



Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.

PÉRDIDA DE LA SALUD POR VIH

TESINA

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN

TANATOLOGÍA

PRESENTA:

Alma Lilia Lobato Badillo



Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C

Amecyd

México D.F. a 22 de diciembre del 2013

**DR. FELIPE MARTÍNEZ ARRONTE
PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN
MEXICANA DE TANATOLOGÍA, A.C.**

Por medio de la presente informo que revise y aprobé la tesina que presentó:

Alma Lilia Lobato Badillo

Integrante de la Generación 2012 – 2013

El nombre de la tesina es:

PÉRDIDA DE LA SALUD POR VIH

Atentamente
Director de Tesina
Lic. Oscar T. Tovar Zambrano

Con todo mi respeto y admiración para las personas
que se nos han anticipado al seguir su camino
a un mundo desconocido pero lleno de luz
y paz en donde continuarán viviendo libres
y a su manera.

AGRADECIMIENTOS

Que el contenido de estas líneas, sean para manifestar el infinito agradecimiento que experimente al recibir el apoyo de todos mis profesores y la enseñanza de mis valerosos compañeros de grupo, que superando los estragos de un amargo recuerdo me ayudaron a recibir de ellos una dosis de esperanza y fuerza, la cual logro que yo terminara mi diplomado en tanatología y que ha servido hoy para escribir este sano proyecto mío y poder sacar ahora a la luz lo que tristemente había sepultado.

Por último de manera muy especial le doy las gracias a quienes me ayudaron a cerrar círculos con sus enseñanzas.

- Dra. Galia G. Castro Campillo
- Lic. Oscar T. Tovar Zambrano
- Psic. Víctor Hugo Bolaños

ÍNDICE

Justificación	6
Objetivos	7
Introducción	8
Agradecimiento especial	9
Exposición del caso de Antonio	10
La importancia de tener un espacio controlado	20
El sida en la actualidad	21
Tratamientos insuficientes	22
Número de pacientes actualmente infectados por país	24
El manejo del dolor y los cuidados paliativos	32
Como ofrecer ayuda a un enfermo terminal	33
Tres diferentes experiencias en el manejo del dolor y cuidado paliativo	35
Cuidar más allá de curar, pilar de la tanatología	39
Cinco beneficios de la tanatología	41
Alternativas espirituales que ayudan a recuperarse ante una pérdida	
Reiki	42
El secreto del perdón	43
Compasión y amor incondicional ante todo	44
Visión espiritual de una enfermera	46

Palabras que ayudan a la familia del paciente	
en fase terminal	47
Solo para concientizar	49
Información acerca de la educación sexual	
que queremos en México	51
Conclusión	62
Bibliografía	65

JUSTIFICACIÓN

En nuestro país desde los años 80's surge la necesidad de investigar y prestar atención a enfermedades que se conocen poco y que además están llenas de mitos e ideas equivocadas, una de estas enfermedades que causa terror y repudio a nivel mundial es el VIH (Sida).

Durante muchos años se ha tenido la concepción que la medicina tiene como función específica el curar, atender, y sanar, no solo a aquellos que padecen esta enfermedad acompañada de dolor y deterioro físico, psicológico y emocional, importando poco la calidad de vida que se les brinde y el dolor del alma que sufren los pacientes con este padecimiento.

Es necesario dar abordaje tanatológico e integral con ayuda de un equipo de salud capacitado con una verdadera calidad humana y con una sola idea en común, la de ayudar.

OBJETIVOS

1. Conocer el riesgo de contagio en el personal de salud y población en general.
2. Conocer la actitud actual que en México tiene el personal de salud en cuanto al paciente con VIH.
3. Saber como abordar al paciente antes y después de dar la noticia de su enfermedad.
4. Orientar a los familiares y al paciente acerca de la enfermedad.
5. Dar a conocer algunas alternativas de ayuda a pacientes con VIH.
6. Dar información de cómo ayudar a los pacientes con VIH para tener una muerte digna.
7. Conocer algunas alternativas de sanación emocional al paciente y familia.

INTRODUCCIÓN

El elemento de lo desconocido entra en la mayor parte de las experiencias de muerte por VIH aún así, esto no necesariamente va de la mano con el miedo; Para la persona moribunda hay mucho que puede hacerse. Para los dolientes, la comprensión y la reacción apropiada puede aligerarles el dolor.

El factor de ansiedad citado con más frecuencia entre el cuerpo de asistentes de la salud es la “muerte del paciente”, a pesar de esto, poco personal está adecuadamente capacitado para enfrentarse en forma directa y apropiada con terribles situaciones.

Se puede abordar una amplia gama de temas alrededor de la agonía, muerte y duelo. El personal médico y otros asistentes, como voluntarios y los familiares necesitan conocimiento y una perspectiva práctica que facilite su extensa variedad de temas relacionados con la muerte, pérdida o duelo, estableciendo consideraciones tanto específicas como generales para quienes están afligidos por la muerte y la pérdida.

El cuidado del moribundo y el papel del movimiento de cuidados en un hospicio es el foco principal para casi todos los cuidados. Junto con el conocimiento de los problemas enfrentados día a día por pacientes con VIH y por el personal médico.

Con frecuencia, está entrelazada con varias formalidades legales la ley puede confundir a los profesionales y al público en general. La capacitación del cuerpo médico es un beneficio importante tanto a través de cursos dirigidos como en el aprendizaje laboral a pesar de que la muerte y el duelo son experiencias individuales, pueden aplicarse algunos beneficios universales y el personal médico con frecuencia carece de capacitación. Por otra parte se considera la provisión de apoyo para el personal médico analizando la necesidad de atención para los asistentes. Algunos elementos del personal médico sienten gran tensión al enfrentarse a pacientes moribundos, sin embargo de esto casi no se habla.

La repentina aparición del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) señala una nueva tendencia de retos tanto para los asistentes como para la familia.

El conocimiento establece varios aspectos prácticos y activos que rodean a la agonía, a la muerte y al duelo.

“La plaga nos llegó como una nueva forma de colonización por el contagio, reemplazó las plumas y maquillaje por jeringas.”

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

Con mi más infinito respeto en memoria de Antonio,
inolvidable paciente que por una enfermedad
que trae la vida consigo se tuvo que anticipar.

EL CASO DE ANTONIO

Siendo los años 80's y viendo transcurrir mi vida a la edad de 22 años rodeada de pacientes con diferentes enfermedades y trabajando como enfermera dando medicamentos, tomando temperaturas, tendiendo camas y vaciando cómodos con orina, repentinamente después de un año se me da la indicación de irme a una área especializada denominada terapia intensiva, al principio me impacté por que sé que es un área donde se encuentran pacientes graves ó en fase terminal, pero de alguna manera siempre he sentido una fuerza que me empuja a que suceda lo que tenga que suceder, yo sólo tengo que tomar la oportunidad sintiendo que se abrirá un camino poco a poco para llegar a lo positivo.

Con el tiempo estuve aprendiendo el manejo de este tipo de pacientes con diferentes diagnósticos y tuve la fortuna de observar como se iban recuperando, pasando de una unidad de terapia intensiva a las habitaciones del hospital ó inclusive a sus domicilios y muchas veces también vi que morían ahí mismo, quiero creer que dejaban sus cuerpos transformándose en energías a un lugar maravilloso, lo que pude notar haciendo consciencia es que sus expresiones eran diferentes como con coraje, miedo, angustia, inclusive con tranquilidad y con alguna discreta sonrisa en sus labios secos y pálidos. Ahora se me viene a la mente estas características las cuales siempre pasaron inadvertidas; Hoy quiero traer al presente a un paciente el cual hasta la fecha recuerdo, y cuando lo traigo a mi memoria es de una forma grata porque él siempre trataba de cuidarme para no contagiarme.

decía:

Ten cuidado, no te vayas a contagiar, no me toques tanto, cuídate.

Yo lo observaba y le decía : No te preocupes, yo me estoy cuidando no me va a pasar nada, tu sólo enfócate en estar tranquilo ó en ver tu televisión que te entretiene tanto, Antonio, así se llamaba mi paciente y le gustaba ver la televisión mientras estaba bien anímicamente tranquilo y sin ningún malestar, Antonio tenía en ese entonces una pareja ambos eran educados con un nivel socioeconómico alto siempre que yo tenía guardia me gustaba estar con él, a algunos de mis compañeros no les agradaba ni cuidarlo ni permanecer junto a él.

En aquellos años el VIH era una enfermedad con muchos mitos y creencias falsos en el cual la gente creía que se podía contagiar como por ejemplo:

- Al tocar al paciente
- Darle la mano
- Besarlos
- Por salpicar saliva al toser ó al hablar
- Que el virus estaba volando en el ambiente donde se encontraba el paciente infectado, etc.

Además de todo esto me gustaba leer con él, el cuidado era mutuo, el sentimiento de ayuda pero cada quien lo hacia a su manera. Él tenía algo que me llamaba la atención

respecto a su manera de desenvolverse, ahora puedo decir que lo descubrí, Antonio trataba de morir con dignidad, de sacar fuerzas para hacer cosas que le permitieran ser independiente y que yo le ayudara lo menos posible claro, cuando veía yo que no podía le daba una auxiliadita.

Pero lo principal es que aprendí acerca de lo increíble y resistente que es el alma humana, se sostiene y mantiene a raya a la muerte hasta que la gente sabe que morirá y de esta manera es como si se burlaran de ella, y digo esto porque Antonio subía a un piso normal de hospitalización pero después bajaba muy mal otra vez a la terapia intensiva y entonces me decía que todavía no era su hora pareciera que él quería dejar todo bien, que sus padres lo dejaran ir aceptando sus estilo de vida que él llevaba.

Debo comentar que la manera en que yo contribuí para que no se discriminara a los pacientes con VIH fue dando una plática personal de enfermería en el auditorio del hospital donde trabajaba, ya que en repetidas ocasiones observé como a los pacientes infectados les llevaban su comida en vasos desechables, por ejemplo: en un vaso le daban hot cakes ya con la miel ahí mismo, era una manera de demostrar su rechazo, su miedo y molestia a los pacientes con VIH.

Finalmente los padres de Antonio hablaron con el abrazándolo y llorando a la vez, su pareja logró despedirse entonces, Antonio se dejo ir, me cuentan que con una cara relajada y serena, yo no tuve la oportunidad de verlo antes porque tuve descanso de 2 días pero de manera simbólica fui a la habitación que él ocupó y me pude despedir de él felicitándole porque ya estaba feliz en el lugar del gran descanso y libre de todo lo que le aquejaba.

No sé como fue su historia real, si fue intensa ó no; triste ó feliz, si fue perdonado y perdono él también a las personas que él creyó requerían su perdón, sólo sé que él tenía 26 años, que su familia logró una gran reconciliación con él y que su destino fue muy escaldado por la sociedad, pero al final, él logro morir como él quiso, con dignidad.

Hoy por hoy puedo saber que sin saber, pude acompañar Antonio, escucharlo aunque su debilidad lo dejaba hablar poco pero él sabia que estuve ahí respetuosamente en silencio y dispuesta a hablar cuando lo necesitó, sin juicios y sintiendo con una compasión por él y dulzura, como si fuera un niño asustado, porque a veces lo tranquilizaba, ya que se perdía en sus pensamientos y reaccionaba con temor, teníamos la ventaja de tener un espacio privado y controlado, lejos de ruidos de otros pacientes, familiares y personal médico con una estricta vigilancia para evitar visitas inapropiadas, era un lugar perfecto y mágico como para expresarse y que invitaba al análisis de las vivencias. Yo solo hubiera querido decirle a Antonio “trae a tu vida las cosas gratificantes de tu pasado y revíelas”.

No tengas miedo aprovecha este silencio y sonríte a lo que fue felicidad para ti.

A continuación esto es un poco de lo que expuse en aquellos años:

INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana representa la patología más sobresaliente que el mundo enfrenta hoy día, de tal manera que la misma puede considerarse como la plaga del siglo.

Nos encontramos ante un padecimiento por muchos motivos sorprendente y por ello es necesario que el conocimiento actual sea manejado como temporal y no como definitivo, obligándonos a adoptar una postura cauta y sobre todo continuamente actualizada.

El término SIDA fue empleado por primera vez por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, Georgia, en septiembre de 1982, 15 meses después de haberse descubierto los cinco primeros casos de enfermos (todos homosexuales), con un cuadro clínico particularmente interesante. Las características más sobresalientes eran: manifestaciones respiratorias severas, fiebre y moniliasis oral. En otros casos, el cuadro clínico incluía un severo episodio diarreico con fiebre y pérdida de peso. En otras ocasiones, diversas infecciones oportunistas o un tipo de neoplasia: el Sarcoma de Kaposi.

Hasta mediados de 1983 la etiología se desconocía, planteándose como opción la existencia de un origen químico.

Ese mismo año, el grupo francés de Luc Montagnier reporto el descubrimiento de un virus relacionado con el cuadro clínico denominado SIDA y al cual se le denominó LAV (virus relacionado con la linfadenopatía). Un año después, en 1984, el grupo norteamericano de Robert Gallo confirmó el hallazgo, llamando al virus HTLV-III.

La paternidad de este descubrimiento estuvo en discusión durante bastante tiempo, hasta que en 1986 la OMS, ante el conflicto de denominaciones diversas para un mismo virus, acordó que sería denominado mundialmente VIH.

En ese mismo año de 1986, el grupo francés de Montagnier realiza un nuevo hallazgo: la identificación de un nuevo virus en un paciente africano con SIDA y negativo serológicamente a las pruebas para el VIH existente. Los estudios llevaron a establecer que este virus tenía una gran semejanza con el que se había descubierto previamente y, sin embargo, difería en algunas partes de su estructura, motivo por el cual se les denominó con un número, definiéndose al primer virus como VIH-1 y al de África como VIH-2.

Actualmente, todo tipo de población puede ser afectado: hombres o mujeres; niños o adultos; de diferentes grupos étnicos con ubicación geográfica variable; de ocupación diversa y diferente preferencia sexual. Por lo tanto, no existe ningún grupo especial de personas en relación a las cuales la infección esté limitada, si bien el riesgo o peligro de padecerla difiere para los diversos grupos de población.

Este riesgo ha variado también en base a la interpretación que de él se ha hecho, es así que al inicio se pensó que los homosexuales eran los más susceptibles de enfermar, concepto que el tiempo se ha encargado de alterar.

TIPOS DE TRANSMISIÓN.

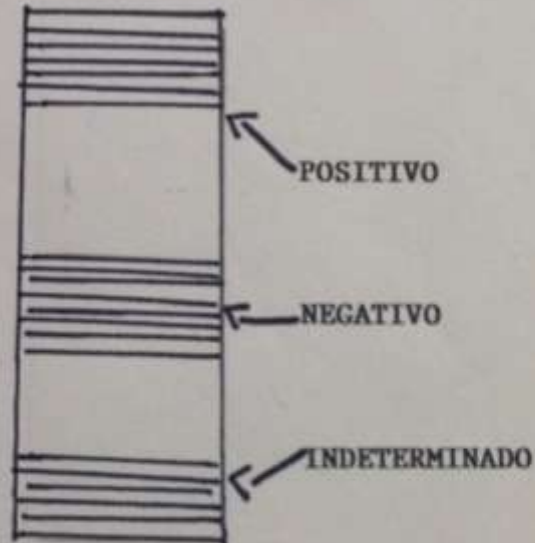
<i>Tipos de exposición</i>	<i>Periodo de incubación</i>	<i>Tasa de transmisión</i>
❖ Transferencia sanguínea	3 a 4 años	80 % a 90 %
❖ Sexual	5 a 7 años	90 % a 100 %
❖ Donación remunerada	5 a 7 años	50 % a más
❖ Perinatal	1 a 2 años	60 %

PRUEBA DE ELISA Y WESTER BLOT

- Prueba Elisa : Detecta proteínas de envoltura (determina por muestra de sangre)
- Wester Blot : Detecta anticuerpos por partes de adentro del virus V. I. H.

LA PRUEBA DE WESTER BLOT- ESTA HECHA A BASE DE -
BANDAS.

- NEGATIVO
- POSITIVO
- INDETERMINADO



- SE DEBE REPETIR C/3 O 6 MESES DURANTE UN AÑO.

EL V.I.H. ES INTRACELULAR, SI MUERE LA CELULA --
MUERE EL VIRUS TAMBIEN.

SI EL V.I.H. SE REFRIGERA SE MANTIENE VIVO, EN -
LAS AUTOPSIAS HAY QUE TENER EXAGERADO CUIDADO YA
QUE EL VIRUS NO HA MUERTO.

EL 70% SON BISEXUALES, CASADOS Y CON HIJOS. CON REFERENCIA A LO
ECONÓMICO, EL SIDA YA CONTRAÍDO, REPERCUTE AÚN DESFALCO TANTO POR
TX. O MUERTE.

LA O. M. S. S. DICE:

- Protección del empleado, las personas reales o presuntamente afectadas por el VIH deben ser protegidos contra cualquier intento de molestia o discriminación, por parte de compañeros de trabajo, sindicatos, la información y educación son esenciales, para mantener el mutuo entendimiento para garantizar esa protección.

EN CUANTO:

AL PERSONAL DE SALUD

Como profesionales, técnicos y auxiliares

- a. Entender el problema.
- b. Asimilarlo emocional, intelectual y profesionalmente.
- c. Incorporar rutinas cotidianas de seguridad.
- d. Tratarlos como familiares de pacientes infectados.
- e. Dar orientación, a la problemática en general, en cuanto a trato, directo al paciente y medidas de precaución.

ALGUNOS RECORDATORIOS:

- I. Hay que aislar la infección, no al enfermo.
- II. La actitud ante un enfermo infectado con VIH será la misma que ante cualquier otro enfermo.
- III. Si se adoptan las precauciones básicas de higiene, no es necesario aislar al paciente.
- IV. Una piel intacta es barrera suficiente contra el VIH.

CASOS DE VIH/SIDA A NIVEL MUNDIAL

(1980 – 1991)

Año 1980: 0 casos de sida y 0 defunciones

Año 1988: 124,114 casos

Año 1990: 250,000 casos

Año 1991: 334,216 casos

MÉXICO:

Año 1985: 345 casos de sida

Año 1987: 1,562 casos de sida

Año 1991: 5,907 casos de sida

Tabla 1. Descripción general de algunos trabajos realizados desde la psicología en relación con cinco enfermedades crónicas

ENFERMEDAD	AUTOR (ES) Y AÑO	MUESTRA	DISEÑO/ TIPO DE ESTUDIO	VARIABLES (en todos se incluyen medidas clínico/biológicas)
INFARTO DEL MIOCARDIO	Chaput, Adams, Blumenthal et al. (2002)	N = 792	Cohorte Prospectivo	<ul style="list-style-type: none"> • Hostilidad
	Corace y Endler (2003)	N = 69	Test-Retest	<ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento • Calidad de vida • Apoyo social
	Corace y Endler (2003)	N = 696	Cohorte Prospectivo	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de vida • Depresión • Adhesión
	Lane, Carroll, Ring, Beevers y Yip (2002)	N = 288	Cohorte Prospectivo	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Depresión
	Lauzon, Beck, Huynh, Racine et al. (2003)	N = 550	Cohorte Prospectivo	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión

ENFERMEDAD	AUTOR (ES) Y AÑO	MUESTRA	DISEÑO/ TIPO DE ESTUDIO	VARIABLES (en todos se incluyen medidas clínico/biológicas)
	Ragland y Brand (1988)	N = 257	Cohorte Longitudinal	<ul style="list-style-type: none"> Personalidad tipo A
	Schmidt, Middel y Lytken (2002)	N = 112	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> Personalidad tipo B
	Strik, Lousberg, Cheriex y Honig (2004)	N = 206	Cohorte Prospectivo	<ul style="list-style-type: none"> Personalidad Apoyo social Estrés y salud
	Yoshimasu y the Fukuoka Heart Study Group (2001)	N = 197	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> Depresión
	Cohen (2002)	N = 322 como controles	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> Personalidad tipo A
Cáncer	González, Fernández, García, Soler, Arce y Cueto (2002)	N = 42	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> Afrontamiento Ansiedad y depresión Síntomas emocionales
	Grassi y Rosti (1996)	N = 52	Prospectivo	<ul style="list-style-type: none"> Ansiedad y depresión Apoyo social Calidad de vida
	Guverich, Devins, Wilson, McCready et al. (2004)	N = 69	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> Locus de control Apoyo social Conducta anormal Estrés emocional Afrontamiento
	Hallas, Patel, Jackson, Murphy et al. (2001)	N = 69 como controles	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> Estrés Somatización Apoyo social Satisfacción física
	Hay, Ford, Klein, Primavera, Buckley et al. (2003)	N = 363	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> Calidad de vida
	Hjertl, Andersen, Keiding, Mouridsen et al. (2003)	N = 280	Retrospectivo	<ul style="list-style-type: none"> Calidad de vida
	Kennard, Stewart, Olvera et al. (2004)	N = 10 382 (estadio inicial)	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> Creencias de salud Adhesión
	McGregor, Antoni, Boyers, Alferi et al. (2004)	N = 10 211 (estadio avanzado)	Intervención	<ul style="list-style-type: none"> Depresión
	Nosarti, Roberts, Crayford, McKenzie y David (2002)	N = 44	Test-Retest con seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Adhesión Depresión Autoestima
	Terol, López-Roig, Rodríguez-Marin, Pastor et al. (2000)	N = 18	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> Técnicas cognoscitivo-conductuales

ENFERMEDAD	AUTOR (ES) Y AÑO	MUESTRA	DISEÑO/ TIPO DE ESTUDIO	VARIABLES (en todos se incluyen medidas clínico/biológicas)
	Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora	N = 11 como controles	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos psicológicos y salud • Afrontamiento • Apoyo social • Creencias sobre cáncer
	González y Sánchez (2001)	N = 87	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad y depresión • Calidad de vida
	Leserman, Jackson, Pettito, Golden, Silva et al. (1999)	N = 21	Longitudinal	<ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento • Estrés • Apoyo percibido por el personal sanitario
	Rabkin, Ferrando, Lin, Sewell y McElhiney (2000)	N = 299	Longitudinal	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de vida
	Vinaccia, Quiceno, Fernández, Contreras, Bedoya, Tobón y Zapata (2005)	N = 29	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de vida • Personalidad resistente • Apoyo social
VIH/SIDA	Remor (2002)	N = 90	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento • Apoyo social • Apoyo percibido por el personal sanitario
	Remor, Carrobles, Arranz, Martínez y Ulla (2001)	N = 82	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de vida • Depresión • Eventos vitales estresantes • Apoyo social
	Anarte, López y Esteve (2000)	N = 173	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Satisfacción con la vida • Esperanza • Apoyo social • Apoyo social • Calidad de vida • Percepción de control sobre la salud • Ansiedad • Percepción de control de eventos estresantes
	Díaz y Oviedo (1996)	N = 100	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> • Personalidad tipo C
	Kaholokula, Haynes, Grandinetti y Chang (2003)	N = 100	Intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Locus de control • Satisfacción con el tratamiento • Impacto del mensaje • Personalidad
	Mollema, Snoek, Ader, Heine y van der Ploeg (2001)	N = 203	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos de salud • Ansiedad • Registros fisiológicos



CONCLUSIONES

- El número de casos se incrementa día con día
- Los pacientes se encuentran en diversas etapas de la infección por VIH
- Se requiere brindar atención asistencial a un universo cada vez mayor de infectados
- Se necesita promover los cuidados paliativos dirigidos a pacientes con VIH
- Se requiere de orientación psicológica a pacientes infectados y familiares
- El sida a parte de ser problema de salud, es problema social y moral
- Tiene repercusión demográfica, económica y social
- La población mas afectada es la masculina, de cada 10 pacientes 8 son hombres

LA IMPORTANCIA DE TENER UN ESPACIO CONTROLADO

Es difícil contar con este tipo de espacios, sin embargo, se puede llegar a contar con alguno donde pueda impedirse el acceso a otras personas, evitar ó reducir el ruido del entorno, apagar o suspender el funcionamiento de medios de comunicación y donde sea posible abrir el corazón libremente.

Algunas personas consideran que cualquier lugar y circunstancia son buenos para expresar su dolor sentimental, sin embargo, para la mayoría es necesario un lugar y un momento con ciertas características de privacidad para considerarlo adecuado.

LA IMPORTANCIA DE SABER ESCUCHAR

Es muy importante contar con alguien que nos escuche y acompañe respetuosamente, sin ser enjuiciados por nuestros pensamientos, sentimientos y emociones relacionados con la ausencia, aun cuando estos claramente denoten contradicción.

Es importante tener presente que en algunos casos quienes vivimos un duelo silente requerimos ser escuchados y acompañados, no se busca un consejo ni una receta para mejorar la situación, tampoco se busca alguien que actúe por nosotros ó en nuestro lugar para resolver nuestros problemas sólo se busca expresarnos y que alguien este presente.

CONFIDENCIALIDAD

Es importante que la persona ó personas que nos escuchan y acompañan no divulguen a terceros aquello expresado por nosotros.

Esto lo señalo porque existen personas con una gran habilidad y/o facilidad para promover lo que expresamos, nuestro sentir y pensar, sobre cualquier tema, pero que fácilmente divulgan lo escuchado, lo cual puede lastimar fuertemente a quienes tuvimos la confianza de comentar la ausencia que estamos padeciendo.

Es importante que tomemos en cuenta la confidencialidad al decidir con quien comentar nuestro pensar y sentir con respecto a nuestra experiencia de pérdida.

EL SIDA EN LA ACTUALIDAD

La epidemia mundial del sida alcanzó un nuevo récord: 39,5 millones de infectados viven hoy en el mundo, a pesar de los avances de las ciencias médicas. Ha alcanzado los cuatro rincones del mundo.

En los 25 años que viene durando esta epidemia mundial, desde que en 1981 se descubrieron los primeros casos en la ciudad estadounidense de San Francisco, el sida mató más personas que la Segunda Guerra Mundial: 25 millones en total. Tres millones de personas murieron por esa causa sólo durante el año pasado. Y cada día hay 14 mil nuevos infectados por el virus.

Identificado desde un principio como una enfermedad difundida en comunidades "gay" con el desgraciado rótulo de "peste rosa" que se le dio entonces, el sida nació con un estigma a cuestas. Después se extendió a los "adictos". Hoy es una falta total de responsabilidad ignorar las medidas preventivas, basadas en el uso del preservativo y en saber que no importa tanto con quién se mantengan relaciones sexuales, sino qué medidas se toman para evitar el contagio, que sólo se efectúa por contacto de la sangre con sangre o semen infectados, y en menor medida con los fluidos vaginales.

La cantidad de personas infectadas está creciendo aceleradamente. En países como la India con una población de más de 1,000 millones de personas, hay más de 7 millones, siendo éste un país donde hasta hace muy poco tiempo el VIH estaba prácticamente ausente. En América Latina se estima que hay 1.8 millones de personas infectadas por el virus.

La única respuesta a la epidemia debe seguir construyéndose sobre la base de la prevención de la enfermedad. Hace falta campañas sustentables, en el testeo temprano para realizar el tratamiento y aumentar la sobrevida.

- TRATAMIENTOS INSUFICIENTES

En todo el mundo, según ONUSIDA, sólo 6.8 millones de infectados reciben la medicación.

Falta mucho dinero en la lucha contra el sida: para 2006 hay a disposición 8,900 millones de dólares para todo el mundo, cuando en realidad se necesitan 14,900 millones.

Numerosas organizaciones de ayuda se quejan de que los países ricos no cumplen con los fondos prometidos.

Si se implementaran los métodos de tratamiento y prevención existentes, se evitarían hasta fines de 2020 unas 29 millones de nuevas infecciones. Esto significaría un ahorro de 24 mil millones de dólares en costos de tratamiento hasta 2015.

La cobertura universal es algo imposible de alcanzar sin el compromiso de todos: Gobierno y sociedad.

- EL CONTAGIO

De acuerdo con un informe, se siguen registrando brotes del virus entre los consumidores de drogas intravenosas y los varones que tienen relaciones sexuales con varones en la mayor parte de los países de América del Sur. Las relaciones sexuales entre hombres representan uno de cada diez casos de HIV en el Caribe.

Desde que apareció el Sida las únicas vías de transmisión del VIH son la sexual, la sangre y de madre a hijo en el embarazo, así que hay que dejar de lado prejuicios que lo único que hacen es desinformar.

- LO INSÓLITO

A pesar de la gran información existente persisten los prejuicios, la ignorancia, el miedo y la discriminación. Sigue siendo la enfermedad que más rechazo social genera.

El 60% de portadores del VIH ignora que vive con la enfermedad.

Los que saben de su enfermedad no lo informan porque son expulsados o no los toman, tras el examen para su ingreso laboral o son despedidos. Sucede lo mismo en el ámbito educativo con estudiantes portadores del virus. La discriminación laboral al portador de VIH no sólo le causa un impacto en lo económico, sino también psicológico

Todavía hay muchos prejuicios sobre el tema del Sida, se cree que la persona que vive con VIH no esta apta para trabajar y no es así, porque cualquiera que conoce a una persona que vive con Sida se da cuenta que no tiene ninguna dificultad porque es una enfermedad crónica que tiene tratamiento como tantas otras

NÚMERO DE PACIENTES ACTUALMENTE INFECTADOS POR PAÍS

#	País	habitantes infectados con VIH	
1	Sudáfrica	5,600,000	
2	Nigeria	3,300,000	
3	India	2,400,000	
4	Kenia	1,500,000	
5	Mozambique	1,400,000	
6	Tanzania	1,400,000	
7	Uganda	1,200,000	
8	Estados Unidos	1,200,000	
9	Zimbabue	1,200,000	
10	Zambia	980,000	■
11	Rusia	980,000	■
12	Malawi	920,000	■
13	China	740,000	■
14	Camerún	610,000	■
15	Tailandia	530,000	■
16	Costa de Marfil	450,000	■
17	Ucrania	350,000	■
18	Botswana	320,000	■

19	Indonesia	310,000	
20	Lesoto	290,000	
21	Vietnam	280,000	
22	Sudán	260,000	
23	Ghana	260,000	
24	Birmania; Myanmar	240,000	
25	México	220,000	
26	Chad	210,000	
27	Angola	200,000	
28	Burundi	180,000	
29	Namibia	180,000	
30	Suazilandia	180,000	
31	Ruanda	170,000	
32	Colombia	160,000	
33	Francia	150,000	
34	Italia	140,000	
35	España	130,000	
36	República Centroafricana	130,000	
37	Haití	120,000	
38	Togo	120,000	
39	Burkina Faso	110,000	
40	Argentina	110,000	

41	Malasia	100,000	■
42	Pakistán	98,000	■
43	Irán	92,000	■
44	Reino Unido	85,000	■
45	Guinea	79,000	■
46	Congo	77,000	■
47	Malí	76,000	■
48	Perú	75,000	■
49	Canadá	68,000	■
50	Alemania	67,000	■
51	Nepal	64,000	■
52	Camboya	63,000	■
53	Guatemala	62,000	■
54	Níger	61,000	■
55	Benín	60,000	■
56	Senegal	59,000	■
57	República Dominicana	57,000	■
58	Sierra Leona	49,000	■
59	Gabón	46,000	■
60	Portugal	42,000	■
61	Chile	40,000	■
62	Honduras	39,000	■

63	Ecuador	37,000	
64	Liberia	37,000	
65	Papúa-Nueva Guinea	34,000	
66	Somalia	34,000	
67	El Salvador	34,000	
68	Jamaica	32,000	
69	Uzbekistán	28,000	
70	Polonia	27,000	
71	Marruecos	26,000	
72	Eritrea	25,000	
73	Madagascar	24,000	
74	Guinea-Bissau	22,000	
75	Países Bajos	22,000	
76	Panamá	20,000	
77	Guinea Ecuatorial	20,000	
78	Australia	20,000	
79	Argelia	18,000	
80	Gambia	18,000	
81	Suiza	18,000	
82	Bielorrusia	17,000	
83	Rumania	16,000	
84	Trinidad y Tobago	15,000	

85	Austria	15,000	
86	Bélgica	14,000	
87	Yibuti	14,000	
88	Mauritania	14,000	
89	Kazajistn	13,000	
90	Paraguay	13,000	
91	Moldavia	12,000	
92	Bolivia	12,000	
93	Yemen	12,000	
94	Egipto	11,000	
95	Libia	10,000	
96	Estonia	9,900	
97	Uruguay	9,900	
98	Costa Rica	9,800	
99	Kirguizistán	9,800	
100	Corea del Sur	9,500	
101	Tayikistán	9,100	
102	Mauricio	8,800	
103	Grecia	8,800	
104	Filipinas	8,700	
105	Letonia	8,600	
106	Laos	8,500	

107	Japón	8,100	
108	Suecia	8,100	
109	Israel	7,500	■
110	Puerto Rico	7,397	■
111	Cuba	7,100	■
112	Irlanda	6,900	■
113	Nicaragua	6,900	■
114	Bahamas	6,600	■
115	Serbia	6,400	■
116	Bangladesh	6,300	■
117	Guyana	5,900	■
118	Dinamarca	5,300	■
119	Belice	4,800	■
120	Turquía	4,600	■
121	Noruega	4,000	■
122	Bulgaria	3,800	■
123	Surinam	3,700	■
124	Líbano	3,600	■
125	Azerbaiyán	3,600	■
126	Georgia	3,500	■
127	Singapur	3,400	■
128	Hungría	3,000	■

129	Sri Lanka	2,800	■
130	Hong Kong	2,600	■
131	Finlandia	2,600	■
132	Nueva Zelanda	2,500	■
133	Túnez	2,400	■
134	Barbados	2,100	■
135	República Checa	2,000	■
136	Armenia	1,900	■
137	Lituania	1,200	■
138	Omán	1,100	■
139	Bosnia y Herzegovina	900	■
140	Cabo Verde	775	■
141	Jordania	600	■
142	Bermudas	163	■
143	Groenlandia	100	■
144	Croacia	0	■
145	Islandia	0	■
146	Fiyi	0	■
147	Bahrain	0	■
148	Bután	0	■
149	Comoras	0	■
150	Brunei	0	■

151	Irak	0	■
152	Eslovaquia	0	■
153	Maldivas	0	■
154	Malta	0	■
155	Macedonia	0	■
156	Mongolia	0	■
157	Luxemburgo	0	■
158	Qatar	0	■
159	Eslovenia	0	■
160	Siria	0	■
161	Svalbard y Jan Mayen	0	■
162	Turkmenistán	0	■

EL MANEJO DEL DOLOR Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS...

¿Qué es el dolor?

Todos los seres humanos, en alguna medida, hemos experimentado sensaciones de dolor. Se sabe qué es lo que se siente cuando decimos que algo duele, pero es realmente difícil plasmar ese sentimiento en palabras con el fin de que otros lo entiendan.

Según la Organización Mundial de la Salud, (1994), el dolor es una desagradable experiencia sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos. Quien lo padece siempre espera que sea curada o al menos aliviada.

El dolor es también una experiencia subjetiva, depende de lo que el enfermo desee y pueda expresar, por lo que es importante tomar en cuenta los aspectos psicológicos que le permitan a la persona comunicar su vivencia. Además tiene que ver con el estado físico del cuerpo, combinado con una serie de factores consecuentes al malestar como los son la depresión, angustia, ira, frustración, sufrimiento, molestia, incomodidad, cualidades también desagradables para la persona.

Se puede definir como un sufrimiento o padecimiento físico causado por alguna afección en el organismo. Puede ser severo, leve o moderado, dependiendo de varios factores. Afecta significativamente la calidad de vida del paciente, su conducta, su estado emocional y su condición física, y repercute también, en las personas o familiares con quienes convive.

De esta forma, no puede tratarse el dolor como un aspecto aislado de quien lo padece, ya que implícitamente involucra no sólo los factores físicos, sensoriales, individuales, sino los emocionales, sociales, espirituales y psicológicos. La experiencia del dolor, es realmente compleja y a veces se puede volver inexplicable.

Éste se puede ubicar en el tema de los cuidados paliativos como: dolor por Cáncer y dolor Crónico.

En cuanto al dolor por cáncer, son pocos los datos recientes y confiables acerca de su epidemiología.

Por su parte el dolor crónico, representa otro gran problema de salud pública, si se toma en cuenta no solo el gran sufrimiento de quienes lo padecen sino los recursos que se necesitan para allanarlo.

Son precisamente éstos pacientes, los que demandan una atención de calidad; no es posible que exista la idea que "de por sí", ya nada se puede hacer.

Los pacientes en etapas terminales, pacientes con cáncer o dolor crónico benigno o maligno, merecen ser tratados con respeto y amor. Sus últimas etapas las deben vivir a plenitud pero sobretodo muy dignamente.

Es por esta razón que surgen los cuidados paliativos, como la esperanza para muchos que sufren dolor y que necesitan exhaustivamente el control del mismo.

CÓMO OFRECER AYUDA A UN ENFERMO TERMINAL

Para el doctor Alfonso Reyes, pionero de la tanatología en México, esta especialidad "cura" al paciente terminal del **dolor de la muerte** y de la desesperanza. Al enfermo terminal se le ayuda para que siga siendo productivo, tenga una calidad de vida real y se prepare para **morir con aceptación**, dignidad y totalmente en paz consigo mismo.

Aunque la tanatología es relativamente nueva en nuestro país, algunos hospitales y residencias para ancianos ya cuentan con este tipo de servicios que, no sólo ofrecen **apoyo a los pacientes** terminales, sino también a los familiares del enfermo. De acuerdo con el especialista, a la familia se le ayuda para que sepa cómo enfrentarse a la muerte del ser querido y a **manejar el duelo**. "El duelo es pasar del shock de la muerte a la aceptación, y tratamos que el familiar recorra este camino en el menor tiempo posible, para que su sufrimiento sea menor".

ENEMIGAS IRRECONOCIBLES: EUTANASIA Y TANATOLOGÍA

Según el fundador de la Asociación Mexicana de Tanatología, la diferencia es muy clara. La **eutanasia no ayuda a una persona a bien morir**, dado que en ese individuo pueden permanecer sentimientos negativos y muere con odio a la vida. En este sentido, opina el doctor Reyes, la palabra eutanasia es falsa porque morir en la desesperanza no es una buena muerte. Por el contrario, los tanatólogos hablan de **muerte adecuada** que, en palabras del especialista, "es aquella en la que hay ausencia de sufrimiento moral, emocional, familiar, espiritual y físico además de persistencia de las relaciones significativas del enfermo. Este **desea estar con las personas que ama, esa es la muerte** adecuada, mientras que la eutanasia solamente busca aplicar algo para acelerar la muerte y el enfermo ni cuenta se da".

El nacimiento del tratamiento del dolor como una especialidad, apareció por primera vez en el Hospicio San Lucas en Londres, Inglaterra, donde desde 1940, la Dra. Cyceli Saunders busca la manera de aliviar el dolor de los enfermos y sus familias.

Los primeros pasos en el manejo del dolor se dieron en Inglaterra, con la creación de Hospicios de cuidados paliativos, donde se le otorgaba al paciente una muerte digna. Se incluía la atención tanto a enfermos como a los familiares a nivel físico, emocional y espiritual.

El hospicio creado por la doctora y trabajadora social, fue la piedra angular para el desarrollo del tratamiento moderno del control del dolor y los cuidados paliativos.

El cuidado paliativo, implica comprender que la persona afectada por dolor crónico o terminal realmente sufre y necesita ser aliviada. El tratamiento que se brinde debe ser competente para el control del dolor físico, pero así mismo debe brindarse tratamiento social, psicológico y espiritual.

El dolor no sólo limita la capacidad física del individuo; la sensación de impotencia y muchas veces de frustración, reflejadas en la actividad física, emocional y espiritual disminuida, revelan la influencia directa en la pérdida de calidad de vida y de la autoestima de los pacientes.

El cuidado del paciente que sufre este tipo de dolor, debe ser de una forma integral, atendiendo toda la connotación del dolor; tomando en cuenta al paciente como parte de una unidad especial que es su familia, su contexto social y muy por encima de toda su interioridad: sentimientos, pensamientos y espiritualidad.

No por ser paliativa, esta medicina es menos importante que la convencional, muy por el contrario, requiere de conocimiento, experiencia, capacitación, pero además de actitudes humanas que permitan comprender el dolor en su máxima expresión.

El cuidado paliativo debe llevarse a cabo por un equipo interdisciplinario, para que la acción sea más efectiva y buscando siempre el mayor beneficio para las personas con las cuales se trabaja, deben preocuparse por la causa del dolor, aliviarlo y pallearlo con medicamentos especiales, apoyo psicológico, social y espiritual.

La naturaleza del dolor, exige que el abordaje sea integral, que se complementen conocimientos, procedimientos y componentes del ámbito biosicosocial-espiritual de cada uno de los pacientes en la intervención.

Actualmente en nuestro país, según el Plan Nacional para la Organización de las Clínicas de Control del dolor y Cuidados Paliativos, Nivel I y II de atención médica, elaborado por el Dr. Isaías Salas (julio 2001), se encuentran trabajando 19 clínicas distribuidas en cada una de las siete provincias.

TRES DIFERENTES EXPERIENCIAS EN EL MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

Se contó con el apoyo de diferentes profesionales: Médicos, Psicólogos, Trabajadoras Sociales y Sacerdote.

Concepción de dolor

Se puede encontrar similitudes en la forma como los profesionales que trabajan con el dolor definen al mismo.

Se contempla al dolor como una experiencia subjetiva, que debe creerse siempre, producto de una enfermedad determinada, ante todo como una experiencia muy compleja en el ser humano que provoca displacer en la persona y que considera varios aspectos: dolor físico, total, espiritual, donde se abordan todos los componentes biosociales-espirituales e incluso históricos, de ahí la importancia del abordaje integral que se le debe dar al mismo.

Ante situaciones de dolor por cáncer o crónico, las personas se enfrentan al temor de la muerte, surgen resentimientos contra ellos mismos y los demás y una serie de problemas de orden afectivo que terminan complicando aún más la situación.

Por otro lado, el paciente puede percibir la sensación displacentera muy subjetivamente de acuerdo a su condición física, social, espiritual, económica, cultural y religiosa. Es importante tomar en cuenta todos estos factores, por que, según la condición de éstos, se percibe el dolor total.

Desde la perspectiva católica, el dolor se califica como:

"Un misterio del amor de Dios hacia la humanidad. Si Dios es amor y positivamente nos ama, ¿cómo puede ser el dolor amor de Dios? Jesucristo, el hijo de Dios amado, sufrió el dolor como nadie lo ha sufrido y no por eso dejó de ser amado por Dios. Los cristianos somos hijos de Dios y hemos de concebir el dolor como instrumento salvador de la humanidad, como imitador de Cristo" (Chaves Araya, 2001).

Definitivamente, el dolor se convierte en un aspecto sin principio ni explicación. Lo importante, es tomarlo en cuenta como una experiencia compleja y multidimensional.

En la definición anterior, es necesario tener presente la connotación que puede provocar, el dolor en las personas como amor de Dios. Como se mencionó, puede incluso parecer contradictorio para los enfermos, por lo que no es tan sencillo hablarle a un moribundo que Dios lo ama, cuando el primer reclamo que pueden tener es quejarse de que ese Dios tan amoroso, los tiene en una cama y a unos pasos de la muerte.

Es necesario abordar este tema muy cuidadosamente y enseñar a ver a la muerte como el último evento de la vida que le corresponde vivir a todo ser humano y no como lo trágico que para muchos significa.

El equipo básico de trabajo.

Es posible proponer un equipo ideal que debería conformar toda clínica de atención del dolor y cuidados paliativos; éste estaría formado por: Equipo médico (medicina interna, anestesiólogo, hematólogo), Profesional en Psicología y Trabajo Social, Enfermería, Farmacia y atención espiritual sea sacerdote o pastor.

Al ser el dolor un fenómeno totalmente amplio y multifactorial y dimensional como ya se ha indicado, se hace necesario para una atención integral, la permanencia de un equipo que cumpla con las necesidades básicas de los enfermos, tales como las físicas, las psicológicas, sociales, emocionales y espirituales.

En cuanto al campo de la medicina, se identifica que dentro de los equipos laboran médicos generales, anestesiólogos, algólogos (especialista en el dolor), hematólogos. Lo importante es que al menos exista el equipo médico básico para la atención del dolor.

Entre más especialistas laboren dentro del equipo, más completa será la atención que se brinde, sin embargo, hay que tomar en cuenta un importante factor, cual es la disponibilidad de recursos para desempeñar estas labores y los conocimientos necesarios.

Según las entrevistas realizadas, la mayor parte de los profesionales que conforman el equipo, reciben como retribución el agradecimiento de los pacientes y sus familiares, no así una remuneración material al respecto.

Incluso, consideran que el premio fundamental a su labor en ningún momento puede llegar a ser el económico.

Es necesaria la atención social, emocional y psicológica de los pacientes, funciones que deben ser desempeñadas por psicólogos, trabajadores sociales y psiquiatras.

La atención farmacéutica, se vuelve fundamental en el cuidado paliativo. Si se cuenta con el servicio de farmacia dentro de la misma clínica, o sea no dependiente específicamente del Hospital, la labor puede ser más útil y eficaz, porque se tendrá lo que se necesite en el momento preciso.

La atención espiritual, debe verse tan importante como la médica y social. Se le debe dar la oportunidad a cada enfermo terminal y moribundo de encontrarse con su espiritualidad, en el trance final de su vida. En la Unidad de Cuidados Paliativos de Alajuela, la intervención espiritual ocupa un lugar muy importante en el trato de los enfermos, incluso la misma iglesia, juega un papel fundamental en el desempeño de la clínica en cuanto a recursos económicos se refiere. Aún así, sin importar el credo religioso, es imprescindible que exista un profesional al respecto, que se incorporen de ser posible, pastores, predicadores y sacerdotes en general.

Actitud, vocación o profesión.

El manejo del dolor y cuidado paliativo, trasciende cualquier tipo de especialidad médica. Cuando no es posible curar, al menos debe quedar la satisfacción de aliviar o paliar el dolor. No puede ser posible, que ante una persona enferma terminal, un profesional tienda a cruzarse de brazos porque simplemente "no hay nada más que hacer".

Aunque el único paso que quede sea el de la muerte, debe ser un paso dado con seguridad, confianza y esperanza. Toda persona es digna y merece mantener esa dignidad incluso en sus últimos momentos de vida. Es más, son esos últimos momentos los que deben vivirse como ningún otro; y... ¿será posible que un enfermo con dolor crónico o por cáncer sin el alivio necesario, pueda experimentar una muerte digna y sublime?

El manejo del dolor implica no solo poseer un basto conocimiento científico, técnico y creciente; se necesita aparte una gran dosis de vocación y actitudes humanas, que permitan comprender el estado real de aquellos que sufren por dolor.

Los profesionales, deben tener una disposición abierta hacia la muerte, pues esta se convierte en la compañera de trabajo de todos los días. La ayuda que se pretenda brindar en un equipo de atención del dolor, debe ser una ayuda profesional en todo el sentido de la palabra, se necesita de una capacitación adecuada en materia de clínica de dolor y cuidado paliativo.

Los profesionales deben poseer un espectro muy amplio de características; desde la sensibilidad humana, hasta actitudes negociadoras y estratégicas, debe ser una persona empática, que posea la capacidad y habilidad de escuchar más que de oír, debe ser una persona paciente, pasiva y activa; debe tener motivación para el trabajo con los mayores sufrimientos y un espíritu de poder llevarlo a cabo, es casi tener una vocación para ello, porque las experiencias son difíciles y hasta enajenantes. La posición humanista e integral debe privar ante cualquier otra postura.

Se debe poseer la accesibilidad a estar siempre dispuesto al compromiso para que se selle toda intervención que se realice y la discrecionalidad que busque el mayor de los respetos por los que padecen dolor, angustia y desesperación.

La persona profesional en el manejo del dolor, debe sentir de una forma especial la identificación con los pacientes, tolerancia y comprensión... calidad humanista máxima.

El manejo del dolor es en definitiva una cuestión de actitudes, vocación y profesión.

¿Y después qué queda?

Ante las puertas de la muerte. ¿Cuál puede ser la satisfacción personal de los profesionales?

Aunque para muchos todo esté perdido, el profesional que trabaja con el dolor, encuentra en su experiencia profesional y personal una ganancia que "no puede comprar ni la mayor cantidad de oro que exista en el mundo".

El dolor es un hecho real, cada paciente con dolor necesita mucho, cualquier cosa que se haga para mitigarlo se agradece. Cada paso que se da tiene un impacto en la vida de los que sufren dolor; cuando son aliviados se sienten como personas dignas, como ese ser humano trascendente que necesita vivir y morir tal como él lo desea, paliar el dolor es un hecho totalmente humano y la gratificación no la paga ninguna moneda.

Al trabajar con el dolor a tan solo unos pasos de la muerte, es posible aprender a vivir y cambiar radicalmente la forma de ver las cosas en el mundo, de las grandes angustias, se aprende a disfrutar de los pequeños placeres.

El manejo del dolor, puede llegar a convertirse para los profesionales comprometidos con él, en el entusiasmo, la pasión y la lucha diaria; por ver de qué forma se brinda una calidad de vida a todos los que están reclamando por ella.

Esta labor permite no sólo la formación y desarrollo profesional, sino que se convierte en una escuela de preparación para la propia muerte, se aprende a valorar la vida y a vivir plenamente como si fuera el último día.

Un abrazo, un beso, un gracias, ante una situación de dolor total, realza la identidad personal y profesional de quien los recibe.

Aunque exista la imposibilidad de no poder hacer más para evitar la muerte, la satisfacción es plena siempre y cuando se haya realizado el intento de aliviar y proporcionar la muerte con dignidad. La realización humana que se puede desprender de colaborar en una obra de amor, entrega, dedicación, esfuerzo, profesión y vocación, no se puede comparar con ningún otro hecho real de la vida.

CUIDAR MÁS ALLÁ DE CURAR, PILAR DE LA TANATOLOGÍA

Para la Sociedad Española e Internacional de Tanatología (SEIT), esta amplísima disciplina aborda diversas facetas y campos del conocimiento que están relacionados con temas biológicos, éticos, morales, religiosos, rituales y bioéticos. Sin embargo, la principal finalidad de la tanatología es el de desmitificar la muerte y el morir aprendiendo a convivir con ella. En este sentido, los especialistas consideran que es preciso educar para la vida y la muerte a niños y niñas, adolescentes y adultos para que partiendo del conocimiento personal, cultural, social y a la luz de la ciencia, podamos todos no solo vivir sino también morir con dignidad.

ATENCIÓN A LA AGONÍA

Los últimos días de una persona **enferma terminal** suelen estar marcados por un **drástico deterioro** y anuncian su inminente muerte. Es posible que la o el paciente entre en estado de coma o sufra una disminución de la conciencia lo que puede impactar emocionalmente a la familia y al equipo terapéutico, y puede dar lugar a una **crisis** de claudicación emocional de todos quienes están involucrados.

De ahí, la importancia de una prevención y resolución adecuada. De acuerdo con la Sociedad Española de cuidados paliativos (SECPAL), es normal que en estos momentos aparezca toda una serie de **interrogantes** y **miedos** de la familia: ¿Cómo será la muerte?, ¿Tendrá convulsiones?, ¿Cómo reconoceré que ha muerto?, ¿Qué tengo que hacer entonces?

PREPARÁNDOSE PARA LO PEOR

Según la Guía de Cuidados Paliativos de la SECPAL, cuando la familia se enfrenta a la agonía de un enfermo pueden aparecer síntomas conocidos (como el coma o la desorientación del paciente) u otros nuevos como **agitación** psicomotriz, **trastornos respiratorios**, **fiebre alta** debido a la elevada frecuencia de infecciones como causa de muerte sobre todo, en pacientes con VIH u otra enfermedad terminal, dificultad extrema o incapacidad para la ingesta de alimentos y líquidos, ansiedad, **depresión**, miedo (explícito o no) y retención urinaria (sobre todo si toma psicotrópicos), entre otros.

En estos momentos, opinan los especialistas, es fundamental estar preparados y redefinir los **objetivos terapéuticos** prestando más apoyo a la familia.

¿Cómo se debe actuar?

Tanto la familia como el equipo terapéutico deben conocer toda una serie de indicaciones o cuidados generales que incluyen: instrucciones de cómo atender al paciente encamado haciendo hincapié en los **cambios de postura** o saber cambiar la **ropa de cama**, cuáles son los cuidados de la boca y de la piel más importantes, así como las **protecciones de úlceras**, entre otros aspectos.

La **posición más confortable** para la persona enferma, señalan los expertos, es acostarlo de costado con la piernas flexionadas, ya que esto disminuye la respiración estertorosa y facilita los cuidados de la piel y la aplicación de **medicamentos** por vía rectal, así como los cuidados de la incontinencia urinaria que para muchos enfermos débiles pero conscientes, puede provocar angustia.

Es fundamental que la familia conozca las instrucciones concretas sobre la administración de ciertos **fármacos** o cómo hacer una consulta telefónica por si el paciente entra en coma, tiene **vómitos** o hemorragia.

Es muy importante cuidar la **comunicación no verbal** (tacto) y conocer las necesidades espirituales del enfermo y su familia. Aunque no nos guste hablar de **trámites funerarios**, es fundamental saber cómo reconocer que el enfermo ha muerto y cómo contactar con la funeraria, traslados y costos.

Es conveniente que estos trámites queden claros con anticipación, y no posponerlos para el doloroso momento de la **muerte**.

CINCO BENEFICIOS DE LA TANATOLOGÍA

La **tanatología** es la disciplina que aborda el fenómeno de la muerte y ayuda a entender su significado. La finalidad de la **tanatología** es afrontar el **duelo**, eliminar el **miedo** y dar plenitud a la vida; antes, durante y después de la pérdida de un ser querido.

A continuación se nombran cinco importantes beneficios:

1. El tanatólogo ayuda a aliviar el **dolor** y la desesperanza que produce la inminencia de la **muerte**. Apoya a enfermos terminales y a familiares.
2. Permite a las personas expresar sus sentimientos y emociones cuando sufren la pérdida de un ser querido. La **tanatología** brinda la oportunidad de compartir experiencias de **duelo** y de esta forma ir superando la muerte de una persona.
3. Esta disciplina ayuda a morir con dignidad, plena aceptación y total paz.
4. Mejora el proceso de **duelo** que tiene como intención reconocer el **dolor** que produce la pérdida. Contribuye a aceptar las ausencias, la muerte, a manifestar **dolor** y a reincorporarse a las actividades diarias.
5. Esta disciplina trabaja con el espíritu, con la parte más profunda del ser. Lo profundo tiene que ver con el origen y destino. Ha emergido de la necesidad de integrar la sabiduría antigua y la ciencia moderna para entender el proceso de la muerte.

ALTERNATIVAS ESPIRITUALES PARA RECUPERARSE ANTE LA PÉRDIDA

REIKI

Reiki ayuda a la persona agonizante a ajustarse interiormente y prepararse para la transición, reforzando su unión con su ser superior, para que así pueda dejar el cuerpo físico sin lucha ni temor.

La experiencia con personas agonizantes nos ha enseñado que, aunque parece que están desinteresadas en ayuda espiritual, realmente no es el caso. Es solo el miedo lo que bloquea la comunicación de esos deseos.

Reiki es una energía que funciona a un nivel superior a las palabras. Así que para personas que no quieran expresar sus temores de dejar esta tierra y a sus seres queridos, podemos darles un alivio espiritual más allá de las palabras y las emociones.

Si la persona agonizante está inconsciente no debemos pensar que no sabe lo que pasa a su alrededor, ni que la energía Reiki no le beneficia.

La energía Reiki se ofrece al Ser Superior para su mayor bien en ese momento y en el momento de hacer la transición, el Ser Superior sabiamente aplicará la energía, aunque nosotros no seamos conscientes de ello.

Con la energía y la intuición se guiará el lugar donde tenemos que aplicar Reiki con las manos, la energía se transmite directamente además se puede aplicar en lugares donde hay dolor localizado.

Lamentar la muerte de un ser amado es egoísmo y retardamos un gran bien al que el ser amado tiene derecho. Lamentar una pérdida es realmente una rebelión en contra de la ley que nos brinda otra oportunidad de descansar y evolucionar porque nada en el universo retrocede y todo, no importa que tan temporal sea la apariencia, se está moviendo hacia un gran gozo de perfección.

Tal sufrimiento es debido al hecho de que la personalidad, especialmente las emociones, acepta al cuerpo como si fuera el individuo mismo, en lugar de comprender que es el cuerpo solamente un vestido que el individuo usa. Cuando alguien ama realmente a una persona no desea sino su felicidad. Si a través de todo esto llamado muerte, el individuo decide aceptar una mejor oportunidad para una futura expresión, si hay el más ligero destello de amor, uno no debería de sufrir ni desear mantener a la persona amada en un estado de incapacidad, cuando él podría ir al gran descanso y libertad.

El paciente terminal en general necesita paz en su mente y corazón por lo que requieren algún tipo de ayuda espiritual, si lo desea además como para la familia que se queda y tiene que enfrentar la pérdida de la mejor manera posible disminuyendo su sufrimiento, y encontrando un sentido más grande a su vida.

EL SECRETO DEL PERDÓN

A veces nos aferramos durante años a nuestra rabia, que consideramos justificada creyendo que de ese modo castigamos a la persona que lo provocó. Aunque pensamos que el problema nos viene totalmente de afuera, un examen honesto de nosotros mismos probablemente revelará la existencia en el interior de cada persona llamado terquedad, egoísmo o rencor. Cualidades negativas nada diferentes de las que hemos supuesto o criticado en las personas infectadas por VIH o cualquier otra enfermedad. No perdonar nos hace daño porque nos ata a los recuerdos dolorosos o de indefensión con respecto al pasado. Y hasta podemos llegar a hacernos adictos a los patrones de sufrimiento que conlleva nuestra identidad de víctimas; Entonces podríamos sentir el inquietante temor de “si me desprendo de mi sufrimiento, ¿dejaré “yo” de existir?”

Perdonar es una acción que incluye en sí misma mucha fuerza, probablemente la decisión más positiva y transformadora que la vida nos pide hacer repetidamente. Perdonar no significa que pasamos por alto o aceptamos las acciones hirientes de otra persona; Consiste, más bien, en aliviar nuestras reacciones de dolor, rabia o temor y sacar la espina de una vieja herida para que se cure. Si todos repetimos este papel se repetirá el mismo patrón dañino por eso cuando soltamos esa reacción y finalmente respondemos con perdón y amor conseguimos romper ese patrón y liberamos al paciente moribundo y a la vez este perdón nos libera.

COMPASIÓN Y AMOR INCONDICIONAL ANTE TODO

Durante unos meses se estuvieron oyendo rumores acerca de un cáncer que padecían los homosexuales. Nadie sabía mucho al respecto, excepto que unos hombres en otro tiempo sanos, activos y llenos de vitalidad estaban muriendo a una velocidad alarmante, y todos eran homosexuales. Por ese motivo, no había mucha inquietud entre la población en general.

Los enfermos moribundos tenían escritas las normas para ser tratados, entonces la sociedad iba a mostrar un rechazo inimaginable ante esa epidemia llamada SIDA. La única reacción humana aceptable era la compasión. Algunos pacientes no tenían idea de qué era lo que los estaba matando, al igual los homosexuales sabían que estaban muriendo, que se volvían frágiles y su salud se estaba volviendo cada vez más deteriorada, estarían confinados en su casa hasta su muerte.

Serían abandonados por sus familias y la sociedad desde hacía mucho tiempo, sus amigos los dejaban de visitar. Era comprensible que estuvieran deprimidos y se empezó a decir y a escribir, el SIDA representa un peligro para la humanidad pero a diferencia de la guerra, es una batalla que se desarrolla en el interior, y se tenía que elegir entre el odio y la discriminación o entre el amor y el servicio.

Los enfermos de SIDA que sufrían una epidemia creada por el hombre, en sus primeras entrevistas muchos de ellos decían que les habían puesto una inyección que supuestamente curaba la hepatitis, esto no se podía investigar al momento pero sí era cierto, solo significaba que teníamos que luchar mucho más contra el mal, había historias de vidas con engaños, rechazos, aislamiento, discriminación, soledad y todo el comportamiento negativo de la humanidad. Se veían rodar lágrimas suficientes en pacientes, familia y alguna parte de la sociedad la cual no aceptaba la discriminación.

Por otra parte, los pacientes de SIDA eran unos maestros increíbles. Nadie personifica mejor la capacidad de comprensión y crecimiento que los mismos jóvenes infectados, muchos se la habían pasado año tras año entrando y saliendo de hospitales, de modo que parecían prisioneros demacrados como salidos de un campo de concentración nazi. El estado en el que se encontraba hacía difícil creer en su supervivencia. Entonces existió la necesidad de hacer las paces con los padres a los que no se les veía desde hace años, antes de morir.

A algunos pacientes les angustiaba tanto su apariencia física, la cual podría causar rechazo a su familia, que estuvieron a punto de volverse. Sin embargo, cuando sus padres que estaban esperando nerviosos para ver a sus hijos y ya sea el padre o la madre sin ninguna preocupación corrían o si estaban en cama los abrazaban

con tanto amor sin preocuparse por las lesiones púrpura que les cubrían la cara o el cuerpo y de esta manera todos se reunían llorando amorosos, antes de que fuera tarde.

El SIDA era la batalla más importante en el mundo la cual había que enfrentar con mucho valor, pero sobre todo con amor incondicional.

No hay que olvidar que en el interior de cada uno de nosotros hay una capacidad inimaginable para la bondad, para dar sin buscar recompensa, para escuchar sin hacer juicios y para amar sin condiciones.

VISIÓN ESPIRITUAL DE UNA ENFERMERA

Una visión que incluya todo, en la vida y en la muerte, transforma también nuestra forma de ver a los pacientes. Una enfermera que ha trabajado muchos años en un hospicio lo explicaba de la siguiente forma:

“He aprendido a ver y apreciar a la autentica persona que hay en el interior de cada paciente, al verdadero ser humano que siempre está ahí, por debajo de su apariencia física o de su estado emocional.”

Aprender a reconocer con compasión nuestro propio sufrimiento hará nacer en nuestro corazón una compasión ilimitada ante el sufrimiento que experimentan los demás y una actitud de reverencia ante toda vida. Por medio del estudio y la práctica espiritual continuados, cultivamos la alegría de elevar nuestro potencial, y empezamos a apreciar el potencial sagrado que hay en toda persona que cuidamos. No dejes nunca que su apariencia o su sufrimiento te lleve a olvidar quienes son realmente. *En la esencia de su ser independientemente de su apariencia toda persona es perfecta, integra y completa.*

PALABRAS QUE AYUDAN A LA FAMILIA DEL PACIENTE EN FASE TERMINAL

“Mi mejor amigo se sentó y lloro conmigo.” dice Pedro.

“Él dijo que realmente lo sentía y que quería a mi papá como si fuera el suyo “

“La señorita de la biblioteca me preguntó que si tenía hermanas o hermanos. Le dije que tenía dos hermanos y una hermana en el cielo. ella se sorprendió y guardó silencio un momento.” dice Sofía “Luego dijo que lo sentía mucho y que era muy triste cuando los bebés se mueren. Me dijo que cuando la gente que queremos se muere, siempre permanecen en nuestro corazón“

“Mi maestra me dijo que lo sentía mucho.

Luego se sentó conmigo en el recreo y me dejó hablar de mamá por una hora entera. sólo me escuchó y se veía triste por mi,“ dice Ana

“La señora de la casa de enfrente me hace galletas.

Me invita a sentarme a su mesa y sólo pensar.

A veces me da un fuerte abrazo. Yo pienso que sabe
que estoy pensando en mi hermano“ dice Juan

“El sida es sólo un estilo de vida el cual

no debe avergonzar a los padres

al enterarse de la noticia

por su propio hijo.

Orgullosos deben estar

ya que deben saber que tiene

inculcado el valor de la valentía

y enfrentamiento que ellos mismos

le enseñaron “

SÓLO PARA CONCIENTIZAR

Caso reales

Estos casos son entrevistas reales de pacientes que padecen VIH. Nada como conocer la realidad que viven los pacientes. Se hacen algunos comentarios, pero definitivamente usted, sacará las mejores conclusiones para su vida y familia. Los nombres han sido cambiados, pero las historias son totalmente reales.

Pedrito

“Sólo fueron tres veces”, contestó el muchachito de diecisiete años al preguntar el doctor qué le pasaba. El joven tenía un ojo totalmente fuera de la cavidad ocular, siendo empujado por una masa friable y sangrante, que además supuraba fétidamente y a quien todos veían en la sala de espera de urgencias.

No entiendo, joven, contestó el médico...

Sí, sólo fui tres veces con las prostitutas hace dos años, y me contagié de SIDA. Al año me vino un tumor en la cavidad ocular y me ha aventado el ojo hacia fuera. Es lo que me pasa. Tengo dolores horribles, que deseo que me calme... Según dicen, no puedo esperar una vida mayor de seis meses por las ramificaciones del cáncer en todo mi organismo. En realidad, quisiera morir ya...

Pedrito fue atendido en la sala de urgencias. Se le extirpó el ojo, y parte del tumor una vez controlada la infección dos días más tarde. Murió treinta días después...

Rosa

Tengo setenta y dos años, y hace cuatro me contagié de SIDA, pero no como usted pudiera pensar...

A los sesenta y ocho años me sentía totalmente bien, pero de pronto comencé a sangrar de nuevo. Sabiendo que esto era totalmente anormal, consulté al ginecólogo quien después de varios estudios concluyó que padecía de cáncer de útero. Había perdido mucha sangre por lo cual estaba anémica y debía operarme, lo cual entrañaba un riesgo adicional de pérdida de sangre adicional

por lo cual solicitaron donadores. Mi hermano Julián donó medio litro y mi prima Ruth otro medio. La operación fue un éxito, pero me tuvieron que poner un litro de sangre. Hace dos años enfermé de neumonía en verano, por lo cual los médicos sospecharon algo raro. Varias veces me preguntaron si había tenido alguna aventurilla sexual, pero desde hace treinta años que murió mi marido no he gozado del sexo. Día tras día me preguntaban sobre lo mismo, durante una semana. Por fin me informaron que tenía SIDA lo cual me cayó como un rayo...

¿De dónde si no había tenido sexo? Mediante un interrogatorio detallado se sospechó de mi hermano Julián fallecido unos meses antes, y de Ruth, mi prima. Investigaron a Ruth por exámenes de sangre y resultó "limpia", ¿sería Julián mi hermano?

Incidentes en los que nunca había pensado tomaron significado. En el funeral de Julián, a 800 kilómetros de aquí recordé que mi cuñada se había peleado con un hombre que fue al funeral, y le corrió muy enojada. No queriendo hacer mayor el sainete hice como si nada hubiera presenciado. Hablé por teléfono con mi cuñada sobre el incidente y me confió que tal hombre y mi hermano habían sido sorprendidos teniendo relaciones sexuales bajo unos árboles, junto a los cuales se le hizo raro ver la camioneta de mi hermano cuando regresaba de hacer unas compras en la ciudad, yendo de regreso a la granja donde vivían desde que se casaron cuando eran jóvenes. Eso significaba que la bisexualidad de Julián continuaba hasta sus sesenta años, detectada por mí desde su adolescencia.

Cuando me donó la sangre, los resultados de detección de HIV-Sida fueron normales y hay registros de ello en el hospital local donde me operaron... Acepté su sangre aunque sabía que, pensaba yo, había sido homosexual ya que su examen de HIV era negativo. También era algo borrachito, y diabético.

Nunca me he inyectado drogas, aplicado tatuajes, ni siquiera he ido al dentista los últimos veinte años. Los médicos rastrearon el certificado de defunción de mi hermano, siendo referido que murió de diarreas prolongadas, y mi cuñada fue checada recientemente debido al descubrimiento del HIV en mi sangre, dando ella positivo al VIH.

TU FUTURO EN LIBERTAD

INFORMACIÓN ACERCA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL QUE QUEREMOS EN MÉXICO

- **Quererme, cuidarme, respetarme y decidir**



¿QUÉ ES LA AUTOESTIMA?

La autoestima es la capacidad de quererse, tenerse confianza, amor y respeto por una misma o uno mismo. La autoestima se construye desde el momento del nacimiento. Resulta determinante saber las expectativas de tu madre y padre. Las actitudes de la madre y del padre son determinantes para el desarrollo de la seguridad y la autoconfianza de las hijas e hijos, de la capacidad de valorarse y valorar a las y los demás. En el núcleo familiar se adquieren las bases para construir una adecuada o inadecuada autoestima.

¿QUÉ PASA EN LA JUVENTUD CON LA AUTOESTIMA?

Durante la juventud, la autoestima va más allá de la valoración de las madres y los padres, cuya autoridad suele cuestionarse en esta etapa. Ahora, los sentimientos de confianza y seguridad buscan sustentarse en tus propias realizaciones; interesan, en especial, las opiniones de tus grupos de pares, de tus compañeras, compañeros, amigas y amigos de tu misma edad. Pero también lo que piensan personas que tú admiras, como alguna tía o un maestro.

¿CÓMO INFLUYEN LOS CAMBIOS CORPORALES EN LA AUTOESTIMA?

Es común que te preocupes por los cambios físicos y emocionales; la apariencia de pronto puede cobrar una gran importancia. Muchos hombres se empiezan a preocupar por el tamaño del pene, la presencia del vello en el pecho y pubis, por la aparición del bigote y las patillas; mientras, que las mujeres dirigen su atención al tamaño de los pechos, la aparición de la menstruación, las curvas del cuerpo. La autoestima puede tambalearse ante tantos cambios que sufren los cuerpos, vale la pena conocer los cambios que tu cuerpo está teniendo, hacer esfuerzos para no desilusionarse y seguir creyendo en uno mismo o una misma como persona, sentirte orgulloso u orgullosa al reconocer tus cualidades y asumir tus defectos sin culpa. Recuerda que nadie es perfecto.

¿CÓMO EXPRESAR LA AUTOESTIMA?

El respeto, la confianza y la seguridad con las que afrontamos los problemas y los desafíos de la vida son manera de expresar el grado de autoestima.

Expresar tu desacuerdo frente a lo que consideras un regaño injusto de tu madre o padre o de un maestro o maestra por ejemplo, es afirmar tu valor.

Tomar tus propias decisiones aunque éstas no sean populares, así como negarte a experiencias desconocidas o que no te gustan, se vale y no te hace menos. Rehusarte a realizar acciones y no acudir a donde no quieres ir, son formas de fortalecer tu personalidad y tus convicciones. Esto nos ayuda a sentirnos bien con nosotras o nosotros mismos y a enfrentar con seguridad las situaciones desconocidas.

¿COMO MEDIR LA AUTOESTIMA?

Puedes decir que tienes un alto grado de autoestima cuando:

- I.** Cuidar tu cuerpo y tu salud
- II.** Aceptas tus errores
- III.** Refuerzas tus aciertos
- IV.** Hablas con tranquilidad de tus éxitos y fracasos
- V.** Reconoces tus sentimientos sin miedo ni vergüenza
- VI.** Enfrentas tus problemas
- VII.** Defiendes tus opiniones ante los demás
- VIII.** Conoces tus cualidades y defectos
- IX.** Luchas por tus ideales y metas

- X. Reconoces tus capacidades, así como las de tus amigas, amigos, compañeros y compañeras.
- XI. Impides que te traten mal o abusen de otras personas

¿Y SI TE SUBESTIMAS, QUÉ PASA?

La baja autoestima o subestimarse puede meterte en problemas y en situaciones de riesgo; puede causar manipulación, menosprecio o rechazo. Cuando no te valoras la sexualidad puede ser un campo peligroso; existe una mayor propensión a ser víctima de abuso sexual, a descuidar las prácticas preventivas, a quedar embarazada sin desearlo o a embarazar a alguien sin querer. El autocuidado es una manifestación de la autoestima. Recuerda que en esta etapa de la vida, los cambios hormonales también nos pueden hacer que nos sintamos con baja autoestima en algunos momentos.

¿QUE ES EL AUTOCUIDADO?

Cuidar tu cuerpo y de tu salud. Valorar el autocuidado, es un derecho y una gran responsabilidad. Se trata del interés por tener las condiciones físicas y emocionales adecuadas para mantener tu cuerpo y tu salud mental en un estado óptimo.

Aquí van algunas recomendaciones importantes para mantener tu cuerpo en buen estado de salud:

- i. Mantén una higiene constante de tus órganos sexuales
- ii. Haz una revisión periódica de tus pechos y genitales, un autoexamen
- iii. Evita las prácticas sexuales desprotegidas o de alto riesgo
- iv. Conoce y aplica las prácticas sexuales más seguras
- v. Conoce e identifica los principales síntomas de las infecciones sexuales
- vi. Acude al médico ante cualquier síntoma, aunque no los reconozcas o sientas “raro “
- vii. Recuerda claramente que tú eres la única persona que puede tomar la decisión de cuidarse

¿CÓMO TOMAR DECISIONES ADECUADAS?

La toma de decisiones adecuadas está ligada a una buena autoestima, que es un proceso que se inicia en la infancia y se aprende en el núcleo familiar. Durante la juventud es natural que dudes para tomar una decisión; te darás cuenta que algunas decisiones son más difíciles que otras, por eso es importantes que cada decisión las analices y reflexiones una y otra vez hasta que estés seguro o segura de las ventajas y desventajas de la misma.

Aunque en la toma de decisiones no es posible “aplicar recetas”, te damos algunos elementos que pueden ayudarte a tomar decisiones adecuadas:

- 1) **La información:** Debes contar con suficiente información acerca del aspecto sobre el cual vas a decidir
- 2) **Las presiones sociales:** Es importante que analices las influencias de tu familia y tus amigas y amigos sobre tu decisión y que ordenes tus valores y tus deseos con el fin de distinguir entre lo que quieras y lo que sientes, o lo que tu medio te presiona a hacer.
- 3) **Las situaciones que vives:** Analizar las situaciones ayuda a no tomar decisiones impulsivas. Es determinante reflexionar sobre los riesgos que tienen las situaciones que se presentan, para prever las consecuencias
- 4) **La experiencia personal:** Los errores y aciertos de las decisiones tomadas anteriormente son determinantes para tomar nuevas decisiones.

¿QUÉ ES EL SEXO?

Es frecuente que utilicemos las palabras sexo y sexualidad como sinónimos; sin embargo, tienen significados diferentes. La palabra sexo se refiere al conjunto de características biológicas que diferencian a los hombres de las mujeres, sus genitales y sus capacidades reproductivas.

¿QUÉ ES LA SEXUALIDAD?

La sexualidad acompaña al ser humano desde que nace hasta que muere, ella conforma las maneras en que pensamos y entendemos el cuerpo. La sexualidad tiene que ver con la atracción, el placer y las preferencias sexuales; así como con la vinculación afectiva y erótica, el amor y la reproducción.

Es importante mencionar que la sexualidad se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, valores, así como, en actitudes y prácticas en las relaciones humanas. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos entre las personas.

El desarrollo pleno de la sexualidad depende de la satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano, tales como: el deseo de contacto, la intimidad la expresión emocional, el placer la ternura y el amor. Las expresiones libres, informadas y responsables derivan en relaciones armónicas tanto personales como sociales.

Hoy, la sexualidad está regulada por un conjunto de reglas y normas. Algunas tradicionales, otras nuevas, que reflejan los cambios en la manera en que las personas dan sentido y valor a su conducta, a sus deberes y a sus placeres, a sus sentimientos y a sus sueños.

La forma en que vas dando lugar y circunstancia a tu sexualidad, a tus deberes y deseos, influirá en el camino que decidas y en la forma que tomes cada una de las etapas de tu vida. Se trata de un aspecto vital que se relaciona con las reglas de la familia y del género, con las normas escolares y médicas, con las regulaciones religiosas y jurídicas, con los mensajes de los medios de comunicación. También tiene que ver con las necesidades económicas y hasta con las tensiones políticas.

¿QUÉ ES EL PLACER SEXUAL?

El placer es una sensación corporal y emocional ligada a deseos muy íntimos y personales, a sentimientos internos de gozo y libertad. El placer sexual es una dimensión sustancial de la identidad que fortalece la seguridad y la autoestima; es una aspiración positiva y enriquecedora de la vida humana. El placer puede ser emocionalmente muy intenso y producir sentimientos de felicidad; sobre todo, cuando se experimenta ejerciendo los derechos humanos, cuando hay equidad y horizontalidad en las decisiones, cuando es producto de una decisión autodeterminada y compartida, oportuna e informada, del acuerdo mutuo y no de la imposición o de una relación subordinada o simétrica; cuando está libre de toda discriminación y violenta y de consecuencias no deseadas.

¿QUE ES LA MASTURBACIÓN?

Falsas creencias y realidades

La masturbación es la manipulación de los genitales con el fin de sentir placer, es una actividad normal en todas las etapas de la vida, pero su frecuencia aumenta durante la adolescencia. Tanto hombres como mujeres practican la masturbación.

Las investigaciones reportan que la masturbación no causan daño físico ni mental; al contrario, te ayuda a conocer tu cuerpo y en su caso a ensayar tu próxima vida sexual, ya que mediante esta práctica, distingues lo que te gusta, lo que no te gusta, cuándo y cómo te agrada que te toquen, lo que te desmotiva y lo que te excita.

Desde hace décadas, la ciencia ha demostrado los beneficios de la masturbación:

- Alivia el estrés
- Alivia la tensión sexual
- Proporciona placer sexual e intimidad antes de que la pareja esté lista para las relaciones sexuales
- Funciona como una forma de relaciones seguras o sin penetración, que reducen el riesgo de infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados.
- Proporciona placer sexual a las personas que no tienen pareja, incluso a las personas mayores
- Proporciona una liberación de la energía sexual a las personas que desean abstenerse del coito por embarazo, menstruación o enfermedad de la pareja.

- Brinda a las personas la oportunidad de aprender cómo desean ser tocadas y estimuladas
- Alivia la tensión premenstrual en muchas mujeres
- Induce el sueño
- Fortalece el tono muscular en la zona pélvica
- Aumenta la irrigación sanguínea en la región genital
- Crea una sensación de bienestar
- Mejora la autoestima
- Permite mayores niveles de satisfacción conyugal y sexual
- Sirve como tratamiento para la disfunción sexual

Debido a los prejuicios en contra de la sexualidad, se han generado una serie de falsas creencias acerca de la masturbación: que te van a salir pelos en la mano, que se te va a acabar la inteligencia, que vas a volverte loca o loco. No hagas caso a estas falsas creencias que no tienen base científica y sólo buscan inhibir las expresiones sanas y responsables de la sexualidad.

¿CUÁNDO DEBES INICIAR LAS RELACIONES SEXUALES?

La decisión sobre cuándo se deben iniciar las relaciones sexuales, es muy personal y respetable. Hay personas que desde el principio disfrutan ampliamente de las relaciones sexuales; hay también quienes necesitan más conocimiento de la otra persona para empezar y deciden esperar hasta que se estreche la relación. Se pueden tomar días, a semanas, meses o años antes de pasar a los contactos genitales; lo importante es que nunca sea una imposición, sino una decisión bien reflexionada y dialogada, un acto libre, responsable e informado.

Cuando te sientas en confianza contigo misma o mismo, cuando tengas toda la información necesaria para tomar la decisión, cuando sientas que no van a abusar de ti, y cuando estén dadas las condiciones que tú has fijado, es el momento más apropiado para iniciar tus relaciones sexuales. Hay que considerar además, la importancia de hablar con tu pareja, y acordar previamente de qué manera se van a proteger de un embarazo o de una infección sexual.

El encuentro sexual es un medio para conocerse a uno mismo y acercarse afectivamente a otra persona, y cuando es oportuno y deseado, es una práctica que intensifica los sentimientos de seguridad, bienestar físico y placer. Suele ser un suceso que fortalece la autoconfianza y la autoestima. Como ya dijimos, todo se vale, menos la imposición y la violencia.

¿TODAS LAS PAREJAS DE NOVIOS TIENEN RELACIONES SEXUALES?

Hay noviazgos en lo que no se tienen relaciones sexuales, pues se prefiere dejarlas para después, o bien, hasta el momento de unirse o casarse. Sostener un noviazgo sin relaciones coitales puede ser la decisión de una persona que aún no se siente preparada para vivir una experiencia sentimental tan intensa. Es importante que cada quien se proteja a sí misma o a sí mismo al actuar de acuerdo con las propias convicciones, de tal manera que las prácticas sexuales sean oportunas; es decir, que se realicen en el momento y en las condiciones que cada persona ha definido.

¿A QUÉ EDAD INICIAN LAS RELACIONES SEXUALES LAS Y LOS JÓVENES EN MÉXICO?

Muy pocos de los mexicanos y mexicanas tienen su primera relación sexual antes de los 15 años, y un tercio se inician entre los 16 y 19 años de edad; el resto, lo hace más tarde. Diversos factores explican estas diferencias; en las áreas rurales el inicio es más temprano; entre quienes tienen acceso a estudiar la prepa y la universidad, el inicio es posterior. También hay diferencias regionales, producto de la historia y de los movimientos sociales: hay estados y ciudades más o menos conservadores. Además, están las diferencias individuales y religiosas, biografías y anécdotas personales, así como encuentros que favorecen o postergan el inicio sexual.

¿QUÉ CAMBIOS HAY CUANDO SE TIENEN RELACIONES SEXUALES?

Es muy importante saber que al tener relaciones sexuales, el compromiso emocional puede ser más intenso y puede acelerar experiencia de enamoramiento o sentimientos amorosos muy diversos: mayor deseo sexual, necesidad del otro o de la otra, dolor ante la distancia, sentimientos de soledad y de celos, entre otros. Exigir el uso de anticonceptivos es un acto de responsabilidad. Las parejas decidirán; que método usan para protegerse de embarazos e ITS. Hablar sobre la posibilidad de la anticoncepción de emergencia, en caso de una relación desprotegida, y de la posibilidad de interrumpir el embarazo, si es el caso de un embarazo no deseado. Hablar y hacer acuerdos al respecto es indispensable antes de iniciar las relaciones sexuales con tu pareja.

¿QUÉ SON LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?

Las infecciones de transmisión sexual son padecimientos infecciosos que se transmiten principalmente por contacto sexual desprotegido.

¿CÓMO SE TRANSMITEN LAS ITS?

- **El coito o penetración vaginal y anal y el sexo oral**, independientemente que la persona tenga un papel “activo” (de penetrador) o un papel “ pasivo “ (penetrado). El sexo anal es la práctica de mayor riesgo, puesto que generalmente, produce rompimiento de los vasos sanguíneos, tanto en los contactos heterosexuales como homosexuales.
- **De la madre al feto.** Una madre infectada con el VIH puede contagiar al feto durante el embarazo, el parto y poco después del parto.

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE LAS ITS?

Úlcera genital. La persona se queja de la aparición de una úlcera o dolor en la región de los genitales.

- Si se presentan múltiples lesiones pequeñas y dolorosas en los genitales, puede ser herpes.
- Si la úlcera genital se acompaña de ganglios inflamados en las ingles, podría ser sífilis o chancro blanco.

Verrugas en los genitales. La persona se queja de ligera comezón y nota verrugas en sus genitales; muchas veces, las mujeres no las detectan por no tenerlos a la vista. Estas verrugas suelen ser causadas por el virus del papiloma humano (VPH). Ciertos tipos de este virus están asociados con el cáncer cérvico-uterino o genital.

Secreción uretral. El hombre se queja de secreción uretral y dolor al orinar.

- Si se hace un examen al microscopio, se puede ver la diferencia entre gonorrea y clamidia.

Flujo vaginal. La mujer se queja de flujo vaginal.

- Si el flujo es amarillo y de olor fétido se trata de tricomoniasis
- Si el flujo es blanco y hace espuma puede ser una moniliasis.
- Un examen del flujo puede detectar gonorrea o clamidia

Dolor en la parte inferior del abdomen. La mujer se queja de dolor en la parte inferior del abdomen. Es necesario verificar la temperatura y el dolor durante el examen, ya que puede tratarse de una enfermedad pélvica inflamatoria.

No hay presencia de síntomas. Es importante recalcar que algunas de las infecciones sexuales son asintomáticas, o sea, sin síntomas en los primeros años como: el VIH, la gonorrea en la mujer y la tricomoniasis en el varón, por lo general no presentan síntomas.

¿CÓMO SE PREVIENEN LAS ITS?

- Usar un condón correctamente cada vez que tengas un contacto sexual
- Tener relaciones sexuales con una sola persona, que sólo tenga relaciones contigo
- No compartas agujas de ningún tipo, ni para drogas inyectables
- No tengas relaciones sexuales orales, vaginales o anales sin condón
- Realizar prácticas de sexo más seguro
- Habla con tu pareja respecto al sexo y pregúntale si tiene alguna ITS
- Limita el número de parejas sexuales
- No mezcles el sexo con alcohol o con otras drogas
- No tengas relaciones si por cualquier razón, sospechas que tu pareja tienen una ITS

¿QUÉ HACER CUANDO SE TIENE UNA ITS?

Toda persona que detecte alguna alteración entre los genitales debe acudir al médico, con el fin de realizarse una revisión y preservar su salud sexual y reproductiva. Si se trata de una ITS, deberá solicitar que le proporcione el tratamiento adecuado, así como instrucciones sobre la medicación y el seguimiento apropiado. Se debe solicitar orientación y educación, así como, información acerca del uso de condones.

¿QUÉ ES EL VIH – SIDA?

Sida significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y es la última etapa de la infección causada por el virus de inmunodeficiencia humana o VIH. El VIH se encuentra en los fluidos del cuerpo de una persona infectada: sangre, semen, líquido preeyaculatorio, fluidos vaginales y leche materna.

La infección se produce cuando el virus llega a la sangre y son varias las vías de transmisión. Una vez que el VIH entra al cuerpo, resulta afectada la capacidad del sistema

inmunológico o de defensas que normalmente protege de las infecciones; por lo tanto, cuando una persona se infecta con VIH se vuelve más vulnerable ante otras infecciones que ponen en riesgo su salud y su vida.

¿CÓMO SE TRANSMITE EL VIH / SIDA?

El VIH se transmite principalmente por relaciones sexuales no protegidas; también por vía sanguínea y perinatal.

Relaciones sexuales: el virus se transmite cuando se tienen relaciones sexuales no protegidas, es decir, cuando no se usa condón y se tiene relaciones con una persona infectada por el VIH. El virus se transmite a través del líquido preeyaculatorio, el semen, las secreciones vaginales, el sangrado menstrual y la sangre. La transmisión ocurre cuando estos fluidos se ponen en contacto con las mucosas del cuerpo de la pareja, como la vagina, la boca o el ano.

Vía sanguínea: ocurre a través de transfusiones de sangre de una persona infectada a otra, trasplantes de órganos de una persona infectada, así como agujas, jeringas y objetos punzo – cortantes que hayan estado en contacto con fluidos infectados por el VIH.

Vía perinatal: si la mujer tiene el VIH y está embarazada, existe el riesgo que lo transmita a su bebé durante el embarazo, el parto o a través de la leche materna. Afortunadamente en la actualidad si se da tratamiento a la madre durante el embarazo, el bebé nace sano.

¿CUÁLES SON LAS PRACTICAS QUE AUMENTAN EL RIESGO DE CONTRAER EL SIDA?

Prácticas de riesgo:

- Tener relaciones sexuales con penetración vaginal, anal u oral sin protección, es decir, sin condón.
- Compartir agujas y jeringas con personas infectadas por el VIH
- Hay una alta probabilidad si una mujer infectada por el virus se embaraza o da leche materna a su bebé

¿CÓMO PODEMOS REDUCIR EL RIESGO DE TRANSMISIÓN?

- Usar el condón siempre
- Tener una sola pareja, y que sepas que no está infectado o infectada
- Practicar actividades sexuales sin penetración : besos, caricias, etc., es decir “Sexo más seguro“
- Evitar relaciones sexuales

¿ES CIERTO QUE EL VIH – SIDA SOLO DA A LOS HOMOSEXUALES?

No es cierto. El VIH – SIDA puede contraerlo cualquier persona que no haya utilizado un condón en una relación sexual con penetración, si una de las personas está infectada. Sin embargo, hay grupos con mayor presencia de la epidemia y por tanto mayor riesgo de infección: los hombres que tienen sexo sin protección con otros hombres, las personas que intercambian agujas o jeringas infectadas, así como las y los trabajadores sexuales que no usan condón.

¿EL VIH – SIDA SE PUEDE CURAR?

El VIH se considera una enfermedad crónica con la que se puede vivir muchos años, siempre cuando los enfermos reciban un tratamiento adecuado, tengan una buena alimentación y lleven una vida sana. Pero la mejor forma de combatir el VIH es la prevención. Parte importante de la prevención es el uso del condón masculino y femenino.



CONCLUSIÓN

Puedo ver y concluir que la mayoría de la gente vive un duelo callado, privado o a solas esta palabra con gran significado y que ahora sé que era un vivir día a día, año tras año y no sabía que nombre colocarle, ahora lo se y lo comparto, DUELO SILENTE.

BIBLIOGRAFÍA

- Cuando las cosas malas le pasan a la gente buena, Harold S. Kushner, 2008
- Loco afán, Pedro Lemebel.
 - Editorial, anagrama
- El perdón, Gerald G. Jampolsky.
 - La mejor de las medicinas
 - Editorial, Aguilar
- Un duelo silente, Lic. Oscar T. Tovar Zambrano
 - Editorial, trillas, 2011
- Técnicas de Reiki
 - Colegio Mexicano de Reiki Usui Ryoho
 - Derechos Reservados
- Nostalgias, Alfredo Santillan
 - Revista, Vuelo 1ª edición, Septiembre 2001
- El manejo del dolor y los cuidados paliativos
 - Cuestión y actitud, Graciela Valverde
 - <http://www.binass.sacr//revistas/64htm>.
- Casos reales de sida, Campaña juntos derrotaremos al sida
 - dermatologociudadjuarez.com/sida/historias.htm
- Gráficas actuales de casos por VIH en el mundo
 - <http://indexmundi.com/g/r.aspx?c=mx&v=35&1=es>
- Archivo, Hospital Mocel, año 1990
 - Unidad de Supervisión de enfermería
- Para morir en paz
 - Guía de cuidados psicológicos y espirituales para la enfermedad,
 - el duelo y la muerte.
 - Christine Longaker
 - Editorial, L. Rigden, 1ª edición 2007
- Proyecto salud, Revista
 - Portal de noticias
 - Editoria, Dr. Sergio Zimmer
 - Junio 2011
- Edición : B, S.A. 1ª Octubre 2000.
- Tu futuro en libertad, GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL 1º ED., PP 165.
- Caleidoscopio del duelo, CACCIATORE Joanne.
- La rueda de la vida, Editorial BSA, 1º Ed. KLÜBER-ROSS Elizabeth, 2000.

- Caso reales de sida, campaña juntos derrotaremos al sida
- dermatologociudadjuarez.com/sida/historias.htm
- El manejo del dolor y los cuidados paliativos
- cuestión de actitud, Graciela Valverde
- www.binasss.sa.cr/revistas/ts/64/art4.htm
- salud180.com/salud-dia-dia/como-ofrecer-ayudar-enfermo-terminal.com