos de la muestra estudiada, presentan una actitud negativa más acentuada en el factor Rechazo. En cuanto al factor Discriminación, es el grupo de las enfermeras las que se diferencian marcadamente de la muestra de otras profesiones.

Se asume que la actitud de los odontólogos obedece, quizá, a la mayor probabilidad sentida de contagio y riesgo derivada de su actividad clínica y posiblemente también al tipo de relación que se plantea con el paciente, o 'cliente', la cual escapa a la rigidez de la ética médica, es decir, su obligatoriedad con el cliente es decisión única y exclusiva del odontólogo, además, este profesional no tiene fácil acceso a una historia clínica completa del paciente, o bien no puede demandar de éste la información pertinente a padecimientos de este tipo de enfermedad por cuanto no se ajusta, o no es costumbre requerirla dentro de su hacer. A pesar de que muchos profesionales de la odontología estilan el uso de guantes y utensilios desechables, no es frecuente que todos tomen estas precauciones ya que las mismas no han sido incorporadas o aprendidas como requisito indispensable para el desempeño de su profesión.

En cuanto a la actitud discriminatoria de las enfermeras, es posible que exista un interactivo del nivel cultural y educativo de las mismas, además de que también podría obedecer al contacto continuo y estrecho a que se ven obligadas en su profesión con respecto a cualquier tipo de paciente, sintiéndose por ello más sensibles a un posible contagio y por lo tanto más temerosos, lo cual haría que tiendan a una mayor discriminación del paciente con SIDA.

Un factor que pudiera intervenir también, en la actitud demostrada por el personal de enfermería, podría ser la falta de equipos apropiados en los hospitales para la atención adecuada, no solo de los pacientes. Esto complicaría aún más la situación planteada.

De hecho, el SIDA ha sido un dilema para el gremio médico y para todas aquellas personas que, de alguna manera, deben luchar con esta enfermedad. Incluso, se ha percibido un deterioro creciente en la relación personal de salud-paciente y médico-paciente, generando ansiedad, angustia y frustraciones en el intento de controlarla o de lograr la cura de los afectados. En cuanto a la ética médica, en sí misma, ha representado un peso a la hora de prestar los servicios de salud requeridos por estos pacientes. Los temores al contagio, aunados a la desinformación, han llevado a la discriminación y rechazo de los mismos, hasta el punto de ser muchos de ellos abandonados a su suerte o confinados a salas especiales, generalmente en los últimos pisos de los hospitales, donde son desatendidos o, en el mejor de los casos, mal atendidos.

Vista así la situación, es necesario sugerir una formación integral del personal que labora en salud, a través de un entrenamiento especial para atender pacientes con este tipo de enfermedad. Igualmente se hace prioritario desarrollar campañas de información que abarque desde el conocimiento del virus como su prevención, riesgos de contagio y atención médica adecuada.

REFERENCIAS

- Aral SO, Holmes KK. 1991. Sexually transmitted diseases in the AIDS era. *Soc American Medicine*, May, 86-93
- Aranaga M. 1993. Derechos Irrenunciables. La Revista de Caracas: SIDA Aquí y Ahora. Año III N° 115. Caracas, Venezuela.
- Blaxhult A, Erikson G *et al.* 1992. Sexually acquired HIV infections: An analysis of epidemiological data concerning cases reported in Sweden 1988-1990. *Scand. J. Infect. Dis.* 24: 707-703.
- Brugada S. 1993. Alerta Nacional. La Revista de Caracas: SIDA Aquí y Ahora. Año III N° 115. Caracas, Venezuela.
- Escalante O, Escalante KL. 1994. SIDA: La crisis continúa. *Médula*, Revista de la Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida.
- Mays V, Moscoso MS. 1995. AIDS Pandemic Burden Developing World. *Psychology International*. American Psychological Association Office of International Affairs. 6:
- Merson MM. 1993. Slowing the spread in HIV: Agenda for the 1990s. *Science* 260:1266-1268.
- Rangel C. 1994. SIDA: Eficacia de la prevención de la enfermedad y previsiones en la formación del personal de salud. Taller de Trabajo: Inmunología Básica e Inmunodeficiencias. Universidad de Los Andes. Facultad de Medicina. Instituto de Inmunología. Mérida. Venezuela.