

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

14

FACULTAD DE MEDICINA.

2 ej.

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ", S.S.

TESIS:

"ACTITUDES DEL RESIDENTE
DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
HACIA LA ATENCION A PACIENTES SEROPOSITIVOS
O CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA"

Que para obtener la especialidad en psiquiatría presenta:

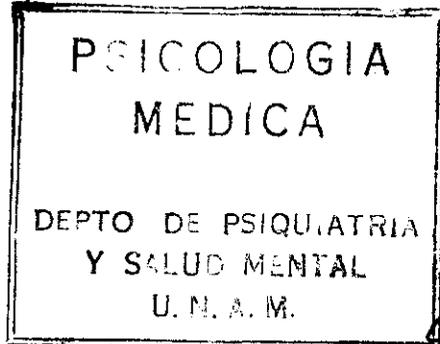
DRA. MA. TERESA LLAMAS LUNA



TUTORES:


DR. RAFAEL SALIN PASCUAL
(Teórico)


DR. FRANCISCO PAEZ AGRAZ
(Metodológico)



265795

Febrero de 1998



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS:

**“ACTITUDES DEL RESIDENTE
DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
HACIA LA ATENCION A PACIENTES SEROPOSITIVOS
CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA”**

DRA. MA. TERESA LLAMAS LUNA

TUTORES:

DR. RAFAEL SALIN PASCUAL
(Teórico)

DR. FRANCISCO PAEZ AGRAZ
(Metodológico)

INDICE.

Resumen.	1
Introducción.	2
Marco teórico	3
Justificación.	9
Planteamiento del problema.	9
Objetivos.	10
Material y métodos	11
Diseño.	11
Universo y muestra.	11
Criterios de selección.	11
Variables e Instrumento.	12
Procedimiento.	20
Análisis estadístico.	20
Resultados.	21
Discusión.	29
Bibliografía.	33
Anexo.	39

RESUMEN

La respuesta del gremio médico hacia el SIDA ha sido particularmente compleja, controvertida y cargada de emociones. Hay información que apoya la presencia de estresores psicológicos ante el trabajo con pacientes VIH/SIDA. Sin embargo son muy pocos los estudios que han abordado el tema. nuestro objetivo fue estudiar actitudes y percepciones hacia la atención del paciente VIH/SIDA en residentes de tres especialidades. El universo lo conformaron 120 residentes de las especialidades de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia y de Psiquiatría. Se les administro de manera autoaplicable un cuestionario diseñado *AD hoc* en base a la información referida por Silverman..

Se utilizaron porcentajes para variables discretas y media y desviación estándar para variables continuas. Como prueba de hipótesis se uso X^2 para contrastes categóricos fijando el nivel de alfa en 0.05.

El estudio demostró que existen diferencias significativas entre especialidades con respecto a las actitudes hacia el paciente VIH/SIDA. Muchas de estas diferencias presentaron variaciones a lo largo de la formación del residente.

INTRODUCCION.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) esta surgiendo como una enfermedad con manifestaciones psiquiátricas, neuropsiquiátricas y psicosociales.(1) La reacción pública ante la epidemia del SIDA ha sido extrema, desde el pánico y el temor hasta la apatía o la indiferencia total. La respuesta del gremio médico hacia el SIDA ha sido particularmente compleja, controvertida y cargada de emociones.

Los intentos por entender las reacciones de los médicos ante el SIDA han sido escasos y difíciles debido a que esta enfermedad, por un lado, comparte características con otros trastornos, y por el otro se constituye como una entidad completamente nueva para la ciencia médica.

Para muchas situaciones clínicas, existen guías, tanto formales como informales, para la ejecución de una conducta médica adecuada. En general estas guías son consistentes y claras. Las reglas se establecen en la escuela de medicina, se refuerzan en el internado y la residencia y se confirman en la práctica clínica, tanto por el contacto con los pacientes como con los colegas.(2)

El SIDA ha generado demandas sin precedentes y presiones severas sobre el personal de salud de todas las disciplinas ya que: 1. afecta a individuos estigmatizados con estilos de vida generalmente distintos a las de sus médicos tratantes. 2. provoca demandas

agotadoras en quienes los atienden. 3. es un padecimiento universalmente e inevitablemente fatal. 4. a pesar de la amplia información, paradójicamente sigue predominando gran temor en quienes atienden a los pacientes.(3)

MARCO TEORICO.

El “contacto a través de las manos” es, sin duda, uno de los aspectos tradicionales y esenciales de la práctica médica. El tocar al paciente tiene por lo menos 3 funciones: La evaluación del estado de salud a través de la exploración física (auscultación y palpación), el manejo de síntomas o problemas de salud (la función de saneamiento) y el establecimiento de empatía entre el paciente y el profesional (4).

En los inicios de la epidemia del SIDA, el temor al “contagio” llevo a que los médicos usaran guantes o máscaras ante el mínimo contacto con pacientes infectados. Esto inevitablemente contribuyó al surgimiento de barreras físicas y emocionales entre los pacientes y los médicos. Aunque el riesgo de transmisión por el VIH a través de exposición ocupacional parece ser bastante bajo, el hecho de ser posible, junto con el pronóstico universalmente fatal asociado al SIDA, sugiere que médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud que atienden a pacientes con SIDA tengan preocupaciones significativas sobre su propio riesgo (5,6).

El temor al contagio puede exagerarse, haciendo que los médicos estén menos dispuestos a tratar a pacientes VIH positivos. La desinformación sobre la transmisión por contacto casual se asociado con la estigmatización de pacientes con SIDA. (7)

La atención a tales pacientes es bastante laboriosa, ya que existe un compromiso inmunológico en donde son comunes los síntomas de: fiebre, disnea, cefalea, y confusión todo lo cual conlleva a un rastreo exhaustivo incluso invasivo en ocasiones para excluir una causa infecciosa tratable. El grado de complejidad de la enfermedad así como las necesidades psicosociales únicas de pacientes con SIDA ha llevado a la necesidad de crear una nueva subespecialidad médica en SIDA. (5)

Wachter en un artículo sobre el impacto del SIDA en el entrenamiento en la residencia médica describe como el manejo de pacientes con SIDA “estira” mecanismos de defensa a sus límites... ya que para los que se encuentran de guardia (ya fatigados) con los estresores propios de la jornada, el participar en un escenario trágico coloca un mayor peso psicológico (8). El simple hecho de estar al día con la literatura sobre la terapia para el manejo del SIDA es difícil (3). Todo esto ha contribuido a la experiencia de una residencia más difícil que en la era pre-SIDA (5).

Hay datos que apoyan que el personal médico sufre trastornos psicológicos al trabajar con pacientes con SIDA. (3,5,8,9) Sin embargo existe escasa literatura sobre los estresores en el personal que atiende a pacientes VIH y menos aún en la literatura psiquiátrica (3,9)

Se han descrito estresores psicológicos relacionados al cuidado de personas VIH positivas: pesadillas relacionadas al SIDA, pensamientos obsesivos, imágenes mentales asociadas a actividades relacionadas al cuidado de los pacientes, sensación de “adormecimiento psicológico”, irritabilidad, aversión a pacientes VIH positivos, agotamiento físico, disminución del interés en actividades profesionales. Así mismo se reconoce como algunos médicos han reportado :temor al contagio, homofobia, exposición repetida a la muerte y al morir, sentimientos profundos de pérdida y duelo, sentimientos de desesperanza, inutilidad (ante la ansiedad generada por una inadecuada experiencia y entrenamiento en el cuidado de estos pacientes), una carga aumentada de trabajo, tensión asociada al estigma de la enfermedad y el tener que trabajar con recursos sociales inadecuados para pacientes con SIDA (3).

Se reconoce al síndrome de estrés en pacientes que atienden a personas con SIDA) con similitudes importantes con los signos y síntomas típicos del trastorno por estrés posttraumático en donde hay temores exagerados de contagio, pensamientos y sueños obsesivos con actitudes evasivas: evitar el contacto con personas VIH positivas, el buscar el cambio de carrera profesional, y una especie de “adormecimiento psicológico”. Así mismo parece muy posible la coexistencia de estrés relacionado al SIDA con otros síndromes psiquiátricos: trastornos del estado del ánimo, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y problemas de relaciones interpersonales y laborales en personal de salud susceptible (3). A continuación , algunos estudios que han abordado el tema del estrés psicológico asociado a la atención del paciente VIH/SIDA.

Douglas en 1985 encontró que médicos y enfermeras que contaban con algún amigo, o familiar homosexual eran menos homofóbicos que los que no contaban con este antecedente, casi el 10% estaba de acuerdo que los homosexuales que contraían el SIDA se lo merecían (10). En 1987 Richardson encontró que el tema de el potencial de infectividad por SIDA fue una preocupación entre médicos, aproximadamente el 29% no querían que su equipo de trabajo de expusiera a pacientes con SIDA, así mismo los médicos expresaban una falta de conocimientos y experiencia para el manejo de las complejas manifestaciones del SIDA (11). Kelly en 1987 encontró que el diagnóstico de SIDA llevaba a una carga emocional, haciendo surgir aspectos negativos y de juicio sobre el paciente (12). En 1987 se realizo en E.U. el primer estudio Nacional con médicos en relación a las actitudes hacia pacientes con SIDA. Rizzo encontró que el 27% manifestaba incertidumbre en tratar a los pacientes, el 23% no estaba seguro de las obligaciones del médico ante un paciente con SIDA y el 55% reportó sentir un riesgo de contagio. Hayward y Shapiro encontraron que un 23% de los residentes no trabajarían en un área geográfica con mayor prevalencia de SIDA por el temor a contraer la enfermedad (3). Hashman y cols. realizaron un estudio con 125 personas dentro de los servicios de la salud (médicos, enfermería, trabajadores sociales, dentistas, y psicólogos) buscando diferencias cualitativas y cuantitativas con relación a otras enfermedades que amenazan la vida. Encontraron que los estresores son cualitativamente diferentes pero equivalentemente significativos, además identificaron satisfactores derivados del trabajo relacionado a la enfermedad por VIH (el único estudio): sensación de satisfacción por el apoyo, por la sensación de hacer el bien, por la obtención de agradecimiento del paciente y por la mejoría visible en el paciente (3). Currey en 1990 encontró que aproximadamente el 25% de los estudiantes de medicina estarían dispuestos a realizar

resucitación de boca a boca en un paciente con SIDA, sin embargo los comentarios escritos parecían sugerir que muchos habían experimentado algo de conflicto sobre este punto. al reconocer su obligación a intervenir en una urgencia para salvar una vida, pero algunos sentían que esta obligación era sobrepasada por la necesidad de no poner en peligro sus vidas (13). Bernstein en 1990, realizó un estudio entre estudiantes de medicina y odontología , encontró que ambos grupos estaban más preocupados en contraer el SIDA en sus vidas profesionales que en la personal. Más de un tercio de los estudiantes de medicina y dos terceras partes de los estudiantes de odontología indicaron que no deseaban entrenarse en una especialidad u hospital con un alto número de pacientes con SIDA, y una minoría en ambos grupos no sentía que fueran responsables de tratar a los pacientes (14). Tesch en 1990 encontró que entre mayor conocimiento tuviera el estudiante, menos probable que rechazara tratar a un paciente con SIDA (15). Feldman encontró en 1990 que tanto estudiantes de medicina y maestros referían bajo grado de confianza en los conocimientos recientes sobre el SIDA. (16)

Rizzo en 1990 encontró que tanto cirujanos generales como especialistas menos frecuentemente referían una responsabilidad ética para tratar al paciente seropositivo al VIH (17). Hayward en 1991 , en un estudio nacional encontró que la mayoría de los residentes reportaba experiencias positivas en el cuidado de pacientes con SIDA, particularmente en el cuidado de pacientes ambulatorios con SIDA, una minoría considerable no, sin embargo, aún entre aquellos que habían proporcionado esta atención , muchos sentían que sí requerían de una mejoría en cuanto a información sobre el SIDA (18). Bredfeldt en 1991 encontró que 77% de los médicos estaban dispuestos a tratar a personas infectadas por el VIH, 62.9%

creían que el médico tenían el derecho de rechazar atender al paciente por el hecho de estar infectado por el VIH, 40% creían que perderían pacientes si se sabía que estaban atendiendo a un paciente con SIDA en su consultorio. la gran mayoría estaban en favor de notificar a la pareja del paciente y lo harían si el paciente se negara (19). En 1994 Weyant, realizó un estudio en donde encontró que estudiantes de medicina con planes de ingreso a especialidades de alto riesgo (quirúrgicas) reportaban un menor deseo de tratar a pacientes VIH infectados que estudiantes de medicina que planeaban ingresar a especialidades no quirúrgicas (20).

El que el sistema de atención médica se vera modificado para siempre por esta enfermedad deberá ser entendido como un hecho. Nos hemos acostumbrado a la muerte como extraña o rara, excepto en el anciano. El estar teniendo tanto jóvenes muriendo de la misma enfermedad será altamente depresivo para el personal (3). Las decisiones futuras sobre la estructura y la forma de dar atención por parte de los sistemas de salud ante los cuidados relacionados al VIH deberán basarse en las observaciones cuidadosamente controladas de los aspectos relevantes de la adaptación física, psicológica y social del trabajo y del estrés relacionado a la enfermedad por el VIH. De lo contrario estaríamos enfrentando la inevitable paradoja de perder a los que atienden en la lucha por salvar a los pacientes. (3)

JUSTIFICACION.

El proceso del entrenamiento durante la residencia médica comprende altos niveles de estrés, sin embargo, muy poco es lo que se conoce en la literatura respecto a los estresores en el médico residente frente a enfermedades como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Parece que la psiquiatría puede ser un potencial importante para el manejo en forma de enlace en el personal médico en el apoyo del estrés psicológico asociado al trabajo con pacientes con SIDA.

Considerando la importancia y trascendencia de los fenómenos psicológicos sucitados en el médico que atiende al enfermo VIH-SIDA es que emprendimos este trabajo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son algunas actitudes y percepciones de residentes de tres especialidades médicas con respecto a la atención del paciente con infección por el VIH o SIDA ?

OBJETIVOS

1.- Describir algunas actitudes, del residente de especialidad médica hacia la atención del paciente seropositivo o con SIDA.

2.- Describir algunas percepciones del residente de especialidad médica hacia el papel de la psiquiatría en la atención del paciente seropositivo o con SIDA.

3.- Comparar las actitudes hacia la atención del paciente seropositivo o con SIDA entre residentes de psiquiatría, ginecología y obstetricia y medicina interna.

4.- Comparar las percepciones sobre el papel de la psiquiatría en la atención del paciente seropositivo o con SIDA entre residentes de psiquiatría, ginecología y obstetricia y medicina interna.

5.- Comparar las actitudes hacia la atención del paciente seropositivo o con SIDA entre residentes de primero, segundo y tercer año.

6.- Comparar las percepciones sobre el papel de la psiquiatría en la atención del paciente seropositivo o con SIDA entre residentes de primero, segundo y tercer año.

MATERIAL Y METODOS.

a) Diseño

Se condujo un escrutinio transversal y comparativo.

b) Universo y muestra:

El universo de trabajo lo conformaron médicos residentes de las especialidades de ginecología, medicina interna y psiquiatría de los siguientes hospitales: la Clínica No. 4 de Gineco-obstétrica del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, el Hospital General Dr. Manuel Gea González, el Instituto Mexicano de Psiquiatría y el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

c) Criterios de Selección

* Ser residente de psiquiatría, ginecología y obstetricia o medicina interna de cualquier grado.

* Consentimiento a participar en la investigación

d) Variables e Instrumentos

1. Variables demográficas:

Variable:	género
Escala de medición:	nominal
Instrumento:	cuestionario
Categorías:	masculino femenino
Variable:	edad
Escala de medición:	intervalo.
Instrumento:	cuestionario.
Variable:	especialidad médica
Escala de medición:	nominal
Instrumento:	cuestionario
Categorías:	Psiquiatría Ginecología y Obstetricia Medicina interna

Variable: grado de especialidad.

Escala de medición: nominal.

Instrumento: cuestionario.

Categorías: 1, 2 y 3.

2.- Variables sobre actitudes y percepciones sobre el rol de la psiquiatría en el paciente seropositivo o con SIDA

Variable: contacto con el enfermo con VIH

Escala de medición: nominal

Instrumento: cuestionario

Categorías: Si hay contacto

No hay contacto

Variable: atención al paciente VIH/SIDA.

Escala de medición: nominal.

Instrumento: cuestionario.

Categorías: pesadilla.

humillación.

deber.

obligación.

otra.

Variable: atención estresante

Escala de medición: nominal.

Instrumento: cuestionario.

Categorías: si es estresante.

no es estresante,

Variable: El SIDA como enfermedad que afecta tanto al paciente como al médico.

Escala de medición: nominal.

Instrumento: cuestionario.

Categorías: Si es ejemplo.

No es ejemplo.

Variable: sintomatología ante la atención del paciente

VIH/SIDA.

Escala de medición : nominal.

Instrumento: cuestionario.

Categorías:

pesadillas.

pensamientos obsesivos.

imágenes mentales.

“adormecimiento psicológico”.

aversión.

agotamiento físico.

disminución de interés en actividades personales

y profesionales.

Variable: aversión al el paciente con SIDA por su

preferencia sexual.

Escala de medición: nominal.

Instrumento: cuestionario.

Categorías:

Sí aversión.

No aversión.

<i>Variable:</i>	diferencias en los estresores con otras enfermedades que amenazan la vida.
<i>Escala de medición:</i>	nominal.
<i>Instrumento:</i>	cuestionario.
<i>Categorías:</i>	si son diferentes. no son diferentes.
<i>Variable:</i>	respuesta ante la atención de un paciente con SIDA.
<i>Escala de medición:</i>	nominal.
<i>Instrumento:</i>	cuestionario.
<i>Categorías:</i>	absolutamente no. rechazo a los sospechosos. malestar al trato. solicitud de cambio de adscripción. si lo atiendo. Otra.

Variable: riesgo de transmisión por contacto profesional.

Escala de medición: Nominal.

Instrumento: Cuestionario.

Categorías: si existe riesgo.

no existe riesgo.

Variable: entrenamiento técnico y psicológico

Escala de medición: nominal.

Instrumento: cuestionario.

Categorías: si me considero.

no me considero.

Variable: inestabilidad emocional en profesionales para

la atención de enfermos con SIDA.

Escala de medición: nominal.

Instrumento: cuestionario.

Categorías: si hay .

no hay.

Variable: morbilidad ocupacional, física o psiquiátrica
relacionada a la atención del paciente con
SIDA.

Escala de medición: nominal.

Instrumento: cuestionario.

Categorías: si existe.
no existe.

Variable: atención al enfermo, experiencia satisfactoria.

Escala de medición: nominal.

Instrumento: cuestionario.

Categorías: si es satisfactoria.
no es satisfactoria.

Variable: importancia al apoyo por
Psiquiatría y Psicología-

Escala de medición: nominal.

Instrumento: cuestionario.

Categorías: sí es importante.
no es importante.

Variable: comunicación a la familia de haber atendido al paciente con VIH/SIDA.

Escala de medición: nominal.

Instrumento: cuestionario.

Categorías: si lo comunicaría.
no lo comunicaría.

Variable: atención a algún amigo, familiar
compañero profesional o conocido con SIDA.

Escala de medición: nominal.

Instrumento: cuestionario.

Categorías: si he atendido.
no he atendido.

Variable: interés en mayor información sobre el manejo
a estos enfermos

Escala de medición: nominal.

Instrumento: cuestionario.

Categorías: si me interesaría.
no me interesaría.

<i>Variable:</i>	reflexión de las implicaciones psicosociales en el médico ante el paciente con SIDA.
<i>Escala de medición:</i>	nominal.
<i>Instrumento:</i>	cuestionario.
<i>Categorías:</i>	si había reflexionado. no había reflexionado.

El cuestionario mediante el cual se obtuvo la información sobre las variables antes mencionadas fue diseñado ad hoc, tomando como base la información referida por Silverman DC (3) (VER ANEXO #1)

e) Procedimiento

Una vez autorizada la participación en el estudio se les entregó a los residentes de las tres especialidades un cuestionario autoaplicable en forma anónima conformado por 18 reactivos que contestaron en sus respectivos lugares de trabajo.

f) Análisis estadístico

Se procedió en primer término a la descripción de variables utilizando porcentajes para variables discretas y media y desviación estándar para variables continuas. Como prueba de hipótesis se utilizó la X^2 . para contrastes categóricos. el nivel de alfa se fijó en 0.05.

RESULTADOS

A) Descripción de variables demográficas.

Se encuestaron a un total de 120 residentes de los cuales el 66.7% fueron hombres y el 33.3% mujeres. El promedio de edad fue de 27 ± 2.70 años. El 75% de los residentes no contaban con pareja y el 25% sí. Se distribuyeron de acuerdo a especialidad en: medicina interna (MI) el 35.7%, 24.2% en ginecología y obstetricia (GO) y el 39.2% en psiquiatría (PS). El 35% de los residentes se encontraban cursando el primer año en la especialidad, el 36.7% el segundo y el 28.3% en tercero.

B) Descripción global de las actitudes hacia el paciente con VIH/SIDA

A continuación se ilustra el número y porcentaje de residentes que contestó a cada una de las consideraciones sobre la atención al paciente con VIH y SIDA:

1.- Consideraciones en cuanto a la atención al paciente VIH/SIDA.

Respuesta	No.	%
Que es una pesadilla	1	0.8
Que es una humillación.	3	2.5.
Que es un deber.	81	67.5
Que es una obligación	11	9.2.
Otra.	24	20

2.-¿ Es estresante la atención del paciente VIH/SIDA..?

Respuesta	No.	%
Si	47	39.2
No	73	60.8

3.- ¿Es ejemplo de enfermedad grave que afecta a ambos el paciente y al médico?

Respuesta	No.	%
Si	42	35
No	78	65

4. - ¿Ha sufrido algún síntoma como pesadillas, pensamientos obsesivos, imágenes mentales, adormecimiento psicológico, aversión, agotamiento físico o disminución del interés en actividades personales y profesionales.

Respuesta	No.	%
Si	34	28.3
No	86	71.7

5. -¿Sensación de aversión al paciente con SIDA sólo por su preferencia sexual?

Respuesta	No.	%
Si	14	11.7
No	106	88.3

6.- En cuanto a la creencia de diferencias cualitativas y/o cuantitativas con otras enfermedades amenazantes a la vida.

Respuesta	No.	%
Si	57	47.5
No	63	52.5

7. Respuesta ante la solicitud de atención al paciente con SIDA.

Respuesta	No.	%
Absolutamente no	0	0
Rechazaría a los sospechosos	43.3	
Malestar al tratarlo	7	5.8
Solicitud de cambio de adscripción	2	1.7
Si lo atiendo	104	86.7
Otra	3	2.5

8.- ¿Creencia de riesgo de transmisión por contacto profesional de acuerdo a las recomendaciones de los expertos?

Respuesta	No.	%
Si	32	26.7
No	88	73.3

9. -¿ Consideración de entrenamiento técnico y psicológico adecuado para la atención de pacientes con SIDA?

Respuesta	No.	%
Si	81	67.5
No	39	32.5

10.- ¿En cuanto a la creencia de la existencia de profesionales inestables para la atención del paciente VIH/SIDA?

Respuesta	No.	%
Si	109	90.8
No	11	9.2

11.- ¿En cuanto a la existencia de morbilidad ocupacional, física o psiquiátrica relacionada al estrés del cuidado de pacientes con SIDA?

Respuesta	No.	%
Si	84	70
No	36	30

12.- En cuanto a la sensación de ser una experiencia satisfactoria la atención al paciente VIH/SIDA.

Respuesta	No.	%
Sí	69	57.5
No	51	42.5

13.- Sobre la consideración de ser importancia el apoyo por psiquiatría o psicología en la atención al enfermo con SIDA.

Respuesta	No.	%
Si	116	96.7
No	4	3.3

14.- ¿Comunicación a familiares de haber atendido a un paciente VIH/SIDA?

Respuesta	No.	%
Si	102	85
No	18	15

15.- ¿Oportunidad de atención a amigos, familiares o compañeros profesionales con SIDA.

Respuesta	No.	%
Si	34	28.3
No	86	71.7

16.- ¿Interés en más información sobre el manejo psicológico al paciente VIH/SIDA?

Respuesta	No.	%
Si	107	89.1
No	13	10.8

17.- ¿Reflexión a las implicaciones psicosociales en el médico al enfrentar un caso de SIDA?

Respuesta	No.	%
Si	69	57.5
No	51	42.5

C) Diferencias por especialidades y grado.

Se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo entre especialidades, en donde los hombres fueron más frecuentes en medicina interna (MI) (79.5%) y en psiquiatría (PS) (66%), que en ginecología y obstetricia (GO) (48.3). ($X^2=7.7$, gl =2 y $p=0.02$.)

En cuanto a la condición de ser estresante la atención del paciente seropositivo al VIH o con SIDA , los residentes de GO respondieron más frecuente que sí (62.1%) que los residentes de MI (36.4%) y los de PS (27.7%) ($X^2=9.1$, gl=2 y $p.010$.). Con respecto al grado de formación, e independientemente de la especialidad, los residentes de primer año, respondieron significativamente menos frecuentemente que sí (23.8%), que los de segundo (47.7%) y los de tercero (47.1%) ($X^2=6.3$, gl 2, $p=.04$)

Con respecto a la pregunta sobre el riesgo de transmisión por el contacto profesional; fue significativo que el (41.4%) de los residentes de GO y el (36.5%) de MI reportaron que sí existía, a diferencia de sólo un (8.5%) de los residentes de PS ($X^2=13.2$, gl=2 y $p=.001$). En esta misma pregunta, pero con respecto al grado de formación, se encontró que los residentes de primer (11.9%) contestaron significativamente menos frecuentemente que sí que los de segundo (36.4%) y tercer año (32.4%). ($X^2=7.35$ gl=2 y $p=.025$)

En cuanto a la pregunta sobre la creencia de la existencia de profesionales emocionalmente inestables para la atención de enfermos con SIDA, fue significativo las especialidades médicas contestaron que sí más frecuentemente que los de la especialidad quirúrgica. (97%) de los residentes de PS , (93.2%) de los residentes de MI y el (75.9%) de los residentes de GO; ($X^2=10.89$, $gl=2$ y $p= 0.04$)

En cuanto a la pregunta sobre la creencia de morbilidad ocupacional, física o psiquiátrica relacionada al estrés del cuidado de pacientes con SIDA, fue significativo que los residentes de PS respondieron que sí en el (85.1%) en comparación con los residentes de MI (61.4%) y de GO (50.6.%) ($X^2=8.4$, $gl=2$ y $p=0.014$).

Con respecto a la pregunta sobre la sensación de satisfacción en la atención a estos enfermos fue notorio que los residentes de PS contestaron en forma afirmativa en un (78.7%) a diferencia de los residentes de MI (47.7%) y de GO (37.9%) ($X^2=14.92$, $gl=2$ y $p=0.00057$).

En cuanto a la pregunta de la experiencia haber tenido la oportunidad de atención a algún amigo, familiar o compañero profesional con VIH/SIDA fue significativo que los residentes de PsS (44.1%) la reportaran más que los residentes de MI (23.8%) y GO (20.5%) ($X^2=5.94$ $gl=2$ y $p=0.051$).

En cuanto a la pregunta sobre si existe interés en disponer de mayor información sobre el manejo psicológico de estos enfermos, los residentes de PS reportaron que sí en el (97.9%) y los de GO en (89.7%), a diferencia de sólo el (79.5%) de los residentes de MI ($X^2 7.9$ $gl=2$ y $p=.019$).

Finalmente con respecto a la pregunta sobre si se había reflexionado sobre las implicaciones psicosociales al enfrentarse a un caso de SIDA , el (70%) de los residentes de PS contestó afirmativamente en comparación con el (55.2%) de los residentes de GO y el (45.5%) de los residentes de MI (X^2 5.7 gl=2 y $p=0.05544$).

DISCUSIÓN.

Este estudio demuestra que existen diferencias significativas entre especialidades con respecto a las actitudes hacia el paciente seropositivo o con SIDA. Muchas de estas diferencias entre especialidades presentan variaciones a lo largo de la formación del residente.

En cuanto a la condición de ser estresante la atención del paciente seropositivo al VIH o con SIDA nuestro estudio encontró que los residentes de la especialidad quirúrgica respondieron más frecuentemente que sí. Este hallazgo es compatible con los datos del estudio de Weyant (19), en donde estudiantes de medicina con planes de ingreso a especialidades de mayor riesgo (quirúrgicas) reportaban un menor deseo de tratar a pacientes VIH infectados, que estudiantes con planes de ingreso a especialidades no quirúrgicas .

Con respecto a la percepción de riesgo de transmisión del VIH a través del contacto profesional, fue significativo que los residentes tanto de ginecología y obstetricia, así como los residentes de medicina interna lo reportaran a diferencia de los residentes de psiquiatría. Aunque el riesgo de transmisión por el VIH a través de la exposición ocupacional parece ser bastante bajo, el hecho de que es posible, junto con el pronóstico fatal asociado al SIDA sugiere que médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud que atienden a pacientes con VIH/SIDA pueden tener una preocupación sobre su propio riesgo de salud.(6) Posiblemente en los cirujanos, esto refleje un mayor riesgo percibido de

infección al estar en contacto con la sangre del paciente. (17) Parece que entre menos contacto profesional se tiene, menos es la percepción de este riesgo y así conforme se avanza en la formación profesional .

Fue significativo que los residentes de las tres especialidades reportaran la existencia de profesionales emocionalmente inestables para la atención de enfermos con SIDA, psiquiatría 97%, medicina interna 93.2%, y ginecología y obstetricia 75.9%. Esto concuerda con el anuncio emitido en 1986 por la Asociación Americana de Medicina en donde resaltaba la larga tradición del médico en la atención de pacientes contagiosos, pero agregaba que “no todos estaban emocionalmente capaces de atender a pacientes con SIDA”.(20)

Los residentes de psiquiatría, 85.1% en comparación a los de medicina interna, 61.4% y ginecología y obstetricia 50.6% respondieron que creían que sí existía morbilidad ocupacional, física o psiquiátrica relacionada al estrés del cuidado del pacientes con SIDA. Se ha descrito en la literatura la coexistencia de estrés relacionado a SIDA con otros síndromes psiquiátricos: trastornos del estado del ánimo, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y problemas de relaciones interpersonales y laborales de personal de salud susceptible. (3)

78.7% de los residentes de psiquiatría respondieron satisfacción en la atención a enfermos VIH/SIDA a diferencia de los residentes de medicina interna 47.7% y de ginecología y obstetricia 37.9%. Hasta este momento solo existe un estudio realizado por

Hashman sobre satisfactores en el trabajo relacionado por VIH , en donde encontró: sensación de satisfacción al brindar apoyo, por el hecho de hacer un bien, por la obtención del agradecimiento del paciente así como por la mejoría visible en el paciente.(3)

Los residentes de las tres especialidades reportaron interés en mayor información sobre el manejo psicológico a estos enfermos. psiquiatría 97.9%, ginecología y obstetricia 89.7% y medicina interna 79.5%. Los datos parecen indicar que a pesar de contar con algún grado de información sobre el tema, existe la necesidad de mayor información sobre el manejo psicológico a estos pacientes.

BIBLIOGRAFIA.

1.- Achin J. and Polan H. J. A Longitudinal Account of Staff Adaptation to AIDS Patients on a Psychiatric Unit. *Hospital and Community psychiatry* . 37(12): 1235-1238. 1986.

2.- Taylor K. M et al. Understanding physician`s response to AIDS. *CMAJ* 140: 597-602. 1989.

3.- Silverman C. Daniel. Psychosocial Impact of HIV -Related Caregiving on Health Providers: A Review and Recomendations for the Role of Psychiatry. *Am J Psychiatry* 15(5), 705-712. 1993

4.- Linn L .S. and Kahn K. L. Physician Attitudes toward the “Laying on of Hands” during the AIDS Epidemic. *Academic Medicine* 64, 408-409. 1989.

5.- Wachter Robert M. The Impact of The Acquired Immunodeficiency Syndrome on medical Residency Training. *The New England Journal of Medicine*. 314(3) 177-179 1986.

6.- Link R. N. et al. Concerns of Medical and Pediatric House Officers About Acquiring AIDS from Their patients. *AJPH* 78(4) 455-459. 1988.

7.- Ha T. P. and Ickovics J. R. Confronting the emerging HIV epidemic in Vietnam: social context and preliminary data on physician preparedness. AIDS 10(10) 1180-1181. 1996.

8.- Cotton Deborah J. The Impact of AIDS on the Medical Care System. JAMA. 260(4) 519-523. 1988

9.- Treiber Frank A. et al. Acquired immunodeficiency Syndrome Psychological Impact on Health Personnel. The Journal of Nervous and Mental Disease. 175(8) 496-499. 1987.

10.- Douglas C. J. et al. Homophobia Among Physicians and Nurses: An Empirical Study. Hospital and Community Psychiatry. 36(12) 309-311. 1985.

11.- Richardson J. L. et al. Physician Attitudes and Experience Regarding the Care of Patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and Related Disorders (ARC) Medical Care 25(8) 675-685. 1987.

12.- Kelly J. A. et al. Stigmatization of AIDS Patients by Physicians. AJPH 77(7) 789-791. 1987.

13.- Currey C. J. et al. Willingness of Health Professions Students to Treat Patients with AIDS. Academic Medicine 65(7) 472-474. 1990.

14.- Bernstein C. A. et al. Medical and Dental students` s Attitudes about the AIDS Epidemic. *Academic Medicine*. 65(7) 458-460. 1990.

15.- Tesch B. J. et al. Medical and Nursing student`s Attitudes about AIDS issues. *Academic Medicine*. 65(7) 467-469. 1990.

16.- Feldmann T. B. et al. Attitudes of Medical School Faculty and Students toward Acquired Immunodeficiency syndrome. 65(7) 464-466. 1990.

17.- Rizzo J. et al. Physician Contact With and Attitudes Toward HIV Seropositive Patients. *Medical Care*. 28(3) 251-260. 1990.

18.- Hayward R and Shapiro M. F. A National Study of AIDS and Residency Training. Experiences, Concerns, and Consequences. *Annals of Internal Medicine*. 114(1) 23-32. 1991.

19.- Weyant R. et al. Desire to treat HIV infected patients: similarities and differences across health care professions. *AIDS*. 8(1) 117-121. 1994.

20.- Sharp Sanford. The Physician`s Obligation to Treat AIDS Patients. *Southern Medical Journal*. 81(10). 1282-1285. 1988.

ANEXO.

Cuestionario sobre el Impacto Psicosocial en la Atención a pacientes con VIH/SIDA en Médicos residentes.

1.- ¿Ha atendido alguna vez a pacientes VIH positivos o con Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida? SI No

2.- ¿Considera que la atención a tales enfermos sea?

- a) una pesadilla.
- b) una humillación.
- c) un deber.
- d) una obligación.
- e) otra.

3.- ¿Considera estresante el atender a pacientes VIH positivos? SI NO

4.- ¿Es para Usted el SIDA ejemplo de enfermedad física grave que afecta tanto al paciente como al que lo atiende? SI NO

5.- ¿Alguna vez ha sufrido alguno(s) de los siguientes síntomas al atender a pacientes VIH positivos, o con SIDA?, en caso de ser afirmativo, marque según importancia:

- () pesadillas relacionadas al tema de SIDA.
- () pensamientos obsesivos.
- () imágenes mentales asociadas a actividades del cuidado a los pacientes.
- () sensación de una especie de “adormecimiento psicológico”.
- () aversión a pacientes VIH positivos.
- () agotamiento físico.
- () disminución del interés en actividades personales y profesionales.

6.- ¿Ha sentido aversión ante algún paciente, sólo por su preferencia sexual?

SI NO

7.- ¿Cree que los estresores son cualitativamente y/o cuantitativamente diferentes de los asociados con el trato a pacientes con otras enfermedades que amenazan la vida?

SI NO

