

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Tesis de Terapia Ocupacional

1998

Los terapeutas ocupacionales frente al V.I.H y S.I.D.A.

Litvinov, Natalia

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/959>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Dr. Corral

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD Y DE SERVICIO SOCIAL

TESIS CORRESPONDIENTE A LA CARRERA DE LICENCIATURA EN
TERAPIA OCUPACIONAL, DENOMINADA:

**“LOS TERAPISTAS OCUPACIONALES
FRENTE AL V.I.H. Y S.I.D.A.”**

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
1227	
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

AUTOR: LITVINOV, NATALIA. *Natalia Litvinov*

DIRECTOR DE TESIS: LIC. EN TERAPIA OCUPACIONAL GOMES, SANDRA
MABEL. *S. Gomes*

ASESOR TEORICO: LIC. EN SERVICIO SOCIAL Y LIC. EN PSICOLOGÍA
MOLINA, MONICA.

Mónica Molina
MONICA MOLINA
LIC. SERVICIO SOCIAL
MAT. PROV. N° 1437

16 de Junio, 1998.

“ EL S.I.D.A. HA LOGRADO NO SOLO TAMBALEAR LAS DEFENSAS

FÍSICAS DEL ORGANISMO HUMANO, SINÓ TAMBIÉN DE LAS FUERZAS

MORALES DE LA PERSONA, YA SEA EN SU VIDA INDIVIDUAL O SOCIAL”

(Revista Nosotros - Fundación
Latinoamericana contra
el S.I.D.A.)

Agradezco.....

..... a mi esposo y mis padres, por su incondicional apoyo

..... a mis compañeras de estudios, por su aliento

..... a Mónica, Sandra y Alejandro, por brindarme humildemente su experiencia

..... y a todos aquellos que de alguna manera contribuyeron a la realización de
esta investigación.

GRACIAS!!!!

INDICE:

1. Introducción.....	05
2. Tema.....	06
3. Problema - Subproblema.....	06
4. Objetivos.....	06
5. Estado actual de la cuestión.....	07
6. Fundamentos del marco conceptual:	
- Diversos aspectos sobre el V.I.H. / S.I.D.A.....	19
- El V.I.H. y S.I.D.A. en los servicios de salud.....	47
- El Terapeuta Ocupacional y la información.....	50
- Tratamiento	51
- Terapia Ocupacional en la atención de pacientes con - H.I.V / SIDA	51
- Datos estadísticos.....	55
- Ley de S.I.D.A. en la Argentina	57
- Bibliografía correspondiente al marco teórico	61
7. Aspectos metodológicos:	
- Definición de variables.....	72
- Dimensionamiento de variables	76
- Diseño	78
- Espacio geográfico, población.....	78
- Método de muestreo, muestra.....	78
- Técnicas de recolección de datos.....	78
8. Resultados	80
9. Conclusión.....	88
10. Glosario	90
11. Anexo:	
- Cuestionario	96
- Entrevista	100
- Tablas y gráficos.....	101
- Ley N° 23.798.....	102
12. Bibliografía general	108

1) INTRODUCCIÓN:

El problema del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) afecta a un número cada vez mayor de países y personas, y la *información y educación* se han convertido en un instrumento importante para luchar contra la enfermedad y fomentar reacciones preventivas apropiadas ante ella.

La educación y prevención son el común denominador de diferentes declaraciones en el mundo sobre el S.I.D.A., planteándose la necesidad de un número cada vez mayor de trabajadores de la salud y voluntarios entrenados, los cuales sean capaces de proveer servicios eficientes.

Diversas investigaciones realizadas en Estados Unidos sobre las necesidades de entrenamiento relacionados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), han demostrado que los miedos, mitos y errores de concepción sobre el S.I.D.A. abundan entre los trabajadores de la salud en todos los niveles debido a una falta de información completa y precisa.

El Terapeuta Ocupacional como profesional que trabaja en el campo de la salud, ¿qué *nivel de información* posee acerca de esta nueva enfermedad, y sobre la forma de prevenir en el ambiente profesional su diseminación a través de la aplicación de las *Medidas Universales de protección* destinadas a ese fin?

El V.I.H. y S.I.D.A. al ubicarse en el primer plano de la preocupación mundial, apela a la responsabilidad de todos, a las estrategias emprendidas a nivel mundial y nacional, al tesón de los investigadores, y a la capacidad de los profesionales de la salud para realizar sus tareas de manera eficiente y fiable, proporcionando información precisa a sus pacientes, y así colaborar efectivamente en disminuir la propagación de esta enfermedad.

Este trabajo de investigación requerido para obtener la Licenciatura en Terapia Ocupacional, pretende ser un aporte más, en el transitar del largo camino del conocimiento de esta enfermedad, y ser el disparador para la reflexión y el análisis personal, tanto de los profesionales recibidos, como de aquellos que están en vías de serlo.

“EL CONOCIMIENTO NO ES UN FIN EN SI MISMO, SINO QUE DEBE APLICARSE A LA EJECUCIÓN DE TAREAS Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS ESPECÍFICOS”

(O.P.S. - O.M.S. S.I.D.A. - Perfil de una epidemia.)

2) TEMA: *Los Terapistas Ocupacionales frente al V.I.H. y S.I.D.A.*

3) PROBLEMA: *¿Qué nivel de información poseen los Terapistas Ocupacionales de la ciudad de Mar del Plata, que están ejerciendo su profesión en el año 1997 sobre el V.I.H. y S.I.D.A.?*

SUBPROBLEMA: *¿ Los Terapistas Ocupacionales de la ciudad de Mar del Plata que están ejerciendo su profesión en el año 1997, utilizan las Medidas Universales de Protección para la prevención de la infección por el V.I.H. destinadas a todos los trabajadores de la salud?*

4) OBJETIVOS:

- Establecer el nivel de información que poseen los Terapistas Ocupacionales que ejercen su profesión en la ciudad de Mar del Plata sobre el V.I.H. y S.I.D.A.

- Valorar la precisión de la información que poseen los Terapistas Ocupacionales sobre el V.I.H. S.I.D.A.

- Relevar la cantidad de Terapistas Ocupacionales que utilizan las Medidas Universales de Protección para la prevención de la infección por el V.I.H.

- Analizar si existe relación entre la frecuencia de utilización de las Medidas Universales de protección para la prevención de la infección por el V.I.H. por el Terapeuta Ocupacional y las siguientes variables a saber:

- * área de trabajo del Terapeuta Ocupacional
- * edad del Terapeuta Ocupacional
- * edad de los pacientes
- * sexo de los pacientes

- Relevar la presencia o ausencia de cursos y / o perfeccionamientos realizados por las instituciones de salud sobre el tema: V.I.H. y S.I.D.A., destinados al personal de las mismas.

- Conocer la presencia o ausencia de charlas de información sobre la utilización de las Medidas Universales de Protección para la prevención de la infección por el V.I.H., para el personal de salud de dichas instituciones.

- Relevar la forma en que las instituciones proveen de elementos de barrera tales como guantes, gafas, gasas, etc. a su personal.

A continuación se desarrollarán un conjunto de elementos de conocimiento a fin de situar el problema de investigación dentro de un contexto teórico, y lograr así una clara presentación del mismo. Los temas a desarrollar comprenden una síntesis del estado de conocimientos que se posee sobre el problema en estudio, conceptos básicos acerca del V.I.H. y S.I.D.A. y Medidas Universales de Protección para su prevención, aspectos legales de la enfermedad (Ley N°23.798 - Ley N° 11.506), los trabajadores de la salud y así los Terapistas Ocupacionales frente a esta nueva enfermedad, definición de variables utilizadas a fin de delimitarlas y precisarlas, así como una aproximación estadística de la situación epidemiológica en la ciudad de Mar del Plata, donde trabajan los Terapistas Ocupacionales y Lic. en Terapia Ocupacional que conforman la muestra de estudio.

5) ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

En la Argentina, en la actualidad, hay dos Terapistas Ocupacionales que están investigando y trabajando con pacientes portadores del V.I.H.: en la provincia de Buenos Aires, la Terapeuta Ocupacional Papiermeister, Ana María, presidenta de la Asociación Argentina de Terapia Ocupacional quien desempeña su actividad en el Hospital Neuropsiquiátrico infante - juvenil Dra. Carolina Tobar García (profesional que proporcionó la información que se detalla a continuación), y en la provincia de Santa Fe la Terapeuta Ocupacional Demiry, María de los Milagros. (1) Esta última posee como tema de investigación el “análisis de las alteraciones en los roles familiares y sociales de personas que viven con V.I.H. / S.I.D.A.”, no obteniéndose aún mayor información al respecto por encontrarse transitando la etapa de procesamiento e interpretación de datos.

La Terapeuta Ocupacional Papiermeister, Ana María, coordinadora académica de la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad de Buenos Aires, ha realizado diversos seminarios sobre el tema, entre los cuales se cuentan: “Seminario del S.I.D.A. se dice”, “Ahora qué”, “Abordaje de pacientes con S.I.D.A. en Terapia Ocupacional”, y “Abordaje domiciliario de pacientes con S.I.D.A. en Terapia Ocupacional”, entre otros. Este último trabajo según ella misma refiere tiene por objetivo “reflexionar acerca del rol del Terapeuta Ocupacional como integrante de un equipo interdisciplinario de atención ambulatoria psiquiátrica de pacientes con S.I.D.A. en estadios terminales de su enfermedad”.

La Terapeuta destaca la importancia del “profundo respeto y solidaridad” que el equipo tratante debe tener para con personas enfermas de S.I.D.A., sus familiares, amigos y pareja. Asimismo señala la necesidad de que el profesional pueda confrontar y comprender los sentimientos (miedo, rechazo, etc.) que despierta la cercanía de la muerte. Es decir, comprenderse uno mismo como base para entender los sentimientos que los pacientes experimentan y su expresión a través de actitudes de ira, aislamiento y otras.

El Terapeuta Ocupacional buscará la individualidad e independencia del paciente, favorecerá la expresión y el control de los sentimientos, y ante todo propiciará el ejercicio del “*derecho del paciente a una supervivencia significativa y digna*”.

La autora *concluye* su trabajo expresando que “la Terapia Ocupacional cumple un rol fundamental en relación a la forma en que se va a desarrollar el proceso de morir, al reivindicar una vida digna hasta el final y al reclamar que el paciente tenga un espacio, una opinión acerca de su destino”.(2)

El seminario denominado “Abordaje de pacientes con S.I.D.A. en Terapia Ocupacional” posee el propósito de compartir la experiencia universal y de la Terapeuta Ocupacional misma, en el abordaje de este tipo de pacientes. El trabajo hace referencia a pasos a seguir, que según la autora menciona, funcionan como un “organizador” para acercarse a la problemática de la enfermedad. Estos pasos son:

- *Educación*: para el profesional, los pares, paciente, con el objetivo de reducir temores y conceptos erróneos.
- *Precaución*: basadas en las precauciones universales para la prevención de la infección por el V.I.H. (utilización de guantes, higiene de instrumentos y elementos de tratamiento, etc.)
- *Evaluación*: que sigue los protocolos que se usan para pacientes que presentan disfunciones físicas o psicosociales.
- *Tratamiento*: acorde al estadio de la enfermedad y dividido así en tres fases.

Primera fase, para pacientes V.I.H. asintomáticos, donde se destaca la educación y el apoyo psicológico a las personas. El Objetivo es lograr que la persona continúe con su vida habitual, controlando aquellas conductas que generen riesgo de contagio. La *segunda fase*, comprende aquellos pacientes que presentan el Complejo relacionado con el S.I.D.A. La *tercera fase* involucra los pacientes con S.I.D.A. completamente desarrollado, centrando en esta etapa el tratamiento en favorecer la independencia, propiciar la actividad productiva, prevenir deformidades, mantener y / o mejorar las funciones físicas y cognitivas. *Fase cinco*, en la cual el T.O. favorece la independencia del paciente hasta los últimos momentos.

La autora concluye su trabajo preguntándose acerca de las innovaciones que esta nueva enfermedad propiciará a nivel institucional, profesional y ante todo humano, y resalta la responsabilidad que, como profesionales, poseemos en el curso que tomen estos cambios.(3)

Otro trabajo realizado en la ciudad de Buenos Aires fue “Intervención de Terapia Ocupacional en pacientes con V.I.H. y S.I.D.A.”, a cargo de la Terapeuta Ocupacional Sar,

Miriam docente de la carrera de Terapia Ocupacional y estudiante de la Licenciatura de la misma carrera en la Universidad Nacional de Quilmes (U.N.QUI.)

Fue propósito de la investigación determinar aspectos abordados en Terapia Ocupacional en relación con el S.I.D.A. Para el mencionado trabajo se realizó una revisión bibliográfica de los American Journal de Terapia Ocupacional (período 1968 - 1990), fundada esta decisión en las dificultades de accesibilidad a las publicaciones internacionales y a la ausencia de literatura sobre el tema en el país, según la autora misma manifiesta. La Terapeuta Ocupacional relevó dieciséis artículos sobre el tema investigado, los cuales refiere poseían dos enfoques: por un lado las cuestiones éticas y legales del contacto con pacientes infectados por el V.I.H.; por el otro los servicios que el Terapeuta Ocupacional puede brindar.

En relación al primer punto, la autora menciona varias encuestas sobre el tema, entre las cuales se destacan las siguientes conclusiones; sentimientos de miedo, disgusto, cólera, incomodidad y aversión de los profesionales de la salud cuando tratan pacientes con S.I.D.A. (Douglas y col. 1985); temor al S.I.D.A., al contagio durante el tratamiento y miedo a transmitir el virus a parientes o amigos entre Terapeutas Ocupacionales; así como el bajo porcentaje de profesionales que poseían como *fuentes de información* publicaciones del área de la salud. Atchinson, Beard y Lester, 1990. Sobre una muestra de 119 profesionales).

↩ La autora en relación a los derechos del Terapeuta Ocupacional de atender o no pacientes infectados nos recuerda el código de ética que si bien no es ley aporta lineamientos de conducta que el Terapeuta debería seguir. Cabe mencionar que el profesional que conozca las Medidas Universales de protección para la prevención de la infección por el V.I.H., las utilice correctamente y con todos los pacientes, no debería tener temor de atender infectados o enfermos de S.I.D.A., ya que de esta manera el riesgo de contagio no es mayor al de otras enfermedades.

En relación a la intervención desde Terapia Ocupacional refiere la importancia de un tratamiento y abordaje acorde a las necesidades del cliente, las cuales variarán de acuerdo a la progresión de la patología. Manifiesta también la importancia del accionar del Terapeuta en distintos programas de servicios relacionados directamente a las necesidades de los pacientes (Reed, 1991), y la bibliografía disponible acerca del accionar en cada nivel. Entre los niveles de acción del Terapeuta Ocupacional incluye:

- *prevención primaria y secundaria*, abarcando tareas para evitar la diseminación de la infección, en relación a lo cual menciona la importancia de una categorización acorde a las características de la población;

- *tareas de recuperación* de destrezas perdidas a consecuencia de la enfermedad;

- *ajuste ambiental*, con la finalidad de disminuir las barreras que entorpecen el desempeño del pacientes;

- y el programa de *mantenimiento de la salud o apoyo*, para mantener las destrezas que posee.

La autora expresa en la conclusión de su trabajo la necesidad de contar con mayor información sobre el S.I.D.A. (lo cual refiere es recomendado por autores como: Pizzi, 1990; Westein, 1990; Atchinson y col., 1990; Hansen, 1990; Denton, 1987; y otros), así como de la importancia que los Terapistas Ocupacionales accedan a literatura específica a su disciplina, y se desarrollen programas que “contemplan las necesidades reales de los pacientes”, para lo cual es necesario el compromiso y cambio personal, según ella misma manifiesta. (4)

El presente trabajo pone de manifiesto la importancia que tiene que el Terapeuta Ocupacional como profesional acceda a bibliografía acorde a su profesión, esté dispuesto a desarrollar su imaginación y capacidad de inventiva en programas de tratamiento acordes a las necesidades de los pacientes, y la importancia de poder discernir entre situaciones de riesgo de contagio reales y miedos vinculados quizás con situaciones de la vida personal.

En la misma ciudad se realizó un trabajo en el Hospital Borda, en el consultorio de Terapia Ocupacional, el cual fue presentado en el Cuarto Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, en el mes de Setiembre del año 1995, con la denominación de: “L. un paciente con S.I.D.A. o una experiencia de vida?”, siendo las autoras las Terapistas Ocupacionales Lesavio, Rosana y Kalechi, Nora.

La presentación comprendió la exposición del seguimiento de un caso clínico de un paciente de 38 años con manifestaciones clínicas de V.I.H., derivado al Consultorio de Terapia Ocupacional de la mencionada institución.

El paciente fue evaluado y se establecieron los objetivos de trabajo desde Terapia Ocupacional, entre los que se contaron: establecer vínculo Terapeuta Ocupacional - paciente; favorecer los procesos de atención, concentración, y memoria; favorecer la coordinación fina; mejorar la calidad de vida, etc.

Se utilizaron durante el tratamiento actividades como: cerámica, dibujo, pintura, y participación en el diseño de la revista de Terapia Ocupacional.(5)

Este trabajo demostró una vez más el interés de los Terapistas Ocupacionales en abordar este nuevo campo, así como de la importancia que tiene publicar las investigaciones para poder acercar a mayor cantidad de personas los resultados del esfuerzo propio en el enriquecimiento del desempeño profesional.

En la ciudad de Mar del Plata cabe mencionar el trabajo a cargo de las Lic. en Terapia Ocupacional Vera ,Marta y Villarruel, Sandra, en el año 1994, denominado

“Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en niños”, el cual fue llevado a cabo en el Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (H.I.E.M.I.) de dicha ciudad.

Las variables que formaron parte de la investigación fueron: infección por el V.I.H. y alteración o riesgo de alteración en el desarrollo mental y / o psicomotriz.

Se trabajó con dos grupos, uno Testigo, integrado por niños de edades comprendas entre 0 y 30 meses, nacidos a término, sin patología y no infectados por el V.I.H., y otro de estudio, obtenido mediante la clasificación para V.I.H. pediátrico propuesta por el Center for Disease Control.

Las técnicas de recolección de datos fueron las siguientes: entrevistas realizadas a las madres de los niños seropositivos para el V.I.H.; historias clínicas de éstos pacientes, legajos de las instituciones a las que concurren los niños que conforman el grupo testigo; y el TEST de “Escala Bayley del desarrollo infantil”.

Las autoras en la conclusión de su trabajo hacen referencia a la importancia de un asesoramiento constante en los profesionales dedicados a la atención de pacientes infectados, así como de “aquellos que tienen la posibilidad de estar en contacto con esta patología en algún momento de su desempeño profesional” según ellas mismas refieren.(6) En relación a esto último cabe mencionar que no siempre es posible conocer en el momento de atención del paciente la condición de infectado o no del mismo, debido ésto a la circunstancia de que gran parte de las personas que están infectadas lo ignoran, al tiempo (8 - 12 semanas) que tarda el organismo en producir los anticuerpos contra el virus (antes de lo cual la prueba de laboratorio resultaría negativa), y a los altos costos que impiden realizar pruebas a todos los pacientes; y es por esto que los profesionales de la salud, independientemente que se dediquen o no a atender dicha patología, pueden estar en contacto con la enfermedad sin saberlo, por lo cual la *información* sobre el tema y la capacitación en la utilización de las *Medidas Universales de Protección* para la prevención de la infección por el V.I.H., cuyo carácter de universalidad reside justamente en la utilización de las mismas con todos los pacientes y con todos sus materiales orgánicos, independientemente de que se conozca o no el estado infeccioso de los mismos, parecen ser más que necesarias.

Esta investigación según las autoras expresan pretendió “hacer un aporte a la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional a través de la incursión en un campo que en la actualidad se halla en pleno estudio, resultando aún desconocido para esta profesión y para el saber general”, promoviendo de esta manera “mejorar la calidad de vida de quienes padecen esta infección” ; (7)(8) y dejando de esta manera, abierta la puerta al interés y a la capacidad investigadora de otros profesionales que deseen colaborar en el enriquecimiento de su profesión.

También corresponde mencionar dos estudios realizados por profesionales de otras disciplinas que utilizan la variable nivel o grado de información constituyendo así un aporte más al estado actual de las variables a trabajar. Uno de ellos fue realizado en la ciudad de Buenos Aires, en el año 1994, a cargo de la profesora Goldstein Beatríz, siendo el objetivo primordial de esta investigación “averiguar el grado de información que poseen en la actualidad una población de estudiantes universitarios de la Facultad de Filosofía y Letras (U.B.A.) respecto de las vías de transmisión del virus V.I.H. y de la enfermedad S.I.D.A.” con el fin de capacitar jóvenes y producir material de prevención y difusión para “una audiencia específica como es la de los estudiantes universitarios”.

Entre los temas consultado en las encuestas se encuentran los siguientes:

- Fuentes de adquisición de información: más del 50% obtuvo información a partir de “amigos”, el 40% a partir de “experiencias personales”, el 15% por “televisión”, el 5% por “docentes”.

- Métodos anticonceptivos conocidos: el 95% señala el preservativo, pero solo el 60% lo utiliza. Del 70 al 85% conocen el DIU, las píldoras anticonceptivas y el diafragma. El 15% utiliza el método del ritmo. El 22% de los entrevistados no utilizan método anticonceptivo.

- Definición de S.I.D.A.: el 69% lo define claramente.

- Exposición de los entrevistados al virus: el 41% cree que sí, y el 33% duda.

- Sexo inseguro: el 69% relaciona el sexo inseguro con la no utilización de preservativo (condon), y esto con la posibilidad de contagiarse de S.I.D.A.

Las conclusiones que fueron obtenidas permitieron a la autora recomendar entre otras cosas, la necesidad de que las campañas clarifiquen lo que significa el S.I.D.A., cuales son las maneras de protegerse de la infección, y recomienden el uso de preservativos para evitar el pasaje del V.I.H. ya sea del semen a la mucosa vaginal o viceversa. (9)

Cabe destacar que dentro de la categoría “fuentes de adquisición de información”, el docente es quien obtuvo el porcentaje más bajo, resultando esto llamativo en relación con la tarea de transmisión de conocimientos, habilidades y actitudes que los docentes como tales poseen; y como los Terapistas Ocupacionales pueden ser considerados también como “educadores” de los pacientes a los cuales asisten (enseñar la técnica del uso del bastón a una persona hemipléjica, instruir a un familiar sobre como rotar un paciente en cama, proporcionar indicaciones a la enfermera sobre la colocación de equipo para prevención de escaras, etc.) cabría preguntarse que lugar poseen los Terapistas

Ocupacionales como fuente de proporción de información acerca del tema V.I.H. y S.I.D.A. (10)

La segunda investigación denominada “Representación social del S.I.D.A. y prevención”, fue realizada por la cátedra de Psicología Social de la Escuela Superior de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, en el año 1994, a cargo de la Lic. de los Reyes, María Cristina, profesora adjunta de dicha cátedra, el cual tuvo como propósito “esclarecer contradicciones entre la información que la gente declara conocer y las conductas preventivas adoptadas”. Entre los objetivos de la presente investigación se encuentran: en relación a la investigación psicosocial introducir los problemas relevantes del medio realizando una articulación con el análisis de datos empíricos recogidos mediante técnicas apropiadas; comprender un poco más porqué los comportamientos humanos dificultan el control de la epidemia del S.I.D.A.; y desarrollar actividades de extensión de la cátedra en el marco de las campañas de prevención con talleres a implementar en los colegios secundarios.

El trabajo de campo fue realizado con la colaboración de estudiantes que cursaron la materia Psicología Social en los años 1993 y 1994, utilizándose como instrumento de recolección de datos entrevistas con preguntas elaboradas por la cátedra, integrándose la muestra con personas de distinto sexo, edad y ocupación.

Realizado el análisis de las entrevistas efectuadas en el año 1993, la autora reflexiona acerca de “la existencia de fuertes mitos y creencias que actúan a manera de obstáculo en la concreción de conductas preventivas”.(11) Entre las conclusiones obtenidas en dicha investigación se destaca la importancia de las experiencias personales en relación al contacto con portadores del V.I.H., ya que las cifras indicaron que entre quienes no conocieron aún uno de ellos, se encuentran los poseedores de actitudes más prejuiciosas, los que sostienen con más frecuencia creencias no científicas en relación al contagio, y en consecuencia los que menos se previenen del mismo. Por el contrario entre las personas que tiene relación con portadores del V.I.H. se observan actitudes solidarias y medidas preventivas más adecuadas.(12)

A nivel internacional puedo mencionar el trabajo de la Terapista Ocupacional Parks, Rebecca, que desde el año 1988 ha atendido más de 200 niños con S.I.D.A. Estos niños, con edades comprendidas entre 5 y 14 años, residen en los Estados Unidos y forman parte de estudios de eficacia de drogas, dirigidos por el Instituto Nacional de cáncer. Como parte de su participación ellos asisten periódicamente a Bethesda, Maryland para su evaluación.

La Terapista Ocupacional Parks concluye a través de las evaluaciones (que incluyen la aplicación del test de Oseretsky de habilidad motora) que los niños H.I.V. positivo infectados al nacer, generalmente poseen problemas neurológicos, tonicidad muscular

anormal, trastornos de la coordinación, dificultades alimentarias, bajo rendimiento en la realización de tareas con tiempo límite, y resistencia pobre.

La profesional trabaja con estos niños en sesiones de Terapia Ocupacional y confecciona adaptaciones cuando la situación lo requiere. Destaca la influencia del entorno familiar en el tratamiento de estos pacientes, los cuales muchas veces han perdido a alguno de sus padres o hermanos, o han sido abandonados en instituciones. Parks ha realizado un estudio sobre “los juegos y la interacción en los niños V.I.H. positivos” y está estudiado “las opciones vocacionales de los adolescentes infectados”.

La autora adoptó como filosofía propia “tratar el S.I.D.A. como una enfermedad curable, ya que algún día puede haber de hecho una cura”, y ayudar a los jóvenes a desempeñarse lo mejor posible en el momento actual.

Esta profesional como *conclusión* del artículo deja el siguiente mensaje destinado a los practicantes de la Terapia Ocupacional: “*si no estás practicando con pacientes con S.I.D.A. ahora, pronto lo estarás. Todos corremos riesgo, tanto adultos como niños y esto incluye a tus propios hijos*”.

Este escrito hace referencia a la situación real de que todos los seres humanos están expuesto al riesgo de contagio y que nosotros, e inclusive nuestras familias como integrantes del género humano, no estamos exentos de ello.

Rebecca Parks realizó en el año 1996 dos conferencias sobre S.I.D.A. pediátrico, una fue denominada “Infección con V.I.H. en infantes y niños” que incluyó un repaso de la historia natural de la infección con el V.I.H. en esta población, problemas típicos y las intervenciones apropiadas desde Terapia Ocupacional. La segunda “desarrollo del auto - concepto en adolescentes con V.I.H.” realizado conjuntamente con la Terapeuta Ocupacional Dra. Robvertson, Susan, el cual trató el tema del desarrollo del auto - concepto en jóvenes con V.I.H. y como ayudarlos en sus aspiraciones de carrera y educación. (13).

Otro Terapeuta Ocupacional, Bedell Gary, miembro del consejo del departamento de T.O. de una universidad, ha trabajado con niños y adultos con S.I.D.A. desde el año 1987.

Este refiere entre las tareas del profesional abordar problemas tales como: demoras en el desarrollo, habla, lenguaje y cognición. Además señala que el curso impredecible de la enfermedad y el padecimiento de infecciones oportunistas, trastornos digestivos y malestares llevan a que el niño, en muchos casos, abandone la escuela y la terapia.

Asimismo destaca la labor del profesional para mantener la función, tratar el área psicosocial, y trabajar para superar la sensibilidad táctil originada muchas veces por enfermedades recurrentes, procedimientos médicos, miedo y soledad.

En la ciudad de Detroit, se encuentra un centro denominado “desorden inmunitario en niños”, el cual ofrece desde el año 1985 servicios de emergencia, defensoría, salud

mental y otros, a niños infectados con el V.I.H. y a sus custodios. Allí se desempeña la Terapeuta Ocupacional Dra. Herzberg, Georgina, miembro de la facultad de Terapia Ocupacional de la Universidad Wayne State. Entre sus actividades (atención de pacientes en grupo, atención individual) se destaca el trabajo con estudiantes de la carrera de Terapia Ocupacional, en relación al trato de niños con S.I.D.A. y su familia, ofreciéndoles así el primer acercamiento a esta patología. (14)

La Asociación Americana de Terapia Ocupacional (A.O.T.A.) me proporcionó diversos artículos escritos por Terapeutas Ocupacionales y publicados en los *American Journal of Occupational Therapy*, entre los cuales se cuentan:

- Anderson, Jill; Hinojosa, Jim; Bedell, Gary; Kaplan, Margaret. Occupational Therapy for Children With perinatal H.I.V. infection. 1990.
- Atchison Ben J. Occupational Therapy Personnel and A.I.D.S.: attitudes, knowledge and fears. 1990.
- Gutterman, Linda. A day treatment program for persons whith A.I.D.S.. 1990.
- Peloquin, Suzanne, M. A.I.D.S: Toward a Compassionate response. 1990.
- Pizzi, Michael. Nationally speaking. The transformation of H.I.V. infection and A.I.D.S. in Occupational Therapy: Beginning the conversation. 1990.
- Hansen, Ruth Ann. The ethics of caring for patients with H.I.V. or A.I.D.S.. 1990.
- Schindler, Victoria J. Psychosocial Occupational Therapy. Intervention with A.I.D.S. patients. 1988.

El siguiente es un estudio de tipo descriptivo publicado en el *American Journal of Occupational Therapy*, en el año 1994, el cual exploró los efectos del aumento en el porcentaje de seres humanos con S.I.D.A. (pacientes y trabajadores de la salud) en la Terapia Ocupacional. La muestra se integró con 200 directores de departamentos de Terapia Ocupacional, seleccionados proporcionalmente entre todas las áreas de trabajo de la misma. El método de recolección de datos utilizado fue el cuestionario, de carácter anónimo. Fueron devueltos 118 cuestionarios que se analizaron, y obtuvieron resultados, de los cuales destacaré aquellos que ayudan a conocer el estado actual de las variables que integran mi investigación:

En relación a si los Terapistas Ocupacionales habían atendido pacientes con V.I.H. o S.I.D.A.:

- el 100% [21] de los profesionales que trabajaban en el área de salud mental referían haberlo hecho.

- solo el 21% [16] de los profesionales que trabajaban en el área de rehabilitación física referían haber atendido estos pacientes. Estos datos contrastan con otro obtenido que refiere que el 77% [91 de 118] de los encuestados trabajó en departamentos que atendían pacientes infectados o enfermos de S.I.D.A.

Nota: Esta situación quizás tenga relación con la seguridad que le da al Terapeuta Ocupacional, la certificación o no del diagnóstico de V.I.H. positivo en la historia clínica; lo cual cabe mencionar en ciertos casos no otorga completa certeza debido a situaciones que escapan al control del ser humano, como por ejemplo un Test realizado durante el período “ventana” arrojaría resultado negativo a pesar de la situación de infectada de la persona, además de la situación de que no se realiza el Test a todos los pacientes debido al costo, tiempo, a la violación del derecho a la privacidad (que solo puede quebrarse en virtud del principio ético de beneficencia que comprende “la realización del análisis solo si un estado de infección pone en riesgo a otros...”), y a actitudes discriminatorias que podría originar.

En relación a la *utilización de las precauciones universales de protección para la infección por el V.I.H.*:

- el 96% de los departamentos tomó en cuenta las precauciones

- y el 15% consideró que éstas no eran suficientes para la protección contra la transmisión por el V.I.H.

En relación a la posibilidad de *exponerse* accidentalmente *al virus* o al S.I.D.A. manifiestan:

- el 20% se preocupó por la posibilidad de contagiarse accidentalmente al practicar la Terapia Ocupacional. En esta muestra se constató que dicha situación no estaba vinculada al área de especialización, años de práctica o cantidad de pacientes atendidos.

- el 37% sostuvo que en sus prácticas utilizaban procedimientos de riesgo que podrían exponerlos al contagio del virus.

En lo que respecta a esto último entre las prácticas mencionadas como riesgosas por los profesionales se encontraron, entre otras, el desbrindamiento de una quemadura (86%) el contacto con fluidos de los pacientes durante las actividades diarias de evaluación (69%).

Nota: Que los Terapistas Ocupacionales consideren insuficientes las Medidas Universales de protección parece corresponderse con el miedo al contagio accidental durante el ejercicio de la Terapia Ocupacional, situación de inseguridad que seguramente pone en riesgo la calidad de atención brindada por el profesional, entre otras cosas.

En relación a cuando los Terapistas utilizarían guantes para trabajar con los pacientes respondieron:

- al atender pacientes con V.I.H., el 58% de los consultados
- al atender pacientes con lesiones expuestas, el 99%
- con pacientes pediátricos que secreten saliva, el 49%

Nota: es de mencionar que la saliva (sin sangre) no está implicada en la transmisión del V.I.H. a causa del bajo porcentaje de concentración viral en la misma.

En relación a otros *elementos de barrera*:

- el 16% utilizaría guardapolvo y máscara para ingresar a la habitación de un paciente con S.I.D.A.

Entre las *conclusiones* las autoras destacan que en los departamentos de Terapia Ocupacional no se cree en el concepto de riesgo cero de contagio (aunque el compromiso con procedimientos de riesgo sea limitado); y hacen referencia a la ausencia de políticas respecto a Terapistas Ocupacionales infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, lo cual manifiestan, conlleva el riesgo de que las mismas queden al devenir de decisiones administrativas quizás no tan acertadas; y asimismo expresan que la tendencia actual en los departamentos de Terapia Ocupacional encuestados es un aumento en el número de análisis a pacientes, Terapistas y estudiantes.(15)

Estos trabajos son el inicio de un largo camino en el conocimiento de esta nueva enfermedad y de sus implicancias éticas y morales para todos los profesionales de la salud, y así para los Terapistas Ocupacionales los cuales deben adoptar la responsabilidad de educarse, ya sea a través de la capacitación proporcionada institucionalmente o por emprendimiento personal, para brindar un servicio adecuado a las necesidades objetivas de

los pacientes que acuden a ellos o que son derivados para su atención, contando entre ellos a personas con diagnóstico de V.I.H. o S.I.D.A., y no a las necesidades o sentimientos del profesional.(16)

6) FUNDAMENTOS DEL MARCO CONCEPTUAL:

La primera noticia del S.I.D.A. como enfermedad, se conoció en el mes de **junio del año 1981**, a cargo del Centro de Clasificación de enfermedades de Atlanta (C.D.C.). Los informes iniciales referían un deterioro del sistema inmunitario que afectaba a varones jóvenes homosexuales. A partir del año 1982 los síntomas de esta enfermedad se describieron en drogadictos intravenosos, politransfundidos, y mujeres parejas sexuales de enfermos; desde lo cual la primera denominación de Deficiencia Inmunitaria relacionada con la Homosexualidad (G.R.I.D.) fue reemplazada por la actualmente utilizada: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), siendo aplicado éste a un conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario.

Alertados por el C.D.C. los países comenzaron a registrar e informar sus enfermos, datos que la O.M.S. considera hasta el año 1991 eran limitados y presentaban deficiencias, estimándose que las cifras serían muy superiores.

En el año 1983 un grupo de científicos del Instituto Pasteur describió el agente etiológico de la epidemia, que recibió diferentes denominaciones hasta que una comisión internacional acordó tres años después denominarlo con el nombre de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.).

¿Qué es el V.I.H.?

Es un tipo de retrovirus humano que para reproducirse utiliza el ácido ribonucleico (A.R.N.), en lugar del ácido desoxirribonucleico (A.D.N.) como centro principal de información genética.

Se conocen dos tipos de V.I.H.: el V.I.H.-1 y el V.I.H.-2. (17) El V.I.H.-1 responsable de la mayor parte de los casos de S.I.D.A. en Africa, Asia, América Latina y Caribe, Europa y los Estados Unidos de América, y el V.I.H.-2 aislado en el año 1985 y responsable de la infección en varios países de la costa oeste de Africa. Aún cuando ambos virus infectan las mismas células, poseen ciertas diferencias que se mencionaran más adelante. (18) (19) (20) (21).

Antes de conocer la forma en que el V.I.H. actúa dentro del organismo del ser humano es necesario recordar algunas nociones sobre el **sistema inmunológico**.

El sistema inmunológico es un conjunto de partes u órganos semejantes compuestos por un mismo tejido que combate a los agentes externos como: virus, bacterias y hongos que agreden al organismo, y que por generar una respuesta inmunitaria se denominan antígenos.

Piel, mucosas y otros, son barreras que se oponen a los intrusos, pero cuando éstos llegan a la sangre se encuentran con macrófagos y linfocitos. Los **linfocitos** son células blancas que tiene un rol central en la respuesta inmune, y que de acuerdo a su origen se

clasifican en linfocitos B *productores de anticuerpos*, que crecen fuera del timo, y linfocitos T auxiliares (por su actividad colaboradora) que lo hacen dentro de él. Ambos reconocen antígenos específicos y generan respuestas bien diferenciadas.

Entre las defensas (en condiciones normales) que protegen a los individuos de las infecciones, podemos distinguir: las *no específicas* y las *específicas*. Las primeras, que actúan sin tener en cuenta anteriores exposiciones a agentes infecciosos, y las específicas, aquellas que adoptan dos formas distintas de inmunidad: la humoral y la celular. La **inmunidad humoral** ocurre en el sistema de células B, encargadas de la producción de anticuerpos (a partir de la facilitación de las células T), y con la capacidad de guardar en la memoria la información correspondiente al antígeno encontrado, facilitando así su pronto reconocimiento si éste intenta atacar otra vez, por lo cual la respuesta será más rápida y efectiva. Estos anticuerpos son liberados a la sangre circulante y a otros fluidos corporales, pero no actúan en el interior de las células. La **inmunidad celular** es la correspondiente a las células T que actúan dentro de la célula misma, y que coordinan la respuesta del sistema inmunológico contra los antígenos induciendo a las células B a producir anticuerpos (proteínas que tienen la capacidad de combinarse con el agente que estimuló su producción para bloquearlo o destruirlo).

El V.I.H. habita en los seres humanos (siendo el único organismo huésped de este virus), requiere hospedarse en células vivas, se aloja en linfocitos, así como también en: neuronas, macrófagos, células epiteliales, células del tubo digestivo y médula ósea.

Como los linfocitos se hallan en grandes concentraciones en la sangre, donde hay pus, semen y en la secreción vaginal, es que estos líquidos corporales son considerados potencialmente más infectantes que otros. También se ha aislado aunque en pequeñas concentraciones en: sudor, saliva, orina y lágrimas. (22) (23) (24)

Este virus posee una capa de proteína que lo recubre, y en su interior guarda dos moléculas de A.R.N. formando una hélice doble. Una vez en el torrente sanguíneo, el virus se dirige hacia los linfocitos T que poseen en su superficie un receptor constituido por una proteína por la cual presenta gran afinidad, anclándose finalmente en ella. El V.I.H. por su organización genética, una vez dentro de la célula provoca una alteración en el funcionamiento de la misma. Esta alteración se produce como consecuencia de la transcripción del A.R.N. viral, copia que es transportada al núcleo celular, donde posteriormente se integrará con el ácido desoxirribonucleico cromosómico de la célula hospedante. Ésta célula humana que tiene integrada a su ácido nucleico la información genética viral, es denominada Provirus.

A partir de éste momento el A.D.N. viral se duplicará con el de la célula hospedera cada vez que ésta se divida.

El virus puede permanecer en las células T en estado latente por tiempo prolongado (los linfocitos continúan viviendo, y la persona infectada asintomática), o bien dependiendo de factores internos (tipo de cepa viral, clase de célula hospedera, función de la misma),

y/o externos empezar a replicarse (infección productiva). Las células han perdido su función específica (para la que fue creada) ya que su información ha sido alterada por el virus y desviada a la sintetización de nuevas proteínas. Este proceso productivo implica la destrucción de la célula que hospeda (disminuyendo así el número de las mismas), y la liberación de partículas virales que reiniciarán el proceso uniéndose a otras células, y como ataca principalmente a linfocitos T y macrófagos, el sistema inmunitario se deteriora disminuyendo su capacidad de coordinar la defensa contra agentes externos. (23) (25) (26)(27) (28) (29)(30) (31)

La infección por el V.I.H. pasa por varios períodos relacionados con el deterioro del sistema inmunitario, y con una serie de factores entre los que se encuentran: las características del huésped, del virus y del ambiente. Éstos períodos son: el inicial, ventana, latencia, y final o de la enfermedad S.I.D.A. (32)

Se habla de un **período inicial** o infección aguda, caracterizada por el aumento del V.I.H. en la sangre, y por la aparición de síntomas que constituyen el denominado Síndrome Linfadenopático (L.A.S.) constituido por:

- hinchazón de glándulas
- fiebre superior a 37.5 °
- malestar, pérdida de peso
- diarrea persistente
- sudoración nocturna; el cual dura 2-3 semanas, y casi siempre termina en recuperación completa, a partir de lo cual la persona permanece asintomática. (33) (34) (35) (36) (37) (38)

La infección aguda deja paso generalmente a un período de 1 a 3 semanas denominado **“período ventana”** en el cual no se detectan antígenos ni anticuerpos en la sangre, por lo cual una prueba en éste período resultaría negativa a pesar de la situación de infección de la persona, y de la posibilidad de transmisión de la misma. (éste resultado es denominado “falso negativo”). (39) (40).

Cabe destacar que al haber ausencia de síntomas la enfermedad no puede ser detectada clínicamente, y como los análisis diagnósticos no siempre se realizan (con menor frecuencia a lo recomendado) por su elevado costo, y una entrevista que releve la presencia de prácticas de riesgo en la vida del paciente (tatuajes, relaciones con

prostitutas) no es suficiente para determinar su situación o no de infectado, (puede retacear la información por miedo o desconocimiento) es que está justificada la utilización habitual y con todos los pacientes de las *Medidas de Prevención para la Infección por el V.I.H.*, por los todos los profesionales de la salud, entre ellos el Terapeuta Ocupacional. Esto no implica poner una barrera infectado de H.I.V. - T.O. por miedo o discriminación, sino que expresa un pleno conocimiento del tema, que permite proteger al paciente de infecciones agregadas, evitar la diseminación de la enfermedad, prescindir de la categorización y el aislamiento del paciente infectado para su atención.

Luego de una etapa de 6 a 12 semanas posteriores a la infección el individuo ingresa en un período denominado seroconversión. (41)(42)

¿Qué es el período de seroconversión?

Es el tiempo que transcurre desde que la persona se expone al virus (y éste ingresa al torrente sanguíneo) hasta el momento en que se forman los anticuerpos (los cuales se van a mantener a lo largo de toda la vida), y éstos son detectables en sangre. En éste período la persona denominada hasta entonces como seronegativa pasa a ser seropositiva al V.I.H. (43)(30)

¿Qué significa ser V.I.H. positivo (o seropositivo)?

Ser V.I.H. positivo significa que mediante pruebas de laboratorio que se repiten para confirmar el diagnóstico, se detectan anticuerpos al V.I.H. (lo cual no significa necesariamente estar enfermo de S.I.D.A.).

¿Cómo se detecta el V.I.H.?

El diagnóstico de la infección se establece por medio de pruebas de laboratorio, ya que las manifestaciones clínicas, si bien indicadoras, no son específicas de ningún estadio de la enfermedad. Entre los métodos diagnósticos podemos mencionar:

- a) la detección del virus completo o de sus proteínas (cultivo y detección de AGP 24)
- b) la detección de anticuerpos contra el V.I.H. (Elisa, Aglutinación, Western Blot, Inmunofluorescencia)
- c) la detección del genoma viral (Hibridización, Sondas genéticas)

Dentro de la primera categoría encontramos las siguientes técnicas:

- Cultivo del virus: a partir de células mononucleares de la sangre periférica. Es de poco valor diagnóstico por su escasa sensibilidad, excepto en el recién nacido.
- Detección del antígeno P. 24: consiste en la detección de proteínas del V.I.H., dicho antígeno al ser encontrado indica una infección aguda o un estadio terminal.

En la categoría **b** encontramos:

- Elisa: (Enzyme linked immunosorbent assay) Técnica sencilla, basada en la reacción antígeno - anticuerpo. Se extrae una pequeña cantidad de suero de sangre del paciente, la cual se pone en contacto con una preparación de extracto purificado de V.I.H., y si existen anticuerpos éstos van a reaccionar fijándose al virus. Para visualizar ésta reacción, se reúnen anticuerpos especiales que llevan una enzima y poseen la capacidad de unirse a los anticuerpos ya fijados. Cuando esto ocurre la enzima actúa coloreando el suero. En tres horas es posible conocer el resultado. Éste es el método más usado en la Argentina, con una fiabilidad del 95%.

- Aglutinación de partículas: basada en el principio antígeno - anticuerpo.

- Western Blot: prueba de confirmación universalmente aceptada. Se realiza mediante cultivos virales. A partir de los virus V.I.H. se obtienen y purifican proteínas virales que se separan sobre una tira de papel especial haciendo pasar una corriente eléctrica. Las proteínas se ordenan por tamaño, y escalonan. El suero del paciente se contacta con la tira de papel, y en el caso que existan anticuerpos contra el V.I.H., algunos quedarán pegados a proteínas especiales. El paso a seguir es la visualización. Aplicada conjuntamente con Elisa su fiabilidad es superior al 98%.

- Inmunofluorescencia: (I.F.I.) relaciona anticuerpos y células infectadas. Consiste en verter el suero con los supuestos anticuerpos en un cultivo de linfocitos manipulados en laboratorio e infectados por el virus. Los anticuerpos van a fijarse sobre la superficie de las células infectadas. Para relevar la posible reacción se reúnen anticuerpos especiales marcados con una sustancia fluorescente, visible por medio de un microscopio de fluorescencia. Sensible como el anterior pero no es fácilmente accesible a nivel comercial.

Test suplementario, rápido y fiable.

Dentro de la categoría **c** encontramos:

- Hibridización

- Sondas genéticas. (44)(45)

En éstos últimos años se está trabajando con la posibilidad de detectar anticuerpos frente al V.I.H.-1 en saliva y orina, lo cual ofrecería ventajas con respecto al suero, como por ejemplo: toma incruenta de la muestra, procedimiento económico, y menos riesgoso para el personal sanitario.

Es necesario resaltar que las pruebas diagnósticas mencionadas anteriormente pueden proporcionar resultados erróneos, lo cual es denominado: “falso positivo” y “falso negativo”. En el primer caso puede deberse a anticuerpos presentes en otras enfermedades, en mujeres multíparas o en personas multitransfundidas, o a errores técnicos. En el segundo caso puede deberse principalmente a la ausencia de anticuerpos detectables (período ventana) y a errores técnicos. (46) (47) (48) (49) (50)(51).

Desde el momento de la seroconversión puede pasar mucho tiempo (2 - 10 años aproximadamente) hasta que la persona enferme, dependiendo esta situación de factores tanto biológicos, psicológicos, como sociales (calidad de vida, nutrición, contención familiar), constituyendo durante esta etapa asintomática denominada **período de latencia**, la principal fuente de diseminación de la epidemia, a causa del frecuente desconocimiento de la situación de infección. (52)

En ésta etapa el nivel de anticuerpos se mantiene elevado y el del virus bajo, por consiguiente las pruebas que detectan los primeros resultarán efectivas.

Es de destacar que el período de latencia en la infección producida por el V.I.H. - 2 es más largo que en el producido por el V.I.H. - 1.

Cuando el nivel de anticuerpos disminuye significativamente, mientras que el del virus aumenta, se ingresa al **período final**, caracterizado por un deterioro importante del sistema inmunitario y de la incapacidad de éste para hacer frente al V.I.H. y a microorganismos que aprovechan la situación. Este pasaje al estado sintomático del S.I.D.A. es 12 a 13 meses más lento en el V.I.H. - 2.

Cuando se presentan síntomas clínicos y enfermedades oportunistas graves la persona empieza a estar enferma de **S.I.D.A.**. (53)(30)

¿Qué es el **S.I.D.A.**?

Es la fase evolutiva final de la infección por el V.I.H., que ha recibido la denominación de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), por ser éstos

conceptos los que representan y caracterizan aspectos básicos de la enfermedad. Así **Síndrome**, refiere un conjunto de signos y síntomas consecuencia en gran parte, de una alteración del sistema defensivo. **Inmunodeficiencia**: alude a ineficacia, deterioro de la acción del sistema inmunológico; y **Adquirida**: por ser una enfermedad no hereditaria que se adquiere en el curso de la vida. (54)

¿Y qué es estar **enfermo de S.I.D.A.**?

El C.D.C., Oficina Federal de Atlanta, Georgia, que se ocupa del monitoreo de las enfermedades infecciosas de Estados Unidos definió el S.I.D.A. en el año 1982. La definición original sufrió diversas modificaciones (años 1985, 87, 93), en relación con el creciente aumento de conocimientos sobre ésta enfermedad, e incluyéndose así a más personas dentro de las estadísticas.

Este centro de clasificación sustituyó en el año 1993, la definición de Caso de S.I.D.A. para adultos y adolescentes mayores de 13 años, y para niños revisada en el año 1987 por otra que pone de manifiesto la importancia del recuento de linfocitos CD4, con independencia de las manifestaciones clínicas, más relevantes en la primera clasificación.

A partir de los valores obtenidos en el recuento de los linfocitos se incluye al **paciente adulto** en alguna de las **categorías** siguientes:

A: La cual se aplica a la infección primaria y a los pacientes asintomáticos con o sin linfadenopatías generalizadas persistentes.

B: Categoría que comprende pacientes que presenten o hayan presentado enfermedades que no pertenecen a la categoría C.

C: Se aplica a quienes presenten o hayan presentado alguna de las complicaciones mencionadas en la definición del C.D.C. del año 1987, con el agregado de las siguientes: neumonía recurrente, tuberculosis pulmonar, carcinoma de cervix invasivo. Aquí hablamos de enfermo de S.I.D.A.

Clasificación del C.D.C. en niños:

A partir del recuento de linfocitos se incluye al **niño** en alguna de las **categorías** siguientes:

N: niños asintomáticos o con un solo síntoma de la categoría A.

A: dos o más signos o síntomas menores.

B: signos o síntomas moderados (por ejemplo: anemia, neumonía, meningitis, herpes Zoster, hiperplasia pulmonar linfoide)

C: signos y síntomas graves (candidiasis esofágica o pulmonar, Histoplasmosis diseminada, Pneumocistis carinii) (55)(56)(57)(58) (59)

Es de destacar que la clasificación antes mencionada aún no posee utilización masiva, y que en algunos países se sigue utilizando la del año 1987, que propone dos modalidades diferentes de diagnóstico de S.I.D.A., uno aplicable cuando se conoce el estado seropositivo del individuo, y otra cuando este resultado es desconocido.

- Definición de caso de S.I.D.A. cuando el estado serológico frente al V.I.H. es desconocido o negativo:

Un cuadro clínico de Inmunodeficiencia Adquirida se considerará caso de S.I.D.A. cuando se cumplan las dos condiciones siguientes:

1) que se haya excluido la exposición a todas las causas de inmunodeficiencia que se describen a continuación, en los tres meses previos a la aparición del cuadro clínico:

- terapia sistémica con corticoides, inmunodepresores o citotóxicos
- enfermedad no Hodgkin
- linfoma no Hodgkin(diferente del linfoma primario del cerebro)
- leucemia linfocítica
- mieloma múltiple
- otro cáncer del sistema linforeticular o tejido histiocítico
- linfadenopatía angioinmunoblástica
- cualquier síndrome genético, congénito o adquirido de inmunodeficiencia

2) Y que se haya comprobado por microscopía o cultivo uno cualquiera de los siguientes diagnósticos:

- neumonía por *Pneumocystis carinii*
- candidiasis de esófago, la tráquea, los bronquios o el pulmón
- complejo extrapulmonar por *Mycobacterium Avium* o infección extrapulmonar por *m. Kansasaii*
- infección por Herpes simplex causante de bronquitis, neumonitis, esofagitis o úlcera mucocutánea que persista por más de un mes
- infección por Citomegalovirus de un órgano diferente al hígado en un paciente mayor de un mes)
- toxoplasmosis de un órgano interno (en un paciente mayor de un mes)
- criptosporidiosis con diarrea por más de un mes
- *strongyloidiasis* extraintestinal
- leucoencefalopatía multifocal progresiva
- sarcoma de Kaposi en un paciente menor de 60 años
- linfoma primario del cerebro en un paciente menor de 60 años
- hiperplasia pulmonar linfoide o neumonía intersticial linfoide en un paciente menor de 13 años

- Definición de caso de S.I.D.A. cuando el estado serológico es positivo para el V.I.H.:

Un caso clínico de Inmunodeficiencia Adquirida se considerará caso de S.I.D.A. cuando se cumpla una cualquiera de las dos condiciones siguientes:

1) Que se haya probado por microscopía o cultivo uno cualquiera de los siguientes diagnósticos:

- sarcoma de Kaposi a cualquier edad
- linfoma primario del cerebro a cualquier edad
- linfoma no Hodgkin de células B o sarcoma inmunoblástico
- síndrome de desgaste por V.I.H. (S.I.D.A. enteropático o “enfermedad adelgazante”)
- tuberculosis extrapulmonar o diseminada, u otra microbacteriosis no cutánea diferente a la lepra
- histoplasmosis extrapulmonar o diseminada
- coccidioidomicosis extrapulmonar o diseminada
- isosporiasis con diarrea por más de un mes
- septicemia por Salmonella
- en niños menores de 13 años sin predisposición a enfermedad pulmonar crónica, dos o más de las siguientes infecciones bacterianas con un intervalo menor de dos años: septicemia, neumonía, meningitis, abscesos cerebrales por Legionella, Haemophilus, Estreptococos (incluyendo Pneumococo) u otra bacteria patógena.

2)Y que se haya hecho diagnóstico presuntivo (no comprobado por cultivo o laboratorio) de una cualquiera de las siguientes entidades:

- neumonía por Pneumocystis carinii
- toxoplasmosis de un órgano interno en un paciente mayor de un mes de edad
- candidiasis esofágica
- infección microbacteriana extrapulmonar o diseminada (bacilos ácido resistentes de especies no determinadas)
- leucoencefalopatía multifocal progresiva

- sarcoma de Kaposi
- en un niño menor de 13 años Hiperplasia pulmonar linfoide o Neumonitis intersticial linfoide. (60)

La O.M.S., por su parte, propone criterios específicos de vigilancia diferenciada para niños y adultos; a continuación se detalla la correspondiente a los adultos:

La definición clínica provisional de S.I.D.A. en adultos para efectos de vigilancia correspondiente a la O.M.S., del año 1987 expresa que:

Donde no se disponga de pruebas de laboratorio para V.I.H., un enfermo se considerará caso de S.I.D.A. cuando se hayan descartado otras causas de inmunodepresión (como desnutrición, cáncer u otras entidades reconocidas) y cumpla uno de los siguientes criterios:

- presente sarcoma de Kaposi diseminado
- presente meningitis por criptococo
- presente por lo menos dos signos mayores, más al menos, uno de los signos menores:

Signos mayores: * pérdida de más del 10% del peso corporal

* diarrea por más de un mes

* fiebre intermitente o constante por más de un mes

Signos menores: * tos por más de un mes (no aplicable a enfermos de T.B.C. comprobada)

* linfadenopatía generalizada

* dermatitis pruriginosa generalizada

* historia de Herpes Zóster recurrente a los cinco años previos

* candidiasis orofaríngea

* herpes simplex diseminado, crónico y progresivo. (59)(61)

Además, la O.P.S. propuso en Caracas un criterio para el diagnóstico de caso de S.I.D.A. en adultos, el cual es considerado en cierta forma un complemento de la clasificación del C.D.C. del año 1987.

Como se mencionó anteriormente, el enfermo de S .I.D.A. a causa del deterioro inminente de su sistema inmunitario (caracterizado por la caída de los linfocitos CD 4 por debajo de 250/ mm³), queda expuesto a distinto tipo de enfermedades denominadas oportunistas (aquellas que no provocarían infección si la persona tuviera su sistema inmunológico íntegro), las cuales fueron mencionadas en las respectivas clasificaciones de caso de S.I.D.A. para niños y adultos. Estas **infecciones oportunistas (I.O.)** son la mayor causa de morbi - mortalidad en los pacientes infectados con el V.I.H. Según distintos estudios el 90% de los pacientes fallecen por causas infecciosas, y el restante 10% a causa de linfomas, sarcoma de Kaposi, suicidio u otros procesos no infecciosos. (61)(62)

Entre las **I.O.** es de señalar la **tuberculosis**, por ser la enfermedad oportunista más frecuente, cuyo bacilo puede permanecer en las personas en forma latente en tanto presentan un sistema inmunológico competente, y reactivarse ante inmunodepresión. Éste bacilo ataca preferentemente los pulmones pudiendo enfermar también otros órganos como el riñón, meninges, piel; se caracteriza por pérdida de peso, de apetito, tos, expectoración de más de 15 días, fiebre, ronquera, debilidad y resfríos prolongados; y de todos los bacilos oportunistas asociados al S.I.D.A. éste puede ser transmitido por contacto casual (por medio de gotitas de saliva que los enfermos expulsan al exterior cuando tosen, hablan o escupen), lo que implica la necesidad de reforzar las medidas de Bioseguridad, reduciendo el mecanismo de contaminación por vía aérea a través de aislamiento respiratorio. (63) (64)

Conociendo las implicancias, frecuencia y forma de transmisión de ésta y otras I.O., el Terapista Ocupacional, puede ser capaz de adoptar las medidas adecuadas para proteger al paciente de otras infecciones, proteger a la familia del mismo(a través de recomendaciones certeras sobre el tema), a otros pacientes y a sí mismo, así como ir variando el tratamiento en relación al avance de la enfermedad. Así por ejemplo, un Terapista Ocupacional con conocimientos sobre el tema sabrá que si está atravesando un cuadro gripal, no deberá atender al paciente enfermo de S.I.D.A. ya que el riesgo de que éste se contagie resultará mayor (y el riesgo aumenta progresivamente en relación al deterioro de su sistema inmunitario) y las consecuencias de la infección serán más graves, que en una persona con sus defensas íntegras. Otra acción preventiva del contagio de enfermedades e infecciones agregadas al paciente, por ejemplo, la constituyen las

recomendaciones certeras a éste y su familia respecto del manejo de los alimentos (como lavar exhaustivamente los vegetales que han de consumirse crudos, cocer muy bien las carnes), las cuales ayudarán a disminuir significativamente el riesgo de infección por esta vía. A través de su accionar el profesional también pueden resguardar a los familiares o amigos que tengan a su cuidado el enfermo, por ejemplo recomendando el uso de barbijos y la higiene con solución clorada de los utensilios y vajilla que utilice el paciente en caso de que éste halla desarrollado por ejemplo tuberculosis, la cual se transmite por vía aérea a través de gotitas de saliva.

En relación al **pronóstico**, la mayor parte de los pacientes sufren brotes de la enfermedad, los cuales se incrementan en relación al deterioro del sistema inmunológico.

Es de destacar que en la infección por el V.I.H.-2 la progresión de los estadios avanzados de la enfermedad es 3 a 4 veces más rápida que en el V.I.H.-1.

El estado del paciente puede conocerse por medio del recuento de células CD4 . En los pacientes que se encuentran en el último estadio de la infección por el V.I.H. el número de células suele ser menor a 200 por microlitro de sangre (en relación a 950 células CD4 en personas sanas), y cuando este número es menor a 100, aparecen las infecciones oportunistas graves, causal de la muerte de la mayor parte de los pacientes (alrededor de los 18 meses siguientes al desarrollo del S.I.D.A.). (65)(66)

En comparación los niños infectados por vía perinatal, o con diagnóstico antes del año de edad, presentan un cuadro clínico más complejo y con peor pronóstico que los adultos, y un promedio de vida de 24-18 meses.

Es de resaltar que en la ciudad de Mar del Plata se han instalado recientemente en dos lugares (uno de los cuales es el Instituto de Análisis Clínicos cito en la calle Rivadavia N° 3331), el equipamiento necesario para la realización de mediciones de carga viral de pacientes portadores del V.I.H. pudiéndose así predecir la evolución de la enfermedad, la respuesta a tratamientos, y siendo otro elemento más para obtener datos concretos de la respuesta del paciente a la situación de infección. (67)

En quienes padecen S.I.D.A. pueden aparecer además de las manifestaciones físicas, **manifestaciones neuropsiquiátricas** atribuibles en muchos casos al efecto del V.I.H. en el S.N.C. (Sistema Nervioso Central) o S.N.P. (Sistema Nervioso Periférico). Al respecto, la O.M.S., luego de una reunión consultiva sobre: “aspectos neuropsiquiátricos en la infección por el .I.H.” celebrada en el año 1988, resaltó, entre otras cosas, la importancia de que el personal sanitario comprenda los estados neuropsiquiátricos asociados a la fase

final de la infección por el V.I.H. para la mejor atención del paciente. Si bien la O.M.S. se refirió a la ausencia de trastornos en etapas tempranas de la enfermedad, estudios realizados años más tarde demuestran que es posible la presencia de alteraciones neuropsiquiátricas en etapas tempranas de la evolución del V.I.H., y que es probable su presencia en pacientes asintomáticos.

Entre los trastornos neuropsiquiátricos relacionados con la infección por el V.I.H. se encuentran:

- demencia
- anomalías neurológicas (provocadas por infecciones secundarias u oportunistas) no específicas y del comportamiento (trastornos de la concentración, memoria, lenguaje, incoordinación, apatía, depresión)
- delirio, trastornos esquizofreniformes y paranoides, y otros. (68)(69)(70)

Éstos datos aluden a un nuevo grupo con necesidad de atención. El Terapeuta Ocupacional que trabaje en el área de psiquiatría también necesitará poseer conocimientos (modos de transmisión, fases de la enfermedad, pronóstico, entre otros) que le permitan un abordaje acorde a las necesidades objetivas del paciente y su familia. Sabemos que el S.I.D.A. implica la declinación de funciones cognitivas y psicosociales (además de las físicas) y aquí el profesional debe actuar.

Si bien no hay suficiente información sobre trabajadores de la salud infectados en instituciones o servicios de psiquiatría, se han presentado casos de trabajadores mordidos por enfermos de S.I.D.A con demencia.

Si bien el riesgo de transmisión es calificado como bajo todo trabajador de la salud debería conocer y adoptar las Medidas Universales de Bioseguridad (como así lo manifiesta el C.D.C.) en las situaciones en que pueda verse expuesto a vehículos de transmisión del V.I.H.; tener nociones de manejo en caso de exposiciones al V.I.H., así como diferenciar claramente aquellas situaciones que no generan riesgo de infección (compartir sanitarios, utensilios, dar la mano, un beso en la mejilla), para evitar así la exacerbación de temores (al contagio, muerte) que impiden responder con un máximo despliegue de la capacidad profesional para alcanzar los objetivos propuestos.

Así mismo, cabe mencionar, que en las bases de programas de control del S.I.D.A., se incluyen programas de prevención en sus cuatro niveles (primario, secundario, terciario y cuaternario), comprendiendo dentro los servicios dirigidos a los pacientes con V.I.H.-S.I.D.A. las actividades de: Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicoterapia y Nutrición entre otros. (71)

Luego de la descripción respecto a como actúa el V.I.H. en el organismo y cual es su evolución, es importante conocer quienes tienen la posibilidad de infectarse, cuales son los factores de riesgo para la infección (que varían en cada región dependiendo del estilo de vida de su población), y los mecanismos por los cuales esto puede suceder, no teniendo esto por objeto alarmar, sino informar sobre esta problemática.

Para poder lograrlo es importante diferenciar entre **grupo y práctica de riesgo**. El primero es un conjunto poblacional con alta probabilidad de infectarse por el V.I.H.; el segundo comprende aquellas actividades que por sus características favorecen la transmisión del virus.

En los comienzos de aparición del V.I.H. se hablaba de **grupos de riesgo**, ya que la enfermedad S.I.D.A. se presentaba predominantemente entre personas homo y bisexuales, y en usuarios de drogas intravenosas. Posteriormente, cuando la enfermedad fue descubierta en heterosexuales, transfundidos y otros, se comenzó a hablar de prácticas de riesgo.

Entre las **prácticas más riesgosas** se encuentran:

- mantener relaciones sexuales sin uso de condón, y/o con parejas sexuales diferentes, y /o con compañero usuario de drogas intravenosas
- consumir drogas por vía intravenosa compartiendo agujas y jeringas
- utilizar materiales no estériles para inyecciones (intramusculares e intravenosas), tatuajes, rituales y otra prácticas similares.
- transfusiones de sangre no controladas.

Es decir que la posibilidad de infección no se circunscribe a un espacio geográfico, una situación laboral social o económica, al sexo o a la edad, sino que **todos los seres humanos** somos susceptibles a la infección si se presentan las **condiciones necesarias** para ello.

Éstas condiciones hacen referencia a 6 elementos que participan en el proceso de infección:

- **agente etiológico:** el V.I.H., organismo causal de la enfermedad S.I.D.A.

■ **reservorio (o fuente):** lugar donde el V.I.H. permanece; es decir el **ser humano**, ya que animales e insectos no lo son.

■ **vía de salida:** camino natural (boca, pene, vagina) o artificial (herida producida por distintos mecanismos) a través del cual el agente sale de su reservorio.

■ **vehículo de transmisión:** medio a través del cual el V.I.H. se transporta de un organismo a otro. Entre los vehículos se encuentran: semen, sangre, secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo, leche materna, pus, y otros. La orina, sudor, saliva, y lágrimas por poseer escasa cantidad de virus no son considerados vehículos de transmisión efectivos, si bien “teóricamente” su transmisión es descripta como posible.

■ **vía de entrada:** lugar por el cual el V.I.H. ingresa al huésped, como puede ser una herida o abertura en la piel o mucosas. (72)(73)(74).

■ **mecanismo de transmisión:**

- sexual
- madre - hijo: transplacentario, intraparto, durante la lactancia
- parenteral: por agujas, jeringas, objetos corto - punzantes contaminados con sangre infectada (cepillos de dientes, hojas de afeitar)
- iatrogénicas: transfusiones de sangre contaminada, uso de jeringas, aguja y equipo sin los procesos de desinfección adecuados
- ocupacional (75)

Éstos elementos combinados proporcionan las condiciones necesarias para la infección.

A continuación se desarrollarán más profundamente los distintos **mecanismos de transmisión** para la infección por el **V.I.H.:**

TRANSMISIÓN SEXUAL:

El contacto sexual íntimo constituye actualmente el principal mecanismo de diseminación de la epidemia en el mundo. En todas las prácticas sexuales hay riesgo, y éste aumenta cuando existen erosiones en la piel o mucosas.

El espermatozoides y las secreciones vaginales contaminadas cumplen el rol de transmisores por poseer gran concentración de linfocitos, células a las cuales el V.I.H. afecta principalmente.

En las **relaciones** de tipo **homosexual** el riesgo de infección está asociado al número de contactos con desconocidos, a la realización de enemas previos al contacto sexual, así como a la presencia de ulceraciones anales. (76) La penetración anal se considera la práctica de mayor riesgo a causa de la estructura propia de la región, cuya mucosa presenta un alto grado de permeabilidad y rica vascularización. (77)

La utilización correcta de condón en este tipo de práctica disminuye el riesgo de infección, si bien la mayor frecuencia de ruptura accidental del mismo se produce durante la penetración anal.

El contacto orogenital no ha sido documentado como causa de infección, si bien los estudios aún no son concluyentes y se considera que el riesgo aumenta si se produce eyaculación o si hay lesiones en los genitales o cavidad oral. (78)

En las **relaciones heterosexuales** los factores asociados que aumentan el riesgo de infección son: la presencia de enfermedades de transmisión sexual, la penetración anal, relaciones con desconocidos, y relaciones sexuales realizadas durante el ciclo menstrual. (79)

En la mujer, la edad también parece ser un factor que influye en la posibilidad de infección. Se cree que hay dos etapas de la vida en que la mujer está más expuesta: la adolescencia caracterizada por el cervix inmaduro, y la menopausia con adelgazamiento y desecación de la mucosa vaginal, y por tanto, en ambos casos constituyendo una "barrera menos eficiente de protección". (80) Algunas investigaciones sugieren además, que las hormonas sexuales afectan las concentraciones de la inmunoglobulina A secretoria (una de las más importantes del sistema inmune humoral del cuerpo) en las secreciones cervicovaginales.

Al observarse esta hormona en menor concentración durante la ovulación, sugiere que es el momento de mayor riesgo para un contagio por vía sexual.

Además, el riesgo es mayor en mujeres que utilizan anticonceptivos orales, los cuales mantienen bajos los niveles de anticuerpos presentes en el tracto genital femenino los 21 días del tratamiento y solo se recuperan en los 7 días de descanso. (81)

No se ha demostrado efectivamente que los besos conlleven riesgo de transmisión, pero existe, en teoría, riesgo de transmisión del V.I.H. en los besos con participación de la lengua y mucosa bucal. (82)

Hombres y mujeres que ejercen la prostitución poseen mayor riesgo de infección, asociado éste a los contactos reiterados con desconocidos, al uso de drogas intravenosas, presencia de úlceras genitales, y la falta de utilización de **condón**. Utilizar preservativo **reduce, pero no elimina**, el riesgo de transmisión del V.I.H. Diversos estudios de laboratorio demuestran que el paso del V.I.H. a través del látex de los preservativos tiene aparente relación con 3 variables: tamaño de los microorganismos, material utilizado para fabricar el condón, y la calidad del mismo. La O.M.S. no recomienda el uso de preservativos fabricados con membranas naturales (a menudo tripa de cordero) por poseer una textura que ante ciertas circunstancias permite el paso del virus como consecuencia del aumento del tamaño de sus poros.

Aún no hay conclusiones terminantes respecto del papel que juega el preservativo de látex en la infección por el V.I.H., pero si se sabe que un método de barrera deja de serlo frente a su uso incorrecto o condiciones deficientes del mismo. Diversos artículos médicos previenen acerca del riesgo de la utilización incorrecta, reutilización, uso de condones deficientes (secos, pegajosos), el uso de lubricantes aceitosos (los que producen el deterioro del látex, disminuyendo su impermeabilidad al dilatar sus poros), así como de la importancia de la higiene genital antes y después de la realización sexual, para disminuir el contacto con las secreciones genitales. (83)(84)(85)

Pero, a pesar de conocerse lo anteriormente manifestado, muchas de las campañas publicitarias ofrecen el **condón** como medio infalible para prevenir la infección por el V.I.H., sin poner de manifiesto las condiciones en que éste debe estar y usarse para que sea un método efectivo de barrera. Deberían además ser mencionadas las otras prácticas que resultan riesgosas para la infección por el V.I.H., como protegerse y proteger. El T.O. capacitado podrá proporcionar información completa y precisa sobre el tema en el marco de la prevención primaria. (en hospitales, salas periféricas, escuela, penitenciaría, y otros).

TRANSMISIÓN MADRE - HIJO:

Los factores de riesgo relacionados con la infección por V.I.H. en niños comprende: padres promiscuos, politransfundidos, drogadependientes, seropositivos; hermanos seropositivos y antecedentes de transfusiones realizadas al niño mismo.

Entre los mecanismos de transmisión madre - hijo se encuentran:

a) **Infección intrauterina**

b) **Infección intraparto**

c) Infección durante la lactancia

El V.I.H. ha podido identificarse en las diferentes secreciones de la embarazada seropositiva, en el líquido amniótico y en tejidos embrionarios y fetales desde períodos tempranos del embarazo.

El riesgo de infección en el producto de gestación varía entre el 20 y el 70% siendo mayor la probabilidad cuando la gestante presenta bajo recuento de linfocitos CD4, cuando ha tenido previamente otro niño infectado o cuando es sintomática. No aumenta el riesgo de infección que el parto ocurra o no por cesárea.

La **transmisión madre - hijo** durante la gestación se ha documentado como un mecanismo eficiente de contagio, ya que aún cuando la madre y el feto estén separados por la placenta, esta separación solo previene el intercambio de células pero no de sustancias nutritivas o partículas tales como los virus. Éste mecanismo corresponde al 30% de los casos de infección por el V.I.H. en niños. (86)(87)(88)

b) La **infección intraparto** se considera posible, pero ha sido difícil distinguirla de la transplacentaria.

c) El V.I.H. ha sido aislado en leche materna y se han documentado casos de transmisión al lactante por esta vía en madres infectadas post - parto; si bien el porcentaje es mucho menor que en el caso de la transmisión transplacentaria.

Al respecto, en la reunión consultiva sobre “Lactancia natural - leche materna - infección por el V.I.H.” organizada por la O.M.S. en el año 1992, se concluyó “seguir fomentando la lactancia materna en países subdesarrollados cuando las enfermedades infecciosas y la mal nutrición sean las principales causas de mortalidad infantil. En este caso se aconseja a las madres continuar con la lactancia materna a pesar de la situación de infectada, ya que el riesgo de la infección es considerado menor a las ventajas que ofrece desde los aspectos inmunológico, nutricional y psicosocial, así como también de su utilidad para espaciar embarazos y contribuir a evitar infecciones intercurrentes que podrían acelerar el curso de las enfermedades relacionadas con el virus en los lactantes ya infectados.

En los caso en que las enfermedades infecciosas no sean principales causas de mortalidad infantil se recomienda a las mujeres infectadas que no den de mamar y que utilicen un sistema de alimentación exento de peligros.

Es importante tener en cuenta que la madre debe poder estar en condiciones de pagar los productos alimentarios alternativos de la leche materna, poseer un nivel de instrucción que le permita leer y comprender las instrucciones para preparar las mezclas, y además poseer servicio de agua potable, lo cual no siempre es posible, aún en países denominados “desarrollados”. (89)(90)(91)

La inmunodeficiencia en el niño posee ciertas diferencias en relación a la del adulto.

Ésta inmunodeficiencia es celular y humoral, con rápida disminución de linfocitos T4 en los neonatos, y corto período de incubación.

La sintomatología en general aparece durante el 1º año de seroconversión (en el 50-60%) entre los 3 y 6 meses, en otros casos puede presentarse desde el nacimiento o tardar años en aparecer.

El riesgo de desarrollar S.I.D.A. es más elevado (20%) el primer año de vida y disminuye a partir de entonces un 2 - 3% anual. Un diagnóstico de S.I.D.A. temprano (antes del año) y un bajo recuento de linfocitos T desde lo biológico hacen referencia a un mal pronóstico.

Cabe aclarar que entre los niños infectados existe la posibilidad de negativización (entre el 1º y 2º año de vida) de la infección, relacionado esto con el paso de anticuerpos de la mamá al bebé. (92)(93)

Nota: actualmente cabe la posibilidad de que las futuras madres previo a la concepción, incluyan entre los exámenes de rutina (toxoplasmosis, sitomegalovirus, rubéola, hepatitis que implican una simple extracción de sangre, la reacción destinada al V.I.H.; si bien el costo es un factor que puede limitar su uso. (94)

TRANSMISIÓN PARENTERAL:

Es de conocimiento que a pesar de las variaciones extremas del ambiente el V.I.H. puede persistir en elementos tales como: agujas, jeringas, material quirúrgico, cuchillas, equipo de laboratorio, así como en instrumentos utilizados para actividades de tatuaje, pedicuría, acupuntura, procedimientos rituales (perforación del lóbulo de la oreja, perforación de la nariz), y en superficies que hayan sido contaminadas con líquidos o tejidos orgánicos infectados.

El tiempo de supervivencia del virus en el medio, tanto en forma de partículas libres como en el interior de las células infectadas depende de factores como: concentración viral contaminante, el PH, la temperatura, la humedad, y la presencia de sustancias que afecten

su estructura. Además es de resaltar que no se conoce cual es la cantidad mínima necesaria de virus para infectar.

Así, a través de diversos estudios se ha demostrado que la **exposición parenteral** a material contaminado por el V.I.H. es un mecanismo eficiente de infección.

La más común es la exposición mucocutánea accidental, donde el riesgo de infección depende del volumen de sangre, profundidad y número del corte o punción. Éste tipo de exposición es más frecuente entre los trabajadores de la salud (por las características de su profesión) pero puede prevenirse mediante la utilización de las Medidas Universales de Prevención de la infección por el V.I.H., las cuales se desarrollarán oportunamente.

El mecanismo de exposición cutánea (con elementos punzantes) es importante en el caso de consumidores de drogas intravenosas, asociado esto al intercambio de jeringas y agujas, y a las situaciones de riesgo que expone el efecto de las drogas, como por ejemplo la conducta sexual promiscua. Con respecto a esto es necesario resaltar que en la ciudad de Mar del Plata se registra un alto porcentaje en la relación: **infección por el V.I.H. - uso de drogas endovenosas**, poniéndose así de manifiesto la necesidad de que el T.O., entre otros profesionales, conozca la asociación: infección por el V.I.H. con la drogadicción por vía parenteral compartiendo el material para su aplicación, e incorpore este conocimiento en las actividades de prevención primaria. (95)(96)(97)

TRANSMISIÓN IATROGÉNICA:

Pueden producirse **infecciones iatrogénicas** a través de algunos de éstos mecanismos:

- transfusiones de sangre y homoderivados no controlados
- trasplante de órganos y tejidos no controlados
- inseminaciones artificiales
- inyecciones musculares e intravenosas con instrumentos contaminados con el virus

La utilización de materiales descartables durante los procedimientos, la esterilización adecuada de aquellos elementos que no sean desechables, la selección de donantes, el

análisis exhaustivo del material de donación, es necesario para evitar la infección por éstos mecanismos. (80) Es preciso aclarar que el tamizaje serológico reduce el riesgo de los receptores (politraumatizados, hemofílicos, candidatos a cirugía) pero no lo elimina totalmente a causa de la ausencia de anticuerpos al V.I.H. en el denominado “período ventana”, durante el cual las pruebas arrojarán resultado negativo a pesar de la posibilidad de transmisión de la infección, situación que aún no ha sido resuelta por los investigadores.

Al respecto la ley Argentina N° 23.798 en sus artículos 7 y 12 declara obligatorio el análisis de todo elemento destinado a donación y refiere la necesidad del establecimiento de Normas de Bioseguridad por la Autoridad Nacional a que estará sujeto el material calificado como descartable o no descartable, así como las sanciones a que estarán expuestos los infractores de dicha ley.

TRANSMISIÓN OCUPACIONAL:

A la luz de diversos estudios se ha comprobado la **transmisión** del Virus de Inmunodeficiencia Humana **en establecimientos sanitarios** en el mundo. En dicha categoría se incluyen: los hospitales, consultorios o cualquier instalación domiciliaria o comunitaria (dispensarios móviles centros de inmunización, organización de atención domiciliaria) en la que se dé asistencia directa. (98)

El principal medio de exposición accidental al V.I.H. es el parenteral, con objetos contaminados. La Dra. Cardó, Denise una de las expositoras en el 3° Congreso Argentino de S.I.D.A. realizado en la ciudad de Mar del Plata, al respecto de este tipo de accidente, resaltó la urgencia de encontrar *nuevos materiales* para fabricar el equipo de protección, la modificación de las técnicas que impliquen alto riesgo de accidente percutáneo o exposición a vehículos de transmisión del V.I.H., así como la transformación de instrumentos tales como agujas, bisturios, y otros, para bajar la tasa de accidentes. Así mismo recomendó: “que *todos los servicios de salud posean un sistema para valorar, aconsejar y tratar las exposiciones*”, y que sus integrantes posean *entrenamiento obligatorio en Medidas de bioseguridad, manejo de exposición y notificación de accidentes*. (99)

La frecuencia de exposición accidental de los agentes de salud, depende de su **profesión básica, de su actitud hacia la bioseguridad y de las condiciones del oficio**. (100)

Cuando se habla de **profesión básica** se hace referencia a la función que desempeña el profesional, relacionado esto con distintas condiciones de riesgo de exposición al V.I.H. Al respecto, el Ministerio de Salud y Acción social publicó en el año 1988 las Normas de Bioseguridad a seguir por los trabajadores de la salud, en las cuales tipifica la posibilidad de exposición al virus en cuatro grupos. El **grupo 1**, que incluye el personal de laboratorio de virología; el **2º** personal que manipula sangre y derivados como laboratoristas y auxiliares, extraccionistas, hemoterapeutas y auxiliares, cirujanos, equipo de hemodiálisis; un **3º grupo** integrado por “personal que puede verse expuesto accidentalmente no siendo su tarea básica la manipulación de sangre y derivados”, tales como: enfermeras, odontólogos, médicos, personal de anatomía patológica, personal de lavadero. Y menciona un último grupo integrado por el personal cuya tarea no conlleva riesgo de exposición pese a estar en contacto con el paciente: camilleros, ascensoristas, asistentes sociales, nutricionistas, administrativos, resto del personal hospitalario. (101)

Cabe comentar que los Terapistas Ocupacionales no han sido mencionados en el informe del Ministerio de Salud dentro de ningún grupo, pero que podría haber sido incluido en el 3º grupo, ya que a pesar de no ser tarea básica del profesional manipular sangre y derivados, podemos estar expuestos accidentalmente a éstos y otros fluidos orgánicos vehículos de transmisión del V.I.H. (así como de otras enfermedades), por ejemplo al cambiar un vendaje, limpiar una herida abierta (en el consultorio donde no hay enfermera que se encargue de ello), cambiar sábanas sucias con sangre u otros fluidos orgánicos (sin utilizar los respectivos guantes como se menciona en las Normas de Bioseguridad), o alcanzar y retirar una bacinilla (y no higienizarse las manos luego de ello). Algunas de estas actividades si bien no se encuentran entre las tareas a realizar por el Terapeuta Ocupacional, en la situación económica y social en que vivimos no es raro que el profesional muchas veces las realice para poder trabajar con el paciente. (un ser humano que está sobre sábanas mojadas difícilmente pueda concentrarse en el tratamiento).

La **actitud hacia la bioseguridad** comprende no solo el conocimiento de las medidas de seguridad, sino su implementación habitual y responsable. (102)

Las **condiciones del oficio** se relacionan con el suministro de equipo necesario descartables, no descartables), utilización de medidas de esterilización y desinfección adecuadas, así como la educación e información actualizada, destinadas a todos los trabajadores de la salud y personal auxiliar.

En términos generales el riesgo de infección entre quienes atienden la salud de los infectados se estima en menor al 1% y se considera estadísticamente igual a la de la población general. (103)(104)

En el riesgo de infección participan factores relacionados con las características del accidente (como ruta de exposición, cantidad de líquido involucrado, fluido contaminante, tipo de elemento corto punzante), con la situación de infección del donante (como estadio de la enfermedad que tiene relación con la carga viral contaminante), y con la situación del receptor (higiene, estado inmunológico).

Los trabajadores de la salud pueden reducir notablemente los riesgos de infección en el ambiente profesional aplicando las **Medidas de Bioseguridad** . Éstas medidas de profilaxis están encaminadas a minimizar el riesgo de exposición de los trabajadores de la salud a vehículos de transmisión del V.I.H., proteger a los pacientes de infecciones agregadas, y evitar la diseminación intrahospitalaria del V.I.H., ya sea de un paciente a otro, de un trabajador a un paciente o viceversa.

Dichas precauciones han de implementarse en forma habitual (al igual que otras precauciones tomadas para el control de infecciones hospitalarias) lo cual implica que la sangre y secreciones de cualquier paciente deben considerarse potencialmente infectantes “mientras se demuestre lo contrario” , y éstas medidas han de ser empleadas por todo el personal del hospital, incluso por los residentes y estudiantes que estén realizando prácticas en las instituciones sanitarias. (105)(106)(107)(108)

Dados los roles y funciones de los Terapistas Ocupacionales el riesgo de exposición al V.I.H. es escaso, pero en cualquier procedimiento en el cual el profesional pueda verse expuesto a vehículos de transmisión del virus, deberían utilizarse las precauciones Universales de protección .(109)

El manejo inseguro de pacientes implica riesgos profesionales bajos, pero existentes, de contaminación, y son las normas de Bioseguridad las que permiten disminuir significativamente la transmisión del V.I.H. en los establecimiento sanitarios. (110)(111)

La Medidas de Bioseguridad difundidas por el Centro de Control de Enfermedades de Atalanta, Georgia (Estados Unidos) en el año 1985, comprenden un conjunto de acciones de protección dirigidas a evitar entre los trabajadores de la salud la exposición percutánea, mucosa o de lesiones de la piel a los siguientes materiales orgánicos:

- sangre y cualquier líquido que contenga sangre (visible)
- semen y secreciones vaginales
- líquido cefalorraquídeo, sinovial, pleural, pericárdico, peritoneal y anmiótico

Las acciones a realizar por los trabajadores de la salud consisten en:

- lavado de manos con agua y jabón antes e inmediatamente después de exposición a los materiales orgánicos descriptos
- uso de guantes para manipular los tejidos mencionados
- cambio de guantes luego de su utilización con cada paciente
- si no se dispone de guantes recurrir a otros métodos para evitar el contacto directo con la sangre (pinzas, gasas, paños)
- si ocurre pinchazo, corte o goteo, a través del guante, éste debe ser reemplazado y el trabajador manejarse como expuesto
- uso de máscaras y gafas protectoras cada vez que se realicen procedimientos donde se puedan producir derrames o aerosoles (lentes comunes no confieren protección)
- delantales de goma cuando se emprendan procedimientos donde se puedan producir derrames de sangre o líquidos
- uso de equipo de protección apropiado para resucitación (boquillas, bolsas de reanimación u otros elementos de ventilación)
- aplicación de especiales precauciones cuando se laven, manipulen o descarten agujas, cuchillas o materiales cortopunzantes
- descartar elementos cortopunzantes en recipientes no perforables
- los trabajadores con dermatitis o lesiones exudativas que no puedan ser adecuadamente cubiertas con guantes, han de evitar toda manipulación de tejidos orgánicos
- las trabajadoras de la salud embarazadas no se consideran de mayor riesgo para contraer el V.I.H. que los demás
- los trabajadores de la salud que participen en partos o procedimientos invasivos tomarán precauciones adecuadas de barrera (guantes, delantal de hule, mascarilla, gafas)

- las superficies de trabajo han de recubrirse con material no penetrante de fácil limpieza a fondo (plástico, por ej.)
- transporte de la ropa sucia en bolsas impermeables, doblada con las partes sucias hacia adentro (112)(113)
- desechos como apósitos, paños higiénicos, pañales, deben considerarse como material infeccioso y embolsado para su posterior incineración; siguiendo así las normas que la resolución 2311/91 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires establece en relación al tratamiento de residuos patológicos.

Dichas normas están destinadas a todos los establecimientos que los generen, incluyendo: laboratorio de análisis clínicos, farmacias, gabinetes de enfermería, profesionales en consultorios y toda persona física o jurídica que generen residuos clasificados en el anexo 1 de la resolución. (114)

Adoptándose dichas precauciones se reduce, entre otras cosas, la necesidad de aislar a los pacientes infectados por el V.I.H., a menos que sea necesario por otras causas.

Éstas medidas destinadas a los trabajadores de la salud se hacen extensibles (con las modificaciones necesarias) a los casos de accidentes y primeros auxilios en los lugares de trabajo no sanitarios. La O.M.S. conjuntamente con la Oficina Internacional del Trabajo recomiendan la educación de empleadores y trabajadores para prevenir la infección y sus complicaciones en el ambiente laboral (no sanitario). (115)(116)

Así mismo éstas precauciones se transforman en recomendaciones dadas por los profesionales a los familiares o personas encargadas de infectados con V.I.H. o del paciente con S.I.D.A.

Así mismo el C.D.C. clasifica las **exposiciones de los trabajadores** de la salud en tres clases:

- **Exposición clase 1:** a sangre, líquido cefalorraquídeo, pleural, peritoneal, pericárdico, amniótico, semen, secreciones vaginales o fragmentos del tejido, y debe corresponder la exposición a alguno de éstos mecanismos:
 - **exposición percutánea:** pinchazo, corte, mordisco o rasguño

- **exposición mucosa:** aerosoles o derrames sobre ojos, nariz o boca
 - **exposición por piel no intacta:** contacto a través de lesiones exudativas o dermatitis
- Exposición clase 2: a orina, saliva, lágrimas, vomito, esputo, drenaje purulento, secreción nasal, sudor o fecales, y debe corresponder a alguno de éstos mecanismos:
- exposición **percutánea**
 - exposición **mucosa**
 - exposición por **piel no intacta**
- Exposición clase 3: exposición a través de piel intacta a: sangre o material que contenga sangre.

También hacen referencia a las respuestas inmediatas a seguir por el trabajador en los diferentes niveles de exposición y como se evalúan.

Si la exposición es **percutánea:** se recomienda lavar rápidamente con agua y jabón, y permitir el sangrado. Aplicar soluciones yodadas.

Si la exposición es **mucosa:** lavar tan pronto como se pueda con abundante agua.

Y si es exposición de **piel no intacta:** lavar rápidamente con agua o solución salina.

Aplicar desinfectante.

La evaluación de las exposiciones comprende tres clases:

- Exposición clase1: se considera factor de riesgo para la infección por el V.I.H. (probabilidad menor del 1%). Requiere prueba serológica, consejería y seguimiento médico.

- Exposición clase 2: su riesgo se considera bajo. La prueba serológica y la consejería se recomiendan a demanda del expuesto.
- Exposición clase 3: no se considera causa de infección, la prueba serológica y la consejería se recomiendan a demanda del expuesto.

Si la persona expuesta pide o bien acepta ser estudiada serológicamente, se realizarán las pruebas en las dos semanas siguientes a la exposición y luego a las 6, 12, y 24 semanas posteriores. En general la seroconversión se produce en los seis meses siguientes a la exposición siendo excepción después del año a partir del cual los controles serán solo a demanda del trabajador.

Si la persona expuesta no acepta realizarse las pruebas correspondientes, no tendrá posibilidades de probar que fue una exposición ocurrida en el ambiente de trabajo, por lo cual no tendrá acceso a los beneficios que por su obra social laboral le correspondieren.

Es importante para su beneficio, que la persona infectada conozca como ha de manejarse su situación en el ambiente laboral para evitar injusticias.

El ambiente de trabajo y el H.I.V. - S.I.D.A.:

Los trabajadores infectados por el V.I.H. que están sanos deben ser tratados de igual manera que un trabajador aquejado por otra enfermedad. La Asamblea Mundial de la Salud por medio de una resolución denominada “Prevención de la discriminación relacionada con las personas infectadas por el V.I.H. y las personas enfermas de S.I.D.A.”, insta a:

- “(..) fomentar el espíritu de comprensión y compasión para con los infectados y enfermos de S.I.D.A.(..)”
- Proteger los derechos humanos y la dignidad, evitando toda discriminación o estigmatización.
- Garantizar la confidencialidad de las pruebas y fomentar el asesoramiento y servicios de apoyo.

La O.M.S. en forma conjunta con la Oficina Internacional del Trabajo recomiendan:

Mantener la confidencialidad de la información médica correspondiente al trabajador, el

mantenimiento de sus derechos de estabilidad laboral, prestaciones sociales, servicios asistenciales; así como también resaltan la importancia de la información y educación en el trabajo para favorecer la situación en el ambiente laboral.

En relación a los aspirantes a empleo la detección como parte de la evaluación de la aptitud del candidato no debe requerirse, ya sea por métodos directos (prueba de infección por el V.I.H.) o indirectos (mediante preguntas sobre el resultado de pruebas ya realizadas)

Debe mantenerse la confidencialidad de toda información médica obtenida en el trabajo, evitarse la discriminación y estigma por parte de compañeros, empleadores, sindicatos, clientes.

La situación de infección no se asocia a una inaptitud laboral. Si una enfermedad asociada al V.I.H. altera las condiciones de aptitud del empleado se deberá dar la posibilidad de continuar trabajando con las modificaciones necesarias mientras su estado así lo permita. (117)

El Terapeuta Ocupacional capacitado en el tema V.I.H. - S.I.D.A. puede aquí tener campo de acción asesorando en los lugares de trabajo (luego de un completo análisis ocupacional) acerca de posibles modificaciones a realizar en el puesto de trabajo para mantener y/o favorecer el rendimiento de personas infectadas que así lo requieran a causa de su condición física o psíquica, como así lo haríamos con quienes posean otro tipo de patología; además de proporcionar información que favorezca un medio laboral libre de prejuicios, miedo, discriminación y estigmatización.

Pero, a pesar de lo expuesto anteriormente, cabría preguntarse: **¿cual es el impacto del V.I.H. - S.I.D.A. en los servicios de salud?**

El V.I.H. - S.I.D.A. se ha convertido en un grave problema de salud a nivel mundial, y ha tenido un gran impacto en los servicios de salud de todo el mundo.

Los trabajadores de la salud influidos por los medios de comunicación y al mismo tiempo desinformados o mal informados movilizan *ansiedades, temores y prejuicios*, sumado esto a las antiguas actitudes de desconfianza hacia los denominados grupos de riesgo. (homosexuales, drogadictos). (118)

Así encontramos numerosas reacciones de temor desmesuradas de profesionales de la salud frente a pacientes portadores del virus y enfermos de S.I.D.A. que les lleva a rechazar atender al enfermo por prejuicio o miedo (lo cual implica una violación ética), así como su contracara: el desinterés, la despreocupación por el riesgo de infección (que pone en peligro la salud del paciente, del profesional y otros relacionados con ellos) . Ambas posturas dejan implícito sentimientos de temor y culpa vinculados en muchas ocasiones con situaciones de la vida personal. (119) Estas actitudes discriminatorias también son dirigidas hacia compañeros de trabajo.

Al respecto, en los Estados Unidos de Norteamérica se realizó una investigación que involucró encuestas realizadas a 200 directores de departamentos de Terapia Ocupacional de diferentes áreas, destacándose que (de 118 respuestas) el 19% de los encargados no tomarían un T.O. V.I.H. positivo, el 50% cree que los pacientes y compañeros de trabajo “tiene derecho a conocer la condición de infectado del Terapeuta Ocupacional” y que además sería “obligación” de éstos comunicarla.

En relación a la aceptación en el equipo de trabajo de un estudiante perteneciente a “un grupo de riesgo (incorrecta catalogación) para contraer la infección”, el 15% solicitaría el examen de V.I.H., y el 35% lo aceptaría si bien lo informaría al supervisor. (15) Estos resultados ponen de manifiesto actitudes discriminatorias que violan los principios éticos de justicia y respeto por los otros, invadiendo así la intimidad y el derecho a la vida privada del profesional, situación que es necesario replantearnos.

Las actitudes discriminatorias relacionadas al V.I.H. poseen como base el miedo, Pizzi Terapeuta Ocupacional, (1990) se refiere al miedo como una respuesta a lo desconocido, que es percibido como amenaza, algo que no es familiar y que demanda adaptación. (120)

Desde este punto de vista podemos pensar que los sentimientos que el V.I.H. - S.I.D.A. despierta entre los trabajadores de la salud es la primera reacción frente a lo desconocido, y que con información acorde a su profesión y entrenamiento, se favorecería el proceso de adaptación y el miedo debería desaparecer o al menos atenuarse.

En relación a la adopción de medidas para evitar la diseminación de la infección en los servicios de salud, según un estudio realizado en Pune (India) en el año 1994 con el objetivo de conocer las precauciones que toma el personal de un hospital para la prevención del V.I.H. - S.I.D.A., se concluyó que el 65% de los empleados no habían oído sobre el tema, el 85% del equipo de enfermería no aplicaba las medidas de Bioseguridad, el 13% de los residentes no sabían que el V.I.H. se transmitía por sangre, y el 30% de los médicos evitarían el contacto con un paciente seropositivo.(121) En relación a nuestro país, respecto a una investigación realizada en el Hospital Gral. de Agudos T. Alvarez , y mediatizada a través de una encuesta anónima, se concluyó que si bien el 100% de los consultados (médicos, enfermeras, laboratoristas) manifestó estar en contacto con sangre u otro fluido orgánico, solo el 50% utilizaba guantes en la realización de sus tareas. (122).

Dichos datos hacen referencia a una importante falencia de *información* y *conocimientos* en esta población, conclusiones que coinciden con estudios similares realizados en otros países como por ejemplo en E.E.U.U. en el año 1994, donde según una encuesta nacional en diversos hospitales (3.095 trabajadores de la salud) sobre la *utilización de las medidas de precaución* arrojó como resultado, entre otros datos, que si

bien la mayoría del personal cambiaba los guantes luego de atender a cada paciente, solo el 61% reportó lavarse las manos luego de hacerlo, y la mitad del personal había reutilizado agujas al menos un par de veces.(123) Los presentes antecedentes (así como los de estudios similares) nos llevan a reflexionar sobre la capacidad de los servicios de salud, hoy en el año 1998, *a 17 años del descubrimiento del S.I.D.A.*, para asesorar y educar sobre esta enfermedad, así como trabajar con personas infectadas (profesionales y no profesionales), y más aún si consideramos que esta desinformación o en el mejor de las situaciones mala información implica deficiencias en la adopción de los recaudos necesarios para evitar la diseminación de la infección en el ambiente profesional (y quizás también en su vida personal), y por ende deficiencias al proporcionar información a sus pacientes.

La importancia de esta situación es aún más preocupante, si tomamos en cuenta que los profesionales de la salud son el referente de gran parte de la comunidad en éste y otros temas de salud.

¿Por qué es tan difícil adoptar **comportamientos preventivos**?

Esta pregunta ha sido objeto de numerosas investigaciones, si bien esta dificultad no debería sorprendernos si se considera el fracaso que ha tenido el acatamiento de medidas preventivas en otro temas, también importantes, como la drogadicción, el alcoholismo, y las enfermedades venéreas entre otros.

Entre las principales causas de este fracaso se encuentran: la equivocación o error conceptual sobre el tema, la dificultad de los objetivos a lograr (como por ejemplo es para un joven a reducir las relaciones sexuales a una pareja estable o postergar un momento de placer por falta de preservativo), y la falta de estudios que orienten el accionar del profesional sobre las respuestas psicosociales a esta enfermedad. (124)

A pesar de lo anterior se continúa trabajando y se procura que la adopción de medidas preventivas para la infección por el V.I.H. sea habitual. Con fortuna la transmisión de éste virus puede prevenirse, y es aquí donde la información posee un papel importante como punto inicial para favorecer cambios de comportamientos. (125)

Es necesario distinguir entre **información** y **educación**. La información como un conjunto de datos relacionados entre sí, utilizados para producir y aplicar conocimientos.

La educación como un proceso de interacción entre el individuo y los elementos educadores (familia, escuela, medios de comunicación, servicios sanitarios) compuesto por información (y conocimientos) en un nivel superficial, actitudes y comportamientos en un nivel más profundo y por tanto más arraigado a la personalidad, y difícil de modificar.

Siendo la información el primer paso en el proceso de educación es una condición necesaria (ya que nadie puede hacer algo que no sabe) pero no excluyente, para lograr que las personas practiquen comportamientos preventivos. (126)(127)

Los que trabajan en el campo de la salud ansían información, educación, apoyo material tanto como psicológico para ser eficientes en sus tareas. (128) Se ha de poner énfasis en el apoyo psicológico, ya que se ha demostrado que el V.I.H./ S.I.D.A. por sus características contribuye a un desgaste profesional más temprano que en la atención de otras patologías, relacionado esto con factores intrapersonales, interpersonales y del contexto. La **información** que el personal de salud necesita debe ser **clara, pertinente y actual**. Es decir el profesional debe poder acceder a información **objetiva , veraz** (los medios de comunicación en muchos casos son imprecisos), acorde a la tarea que realizan, y correspondiente a los últimos descubrimientos. Se ha demostrado que información ayuda a los profesionales de la salud a disminuir las actitudes negativas y temores (O'Donnell y O'Donnell 1989), al respecto Ruth Ann Hansen, Terapeuta Ocupacional manifiesta que "el arma más efectiva contra el S.I.D.A. es la disminución de los miedos de los profesionales de la salud y de toda la sociedad", y que para lograrlo habrá que brindar a todos la información correcta sobre el tema, la cual será actualizada frecuentemente.(129)

Sabemos que el Terapeuta Ocupacional posee conocimientos (informaciones relacionadas entre sí), habilidades y actitudes transmitidas y favorecidas por la educación recibida, los cuales durante el ejercicio profesional son compartidos con otros Terapeutas, con profesionales de otras áreas, con el paciente y su familia, y con el público en general a través de charlas, congresos ,y otros eventos, siendo necesaria la inclusión dentro de este amplio bagaje, de información teórica práctica completa y actual sobre este nuevo virus y la enfermedad que produce. Es de esperar que en los años siguientes ningún trabajador de la salud (en lugares públicos o privados) deje de intervenir en la problemática del V.I.H. - S.I.D.A. durante su actividad profesional, para lo cual la capacitación es indispensable.

La educación y la información, como parte integrante de ella, también ha de estar destinada a la población general, y es aquí donde los Terapeutas Ocupacionales juegan un papel importante como transmisor de información, lo cual implica la responsabilidad de poseer información completa, actualizada, fundada en una base teórica racional (y no solo en conocimientos empíricos que muchas veces originan falsas creencias) para orientar a los pacientes, dar respuesta a sus inquietudes, corregir conceptos erróneos, y calmar temores infundados. (130) (131)

Cuanto mejor se conozca la enfermedad y la forma de prevenirla, mayores serán las probabilidades de interrumpir su propagación y disminuir el grave impacto social que ésta ocasiona.

El V.I.H. - S.I.D.A. demanda de los trabajadores de la salud la responsabilidad de educarse y educar, cuidarse y cuidar, y quizás la tarea más difícil de lograr, sea la de realizar un exhaustivo trabajo de **reflexión interior** que se refleje en su conducta cotidiana y en el **trato humanitario** a quienes necesiten de sus servicios y los Terapistas Ocupacionales no están exentos a esta demanda.

En cuanto al **tratamiento, desde el aspecto farmacológico** en la actualidad aún no existe uno eficaz que permita el *restablecimiento total* del sistema inmunológico de la persona infectada. Si se dispone de drogas denominadas antirretrovirales como : azt, ddC, ddI, bloqueadores receptor CD4, y otras, que disminuyen la infección progresiva de células sanas, disminuyendo la incidencia de enfermedades oportunistas, y mejorando de esta manera la calidad de vida de estas personas. (132) En la actualidad los criterios de tratamiento incluyen la terapia farmacológica en personas que han sufrido un accidente percutáneo con elemento contaminado con sangre infectada, inclusive antes de conocer si la persona realmente llegó a infectarse. Así mismo se medica a la mamá seropositiva embarazada (y al bebe recién nacido) y se realizan procedimientos higiénicos exhaustivos durante el alumbramiento vía vaginal, para disminuir el riesgo de infección al bebe .

Esta es una enfermedad que más que ninguna otra afecta al individuo en su conjunto. Un paciente enfermo de S.I.D.A. habrá de enfrentarse al deterioro de sus funciones físicas (trastornos neurológicos, trastornos sensoriales, neuropatías periféricas, disfagia), cognitivas y psicosociales, manifestaciones que por darse en un ser integral afectarán las diferentes áreas de su vida, repercutiendo así por ejemplo, en el desempeño de sus actividades diarias, el trabajo, y el tiempo libre. Esta situación pone de manifiesto la importancia de un abordaje interdisciplinario, donde distintos profesionales colaboren y coordinen sus conocimientos en beneficio del paciente, y del cual un Terapeuta Ocupacional informado y capacitado sobre el tema habrá de formar parte.

*¿Qué puede brindar el **Terapeuta Ocupacional** en la **atención de los pacientes V.I.H. positivos o enfermos de S.I.D.A.**?*

Los Terapistas Ocupacionales tienen mucho que ofrecer desde su actividad profesional a diverso tipo de pacientes, y la población infectada con el V.I.H. o enferma de S.I.D.A. no está fuera de esta consideración. Diversos autores refieren la importancia de la Terapia Ocupacional para mejorar la calidad de vida del paciente.

Las tareas del Terapeuta Ocupacional comprenden actividades de evaluación y tratamiento. La *evaluación* abarca diversas áreas. Área sensoriomotriz, que incluye la valoración de fuerza muscular, tono, resistencia, rango de movimiento, coordinación, sensación, así como las funciones de alimentación y deglución.

Autores como Epps (1993) y otros, destacan la importancia de incluir en la evaluación, el control de la función visual, cuyo deterioro puede afectar el desempeño de otras funciones, situación que los Terapeutas Ocupacionales deberían conocer y considerar.

En lo correspondiente al área cognoscitiva, el profesional se puede encontrar con desórdenes mentales tales como: demencia, trastornos del estado de ánimo y de la personalidad de base orgánica. Entre las entidades psiquiátricas se destacan: depresión, psicosis y manía, las cuales poseen también estrecha relación con el desempeño de las A.V.D., A.D.H.

Como con todo paciente, es necesaria una visión totalizadora, considerando durante el tratamiento (para su planificación y ejecución) todos los aspectos de la vida del paciente, y promoviendo siempre la independencia del mismo. El aspecto sexual no debe ser dejado de lado. Un Terapeuta Ocupacional aleccionado en el tema podrá aconsejar y aportar estrategias para colaborar en el desarrollo pleno de la satisfacción y competencia en ese área, como lo haría en el caso de otras patologías (así por ejemplo con el lesionado medular, revalorizando la importancia de otras regiones corporales como zonas erógenas o informando sobre la existencia de prótesis que colaboran para lograr una erección más duradera, y destacando (y realizando la derivación correspondiente si fuera necesario) la existencia de profesionales especializados a los cuales el paciente puede consultar sobre el tema).

En cuanto al *tratamiento*, éste puede dividirse en fases de acuerdo a la evolución de infección. Hablamos de una fase asintomática, en la cual la noticia de la situación de infección genera en el individuo diversos sentimientos, tales como miedo, incertidumbre, depresión, furia, ansiedad, y es aquí donde las actividades ofrecen una oportunidad como medio para expresar sentimientos constructivamente.

Es importante también el asesoramiento para que el paciente continúe con sus actividades cotidianas tomando las precauciones adecuadas (no “exageradas”) para evitar la diseminación del virus.

Durante el transcurso de la afección se cuentan tareas como: el desarrollo de destrezas (por ejemplo en un bebe con retraso en la adquisición de habilidades sensoriomotoras), la recuperación o reaprendizaje de habilidades perdidas debido a una enfermedad o trauma; modificaciones del ambiente, si esto fuera necesario para mantener y/o favorecer la independencia el paciente (rampas, eliminación de escalones, modificación del cuarto de baño, por ej.); planes de mantenimiento de las destrezas adquiridas o recuperadas; así como proyectos destinados a pacientes con trastornos psiquiátricos. (133)

En la etapa final de la enfermedad (S.I.D.A.) las expresiones creativas son utilizadas para manifestar sentimientos y dirigir los eventos que rodean la situación de la cercanía de la muerte, como la despedida, conclusión de situaciones pendientes y otros. En esta etapa del tratamiento el Terapeuta habrá de ajustar su trabajo a las perspectivas de vida reales del paciente, para lo cual el apoyo y asesoramiento del resto del equipo es más que necesario.(134) (135)

De igual importancia son las *acciones de prevención* destinadas a la población sana.

La *Terapia Ocupacional* se presenta como un servicio que favorece el nivel de independencia y propicia los ajustes psicológicos a las diferentes etapas de la enfermedad, para sí *mejorar la calidad de vida del paciente*.

El trabajo en equipo (Terapeuta Ocupacional, Infectólogo, Nutricionista, Asistente Social, etc.) permite la atención y el asesoramiento integral del paciente y su familia desde los diferentes aspectos que esta enfermedad involucra.

En relación a **vacunas**, desarrollar una contra el V.I.H. se ha convertido en uno de los mayores desafíos a que se enfrentan los científicos. La estrategia mundial de prevención y lucha contra el S.I.D.A tiene por objetivos evitar la transmisión del V.I.H., disminuir las repercusiones asociadas a la infección, y unificar las actividades contra esta enfermedad.

En la reunión consultiva llevada a cabo en Ginebra, en relación al desarrollo de vacunas se hace referencia a la alta variabilidad genética del virus como obstáculo mayor para su florecimiento, y refiere la necesidad de que los ensayos de vacunas se ajusten a los principios éticos de justicia, beneficio y autonomía. (136)

Es de mencionar que en el año 1994 se creó en Cuba una vacuna que fue probada en animales (en los cuales el resultado fue altamente satisfactorio) y posteriormente en un grupo de 100 voluntarios de las Fuerzas Armadas Cubanas (sanos) . Luego de la aplicación

de tres dosis de la vacuna, se inyectó sangre de infectados por el V.I.H.. Pasado seis meses los individuos no presentaron seroconversión. A pesar de los primeros resultados, falta mucho camino por recorrer, y tiempo de observación de estos voluntarios para poder hablar de efectividad de la vacuna. Este no ha sido el primer ni el último intento por alcanzar un remedio eficaz contra este nuevo flagelo. (137)

En tanto se espera con ansias una vacuna o tratamiento eficaz, existen lugares a los cuales una persona infectada, que sospeche estarlo o simplemente carente de información, puede recurrir, y donde además se brindan servicios de análisis y tratamiento para quien así lo requiera. En la ciudad de Mar del Plata éstos lugares son:

- **I.N.E.** : Instituto Nacional de Epidemiología, organismo dependiente de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social, el cual trabaja desde el año 1971 con enfermedades de transmisión sexual. Dicha institución realiza tareas de investigación, docencia, tratamiento ambulatorio, y actúa como laboratorio regional de referencia en enfermedades tales como Chagas, E.T.S., cólera y S.I.D.A entre otras.

- **H.I.E.M.I.**: Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social de la Provincia de Buenos Aires, cito en la calle Castelli N° 2450. Establecimiento dedicado a la atención maternoinfantil, incluyendo el diagnóstico y atención de mujeres embarazadas y niños con VI.H.

- **H.I.G.A.**: Hospital Interzonal General de Agudos, con los servicios de Infectología y Terapia Ocupacional, entre muchos otros.

- **Fundación Un Lugar**: primer organismo no gubernamental de Mar del Plata, que atiende la problemática de la persona infectada, su entorno psicosocial, prevención, asesoramiento legal y difusión del tema.

En la provincia de Buenos Aires, así como en el resto del país, podemos encontrar numerosos centros de apoyo y asesoramiento: así en capital Federal encontramos por ejemplo la Fundación Red que posee programas de prevención para la formación de agentes comunitarios, y realiza tareas de difusión masiva a través de los diferentes medios de comunicación. Entre los servicios de la fundación se cuenta un servicio telefónico permanente.

Otra institución la “Fundación Huesped” con una línea telefónica al servicio de la comunidad (981 1828/ 2071); Conisida, con la denominada línea Uno (954 1111/ 1113), entre otras. (138)

Ahora que conocemos este nuevo virus y como actúa cabe preguntarse ¿cual es la **tendencia** sigue la infección por el V.I.H. **en nuestro país?**

Al año 1995 la O.P.S. registró 578.606 casos notificados en el continente Americano, considerando que las cifras obtenidas correspondían a una notificación incompleta y deficiente, estimando que el número real de casos podría ascender a más de 1.000.000 .

En nuestro país se estimó la cifra de *infectados* en 140.000 aproximadamente según datos del programa Nacional; y en la provincia de Buenos Aires, (con un total de 12.000.000 de habitantes) una cifra de 23.400 *infectados*.

Dentro de la Provincia de Buenos Aires es de destacar la denominada **Zona Sanitaria Octava** conformada por dieciséis municipios, siete de los cuales se encuentran ubicados sobre el Atlántico, con una población estable de aproximadamente un millón ciento cincuenta mil personas. Algunos de estos municipios cuentan con un corredor turístico por medio del cual ven incrementada su población en algunas épocas del año, principalmente verano y vacaciones de invierno, confluyendo gente de todo el país que además de aportar sus hábitos y costumbres ingresan enfermedades que, más de una vez, son detectadas en los servicios de salud locales. Casos típicos son: Chagas, enfermedades de transmisión sexual y portadores de V.I.H.

De estos municipios el de mayor número de población e infraestructura hotelera, sanitaria, etc. es General Pueyrredón, donde se encuentra la ciudad de Mar del Plata. Esta ciudad con una población de 600.000 habitantes es donde se presenta la mayor incidencia de casos (el 7% del total de casos de la Provincia de Buenos Aires). Los casos notificados de V.I.H. en esta ciudad provienen de tres lugares de atención para este tipo de patología: H.I.G.A., H.I.E.M.I., y el I.N.E. sede regional responsable de recabar la información y procesar datos.

Según el análisis de los datos registrados en el período 1992- 1995 correspondiente a la Zona Sanitaria Octava se concluyó que la mayor incidencia de casos se observa en el grupo de 25 a 29 años, decreciendo notablemente a partir de los 45 años (casi un 10% corresponde a menores de 15 años y va en paulatino aumento dentro de este grupo de edad); hay un leve predominio de casos en el sexo masculino; el mayor porcentaje de infectados se ubica en la categoría de empleados (15%), le siguen los desocupados (15,3%), el trabajador no profesional (7%), y amas de casa (5,6%); y en cuanto a los hábitos sexuales predomina entre los heterosexuales (60%, porcentaje que creció

notablemente en el período 1993- 1995), y le siguen los homosexuales (5,7%) y bisexuales (3,3%).

Otro dato a considerar es que de un total de 700 internos en el penal de Batán lindante a nuestra ciudad, el número de portadores del V.I.H. asciende a 50 (el 15% del total) de los cuales 9 están cursando la etapa final de la infección (S.I.D.A.), acompañada en tres casos de la I.O. más común: la tuberculosis. Del total de infectados el 95% son drogadependientes. (139)

Entre las **perspectivas para el año 2.000** la O.M.S. estima que habrá en mundo **40.000.000 de infectados**, de los cuales **12.000.000 serán niños**. Los datos indican que esta epidemia **crece y se expande rápidamente dentro de la población toda**, y que en tanto se trabaja arduamente para lograr detenerla, son las **Medidas Universales de Prevención para la infección por el V.I.H.** y una intensa campaña de **información y educación enfocadas a la prevención** y dirigidas a la población en su totalidad los únicos recursos disponibles en la actualidad para desenvolverse frente a este virus. (140)(141)

“prevenir no es solo hacer propaganda e informar, sino también

escuchar y dar respuesta a la demanda de la comunidad”

(Fundación “Un Lugar”-
folleto educativo)

LEY DE S.I.D.A. EN LA ARGENTINA:

LEY N° 23.798. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.)

El 16 de Agosto del año 1990, la Cámara de diputados de la Nación sancionó un proyecto, el cual fue convertido en ley bajo el N° 23.798.

Esta ley consta de 23 artículos, cuyas disposiciones son aplicables a todo el territorio de la República Argentina, y los cuales según el propio artículo N° 2 designa: “serán interpretados teniendo en cuenta que en ningún caso afecte la dignidad de la persona, degrade, margine, humille o incursiones en la privacidad de cualquier habitante de la República Argentina”. En la presente ley se pone de manifiesto la importancia de “la toma de conciencia Nacional de ésta enfermedad” instando a las autoridades sanitaria a aplicar métodos que aseguren la efectividad de los requisitos de máxima calidad y seguridad; desarrollar programas, promover la capacitación, y favorecer la investigación; así mismo, otorga a los profesionales que detecten el virus de Inmunodeficiencia Humana o posean presunción fundada del mismo el deber de dar *información* a la persona, sobre el carácter infectocontagioso del mismo, los medios y formas de transmisión y su derecho a ser asistido.

Esta ley declara obligatoria: la depuración de órganos, sangre y otros derivados sanguíneos, implicando la indagación de los donantes y el análisis del material de donación (art. 7); la utilización de Normas de Bioseguridad a las que estará sujeto el uso de material considerado o no como descartable (art. 12); y manifiesta las sanciones a las cuales serán expuestos los infractores de las normas de profilaxis de esta ley. (142) (143)

Ley N° 11.506.

Esta ley regula en la Provincia de Buenos Aires las acciones dirigidas a la prevención, investigación y tratamiento del S.I.D.A. y fue sancionada en el mes de diciembre del año 1998. La misma consta de 17 artículos, a través de los cuales propicia que el Ministerio de Salud y Acción Social sea el encargado de establecer las Normas de Bioseguridad mediante las cuales deberán desarrollarse las tareas de manipulación de sustancias biológicas o de controlador del síndrome en los establecimientos de salud, tanto públicos como privados, siendo responsabilidad de los directores de dichos organismos el cumplimiento de las mismas, y simismo establece la necesidad de incorporar las temáticas de drogadependencia, prevención y tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia

Humana en los programas de enseñanza de los niveles primarios, secundarios y terciarios de educación.

Toda acción que esté contraria a esta ley o dificulte las tareas de prevención y contención del síndrome será considerada falta y sancionada según lo referido en los artículos 14, 15, 17, 18 y 20 de la ley Nacional N° 23.798. (144)

COMENTARIO:

El artículo N° 2 de la ley N° 23.798 propicia la protección de la persona, estableciendo que la aplicación de las normas legales contenidas en la presente ley no deberá:

- “afectar la dignidad de la persona”

- “producir marginación” (...)

- “incursionar en el ámbito de la privacidad de cualquier habitante (...); no incluyendo en dicho artículo a inmigrantes que soliciten su radicación en el país, ya que el artículo N° 9 proclama la realización obligatoria de controles para la detección del virus de Inmunodeficiencia Humana en éstas personas.

El artículo N° 2, Inciso “c” del anexo I de la ley N° 23.798, hace referencia a la prohibición de comunicar que una persona se encuentra infectada por el V.I.H. considerando ciertas excepciones entre las cuales se cuentan:

- “la personal infectada o su representante, si se tratare de un incapaz”

- “otro profesional médico, cuando sean necesarios cuidados o tratamiento (..)”

- “los entes del Sistema Nacional de Sangre (..)”

- “los jueces (..)” y

- “a quien o quienes deban tener esta información para evitar un mal mayor”

La expresión correspondiente al último punto del inciso “c”, es poco clara, y deja librada al azar su comprensión, desde la biografía y subjetividad (creencias, miedos,

sentimientos, experiencias) propia de cada ser humano; pudiendo así afectar el cumplimiento de las disposiciones expresadas en el artículo N° 2 de la misma ley.

En otro artículo (N° 5) del anexo 1 de la misma ley se hace referencia a la responsabilidad de las autoridades de “instituciones cerradas o semicerradas” (aquellas que funcionan de manera más o menos autónoma dentro de la sociedad rigiéndose por normas internas propias) en la provisión de “lo necesario” según el artículo mismo refiere, para cumplir con las disposiciones de la ley y lo expuesto en los artículos 1, 6 y 8. En la presente ley se hace omisión respecto de la responsabilidad en la provisión de los “materiales necesarios” para: realizar pruebas diagnósticas, tratamiento, rehabilitación, análisis de sangre, homoderivados y órganos para transplante, y utilización de las Normas de Bioseguridad, entre otras cosas, en las instituciones públicas, pero sí pone en relevancia “la falta gravísima del incumplimiento de los artículos”, y menciona las penas aplicables a los infractores de los mismos (artículos 13, 14, 15, 16, 17 y 18), lo cual también es expresado en la ley Provincial N° 11.506.

El Dr. Martín Gualterio Marchesini (abogado), en un artículo publicado en el boletín del Centro Médico de la ciudad de Mar del Plata, respecto a la ley N° 23.798 refiere: son muchas las falencias de que adolece, las cuales podrán ser llenadas por la reglamentación o bien por una legislación complementaria”. Entre ellas menciona:

- falta de claridad acerca de la responsabilidad civil de los profesionales de la medicina que actúen culposamente
- en relación a lo laboral no hace referencia al portador el V.I.H. como apto para trabajo, ni tampoco como incapaz, al enfermo de S.I.D.A.
- falta de definición de las responsabilidades de empleado y empleador ante un accidente de trabajo o enfermedad
- no reglamenta la obligación ética del médico (ni de otros profesionales de la salud) de tratar pacientes con S.I.D.A., lo cual si fue establecido por la Asociación Médica Americana. (145)

En relación a la falta de regulación de la obligación ética de los profesionales de la salud frente a paciente con H.I.V. o enfermos de S.I.D.A. en la mencionada ley, cabe preguntarse:

¿Puede el Terapeuta Ocupacional negarse a atender a un paciente V.I .H. positivo o enfermo de S.I.D.A.? ¿Hay reglamentación al respecto?

Si bien no hay reglamentación al respecto la Asociación Americana de Terapia Ocupacional ha establecido el *Código de Ética de la Terapia Ocupacional* aprobado por la Asamblea representativa en abril del año 1988. El código ha de ser utilizado como guía para promover y mantener los niveles más altos del comportamiento ético, y habrá de ser aplicado a “ todo el personal de la Terapia Ocupacional” incluyendo: Terapeutas Ocupacionales recibidos, asistentes certificados de Terapia Ocupacional y estudiantes. (146)

Ruth Ann Hansen, Terapeuta Ocupacional, presidente de la comisión de estándares y ética de la Asociación de Terapeutas Ocupacionales, y profesora - coordinadora del programa de Terapia Ocupacional de la Universidad de Michigan del Este, refiere al respecto del código de ética, que éste “no brinda los métodos específicos para la resolución de dilemas éticos. Más bien brinda guías y una descripción general de los comportamientos que son considerados como deseables para todos los Terapeutas Ocupacionales”. (147)

La Asociación Norteamericana de Terapia Ocupacional (A.O.T.A.) de acuerdo con un informe del año 1989 con respecto a ese tema, sostuvo que los practicantes de la Terapia Ocupacional “tienen la *responsabilidad ética y profesional* de cumplir con los servicios de referencia...”. (148)

Bibliografía correspondiente al marco teórico:

- 1) VON WERNICH, MÓNICA, Terapista Ocupacional. Revista Materia Prima. Capital Federal. Buenos Aires, 1997.
- 2) PAPERMEISTER, ANA MARÍA. Abordaje domiciliario de pacientes con S.I.D.A. en Terapia Ocupacional. Buenos Aires, 1997.
- 3) PAPERMEISTER, ANA MARÍA. Abordaje de pacientes con S.I.D.A. en Terapia Ocupacional. Buenos Aires. 1997.
- 4) SAR, MIRIAM. Cuadernos de Terapia Ocupacional - Universidad Nacional de Quilmes. "Intervención del T.O. en pacientes con H.I.V. y S.I.D.A." Año 1, vol. 1. Buenos Aires, 1996. Pág. 15-38
- 5) A.T.O.S. Cuarto Congreso Argentina de Terapia Ocupacional. Ampliando horizontes. Terapia Ocupacional con la enfermedad del siglo: S.I.D.A. "L. un paciente con S.I.D.A. o una experiencia de vida?". Santa Fe, Setiembre, 1995. Tomo 1, modulo 11. Pág. 71-2.
- 6) VERA, MARTA; VILLARRUEL, SANDRA. Infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana en niños - abordaje desde Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata, Escuela de Cs. de la Salud y el Comportamiento. Mar del Plata, 1994.
- 7) VERA, MARTA; VILLARRUEL, SANDRA. Op. Cit. Pág. 1-3.
- 8) A.T.O.S. Op. Cit. " Desarrollo mental y psicomotriz en niños infectados por el V.I.H." Tomo 1, modulo 11. Pág. 63-70.
- 9) GOLDSTEIN, BEATRÍZ,; CASTAÑERA, MÓNICA. Sida... "del dicho al hecho". Serie de extensión universitaria, N°4. S.f.
- 10) REED, KATHYN L.; SANDERSON, SHARON N. Concepts of Occupational Therapy. "Education" .Tercera edición, 1994. Cap. 19.
- 11) Pues. S.I.D.A. enfoques. Publicación N°2.
- 12) Prevención y descuido sobre el S.I.D.A. Revista Mensual científica popular. Diciembre, 1994. Año 1, N° 1.

Prevención y descuido sobre el S.I.D.A. Revista Mensual científica popular. Diciembre, 1994. Año 1, N° 1.

13) JOE, BÁRBARA. "How A.I.D.S.: affects our children?". O.T. Week. The American Occupational Therapy Assotiation Inc. Januar, 25. 1996. Pág. 14-6.

14) JOE, BÁRBARA. Opc Cit. Pág. 16.

15) FALK - KESSLER, J.; BARNOWSKI, C. AND SALVANT, S. The American Journal of Occupational Therapy. "Mandatory H.I.V._testing and Occupational Therapists". 1994. Vol. 48, N°1. Pág. 27-37.

16) REED, KATHYN L.; SANDERSON, SHARON N. Op. Cit." Toward a theoretical model of occupational therapy". Cap. 9.

17) NÁJERA; RAFAEL. S.I.D.A. de la biomedicina a la sociedad. Ed. EUDEMA. Madrid. (España), 1990. Cap.1.

18) O.P.S. - O.M.S. S.I.D.A. - La epidemia de los tiempos modernos. Comunicación para la salud N° 5. Washington D.C., EUA. Abril, 1993. Pág. 6. ✕

19) Boletín de la OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. El S.I.D.A. y el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 2. Washington D.C., EUA. Abril, 1993. Vol 114, N° 4. Pág. 343. ✕

20) COLMILLOT, ALBERTO. (Dr.) Diario "El día", sección: "Vivir más y mejor"- El S.I.D.A. un problema de todos. Pág. 136.

21) O.M.S. S.I.D.A. - Imágenes de la epidemia. O.P.S. - O.M.S. Ginebra, 1995. Pág. 3-5. ✕

21) KOZIER, BÁRBARA, OLIVIERI, RITA. Enfermería fundamental, conceptos, proceso y práctica. Ed. Mc Graw - Hill, 4ª edición. Trad. Caja, Bermejo; Olbi, Borja; Ferrari, Bueno y otros. Pág. 482-92.

23) COLMILLOT, ALBERTO. (Dr.) Op. Cit. Pág. 129-133.

- 24) CHAVEZ, ALVAREZ. S.I.D.A. en la empresa. Extensión Profesional Empresaria S.R.L. Buenos Aires (Argentina),1991. Cap. 2, pág.9.
- 25) O.M.S. S.I.D.A. - Imágenes de la epidemia. Cap. 2, pág. 5- 6.
- 26) O.P.S. - O.M.S. Ministerio de Salud y Acción Social. S.I.D.A. su actualización. Febrero, 1987. Obra completa.
- 27) NÁJERA, RAFAEL. Op. Cit. “Epidemiología”. Pág. 150-58. ✓
- 28) VELÁSQUEZ, GLORIA DE V.; GOMEZ, RUBÉN DARÍO A.. Op. Cit. “Virus de la inmunodeficiencia humana”. Pág. 4-6. ✓
- 29) Revista “Muy Interesante”. “Virus: Terroristas del cuerpo humano”. Ed. García Ferré S.A. Abril, 1987. N° 18. Pág. 10-4.
- 30) Revista “Muy Interesante”. “ La marca escarlata” . Ed. García Ferré. S.A. Julio, 1988. N° 33. Pág. 23-5.
- 31) SECRETARÍA DE CALIDAD DE VIDA. Folleto educativo. S.I.D.A. un problema de todos. Buenos Aires, 1990.
- 32) GATELL, JOSEP M. ARTIGAS; CLOSET , SALA BONAVENTURA; PODZAMCZER PALTER DANIEL; MIRÓ MEDA JOSEP M. Guía práctica del S.I.D.A. - Clínica, diagnóstico y tratamiento. “Retrovirus humano - Etiopatogenia”. Ed. MASSON S.A., 4° edición. Barcelona(España), 1996. Cap. 1.
- 33) O.P.S. - O.M.S. S.I.D.A.- La epidemia en los tiempos modernos. Pág. 10-11.
- 34) NÁJERA, RAFAEL. Op. Cit. Cap. 1. ✓
- 35) VELASQUEZ, GLORIA DE V.; GOMEZ, RUBÉN DARÍO A. Op. Cit. “Historia natural de la infección por el H.I.V. con el virus de la inmunodeficiencia humana”. Pág. 8-9.
- 36) S.I.D.A. - Qué es el S.I.D.A. y como se manifiesta. Buenos Aires (Argentina), setiembre 1987. Pág. 8-9.
- 37) CHÁVEZ, ALVAREZ. Op. Cit. Cap. 5.

- 38) O.M.S. Directrices para la asistencia de enfermería a las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana. “Manifestaciones clínicas”. Pág. 7-9.
- 39) GATELL, JOSEP M. ARTIGAS. Op. Cit. “Historia natural y clasificación de la infección por el V.I.H. 1. Definición de S.I.D.A.”. Cap. 2.
- 40) NÁJERA, RAFAEL. Op. Cit. Pág. 5-6.
- 41) YOUNG, ANN. Aids fundamentals - Understanding H.I.V. Caring gor the patient. Diciembre, 1989. Unit 2.
- 42) VELÁSQUEZ, GLORIA DE V.; GOMEZ, RUBÉN DARÍO A. Op. Cit. “Historia natural de la infección por el V.I.H. con el virus de la inmunodeficiencia humana”. Cap. 2.
- 43) O.M.S. S.I.D.A. - Imágenes de la epidemia. Cap. 2, pág. 5.
- 44) DEVITA, VINCENT, T. (JR.); HELLMAN, SAMUEL; ROSENBERG, STEVEN A. S.I.D.A., etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención. Trad. Morales, Varela Margarita. Barcelona, (España), 1984. Pág. 58.
- 45) NÁJERA, RAFAEL. Op.Cit. “Diagnóstico serológico de la infección por el V.I.H.” Pág. 212- 221.
- 46) GATELL, JOSEP, M. ARTIGAS. Op. Cit. “Diagnóstico de laboratorio de la infección por el V.I.H.” Cap. 5.
- 47) VELÁSQUEZ, GLORIA DE V.; GOMEZ, RUBÉN DARÍO A. Op. Cit. “Diagnóstico de la infección por el V.I.H.” Cap. 5.
- 48) DEVITA, VINCENT T. (JR.); HELLMAN, SAMUEL; ROSENBERG, STEVEN A. Pág. 58.
- 49) VERA, MARTA; VILLARUEL, SANDRA. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en niños. Universidad Nacional de Mar del Plata, Escuela de Cs. de la salud y el Comportamiento. Mar del Plata, 1994. Pág. 6-7, 9-10.
- 50) CHAVEZ, ALVAREZ. Op. Cit. Cap. 5, pág. 37-38.

- 51) Revista "Muy Interesante". N° 33. Op. Cit. Pág. 26-7.
- 52) FUNDACIÓN LATINOAMERICANA NOSOTROS. Recomendaciones para un H.I.V. positivo. GPSIDA, grupo de prevención del S.I.D.A. Santiago de las Vegas, Habana(Cuba).Sf.
- 53) NÁJERA, RAFAEL. O.p. Cit. Pág. 71- 6.
- 54) O.M.S. S.I.D.A. - Imágenes de la epidemia. Pág. 5.
- 55) GATELL, JOSEP M. ARTIGAS. Op. Cit. "Historia natural y clasificación de la infección por el V.I.H. 1" . Cap. 2.
- 56) INSTITUTO DE ANÁLISIS CLÍNICOS. Manual de entrenamiento línea de información sobre el S.I.D.A. Noviembre, 1993. Pág. 15-6.
- 57) CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. 1993 Revised Classification System for H.I.V- Infection and expanded Surveillance Case Definition for A.I.D.S. Among Adolescents and Adults. From the C.D.C. Atlanta, Georgia, Febrero 1993. Pág. 729- 730.
- 58) O.P.S. Módulos de aprendizaje para la prevención y el control de la infección por el V.I.H. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud N°30. Anexo 1 , pág. 143- 54.
- 59) VELASQUEZ, GLORIA DE V.; GOMEZ, RUBÉN DARÍO A. O.p. Cit. "Epidemiología del S.I.D.A. y la infección por el V.I.H." . Cap. 4.
- 60) VELASQUEZ, GLORIA DE V.; GOMEZ, RUBÉN DARÍO A. Op. Cit. "Historia natural de la infección por el V.I.H. con el virus de la inmunodeficiencia humana". Cap. 2.
- 61) NÁJERA, RAFAEL. Pág. 76, 93-6.
- 62) VELASQUEZ, GLORIA DE V.; GOMEZ, RUBÉN DARÍO A. O.p. Cit. Cap. 6.
- 63) O.M.S. S.I.D.A. - Imágenes de la epidemia. Pág. 5-8.
- 64) INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA "DR. JUAN H. JARA". Tuberculosis. Servicio de tuberculosis y enfermedades respiratorias agudas. Ituzaingó N° 3520. Mar del Plata.S.f.

65) VELASQUEZ, GLORIA DE V.; GOMEZ, RUBÉN DARÍO A. Op. Cit. "Infección por el V.I.H. en pediatría". Cap. 9.

66) O.M.S. S.I.D.A. - Imágenes de la epidemia. Pág. 5 -8.

67) "La Capital". Biología molecular en Mar del Plata - Determinan la carga viral en pacientes con H.I.V. Agosto 3, 1997. Pág. 20.

68) GATELL, ARTIGAS JOSEP M. Cap. 23, pág. 477.

69) O.M.S. Directrices para la asistencia de enfermería a las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (V.I.H.). "Manifestaciones clínicas - Aspectos neuropsiquiátricos de la infección por el V.I.H."_Serie O.M.S. sobre el S.I.D.A. N° 3. Anexo 5, pág. 9, 41-2.

70) O.P.S. - O.M.S. S.I.D.A. - Perfil de una epidemia. Pág. 319- 29.

71) VELASQUEZ, GLORIA DE V.; GÓMEZ, RUBÉN DARÍO A. O.p. cit. Cap. 3, 11, 15 y 17.

72) COLMILLOT, ALBERTO (DR.) Op. Cit. Diccionario.

73) CENTRO MÉDICO DE MAR DEL PLATA. C.M. Mar del Plata, 1989. Vol. 60, N° 8.

74) KOZIER, BÁRBARA; ERB, ELEONORA; OLIVIERI, RITA. Enfermería Fundamental: conceptos, procesos y práctica. Traductor de la cuarta edición en inglés de la obra: Caja, Borja, Bueno y otros. Interamericana Mc Graw - Hill, 4 edición. 1993. Tomo 1. _Pág. 482-92.

75) SECRETARÍA DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA. S.I.D.A. un problema de todos. Buenos Aires, diciembre 1990.

76) GATELL, ARTIGAS JOSEP M. Op. Cit. "Mecanismos de transmisión del V.I.H. y su prevención". Cap. 3 , pág. 42.

77) CENTRO MÉDICO DE MAR DEL PLATA. C.M. Mar del Plata, 1989. Vol. 60, N° 7. Pág. 36-9.

- 78) NÁJERA, RAFAEL. Op. Cit. "Epidemiología". Pág. 157-59
- 79) GATELL, ARTIGAS JOSEP M. Op. Cit. "Mecanismos de transmisión del V.I.H. y su prevención". Cap. 3.
- 80) O.M.S. S.I.D.A. - Imágenes de la epidemia. Cap. 3.
- 81) Prevención y descuido sobre el S.I.D.A. Revista mensual científica popular. 1994.
Año 1, N° 1. Pág. 15-6.
- 82) O.M.S. Prevención de la transmisión sexual del virus de la inmunodeficiencia humana. Serie O.M.S. sobre el S.I.D.A. N° 6. Ginebra, 1990.
- 83) AHTAG. Boletín Internacional sobre prevención y atención del S.I.D.A. Acción en S.I.D.A. - Todo sobre las E.T.S. Julio - setiembre, 1995. N° 26. Pág. 12.
- 84) O.M.S. Directrices sobre el S.I.D.A. y los primeros auxilios en el lugar de trabajo. "Adiestramiento en primeros auxilios". Pág. 7.
- 85) COLMILLOT, ALBERTO (DR.) Op. Cit. Pág. 134- 5.
- 86) O.P.S. O.M.S. S.I.D.A. - La epidemia en los tiempos modernos. Pág. 21-22, 30.
- 87) O.M.S. Serie O.M.S. sobre el S.I.D.A. N° 3. Pág. 11, 19-21, anexo pág. 31-6.
- 88) O.P.S. Módulos de aprendizaje para la prevención y el control de la infección V.I.H. "Cuidado de enfermería del recién nacido o menor de edad con infección V.I.H. sintomática". Pág. 116-17.
- 89) O.P.S. S.I.D.A.: la epidemia en los tiempos modernos. O.P.S. - O.M.S. Comunicación para la salud N° 5. Ginebra, 1993. Pág. 30.
- 90) O.M.S. S.I.D.A. - Imágenes de la epidemia. Pág. 12.
- 91) O.P.S. Módulos de aprendizaje para la prevención y el control de la infección V.I.H. "Cuidado de enfermería del recién nacido o menor de edad con la infección V.I.H. sintomática". Pág. 116-7.
- 92) GATELL, JOSEP M. ARTIGAS. Op. Cit. Cap. 3 y 21 pág. 435- 51.

- 93) VELASQUEZ, GLORIA DE V.; GOMEZ, RUBÉN DARÍO. “Infección por el V.I.H. en pediatría”. Cap. 9.
- 94) Revista “Luna”. “Desde la Panza”. Ed. Perfil S.A. Año XLV, N° 678. Junio 27, 1997. Pág. 66.
- 95) VELASQUEZ, GLORIA DE V.; GOMEZ, RUBÉN DARÍO. Cap. 3, 4.
- 96) GATELL, JOSEP M. ARTIGAS. Op. Cit. “Mecanismos de transmisión del V.I.H. y su prevención”.Cap.3.
- 97) C.M. C.M. publicación médica. “Epidemiología del S.I.D.A. Consideraciones de su incidencia en la región sanitaria octava.” Mar del Plata 1995 N° 2 Pág. 68-73
- 98) O.M.S. Serie O.M.S. sobre el S.I.D.A. N°3. Pág. 10-1, 21-2.
- 99) CARDÓ, DENISE. Tercer Congreso Argentino de S.I.D:A. Precauciones Universales y conductas frente al accidente laboral. Mar del Plata, 1997.
- 100) VELASQUEZ, GLORIA DE V.; GOMEZ, RUBÉN DARÍO A. Op. Cit. “Mecanismos de transmisión y factores de riesgo para la infección por el V.I.H.”. Cap. 3, pág. 19.
- 101) MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL. Secretaría de Salud. El Virus de la Inmunodeficiencia Humana - Normas de Bioseguridad. Buenos Aires, 1988.Pág. 7-9, 29-31.
- 102) CENTRO MÉDICO MAR DEL PLATA. C.M.. Mar del Plata, diciembre 1988. Vol 1, N° 3. Pág. 79-84.
- 103) VELASQUEZ, GLORIA DE V.; GOMEZ, RUBEN DARÍO. Op. Cit. Cap. 3,4.
- 104) RUTHANNE, MARCUS; KATHLEEN, KAY; JONATHAN MANN. Infectología - Transmisión del Virus de inmunodeficiencia Humana en establecimientos de atención de salud de todo el mundo. Año 10, N°10.Octubre, 1990. Pág. 587-97.
- 105) VELASQUEZ, GLORIA DE V.; GOMEZ, RUBÉN DARÍO. Op. Cit. “Medidas de Bioseguridad y S.I.D.A.” Cap. 15, pág. 140.

120) PIZZI, MICHAEL. "Nationally speaking: The transformation of H.I.V. infection and A.I.D.S. in Occupational Therapy: beginning the conversation". The American Journal of Occupational Therapy. Vol. 44, N°3. Marzo, 1990.

121) MENON, V.; BHARUCHA, K. Acquired immunodeficiency syndrome and health care professionals. Departamento de obstetricia y ginecología, Colegio Médico, Hospital de Pune (India). Journal article. Junio 1994. Vol. 42, N°1. Pág. 22-3.

122) CHULUYAN J.; CASIRÓ, A. ; GUAMAN, G.; CRESPO, C. Normas de Bioseguridad y el personal de la salud. Tercer Congreso Argentino de S.I.D.A.. S.A.S. Hospital Gral. Agudos "T. Alvarez". Buenos Aires, 1997.

123) HERSEY, JC.; MARTIN, LS. Use of infection control guidelines by workers in healthcare facilities to prevent occupational transmission of HBV and HIV: results from a national survey. Centers for public health research and evaluation of Battelle Inc. Arlington, Virginia, 1994.

124) NÁJERA, RAFAEL. Op. Cit. "Aspectos psicológicos relacionados con el problema de la prevención del S.I.D.A." Cap. 15, pág. 382-85.

125) O.P.S. La epidemia en los tiempos modernos. Op. Cit. Pág.44.

126) NÁJERA, RAFAEL. O.p.Cit. Cap. 10, pág.295-97.

127) O.P.S. Módulo de aprendizaje para la prevención y el control de la infección V.I.H. "Educación de pacientes para prevenir la transmisión del V.I.H." Pág. 70.

128) NÁJERA, RAFAEL. Op. Cit. "Aspectos psicológicos relacionados con el problema de la prevención del S.-I.D.A." Pág. 378-79.

129) RUTH, ANN HANSEN. American Journal of Occupational Therapy. "The ethics of Caring for patients with H.I.V. o S.I.D.A." . Marzo, 1990. Vol. 44, N° 3. Pág. 242.

130) O.M.S. S.I.D.A. - Perfil de una epidemia. Pág. 295-301.

131) Gatell, Josep M. Artigas. Op. Cit. Pág.419-20.

132) LÓPEZ, NORA; GARCÍA, CAROLINA. Trabajo social y S.I.D.A. - Prevención y promoción de la salud a partir de la aparición del S.I.D.A. Universidad Nacional de Mar del

Plata, Escuela de Cs. de la salud y del comportamiento. Mar del Plata, Setiembre 1994.
Pág. 17-8.

133) SAR, MIRIAM. Op. Cit.

134) NEWMAN, ELIZABETH M, ; ECHEVARRIA, MARÍA ELENA; DIGMAN, GLENN. Degenerative Diseases - Acquired immune deficiency síndrome. Trombly. 1995. 4º edición. Sección VI. Capítulo 36, pág. 735-43.

135) DENTON, RICK. A.I.D.S. : Guidelines for Occupational Therapy Intervention. American Journal Of Occupational Therapy. 1987. Vol. 41, N° 7. Pág. 427-32.

136) O.M.S. Programa Mundial sobre el S.I.D.A. - Declaración de la reunión consultiva sobre criterios para el ensayo internacional de posibles vacunas contra el V.I.H.
Ginebra, 1989. Pág. 1-11.

137) SOQUIRANSKY, EDUARDO. (Cónsul de Cuba) Hay avances en Cuba para tratar el S.I.D.A. Diario "La Capital". Mar del Plata, 11 de Marzo de 1997. Pág. 6.

138) LÓPEZ, NORA; GARCÍA, CAROLINA. Op. Cit. Pág.33-37.

139) "La Capital" Alto índice de portadores de H.I.V. en el penal de Batán.- Es difícil controlar el ingreso de drogas. Mar del Plata, 13 de Julio de 1997.

140) PERUZZO, ROBERTO. Jefe epidemiología Región Sanitaria Octava. La infección por H.I.V. y su comportamiento epidemiológico - consideraciones de incidencia y prevalencia en la Región Sanitaria Octava. Mar del Plata, 1996.

141) C.M. Publicación médica. Epidemiología del S.I.D.A. Mar del Plata (Argentina), 1995. Vol. 8, N°2. Pág.68-73.

142) Federación Bioquímica de la Provincia de Buenos Aires. Acta bioquímica clínica Latinoamericana. "Ley 23.798" . Marzo, 1994. Vol. 18, N°1. Pág. 79-89. ✕

143) Revista mensual Científica Popular. Prevención y descuido sobre el S.I.D.A. Diciembre, 1994. Año 1, N° 4. Pág. 24-5.

144) Revista mensual científica Popular. Op. Cit. Pág. 26-7.

145) MARCHESINI, GUALTERIO MARTÍN. Acta bioquímica clínica Latinoamericana - Ley sobre el S.I.D.A. N° 23.798. Marzo, 1994. Vol. 18, N°1. Pág. 79-83.

146) American Journal of Occupational Therapy. "Occupational Therapy code of Ethics". Diciembre, 1988. Vol. 42, N° 12. Pág. 795-6.

147) RUTH, ANN HANSEN. American Journal of Occupational Therapy. "The ethics of caring for patients with H.I.V. or A.I.D.S.". Marzo, 1990. Vol. 44, N° 3. Pág. 141-2.

148) A.O.T.A. American Journal of Occupational Therapy. "American Journal of Occupational Therapy - H.I.V. paper". N° 4. Pág. 803-4.

149) CHAVEZ, ALVAREZ. Op. Cit. Pág. 48, 73 - 95.

150) VELASQUEZ, GLORIA DE V.; GOMEZ, RUBÉN A. Op. Cit. Cap. 15.

151) FEDERACIÓN BIOQUÍMICA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. Op. Cit. "Normas de bioseguridad, Hospital de pediatría Profesor Doctor Juan P. Garrahan." Pág. 127-36.

152) C.M. Publicación Médica. "Riesgo de contagio de la infección por el V.I.H. (...) - Preguntas cotidianas." Mar del Plata (Argentina), diciembre 1988. Pág. 179-80.

7) ASPECTOS METODOLOGICOS

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE: *Nivel de información sobre el V.I.H. y S.I.D.A.*

DEFINICIÓN CIENTÍFICA: Grado o categoría alcanzado por el Terapeuta Ocupacional, que incluye un conjunto de elementos de conocimiento obtenidos a través de diferentes fuentes, sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el cual al ingresar al organismo del ser humano produce un deterioro del sistema inmunitario, y acerca del S.I.D.A. enfermedad infectocontagiosa caracterizada por un conjunto de síntomas y signos que manifiestan ésta deficiencia del sistema inmunológico y su indefensión ante diversas infecciones; expresado este conocimiento por medio de un lenguaje adecuado, ya sea en forma verbal o escrita.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Grado o categoría que el Terapeuta Ocupacional alcanza acerca de un conjunto de elementos de conocimiento sobre el V.I.H., agente microscópico que hospedándose en los organismos vivos para sobrevivir y reproducirse provoca un deterioro de las células y actividad defensiva del organismo del ser humano, y de la enfermedad infectocontagiosa S.I.D.A. caracterizada por un conjunto de síntomas y signos que refuerzan la adquisición de una deficiencia del sistema defensivo del organismo, quedando éste expuesto a la aparición de diversas infecciones, pudiendo clasificarse éstos elementos según los datos que el Terapeuta Ocupacional posea de: la etiología, conceptos, mecanismos de transmisión, grupos y prácticas de riesgo, pruebas de laboratorio, servicios de orientación y asistencia, datos estadísticos; obtenido éste conocimiento a través de diferentes fuentes (libros, revista, tesis, catálogos, informes, folletos, normas, leyes, conferencias, talleres, cursos, audiovisuales), expresado mediante un lenguaje científico - técnico y comunicado en forma verbal o escrita.

VARIABLE: *Utilización de las Medidas Universales de protección para la prevención de la infección por el V.I.H.*

DEFINICIÓN CIENTÍFICA: Es el uso de elementos de barrera y la realización de acciones de cuidado ocupacional a utilizar con todos los pacientes y materiales orgánicos independientemente de que se conozca o no el estado infeccioso de los mismos, difundidas por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (EE.UU.), y estando dirigidas a evitar entre los trabajadores de la salud, la exposición a vehículos de transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Comprende la utilización de elementos de barrera como guantes, máscaras, gafas y delantales, y la realización de acciones por los trabajadores de la

salud, para evitar la exposición ya sea, percutánea, mucosa o de piel no intacta a: sangre, semen, secreciones vaginales o fragmento del tejido, líquidos cefalorraquídeo, sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico, amniótico), orina, saliva, lágrimas, vómito, esputo, drenaje purulento, secreción nasal, sudor o materia fecal, de todos los pacientes independientemente de que se conozca o no el estado infeccioso de los mismos por el agente microscópico que hospedándose en los organismos vivos para sobrevivir y reproducirse, provoca el deterioro de las células y actividades defensivas del organismo del ser humano. Las acciones a realizar por los trabajadores de la salud comprenden:

- examen de la piel de manos y antebrazos en busca de cortaduras, abrasiones, picaduras de insecto o cualquier otro daño.

- cualquier herida abierta será cubierta utilizando papel, plástico o tela como barrera

- lavado de manos y antebrazos con agua y jabón antes e inmediatamente después de atender a cada paciente, y de exposición a materiales orgánicos como: sangre y cualquier líquido que la contenga visiblemente; semen y secreciones vaginales; líquido cefalorraquídeo, pleural, pericárdico, peritoneal, amniótico, saliva.
- en caso de accidente, corte o punción con instrumento ya utilizado, lavar la zona con jabón estimulando el sangrado, y concurrir a un servicio de control epidemiológico para recibir asesoramiento.

- uso de guantes para manipular los tejidos mencionados

- uso de guantes si la piel del trabajador está dañada o espera contacto extenso con sangre.

- los guantes habrán de ser reemplazados tras el contacto con cada paciente.

- inspección de los guantes después de sus uso. Los guantes dañados deben descartarse cuidadosamente.

- uso de mascarar y gafas protectoras cada vez que se realicen procedimientos donde se puedan producir aerosoles o derrames

- delantales de goma cuando se emprendan procedimientos donde se puedan producir derrames de sangre o líquidos.

- uso de equipo apropiado para resucitación:
- aplicación de especiales precauciones cuando se laven, manipulen o descarte agujas, cuchillas, o materiales corto - punzantes, los cuales se alojarán en tubos de paredes rígidas.
- los trabajadores con dermatitis o lesiones exudativas que no puedan ser adecuadamente cubiertas con guantes, evitarán toda manipulación de tejidos orgánicos.
- las trabajadoras de la salud que participen en partos o procedimientos invasivos deben usar precauciones adecuadas de barrera.
- si ocurre un pinchazo, corte o goteo a través del guante, éste debe ser reemplazado y el trabajador manejarse como “expuesto”
- si las ropas o sábanas están manchadas con fluidos corporales manipularlas con guantes, y si no los hubiere, hacerlo sin tocar las áreas manchadas
- el equipo reutilizable contaminado debe ser limpiado de material orgánico visible, colocado en contenedores impermeables y enviado al área de descontaminación.
- el material de curaciones (gasas, algodón, etc.) se colocará en bolsa plástica, la que posteriormente se incinerará.
- los materiales de desecho sean orgánico o inorgánicos deberán colocarse en bolsas las cuales seguirán un código de colores para su segura manipulación:
 - NEGRA.....(chica) pañalera, (mediana y grande) cestos de basura común
 - ROJA.....material contaminado para incinerar
 - VERDE.....ropa contaminada al lavadero
 - BLANCA....ropa limpia
 - CELESTE...ropa sucia al lavadero

- salpicaduras de sangre deben enjuagarse con un material absorbente (pañó, trapo, papel) evitando el contacto directo de la piel con la sangre, El material absorbente debe eliminarse adecuadamente utilizando para toda la operación guantes.
- para descontaminación de materiales y manchas de sangre se recomienda el uso de una solución de hipoclorito de sodio al 10%. (149)(150)(151)(152)

VARIABLES INTERVINIENTES:

Área de trabajo del Terapista Ocupacional: ámbito en el cual el Terapista Ocupacional como profesional que utiliza actividades, pasos de actividades y/o ejercicios con propósito específico, a aplicar en individuos con limitaciones físicas, psíquicas y/o sociales correspondientes a diversas causa, ejerce su profesión, y entre los que se encuentran: hospitales, clínicas, centros de rehabilitación, escuelas, talleres protegidos, geriátricos, centros correccionales, facultad, consultorios privados.

Edad del Terapista Ocupacional: Tiempo, medido en años, que el profesional ha vivido desde la fecha de su nacimiento al momento actual en que ejerce su profesión.

Edad de los pacientes: Tiempo, expresado en años, que ha transcurrido desde el nacimiento de la persona que se halla realizando un tratamiento, al momento de su atención por el Terapista Ocupacional.

Sexo de los pacientes: condición orgánica que permite distinguir al hombre de la mujer entre las personas que asisten a tratamiento al servicio de Terapia Ocupacional.

DIMENSIONAMIENTO DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO:

VARIABLE: DIMENSIONAMIENTO: INDICADORES: INDIZACIÓN:

NIVEL DE	} Fuentes de obtención de información:	- libros	2
		- tesis	2
		- monografías	2
		- anuarios	2
		- diarios	1
		- revistas	1
		- boletines	1
INFORMACIÓN		- folletos	1
		- diccionarios	1
		- material audiovisual	3
		- conferencias	3
		- cursos	4
		- talleres	4
SOBRE EL		- leyes	3
	- Terapistas Ocupacionales	2	
	- otros profesionales	2	
	- familiares / amigos	1	
	- otras	2	
	- ninguna	0	
V.I.H. Y S.I.D.A.	} Elementos de conocimiento:	- etiología	1
		- conceptos	2
		- mecanismos de transmisión	4
		- grupos y prácticas de riesgo	4
		- medidas de prevención	4
		- pruebas de laboratorio	2
		- servicios de orientación y asistencia	2
		- datos estadísticos	3
		- leyes	3
		- ninguno	0

CATEGORIZACIÓN:

NIVEL DE	*ALTO.....62 - 57
INFORMACIÓN	* MEDIO.....56 - 36
SOBRE EL	* BAJO.....35 - 15
V.I.H. Y S.I.D.A.	* INSUFICIENTE... 14 - 00

VARIABLE:

DIMENSIONAMIENTO:

INDICADORES:

UTILIZACIÓN DE LAS

} Elementos de barrera
a utilizar:

- guantes
- gafas
- máscaras
- vendas
- gafas

MEDIDAS UNIVERSALES

DE PROTECCIÓN

} Acciones a
realizar:

PARA LA PREVENCIÓN

DE LA INFECCIÓN

POR EL V.I.H.

- examinar la piel de manos y antebrazos en busca de lesiones antes de comenzar la tarea
- cubrir heridas, lesiones exudativas o dermatitis con elementos de barrera
- lavar manos y antebrazos con agua y jabón antes y después de atender a cada paciente
- usar guantes cuando exista la posibilidad de contacto con líquidos corporales
- utilizar mascarillas y gafas frente a posibles salpicaduras con líquidos corporales
- cambiar guantes luego del uso con cada paciente
- eliminar manchas de sangre con material absorbente
- descontaminar material y manchas de sangre con una solución de hipoclorito de sodio al 10% preparada en el momento
- colocar los materiales de curaciones en bolsas plásticas para su posterior incineración
- el equipo reutilizable contaminado será colocado en contenedores impermeables para su posterior descontaminación
- desechar los materiales usados en bolsas plásticas siguiendo el código de colores establecido
- aplicar precauciones especiales al lavar, descartar, manipular elementos cortopunzantes
- ante corte o punción con instrumento ya utilizado, lavar con jabón estimulando el sangrado

CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS:

Esta tesis para dar respuesta al problema de investigación y alcanzar los objetivos propuestos, posee un enfoque cuantitativo, con un nivel exploratorio descriptivo cuyo propósito es incursionar respecto a la problemática en estudio determinando en éste caso cómo es la situación de las variables: *“Nivel de información sobre el V.I.H. - S.I.D.A.”* y *“Utilización de las Medidas Universales de protección para la prevención de la infección por el V.I.H.”*. Siendo su finalidad, aportar una comprensión a la problemática planteada, a partir de los datos obtenidos, en una muestra compuesta por 106 Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional socios de la Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales (A.M.T.O.), que residen en la ciudad de Mar del Plata.


Para conformar la muestra se utilizó como método el muestreo no probabilístico accidental, utilizándose los siguientes criterios:

■ criterios de inclusión:

- Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional que ejerzan su profesión en la ciudad de Mar del Plata.
- Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional que ejercen su profesión en el año 1997.
- Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional socios activos de la A.M.T.O.
- Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional de ambos sexos.

■ Criterios de exclusión:

- Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional que ejerzan su profesión en otra ciudad.
- Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional que no ejerzan su profesión en la actualidad.
- Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional socios pasivos de la A.M.T.O.
- Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional no ubicables (viaje, mudanza, rotura de la relación laboral)
- Profesionales que se nieguen a recibir el cuestionario.

Se accedió a la misma a través de los diferentes lugares de trabajo utilizándose como técnica de recolección de datos el cuestionario enviado por correo por permitir éste: obtener de manera sistemática y ordenada información sobre las variables de la investigación, llegar a un número mayor de personas en menor tiempo, dar más tiempo a los informantes para responder a cada pregunta y proporcionar la posibilidad del anonimato estimulando de este modo la sinceridad de los mismos. 

De acuerdo a los criterios de exclusión mencionados se entregaron 96 cuestionarios, de los cuales fueron reintegrados contestados 65. Finalmente la muestra quedó constituida con 20 Terapistas Ocupacionales y 45 Licenciados en Terapia Ocupacional, de edades que oscilan entre los 24 y 53 años, correspondiendo el 97% al sexo femenino. Los ámbitos en que desempeñan con más frecuencia su actividad laboral los profesionales consultados comprenden: facultad, 33,18%; consultorio privado, 29,2%; y hospitales, 16,9%.

También se realizaron entrevistas al personal directivo de veinte instituciones, en las cuales trabajan los Terapistas Ocupacionales y Lic. en Terapia Ocupacional, utilizándose éste método de recopilación de datos por permitir cumplir con los objetivos propuestos a través de un diálogo, que acotado a cierta estructura interna, aportará datos al problema de investigación desde otra óptica, como es, la institucional.

Concluida la etapa de recolección, codificación y tabulación de datos, se procede a la presentación y análisis de los resultados obtenidos.

8) RESULTADOS:

Las *fuentes principales de obtención de información consultadas* por los Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional fueron: (tabla N°12, GraficoN°6)

- diarios (83,1%)
- televisión (81,5%), seguido por las
- revistas (69,12%). (tabla N°12, Gráfico N° 6)

En lo que respecta a los *elementos de conocimiento sobre el V.I.H. - S.I.D.A.* poseídos por los profesionales consultados se obtuvieron los siguientes resultados:

- El 100% de los profesionales refieren *conocer el S.I.D.A.*; si bien el 4,7 % de ellos no estuvo en condiciones de definirlo. La razón principal expresada acerca del motivo del conocimiento de esta enfermedad fue la laboral (78,5%). (Tabla N°8)
- el 83% de los consultados *definió claramente el V.I.H.*
- las *diferencias entre V.I.H. y S.I.D.A.* refieren conocerlas el 66,1% de los consultados, si bien fueron conceptualizadas en el 62,2% de las encuestas. (Tabla N°10, Gráfico N°4).

En lo referente a los *mecanismos de transmisión del V.I.H.*, el 98,5 % de los consultados refieren conocerlos. (Tabla N°11, Gráfico N°5) El análisis de las respuestas traduce lo siguiente:

- el 29,7 % mezcla *mecanismos y vehículos de transmisión del V.I.H.*
- el 17,2 % menciona *vehículos* de transmisión como lo son la sangre, el semen, en lugar de los mecanismos solicitados
- el 53,1 % del total responde correctamente mencionando *mecanismos de transmisión*, si bien en la mayoría de los casos es mencionado el sexual y el madre - hijo, y con menor frecuencia el iatrogénico y ocupacional.

Es decir, una parte de los profesionales consultados no conocen los mecanismos de transmisión del V.I.H., y otra, que si bien los conoce no poseen el vocabulario técnico para expresar este conocimiento. Así por ejemplo “agujas contaminadas con sangre” no transmiten por sí solas el virus de la inmunodeficiencia humana, para que ésto suceda se

requiere una situación específica, como por ejemplo la reutilización de las mismas en el servicio de enfermería, lo cual estaría incluido dentro de la iatrogenia como mecanismo de transmisión.

Los errores conceptuales, las deficiencias de información encontradas, remite a las fuentes de obtención de la misma consultadas predominantemente por los profesionales (diarios, televisión), las cuales suelen estar destinadas a la población en general, y por tanto expresada mediante un lenguaje vulgar, común. Si bien éstos son medios de fácil consulta y accesibilidad, el sensacionalismo, apresuramiento o intereses determinados pueden distorsionar la noticia presentada. (1) Los profesionales requieren información acorde a su área de trabajo e incumbencias profesionales, procedente de fuentes de información primaria preferentemente, y con un vocabulario acorde al nivel de instrucción poseído. Si bien está claro que el conocimiento de estos conceptos no garantiza la interrelación de los mismos y su aplicación, la información es el primer paso en la cadena para lograrlo.

Las acciones identificadas como principales *prácticas de riesgo* de infección por el V.I.H. por los profesionales de la Terapia Ocupacional comprenden:

- relaciones homosexuales (73,8%) y heterosexuales (98,5%) ocasionales, sin uso de preservativo.
- intercambio de elementos que puedan producir sangrado (86,2%)
- contacto con heridas abiertas sin protección (93,8%)

El amamantamiento es reconocido como situación de riesgo en el 58,5% de los casos.

Este resultado contrasta con el 27,7% de profesionales de Terapia Ocupacional que consignan acertadamente que el V.I.H. se encuentra en *todos* los líquidos corporales.

Situación que muestra ausencia de conocimiento de gran parte de los profesionales consultados en lo referente al accionar del V.I.H. dentro del organismo del ser humano.

En relación al establecimiento del *diagnóstico de infección por el V.I.H.* :

- el 98,5% consigna las pruebas de laboratorio como definitivas para tal fin.
- el examen físico y la entrevista, elementos que forman parte de la situación diagnóstica fueron consignados en bajo porcentaje (21,5 y 15,4% respectivamente). (Tabla N°13)

(1) Ander Egg, Ezequiel. *Técnicas de investigación Social*.

En lo que respecta a quienes puede *infectar* el V.I.H.,

- el 96,8% de los consultados consigna la posibilidad de que *todo ser humano* está expuesto a la posibilidad de infección por el V.I.H.

Los *servicios de orientación y asistencia* consignados con mayor frecuencia por los profesionales son:

- hospitales, 58,2%
- Instituto Nacional de Epidemiología, 53%

El 15,4% de los consultados no contestó sobre el tema.

En relación al conocimiento de *datos estadísticos* que aportan una dimensión más concreta de la situación epidemiológica de la infección por el V.I.H., cabe mencionar que:

- el 3,1% de los consultados conoce datos estadísticos a nivel Mundial
- el 3,1% conoce datos estadísticos a nivel Nacional, y
- el 93,8% refiere *no conocer* datos estadísticos. (Tabla N°14, Gráfico N°7)

Estos resultados refieren importantes deficiencias en el conocimiento de la extensión real que posee la infección a diferentes niveles, y principalmente a nivel ciudad de Mar del Plata donde desempeñan su actividad estos profesionales.

El desconocimiento acerca del alcance de la situación de infección entre la población de nuestro país, podría ser una de las variables que intervienen en la disposición de los profesionales por informarse o no intensivamente sobre el tema: V.I.H. S.I.D.A., lo cual se traduce en el nivel de información poseído.

En lo referente al *conocimiento de legislación* que regule las acciones destinadas a la prevención y atención del V.I.H. / S.I.D.A.,

- el 7,7% expresa conocer la ley N° 23.798.

Desconocer dicha ley implica entre otras cosas, el desconocimiento de derechos y obligaciones que involucran tanto al profesional como al ciudadano que se encuentran en la

misma persona. *Obligación*: de toda persona que por su ocupación tome conocimiento de la situación de infección o enfermedad de una persona, de no revelar dicha información.

(anexo 1 art. 2-c) *Obligación*: de quienes posean presunción fundada de la situación de infectado de un individuo de informarle sobre el carácter contagioso del virus, formas de transmisión y derecho a recibir asistencia adecuada.(art. 8) *Derecho*: a recibir sangre o derivados previamente controlados(art.7) *Derecho*: a ser tratado dignamente.(art.2)

El análisis de las encuestas permitió conocer el *nivel de información* predominante entre los profesionales de la Terapia Ocupacional consultados:

- alto, 0%
- medio, 7,7%
- bajo, 81,5%
- insuficiente, 10,8% (Tabla N°16, Gráfico N°)

El mayor porcentaje de profesionales se ubica dentro de la categoría *bajo* en lo que respecta al *nivel de información*, no encontrándose relación significativa entre esta variable y los *años de experiencia laboral* poseídos. Así por ejemplo, tanto el 73,9 % de los profesionales que poseían entre 1 y 5 años de experiencia, como el 80% los profesionales que poseían entre 16 y 20 se ubicaron en el mismo nivel de información:

Se estudió la relación entre *nivel de información* y la variable interviniente *nivel de instrucción* empleándose la prueba del X para así valorar la probabilidad de que las proporciones de casos que cayeron dentro de las diferentes categorías se deba o no a fluctuaciones aleatorias. Se obtuvo un X igual a 0,23 (X 0,23) y una probabilidad mayor a 0,05 (P 0,05) de intervención del azar, por lo cual la relación entre estos dos atributos resultó no significativa.

Para la aplicación de comportamientos preventivos tales como las *Medidas Universales de protección para la prevención de la infección por el V.I.H.*, es necesario, entre otras cosas, el conocimiento y comprensión de las mismas.

En lo referente al *conocimiento de las Medidas Universales de protección*, el 73,8 % (47 personas) de los profesionales que respondieron a la consulta refieren conocerlas.

(Tabla N°20- Gráfico N°10) De la expresión escrita de este conocimiento se desprenden los siguientes resultados:

■ El 51,1 % las ha definido como la *utilización de elementos de barrera*, tales como: guantes, barbijo y otros. Cabe mencionar que el 17% incluyó entre estos elementos al preservativo.*

■ el 44,7 % la define como la utilización de elementos de barrera y la *ejecución de acciones de protección* tales como: higiene - desinfección (14 personas), precaución en el uso de elementos cortopunzantes (1 persona), oclusión de heridas (2 personas), eliminación de materiales descartables usados en bolsas plásticas con código de colores (2 personas).

■ la finalidad y base de las Medidas de protección , como lo es evitar el contacto con vehículos de transmisión del V.I.H., es expresada en el 4,2 % de las respuestas.

*Elemento de barrera que si bien es importante en la vida personal, no lo es en la laboral, situación que no excluye que el profesional recomiende su uso a los pacientes ejerciendo parte de su tarea preventiva

Los resultados obtenidos implican información deficiente sobre las medidas Universales de Protección destinadas a los trabajadores de la salud para evitar la transmisión de agentes infecciosos entre los cuales se encuentra el H.I.V. y S.I.D.A. en aproximadamente la mitad de quienes manifiestan conocerlas.

En lo referente a las acciones de protección que forman parte de estas medidas de seguridad, es muy baja la frecuencia con que se menciona la importancia de la oclusión de las heridas o erupciones purulentas previo a comenzar la tarea; así como la precaución en el desecho de materiales descartables contaminados con fluidos corporales (apósitos, paños higiénicos, pañales, gasas, algodones) cuya eliminación está reglamentada por resolución del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (N°2311/91), y el cual incluye a todos aquellos establecimientos que los generen: sean farmacias, gabinetes, consultorios privados, etc.

En lo referente a la *utilización de las Medidas Universales de Protección para la prevención de la infección por el V.I.H.* por los profesionales de la Terapia Ocupacional consultados, se obtuvieron los siguientes resultados:

■ el 66,2 % de los profesionales refirieron utilizarlas. De cuyo total: (43 personas),

- el 62,8 % refirió usarlas “siempre” en su tarea laboral
- el 37,2 % “a veces”,

El restante 32,3% de los profesionales consultados manifiesta no utilizarlas nunca, y el 1,5% no contesta sobre el tema. (Tabla N° 23)

Cabe mencionar que del total (21 personas) de profesionales que manifiestan no utilizar las Medidas de Protección, el 28,6% en una pregunta posterior del cuestionario, consignó emplear alguna * de las acciones de protección mencionadas en una lista (las cuales forman parte de las referidas medidas de cuidado). Ésto informa acerca del importante desconocimiento de los profesionales que, sin saberlo, las emplean aunque parcialmente.

* se consideraron aquellos profesionales que consignaron al menos dos acciones.

En relación a quienes deben *utilizar las Medidas Universales de Protección*:

- el 6,3% asigna su utilización a grupos de riesgo (promiscuos, drogadictos)
- el 33,3% asigna su uso a “ todos” sean profesionales o no
- el 60,4% lo asigna a trabajadores de la salud, entre los cuales fueron mencionados: médicos, enfermeras, químicos, dentistas, kinesiólogos, Terapistas Ocupacionales (éste último es mencionado textualmente en el 6,25 % de las respuestas)

6 Se buscó relación entre la *utilización de las Medidas de Protección* y variables intervinientes como *nivel de instrucción, área de trabajo, edad y experiencia de los profesionales* consultados, *grupo de edad de los pacientes* atendidos por ellos. Dado que el 93,8% de los profesionales consultados atienden pacientes de *ambos sexos* no se pudo indagar si ésta variable influía o no en la adopción de las medidas preventivas.

El *nivel de instrucción*, los *años de experiencia laboral* del profesional, así como la *edad* del mismo resultaron atributos no significativos en la utilización de las medidas de protección, resultando la prueba del X igual a 0,77 (X = 0,77), 0,8 (X = 0,8) y 4,27 (X = 4,27) respectivamente, y la probabilidad de intervención del azar mayor a 0,05 (P 0,05) en los tres casos.

o La diversidad de ámbitos donde desempeñan su actividad los profesionales consultados así como el tamaño de la muestra no permitió utilizar la prueba del X para valorar si existe

relación significativa entre *el área de trabajo del profesional* y la **utilización o no de las medidas de protección**.

En lo referente a los pacientes, la *edad* de los mismos resultó ser un atributo no significativo en lo referente a la **utilización de las medidas de prevención** por parte de los profesionales consultados. El X^2 resultó igual a 0,6 ($X = 0,6$), y la probabilidad de intervención del azar, mayor a 0,05 ($P > 0,05$).

Se realizaron *entrevistas* a una muestra compuesta por veinte instituciones a las que concurren los Terapistas Ocupacionales y Lic. en Terapia Ocupacional, obteniéndose los siguientes datos:

En lo referente a la *realización de cursos instructivos, de perfeccionamiento o charlas*, destinados a la capacitación del personal de la salud, y patrocinados o propiciados por la misma institución:

- el 80 % de las instituciones consultadas no los realizan

Al consultar al 20% restante sobre los temas abordados en los cursos, dos instituciones manifiestan haber abordado aspectos del tema V.I.H. S.I.D.A. / Medidas Universales de protección. Cabe destacar el carácter optativo de los mismos.

Estos datos permiten pensar en cuales serán las causas del escaso número de instituciones que realizan cursos de capacitación para el personal de la salud sobre un tema actual y de preocupación mundial como es el V.I.H. S.I.D.A., y más aún si consideramos que para el año 2.000 se prevé la cifra de infectados en 40.000.000 de personas, y que en tanto no exista un medio eficaz para hacer frente este virus la educación y prevención son los recursos disponibles .

Al consultar acerca del *abastecimiento de insumos* tales como gasas, guantes, desinfectante, a los servicios de Terapia Ocupacional, se obtuvieron los siguientes resultados:

- el 60% posee “botiquín de primeros auxilios” en existencia
- el 25% no posee los insumos mencionados en existencia y debe solicitarlos al servicio de enfermería.

■ el 15% no posee los insumos mencionados en existencia y debe solicitarlos a la dirección cuando los necesite. Es decir que nos encontramos con *personal de la salud* que debe solicitar los elementos de barrera cuando “*necesite*” utilizarlos, lo cual implica cierta desprotección frente a las situaciones que pudieran presentarse en forma imprevista en el ámbito laboral.

9) CONCLUSIÓN:

Al finalizar la presente investigación se concluye lo siguiente:

El *nivel de información* predominante entre los profesionales de la Terapia Ocupacional consultados *sobre el tema el V.I.H. / S.I.D.A.* es *bajo*. Las mayores falencias (tales como, conceptos vagos, erróneos, incompletos) se encontraron en lo que referente a *mecanismos de transmisión, medidas de prevención*, datos estadísticos y legislación, situación que remite a la calidad de las fuentes de obtención de información diarias y televisión, utilizadas predominantemente por los profesionales consultados.

Este *nivel de información* implica por ende deficiencia en la capacidad para asesorar y educar sobre esta enfermedad (ya que no se puede enseñar ni aplicar lo que no se sabe), así como para atender y / o trabajar con personas portadoras del V.I.H. o enfermas de S.I.D.A..

En lo referente a la *utilización de las Medidas Universales de Protección para la prevención* de la infección por el V.I.H., si bien refieren usarlas el 66% de los profesionales consultados, el nivel de información predominante en este y otros temas relacionados, permite poner en duda la calidad y por ende la efectividad de su aplicación. Esta situación se relaciona con la escasa cantidad de instituciones que intervienen en la capacitación y asesoramiento de los profesionales que en ellas trabajan, así como en la ausencia en muchos casos de los insumos necesarios para utilizar como elementos de barrera o desinfección.

Si bien los roles y funciones del Terapeuta Ocupacional nos colocan en un grupo de bajo riesgo de exposición a vehículos de transmisión del V.I.H., las estadísticas indican que la población infectada o enferma con necesidad de atención crece día a día, y por ende aumenta la exigencia ética y moral del profesional, independiente del ámbito laboral en que se desempeñe, de informarse y capacitarse al paso de los nuevos descubrimientos.

Informarse y capacitarse sobre el tema V.I.H. S.I.D.A. implica estar instruido para realizar tareas de prevención entre la población sana, así como en el propio lugar de trabajo por medio de las *Medidas Universales de protección*; atender digna y eficazmente

personas infectadas o enfermas; trabajar con colegas en un ambiente libre de prejuicios y discriminación, independientemente de su situación o no de infectados; y por sobre todas las cosas, es estar preparado para la eventualidad futura de situarse en alguno de estos lugares.

Sería provechoso para el futuro, conocer cuales son los factores que intervienen en la determinación del *nivel de información* que poseen los profesionales de la Terapia Ocupacional (económicos, de accesibilidad de información, personales, institucionales, etc.), para obrar en consecuencia, situación que queda planteada para futuras investigaciones.

10) GLOSARIO:

ADENOPATÍA: término utilizado para designar el aumento de tamaño de un ganglio linfático.

AGENTE INFECCIOSO: microorganismo capaz de producir una infección o enfermedad infecciosa.

AISLAMIENTO: separación de personas (o animales) infectados, de los demás, durante el período de transmisibilidad de la enfermedad, en lugares y condiciones tales que eviten o limiten la transmisión directa o indirecta del agente infeccioso. (El C.D.C. hace referencia a los diferentes tipos de aislamiento y las recomendaciones a seguir en cada caso)

ANTICUERPO: glucoproteína producida por el organismo en respuesta directa a la introducción de una sustancia denominada antígeno que induce su creación. Sustancia que creada por el organismo se opone a la acción de otros elementos.

ANTÍGENO: cualquier sustancia capaz de desencadenar una respuesta inmune, como: agentes microbianos (bacterias, hongos) o células humanas en caso de transfusión con sangre incompatible, por ejemplo.

A.R.N.: Acido Ribonucleico que transporta en una célula la información genética que es portada por otro ácido el A.D.N.

BISEXUAL: persona que tiene relaciones sexuales con personas de su mismo sexo y del opuesto.

CANDIDIASIS: micosis limitada generalmente a las capas superficiales de la piel o membranas mucosas, cuyas manifestaciones consisten en: aftas en la boca, intertrigo, vulvovaginitis, paroniquia, y a veces úlceras. Transmisible por secreciones o excreciones de la boca, piel, vagina y heces; de la madre al hijo durante el parto y por diseminación endógena.

CARGA VIRAL: cantidad de R.N.A. viral en el plasma de los pacientes infectados por el V.I.H.

COCCIDIOMICOSIS: micosis sistémica progresiva y a menudo mortal, que comienza en forma de infección de las vías respiratorias, caracterizada por: fiebre, escalofríos y tos, y que continúa con lesiones en pulmones y abscesos en todo el cuerpo. Su reservorio el suelo,

transmitiéndose por inhalación de las astroconidias infectantes del suelo. No es transmisible de persona a persona.

CONDOM: vaina de látex o tripa de cordero inventada por un médico higienista Inglés de apellido Condom.

CRIPTOCORIDIOSIS: infección parasitaria que afecta las células epiteliales de las vías gastrointestinales, biliares y respiratorias del hombre. Caracterizada por: diarrea, anorexia y vómito en los niños. En pacientes con S.I.D.A. si no se elimina el parásito, sigue un curso fulminante. Transmisión fecal - oral. El 10 a 20% de los pacientes con S.I.D.A. presentan esta infección en algún momento de su enfermedad.

CROMOSOMA: cada uno de los corpúsculos que existen en el núcleo de las células.

ENTRONGILOIDIASIS: trastorno del duodeno y mitad superior del yeyuno. Dermatitis transitoria cuando las larvas de los parásitos penetran en la piel; tos, estertor y a veces neumonitis cuando pasan a los pulmones, o bien trastornos abdominales si se aloja en el intestino produciendo náuseas, disminución de peso, vómito, estreñimiento. Presentes en las heces los parásitos pasan a la piel y de esta a la circulación venosa.

EPIDEMIA: es el aumento del número de casos de una enfermedad en un tiempo y lugar determinado que exceda la ocurrencia esperada.

ETIOLOGÍA: estudio de las causas de las enfermedades.

HEMOFILIA: enfermedad hereditaria de la sangre que es transmitida por las mujeres y padecida por los hombres. Obedece a la falla de un factor de coagulación.

HERPES SIMPLE: vesículas arracimadas o ulceraciones profundas, ubicadas en la región genital, perianal, y labios.

HERPES ZÓSTER: (varicela) enfermedad vírica con fiebre moderada y erupción cutánea. Personas inmunodeprimidas corren más riesgo de infección. Se transmite por contacto directo.

HISTOPLASMOSIS: micosis aguda generalizada cuya lesión primaria suele localizarse en los pulmones. Caracterizada por fiebre, anemia, neumonía de distribución irregular, meningitis, úlceras de la mucosa bucal, laringe, estómago o intestino, infección

suprarrenal. Se transmite por inhalación de las esporas que forman los microorganismos responsables, no por contacto directo.

INMUNIDAD CELULAR: protección en la que los factores activos son las células fagocitarias.

INMUNODEFICIENCIA: proceso en el que existe una irregularidad en la respuesta inmunitaria, ya sea humoral o celular.

LINFOCITOS: glóbulos blancos de la sangre que participan en la inmunidad del organismo humano.

MACRÓFAGOS: cualquiera de las muchas células encontradas en los tejidos, capaces de ingerir partículas de materia.

MEDIDAS UNIVERSALES DE PROTECCIÓN: conjunto de medidas de cuidado dirigidas a evitar entre los trabajadores de la salud la exposición a materiales orgánicos como: sangre, semen y secreciones vaginales.

MENSTRUAR: acción de eliminar periódicamente parte de la mucosa uterina con flujo sanguíneo y moco.

MITO: creencia ancestral o relato tradicional constituido para explicar lo inexplicable, caracterizado por contener parte de verdad y parte de fábula.

NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS CARINII: enfermedad pulmonar aguda o subaguda, a menudo mortal, especialmente en lactantes desnutridos y prematuros. Grave problema de personas con Síndrome de Inmunodeficiencia. Caracterizada por: disnea, taquipnea, cianosis, con y sin fiebre. Se desconoce el modo de transmisión al hombre.

PANDEMIA: cuando la epidemia abarca la mayoría de los países.

PERÍODO DE SEROCONVERSIÓN: tiempo transcurrido desde que el V.I.H. ingresa al organismo de la persona, hasta el momento en que se forman anticuerpos, los cuales podrán detectarse en la sangre mediante pruebas de laboratorio.

PH: símbolo que hace referencia a la concentración de átomos concarga eléctrica (iones) de hidrógeno presentes en una solución, es decir la medida de acidez y de alcalinidad de la misma. Variable que se emplea para caracterizar el grado de acidez de una disolución.

PORTADOR: persona que alberga el agente infeccioso de una enfermedad y que constituye así una fuente potencial de infección.

PREJUICIO: falsa creencia, juicio anticipado.

PRESERVATIVO: (Condon o profiláctico) cubierta de látex o tripa de cordero para cubrir el pene durante el coito, a fin de prevenir la infección o fecundación. Creado por un higienista Inglés: Condon.

RESERVORIO: lugar donde vive y se multiplica un agente infeccioso.

RETROVIRUS: grupo extenso de virus cuyo material genético está formado por A.R.N. y al entrar en la célula a la que invaden se transforman en A.D.N. por acción de una enzima.

SARCOMA DE KAPOSI: neoplasia más frecuente en pacientes con S.I.D.A., caracterizada por la aparición de máculas, placas o nódulos generalmente palpables, de localización habitualmente superior.

SEROCONVERSIÓN: cambio en una prueba serológica de resultado negativo a resultado positivo, que indica desarrollo de anticuerpos en respuesta a infección o inmunización.

SERONEGATIVO: persona que manifiesta resultado negativos en la investigación serológica, que posee falta de anticuerpos.

SEROPOSITIVO: persona que manifiesta resultados positivos en la investigación serológica, que tiene una concentración elevada de anticuerpos.

S.I.D.A.: (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) Enfermedad transmisible, no genética, caracterizada por un conjunto de signos y síntomas que aluden al deterioro del sistema inmunitario del organismo.

TOXOPLASMOSIS: enfermedad sistémica causada por protozoarios, a menudo asintomática o de cuadro similar a la mononucleosis infecciosa: con fiebre, linfadenopatía y linfocitosis. Entre los inmunodeprimidos puede haber neumonía, afección de músculos estriados, miocarditis, erupción maculopapilar y culminar en la muerte.

TRANSCRIPCIÓN: síntesis de nR.N.A. de acuerdo con la plantilla de D.N.A. correspondiente.

TRANSFUSIÓN: paso de un líquido especialmente sangre, de un vaso a otro.

TRANSMISIÓN PARENTERAL: pasaje efectuado por vía distinta a la digestiva o intestinal, como: subcutánea, intravenosa, etc.

TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR: enfermedad producida por microbacterias, menos común que la tuberculosis pulmonar, que puede surgir por reinfección exógena o reactivación endógena de foco latente. Puede afectar cualquier órgano o tejido, y afecta ganglios linfáticos, la pleura, el pericardio, los riñones, los huesos y las articulaciones, la laringe, piel, intestino, peritoneo y ojos. Se transmite por exposición al bacilo a través de gotitas suspendidas en el aire expulsadas por personas con tuberculosis.

VEHÍCULO: medio que utilizan los agentes infecciosos para transportarse de un organismo a otro, generalmente son líquidos o secreciones corporales.

V.I.H.: (Virus de Inmunodeficiencia Humana) Agente infeccioso perceptible por microscopio óptico y caracterizado por la falta de metabolismo independiente, y por la capacidad de duplicarse solo dentro de células huésped vivas.

VIRUS: entidad no celular, capaz de replicarse en el seno de células vivas específicas

11)

ANEXO

El siguiente cuestionario tiene por objetivo recabar datos sobre el tema *el Terapeuta Ocupacional ante el VIH y S.I.D.A.*, información que formará parte de un trabajo de investigación requerido para obtener la licenciatura en Terapia Ocupacional. Por este motivo, y destacando el carácter anónimo de las respuestas, solicito su amable colaboración. Desde ya, muchas gracias.

Observaciones:

- distinguir la opción u opciones elegidas con una cruz en el casillero correspondiente
- en los ítems donde se encuentre la opción *otros*, consignar la alternativa propuesta.

TITULO

IDENTIFICACION

CUERPO DEL CUESTIONARIO

Cuestionario

*título: Terapeuta Ocupacional Lic. en Terapia Ocupacional *años de experiencia.....

*sexo: - masculino
- femenino

*edad:años

* estado civil: - soltero
- casado
- otro

* *área de trabajo actual:* (puede señalar más de una)

- centro correccional
- clínica
- consultorio privado
- escuela irregulares motores
- escuela de disminuidos visuales
- escuela común
- facultad
- geriátrico
- hospital
- instituto de rehabilitación
- industria
- jardín maternal
- jardín de infantes
- instituciones psiquiátricas
- talleres protegidos
- residencias u hogares de ancianos
- otros.....

*tipo de establecimiento: - privado
- estatal
- ambos

*sexo de los pacientes: - femenino
- masculino
- ambos

*edad de los pacientes: - niños
- adolescentes
- adultos
- adultos mayores
(grupo en edad)

En el mes de junio, del año 1981, el Centro de Clasificación de enfermedades de Atlanta (EEUU), transmitió las primeras noticias de una nueva enfermedad:

• ¿Conoce usted la enfermedad denominada *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.)*? CDE
si no

¿Desde cuando?..... A

¿Por qué? - razones laborales CPNE
- razones personales
- razones sociales

• ¿A través de qué *fuentes* ha obtenido *información* sobre el tema? CPNE

- libros
- tesis
- monografías
- anuarios
- revistas
- radio
- televisión
- diccionarios
- boletines
- folletos
- leyes
- material audiovisual
- conferencias
- cursos
- talleres
- familiares y amigos
- Terapeutas Ocupacionales
- otros profesionales
- ninguna
- otras.....

• ¿Qué es para usted el *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*?
.....no sabemos contesta A

• ¿Y el *Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.)*?
.....no sabemos contesta A

• ¿Existen diferencias entre el V.I.H. y S.I.D.A.? (si responde afirmativamente consigne cual/es)
.....no sabemos contesta A

• ¿Conoce los *mecanismos de transmisión* del V.I.H.? Mencíonelos
.....no sabemos contesta A

CUERPO DEL CUESTIONARIO

• Entre las siguientes frases, indique por favor, aquellas que considere verdaderas. CDE

- el V.I.H. se encuentra en todos los líquidos corporales
- el S.I.D.A. es un castigo divino
- el S.I.D.A. se transmite a través de los alimentos
- el S.I.D.A. es una enfermedad de homosexuales y drogadictos
- el V.I.H. deteriora el sistema inmunitario del ser humano
- para el S.I.D.A. no existen tratamientos efectivos
- el V.I.H. se hospeda solo en los seres humanos
- el V.I.H. se transmite también a través de: lágrimas, transpiración y saliva
- infectado por V. I. H. y enfermo de S.I.D.A. son sinónimos
- el S.I.D.A. es una enfermedad de personas pobres
- el V.I.H. fue creado por científicos
- el diagnóstico de la infección por el V.I.H. se realiza por medio de una entrevista

• Entre las siguientes acciones distinga las *prácticas* que generan *riesgo* de infección por el V.I.H.:

- mantener relaciones homosexuales
- la mamá infectada dar el pecho
- compartir cepillo de dientes, hojas de afeitar u otros elementos que puedan producir sangrado
- atender un paciente infectado por el V.I.H. con síndrome vestibular
- besar, acariciar, dar la mano
- tener relaciones sexuales con parejas ocasionales, sin preservativo
- compartir un mate o gaseosa
- donar sangre
- intercambiar agujas y/o jeringas
- compartir el lugar de trabajo
- limpiar una herida abierta sin uso de guantes
- tatuarse
- realizar procedimientos de evaluación (motoras, sensoriales, A.V.D.) a los pacientes
- todas
- ninguna

• ¿Cómo se establece el diagnóstico de infección por el V.I.H.?

- Pruebas de laboratorio - Examen físico CPHE

- Entrevista - no sabe/no contesta

- otros

• ¿Conoce las Medidas Universales de protección para la prevención de la infección por el V.I.H. destinadas a los trabajadores de la salud? CPE

si no no sabe / no contesta

*) ¿En qué consisten? A

.....no sabe/no contesta

*) ¿Quiénes a su criterio, deben usarlas? ¿Por qué? A

.....no sabe/no contesta

*) ¿Usted las utiliza? CPE

si no a veces

¿Cuándo?.....

¿Por qué?.....

• Entre las siguientes acciones de protección, distinga aquellas que usted utilice en su tarea laboral: CPE

- cubrir heridas, lesiones exudativas o dermatitis antes de comenzar la tarea
- lavar manos y antebrazos con agua y jabón antes y después de atender a cada paciente
- usar guantes cuando exista la posibilidad de contacto con líquidos corporales transmisores del V.I.H.
- descartar los guantes luego del uso con cada paciente

Entrevista realizada a una muestra de las instituciones en que trabajan los Terapeutas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional

Presentación:

La siguiente entrevista tiene por objetivo recabar información que formará parte de una investigación denominada [El Terapeuta Ocupacional frente al V.I.H. y S.I.D.A] requerida para obtener la Licenciatura en Terapia Ocupacional; motivo por el cual, recalcando el carácter anónimo de las respuestas solicito su amable colaboración.

Características de la institución:

tipo: - pública
- privada

dependencia: - Municipal
- Provincial
- Nacional

objetivo:.....

En lo que respecta a la capacitación de los profesionales de la salud,

- ¿ Se realizan cursos instructivos o de perfeccionamiento propiciados por la institución destinados a dichos profesionales?

no si ¿ Con qué frecuencia?.....

*) ¿ que temas se tratan?

.....

*) ¿ son obligatorios u optativos?

.....

*) ¿ se otorgan certificados de asistencia?

si no

*) ¿ se ha realizado alguno sobre los temas: el V.I.H. - S.I.D.A. o *Mecanismos Universales de protección para la prevención de la infección por el V.I.H?* ¿ con qué frecuencia?

.....

.....

En relación al abastecimiento de insumos tales como: gasas, guantes, gafas, desinfectante y otros:

- ¿ Cual es el procedimiento que el profesional debe seguir para obtenerlos?

.....

.....

.....

*) ¿ Hay periodos predeterminados para realizar el pedido? ¿ Cuales?

.....

.....

TABLAS Y GRÁFICOS

TABLAS Y GRAFICOS

POBLACIÓN. CARACTERISTICAS.

TABLA N° 1: Nivel de instrucción de los profesionales de la Terapia Ocupacional, que integran la muestra, que desempeñan su actividad en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997.

Nivel de Instrucción	N°	Porcentaje %
Terapista Ocupacional	45	69.2
Lic. En Terapia Ocupacional	20	30.8
TOTAL	65	100

TABLA N° 2: Rango de edades de Terapistas Ocupacionales y Lic. en Terapia Ocupacional que desempeñan su actividad, en la ciudad de Mar del Plata en el año 1997.

Rango de edad	Terapista Ocupacional		Lic. en Terapia Ocupacional	
	Cantidad	Porcentaje %	Cantidad	Porcentaje %
20 a 29	5	11.1	10	50
30 a 39	22	48.9	9	45
40 a 49	16	35.6	1	5
Mas de 50	1	2.2	0	0
No contesta	1	2.2	0	0
TOTAL	45	100	20	100

TABLA N° 3: Experiencia laboral, expresada en años, de los Terapistas Ocupacionales y Lic. en Terapia Ocupacional que trabajan en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997.

Profesionales de la Terapia Ocupacional		
Años de Experiencia	Cantidad	Porcentaje %
1 a 5	23	35.4
6 a 10	12	18.5
11 a 15	11	16.9
16 a 20	9	13.8
21 a 25	5	7.7
No contesta	5	7.7
Totales	65	100

TABLA N° 4: Ambito laboral donde se desempeñan los Terapistas Ocupacionales y Lic. en Terapia Ocupacional que trabajan en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997. (el total del porcentaje supera el 100% dado que algunos profesionales cumplen tareas en distintos lugares de trabajo)

Ambito laboral	Cantidad	Porcentaje %
Centro correccional	1	1.5
Clínica	2	3.1
Consultorio Privado	19	29.2
Escuela de irregulares motores	5	7.7
Escuela de disminuidos visuales	1	1.5
Escuela común	1	1.5
Facultad	22	33.8
Geriátrico	8	12.3
Hospital	11	16.9
Instituto de Rehabilitación	2	3.1
Industria	0	0
Jardín Maternal	2	3.1
Jardín de Infantes	1	1.5
Instituciones Psiquiátricas	7	10.8
Talleres Protegidos	3	4.6
Residencias u Hogares de ancianos	5	7.7
Otros	18	27.7

TABLA N° 5: Tipo de establecimiento donde desempeñan su actividad los Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional que trabajan en la ciudad de Mar del Plata en el año 1997.

Ambito	Cantidad	Porcentaje %
Privado	26	40
Estatal	24	36.9
Ambos	15	23.1
No contesta	0	0
Totales	65	100

TABLA N° 6: Tipo de establecimiento donde trabajan los profesionales de la Terapia Ocupacional que trabajan en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997, en relación al nivel de instrucción.

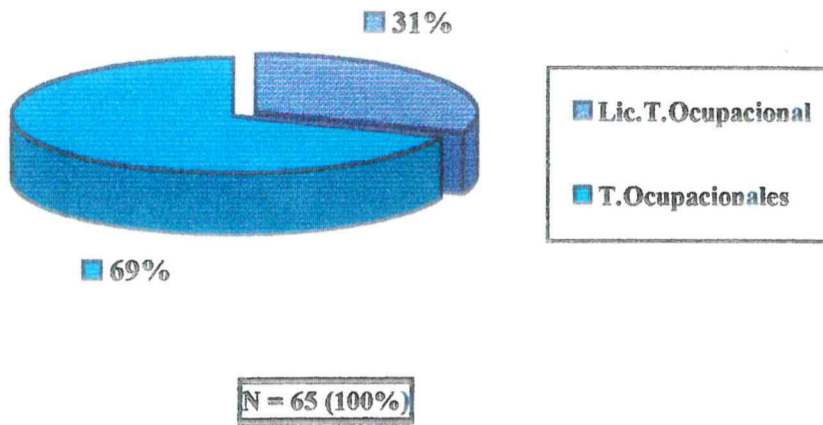
Ambito	Terapista Ocupacional		Lic. en Terapia Ocupacional	
	N°	Porcentaje %	N°	Porcentaje %
Privado	17	37.8	9	45.0
Estatatal	19	42.2	5	25.0
Ambos	9	20.0	6	30.0
No contesta	0	0	0	0
Totales	45	100	20	100

TABLA N° 7: Área de trabajo donde se desempeñan los Terapistas Ocupacionales y Lic. en Terapia Ocupacional que trabajan en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997, de acuerdo a los años de experiencia laboral.

Ambito laboral	Terapistas Ocupacionales			Lic. en Terapia Ocupacional		
	1 a 5	6 a 15	+de 15	1 a 5	6 a 15	+ de 15
Centro correccional	0	0	0	0	0	0
Clínica	0	2	0	0	0	0
Consultorio Privado	2	3	2	9	1	0
Escuela de irregulares motores	0	3	2	0	0	0
Escuela de disminuidos visuales	0	0	1	0	0	0
Escuela común	0	1	0	0	0	0
Facultad	1	6	5	8	1	0
Geriátrico	4	1	1	2	0	0
Hospital	0	4	3	1	2	0
Instituto de Rehabilitación	0	1	0	1	0	0
Industria	0	0	0	0	0	0
Jardín Maternal	0	0	1	1	0	0
Jardín de Infantes	0	0	1	0	0	0
Instituciones Psiquiátricas	2	2	1	2	0	0
Talleres Protegidos	0	2	0	0	0	0
Residencias u Hogares de ancianos	3	0	1	1	0	0
Otros	0	8	3	2	1	1

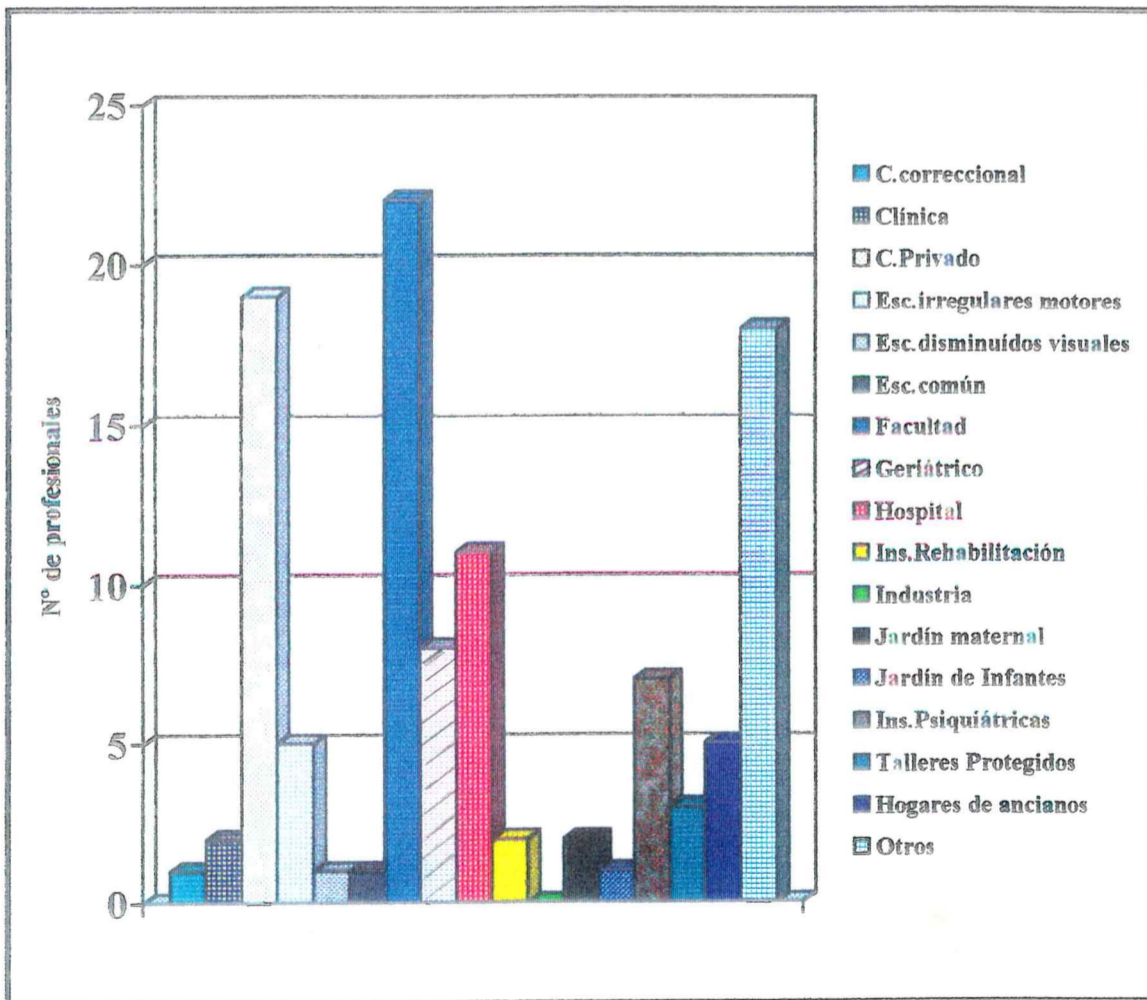
GRAFICOS:

GRAFICO N° 1: (tabla N°1)



Nivel de instrucción de los profesionales de la Terapia Ocupacional, que trabajan en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997.

GRAFICO N°2: (tabla N° 4)



Ámbito laboral donde desempeñan su actividad Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional que trabajan en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997.

TRATAMIENTO DE LA VARIABLE: NIVEL DE INFORMACIÓN.

TABLA N° 8: Conocimiento de la enfermedad denominada Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida por los Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional que desempeñan su actividad en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997.

SIDA	Terapistas Ocupacionales		Lic. en Terapia Ocupacional	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Conoce	45	100	20	100
No sabe/no contesta	0	0	0	0

TABLA N° 9: Razones que motivaron el conocimiento de la enfermedad denominada Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, por los Terapistas Ocupacionales y Lic. en Terapia Ocupacional, en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997. (los totales superan el 100% ya que los profesionales tuvieron más de una motivación para el conocimiento de esta enfermedad)

Razones del conocimiento	Cantidad	Porcentaje %
Laborales	51	78.5
Sociales	16	24.6
Personales	12	18.5

TABLA N° 10: Conocimiento de las diferencias entre V.I.H. y S.I.D.A. por los Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997

Diferencia HIV-SIDA	Terapistas Ocupacionales		Lic. En T. Ocupacional	
	Cantidad	Porcentaje %	Cantidad	Porcentaje %
Conoce	30	66.7	13	65.0
No conoce	15	33.3	6	30.0
No sabe/No contesta	0	0	1	5.0
TOTAL	45	100	20	100

TABLA N° 11: Conocimiento de los mecanismos de transmisión del V.I.H. por los Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997.

Mecanismos de Transmisión del HIV	Terapistas Ocupacionales		Lic. En T. Ocupacional	
	Cantidad	Porcentaje %	Cantidad	Porcentaje %
Conoce	45	100	19	95.0
No conoce	0	0	0	0
No sabe/No contesta	0	0	1	5.0
TOTAL	45	100	20	100

TABLA N° 12: Fuentes de información sobre el V.I.H. / S.I.D.A. consultadas por los Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional, que desempeñan su actividad, en el año 1997, en la ciudad de Mar del Plata.

Fuente de información	Cantidad	Porcentaje %
Libros	29	44.6
Tesis	13	20.0
Monografías	4	6.2
Anuarios	4	6.2
Diarios	54	83.1
Revistas	45	69.2
Radio	38	58.5
Televisión	53	81.5
Diccionarios	4	6.2
Boletines	23	35.4
Folletos	39	60.0
Leyes	4	6.2
Material Audiovisual	19	29.2
Conferencias	24	36.9
Cursos	21	32.3
Talleres	17	26.2
Familiares y amigos	12	18.5
Terapistas Ocupacionales	10	15.4
Otros profesionales	22	33.8
Ninguna	1	1.5
Otras	2	3.1

TABLA N° 13: Conocimiento de las acciones destinadas a establecer el diagnóstico de infección por el V.I.H., por los Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional, en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997. (los totales superan el 100% ya que los profesionales consideraron más de una opción)

Acciones	Profesionales de la Terapia Ocupacional	
	Cantidad	Porcentaje %
Pruebas de Laboratorio	64	98.5
Entrevista	10	15.4
Examen físico	14	21.5
Otro	0	0
No sabe/no contesta	1	1.5

TABLA N° 14: Conocimiento del número de infectados por el V.I.H. a nivel Mundial, Nacional y Municipal, por los profesionales de la Terapia Ocupacional que trabajan en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997.

Conocimiento del N° de infectados	Profesionales de la Terapia Ocupacional			
	Conoce	Porcentaje %	No conoce	Porcentaje %
Mundial	2	3.1	63	96.9
Nacional	2	3.1	63	96.9
Municipal	0	0	65	100

TABLA N° 15: Conocimiento de la legislación que regule las acciones destinadas a la prevención y atención del V.I.H. / S.I.D.A, por los Terapistas Ocupacionales y Lic. en Terapia Ocupacional que trabajan en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997.

Conocimiento de la Legislación	Terapistas Ocupacionales		Lic. en Terapia Ocupacional	
	Cantidad	Porcentaje %	Cantidad	Porcentaje %
Conoce	4	8.9	1	5.0
No conoce	41	91.1	19	95.0
Total	45	100	20	100

TABLA N° 16: Nivel de información de los profesionales de la Terapia Ocupacional que trabajan en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997.

Nivel de Información	Profesionales de Terapia Ocupacional	
	N°	%
Alto	0	0
Medio	5	7.7
Bajo	53	81.5
Insuficiente	7	10.8
Total	65	100

TABLA N° 17: Nivel de información de los profesionales de la Terapia Ocupacional que trabajan en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997, en relación a su nivel de instrucción.

Nivel de Información	Nivel de Instrucción				Total	
	Terapeuta Ocup.		Lic.T.O			
	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	0	0	0	0	0	0
Medio	3	4.6	2	3.1	5	7.7
Bajo	37	56.9	16	24.6	53	81.5
Insuficiente	5	7.7	2	3.1	7	10.8
Total	45	69.2	20	30.8	65	100

$$X^2 = 0.23 \quad P = > 0.05$$

Terapeuta Ocupacional: 45 personas
 Lic. en Terapia Ocupacional: 20 personas

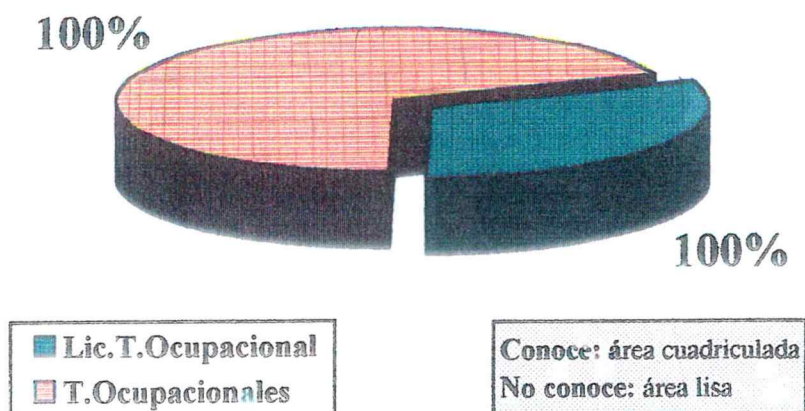
TABLA N°18: Nivel de información de los Terapistas Ocupacionales y Lic. en Terapia Ocupacional que trabajan en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997, en relación a los años de experiencia laboral.

Años de experiencia laboral	Nivel de información								Total	
	Alto		Medio		Bajo		Insuficiente			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1 a 5	0	0	2	3.1	17	26.2	4	6.2	23	35.5
6 a 10	0	0	0	0	9	13.8	3	4.6	12	18.4
11 a 15	0	0	0	0	11	16.9	0	0	11	16.9
16 a 20	0	0	1	1.5	8	12.3	0	0	9	13.8
21 a 25	0	0	1	1.5	4	6.1	0	0	5	7.6
No contesta años experiencia	0	0	1	1.5	4	6.1	0	0	5	7.6
Total	0	0	5	7.6	53	81.4	7	10.8	65	100

TABLA N° 19: Nivel de información de los Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional que trabajan en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997, en relación al tipo de establecimiento donde desempeñan su actividad.

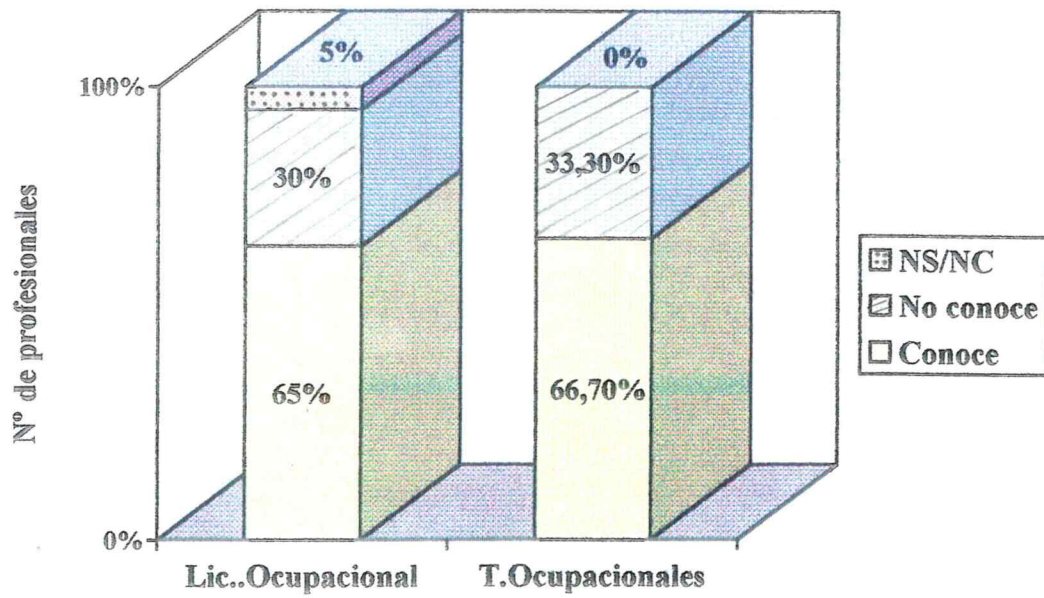
Años de experiencia laboral	Nivel de información								Total	
	Alto		Medio		Bajo		Insuficiente			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Privado	0	0	2	3.1	20	30.8	4	6.2	26	40.0
Estatad	0	0	3	4.6	19	29.2	2	3.1	24	36.9
Ambos	0	0	0	0.0	14	21.5	1	1.5	15	23.1
Total	0	0	5	7.7	53	81.5	7	10.8	65	100

GRAFICO N°3: (tabla N° 8)



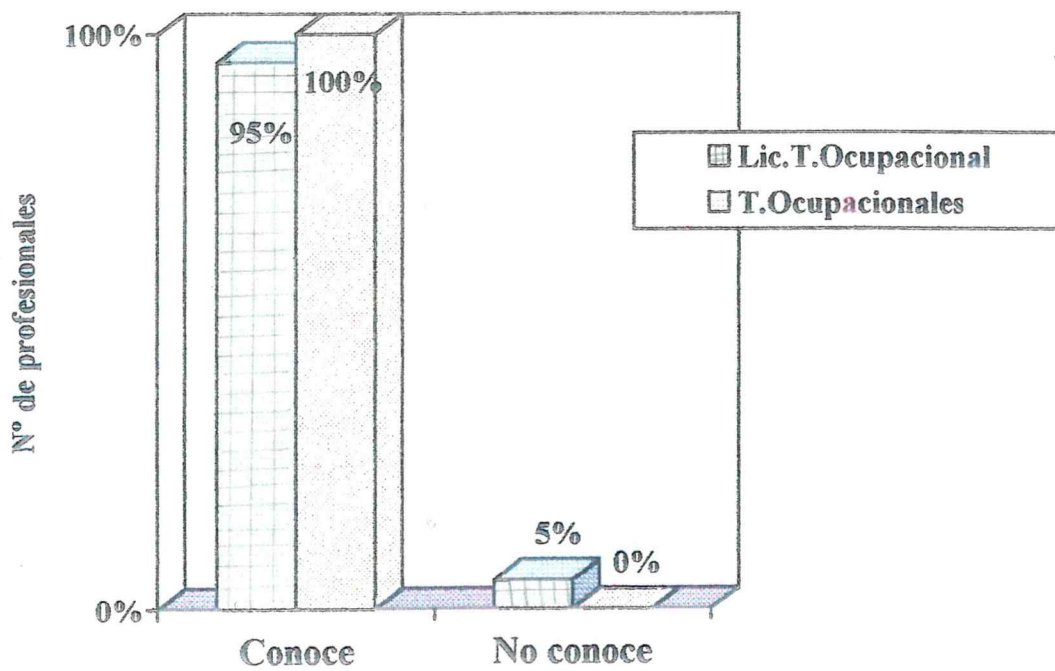
Conocimiento de la enfermedad denominada Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida por los Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional que desempeñan su actividad en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997.

GRAFICO N° 4: (tabla N°10)



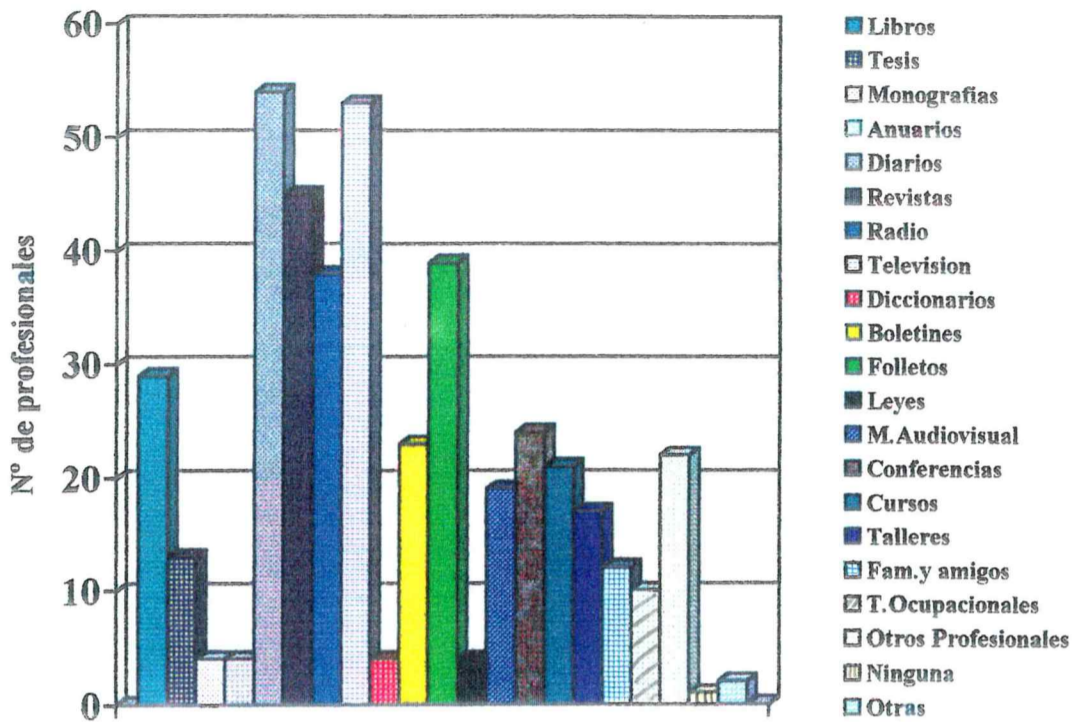
Conocimiento de las diferencias entre el V.I.H. y S.I.D.A. por los Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional, en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997.

GRAFICO N° 5: (tabla N° 11)



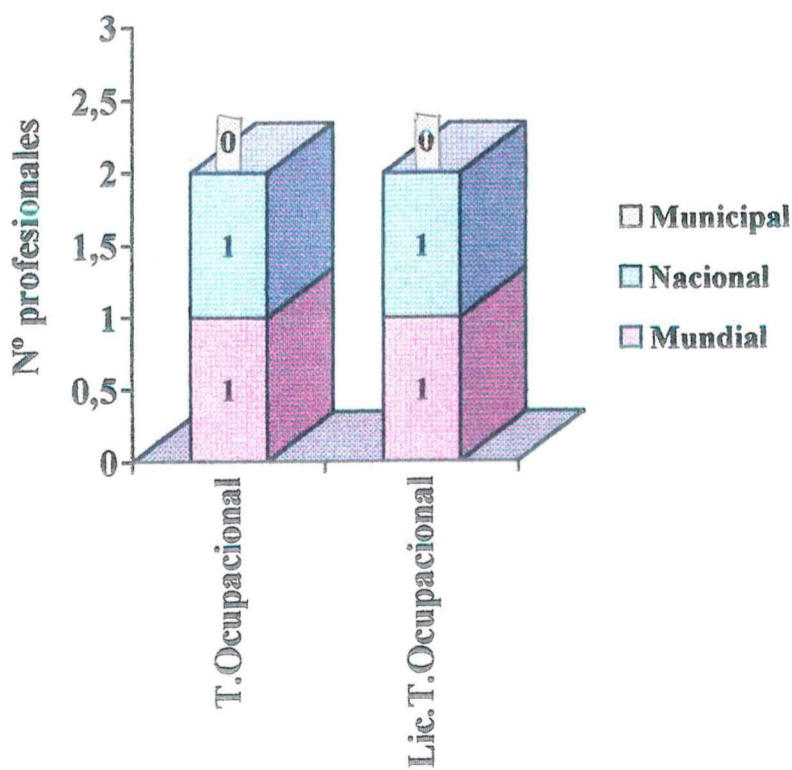
Conocimiento de los mecanismos de transmisión del V.I.H. por los Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997.

GRAFICO N° 6 .Tabla N° 12)



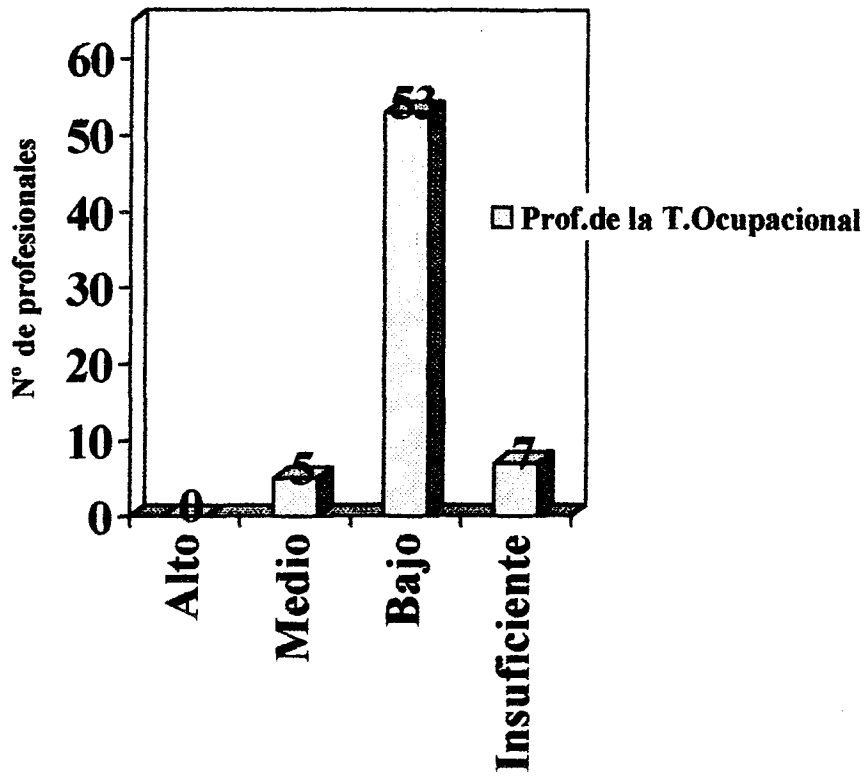
Fuentes de información sobre el V.I.H. / S.I.D.A. consultadas por los Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional, en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997.

GRAFICO N° 7: (tabla N° 14)



Conocimiento del número de infectados por el V.I.H: a nivel Mundial, Nacional y Municipal, por los profesionales de la Terapia Ocupacional que trabajan en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997.

GRAFICO N° 8: (tabla N° 16)



Nivel de información que poseen los Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional que trabajan en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997.

TRATAMIENTO DE LA VARIABLE: UTILIZACIÓN DE LAS MEDIDAS UNIVERSALES DE PROTECCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL V.I.H.

La *información* es el primer paso para la adopción de medidas preventivas, como lo son, en este caso, las *Medidas Universales de Protección para la prevención de la infección por el V.I.H.*

TABLA N°20: Conocimiento de las Medidas Universales de Protección para la prevención de la infección por el V.I.H. por los Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional que trabajan en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997.

Conocimiento de las Medidas Universales	Profesionales de la Terapia Ocupacional	
	Cantidad	Porcentaje %
Conoce	48	73.8
No conoce	17	26.2
TOTAL	65	100

TABLA N° 21: Conocimiento de las Medidas Universales de Protección para la prevención de la infección por el V.I.H. por los profesionales de la Terapia Ocupacional, que trabajan en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997, de acuerdo al nivel de instrucción.

Conocimiento de las Medidas Universales	Terapistas Ocupacionales		Lic. en Terapia Ocupacional	
	Cantidad	Porcentaje %	Cantidad	Porcentaje %
Conoce	34	75.6	14	70.0
No conoce	11	24.4	6	30.0
Total	45	100	20	100

TABLA N° 22: Conocimiento de las Medidas Universales de Protección para la prevención de la infección por el V.I.H. por los Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional según el ámbito laboral donde desempeñan su actividad, en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997.

Ambito laboral	Cantidad Total de profesionales	Conocen	No conocen
Centro correccional	1	1	0
Clínica	2	1	1
Consultorio Privado	19	13	6
Escuela de irregulares motores	5	4	1
Escuela de disminuidos visuales	1	1	0
Escuela común	1	1	0
Facultad	22	15	7
Geriátrico	8	6	2
Hospital	11	8	3
Instituto de Rehabilitación	2	1	1
Industria	0	0	0
Jardín Maternal	2	2	0
Jardín de Infantes	1	1	0
Instituciones Psiquiátricas	7	4	3
Talleres Protegidos	3	2	1
Residencias u Hogares de ancianos	5	4	1
Otros	18	16	2

TABLA N° 23: Utilización de las Medidas Universales de Protección para la prevención de la infección por el V.I.H. destinadas a los trabajadores de la salud, según el nivel de instrucción de los profesionales de la Terapia Ocupacional que ejercen su profesión en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997.

Utilización de las Medidas Universales	Terapistas Ocupacionales		Lic. en Terapia Ocupacional	
	Cantidad	Porcentaje %	Cantidad	Porcentaje %
Utiliza	17	37.8	10	50.0
A veces	12	26.7	4	20.0
No Utiliza	15	33.3	6	30.0
No contesta	1	2.2	0	0
TOTAL	45	100	20	100

TABLA N° 24: Utilización de las Medidas Universales de Protección para la prevención de la infección por el V.I.H. por los profesionales de la Terapia Ocupacional según el área de trabajo en que desempeñan su actividad, en la ciudad de Mar del Plata en el año 1997.

Ambito laboral	Utilizan	A veces	No Utiliza	No contesta	Total
Centro correccional	1	0	0	0	1
Clínica	1	0	1	0	2
Consultorio Privado	9	4	6	0	19
Escuela de irregulares motores	1	1	3	0	5
Escuela de disminuidos visuales	1	0	0	0	1
Escuela común	0	0	1	0	1
Facultad	9	3	10	0	22
Geriátrico	3	0	5	0	8
Hospital	4	4	3	0	11
Instituto de Rehabilitación	1	0	1	0	2
Industria	0	0	0	0	0
Jardín Maternal	1	0	1	0	2
Jardín de Infantes	1	0	0	0	1
Instituciones Psiquiátricas	3	2	2	0	7
Talleres Protegidos	1	2	0	0	3
Residencias u Hogares de ancianos	4	0	1	0	5
Otros	8	5	4	1	18

TABLA N° 25: Utilización de las Medidas Universales de Protección para la prevención de la infección por el V.I.H. por los profesionales de la Terapia Ocupacional, que trabajan en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997, según años de experiencia laboral.

Profesionales de la Terapia Ocupacional					
Experiencia	Utiliza	A veces	No utiliza	No contesta	Total
1 a 5	13	3	7	0	23
6 a 10	2	3	6	1	12
11 a 15	3	7	1	0	11
16 a 20	5	1	3	0	9
21 a 25	2	0	3	0	5
N/C años de experiencia	2	2	1	0	5
Totales	27	16	21	1	65

$$X^2 = 0.8 \quad P = > 0.05$$

TABLA N° 26: Utilización de las Medidas Universales de protección para la prevención de la infección por el V.I.H. por los profesionales de la Terapia Ocupacional que trabajan en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997, según la edad de los mismos expresada en años.

Rango de edad	Profesionales de la Terapia Ocupacional				Total
	Utiliza	A veces	No utiliza	No contesta	
20 a 29	8	3	4	0	15
30 a 39	10	10	10	1	31
40 a 49	8	2	7	0	17
Mas de 50	1	0	0	0	1
N/C edad	0	1	0	0	1
TOTAL	27	16	21	1	65

$$X^2 = 4.27 \quad P > 0.05$$

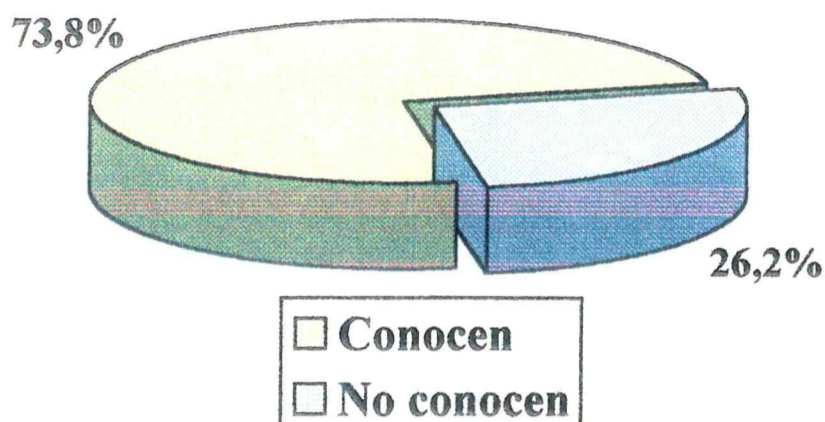
TABLA N° 27: Utilización de las Medidas Universales de protección para la prevención de la infección por el V.I.H. por los Terapistas Ocupacionales y Lic. en Terapia Ocupacional que trabajan en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997, según el grupo de edad de los pacientes atendidos por ellos.

Grupo de edad de los pacientes	Utilización de las medidas de prevención		
	Utiliza	No utiliza	Total
Niños	16	9	25
Adolescentes	27	10	37
Adultos	23	12	35
Adultos mayores	9	6	15

$$X^2 = 0.6 \quad P > 0.05$$

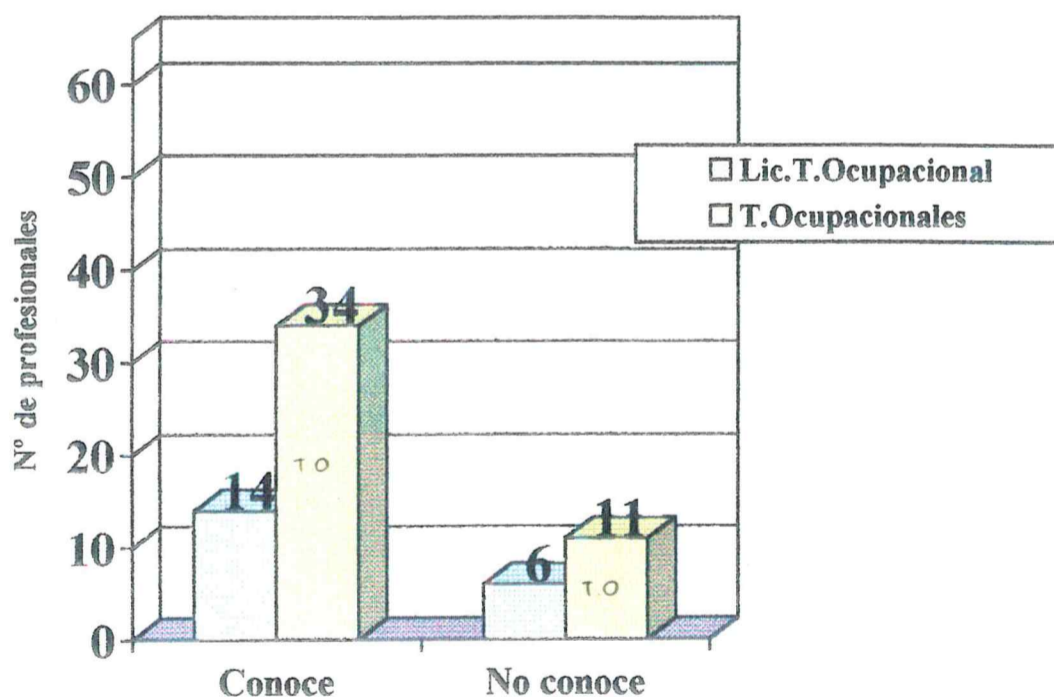
GRAFICOS:

GRAFICO N° 9: (tabla N° 20)



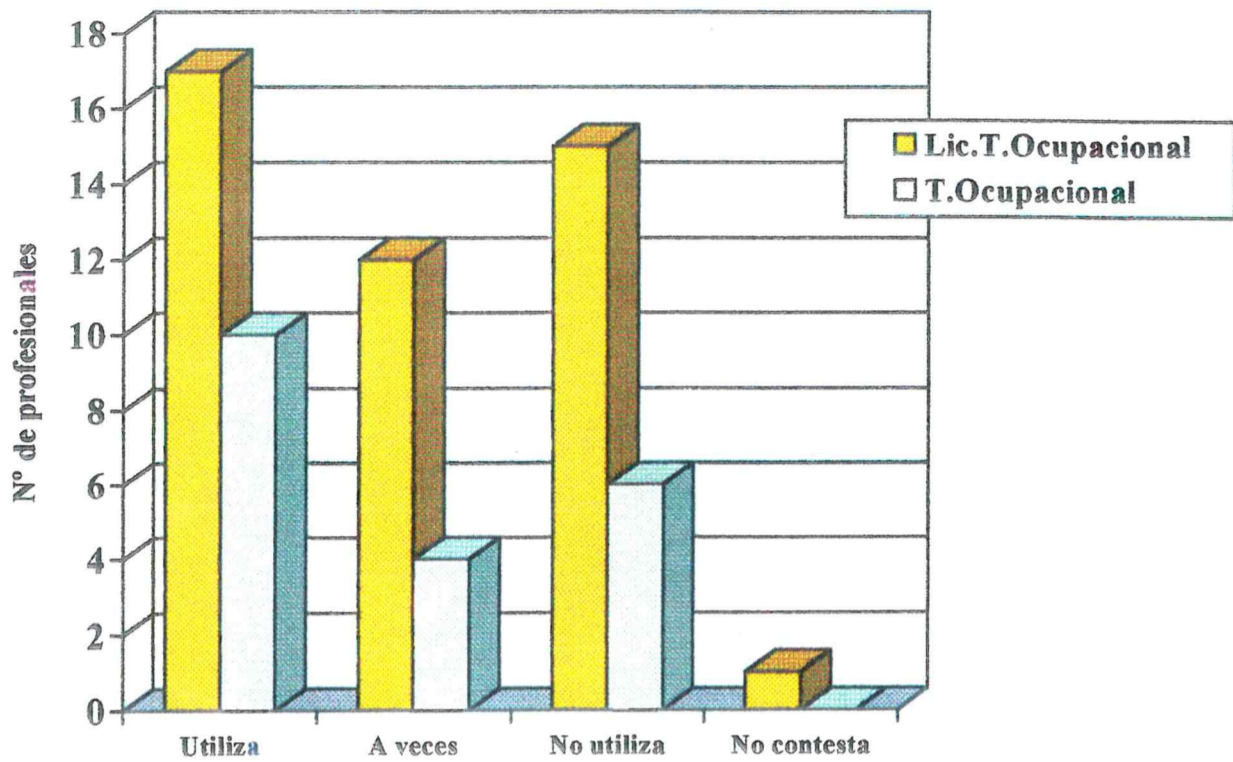
Conocimiento de las Medidas Universales de Protección para la prevención de la infección por el V.I.H. por los Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional que Trabaja en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997.

GRAFICO N° 10: (tabla N° 21)



Conocimiento de las Medidas Universales de protección para la prevención de la infección por el V.I.H. por los profesionales de la Terapia Ocupacional, que trabajan en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997, según nivel de instrucción.

GRAFICO N°11: (tabla N° 23)



Utilización de las medidas Universales de protección para la infección por el V.I.H. por los Terapistas Ocupacionales y Lic. en Terapia Ocupacional, que trabajan en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1997.

LEY N° 23 798

Lev N° 23.798 y su reglamentación

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.)

DECLARADO DE INTERES NACIONAL: LUCHA CONTRA EL S.I.D.A.

LEY N° 23.798

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Declaración de interés nacional a la lucha contra el mismo, estableciendo medidas para la detección, investigación, diagnóstico y tratamiento. Aceptación de las modificaciones introducidas por el Honorable Senado (expedientes 92, 1.18, 1781 y 3.295-D-57; orden del día N° 533-90) (Sanción: 16-8-90- Diputados).

Art. 1° - Declárese de interés nacional a la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, entendiéndose por tal a la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población.

Art. 2° - Las disposiciones de la presente ley y de las normas complementarias que se establezcan, se interpretarán teniendo presente que en ningún caso pueda:

- a) Afectar la dignidad de la persona;
- b) Producir cualquier efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación;
- c) Exceder el marco de las excepciones legales taxativas al secreto médico que siempre se interpretarán en forma restrictiva;
- d) Incursionar en el ámbito de privacidad de cualquier habitante de la Nación Argentina;
- e) Individualizar a las personas a través de fichas, registros o almacenamiento de datos, los cuales, a tales efectos, deberán llevarse en forma codificada.

Art. 3- Las disposiciones de la presente ley serán de aplicación en todo el territorio de la República. La autoridad de aplicación será el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, a través de la Subsecretaría de Salud, la que podrá concurrir a cualquier parte del país para contribuir al cumplimiento de esta ley. Su ejecución en cada jurisdicción estará a cargo de las respectivas autoridades sanitarias a cuyos fines podrán dictar las normas complementarias que consideren necesarias para el mejor cumplimiento de la misma y su reglamentación.

Art. 4- A los efectos de esta ley, las autoridades sanitarias deberán:

- a) Desarrollar programas destinados al cumplimiento de las acciones descriptas en el art. 1°, gestionando los recursos para su financiación y ejecución;
- b) Promover la capacitación de recursos humanos y propender al desarrollo de actividades de investigación, coordinando sus actividades con otros organismos públicos y privados, nacionales, provinciales o municipales e internacionales;
- c) Aplicar métodos que aseguren la efectividad de los requisitos de máxima calidad y seguridad;
- d) Cumplir con el sistema de información que se establezca;
- e) Promover la concertación de acuerdos internacionales para la formulación y desarrollo de programas comunes relacionados con los fines de esta ley;
- f) El poder Ejecutivo arbitrará medidas para llevar a conocimiento de la población las características del S.I.D.A., las posibles causales o medios de transmisión y los tratamientos adecuados para su curación, en forma tal que se evite la difusión inescrupulosa de noticias interesadas.

Art. 5°- El Poder Ejecutivo establecerá dentro de los 60 días de promulgada esta ley, las medidas a observar en relación a la población de instituciones cerradas o semicerradas, dictando las normas de bioseguridad destinadas a la detección de infectados, prevención de la propagación del virus, el control y tratamiento de los enfermos, y la vigilancia y protección del personal actuante.

Art. 6°- Los profesionales que asistan a personas integrantes de grupos de riesgo de adquirir el Síndrome de Inmunodeficiencia están obligados a prescribir las pruebas diagnósticas adecuadas para la detección directa o indirecta de la infección.

Art. 7°- Declárese obligatoria la detección del virus y de sus anticuerpos en la sangre humana destinada a transfusión, elaboración de plasma u otros de los derivados sanguíneos de origen humano para cualquier uso terapéutico. Declárese obligatoria, además, la mencionada investigación de donantes de órganos para trasplante y otros usos humanos, debiendo ser descartadas las muestras de sangre, homoderivados y órganos para trasplante que muestren positividad.

Art. 8°- Los profesionales que detecten el virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.) o posean presunción fundada de que un individuo es portador, deberán informarle sobre el carácter

infectocontagioso del mismo, los medios y formas de transmitirlo y su derecho a recibir asistencia adecuada.

Art. 9°- Se incorporará a los controles actualmente en vigencia para Inmigrantes que soliciten su radicación definitiva en el país la realización de pruebas de rastreo que determine la autoridad de aplicación para la detección de V.I.H..

Art. 10°- La notificación de casos de enfermos de S.L.D.A. deberá ser practicada dentro de las cuarenta y ocho horas de confirmado el diagnóstico, en los términos y formas establecidos por la ley 15.405. En idénticas condiciones se comunicará el fallecimiento de un enfermo y las causas de su muerte.

Art. 11°- Las autoridades sanitarias de los distintos ámbitos de aplicación de esta ley establecerán y mantendrán actualizada, con fines estadísticos y epidemiológicos, la información de sus áreas de influencia correspondiente a la prevalencia e incidencia de portadores y enfermos con el V.I.H., así como también los casos de fallecimiento y las causas de su muerte.

Sin perjuicio de la notificación obligatoria de los prestadores, las obras sociales deberán presentar al INOS una actualización mensual de esta estadística. Todo organismo, institución o entidad pública o privada, dedicado a la promoción y atención de la salud tendrán amplio acceso a ella. Las provincias podrán adherir este sistema de información, con los fines especificados en el presente artículo.

Art. 12°- La autoridad nacional de aplicación establecerá las normas de bioseguridad a las que estará sujeto el uso de material calificado o no como descartable. El incumplimiento de esas normas será considerado falta gravísima y la responsabilidad de dicha falta recaerá sobre el personal que la manipule, como también sobre los propietarios y la dirección técnica de los establecimientos.

Art. 13°- Los actos u omisiones que implique transgresión a las normas de profilaxis de esta ley, y a las reglamentaciones que se dicten en consecuencia, serán consideradas faltas administrativas, sin perjuicio de cualquier responsabilidad civil o penal en que pudieran estar incurso los infractores.

Art. 14°- Los infractores a los que se refiere el artículo anterior serán sancionados por la autoridad sanitaria competente, de acuerdo a la gravedad y o reincidencia de la infracción con:

- a) Multa graduable entre 10 y 100 salarios mínimo, vital y móvil,
- b) Inhabilitación en el ejercicio profesional de un mes a cinco años;
- c) Clausura total o parcial, temporaria o definitiva del consultorio, clínica, instituto, sanatorio, laboratorio o cualquier otro local o establecimiento donde actúen las personas que hayan cometido la infracción.

Las sanciones establecidas en los incisos precedentes podrán aplicarse independientemente o conjuntamente en función de las circunstancias previstas en la primera parte de éste artículo.

En caso de reincidencia, se podrá incrementar hasta el décuplo la sanción aplicada.

Art. 15°- A los efectos determinados en esta título se considerará reincidentes a quienes, habiendo sido sancionados, incurran en una nueva infracción, dentro del término de cuatro (4) años contados desde la fecha en que haya quedado firme la sanción anterior, cualquiera fuese la autoridad sanitaria que la impusiera.

Art. 16°- El monto recaudado en concepto de multas que por intermedio de esta ley aplique la autoridad sanitaria nacional, ingresará a la cuenta especial "Fondo nacional de la salud", dentro de la cual se contabilizará por separado y deberá utilizarse exclusivamente en erogaciones que propendan al logro de los fines indicados en el art. 1°.

El producto de las multas que apliquen las autoridades sanitarias provinciales y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, ingresará de acuerdo con lo que al respecto se disponga en cada jurisdicción, debiéndose aplicar con la finalidad indicada en el párrafo anterior.

Art. 17°- Las infracciones a cada ley serán sancionadas por la autoridad sanitaria competente previo sumario, con audiencia de prueba y defensa a los imputados. La constancia del acta labrada en forma, al tiempo de verificarse la infracción, y en cuanto no sea enervado por otros elementos de juicio, podrá ser considerada como plena prueba de la responsabilidad de los imputados.

Art. 18°- La falta de pago de las multas aplicadas hará exigible su cobro por ejecución fiscal, constituyendo suficiente título ejecutivo del testimonio autenticado de la resolución condenatoria firme.

Art. 19°- En cada provincia los procedimientos se ajustarán a lo que al respecto resuelvan las autoridades competentes de cada jurisdicción, de modo concordante con las disposiciones de este título.

Art. 20°- Las autoridades sanitarias a las que corresponda actuar de acuerdo a lo dispuesto en el art. 3° de esta ley están facultadas para verificar su cumplimiento y el de sus disposiciones

reglamentarias mediante inspecciones y o pedidos de informes según estime pertinente. A tales fines, sus funcionarios autorizados tendrán acceso a cualquier lugar previsto en la presente ley y podrán proceder a la intervención o secuestro de elementos probatorios de su inobservancia. A estos efectos podrán requerir el auxilio de la fuerza pública o solicitar orden de allanamiento a los jueces competentes.

Art. 21º- Los gastos que demande el cumplimiento de lo dispuesto en el art.4 de la presente ley serán solventados por la Nación, imputado a "Rentas generales", y por los respectivos presupuestos de cada jurisdicción.

Art. 22º- El poder Ejecutivo reglamentará las disposiciones de esta ley con el alcance nacional dentro de los sesenta días de su promulgación.

Art. 23º- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino, en Buenos Aires, a los dieciséis días del mes de agosto de mil novecientos noventa.

Decreto (M.S. y A.S.) N° 1244.
Julio 1° de 1991.

VISTO la Ley N° 23.798, y
CONSIDERANDO:

Que el art. 22º de la mencionada ley establece que el Poder Ejecutivo Nacional reglamentará las disposiciones de la misma con alcance nacional.

Que consecuentemente con ello resulta necesaria la aprobación de dichas normas reglamentarias.

Que se actúa en uso de las atribuciones conferidas por el art. 86º, inc. 1º y 2º de la Constitución Nacional y por el art. 12º de la Ley 116.432, incorporado a la Ley 11.672 (Complementaria Permanente de Presupuesto).

Por ello,

EL PRESIDENTE DE LA NACIÓN ARGENTINA DECRETA:

Art. 1º- Apruébase la reglamentación de la Ley 23.798, que declaró de interés nacional la Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), que como anexo 1 forma parte integrante del presente decreto.

Art. 2º- Créase en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social la Cuenta Especial N° 23.798 con el correspondiente régimen de funcionamiento obrante en planilla anexa al presente.

Art. 3º- Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del registro Oficial y archívese.

ANEXO 1 DEL DECRETO REGLAMENTACIÓN DE LA LEY N° 23.798

Art. 1º- Incorpórase la prevención del S.I.D.A. como tema en los programas de enseñanza de los niveles primario, secundario, y terciario de educación. En la esfera de su competencia, actuará el Ministerio de Cultura y Educación, y se invitará a las Provincias y a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires a hacer lo propio.

Art. 2º- Incisos a y b- Para la aplicación de la ley y de la presente reglamentación deberán respetarse las disposiciones de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos, llamada Pacto de San José de Costarrica, aprobada por la ley 23.054, y de la ley Antidiscriminatoria, 23.592.

Inciso c.- Los profesionales médicos así como toda persona que por su ocupación tome conocimiento de que una persona se encuentra infectada por el virus H.I.V., o se halla enferma de S.I.D.A., tiene prohibido revelar dicha información y no puede ser obligado a suministrarla, salvo en las siguientes circunstancias:

- 1.- A la persona infectada o enferma o a su representante, si trata de un incapáz.
- 2.- A otro profesional médico cuando sea necesario para el cuidado o tratamiento de una persona infectada o enferma.
- 3.- A los entes del Sistema Nacional de Sangre creado por el artículo 18 de la ley 22.990, mencionados en el inciso a, b, c, d, e, f, h, e i, del citado artículo, así como los organismos comprendidos en el artículo 7 de la ley 21.541.

4.- Al director de la Institución Hospitalaria o, en su caso, al Director de su servicio de Hemoterapia, con relación a personas infectadas o enfermas que sean asistidas en ellos, cuando resulte necesario para dicha asistencia.

5.- A los jueces en virtud de auto judicial dictado por el Juez en causas criminales o en las que se ventilen asuntos de familia.

6.- A los establecimientos mencionados en el art. 11, inc. b, de la Ley de Adopción 19.134. Esta información solo podrá ser transmitida a los padres sustitutos, guardadores o futuros adoptantes.

7.- Bajo responsabilidad del médico a quien o quienes deban tener esa información para evitar un mal mayor.

Inciso d- Sin reglamentar.

Inciso e- Se utilizará, exclusivamente, un sistema que combine las iniciales del nombre y el apellido, día y año de nacimiento. Los días y meses de un solo dígito serán antepuestos del número cero (0).

Art. 3º- El Ministerio de Salud y Acción Social procurará la colaboración de las autoridades sanitarias de las provincias, como así mismo que las disposiciones complementarias que dicten tengan concordancia y uniformidad de criterios.

Se consideran autoridades sanitarias de aplicación del presente al Ministerio de Salud y Acción Social por medio de la Subsecretaría de Salud, y a las autoridades de mayor jerarquía en esa área en las provincias y en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

Art. 4º- Inciso a.- Sin reglamentar.

Inciso b.- Sin reglamentar.

Inciso c.- Sin reglamentar.

Inciso d.- Sin reglamentar.

Inciso e.- Sin reglamentar.

Inciso f.- A los fines de este inciso, créase el Grupo Asesor Científico Técnico, que colaborará con la Comisión de Lucha Contra el S.I.D.A. en el marco del art. 8 del decr. 385 del 22/03/89. Su composición y su mecanismo de actuación serán establecidos por el Ministerio de Salud y Acción Social.

Art. 5º- Las autoridades de cada una de las instituciones mencionadas en el art. 5 de la ley 23.798 proveerá lo necesario para dar cumplimiento a las disposiciones de dicha ley y, en especial lo prescripto en sus art. 1º, 6º y 8º.

Informarán asimismo, expresamente a los integrantes de la población de esas instituciones de lo dispuesto por los arts. 202º y 203º del Código Penal.

Art. 6º- El profesional médico tratante determinará las medidas de diagnóstico a que deberá someterse el paciente, previo consentimiento de éste, le asegurará la confidencialidad y, previa confirmación de los resultados, lo asesorará debidamente.

De ello se dejará constancia en un formulario que a ese efecto aprobará el Ministerio de Salud y Acción Social, observándose el procedimiento señalado en el art. 8º.

Art. 7º- A los fines de la ley, los tejidos y líquidos biológicos de origen humano serán considerados equivalentes a los órganos.

Serán aplicables en el Art. 21º de la ley 22.990 y el art. 18º del dec. 375º del 21/03/89.

Art. 8º- La información exigida se efectuará mediante notificación fehaciente. Dicha notificación tendrá carácter reservado, se extenderá en original y duplicado, y se entregará personalmente al portador del virus V.I.H.. Este devolverá la copia firmada y será archivada por el médico tratante como constancia del cumplimiento de lo establecido por este artículo.

Se entiende por - profesionales que detecten el virus - a los médicos tratantes.

Art. 9º- El Ministerio de Salud y Acción Social determinará los controles mencionados en el art. 9 de la ley. El Ministerio del Interior asignará a la Dirección Nacional de Migraciones los recursos necesarios para su cumplimiento.

Art. 10º- La notificación de la enfermedad y, en su caso, del fallecimiento, será cumplida exclusivamente por los profesionales mencionados en el art. 4º, inc. a de la ley 15.465, observándose lo prescripto en el art. 2º inc. e de la presente reglamentación.

Todas las comunicaciones serán dirigidas al Ministerio de Salud y Acción Social y a la autoridad sanitaria del lugar de ocurrencia, y tendrán carácter reservado.

Art. 11º- Las autoridades sanitarias llevarán a cabo programas de vigilancia epidemiológicas a los fines de cumplir la información. Solo serán registradas cantidades, sin identificación de personas.

Art. 12º- El Ministerio de Salud y Acción Social establecerá las normas de bioseguridad a las que se refiere el art. 12º de la ley. El personal que manipule el material a que alude dicha norma será adiestrado mediante programas continuos y de cumplimiento obligatorio, y se le entregará constancia escrita de haber sido instruido sobre las normas a aplicar.

Art. 13º- Sin reglamentar.

Art. 14º- En el ámbito nacional será autoridad competente el Ministerio de Salud y Acción social.

Art. 15º- El Ministerio de Salud y Acción Social, como autoridad competente habilitará un registro nacional de infractores, cuyos datos serán tenidos en cuenta para la aplicación que corresponda en caso de reincidencia. Podrán solicitar a las autoridades competentes de las provincias y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires la información necesaria para mantener actualizado dicho registro.

Art. 16º- Sin reglamentar.

Art. 17º- Sin reglamentar.

Art. 18º- Sin reglamentar.

Art. 19º- Sin reglamentar.

Art. 20º- Sin reglamentar.

Art. 21º- Sin reglamentar.

Art. 22º- Sin reglamentar.

ANEXO II DEL DECRETO

Jurisdicción 81- Subsecretaría de Salud

Cuenta Especial - Ley 23.798

Régimen de funcionamiento

- a) Finalidad: Contribuir financieramente a la atención de las necesidades derivadas de la aplicación de la ley 23.798 y su reglamentación tendientes a desarrollar la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, la que comprenderá la dirección, investigación, diagnóstico, tratamiento, y prevención de la enfermedad.
- b) Se acreditará: Con los importes que el tesoro Nacional asigne para el cumplimiento de los objetivos que pudieran ser incorporados para tal fin.
- c) Se debitará: Por los gastos que demande el cumplimiento de lo establecido por la ley 23.798.
- d) Administración: Será administrada por la dependencia que fije el Ministerio de Salud y Acción Social.

12) BIBLIOGRAFÍA GENERAL:

- Adler, W.; Nagel, J. Acquired Inmunodeficiency Síndrome in the elderly. Mayo, 1994. Vol 4, N° 5. Pág. 410- 16.
- Alonso, Martín. Diccionario del español moderno. Ed Aguilar. Madrid (España), 1979.
- Ander, Egg Ezequiel. Técnicas de Investigación Social. Ed Humanitas, 22° edición. Buenos Aires, 1992.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Educación e información sobre el S.I.D.A. Febrero, 1989. Vol 106, N° 2. Pág. 168-69
- Boletín Internacional sobre prevención y control del S.I.D.A. Acción en S.I.D.A. Abril - junio, 1993. N° 19, pág. 7.
- Boletín Internacional sobre prevención y control del S.I.D.A. Acción en S.I.D.A. Febrero - Marzo, 1995. N° 24.
- Brajnovic, Luka. Tecnología de la Información. Ed U.N.S.A. Pamplona (España), 1979. Pág. 23-33.
- C.D.C. Departamento de salud y servicios humanos. Cuidando a alguien con S.I.D.A.
- Cleveland, Karlan. Facetas - La información como recurso. Febrero, 1983. N° 60, pág. 7.
- C.M. Publicación Médica. Epidemiología del S.I.D.A. Mar del Plata, 1995. Vol. 8, N°2. Pág. 68-73.
- C.M. Publicación Médica. Medidas Universales de Bioseguridad. Mar del Plata, 1988. Vol. 1, N° 3. Pág. 179-80.
- Cushman, L.F.; Evans P.; Namerow, P.B. Occupational stress among aids social service providers. Estados Unidos, 1995. Vol. 21, N°3. Pág. 115-31.
- Devita, Vincent, T. (Jr); Hellman, Samuel; Rosenberg, Steven A. S.I.D.A., etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención. Trad. Morales, Varela Margarita. Barcelona (España), 1986.
- Diccionario de la lengua española. Ed Espasa Calpe S.A. Pamplona, (España), 1992. Tomo 2.
- Diccionario terminológico de ciencias médicas. Ed Salvat S.A., 12° edición. Barcelona (España), 1984.
- Diccionario Océano de sinónimos y antónimos. Ed Océano. Barcelona (España), 1997.
- Dorland Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina. Trad. Biber, Cayuela y otros. Ed Interamericana de España - Mc Graw - Hill, 27° edición.
- Dovifat, Emil. Política de la información 1. Ed Universidad de Navarra S.A. Pamplona (España) , 1986.
- Finestone, Aj. Considering aids in the elderly . Galel S.A. 1993.
- Fundación "Un lugar". Folleto educativo. Mar del Plata, s.f.
- Fundación "Huesped". Folleto educativo. Este folleto no contagia el S.I.D.A. pero ayuda a evitarlo. Buenos Aires, sf.

- Gaeta, Tj.; La Polla, G.; Melendez, E. Aids in the elderly. Journal article. Jan - feb, 1996. Vol. 14, N° 1. Pág. 19-23.
- Galel, SA.; Lifson, JD. ; Englemen, EG. Prevención de la transmisión del S.I.D.A. a través del estudio de muestras de sangre.
- Gary, Gloria; Jefferson, Kathering. Aids fundamentals understanding H.I.V. caring for the patient. Diciembre, 1989.
- Garza, Mercado Ario. Manual de técnicas de investigación para estudiantes de Cs. Sociales. Ed El Colegio de México, 3° edición. México, 1981.
- Gojman, Irene; Libedinsky, Miguel. S.I.D.A., metodología para el trabajo educativo. Ed. Cassa. Capital Federal, Argentina, s.f.
- Goldstein, Beatriz; Castañera, Mónica. S.I.D.A. del dicho al hecho. Facultad de Filosofía y letras (U.B.A.). Buenos Aires, 1995.
- Gorzoni, Milton Luiz; Guimaraes, Regina; Lima, Carlos Alberto. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (AIDS) en, pacientes acima de 50 anos de idade internados em un hospital geral. Noviembre - diciembre, 1993.
- Hugo de María, Alfredo. Universidad. Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe (Argentina), 1967. N° 73.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista médica - exposición ocupacional al virus de inmunodeficiencia humana. Setiembre . Octubre, 1989. Vol. 27, N° 5.
- Kressig, MM Journal, article. Evaluation of occupational programs in tre ciy of zurich. Instituto Fursuchtforschung, Zurich, 1996.
- Lopez, Nora; García, Carolina. Trabajo social y S.I.D.A. - prevención y promoción de la salud a partir de la aparición del S.I.D.A. Universidad Nacional de Mar del Plata, Escuela de Cs. De la salud y el Comportamiento. Setiembre, 1994. Pág. 119 (anexo).
- Medicina - Epidemic model of H.I.V., infección and A.I.D.S. in Argentina. Buenos Aires, 1992. Vol. 52, N° 3. Pág. 225- 35.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. S.I.D.A. - la única vacuna es la información y una buena educación. Programa de prevención de E.T.S. y S.I.D.A. S.f.
- Najera, Rafael. S.I.D.A. de la biomedicina a la sociedad. Ed. EUDENA S.A. Madrid (España), 1990. Pág. 127- 29.
- Noguera, Nuria Amat. Técnicas documentales y fuentes de la información. Ed. Bibliograf S.A. Barcelona (España), 1978. Pág. 14-8.
- Oficina Sanitaria Panamericana. Educación e información sobre el S.I.D.A. O.P.S. Febrero, 1989. Año 68. Vol. 106, N° 2.
- O.M.S. Prevención del S.I.D.A. mediante el fomento de la salud - Cuestiones delicadas. Ginebra, 1992.
- O.M.S. Directrices para la asistencia de enfermería a las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana. Serie O.M.S. sobre el S.I.D.A., N° 3. Ginebra, 1988.
- O.M.S. Prevención de la transmisión sexual del virus de inmunodeficiencia humana. Serie O.M.S. sobre el S.I.D.A. N° 6. Ginebra, 1990.

- O.M.S. Directrices sobre el S.I.D.A. y los primeros auxilios en el lugar de trabajo. Serie O.M.S. sobre el S.I.D.A., N° 7. Ginebra, 1990.
- O.M.S. Directrices para la labor de consejo sobre la infección y las enfermedades causadas por el H.I.V. Serie O.M.S. sobre el S.I.D.A. N° 8. Ginebra, 1991.
- O.M.S. S.I.D.A. - Imágenes de la epidemia. O.M.S. / O.P.S. Ginebra, 1995.
- O.P.S. S.I.D.A. Perfil de una epidemia. Publicación N° 514. Ginebra, 1989.
- O.P.S. Aportes de la ética y el derecho al estudio del S.I.D.A. Publicación científica N° 530. Ginebra, 1992.
- O.P.S. La epidemia en los tiempos modernos. O.P.S. - O.M.S. Comunicación para la salud N° 5. Ginebra, 1993.
- O.P.S. - O.M.S. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. Publicación científica N° 538. Washington D.C., 1992.
- O.P.S. Módulos de aprendizaje para la prevención y el control de la infección V.I.H. - Educación de enfermería básica y de obstetricia. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud. Trad. Durana, Inés S. Washington D.C., 1992. N° 30. Pág. 53-156.
- Pineda, Elia B.; De Alvarado, Eva L.; De Canales, Francisca H. Metodología de la Investigación - Manual para el desarrollo del personal de la salud. O.P.S. - O.M.S., 1989.
- Pineda, Elia B.; De Alvarado, Eva L.; De Canales, Francisca H. Metodología de la Investigación - Manual para el desarrollo del personal de la salud. O.P.S. - O.M.S., 1994. 2° edición.
- Polit, Denise F. y Hungler, Bernardette, P. Investigación científica en Ciencias de la Salud. Ed. Interamericana S.A. O.P.S. - O.M.S. México, 1985.
- Prevenir - Para una vida sin adicciones. Ed. Prevenir. Julio, 1992. Año 2, N° 7.
- Prevenir - Para una vida sin adicciones. Ed. Prevenir. Julio, 1992. Año 2, N° 8.
- Publicación de la Sociedad Argentina de Bacteriología clínica y de la Sociedad Argentina de Infectología. Infectología y Microbiología clínica. 1994. Vol: 6, N° 6. Pág. 193-97.
- P.U.E.S. Universida - subí que te llevo. Universidad Nacional de Mar del Plata, sf.
- Quackenbush, Marcia; Sargent, Pamela. Teachig Aids a resore guide on acquired inmunodeficiency syndrome. Network publications. United States of America, 1988.
- Real Academia de Ciencias exactas, físicas y naturales. Vocabulario científico y técnico. Madrid (España), 1983.
- Reed, Kathlyn; Sanderson, Sharon Nelson. Concepts of occupational therapy - Acquired Inmunodeficiency Síndrome (A.I.D.S.) 2° edición, 1992.
- Rose, Ma. Knowedge of human inmunodeficiency virus and acquired inmunodeficiency síndrome, perception of risk, and behaviors among olders adults. Octubre, 1995. Vol 10, N° 10. Pág. 10-7.
- Ruthanne, Marcus; Kay, Kathleen; Mann, Jonathan. Infectología - Transmisión del virus de inmunodeficiencia humana en establecimientos de atención de salud de todo el mundo. Octubre, 1990. Año 10, N° 10. Pág. 587-97.

- Salvat 1 - Diccionario Enciclopédico Básico. Ed. Salvat. Barcelona (España), 1987.
- Schuerman, D.A. Clinical concerns: A.I.D.S. in the elderly. J. Gerontol Nurs. Julio, 1994. Vol. 20, N° 7. Pág. 11-7.
- Secretaría de calidad de vida. S.I.D.A. un problema de todos. Buenos Aires, diciembre 1990.
- Stall, R.; Catania, J. A.I.D.S. risk behavior among late middle - aged and elderly americans - The National aids behavioral surveys. Journal article, Jan 1994. Vol. 154, N°1. Pág. 57-63.
- Sierra Bravo, Restituto. Técnicas de la investigavción social . Ed. Paraninfo S.A., 10° edición. Sl., 1995.
- Tamayo Tamayo, Mario. El proceso de la Investigación Científica. Ed. Limusa. México, 1981.
- U.N.E.S.C.O. Educación para la prevención del S.I.D.A. N° 1.
- Velasquez, de V., Gloria; Gomez, Ruben Darío A. Fundamentos de Medicina. Corporación para investigaciones biológicas. Colombia, 1993.
- Warnnissorn, T. Department of communicable Disease Control, Nonthaburi, Thailand. A therapeutic community for H.I.V.- infected persons an approach for prevention and control of A.I.D.S. Med. assoc. Thailand, 1995.
- Wilbur, Scramm. La ciencia de la comunicación humana. Ed. Roble. España, 1996. Pág. 17-8