

74 de)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD DE (CONASIDA)
ZONA CENTRO Y NORTE DEL D. F., ANTE
PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE
INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) .

T E S I S P R O F E S I O N A L

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N:

LOPEZ MARQUEZ MARIA ISABEL

LOPEZ ZURIGA LAURA CLEMENTINA

DIRECTOR DE TESIS: DRA. MARIA EMILIA LUCIO
GOMEZ-MAQUEO

ASESOR ESTADISTICO: MTRA. MIRTA MARGARITA
FLORES GALAZ

MEXICO, D. F.

1970

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

	Páginas
RESUMEN	
INTRODUCCION	1
I. INFECCION POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).....	4
A. Antecedentes	5
1. Virus	5
2. Enfermedades venéreas	11
B. Generalidades de la infección por VIH ...	14
1. Historia natural de la enfermedad	14
2. Tratamiento	19
3. Mecanismos de transmisión	23
4. Prevención	27
II. DISTRIBUCION DE LA INFECCION POR VIH	31
a. Epidemiología de la infección por VIH ...	33
1. Historia de la epidemia	33
2. Dinámica de la transmisión	34
B. Grupos con prácticas de alto riesgo	36
1. Homo y bisexuales	36
2. Heterosexuales con varias parejas infectadas	37
3. Individuos dedicados a la prostitución	37
4. Drogadictos por vía intravenosa	37
5. Hemofílicos y donadores de sangre	38

C. Situación actual del VIH	38
1. En el mundo	38
2. En México	39
III. ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCION POR VIH	43
A. Social	44
B. Psicológico	48
C. Moral	51
D. Jurídico	53
E. Económico	55
IV. PERSONAL DE SALUD ANTE LA INFECCION POR VIH	58
A. Características del personal de salud para atender individuos infectados por VIH	58
1. Médicos	59
2. Enfermeros	59
3. Laboratoristas	60
4. Psicólogos	60
5. Trabajadores sociales	62
B. Riesgos y precauciones	62
V. INVESTIGACIONES SOBRE ACTITUD HACIA LA INFECCION POR VIH	69
VI. METODO	77
A. Planteamiento del problema	77
B. Hipótesis	77
1. Hipótesis de trabajo	77
2. Hipótesis nula y alternativa	77

C.	Definición de variables	79
1.	Clasificación	79
2.	Definición conceptual	79
3.	Definición operacional	81
D.	Sujetos	82
E.	Muestras	82
F.	Tipo de estudio	83
G.	Diseño	83
H.	Escenario	83
I.	Instrumento	84
1.	Escala de actitud tipo Lickert	84
2.	Registro observacional	86
J.	Procedimiento	90
VII.	RESULTADOS	92
A.	Análisis descriptivo	92
B.	Análisis inferencial	104
VIII.	DISCUSION	134
A.	Limitaciones y sugerencias	144
	GLOSARIO	147
	BIBLIOGRAFIA	151
	APENDICES :	
A.	Cuestionario piloto	
B.	Tabla de discriminación de contenidos por la Prueba t de Student	
C.	Cuestionario final	
D.	Obtención de la confiabilidad	
E.	Registro observacional de conductas	

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo conocer la actitud del personal de salud del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) zona centro y norte del D. F., ante pacientes infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). La investigación se llevó a cabo en las instalaciones de este Centro, participando 20 individuos, personal de salud del turno matutino y vespertino; de los cuales, cuatro fueron médicos, dos enfermeras, un laboratorista, siete psicólogas y seis recepcionistas de ambos sexos, cuyas edades fluctuaron de los 23 a los 34 años.

Para realizar el estudio, se elaboraron dos instrumentos de medición, un registro observacional de conductas y una escala de actitud tipo Likert, la cual estuvo constituida por cuatro dimensiones: médica, social, legal y psicológica.

La investigación estuvo dividida en dos fases. En la primera, se registró en el protocolo de conductas, la atención del personal de salud brindada a pacientes en la recepción, consultorios y lugar de toma de muestras de sangre; individualmente en cada turno. La segunda fase consistió, en aplicar la escala de actitud tipo Likert al mismo personal.

Los resultados obtenidos demuestran, que el personal de salud tiene una actitud favorable hacia los pacientes infectados por VIH, asimismo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en cuanto al sexo, grado de escolaridad, estado civil, tipo de profesión y edad del personal; sin embargo, hubo diferencias en la dimensión legal con la asistencia a terapia

individual de éste, y en la psicológica con la edad del personal de salud.

Por otro lado, en el registro observacional, hubo diferencias en las conductas: decremento de volumen de voz, tener contacto con objetos tocados por los pacientes, rapport, recibimiento y despedida desde el escritorio, movimiento de las manos, rascarse y disculparse por contestar el teléfono; con respecto al grado de escolaridad y tipo de profesión del trabajador de salud.

INTRODUCCION

Una de las grandes preocupaciones que ha tenido la humanidad desde sus orígenes hasta la actualidad, constituye el hecho de preservar la salud y posponer la muerte, para ello, estimula el desarrollo de nuevos tratamientos, técnicas e instrumentos, que la mayoría de las veces resultan exitosos. Sin embargo, a pesar de esos adelantos, el hombre no puede desechar por completo las enfermedades que lo aquejan continuamente.

En los últimos años, ningún problema de salud generó tanto interés en la población en general ni fue objeto de mención constante en los medios masivos de comunicación como es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

El SIDA es una enfermedad nueva, mortal, contagiosa, que en la actualidad se está propagando rápidamente en muchas partes del mundo; es causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), microorganismo que infecta al cuerpo y destruye su sistema inmunitario natural, el cual permite a la persona luchar contra las enfermedades. La infección por este virus puede durar toda la vida y adquirirla cualquier persona; por ahora, no existe una vacuna para prevenirla ni tratamiento capaz de controlarla. Por tal motivo, es necesario que las instituciones de salud desarrollen medidas de salud pública para prevenirla y detener su propagación, así como, proporcionar información y capacitar al personal de salud encargado de la atención de pacientes infectados por VIH, ya que urge conocer y poner en práctica las medidas necesarias para evitar la transmisión por este virus, tanto a sí mismos como a otros, al mismo tiempo, tienen el

compromiso de proporcionar a los pacientes trato digno y respetable, observando las normas profesionales más estrictas, sin prejuicios ni censura.

Lo que se espera con este trabajo, es conocer la actitud del personal de salud ante pacientes infectados por el VIH en el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), zona centro y norte del D. F., por medio de una escala de actitud tipo Likert y registros de observación; elaboradas con el propósito de conocer las necesidades del personal al atender a los pacientes, evitando la discriminación y aislamiento a que en ocasiones son sometidos, debido muchas veces a la falta de información y creencias falsas que provocan temor, miedo, angustia y diversas fantasías en el personal de salud.

La investigación está constituida por ocho capítulos; en el primero, se exponen antecedentes y generalidades de la infección causada por el VIH.

En el segundo capítulo, se presenta la distribución de la infección, así como los grupos con prácticas de alto riesgo. El tercer capítulo, analiza la infección desde diversos aspectos como lo son el social, psicológico, moral, económico y jurídico.

Dentro del capítulo cuarto, se hace referencia a las características del personal de salud para atender a los pacientes infectados por VIH, además, de los riesgos y precauciones presentes durante la atención de éstos.

En el capítulo quinto, se presentan diversas investigaciones acerca de la infección por VIH. El siguiente, se refiere al

método empleado para realizar el estudio.

También, se presentan el análisis estadístico y los resultados obtenidos por éste, además, de la discusión, limitaciones y sugerencias del estudio en los capítulos séptimo y octavo, respectivamente.

Finalmente, se presenta un glosario de términos técnicos para facilitar la comprensión del texto, la bibliografía empleada, así como, los apéndices correspondientes.

I. INFECCION POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es una enfermedad contagiosa producida por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

El VIH, pertenece a la familia de los retrovirus exógenos, subfamilia de los lentivirus, se transmite por contacto sexual o a través de la sangre y sus derivados; atacan fundamentalmente a las células inmunológicas (Linfocitos T cooperadores y células del sistema fagocítico mononuclear SFM), a las cuales destruyen produciendo inmunodeficiencia. Además, se caracterizan por provocar infecciones con largos periodos de latencia, sin dañar a la célula y sin inducir enfermedad, estado en el cual permanece durante un tiempo variable hasta que un cofactor (otro agente infeccioso o cancerígeno) lo hace iniciar su replicación viral. En este momento el virus destruye a la célula y se reproduce para invadir a otras; por lo que empiezan a instalarse en el organismo enfermedades llamadas "oportunistas", ya que no suelen atacar al cuerpo humano en condiciones normales, entre ellas se encuentran el sarcoma de Kaposi y Pneumocystis carinii, entre otras.

La infección del VIH, se transmite por tres vías: la sanguínea, perinatal y la sexual, esta última representa la forma más frecuente de contagio en todo el mundo.

Otros factores que contribuyen al contagio, son algunos microorganismos tales como el virus de la hepatitis tipo B, del herpes y de las bacterias que generan enfermedades venéreas (gonorrea, sífilis, etcétera) que pueden ocasionar lesiones

genitales y sobreestiman el sistema inmunológico facilitando la acción del virus.

La historia natural de la enfermedad por el VIH, se desarrolla en cuatro estadios: El primer estadio es la infección aguda, el segundo es la etapa asintomática, el tercero es el Complejo Relacionado al SIDA (CRS) y el último estadio el Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

En la actualidad la infección por el VIH es un mal incurable que lleva a la muerte a un alto número de quienes lo contraen. Todavía no existe una vacuna para prevenirlo, ni un tratamiento capaz de controlarlo; por tal motivo, las únicas medidas son la educación, la prevención y la modificación en algunas prácticas sexuales.

A. ANTECEDENTES

1. Virus

En los confines del mundo microscópico, donde se encuentran los límites entre lo vivo y lo inanimado, existen unas estructuras conocidas como virus. Son más pequeñas que las bacterias, y aún cuando tienen la información para multiplicarse, carecen de los medios para ello; por esto, deben hacerlo en el interior de las células, con lo cual provocan diversas enfermedades infecciosas, inmunológicas, degenerativas y tumorales.

La palabra virus es de origen latino; solía usarse para designar un veneno o un agente nocivo, cualquier microbio infectante, sin importar de qué naturaleza. Actualmente, según,

Acton y Sepúlveda¹, definen a los virus como los microorganismos más pequeños que se conocen y productores de muchas enfermedades; son parásitos intracelulares obligados que contienen únicamente un tipo de ácido nucleico (DNA o RNA), y que utilizan el aparato genético de la célula huésped para multiplicarse, invaden la célula alterando su funcionamiento y obligándolas a producir más partículas virales.

Todos los seres vivos, desde los humanos hasta las bacterias, pasando por los animales, las plantas y los insectos, tienen sus propios virus, mismos que generalmente afectan a una especie y respetan a las demás.

Existe un número considerable de familias de virus que son capaces de atacar al hombre y provocarle múltiples enfermedades, tales como varicela, hepatitis, polio, influenza, infección por VIH, etcétera.

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) pertenece a la familia de los retrovirus, cuya característica fundamental es convertir su RNA en DNA, lo que se conoce como transcripción reversa, de donde viene el nombre de retrovirus. El RNA de estos virus posee toda la información hereditaria necesaria para fabricar los diversos componentes virales; sin embargo, para lograrlo debe primero transcribir dicha información a DNA, a fin de integrarla al núcleo de la célula parasitada, desde donde dirigirá la formación de nuevos virus (viriones), utilizando

¹Acton, J. B.; Lucero, L. S. y col. Virología, 1977.
Sepúlveda, A. J. et al, SIDA, Ciencia y Sociedad en México,
p.495

para ello los recursos existentes en la célula. Durante su paso por las células, provocan la formación de cáncer.

Los retrovirus poseen una gran capacidad para cambiar su estructura hereditaria, de 10^{-3} a 10^{-4} veces al año; en esto resultan ser un millón de veces más rápido que cualquier otro organismo conocido. Lo anterior explica en parte, las dificultades que tiene el sistema inmunológico para detectar y rechazar a los retrovirus, así como los problemas que enfrentan los científicos para desarrollar vacunas contra dichos microorganismos.

Otro grupo de retrovirus, animales y humanos, provenientes del medio externo, son los "retrovirus exógenos". Se les clasifica en tres subfamilias: oncovirus, spumavirus y lentivirus.

Los oncovirus son capaces de inducir cáncer en las células que parasitan, de ahí su nombre: oncostumor. En el humano, el virus linfotrópico T humano tipo I y II (HTLV-I y HTLV-II), producen leucemia y linfoma de células T, mientras que el FELV y el BLV inducen leucemia en los gatos y en el ganado bovino, respectivamente.

Los spumavirus inducen cambios degenerativos en las células parasitadas, caracterizadas de un citoplasma de aspecto espumoso, de ahí su nombre. No se ha descrito enfermedad alguna en animales o en humanos que tenga como agente causal a este virus.

Los lentivirus se caracterizan por provocar infecciones con largos periodos de latencia, sin dañar a la célula y sin inducir enfermedad, de ahí su nombre (lentilento). Tiempo después, por

la acción de algún factor estimulador (cofactor), despiertan de su latencia, se multiplican y destruyen a las células parasitadas, provocando el desarrollo tardío de la enfermedad. A esta familia de retrovirus pertenecen las dos variedades del VIH, responsables de provocar SIDA en el humano.

Durante el verano de 1981, el doctor A. Gottlieb, de los Centros de Control de las Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), dió la señal de alerta respecto a una nueva enfermedad capaz de aniquilar el mecanismo de defensa de individuos homosexuales, previamente sanos, y de iniciar el desarrollo de infecciones secundarias y cáncer, que los llevaba a la muerte.

Inicialmente, la enfermedad recibió nombres como Inmunodeficiencia relacionada con homosexuales, enfermedad consuntiva, etcétera. Considerando que el principal problema era un estado de inmunodeficiencia provocado por un factor no hereditario (de origen adquirida), capaz de provocar cuadros infecciosos y tumorales secundarios, los CDC propusieron que se llamara Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), lo que fue aprobado por la OMS.

En un principio se pensó que el SIDA podría deberse al efecto tóxico de ciertas drogas estimulantes (poppers) utilizadas por los homosexuales, o la acción de algún factor presente en el esperma, etcétera. Sin embargo, no fue sino hasta 1983, cuando el doctor Robert C. Gallo, del Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos, en la sesión del Grupo de Trabajo sobre SIDA (Cold Spring Harbor), señaló que el SIDA podía deberse a un agente infeccioso relacionado con los HTLV

recientemente descubiertos por él. Basó su hipótesis en la información que hasta ese momento se tenía: La causa del SIDA era un agente infeccioso que podía ser transmitido por la sangre. Debido a que podía suceder a través de filtrados de sangre, el doctor Gallo dedujo que tal vez se trataba de un agente filtrable. Pensó que el sitio de ataque de dicho virus debía ser una variedad de glóbulos blancos conocidos como linfocitos T cooperadores o células CD4, ya que su número se encontraba notablemente reducido en los pacientes con SIDA. Como los únicos agentes infecciosos, capaces de atacar a esas células eran los retrovirus HTLV, el doctor Gallo afirmó que el virus del SIDA debía estar emparentado con éstos. Asimismo, al descubrirse que otro retrovirus, el virus de la leucemia felina (FELV), era capaz de atacar a los linfocitos T cooperadores del gato y provocar leucemia e inmunodeficiencia, concluyó que el virus del SIDA debía pertenecer a la subfamilia HTLV.

En 1983 el doctor Luc Montagnier y sus colaboradores, del Instituto Pasteur de París, publicaron un trabajo en el que señalaban haber identificado, con la ayuda del microscopio electrónico, un retrovirus en el ganglio de un paciente en riesgo de desarrollar SIDA, al cual denominaron virus asociado a la Linfadenopatía (LAV); sin embargo, no pudieron establecer su relación con el agente causal del SIDA. Mientras tanto, un grupo de investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social, encabezados por el doctor Estanislao C. Stanislaewski, identificó por medio del microscopio electrónico la presencia de un retrovirus en los ganglios linfáticos de un paciente con SIDA,

sugiriendo su posible relación con la enfermedad.

En 1984, el doctor Gallo y colaboradores publicaron varios trabajos en los cuales afirmaba que el HTLV-III, descubierto por ellos, era la causa del SIDA. Esto lo lograron gracias a que pudieron desarrollar una línea de células capaz de ser infectada sin ser destruida y de producir grandes cantidades del VIH durante mucho tiempo.

A fines de 1984, Levy y colaboradores aislaron en San Francisco el virus de pacientes con SIDA, nombrándolo virus asociado al SIDA (ARV).

En mayo de 1986, el Comité Internacional para la Taxonomía de los virus recomendó que el agente responsable del SIDA fuera llamado Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), y que se abandonaran los otros nombres (LAV, HTLV-III y ARV).

De acuerdo por lo señalado por el doctor L. Montagnier y colaboradores y por el doctor H. Gerderblom y colaboradores, del Instituto Pasteur de París y del Instituto Robert Koch de Berlín, respectivamente, las principales características del VIH son:

1) Su estructura es esférica y tiene de 90 a 200 nm de diámetro. Sus componentes son una envoltura externa, una capa proteica externa, una interna, un nucleocápside, también conocido como nucleide central.

2) La envoltura externa este formada en un 5 a 10% por componentes propios del virus (proteinas ricas en azúcares, conocidos como glicoproteinas), y el 90 a 95% son componentes de origen no viral, procedentes de la célula en donde se originó el virus. Los componentes glicoprotéicos se localizan en dos áreas,

una exterior sobre la superficie de la envoltura del virus, y otra dispuesta a través del espesor de la envoltura (transmembrana).

3) La capa protéica interna tiene forma icosaédrica, se localiza inmediatamente por debajo de la envoltura, a muy corta distancia de ella, forma parte del nucleocápside, y se desconoce su función.

4) El nucleocápside está formado por tres tipos de subunidades protéicas diferentes; tiene una forma que asemeja a una estructura tubular hueca, y en su interior se localizan dos copias idénticas de RNA. La transcriptasa reversa igualmente se localiza en el interior del nucleocápside.

2. Enfermedades Venéreas.

A través del tiempo y la costumbre, cinco enfermedades se han asociado con la copulación. La palabra venérea se ha convertido en un estigma ligado a la palabra enfermedad. Tener este tipo de enfermedades es reflejo directo de un comportamiento vergonzoso: promiscuidad sexual o degeneración. Desgraciadamente esta creencia obstaculizó los esfuerzos para controlarlas y curarlas en el pasado, dándole al tema un aura de prohibición que hasta la fecha perdura; tal es el caso de que por muchos años se pensó que era peligroso trabajar junto a una persona que había tenido una enfermedad venérea. Aún, hoy en día, a pesar de la penicilina, hay personas que creen haberse contagiado en el trabajo, bien sea en una oficina o en una fábrica. Y todavía hay patrones que dudan cuando se trata de dar empleo a una persona

con una enfermedad venérea. Todos estos temores son infundados; se ha visto que las enfermedades venéreas sólo se transmiten mediante las relaciones sexuales, y que la mayoría de los microorganismos de estas enfermedades no pueden sobrevivir mucho tiempo en el aire.

Por este motivo han sido consideradas tradicionalmente como enfermedades "vergonzosas"; y al no diagnosticarlas precozmente, se impide tratarlas, lo que ocasiona que se extiendan rápidamente.

Cuando se descubrió que la penicilina curaba a las enfermedades venéreas, los médicos y los Departamentos de Salud de los Estados Unidos pensaron que el problema estaba bajo control, y por un tiempo parecía que tenían razón, pues en años posteriores a la Segunda Guerra Mundial la incidencia de estas bajó.

Sin embargo, alrededor del año de 1957 se observó, en todo el país, un aumento de estas enfermedades, lo cual ha seguido desde entonces en trayectoria ascendente, clasificando a éste problema como el más crítico en el campo de las enfermedades transmisibles.

Todas las estadísticas demuestran, que el blanco privilegiado de estas enfermedades, dejando a un lado a las prostitutas, son los jóvenes de 13 a 19 años y los homosexuales. La infección en el homosexual varón se explica por su hiperactividad sexual, que lo obliga a cambios incessantes de compañeros. Se admite que un 77% de los homosexuales y un número sin igual en los jóvenes, son víctimas de las enfermedades

venéreas; sin duda porque están mal informados.

Todas las enfermedades son producto de gérmenes o de la baja de defensas en el organismo. Sin embargo, hay ciertas condiciones sociales que hacen que algunas personas sean más susceptibles a ciertas enfermedades, por ejemplo, cuando una casa es pequeña y viven muchas personas en ella, es más fácil que se de la promiscuidad que cuando se vive en una casa grande; es por ésto que estas razones sociales son muy importantes en el aumento de las enfermedades venéreas; pero también es importante examinar las actitudes que se tienen hacia el sexo, estas enfermedades están ligadas a lo que uno piensa y siente hacia el sexo opuesto. La actitud que se desarrolle hacia éste influirá mucho sobre la probabilidad de contraer una enfermedad venérea. A mayor promiscuidad sexual, más riesgo de contagio a una sífilis o gonorrea.

Puesto que no existe una vacuna contra dichas enfermedades, aunque no son mortales, muchas personas buscan otros métodos para protegerse. Pero la única forma de hacerlo es la prevención, evitando relaciones sexuales múltiples y ocasionales.

A pesar de esto, porque el medio principal de difundirlas es la relación sexual, existen cinco enfermedades a las cuales se les denomina enfáticamente, casi en todo el mundo "enfermedades venéreas clásicas": La sífilis y la gonorrea son las más importantes, el chancroide, el granuloma inguinal y el linfogranuloma venéreo ocupan un lugar secundario.

En la última década surgió una nueva e importante enfermedad provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH),

Llamada Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), considerada como un padecimiento venéreo, por ser una enfermedad que principalmente se transmite por contacto sexual, en donde, a las personas portadoras del VIH se les señala como individuos que llevan una vida sexual desordenada, fuera del matrimonio, inmoral y contra todos los principios . Por tal motivo, es necesario intensificar la información, educación sobre la enfermedad y sus formas de contagio, además de insistir en las prácticas del sexo seguro como opción efectiva para disminuir los riesgos de infección por enfermedades venéreas.

B. GENERALIDADES DE LA INFECCION POR VIH

1. Historia natural de la infección por VIH.

Se llama historia natural de la enfermedad al curso que un proceso patológico sigue a lo largo del tiempo, cuando no se aplican elementos externos para detenerlo o corregirlo. Cada una de las enfermedades tiene su propia historia natural.

La infección por el VIH es una enfermedad recientemente identificada, sobre cuyo conocimiento se han dado impresionantes progresos, aunque no los suficientes para dominar todo su espectro. A partir del desarrollo de métodos eficaces para la detección de personas infectadas por el VIH, se ha visto que esta infección ocasiona una gama de manifestaciones clínicas, que va desde la ausencia de síntomas hasta formas de infecciones o tumores que resultan fatales a corto plazo.

El espectro clínico de la infección por VIH es muy amplio, para esquematizarlo, los Centros para Control de Enfermedades de los Estados Unidos (Centers for Disease Control), lo han

clasificado en cuatro etapas:

I Etapa inicial.

El momento en que el VIH penetra al organismo no es detectable por cuadro clínico ni por estudios de laboratorio, tampoco es posible detectar el momento en que la infección ocurrirá.

Entre 10 y 15% de los pacientes que adquirieron la infección presentan síntomas algunas semanas después. Al conjunto de éstos síntomas se les denomina infección aguda por VIH y se caracteriza por crecimiento de los ganglios (adenomegalias) en diversas partes del cuerpo (principalmente de cuello, axilas y la región inguinal), malestar general (dolores musculares y articulares, falta de apetito, apatía), fiebre y dolor de cabeza, en algunas ocasiones pueden desarrollarse, además, artritis y exantema (reacción de la piel con formación de manchas y ronchas semejantes a la urticaria). En unos cuantos casos, el cuadro puede ser severo, acompañándose de manifestaciones a nivel del sistema nervioso, con pérdida del estado de alerta, desorientación, incapacidad para concentrarse y desarrollar normalmente las tareas intelectuales (encefalopatía aguda), o bien con dolores intensos de cabeza y dificultad para movilizar el cuello.

Habitualmente, la sintomatología cede espontáneamente dos o cuatro semanas después de haber iniciado, sin dejar secuelas, salvo, en algunos casos, el crecimiento ganglionar.

En el 85 al 90% de los pacientes, la infección por VIH no se hace manifiesta más que por el hecho de que los exámenes para

detección de anticuerpos (ELISA y la confirmatoria Western Blot) se vuelven positivos. El tiempo que transcurre entre la infección y la existencia de anticuerpos en cantidad suficiente como para ser detectable, es variable entre un paciente y otro, en promedio es de seis a 14 semanas, pero puede llegar a ser de varios meses, e incluso de más de un año. A ese lapso en el cual un paciente se encuentra infectado pero no tiene anticuerpos detectables, se le denomina periodo de ventana, y tiene mucha importancia, pues a pesar de la seronegatividad, existe el riesgo de transmisión del virus.

II. Período de infección asintomática.

Independientemente de que hayan presentado un cuadro de infección aguda o no, todos los pacientes infectados por VIH pasan por una etapa en la cual no tienen ninguna manifestación clínica y en ellos la infección es detectable únicamente mediante pruebas serológicas.

Este período libre de síntomas es reflejo de dos situaciones: 1) Una vez que el virus circula en la sangre, identifica a las células que poseen en su membrana la molécula CD4 (linfocitos T cooperadores, algunos monocitos macrófagos, así como células gliales del SNC), y se adhiere a ellas; penetra en las mismas y ahí duplica su cadena de información genética. El virus puede permanecer latente, sin replicarse y sin ejercer un efecto destructivo sobre la célula, hasta que ésta sea activada por el sistema inmunológico como respuesta a otro estímulo antigénico (producido por una nueva infección y VIH o por otra infección). 2) Cuando el virus inicia su replicación, termina

por destruir a la célula que lo ha alojado, lo cual resulta en la liberación hacia la sangre de muchas partículas virales nuevas, que a su vez, identificarán y penetrarán en células que les sean afines con el fin de replicarse nuevamente. Este período es lento, de tal modo que debe transcurrir un tiempo prolongado antes de que exista un deterioro del sistema inmunológico lo suficientemente grave como para manifestarse clínicamente.

El hecho de que un paciente seropositivo al VIH se encuentre asintomático, no quiere decir que no pueda transmitir el virus a otras personas o que no este sufriendo un deterioro en su sistema inmunológico.

III Linfadenopatía generalizada persistente.

El término linfadenopatía se refiere a la enfermedad en los ganglios linfáticos, que habitualmente se manifiesta por crecimiento, dolor y cambios en la consistencia de los mismos al tacto. Estos ganglios son parte importante del sistema inmunológico y se ven afectados por un número considerable de enfermedades, tanto de carácter autoinmune como infecciosas o tumorales.

Para poder decidir que un paciente tiene esta forma de enfermedad, se requiere: 1) Que tenga una prueba de anticuerpos contra VIH positiva. 2) Que tenga crecimiento ganglionar (con ganglios mayores a 1 cm) en por lo menos, dos regiones anatómicas (exceptuando ingles). de ahí el término generalizada, y que persista durante más de un mes.

IV Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Es probable que todos los pacientes infectados por VIH desarrollen SIDA como parte final del proceso evolutivo que esta infección implica. Después de un período previo asintomático (o con síntomas mínimos), el equilibrio entre las subpoblaciones de linfocitos se pierde, y el sistema inmunológico no puede contener la aparición de infecciones por gérmenes oportunistas, y/o el desarrollo de tumores malignos. Al mismo tiempo, aparecen manifestaciones clínicas de daño directo, extenso e irreversible, producido por el VIH en algunos tejidos, particularmente del SNC.

Algunas manifestaciones clínicas pueden ser tan específicas, que su presencia sugiere fuertemente el diagnóstico de SIDA: por ejemplo, el sarcoma de Kaposi, la infección de Cándida en el esófago, o la presencia de neumonía por *Pneumocystis carinii*, en pacientes en los que no hay otra explicación posible para la inmunodeficiencia.

El SIDA puede iniciarse con diarrea crónica, pérdida de peso y fiebre prolongada, manifestaciones que generalmente se presentan de manera simultánea. En otras ocasiones el enfermo se puede presentar con fiebre prolongada e infección por Cándida en boca y esófago. Con frecuencia se presenta como un cuadro de fiebre de origen desconocido, producido casi siempre por una infección generalizada (tuberculosis, histoplasmosis, criptococosis, salmonelosis, etcétera). Otra situación común es la de un paciente con insuficiencia respiratoria aguda, por lo general, debida a una neumonía por *Pneumocystis carinii* u otros agentes.

Aproximadamente 10% de los pacientes desarrollan cuadros muy floridos y graves que los llevan rápidamente a la muerte. En el resto de los pacientes, el curso es insidioso y progresivo, conduciéndolos a un deterioro en un período variable (de ocho meses a cuatro años y en México hasta dos años y medio) que produce una invalidez total. Es común que estos pacientes fallezcan por insuficiencia respiratoria, choque séptico, hemorragia de tubo digestivo y estado de coma, consecuencia en la mayoría de los casos, de infecciones graves diseminadas, neoplasias extensas, o de la atrofia cerebral y daño neurológico producidos directamente por el VIH.

2. Tratamiento.

La infección por VIH representa uno de los retos más grandes de la terapéutica moderna. Se trata de una infección viral sistemática, cuya característica principal es inducir inmunodeficiencia severa que lleva a los pacientes a tener una susceptibilidad mucho mayor a infecciones por gérmenes oportunistas que eventualmente los lleva a la muerte. De esta manera, todos los esfuerzos que se están llevando a cabo para encontrar medicamentos contra esta enfermedad, están orientados a actuar directamente sobre el virus y a reconstituir el sistema inmune del paciente.

Aunque no hay, hasta el momento, tratamiento eficaz contra la inmunodeficiencia que causa el VIH, ni medicamento alguno, puede decirse que en los últimos cinco años se han logrado importantes avances en un área que tecnológicamente requiere de mucha infraestructura, por el manejo extremadamente costoso que

requieren estos pacientes.

Desde la primera detección de un paciente vivo con SIDA, en 1981 en Estados Unidos, y en México desde 1983, ha habido muchas modificaciones en el tratamiento. Durante los primeros años, la epidemia se caracterizó por no tener ningún tratamiento específico contra el VIH. El manejo de estos pacientes se enfocaba solamente a las complicaciones que presentaban, teniendo como consecuencia una alta mortalidad.

Hasta el momento, hay medicamentos que ayudan a prevenir o aminorar el progreso de algunas enfermedades asociadas con el síndrome y otras drogas experimentales cuya efectividad aún no se ha determinado. Las investigaciones se enfocan en tres áreas, llamadas combinación terapéutica:

- 1 Tratamiento antivirales para destruir o inhibir al VIH.
- 2 Tratamiento del sistema inmunológico (inmunomoduladores), que intentan devolverle al cuerpo su capacidad de luchar contra los gérmenes invasores y
- 3 Tratamiento contra infecciones oportunistas.

El propósito de los tratamientos antivirales es disminuir o detener el progreso del virus en el cuerpo; solo uno, la azidotimidina (AZT), está autorizada para uso contra el VIH, mientras otros dos, acyclovir y ribavirin, están autorizados para uso contra virus pero pueden hacer un buen papel en pacientes tratados por VIH. Los últimos estudios del AZT muestran que el tratamiento antiviral en periodos tempranos parece disminuir la progresión a SIDA y que los efectos colaterales son menos severos, o no existentes, en pacientes más saludables.

Del tratamiento del sistema inmunológico (inmunomodulador) su propósito es ayudar a reconstruir el sistema inmune, incrementar el número de células funcionales y/o restaurar el balanceo de los varios componentes de este sistema; esto ayuda a que el cuerpo mejore su resistencia a infecciones oportunistas y frenar el avance del VIH. Es frecuente el uso del medicamento Alpha interferon.

El tratamiento de infecciones oportunistas, tiene el propósito de prevenir infecciones potenciales, la aparición de las infecciones oportunistas más comunes o impedir su progreso después de la primera aparición. El Aerosolizado pentamidine, es uno de los preventivos más populares y ofrecen mínimos efectos colaterales porque la droga no se esparce en el cuerpo, ésta, sin embargo, es cara, inconveniente y no está disponible en todas partes.

Es muy larga la lista de drogas que se han probado, pero en la actualidad, lo más sobresaliente para el tratamiento contra la infección por el VIH es la Azidotimidina (AZT), también desarrollado años atrás pero que en ese momento no probó aplicación práctica alguna, hasta que iniciaron algunas pruebas en Estados Unidos que dieron resultados alentadores.

Estudios preliminares de la combinación AZT con acyclovir, otro antiviral utilizado contra herpes, muestran un efecto potencial, observándose una calidad de vida y una sobrevida mayor en los pacientes tratados con esta combinación, que en aquellos que solo recibieron AZT.

El AZT prolongó significativamente la vida de los pacientes;

si bien es la mejor opción actual, la AZT, no representa el punto final en la búsqueda terapéutica. Aumenta la vida de los enfermos, pero finalmente los pacientes evolucionarán mal y fallecerán. La alta toxicidad del fármaco es otro problema, ya que una proporción significativa de casos presentan depresión en las funciones de la médula ósea, desarrollan anemia, requieren de transfusiones continuas, hasta que las complicaciones demandan disminuir la dosis o suspender el tratamiento.

En México, El Instituto Nacional de Nutrición, ha desarrollado un protocolo de tratamiento para pacientes infectados por VIH, con un medicamento derivado del telurio que tiene propiedades inmunestimulantes. Se ha probado durante casi dos años con algunos de los 100 pacientes que tienen, hasta el momento no se han encontrado efectos colaterales, pero no por ello se puede concluir que es efectiva, todavía falta mucho por estudiarlo.

Por último, el tratamiento para la infección por VIH debe ser siempre respaldado por una obligación hacia la salud como estilo de vida. Se debe animar a la gente a revisar sus hábitos de salud, y tomar acción en aquellas áreas que necesitan fortalecimiento. Esto incluye nutrición, descanso, manejo del estrés, soporte social, ejercicio y control de problemas emocionales; para esto último, es recomendable como tratamiento, el que el paciente reciba ayuda psicológica por medio de terapia grupal o individual, donde manifiesta sus emociones, sentimientos, y actitudes que tiene hacia la enfermedad, por la cual está infectado y que sabe de antemano tiene su sentencia,

por lo que es necesario que "saque" todo lo que sienta, de una u otra manera, esto le ayudaría para su salud física y mental.

3. Mecanismos de transmisión.

El VIH se puede transmitir de una persona a otra a través de contacto directo con la sangre, el semen o las secreciones vaginales de una persona infectada.

Los requisitos para que se de la infección son: 1) una persona tiene que estar infectada con el virus para poder transmitirlo 2) debe existir una cantidad mínima del virus para que una persona se infecte y 3) el virus debe penetrar dentro del organismo humano de tal forma que se llegue al torrente sanguíneo.

Las únicas formas de transmisión conocidas, según su frecuencia, son: Via sexual, sanguínea y perinatal.

El VIH es muy frágil y no subsiste a las condiciones ambientales, por ello sólo puede transmitirse a través de algunas de estas formas, que son muy directas. Toda persona que se exponga a éstas, corre el riesgo de contraer el virus.

Si alguien se somete a transfusión de sangre y ésta contiene VIH, hay hasta un 70% de posibilidad de infectarse. En cuanto al contagio de madre a hijo, existe una factibilidad del 50 al 60%. La posibilidad es menor por vía sexual, pero representa la forma más frecuente de contagio en todo el mundo.

VIA SEXUAL

Cuando existe intercambio de líquidos corporales, entre una persona infectada y otra sana, ya sea en relaciones homo, bi o

heterosexuales; más aún, si éstas son con parejas múltiples y frecuentes.

No se ha precisado el número de relaciones sexuales suficientes para infectarse por VIH; sin embargo, se sabe que el riesgo aumenta de manera proporcional al número de coitos con una o varias parejas infectadas. No obstante, puede darse el caso de ser contagiado en un solo contacto sexual.

Los fluidos corporales donde se ha encontrado el VIH son: sangre, semen (contienen la concentración más alta del VIH), secreciones vaginales, heces fecales, orina, lágrimas, y saliva, aunque en estas tres últimas las cantidades halladas son mínimas, por ello se cree que la transmisión es nula.

El contagio depende de la concentración del virus en los fluidos corporales, de su volumen y del tipo de práctica sexual que se tenga. Hasta las pequeñas heridas son una forma idónea para que el virus penetre al organismo, ya sea en el pene, en la vagina, el recto e inclusive en la boca; es posible que durante el coito anal se dañe la mucosa que recubre el recto, provocando laceraciones en éste y en el pene de quien penetra, de tal manera que las secreciones sexuales pueden quedar en contacto con las partes lesionadas, permitiendo la entrada del virus.

El coito vaginal es menos propicio para el contagio, pues la mucosa de la vagina es más densa a fin de favorecer la penetración. No obstante el riesgo aumenta durante la menstruación por los cambios hormonales que ocasiona; por lo que hay mayor acceso al torrente sanguíneo de la mujer y más posibilidades de contacto del hombre con la sangre. También se

intercambia el semen por inseminación artificial a través de un donante, aunque en la actualidad, este semen, se analiza para asegurar que no contenga el virus.

Otros factores que contribuyen al contagio son:

- Algunos microorganismos tales como el virus de la hepatitis tipo B, del herpes y de las bacterias que generan enfermedades venéreas, que pueden ocasionar lesiones genitales y sobreestimulan el sistema inmunológico facilitando la acción del virus.
- El uso de drogas intravenosas, que además de representar un peligro cuando no se tiene cuidado de esterilizar las agujas, alteran la conducta del individuo, aumentando el riesgo.
- El empleo de "poppers" (sustancias químicas que se inhalan para estimular la sensación sexual) se ha asociado con una complicación de la infección por el VIH: el sarcoma de Kaposi.

Entre las recomendaciones generales de tipo médico-sanitario, cuya práctica disminuye indudablemente el riesgo de contraer la infección, se encuentran las siguientes:

- Tener una sola pareja sexual.
- Evitar relaciones sexuales ocasionales, sobre todo si se desconocen los hábitos sexuales de la otra persona.
- Uso del condón en cada relación sexual.

VÍA SANGUÍNEA

Hay casos de SIDA relacionados con las transfusiones de sangre, en los cuales, tanto el donador como el receptor de la transfusión desarrollaron la enfermedad.

Se ha comprobado que existe transmisión del VIH por sangre completa, por componentes celulares de la sangre, por plasma y por algunos factores de coagulación (como los utilizados en pacientes hemofílicos); sin embargo, otros productos preparados a partir de sangre, como inmunoglobulinas, albúminas, fracciones protéicas del plasma y vacunas como la hepatitis tipo B, no transmiten la infección, aún cuando la sangre usada para su obtención estuviera contaminada. Esta diferencia se debe a que en este segundo grupo hay pasos en la preparación de los productos, que inactivan al virus, si es que está presente.

Es importante resaltar el riesgo que existe cuando se emplean instrumentos no desechables o mal esterilizados, ya que el riesgo es muy bajo, pero existe, y de lo que se trata es de evitarlo por completo.

La transmisión del VIH por uso de drogas de vía intravenosa es un problema de gran magnitud en Estados Unidos y Europa. En Estados Unidos el 25% de los casos es debido a que los volúmenes de sangre infectada son pequeños, se inyectan por vía intravenosa y en repetidas ocasiones. Al contrario de las inyecciones accidentales donde el riesgo es muy bajo 0.5%; en este caso se ha modificado la vía de transmisión y el número de contactos, por ello el riesgo aumenta considerablemente.

Con la finalidad de controlar la presencia del VIH en la sangre y sus derivados, quedó prohibida la comercialización de ésta y se estableció como obligatorio practicar pruebas serológicas en todas las donaciones de sangre.

VIA PERINATAL

Una madre con VIH, puede contagiar a su hijo durante el embarazo, al momento del parto o durante el período de amamentamiento, a través de la leche.

En México el 60% de las mujeres infectadas, ha adquirido el VIH por alguna transfusión de sangre, el resto, por contacto sexual con un hombre infectado.

Cuando se embaraza una mujer portadora del VIH hay entre 40 y 70% de posibilidades de que lo transmita la infección a su bebé; la transmisión perinatal, es tan definitiva como una transfusión de sangre infectada, ya que el virus llega al niño a través de la placenta.

Cuando la transmisión se lleva a cabo en etapas muy tempranas del embarazo puede ocurrir la pérdida del producto (aborto espontáneo); si el embarazo llega a su término, el bebé puede padecer algunas alteraciones desde su nacimiento. Por último, a pesar de haber adquirido la infección durante el embarazo o el parto, el niño nace con una apariencia normal, pero alrededor de los siete o 12 meses se desarrolla la enfermedad, la cual se manifiesta de diferentes maneras.

Evidentemente, la mejor forma de evitar niños infectados por VIH es por medio de madres sanas y bien informadas.

4. Prevención.

La infección por VIH es un padecimiento con ciertas características que lo convierten en un verdadero desafío para la salud pública. Entre estas características es importante mencionar: 1) Como problema de salud pública, aún se carece de

medidas fundamentadas científicamente para la prevención específica y para el tratamiento. La estrategia para su control se apoya, principalmente, en la modificación de hábitos profundamente arraigados en los individuos, como son los sexuales y la drogadicción. En segundo término, e igualmente importante, se encuentran las medidas de vigilancia y control sanitario, cuya aplicación también implica un grado considerable de dificultad. 2) Como enfermedad, la infección por VIH, tiene un largo período asintomático, de ahí la necesidad de asignar gran importancia a la vigilancia epidemiológica encaminada a la detección y seguimiento de sujetos seropositivos y enfermos. 3) Para el paciente, estar infectado por VIH representa un estigma. Esta situación determina frecuente discriminación social y familiar. Para enfrentarlo se requiere de una estrategia apoyada por un sustento jurídico y ético coherente con las posturas del Estado y de la Sociedad ante los dilemas que se presentan.

Las estrategias de la lucha están dirigidas a la población en general, los grupos con prácticas de alto riesgo y los enfermos. Respecto a la población general, el objetivo es la modificación de las prácticas riesgosas y el control de los productos relacionados con la transmisión del VIH. La intención es disminuir el número de individuos expuestos al riesgo y también las probabilidades de circulación del virus en la población general.

Con relación a los grupos con prácticas de riesgo, el propósito de las acciones es la prevención de la infección en los individuos que aún no están infectados. Para ello se recurre a la

educación, orientada a los individuos identificados a través de la detección.

La investigación epidemiológica de prácticas riesgosas y de la infección también es necesaria a este nivel.

La aplicación de estas estrategias de lucha plantea cuestiones jurídicas, éticas, psicosociales, económicas y operativas. Las medidas y su eficacia corresponden al grado de desarrollo que han alcanzado los servicios de salud, la efectividad de los programas de regulación sanitaria, la presentación de los programas educativos y el grado de excelencia de la investigación en sus modalidades básica, clínica y epidemiológica.

Fara el desarrollo de un programa nacional es imprescindible el establecimiento de una instancia nacional de planeación, información, control, integración de fundamentos científicos y programas, coordinación entre federación, estados e instituciones de los sectores: público, social y privado, además de normatividad de programas. Es en este sentido que en febrero de 1985 en México, se constituyó el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONAPRESIDA), creado como una respuesta a la solicitud hecha por la OMS a los países miembros, a fin de que constituyeran comités nacionales en cada uno de ellos para coordinar todos los esfuerzos en la lucha contra la infección por VIH.

A nivel internacional, se consideran dos estrategias de prevención adicionales: la detección de los contactos de los seropositivos y el reforzamiento de los contenidos educativos

referentes al VIH en los programas contra la drogadicción.

En México, la dificultad inherente al tema y la idiosincracia de nuestra sociedad, han hecho recomendable diseñar un programa de comunicación social por aproximaciones sucesivas. Ya se conocen los primeros mensajes gráficos, radiales y televisivos de una serie que, en forma progresiva, irá tocando temas a los que se han hecho referencia.

Es importante que la información sea clara y objetiva para lograr, por una parte, un impacto educativo y evitar, por otra, una alarma generalizada; con el propósito de prevenir el aumento en el número de casos de la infección por VIH.

II. DISTRIBUCION DE LA INFECCION POR VIH

La palabra epidemiología tiene tres raíces griegas (epi: sobre, demos: el pueblo, la gente y logos: estudio, tratado), lo cual indica que se trata de "un estudio sobre la gente". Ciencia que se ocupa de la frecuencia, distribución y tipo de las enfermedades infecciosas en diferentes puntos de la tierra y en diversas épocas y que al mismo tiempo estudia las relaciones existentes entre el hombre y el ambiente que le rodea².

La infección del VIH está considerada como una pandemia (pan: todo, demos: gente), ya que ha alcanzado grandes extensiones geográficas en forma casi simultánea, con un rápido desplazamiento de un continente a otro. Afecta a masas humanas y produce la impresión de que todo el mundo está enfermo.

Los estudios epidemiológicos de las enfermedades infecciosas conducen con gran frecuencia a la identificación de los grupos expuestos a alto riesgo de enfermar y de los factores de riesgo. Estos, no necesariamente constituyen la etiología de la enfermedad, pero sí aparecen asociados a ésta; sin embargo, varían de una población a otra. Estas variaciones se deben especialmente a los modos de vida, a los comportamientos frente a la salud, a los cambios en las condiciones ambientales de vida, a la demografía, etcétera.

Con respecto a la infección del VIH, en un inicio se pensó que sólo afectaba a ciertos grupos de personas (homo y

²Hirsch, citado por San Martín, Hernán. Salud y enfermedad, p. 115, 1989.

bisexuales), por lo que el resto de la población descansaba en la falsa seguridad de no correr peligro de infectarse. Sin embargo, conforme se ha obtenido más información, se ha ido aclarando quiénes y cómo se pueden contagiar, entre éstos tenemos: homo, bi y heterosexuales con múltiples parejas, hombres y mujeres que se dedican a la prostitución, personas adictas a drogas de administración intravenosa, personas que después de 1980 hayan recibido transfusiones sanguíneas y las que vendieron su sangre entre 1980 y 1987.

Actualmente se sabe que cualquier persona que se exponga al riesgo puede contraer la infección y esta afecta tanto a hombres, mujeres y niños.

A nivel mundial se han reportado 273,425 casos de SIDA hasta la primera semana de agosto de 1990. En nuestro país se han notificado 4,722 casos en todos los estados de la República, abarcando todos los sectores de la sociedad, incluyendo campesinos, obreros, estudiantes, amas de casa y niños; pero, aunque se ha propagado al medio rural, las grandes ciudades siguen siendo el principal foco de contagio.³

El problema de la infección por VIH no radica en las cifras de casos reportados, sino en los casos de individuos infectados asintomáticos calculados, que, según los expertos, son de cinco a diez millones aproximadamente.

³Boletín Mensual SIDA. Dirección General de Epidemiología, septiembre, 1990, vol 4 (9).

A. EPIDEMIOLOGIA DE LA INFECCION

1. Historia de la epidemia del VIH.

En base a investigaciones médicas y biológicas, se llegó a la conclusión de que el SIDA es causado por un virus. Pero nadie sabe de dónde proviene éste.

Sobre este punto controvertido, se ha sugerido que el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) causante del SIDA, se ha producido en la Unión Soviética o en los Estados Unidos de Norteamérica para el efecto de ser arma bacteriológica.

Sin embargo, un buen número de pruebas apoyan que el virus del SIDA surgió primero en África, aunque los gobiernos africanos niegan constantemente esta teoría. Investigaciones recientes han demostrado que en monos macacos de Asia y África se encuentra un virus muy similar al del SIDA, pero no igual.

En consecuencia, las teorías sobre la evolución y origen del virus de SIDA son provisionales y es una área abierta de intensa investigación.

La historia de la infección por el VIH es breve, aunque oficialmente su inicio data de junio de 1981, cuando se notificaron en Los Angeles, California, cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en hombres jóvenes homosexuales. Un mes después se reportaron 26 casos de sarcoma de Kaposi asociado a neumonía por *P. carinii* en hombres homosexuales de Nueva York y California. La aparición de infecciones oportunistas y cánceres en estos pacientes que ya presentaban deficiencia de la respuesta inmunológica, hizo pensar en una nueva (adquirida) inmunodeficiencia, de etiología desconocida.

Para mediados de 1982, se tenía la fuerte sospecha de que la causa de la inmunodeficiencia adquirida era un virus transmitido mediante relaciones homosexuales.

En septiembre de ese mismo año, los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) formularon la primera definición del caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, para fines de notificación epidemiológica. Entre 1982 y 1983, se sospechó que este virus también se transmitía por vía sanguínea en hemofílicos, drogadictos intravenosos y receptores de transfusión. Los casos de infección en recién nacidos confirmaron la transmisión del tipo perinatal.

A finales de 1983, se habían reportado 3,000 casos de SIDA a nivel mundial, para el año siguiente ya se sospechaba la transmisión del virus en relaciones heterosexuales.

Al término del 1985 ya sumaban más de 24,000 casos y para diciembre de 1987, se habían notificado 73,747 casos de SIDA en 129 países del mundo.

2. Dinámica de la transmisión del VIH.

Para determinar la magnitud y distribución de cualquier enfermedad infecciosa es necesario conocer: El número de personas infectadas, cuántas de éstas al mismo tiempo son infectantes, si tienen manifestaciones clínicas (casos o enfermos) y las muertes por esta causa.

Es por ello, que se clasifica a la población en cuatro grupos de individuos: El primer grupo son todos aquellos individuos que son susceptibles de adquirir la infección por VIH; todos los seres humanos se pueden considerar dentro de éste. El

segundo contempla a los individuos expuestos al riesgo de transmisión, ya sea de tipo sexual, sanguíneo o perinatal. Algunas personas pertenecen a este grupo en forma permanente, como los homofílicos o los homosexuales promiscuos, mientras que otros ingresan en forma transitoria, como el caso de los monotransfundidos y los heterosexuales no monógamos. El tercer grupo lo constituyen los individuos infectados por VIH y finalmente, el cuarto grupo son aquellos individuos que presentan manifestaciones clínicas que permiten identificarlos como casos de SIDA (Ver figura 1).

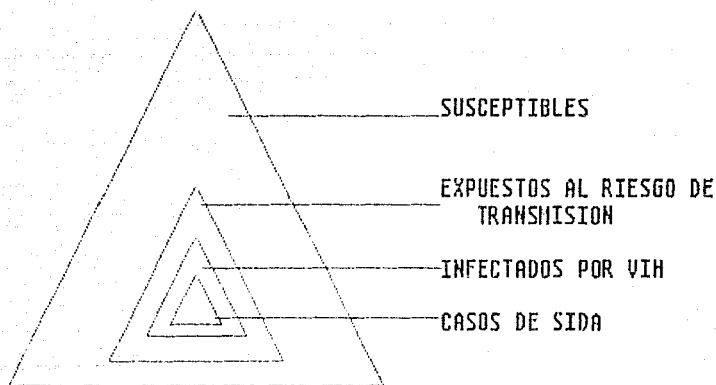


FIG. 1 DINAMICA DE LA TRANSMISION DEL VIH.

Como casos de SIDA, se tienen aquellos que reúnen los criterios de inmunodeficiencia (infecciones o cánceres secundarios), enfermedad constitucional (diarrea, fiebre y pérdida de peso) o enfermedad neurológica (demencia, radiculitis, etcétera).

B. GRUPOS CON PRACTICAS DE ALTO RIESGO

No existen grupos de alto riesgo, sino prácticas sexuales o de drogadicción intravenosa, o circunstancias de alto riesgo. Los homo, bi y heterosexuales con múltiples parejas, prostitutas y prostitutos, los hemofílicos, los receptores y donadores de sangre y los recién nacidos de mujeres infectadas por VIH, están considerados dentro de este rubro.

1. Homo y bisexuales.

Los primeros casos notificados sobre infección por VIH, correspondieron a hombres homosexuales, por tal motivo, durante mucho tiempo prevaleció la falsa creencia de que esta enfermedad sólo era transmisible en este tipo de individuos. Sospechándose que la causa de la enfermedad estaba asociada a algún factor inherente a las relaciones homosexuales, tanto, que el padecimiento se denominó en un principio GRID (Gay Related Inmunodeficiency Disease). Se planteaba que debía existir alguna característica particular en este tipo de relaciones que explicara que solamente enfermasen los varones que la practican (ser prostitutas y la práctica frecuente del coito rectal). Esto condujo a un relativo atraso en la definición de las poblaciones de riesgo, y a que no se formularan recomendaciones para evitar el contagio entre la población heterosexual.

2. Heterosexuales con varias parejas.

La transmisión del virus está relacionada con diversos factores, uno de los cuales es el número de parejas y contactos sexuales que se tengan. Es difícil definir el número de parejas sexuales a partir del cual se puede considerar a un individuo como prosciso. Un individuo que mantenga relaciones con una, dos o 20 parejas no infectadas, no corre ningún riesgo de infectarse, pero a mayor número de parejas, mayor riesgo de que alguna tenga la infección y mayor riesgo de que se produzca el contagio.

3. Individuos dedicados a la prostitución.

Como cualquier enfermedad transmitida sexualmente, " los trabajadores del sexo ", son presa fácil de la infección y piezas claves para la transmisión. La distribución de la infección en este grupo, varía según las características sociales y culturales de cada país; así, mientras que en Estados Unidos y países africanos como Zaire, la prevalencia de la infección en prostitutas es elevada, en México, la transmisión es baja, observándose mayor prevalencia en hombres prostitutos.

4. Drogadictos por vía intravenosa.

Una manera muy eficaz de transmisión del VIH de la sangre de una persona a otra, es la de compartir agujas o jeringas, sin limpiarlas adecuadamente.

En Estados Unidos y Europa, la transmisión sanguínea por compartir agujas entre los drogadictos intravenosos constituye un problema de grandes magnitudes: mientras que en México, ésta vía

representa un porcentaje muy bajo, por ser una práctica poco frecuente.

5. Hemofílicos y donadores de sangre.

La hemofilia es una enfermedad genética que impide la coagulación de la sangre, por lo que es necesaria la aplicación repetida de un producto coagulante, denominado " factor VIII ", que se obtiene de la sangre de varios donantes. Muchos hemofílicos se han infectado de esta forma, debido a que este factor contenía el virus. Actualmente, recibe un tratamiento especial que destruye el virus, esta medida ha logrado detener la diseminación de la infección en los hemofílicos, a pesar de esto, muchos de ellos en el mundo están infectados.

Los donadores de sangre o plasma "profesionales o de paga ", se deben considerar como individuos con alto riesgo de infección y fuente muy importante de transmisión, debido a la cantidad de monóculo que está contenido en una transfusión de sangre (medio litro aproximadamente).

C. SITUACION ACTUAL DEL SIDA *

1. En el mundo.

Hasta la primera semana de agosto de 1990 se han notificado a la OMS 775,425 casos de SIDA a nivel mundial.

En Europa, los países que han notificado mayor número de casos son: Francia (8,718), Italia (6,474), España (5,295), República Federal Alemana (4,922) y Reino Unido (3,247).

En África, los países más afectados son: Zaire (11,732),

*Idea.

Uganda (12,444), Kenia (6,004), Tanzania (6,251), y Malawi (7,160).

En América, los países con mayor número de casos son: Estados Unidos (137,385), Brasil (11,080), México (4,722) y Canadá (3,950).

2. En México.

México ocupa el décimosegundo lugar en cuanto número de casos a nivel mundial. En América ocupa el tercer lugar, después de Estados Unidos y Brasil.

Hasta la primera semana de agosto de 1990 se han notificado a la Dirección General de Epidemiología 4,722 casos de SIDA.

Las entidades que acumulan el mayor número de casos de SIDA son aquellas que concentran las áreas urbanas del país, como el D.F. (1,699), Jalisco (668), Estado de México (618), Nuevo León (186), Puebla (224) y Coahuila (115).

La relación de casos de SIDA acumulados en 1990 por sexo, es de 6:1 casos en hombres por cada caso en mujeres. La distribución porcentual de los casos por edad indica que el 67.3% se presenta en la población de 25 a 44 años, 17.3% en jóvenes (15 a 24 años), 13.7% en adultos entre 45 a 64 años, 3.9% en niños y el resto en mayores de 65 años.

En cuanto a ocupación, la mayor incidencia se ha presentado en empleados administrativos, trabajadores de servicios públicos y privados, profesionales técnicos, maestros, funcionarios públicos y privados y comerciantes. Continúa siendo baja la incidencia en choferes, obreros, desempleados, campesinos, amas

de casa y estudiantes.

Por categorías de transmisión en adultos, se notificaron 65 nuevos casos en hombres homosexuales que corresponden al 58.0% de los casos en varones adultos. Existe un descenso en la proporción de casos de SIDA en esta categoría de transmisión. En hombres bisexuales la proporción se ha mantenido estable y en los casos asociados a transmisión heterosexual la tendencia es ascendente; aunque por los datos presentados en el Boletín de enero de 1990, indican que existe una alta proporción de casos notificados como transmisión heterosexual en hombres que hacen suponer que en realidad son homo o bisexuales. También se notificaron 20 nuevos casos de SIDA asociados a transmisión por transfusión sanguínea, los que suman 651 casos y representan el 15.7% ; también se han notificado 86 casos de SIDA en exdonadores de sangre remunerados.

Se notificaron 632 casos de SIDA en mujeres adultas, de las cuales el 68.1% se han asociado a transfusión, 29.9% a transmisión heterosexual, 1.2% en exdonadoras remuneradas y 0.5% en usuarias de drogas por vía intravenosa.

En cuanto a categoría de transmisión en niños, se notificaron tres nuevos casos de SIDA, para dar una cifra acumulada de 175 casos, de los cuales el 58.2% son por transmisión sanguínea (post-transfusionales y hemofílicos), 38.2% por transmisión perinatal y 3.5% por abuso sexual.

Por lo que se refiere a instituciones notificantes, el 39.7% (1,763) ha sido notificados por el IMSS, 40.2% (1,988) por la SSA, 9.0% (436) por el ISSSTE y 11.0% (544) por otras instituciones.

Con respecto al estado actual de los pacientes, el 47.7% (2,385) continúa vivo y el 45.4% (2,224) ha fallecido. No se dispone del seguimiento de 6.9% (343) pacientes.

Sin embargo, a pesar de los casos notificados a nivel mundial (273,425), se calcula que existen entre cinco y diez millones de seres humanos infectados. La diferencia de las cifras se debe a que entre el momento de contagio y la aparición de los primeros síntomas, pueden transcurrir varios años. Por tal motivo, la distribución de los casos de individuos infectados por VIH es comparada con un iceberg, del cual, la punta que emerge e la superficie representa los casos registrados, mientras que lo que queda debajo del agua, son los casos de los individuos infectados asintomáticos no registrados (Ver figura 2).

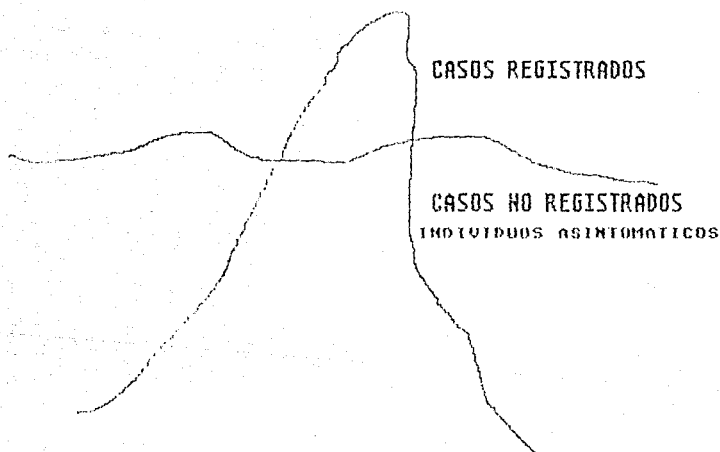


FIG. 2 DISTRIBUCION DE INDIVIDUOS INFECTADOS POR VIH

Por lo anterior, no hay que esperar a que las cifras aumenten considerablemente para intensificar las medidas preventivas contra la infección por el VIH.

III. ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INFECCION POR VIH

En los últimos años, ningún problema de salud ha originado tanto interés entre la población en general ni ha sido objeto de mención constante en los medios masivos de comunicación como es la infección por VIH causante del SIDA.

Es indudable que es un complejo problema de salud que debe ser abordado integralmente, considerándose los aspectos psicológicos, sociales, morales, legales y económicos que en él inciden.

En el campo de la psicología se ha tenido que manejar nuevas directrices de terapia individual con el fin de asesorar efectivamente a personas con prácticas de riesgo, infectados, enfermos y familiares de éstos. El desarrollo de técnicas de terapia de grupo, clubes de infectados y casar, ha sido particularmente importante. Desafortunadamente el miedo a mecanismos de contagio no comprobados (transmisión en sitios de trabajo, restaurantes, albercas, etcétera) ha suscitado estigmatización, rechazo y en ocasiones persecución de individuos con prácticas de alto riesgo, infectados y sobre todo en los casos de enfermedad, discriminación que se extiende a sus familias.

Desde el punto de vista jurídico, en México se han presentado varios avances generados por las necesidades que la enfermedad ha planteado como: proscribir la comercialización de sangre y la obligatoriedad de notificar los casos de SIDA. Sin embargo, la infección ha originado que resurjan añejos y nuevos problemas jurídicos que es necesario legislar, como:

prostitución, delitos de contagio intencional o la autorización de aborto en madres infectadas por el virus.

El efecto de muertes prematuras en población joven tiene repercusiones económicas. Asimismo, el presupuesto de las instituciones de salud puede ser motivo de problema al asociarse los costos de atención médica de pacientes infectados con la predicción del número de casos para los próximos años. También está relacionado con el turismo, la migración y la fuerza de trabajo.

En el área moral es donde existe mayor controversia. Algunos sectores de la población consideran que las campañas de educación sobre la infección del VIH emprendidas en todo el mundo, fomenten la promiscuidad y prostitución así como la homosexualidad; sin embargo, otros sectores de la población opinan que los mensajes de educación sean más explícitos en relación con la prevención del VIH. En todo caso, la educación para la salud dirigida a la población en general debe adecuarse al contexto sociocultural mientras que, los mensajes orientados a grupos con prácticas de alto riesgo, deberán enfatizar medidas preventivas relacionadas con el tipo de prácticas de éstos.

Por lo anterior, es necesario analizar desde diversos puntos de vista la infección por VIH.

A. SOCIAL

La aparición del SIDA y su expansión posterior como fenómeno epidémico ha producido en la sociedad una multifacética reacción. El recuento de la historia arroja luz para reconocer cuánto de lo

viejo hay en lo nuevo. Es en éste sentido que el análisis puede permitir ver semejanzas, prever procesos y evitar decursos negativos.

El SIDA es un fenómeno nuevo como una enfermedad, pero viejo como la peste, así, ante la letalidad del mal, el difícil control del contagio y la imposibilidad inmediata de detenerlo o extinguirlo, el miedo, la incertidumbre y la ansiedad han puesto en marcha viejos mecanismos irracionales, por medio de los cuales se canaliza la inseguridad social hacia la búsqueda de culpables a través de la exacerbación de estigmas y prejuicios ya existentes.

En este caso, la búsqueda encontró en los homosexuales a los nuevos desviados anormales para adjudicar en ellos los estigmas de la nueva enfermedad. Como respuesta a ésto se producen reacciones antisociales que van desde la indiferencia ante los avances del mal (basada en la falsa seguridad, según la cual, quien no es homosexual no está expuesto a ningún riesgo), hasta la abierta hostilidad hacia tales grupos (incluidos drogadictos y prostitutas), que se traduce en exigencias y presiones a las autoridades públicas para que apliquen medidas muy severas.

No menos dañina ha sido la culpabilización del enfermo, porque no sólo se le considera único y entero responsable del padecimiento, sino que se le llegan a adjudicar conductas destructivas.

Consecuentemente, no es difícil imaginar que este problema afecte cada día a un mayor número de personas, presenta

características sociológicas de particular importancia, sobre todo en lo que se refiere a la respuesta social que se ha generado para combatirlo. Además, esta enfermedad ha contribuido a hacer públicos aspectos tradicionalmente privados, como el contenido de la relación amorosa, homo, bi y heterosexual.

Las políticas de salud en torno a la infección no son la única forma de respuesta social, junto a éstas, otra es la marginación de la que están siendo objeto los infectados por VIH, porque refuerza algunos prejuicios ya existentes de parte de los normales o sanos y, por otro, estigmatiza socialmente a sus víctimas. Pero que significado tiene el concepto de prejuicio asociado al SIDA; este puede ser definido ⁵ como una aversión o actitud hostil, una creencia sobregeneralizada (por lo tanto, errónea) hacia una persona que pertenece a un grupo.

Se asocia prejuiciosamente que todo homosexual es en potencia una víctima de la infección del VIH y que toda persona infectada por este virus es sospechosa de homosexualidad. El peligro de esta actitud es la marginación que la sociedad pretende imponer a los enfermos como una medida equivocada para controlar la enfermedad.

Algunos autores ⁶ han distinguido cinco grados de prejuicio, dependiendo de su intensidad, esta diferenciación por grados atiende básicamente a los tipos de actitudes que una persona o un

⁵Allport G.W. The nature of prejudice, New York, Doubleday Anchor Books; citado por Castro Pérez, Salud Pública de México, 1989, p 631.

⁶Ibidem.

grupo de personas puede adoptar.

El primer grado es la antilocución o rechazo verbal hacia los grupos con prácticas de alto riesgo y los infectados por VIH. El segundo es el esquivamiento o la tendencia a evitar a una persona. El tercero es la discriminación propiamente dicha, o la tendencia a excluir (del trabajo, de la escuela, de un lugar público, etcétera) a ciertas personas. El cuarto tiene que ver con el ataque físico y el quinto grado con el exterminio de una persona o un grupo.

Se han encontrado testimonios de personas que infectadas con VIH han sido objeto de alguno o varios de los cuatro primeros grados de prejuicio mencionados, incluyendo el ataque físico.

Por otro lado, el estigma es un rasgo cultural general de la sociedad, un proceso que se da dondequiera que existan normas de identidad. El rol del normal y del estigmatizado son partes del mismo complejo?

Las razones por las que se da la estigmatización de los infectados por VIH son que en primer lugar, se trata de un fenómeno asociado a lo sexual. En segundo, es considerada una enfermedad venérea, porque se les asocia a una vida sexual desordenada. La última razón, es que algunos autores⁹ opinan que existe una tendencia cultural a ver con rechazo los líquidos corporales (sangre, sudor, orina, saliva, semen y secreciones

⁸Goffman E. Estigma: La identidad deteriorada. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 12, 1993, 1986. Op cit. p. 552.

⁹Nellin P., Hitzgarther S. Disputed dimensions of risk: a public school controversy over AIDS. *Hill bank Momfund Q* 1986, 64: 129; Op cit. p. 633.

vaginales) y a considerarlos como fuentes de contaminación. Además de que estos líquidos son portadores del VIH.

La investigación psicosocial en torno a los prejuicios y estigmas asociados al VIH debe contemplar también la situación de los infectados, ya que ellos son objeto de una doble estigmatización: por ser afectados y por pertenecer a grupos de alto riesgo. Además, deben por lo tanto, tomar conciencia de que es incurable su enfermedad.

En una Conferencia Internacional sobre SIDA (celebrada en Londres el 26 de enero de 1987), se exhortó a los gobiernos a rechazar el estigma a africanos, personas de color, homosexuales, bisexuales, drogadictos y hemofílicos; a quienes irresponsablemente se les atribuye la propagación de la infección por VIH en el mundo; estigma que perdura a pesar de las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el sentido de que cualquier individuo puede ser portador o receptor del VIH; además de que no hay ninguna razón sanitaria para disponer restricciones en materia de vivienda, empleo y educación a las personas infectadas por este virus.

B. PSICOLOGICO

" La historia colectiva " generada por la infección del VIH ha dado pauta a la estigmatización y prejuicio hacia los infectados, los cuales son ocasionados por temores, miedos, infamia, etcétera, en relación con la transmisión del virus. Lo anterior tiene repercusiones en el área psicológica, por lo que es necesario modificar algunos de sus métodos tradicionales.

" Una persona infectada por VIH, necesita amistad más que nunca; es importante para ella el saber que tiene amigos y que puede confiar en ellos. También, la comunicación táctil, pues para el infectado es necesario recibir un abrazo o un apretón de manos, y no por ello signifique riesgo de infección " ?.

Es asimismo, reconfortante para el individuo, que se le escuche y se le ayude en el momento que lo solicite, procurando respetar sus espacios de descanso o recreación; es decir, no exagerando atenciones.

Es recomendable, que quien se acerque al enfermo, le manifieste sus emociones sinceramente, ya que solo así el paciente se podrá sentir en confianza. Es más sano hablarle de nuestro temor al contagio y tratar con él (de manera sutil) las sensaciones derivadas de su enfermedad para lograr una auténtica comunicación; esto le permitirá relajarse y compartir sus sentimientos de manera más abierta.

Si pese al apoyo de familiares y amigos el paciente se deprime demasiado, es importante la ayuda especializada.

El tratamiento psicoterapéutico de pacientes infectados por VIH (seropositivos asintomáticos, con complejo relacionado al SIDA y SIDA), a menudo plantea muchos dilemas para los terapeutas. La tarea es complicada por las actitudes sociales, las cuales pueden coincidir con éstas, hacia la infección por VIH. El trabajo es, además, acompañado por los sentimientos de

*Dominguez González, J. A. Apoyo y solidaridad, formas de ayuda a los enfermos de SIDA. CUCETA-UNAM, Dirección General de Servicios Médicos, junio julio, 1989.

contra-transferencia y por conflictos entre las responsabilidades que tienen los terapeutas hacia los pacientes y la sociedad. En la experiencia terapéutica usual lo concerniente al paciente es lo principal, sin embargo, cuando un paciente infectado por VIH está irresponsablemente, las consecuencias potenciales para la sociedad son de tal magnitud que la neutralidad terapéutica no puede ser mantenida.

La conciencia (counseling) para pacientes con VIH, tiene como objetivo establecer una relación social que sea franca y continua, en que ambas partes se acepten mutuamente como son. A menudo, el tratamiento consiste simplemente en estar con el paciente, escucharlo y entender lo que está diciendo.

El compartir emociones intensas ayuda a diluir los efectos negativos de éstas. Es sumamente importante escuchar con empatía a estos pacientes, o sea, con completo entendimiento, ya que en la terapia se comprende, escucha, comparte y se está con ellos.

Hay que acrecentar al máximo la calidad de vida del paciente, estimulándolo a participar en tantas actividades sociales, recreativas, de ocio y ocupacionales, como su estado de salud permita.

Existen muchas personas importantes en la vida de los pacientes, como familiares, amigos, compañeros de trabajo, etcétera; los cuales ayudan a fortalecer los soportes sociales habituales de estos; por tal motivo, los terapeutas deben tener permiso del paciente para consultar a estas personas y hacerles recomendaciones sobre esto.

Otras alternativas de apoyo, son la formación de grupos de autoayuda como, terapia familiar, de pareja y grupal.

La terapia de grupo es el tratamiento preferido para los pacientes infectados por VIH. Estas reuniones les ofrecen seguridad y apoyo para discutir temas de interés mutuo y para intercambiar información. También permite la oportunidad de ver ejemplos y métodos que los pacientes utilizan para vivir con la enfermedad. Además, el grupo tiene siempre un factor social que le reduce el aislamiento.

Por último, no es fácil trabajar con individuos que están enfrentándose a una enfermedad de la cual posiblemente no van a sobrevivir; tomando en cuenta que se es un ser humano y que también es natural que se sienta trágico y asustado; por lo que es necesario que se establezcan programas de ayuda psicológica dirigido a terapeutas que atienden individuos infectados por VIH.

C. MORAL

No se puede descontextualizar a los individuos de su ambiente social ya que son seres humanos que viven en una sociedad históricamente determinada y forman parte de un grupo social específico. Este hecho lleva a reconocer que los individuos tienen un cierto modo de vida condicionado por la forma de cómo trabajan, por patrones socioculturales y expectativas que modelan sus ideas y actitudes, así como la manera de comportarse socialmente.

Debe tenerse en cuenta que la forma como se concibe el fenómeno de la sexualidad difiere de un individuo a otro y, por lo consiguiente, la manera como se difundan en los distintos

grupos sociales deberá responder a los marcos culturales e ideológicos respectivos. Esto permitirá que las campañas puedan reforzar ciertas actitudes o cambiar ideas incorrectas o conductas inadecuadas respecto a la sexualidad.

La difusión de mensajes educativos en torno a la infección del VIH, a través de los medios masivos de comunicación, ha despertado una fuerte controversia entre diversos grupos sociales, unos la critican, acusándola de aprobar implícitamente el sexo casual, el sexo con más de una pareja, la homosexualidad y la bisexualidad. Otros en cambio, aseveran que raya en la timidez, por difundir mensajes demasiado vagos y, en consecuencia, poco eficaces. En ambas posturas, existe la creencia de que la otra contribuye a difundir la epidemia.

La polémica resulta importante porque, las concepciones que parten de una perspectiva moral obstaculizan el éxito de las campañas educativas, al inhibir, condenándolo, el uso masivo del condón, o al censurar la difusión de mensajes educativos más claros y abiertos. Se trata de una polémica entre lo eficaz y lo aceptable, pero se sabe, que nunca se pondrán de acuerdo, pues ello depende de los patrones culturales en que se vive.

En todas circunstancias, los graves problemas que enfrenta diariamente la población mayoritaria del país impide(n) que ésta capte correctamente los mensajes del Sector Salud y, por lo tanto, que cambien sus hábitos sexuales por otros que sean menos riesgosos para su salud.

D. JURIDICO

Con el propósito de evitar la propagación de la infección por VIH. en México, como en otros países, las autoridades jurídicas han realizado modificaciones en algunos artículos de la Ley General de Salud, así, como en las Leyes del Código Penal donde se ha tratado de incluir la infección por este virus en algunos de sus artículos.

El 24 de agosto de 1987 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Decreto por el que se crea CONASIDA. En cuanto a sus objetivos son: evaluar la situación nacional en lo que concierne al SIDA y a la infección por VIH, coordinar la implantación y evaluación de normas, pautas y actividades de control apropiadas, teniendo en cuenta otros problemas prioritarios y los recursos de salud del país. Los integrantes pertenecen a las diferentes instituciones del Sector Salud y otras extra sectoriales (SSA, INSS, ISSSTE, Gabinete de Salud, Secretaría de Marina, UNAM, DDF, Instituciones Nacionales de Salud y PEMEX), así como diversas instituciones privadas.

En el mundo se ha establecido la necesidad impostergable de controlar la presencia del virus productor del SIDA en la sangre y los hemoderivados.

La Secretaría de Salud, apoyada en estudios realizados, encontró que un gran número de donadores remunerados estaban infectados por VIH (7.2%), en comparación con el número de donadores voluntarios (0.1%). Esta evidencia condujo a la reforma del artículo 332 de la Ley General de Salud para establecer que:

El 26 de mayo de 1986, se acordó la obligatoriedad de investigar serológicamente al donador para evitar la transmisión de padecimientos por la sangre.

El 27 de mayo de 1987, se prohibió el comercio de la sangre, utilizando como única fuente de obtención, la donación voluntaria y gratuita. Asimismo, se aumentó la penalidad para quienes transgredan el ordenamiento.

Todas estas acciones adoptadas por el Gobierno de la República a través de la SSN se plantearon con el fin de eliminar esta importante fuente de transmisión de la infección del VIH.

Con respecto a la inclusión de la infección por VIH en la Constitución General de la República, se han tratado de hacer varias aproximaciones.

Por su parte, Martínez V. H. (1990), expresa: " Es posible adecuar los artículos 199 bis, 292, 302, 303, 304 y 305, en relación a la infección por VIH ".

Teniendo en cuenta las características y síntomas de la infección por VIH, se considera prudente establecer que el acto concreto intencional de contagio con el VIH causante del SIDA por medio de relaciones sexuales, debe tenerse como delito que atenta contra la vida e integridad corporal.

En consecuencia, las alteraciones en la salud de un individuo que fue contagiado por VIH, deben considerarse como lesiones, puesto que la muerte del sujeto infectado se actualiza después de cinco años.

Considerando que la infección por VIH es incurable, el acto concreto intencional de contagio de este virus, debe adecuarse al

tipo expresado en el art. 292 del Código Penal, ya que en su texto hace alusión de aquellas lesiones de la cual resulte una enfermedad segura o probablemente incurable.

La experiencia clínica, demuestra que no se ha verificado algún caso de muerte por causa de la infección del VIH dentro de los primeros 60 días contados a partir de que el individuo fue contagiado.

" En conclusión, bajo la más estricta interpretación, los artículos: 199 bis, 292, 302, 303, 304 y 305, no se adecuan a las aseveraciones antes mencionadas "19.

En vista del acelerado incremento de casos de infección por VIH para los próximos años, hace que ésta infección sea considerada, tomando en cuenta sus características, dentro de la Constitución de la República.

E. ECONOMICO

La infección por VIH, esta produciendo cambios importantes en el perfil de las enfermedades que sufren los pueblos a nivel mundial. Además, aparece en medio de la más profunda crisis económica de los últimos tiempos reclamando para la medicina recursos que de otra forma se hubieran destinado a la prevención, educación y así a un mayor desarrollo.

Además, el alto crecimiento de la población en México, ha creado un obstáculo contra el impacto de la infección por VIH. En México la población en las edades productivas (hombres, entre

19Hortelinos de la Peña, Victor Hugo. El SIDA y el Código Penal. Tesis UNAM. Facultad de Derecho. p. 115, 1990.

25 y 44 años) presentan el nivel de actividad económica más alta. La infección por VIH tendrá un impacto más fuerte en corto y mediano plazo, es por ello que las muertes prematuras en los jóvenes (que son la fuerza de trabajo) tiene repercusiones económicas en el país.

Es probable que la mayor parte de los costos de la atención médica y sobre todo de la prevención sean asumidos por las instituciones públicas del Sector Salud.

El costo de los servicios de salud no ha sido abordado con la claridad deseada, es por ello que los datos suelen no reflejar los precios reales, además de que no se encuentran disponibles de la manera deseada para realizar investigaciones adecuadas.

Dentro del ámbito preventivo, el gasto considere los subprogramas de control de enfermedades transmisibles, detección oportuna de estas y capacitación de la población.

En el ámbito curativo, el presupuesto destinado a la hospitalización, es el que será mayormente afectado por la infección del VIH.

Por otro lado, los costos de educación sexual, la atención médica y psicológica dirigida específicamente a los seropositivos y quienes se consideren de alto riesgo, aumentarán notablemente el gasto.

No cabe duda, que el gobierno tendrá que hacer un gran esfuerzo para transformar la estructura actual de financiamiento, organización y prestación de los servicios de salud si quiere enfrentar adecuadamente la infección por VIH sin descender a la vez otras prioridades nacionales.

Por último, de la población en su conjunto se requiere un alto nivel de conciencia, compromiso y capacidad de encausar la participación social en un solo movimiento para combatir las enfermedades que afectan a nuestra sociedad, principalmente la infección por VIH.

IV. PERSONAL DE SALUD ANTE LA INFECCION POR VIH

La población en general, así como el equipo de salud, experimentan ante la infección por VIH temor por contagio, vergüenza o coraje si un familiar presenta síntomas, tristeza cuando un paciente muere, impotencia ante aquello a que se está enfrentando. A la vez, en base a los valores, como amigo o como profesional, se adopta una posición ante el problema, de acuerdo a la evaluación que se hace de él, manifestando rechazo, agresión, autoprotección; actitudes que como seres humanos no se está cuenta de presentar.

Es importante señalar que el personal de salud al estar en contacto con pacientes infectados por VIH, corre el riesgo de infectarse por este virus al tener un accidente con una aguja contaminada con sangre de éstos. Por tal motivo, las autoridades médicas, han elaborado "precauciones universales" para la seguridad del personal encargado de la atención de estos pacientes, y a la vez, brindarles mejor atención.

Es necesario, que las Instituciones de Salud se comprometan a adiestrar a su personal en el manejo de técnicas para reducir la transmisión de la infección. Asimismo, el trabajador, debe asumir su responsabilidad en cuanto a poner especial cuidado en el uso de estas. Es por ello, que el evitar accidentes es responsabilidad del personal y de la institución conjuntamente.

A. CARACTERISTICAS DEL PERSONAL DE SALUD PARA ATENDER INDIVIDUOS INFECTADOS POR VIH.

El trabajador de salud (médicos, enfermeras,

laboratoristas, psicólogos, trabajadores sociales, etcétera), para poder desempeñar satisfactoriamente sus labores, es necesario que posean información veraz y pertinente acerca de aspectos generales de la infección por VIH, grupos con mayor probabilidad de infectarse, así como, cuidados necesarios para los individuos ya infectados, familiares y amigos de éstos. Además, contar con un perfil del puesto idóneo (grado académico, conocimientos, habilidades, aptitudes, experiencia, etcétera) para atenderlos.

1. Médicos

El médico, debe contar con la Licenciatura de Médico Cirujano; habilidades y conocimientos básicos sobre la existencia de instituciones que atienden a individuos infectados por VIH, técnicas educativas, y de enfermedades asociadas a prácticas de riesgo. Las aptitudes necesarias son manejar la técnica de entrevista médico-paciente, tener facilidad para hablar en público. En cuanto a sus actitudes, tener un amplio criterio para manejar información confidencial y aceptar trabajar con población que tenga prácticas de riesgo.

2. Enfermeros

Los enfermeros requieren de un grado académico de Auxiliar de Enfermería o Enfermería General. Habilidad para la extracción de sangre, saber las técnicas de laboratorio de detección de éste virus, y las técnicas de desinfección y esterilización del material de laboratorio. Además, tener un amplio criterio para manejar información confidencial, aceptando, además, trabajar

con población con prácticas de riesgo.

3. Laboratoristas

El laboratorista debe contar con un grado académico de Técnico Laboratorista (pasante de Licenciatura en Medicina o Química), conocimientos de técnicas de laboratorio de detección de la infección por este virus, técnica de centrifugación y separación de suero, desinfección y esterilización, almacenamiento del material biológico, manejo de material y equipo de laboratorio, procesamiento del material de desecho, etcétera; y aceptar trabajar con material potencialmente infectado.

4. Psicólogos

La Psicología se integra a los servicios de salud aportando la comprensión, el análisis y manejo de la conducta del individuo y de los grupos (pareja, familia, grupo social y sociedad) en relación a la infección por VIH, a través de sus diferentes áreas como son la educativa, industrial, experimental, ambiental, social y por último el área que se considera de mayor importancia dentro de una institución u hospital, es la clínica, ya que juega un papel fundamental en los grupos con prácticas de riesgo, infectados y/o enfermos y sus familiares.

El Psicólogo clínico debe facilitar al infectado la comprensión de su persona a través del análisis de sus conductas, mismo que le permita llevar a cabo los cambios necesarios dentro de ella. Pero de manera inmediata, se aboca a auxiliarlo en el manejo de la angustia por medio de la terapia breve y de

emergencia y lo canaliza a terapia grupal o individual.

A las personas con síntomas o ya enfermas, además del apoyo, se les ayuda a enfrentar los cambios físicos (en su apariencia) y sociales (en sus relaciones) que empiezan a presentar, las pérdidas (de amistades, pareja o trabajo) que ya ha sufrido, y la pérdida " final y definitiva ", la muerte.

Este mismo proceso de descubrimiento, comprensión y manejo, debe apoyarse también para parejas y familiares, quienes deben entender y trabajar qué le está sucediendo, no sólo al enfermo sino básicamente a ellos mismos. Y esta comprensión, debe trabajarla también el psicólogo clínico con el personal de salud, con los compañeros, amigos, en fin, con todas aquellas personas que se relacionan con un afectado directamente por la enfermedad para que entendiéndose y entendido puedan trabajar al respecto. Además, debe evitar que repercutan en su actividad profesional sus estados de ánimo derivados de problemas personales y abstenerse de intervenir en los casos en que los mismos puedan afectar su objetividad; asimismo, respetar sin discriminación, las ideas políticas y religiosas y la vida privada, con independencia de la nacionalidad, sexo, edad, posición social o cualquiera otra característica personal de sus pacientes. Así como guardar el secreto profesional del diagnóstico de estos¹¹.

En relación al perfil idóneo del psicólogo, éste debe

¹¹Brunemann, G. A. et al. Código ético del psicólogo. Por los miembros de la Sociedad Mexicana de Psicología, editorial Trillas, segunda reimpresión, México 1987.

contar con la Licenciatura o Postgrado en Psicología Clínica; habilidades y conocimientos básicos sobre los cuadros nosológicos, manejar entrevistas clínicas y psicodinamia. Las aptitudes necesarias son aplicar e interpretar pruebas psicométricas, manejar las técnicas de intervención en crisis y contar con una actitud de aceptación y respeto absoluto por los enfermos.

5. Trabajadores sociales

El trabajador social debe contar con la Licenciatura en Trabajo Social, las aptitudes necesarias son tener capacidad para detectar en una breve entrevista el tipo de servicio que solicite la población, además, un amplio criterio para manejar información confidencial. En cuanto a las actitudes, es importante una actitud de aceptación e interés hacia el solicitante, crear un ambiente libre de valoraciones y tensiones, comprensión de la situación del individuo y escucha activa de sus peticiones.

B. RIESGOS Y PRECAUCIONES

Cuando se habla de riesgo, es refiriéndose a cuántas posibilidades existen de que un individuo, en una circunstancia determinada, adquiera una infección. Conocemos que el riesgo de infectarse con el VIH, al tener un accidente con una aguja contaminada con sangre de un paciente infectado, es aproximadamente de 1%; esto es, uno de cada cien individuos desarrollarán anticuerpos contra este virus.

En el mismo sentido, las precauciones se asocian con aquellas actitudes o procedimientos que disminuyen o evitan la

exposición al riesgo.

Las características de transmisibilidad del VIH son muy similares a la del virus que ocasiona la hepatitis de tipo B. Las vías de entrada son prácticamente idénticas, sin embargo, el VIH es menor infectante.

Hace algunos años, la infección por el virus de la hepatitis era frecuente en algunos grupos de trabajadores de salud (personal de centros de hemodiálisis, servicios de urgencias, terapia intensiva y bancos de sangre). Como se conocía con bastante certeza la epidemiología y vías de transmisión de este virus, se establecieron una serie de precauciones, en forma de reglamentos, que disminuyó muy significativamente el riesgo de que trabajadores de salud y receptores de sangre y sus productos se infectaran. Por lo tanto, puede afirmarse que medidas similares o idénticas deberán tener la misma efectividad en el caso del VIH, e inclusive las medidas serían todavía más eficaces por tratarse de un virus con menor capacidad infectante.

Los individuos infectados por VIH pueden encontrarse en diversas situaciones clínicas: Asintomáticos, aquellos con Linfadenopatía generalizada persistente, los que tienen complejo relacionado con el SIDA (CRS) y lo que es propiamente el SIDA. Los primeros, habitualmente no requieren de atención médica hospitalaria, y los que están bajo tratamiento por lo general lo hacen a nivel de consulta externa. En cambio, los pacientes que tienen SIDA frecuentemente necesitan asistencia, sea en el hospital o bien en su propia casa.

El hospital es un sitio donde el riesgo para que ocurran

complicaciones, particularmente infecciosas, es relativamente alto, como consecuencia de que se encuentran pacientes con enfermedades infecciosas de muy diverso tipo, que modifican el ambiente. Esto es cierto tanto para los mismos pacientes, que tienen un riesgo mayor de adquirir infecciones, como para los trabajadores del hospital, que entran en contacto con estos pacientes o con los productos que son enviados a los laboratorios para su estudio diagnóstico.

Existen sitios en el hospital que implican un riesgo mayor; es el caso de unidades de hemodiálisis, bancos de sangre, laboratorios, servicios de patología y quirófanos. Este hecho ha estimulado que se estudien las situaciones que representan riesgos para el personal. Se sabe que en los laboratorios donde se efectúan estudios de investigación hay mayor frecuencia de accidentes que en los que se hace trabajo de rutina. Esto es consecuencia de diferentes problemas, pero fundamentalmente de un mal adiestramiento para el personal que no está acostumbrado a realizar estas técnicas. En general, los accidentes ocurren principalmente por deficiencias de equipo, comunicación inadecuada y por negligencia del personal. Lo cual tiene solución con un adecuado programa de entrenamiento.

Con respecto a los accidentes asociados a la infección del VIH, se ha encontrado mayor frecuencia de éstos en el manejo de agujas utilizadas para tomar sangre o administrar medicamentos u otros estudios diagnósticos, aunque también es responsable la falta de suministro de guantes o cualquier otro tipo de barreras para proteger al personal.

Algunas investigaciones a nivel mundial han demostrado como en más de 12 casos la exposición accidental con sangre de pacientes infectados ha causado infección en el personal de salud. Si bien, en la mayoría de estos accidentes, en por lo menos tres casos, la exposición fue de contacto en piel y mucosas, por lo cual se supuso la existencia de pequeñas heridas (agujas o contusiones) para que ocurriera; y con el dato de que el personal no había tenido ninguna precaución (guantes o máscaras) 12.

La exposición parenteral se produce cuando un trabajador de salud se pincha con una aguja o se corta con un bisturí u otro instrumento cortante contaminado con sangre de un paciente infectado. Según varios estudios prospectivos, el riesgo de adquirir la infección por VIH, por el pinchazo de aguja hipodérmica u otra exposición parenteral, es inferior al uno por ciento. Sin embargo, los individuos infectados que se encuentran en una fase avanzada de la enfermedad tienden a ser más contagiosos, por lo que el riesgo aumenta 13.

Para minimizar la posibilidad de infecciones, el hospital deberá proporcionar guantes desechables o de látex, delantales, mascarillos, goggles, jabón y alcohol en cantidad suficiente a todos los servicios que lo requieren. Desde luego, todo esto será

12)Fonca de León, S. Familiares y personal de salud: Riesgos y precauciones, Citado por Septúlveda, J. et al. SIDA Ciencia y Sociedad en México, Fondo de Cultura Económica, 1989.

13)Boletín Mensual SIDA. Información sobre SIDA orientado al personal de enfermería basado en el documento OMS/CIE. Dirección General de Epidemiología, 1989, abril, Vol 3, # 4.

insuficiente si el trabajador no asume su responsabilidad en cuanto a poner especial cuidado en el manejo de todos los utensilios o muestras que pudieran ocasionar infección.

Actualmente se sabe que es imposible establecer un sistema que identifique a los pacientes con infección por VIH, por lo que todos los pacientes (infectados por este virus o no), se habrán de atender con las mismas precauciones; tomando en cuenta que la forma más segura de evitar riesgos es considerar como potencialmente infectantes: sangre, semen, secreciones vaginales, líquidos cefalorraquídeos, peritoneal y amniótico. Además, se deben tomar las siguientes precauciones " universales ":

- Manejar con extrema precaución objetos punzocortantes.
- No tapar las agujas usadas. Hacerlo es la causa más frecuente de pinchaduras.
- Desechar para siempre estos objetos en contenedores que no se perforen. No tire agujas en la basura.
- Usar guantes, bata y máscara o lentes en situaciones que potencialmente pudieran ocasionar contacto con sangre o los líquidos señalados.
- Lavarse inmediatamente las manos y las superficies que tengan contacto con estos líquidos.

Desde el inicio del VIH hasta la fecha, ha habido comentarios sobre servicios e inclusive en hospitales donde se niega la atención a los pacientes infectados por este virus, o que en algunas ocasiones algunos procedimientos no son realizados en este tipo de pacientes, aduciendo innumerables pretextos pero ninguno hacen.

El personal de salud tiene conocimiento de que existe el riesgo de adquirir algunas infecciones; ser trabajador de salud implica la aceptación de este riesgo, tomando en cuenta que siempre deberán tenerse las precauciones necesarias para evitarlo lo más eficientemente posible. En el caso de pacientes infectados por VIH, el riesgo puede limitarse hasta el mínimo, respetando las recomendaciones. Desafortunadamente, persiste la posibilidad de un accidente, a pesar de las precauciones, pero no existe ningún fundamento lógico ni ético para negar la atención a estos pacientes.

Por tal motivo, el 7 de abril de 1987 el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y la OMS publicaron una declaración conjunta sobre la infección del VIH, en la que se definen los derechos y las responsabilidades de las enfermeras de todo el mundo en la asistencia de las personas infectadas por este virus¹⁴.

Se acordó que el CIE se ocupará y mantendrá al corriente de todos los aspectos relativos a la protección de la salud de la enfermera que prestará asistencia a las personas infectadas por el VIH. Además, de ayudar a las enfermeras, por medio de sus asociaciones nacionales, a que se mantengan bien informadas de los nuevos puntos relativos a la prevención de la infección por este virus, y que exhorte a todas sus asociaciones miembros así como a las enfermeras del mundo entero a que colaboren

¹⁴Declaración conjunta CIE/OMS sobre la infección por VIH, Política Nacional SIDA, Dirección General de Epidemiología 1989, abril, vol. 3 No. 3.

activamente en todos estos esfuerzos.

Por su parte, en 1988 la Asociación Médica Americana (AMA) de los Estados Unidos, ha declarado que por consideraciones de ética, los médicos tienen la obligación de tratar a los pacientes que padecen la infección del VIH. El Consejo de Asuntos Éticos y Jurídicos de esa entidad ha reiterado el principio de que ningún paciente infectado por VIH debe ser discriminado por temor o prejuicio por los miembros de la comunidad médica, además, en casos de epidemia, éstos deben continuar su labor aunque pongan en riesgo su propia salud, y a su vez, evitar el riesgo a otras personas¹⁷.

Por tanto, la infección por VIH se ha incorporado al trabajo médico cotidiano, y cada vez con mayor frecuencia más pacientes infectados por este virus requerirán atención. Estos pacientes deberán ser atendidos como a cualquier otro tipo de pacientes. Por su parte, el personal de salud, no puede realizar distinciones ni negarles atención.

¹⁷Asociación Médica Americana (AMA). Council says doctors have obligation to treat AIDS patients, CDC AIDS weekly, enero de 1989, citado en Boletín Mensual SIDA, Dirección General de Epidemiología, 1989, enero, año 7, # 1.

V. INVESTIGACIONES SOBRE ACTITUD HACIA LA INFECCION POR VIH

Las personas en general tratan de entender la propia conducta y la de los demás. Cada quien busca explicaciones para ciertas acciones y se pregunta porqué algunos patrones de conducta parecen ir juntos y otros no, y cómo le es posible predecir sus propias reacciones y las de otras personas.

Para fines del estudio la definición de actitud que más se aproxima a éste es "conjunto de inclinaciones y prejuicios o tendencias, nociones preconcebidas, ideas, temores o convicciones de un hombre respecto de un tema determinado"¹⁶.

Sin embargo, las actitudes no son directamente observables, sólo pueden medirse en forma indirecta, siendo la manera más frecuente con reacciones estandarizadas con respecto a la actitud examinada. La desventaja de esto, es que puede haber diferencia entre resolver un cuestionario y la realidad, esto es, no es lo mismo lo que se piensa y lo que se hace, ya que muchos pensamientos están reprimidos u ocultos y en consecuencia se toman posturas aceptadas socialmente.

El estudio de las actitudes es de sumo interés para la Psicología en general. La Psicología Clínica, por su parte, se vale de estas, para conocer el porqué el individuo responde de determinada manera hacia algo particular; buscando su origen en lo reprimido u oculto de éste, como son sus temores, fantasías, sentimientos, emociones, etcétera.

¹⁶Thurstone, L. L. Actitudes can be measured. Citado por Manneman, C. Escalas de medición en Ciencias Sociales. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina, 264, 1976.

La infección por VIH ha provocado diversas actitudes, desde discriminación, prejuicios, indiferencia hasta temores exagerados en la población en general. Por lo tanto, el personal de salud no es la excepción, y, al estar en contacto con personas infectadas por este virus, repercutirá en la atención hacia éstos; es así, que las campañas de información han intentado disminuir estas reacciones e instar actitudes más positivas y racionales hacia esta infección.

Se han realizado diversos estudios acerca de la información y actitudes sobre la infección por VIH:

En 1991, Sepúlveda et al., llevaron a cabo una encuesta de conocimientos y actitudes de la población en general hacia la infección por VIH en zonas urbanas de la República Mexicana. Realizaron 693 entrevistas, de las cuales, el 36% correspondieron a hombres y el 64% a mujeres, cuyas edades fluctuaron de los 15 a los 60 años. Los resultados demostraron que en cuanto a conocimientos del VIH, el 75% lo conceptualiza como una enfermedad que puede afectar a todos, pero prevenible, el 69% la identificó como una enfermedad exclusiva de los homosexuales. En cuanto a los mecanismos de transmisión, si los conoce. Por lo que toca a la actitud, en la mayoría se encontraron actitudes de rechazo hacia los pacientes infectados por este virus; esto se debió al gran peso social y estigma en que se ha convertido este

padecimiento, además por un temor irreal hacia éste¹⁷.

Por su parte Witt (1988), pidió a un grupo de 116 estudiantes universitarios de California que indicaran cuál era el conocimiento que tenían hacia el SIDA y cómo afecta éste con respecto a las personas enfermas por este padecimiento. Los resultados encontrados indican que los conocimientos que se tengan del SIDA, no depende de éste, sino de la educación inculcada por la sociedad, mostrando así una actitud de discriminación¹⁸.

Norton y McManus (1986)¹⁹, sugirieron que la educación acerca de la homosexualidad antes que hacia la infección por VIH es requerida si se quieren reducir dudas con respecto a ésta. Estudios realizados acerca de actitudes sobre la infección por este virus y percepciones hacia la homosexualidad en estudiantes de Psicología y personal de salud, arrojaron los siguientes resultados: Simkins y Kushner en 1985²⁰ encontraron una correlación baja (0.18 y 0.22) entre la percepción con respecto de la homosexualidad y la actitud hacia la infección por VIH; por el contrario en 1987, Boston²¹ y O'Donnel²² hallaron una

¹⁷Tracola, J. A. et al. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el SIDA. Citado por Espóveda, J. et al. SIDA, Ciencia y Sociedad en México, Fondo de Cultura Económica, 1987.

¹⁸Witt, A. Knowledge of AIDS, and affect toward persons with AIDS: Implications for health education. Journal of Applied Social Psychology, 1987, 17, (7), p. 549.

¹⁹Norton, A., Levy, J. y Samson, J. Homophobia and attitudes about AIDS. Psychological Reports, 1987, 64, p. 236-238.

²⁰Ibidem.

²¹Ibidem.

²²Ibidem.

correlación alta (0.55, 0.62) respectivamente entre éstas; sólo que este último lo llevó a cabo en un grupo de personal de salud.

Dupras et al., en 1989 realizó un estudio para verificar si las actitudes negativas hacia la infección por VIH corresponden a la ideología sexual tradicional, en una muestra al azar de 407 adultos franceses-canadienses. Se demostró que la homofobia es un indicador clave del conservatismo sexual asociado con actitudes negativas hacia la infección por VIH ²³.

El personal de salud que atiende a individuos infectados por VIH, dispone de escasa información por lo que se siente muy preocupado con respecto a este padecimiento. Se han realizado pocas investigaciones de la actitud del personal de salud hacia la infección por VIH, por lo que se citarán aquellas que son útiles para el estudio.

En un estudio realizado en los Estados Unidos en 1985, dentro de un grupo formado por 1200 trabajadores de salud de un hospital urbano, se encontró a más de la mitad con el concepto erróneo de que el virus podía ser transmitido por contacto casual (sin que interviniera el acto sexual), 20% que podía transmitirse por el estornudo; el 25% a veces evitaba lugares públicos por temor a contraer SIDA y un porcentaje similar admitió sentirse muy preocupado por el contacto con enfermos de este padecimiento. Asimismo, se ha informado que el personal de salud de hospitales estadounidenses y de África sienten temor por el hecho de atender a estas personas y en algunos casos incluso

²³Ibid.

se han negado a atenderles²⁴.

El Royal College of Obstetricians and Gynecologists encargó una revisión a expertos en SIDA sobre la asistencia obstétrica, donde se encontró que nueve de diez investigadores comentaron como la principal preocupación de sus colegas el riesgo de contraer la infección del VIH a partir de sus pacientes, riesgo prácticamente inexistente²⁵.

Por su parte, el doctor Searle (1985), afirmó que los cirujanos generales corren un riesgo especial de adquirir la infección por VIH ya que a menudo practican técnicas invasivas y pueden sufrir lesiones por inoculación²⁶.

Sin embargo, un estudio realizado en Estados Unidos en 1985 con 150 profesionales de la salud con exposición laboral accidental, llevado a cabo por el Communicable Disease Surveillance Centre (PHLS) en colaboración con la Association of Medical Microbiologists, no encontró ninguna seroconversión después de un seguimiento mediano de doce meses²⁷.

Falmer, T. P. et al., en 1987 hallaron que las variables tales como edad, religión, estado civil y años de experiencia profesional de médicos y enfermeras, no influenciaron en su actitud hacia pacientes homosexuales con SIDA; sin embargo, quienes tenían amigos homosexuales, su actitud fue más favorable

²⁴Population Reports. SIDA, una crisis de Salud Pública. Abril 1987, serie L, # 6.

²⁵Ibidem.

²⁶The Lancet. SIDA y profesionales de la salud. Edición en español, junio 1987, vol 10 # 6.

²⁷Ibidem.

que los que no los tenían²⁰.

En México en 1987, se realizó una encuesta de conocimientos y actitudes referentes a la infección por el VIH, en médicos y enfermeras que laboran en el sector salud, llevándose a cabo 1007 entrevistas (624 médicos y 383 enfermeras). Se encontró que en cuanto a conocimientos, específicamente de mecanismos de transmisión, el 98% señaló que se contagia por transfusión de sangre infectada, el 95% por contacto sexual con personas infectadas y casi el 90% por vía perinatal y uso de agujas y jeringas sin esterilizar. El 23% señaló que se puede contagiar por contacto diario (en la escuela, trabajo y hogar) con personas infectadas, el 15% en albercas y por piquete de insecto y un cinco por ciento que se contagia por medio del aire.

En cuanto a las actitudes, el temor a infectarse es acentuado: el 24% tiene miedo, 27% consideró regular su temor, 25% tiene poco miedo y el 22% manifestó no tener miedo; sin embargo, el temor es mayor en el supuesto caso de un familiar infectado.

Respecto a la disponibilidad para brindar atención a individuos infectados por VIH que la soliciten, se encontró que el 20% la daría, 84% le pediría que acudiese a un hospital de alta especialidad, el 90% lo notificaría a las autoridades

²⁰Kalman, T. P. et al. Homophobia among physicians and nurses treating AIDS patients. American Journal of Psychiatry, 1987, 144 (11),

sanitarias y 30% solicitaría que otro médico lo atendiera²⁹.

Pese a las cifras estadísticas que señalan que existe un leve riesgo de contagio al VIH por exposición laboral (0.1 % por año de exposición), trabajadores del Hospital de Infectología del Centro Médico " La Fara ", creen estar bajo un peligro real, y por ello la atención a los enfermos en ocasiones resulta inadecuada; así lo aseveró el Dr. Barriga, A. G., Jefe del Departamento del mismo Centro³⁰.

Fonce de León, S. y Pérez, Padilla, J. R. en 1990 realizaron un estudio para evaluar las actitudes éticas (discriminación) de un grupo de médicos, ante el manejo de pacientes con SIDA y los infectados por VIH. La encuesta se efectuó en 88 médicos de postgrado, provenientes del Instituto Nacional de la Nutrición " Salvador Zubirán " (INSN) y del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). Los resultados demostraron que la conducta ética es heterogénea. En muchas situaciones, las opiniones se dividieron equitativamente a favor y en contra hacia los pacientes; debido ésto, a que el médico tiene una deficiencia teórica sobre la ética y carece de una postura definida. Además, hubo respuestas de conductas que la tradición médica considera inmorales y que serían ilegales para la mayoría de los sistemas de derecho, y por último, las respuestas del cuestionario

²⁹ Izacola, J. et al. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el SIDA. Citado por Sepúlveda, J. et al. SIDA: Ciencia y Sociedad en México, Fondo de Cultura Económica, México, 1989.

³⁰ Dr. Barriga, A. G., citado por Velázquez, E. C. Opciones, México, 26 de marzo de 1990.

predijeron que las actitudes médicas en éste son más moderadas y tolerantes que las reales, es decir, al atender pacientes infectados por VIH y con SIDA²¹.

Aunque se han descrito casos de seropositividad en algunos profesionales de salud, son muy pocos los que satisfacen el criterio por contagio laboral, es decir, seroconversión a consecuencia de una exposición. Siempre que se tomen precauciones razonables, el riesgo de infección por el VIH a través de exposición laboral es muy baja.

En base a lo anterior, no se han realizado investigaciones en personal de salud que labore en una Institución donde se atiende exclusivamente a individuos infectados por VIH. Es indiscutible, que el número de personas infectadas por este virus, está en constante aumento, por tal motivo, es necesario realizar mayor número de investigaciones, sobre todo en México, para conocer las necesidades y problemas a que se enfrentan los pacientes y el mismo personal de salud encargado de la atención de éstos; además, proporcionar programas de capacitación y ayuda psicológica a todo el personal de salud que atiende a pacientes infectados por VIH, con la finalidad de reducir sus temores, darles seguridad para mejorar la atención de éstos.

²¹Ponce de León, S. y Pérez, Fadilla, J. R. Actitudes éticas de un grupo de médicos ante los problemas de manejo de los pacientes con SIDA. Boletín Mensual COMSIDA, Dirección General de Epidemiología, México, 1990, febrero, año 4, número 2, p. B13.

VI. METODO

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El personal de salud desempeña una función decisiva en el control de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), tanto en el tratamiento de casos como en la prevención, sin embargo, no está exento de presentar diversas actitudes que van desde discriminación hacia individuos infectados por este virus hasta temor a contagiarse por atenderlos.

Por tal motivo, la presente investigación tiene como finalidad conocer:

1. Cuál es la actitud del personal de salud de CONASIDA zona centro y norte del D. F., ante pacientes infectados por VIH?

2. Si la escolaridad, tipo de profesión, sexo, estado civil y edad de este personal, influyen en la actitud hacia estos pacientes?

B. HIPOTESIS

1. Hipótesis de trabajo.

El personal de salud de CONASIDA zona centro y norte del D. F., tendrá una actitud más favorable hacia pacientes infectados por VIH.

2. Hipótesis nula y alterna.

H₀, No existen diferencias estadísticamente significativas entre la actitud del personal de salud ante pacientes infectados por VIH y su grado de escolaridad.

H₁, Existen diferencias estadísticamente significativas entre la actitud del personal de salud ante pacientes

infectados por VIH y su grado de escolaridad.

H₀₃ No existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud del personal de salud ante pacientes infectados por VIH en cuanto a su tipo de profesión.

H₁₃ Existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud del personal de salud ante pacientes infectados por VIH en cuanto a su tipo de profesión.

H₀₄ No existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud del personal de salud ante pacientes infectados por VIH con respecto a su sexo.

H₁₄ Existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud del personal de salud ante pacientes infectados por VIH con respecto a su sexo.

H₀₅ No existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud del personal de salud ante pacientes infectados por VIH y su estado civil.

H₁₅ Existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud del personal de salud ante pacientes infectados por VIH y su estado civil.

H₀₆ No existe asociación estadísticamente significativa en la actitud del personal de salud que atiende pacientes infectados por VIH y su edad.

H₁₆ Existe asociación estadísticamente significativa en la actitud del personal de salud que atiende pacientes infectados por VIH y su edad.

C. DEFINICION DE VARIABLES

1. Clasificación de variables.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Escolaridad, tipo de profesión, sexo, estado civil y edad.

VARIABLE DEPENDIENTE: Actitud del personal de salud ante pacientes infectados por VIH.

2. Definición conceptual de variables.

Variable independiente:

Escolaridad. Período durante el cual se asiste a la escuela. Tiempo en que se asiste a un centro de enseñanza de cualquier grado para completar los estudios en él (Moliner, 1981).

Profesión. Ejercer una ciencia, arte, oficio, etcétera. Empleo, facultad u oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente (Pequeño Larousse Ilustrado, 1985).

Sexo. Condición orgánica que distingue entre el macho y la hembra (Dorsh, 1985).

Edad. Tiempo transcurrido desde el nacimiento (Pequeño Larousse Ilustrado, 1985).

Estado civil. Situación de una persona en cada uno de los estados de casado, soltero, viudo, divorciado, unión libre (Pequeño Larousse Ilustrado, 1985).

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Variable dependiente: Actitud del personal de salud ante pacientes infectados por VIH.

Actitud. Conjunto de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o tendencias, nociones preconcebidas, ideas, temores y convicciones de un hombre respecto de un tema determinado (Hurstons 1928, citado por Wainerman 1975).

Personal de salud. Se conceptualiza usualmente como constituido únicamente por médicos y enfermeras, pero en realidad es un conjunto multidisciplinario que cuenta también con la participación de psicólogos, trabajadores sociales, dentistas, técnicos de laboratorio y de bancos de sangre, químicos, personal mortuario, etcétera; cuyo trabajo implique contacto con pacientes, su sangre u otros líquidos orgánicos corporales o con cadáveres (Sepúlveda et al. 1989).

Pacientes infectados. Terminología propuesta para nombrar a la persona enferma o en tratamiento por tener un agente infeccioso en el organismo (Sepúlveda et al. 1987).

VIH. Sigla que el Comité Internacional para la Taxonomía de los Virus recomendó que se emplearan para designar al Virus de Inmunodeficiencia Humana, agente causal del SIDA (Sepúlveda et al. 1989).

3. Definición operacional de variables.

Variable independiente:

Educación. Número de años de estudio de un individuo.

Tipo de profesión:

Médicos. Persona legalmente autorizada para conocer y tratar las enfermedades, con objeto de conservar y restablecer la salud.

Psicólogos. Persona que se dedica al estudio, conocimiento y tratamiento del hombre en su interacción con el medio ambiente; se ocupa de las relaciones psíquicas del paciente con su médico, su actitud frente a la enfermedad y el aspecto psicológico de la misión del médico.

Enfermeras. Persona que se dedica al cuidado de enfermos. Realiza la práctica de ciertos tratamientos indicados por el médico.

Laboratoristas. Persona capacitada para realizar trabajos experimentales, análisis e investigaciones científicas, especialmente diagnósticas, como también la preparación de medicamentos en todas sus formas.

Recepcionistas. Persona encargada de acoger a las personas en diferentes sitios.

Sexo. Femenino y masculino.

Edad. Número de años cumplidos.

Estado civil:

- Soltero
- Casado
- Viudo
- Divorciado
- Unión libre

Variable dependiente: Actitud de los trabajadores de salud ante pacientes infectados por VIH.

Fueron las puntuaciones obtenidas por cada uno de los individuos en la escala de actitud tipo Likert y el registro observacional de conductas.

D. SUJETOS

Participaron 29 individuos del personal de salud del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) zona centro y norte del D. F., de ambos sexos, solteros y casados, así como de diferente grado de escolaridad; de los cuales cuatro fueron médicos, siete psicólogos, dos enfermeras, un laboratorista y seis recepcionistas.

E. MUESTREO

La población empleada para el estudio fue todo el personal de salud que atiende pacientes infectados por VIH, que pertenecen al Sector Salud, mientras que la muestra estudiada fue personal de salud el cual atiende a pacientes infectados por este virus en la zona centro y norte de CONASIDA del D. F.

La muestra fue de tipo no probabilístico casual. Fue no probabilístico, porque no todo el personal de salud de CONASIDA que atiende a pacientes, tuvieron la misma probabilidad de formar parte de ella; fue casual, pues sólo se estudió al personal de

salud de CONASIDA zona centro y norte, que asistió durante el período en que se llevó a cabo la investigación.

F. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio fue ex post facto, porque no hubo control directo sobre las variables independientes (sexo, edad, estado civil, tipo de profesión y escolaridad del personal de salud) además de que se efectuó en el medio natural de los individuos, es decir, el lugar donde laboran.

G. DISEÑO

Se aplicaron tres tipos de diseños: Fue diseño de dos muestras independientes para la variable sexo porque se deseó conocer si existen diferencias en cuanto a la actitud entre hombres y mujeres hacia pacientes infectados por VIH; se utilizó un diseño correlacional para observar si hubo asociación entre la escolaridad y edad del trabajador de salud con la actitud hacia pacientes infectados por este virus, y por último, el diseño de más de dos muestras independientes para tipo de profesión y estado civil, con el propósito de conocer si entre médicos, psicólogos, enfermeras, laboratoristas y recepcionistas, ya sean casados o solteras, difirieron en su actitud hacia pacientes infectados.

H. ESCENARIO

La investigación se llevó a cabo en las instalaciones del Comité Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) zona centro y norte, ubicada en Fiera # 8 Colonia Roma,

I. INSTRUMENTO

Se elaboraron dos instrumentos de medición para el estudio.

1. Escala de actitud tipo Likert.

Fue una Escala de rasgos sumariados, la cual estuvo constituida por la definición de cuatro dimensiones:

- Médico. Son las ideas que considere el personal de salud acerca del contagio del VIH, cuando están en contacto con individuos que probablemente puedan estar infectados con este virus.
- Social. Se refiere al grado de aceptación o rechazo que asume el personal de salud hacia los pacientes infectados por VIH, influido por determinadas creencias, prejuicios y valores inculcados por la familia y por la comunidad a la que pertenece, de acuerdo a la aprobación o desaprobación que les brindan dichos núcleos.
- Legal. Indica la forma en que el poder legislativo debe proceder, según el personal de salud, por medio de normas o leyes establecidas para protección de los pacientes infectados por VIH y del mismo personal encargado de la atención de éstos.
- Psicológico. Son las emociones, temores y fantasías (agresión, coacción, culpa, sobreprotección, angustia, etcétera), que presenta el personal de salud al estar en contacto con personas que probablemente estén infectadas por VIH.

Con partir de las dimensiones se crearon 50 reactivos, al someterlos a jueces, se redujo mucho el acuerdo entre ellos respecto a los reactivos, por lo tanto, se creyó conveniente formar con el mismo procedimiento, otros 50 reactivos, diferentes a los primeros; al pasar nuevamente estos constructos por jueces, estos aumentaron en acuerdos, de tal manera que ambos cuestionarios dieron un total de 100 reactivos, por lo que se decidió que de éstos quedaran sólo 80, con 20 reactivos para cada dimensión, siendo diez positivas (+) y diez negativas (-) (Ver apéndice A).

El cuestionario se administró a una muestra de individuos con características similares a aquella en la cual se aplicaría la escala final. A 50 personas del Hospital de Gineco Obstetricia " Lucas Bachevalari Ovala ", cuyo requisito indispensable fue ser personal de salud, de los cuales fueron médicos, enfermeras, laboratoristas, psicólogos y trabajadores sociales, seis de cada categoría.

Posteriormente, el instrumento se sometió a Un análisis de U-tasa para la discriminación de contenidos de cada reactivo, por medio de la prueba t de student, resultando 28 reactivos significativos de los 50 originales, con un nivel de significancia de $p < 0.05$ (Ver apéndice B).

Finalmente, la escala tipo Likert quedó constituida por 28 reactivos, de los cuales 16 fueron positivos y 12 negativos, distribuidos por dimensiones de la siguiente manera:

- Místico:

Positivos 3 y 15

Negativos 19, 19, 22 y 24

- Social:

Positivos 2, 4, 6, 13, 20, 25 y 27

Negativos 7, 15 y 17

- Legal:

Positivos 8, 21 y 28

Negativos 1, 11 y 16

- Psicológico:

Positivos 5, 9, 10 y 26

Negativos 12 y 14 (Ver apéndice C).

El peso de las afirmaciones fue el siguiente:

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	POSITIVOS	NEGATIVOS
Totalmente de acuerdo	5	1
Acuerdo	4	2
Indeciso	3	3
Desacuerdo	2	4
Totalmente en desacuerdo	1	5

La confiabilidad del instrumento se obtuvo por medio de la división del cuestionario por mitades, mediante el Coeficiente de correlación de Pearson y la corrección de Spearman Brown, dando por resultado una consistencia interna de 0.829 (Ver apéndice D).

2. Registro observacional

Se empleó un formato estandarizado de registro (registro observacional), con la finalidad de corroborar si lo expresado por el personal de salud en la escala de actitud tipo Likert lo manifiesta en el momento de atender a pacientes; donde se

registraron las veces en que ocurrió determinada conducta durante la atención brindada a éstos (Ver apéndice E).

El registro observacional estuvo constituido por las siguientes conductas:

- Recibimiento. Es la acogida que da el personal de salud al paciente:

- a) Desde el escritorio, que el personal de salud de la orden de pasar al consultorio.
- b) Personalmente, el personal de salud abra la puerta al tocar el paciente.

- Saludo. El personal de salud de la bienvenida al paciente:

- a) Oral. cuando exprese verbalmente la bienvenida (buenos días, buenas tardes, cómo está usted?, etcétera).
- b) De mano. al estrecharse la mano personal y paciente.
- c) De beso, el paciente acerque sus labios a la mejilla del personal y éste lo permita.

- Hacer saludo. El paciente manifieste algún tipo de saludo y el trabajador de salud se desentienda de éste:

- a) Oral, cuando el paciente exprese verbalmente un saludo y el trabajador no le conteste.
- b) De mano, si el paciente extiende su brazo para saludar al personal y éste haga caso omiso.

- c) De beso, al acercar el paciente sus labios a la mejilla del personal y éste se aparte.
- Sentarse. Cuando el personal de salud le indique al paciente que tome asiento.
- Fajarse. Si el personal de salud menciona temas ajenos a la enfermedad del paciente, con la finalidad de darle mayor confianza a este último.
- Mirar de frente. El personal de salud fije la vista en el rostro del paciente.
- Escudir la mirada. El trabajador de salud observe en todas direcciones excepto hacia el rostro del paciente.
- Volumen de voz. Fuerza del conjunto de sonidos que exprese el personal de salud:
 - a) Aumento, intensificación de la voz cuando se dirige al paciente.
 - b) Normal, uniformidad de la voz.
 - c) Decremento, disminución de la voz.
- Ritmo de voz. Secuencia de palabras emitidas por el trabajador de salud:
 - a) Uniforme, secuencia de palabras ininterumpidas.
 - b) Pausado, interrupción breve de palabras.
 - c) Acelerado, aumento brusco en la velocidad de palabras.
- Movimiento de extremidades. Cambio frecuente de posición de las extremidades del personal de salud:

- a) Superiores, cuando el personal bambolee sus dedos, se los trueque o realice diversos ademanes con las manos.
- b) Inferiores, si el personal cruza, descruza, extiende o contrae las piernas.
- Manipulación de objetos. El personal de salud toma diversas cosas en el momento de estar frente al paciente.
- Mirar el reloj. Cuando el personal de salud fije continuamente su vista en el reloj.
- Hacer anotaciones. Si el trabajador de salud toma nota de lo que dice el paciente o durante la atención de éste, a excepción de datos personales.
- Mordorse las uñas. Cuando el personal de salud lleve a alguna de sus uñas a la boca, clavando en ella los dientes.
- Rascanse. El personal de salud frota continuamente con las uñas alguna parte de su cuerpo (cabeza, cara, manos, etcétera).
- Tumbiar. Movimiento violento o desordenado de alguna parte del cuerpo del personal de salud (torso y manos).
- Emborizarse. Cuando el trabajador de salud se sonroje al atender al paciente.
- Emboraparse. Cuando el personal de salud se aclare la garganta.

- Contacto corporal. Si el trabajador de salud toca alguna parte del cuerpo del paciente (como darle una palmadita en el hombro, en la espalda, etcétera).
- Sonidos. La manifestación de ciertos movimientos leves y sin ruido, del rostro del personal de salud.

J. PROCEDIMIENTO

La investigación se llevó a cabo en las instalaciones del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) zona centro y norte, incluyendo ambos turnos: 9 a 14 y 16 a 19 horas, y estuvo compuesta por dos fases. La primera tuvo una duración de seis días, donde dos investigadores, individualmente registraron la atención del personal de salud brindada a pacientes infectados por VIH, en la recepción, consultorios y lugar de toma de muestras de sangre.

Las observaciones, de acuerdo al número de personal de salud, fue de uno de éstos por turno para cada investigador, de acuerdo al siguiente programa:

- Primer día: cuatro recepcionistas, dos por turno.
- Segundo día: cuatro psicólogas, dos por turno.
- Tercer día: cuatro médicos, dos por turno.
- Cuarto día: un recepcionista y dos enfermeras en el turno matutino, un laboratorista y una psicóloga en el vespertino.
- Quinto día: dos psicólogas en el turno matutino.
- Seis día: un recepcionista en el turno matutino.

Debe aclararse que el personal de salud no estuvo enterado de la finalidad del estudio, sólo se le informó que la presencia de los investigadores, se debía para fines de capacitación porque se iba a formar un nuevo Centro para atender individuos infectados por VIH.

La segunda fase consistió en la aplicación del cuestionario al personal de salud, la recolección de estos datos se realizó en diez días, se le entregó a éste el cuestionario, pidiéndole que lo contestara en ese momento, dándole las siguientes instrucciones:

A continuación se le presentará una lista de enunciados cuyo objetivo es conocer la opinión hacia la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) causante del SIDA. Le pedimos conteste con la mayor honestidad posible, marcando con una " X " cualquiera de las cinco opciones que considere más apropiada a su criterio. Sus respuestas serán anónimas y evaluadas en forma global.

Gracias por su colaboración.

Posteriormente, se realizó un análisis de los datos obtenidos en las dos fases.

VII. RESULTADOS

A. ANALISIS DESCRIPTIVO

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo por medio de la computadora con el Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS, Nie, Hull, Steinbrenner, Jenkins, 1975).

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de la muestra, que tuvo como objetivo describir dichas características, también, para seleccionar de acuerdo a éstas, las técnicas estadísticas más adecuadas para la investigación.

La muestra estuvo constituida por 20 (100%) individuos, personal de salud de CONACIDA, zona centro y norte; de los cuales el 75.0% (15) son mujeres y el 25.0% (5) son hombres (Ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de frecuencias por sexo del personal de salud de CONACIDA.

CATEGORIAS	PORCENTAJE (F)
Femenino	75.0% (15)
Masculino	15.0% (5)
Total	100.0% (20)

En cuanto a sus edades, se observó que el promedio de edad fue de 31 años 4 meses, con una desviación estandar de 7 años 4 meses (Ver tabla 2).

VII. RESULTADOS

A. ANALISIS DESCRIPTIVO

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo por medio de la computadora con el Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS, Nie, Hull, Steinbrenner, Jenkins, 1975).

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de la muestra, que tuvo como objetivo describir dichas características, también, para seleccionar de acuerdo a éstas, las técnicas estadísticas más adecuadas para la investigación.

La muestra estuvo constituida por 20 (100%) individuos, personal de salud de CONASIDA, zona centro y norte; de los cuales el 75.0% (15) son mujeres y el 25.0% (5) son hombres (Ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de frecuencias por sexo del personal de salud de CONASIDA.

CATEGORIAS	PORCENTAJE (F)
Femenino	75.0% (15)
Masculino	15.0% (5)
Total	100.0% (20)

En cuanto a sus edades, se observó que el promedio de edad fue de 27 años 4 meses, con una desviación estandar de 7 años 4 meses (Ver tabla 2).

Tabla 2. Distribución de frecuencias por edad del personal de salud de COMASIDA.

CATEGORIAS ANOS MESES	PORCENTAJE (F)	
22.06	5.0%	(1)
24.00	5.0%	(1)
24.04	5.0%	(1)
24.08	5.0%	(1)
25.00	5.0%	(1)
25.08	5.0%	(1)
26.10	5.0%	(1)
27.00	10.0%	(2)
28.00	5.0%	(1)
30.00	5.0%	(1)
30.09	5.0%	(1)
31.03	5.0%	(1)
31.07	5.0%	(1)
31.11	5.0%	(1)
33.02	5.0%	(1)
33.16	5.0%	(1)
34.00	5.0%	(1)
34.11	5.0%	(1)
Se ignora	5.0%	(1)
Total	100.0%	(20)

En lo que se refiere al estado civil de los individuos, se encontró que el 70.0% (14) son solteros, el 25.0% (5) son casados y el 5.0% (1) se desconoce (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de frecuencias del estado civil del personal de salud de COMASIDA.

CATEGORIAS	PORCENTAJE (F)	
Soltero	70.0%	(14)
Casado	25.0%	(5)
Se ignora	5.0%	(1)
Total	100.0%	(20)

Con respecto a la escolaridad de los individuos de esta muestra se observó que el 5.0% (1) tiene nivel secundaria, el

15.0% (3) son técnicos , 55.0% (11) profesionistas, el 20.0% (4) tienen estudios de postgrado y el 5.0% (1) se desconoce (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de frecuencias de la escolaridad del personal de salud de CONASIDA.

CATEGORIAS	PORCENTAJE (F)
Secundaria	5.0% (1)
Nivel técnico	15.0% (3)
Profesional	55.0% (11)
Postgrado	20.0% (4)
Se ignora	5.0% (1)
Total	100.0% (20)

Se encontró, que en relación al tipo de profesión de los individuos, el 20.0% (4) son médicos, el 10.0% (2) enfermeras, 35.0% (7) psicólogas, 30.0% (6) trabajadores sociales, 5.0% (1) laboratorista (Ver tabla 5).

Tabla 5. Distribución de frecuencias del tipo de profesión del personal de salud de CONASIDA.

CATEGORIAS	PORCENTAJE (F)
Médicos	20.0% (4)
Enfermeras	10.0% (2)
Psicólogas	35.0% (7)
Trabajador S.	30.0% (6)
Laboratorista	5.0% (1)
Total	100.0% (20)

Lo que se observó, en cuanto a la antigüedad de los individuos en el Centro, el tiempo promedio de trabajar ahí fue de un año nueve meses con una desviación estandar de un año dos

meses (Ver tabla 6).

Tabla 6. Distribución de frecuencias por antigüedad del personal de salud en CONASIDA.

CATEGORIAS Meses	PORCENTAJE (F)
2	5.0% (1)
3	10.0% (2)
9	10.0% (2)
11	5.0% (1)
12	5.0% (1)
18	5.0% (1)
20	5.0% (1)
24	10.0% (2)
31	5.0% (1)
36	35.0% (7)
Se ignora	5.0% (1)
Total	100.0% (20)

En lo que se refiere a si los individuos asistieron a terapia grupal, se encontró que el 30.0% (6) si asistieron, el 65.0% (13) no lo hicieron y el 5.0% (1) se desconoce (Ver tabla 7).

Tabla 7. Distribución de frecuencias de asistencia del personal de salud de CONASIDA a terapia grupal.

CATEGORIAS	PORCENTAJE (F)
Si asistio	30.0% (6)
No asistio	65.0% (13)
Se ignora	5.0% (1)
Total	100.0% (20)

De los individuos que asistieron a terapia grupal se observó que el 33.33% (2) lo hicieron durante un mes, el mismo porcentaje tres meses y el 16.66% (1) ocho meses y dos años,

respectivamente (Ver tabla 8).

Tabla 8. Distribución de frecuencias del tiempo de asistencia del personal de salud de CONASIDA a terapia grupal.

CATEGORIAS Meses	PORCENTAJE (F)
1	33.33% (2)
3	33.33% (2)
8	16.66% (1)
24	16.66% (1)
Total	100.0% (6)

Con respecto a si los individuos asistieron a terapia individual, se observó que el 30.0% (6) si lo hizo, 65.0% (13) no asistieron y el 5.0% (1) se desconoce (Ver tabla 9).

Tabla 9. Distribución de frecuencias de asistencia del personal de salud de CONASIDA a terapia individual.

CATEGORIAS	PORCENTAJE (F)
Si asistio	30.0% (6)
No asistio	65.0% (13)
Se ignora	5.0% (1)
Total	100.0% (20)

De los individuos que asistieron a terapia individual, se observó que el 16.66% (1) lo hicieron durante: un año seis meses, dos años tres meses, cuatro años, cuatro años tres meses, cinco seis meses, respectivamente. (Ver tabla 10).

Tabla 10. Distribución de frecuencias del tiempo de asistencia del personal de salud de CONASIDA a terapia individual.

CATEGORIAS Meses	PORCENTAJE (F)
18	16.66% (1)
27	16.66% (1)
40	16.66% (1)
51	16.66% (1)
60	16.66% (1)
72	16.66% (1)
Total	100.0% (6)

En cuanto a si los individuos tienen un miembro de la familia o algún amigo infectado por VIH, se encontró que el 25.0% (5) si lo tiene, el 70.0% (14) no y el 5.0% (1) se desconoce (Ver tabla 11).

Tabla 11. Distribución de frecuencias sobre la existencia de algún miembro de la familia o amigo infectado por VIH del personal de salud de CONASIDA.

CATEGORIAS	PORCENTAJE (F)
Si	25.0% (5)
No	75.0% (14)
Se ignora	5.0% (1)
Total	100.0% (20)

Con respecto a si los individuos recibieron curso de capacitación para poder trabajar en el Centro, se observó que el 95.0% (19) si lo recibió y el 5.0% (1) se desconoce (Ver tabla 12).

Tabla 12. Distribución de frecuencias sobre el curso de capacitación del personal de salud de COHOSIDA.

CATEGORIAS	PORCENTAJE (F)
Si recibio	95.0% (19)
Se ignora	5.0% (1)
Total	100.0% (20)

En cuanto al turno en que laboran los individuos, se encontró que el 60.0% (12) pertenecen al turno matutino y el 40.0% (8) al vespertino (Ver tabla 13).

Tabla 13. Distribución de frecuencias por turno del personal de salud de COHOSIDA.

CATEGORIAS	PORCENTAJE (F)
Matutino	60.0% (12)
Vespertino	40.0% (8)
Total	100.0% (20)

En lo que se refiere a si los individuos laboran por parte del Centro o para alguna Institución de investigación, se observó que el 85.0% (17) laboran para el Centro y el 15.0% (3) lo hacen por investigación (Ver tabla 14).

Tabla 14. Distribución de frecuencias del personal de salud de CONASIDA o de investigación.

CATEGORIAS	PORCENTAJE (F)
Centro	85.0% (17)
Investigación	15.0% (3)
Total	100.0% (20)

A continuación, se realizó un análisis de conductas observadas en el personal de salud durante la atención de pacientes encontrándose que el 40.0% (8) salían a recibirlos en la recepción o en la puerta del consultorio, y un porcentaje similar daba la orden desde el escritorio. Con respecto al saludo se observó que el 80.0% (16) lo hizo en forma oral, 25.0% (5) saludaba de mano y un 5.0% (1) lo hizo de beso. Por otra parte, el 80.0% (16) pedía a los pacientes que tomaran asiento, mientras el 60.0% (12) estableció rapport con éstos. Asimismo, el 95.0% (19) del personal de salud miró de frente a los pacientes durante su atención.

En lo que se refiere al volumen y ritmo de voz empleado por el personal de salud al dirigirse a los pacientes, el 60.0% (12) lo mantuvo normal, 25.0% (5) lo aumentó y un 40.0% (8) lo disminuyó; el 75.0% (15) tuvo un ritmo de voz uniforme, 25.0% (5) pausado y 15.0% (3) apresurado. Se observó que el 75.0% (15) movía sus manos durante la consulta y un 20.0% (4) cambiaba constantemente la posición de sus pies.

Por su parte el 50.0% (12) manipulaba constantemente algún objeto, el 49.0% (8) en el transcurso de la consulta, realizó anotaciones sobre lo que decían los pacientes, excluyendo datos personales de éstos; el 50.0% (10) se rascó alguna parte del cuerpo, en 5.0% (1) se aclaró la garganta y un 85.0% (17) sonrió a los pacientes durante su atención.

Por último, se encontró que algunas conductas del formato del registro observacional no se presentaron cuando el personal de salud atendió a los pacientes, entre éstas tenemos: negar el saludo, evadir la mirada, mirar el reloj, morderse las uñas, Fier, temblor, ruborizarse y contacto corporal.

En embargo se presentaron conductas que originalmente no estaban contempladas en el registro, observándose entonces que el 55.0% (11) del personal de salud despidió desde el escritorio a los pacientes, 35.0% (7) se levantaba y les abre la puerta, 65.0% (13) los despidió de manera oral, 45.0% (9) lo hizo de mano y en 5.0% (1) de beso.

Se observó que 70.0% (14) del personal de salud al inicio de la sesión, se presentaba a los pacientes diciendo su nombre y tipo de profesión, 75.0% (15) se dirigía hacia ellos habiéndoles de usted y un 70.0% (14) lo hacía por su nombre.

Con respecto a la posición corporal del personal de salud, 75.0% (15) no se recargaba en el respaldo del asiento, sino que se apoyaba en el escritorio, 25.0% (5) se recargó en el respaldo tratando de alcanzar del escritorio, 65.0% (13) mantenía los brazos sobre éste y un 5.0% (1) por debajo.

En cuanto a la atención de pacientes, 85.0% (17) del personal lo hizo con la puerta cerrada, 15.0% (3) con la puerta abierta, y 5.0% (1) de pie; cuando sonaba el teléfono del consultorio, el 50.0% (10) se disculpaba por la interrupción y un 5.0% (1) se disculpó por la interrupción de la llegada de otra persona.

Se encontró que el 15.0% (3) del personal tuvo contacto con objetos tocados por los pacientes y un 5.0% (1) lo evadió y un porcentaje similar se cubrió la boca al hablarle a éstos.

En lo que se refiere a la información proporcionada por parte del personal de salud, el 20.0% (4) lo hacía con esquemas y dibujos realizados con anterioridad, 40.0% (8) los realizaba en el momento de atenderlos y un 75.0% (15) continuamente preguntaba si existía alguna duda sobre la información.

Finalmente, el 10.0% (2) del personal, fumó frente al paciente y un 5.0% (1) ingirió alimentos frente a éste (Ver tabla 15).

Tabla 15. Distribución de conductas observadas en el personal de salud durante la atención de pacientes.

CONDUCTA		PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Escritorio	a) Escritorio	40.0% (8)	60.0% (12)	100.0% (20)
	b) Personal	40.0% (8)	60.0% (12)	100.0% (20)
Saludo	a) Oral	80.0% (16)	20.0% (4)	100.0% (20)
	b) De mano	35.0% (7)	75.0% (15)	100.0% (20)
Neces. salud	c) De beso	5.0% (1)	75.0% (15)	100.0% (20)
	a) Oral		100.0% (20)	100.0% (20)
	b) De mano		100.0% (20)	100.0% (20)
Sentarse	c) De beso		100.0% (20)	100.0% (20)
		30.0% (6)	20.0% (4)	100.0% (20)
Respirar		60.0% (12)	40.0% (8)	100.0% (20)
Mover de frente		35.0% (7)	5.0% (1)	100.0% (20)
Entrar la mirada			100.0% (20)	100.0% (20)
Movimiento de pies	a) Aumento	25.0% (5)	75.0% (15)	100.0% (20)
	b) Normal	60.0% (12)	40.0% (8)	100.0% (20)
	c) Disminución	40.0% (8)	60.0% (12)	100.0% (20)
Ritmo de voz	a) Uniforme	35.0% (7)	5.0% (1)	100.0% (20)
	b) Acelerado	35.0% (7)	75.0% (15)	100.0% (20)
	c) Acelerado	15.0% (3)	75.0% (15)	100.0% (20)

Continuación de la tabla 15

CONDUCTA		PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Manipulación de textos	a) Superiores	75.0% (15)	25.0% (5)	100.0% (20)
	b) Inferiores	30.0% (4)	50.0% (16)	100.0% (20)
Manipulación de objetos		60.0% (12)	40.0% (8)	100.0% (20)
Manipulación de relojes			100.0% (20)	100.0% (20)
Hacer anotaciones		40.0% (8)	60.0% (12)	100.0% (20)
Moverse de las sillas			100.0% (20)	100.0% (20)
Rasparse		50.0% (10)	50.0% (10)	100.0% (20)
Taparse			100.0% (20)	100.0% (20)
Tener los brazos			100.0% (20)	100.0% (20)
Entrenarse		5.0% (1)	95.0% (19)	100.0% (20)
Gafarse			100.0% (20)	100.0% (20)
Contacto corporal				
Sonreír		35.0% (7)	15.0% (3)	100.0% (20)
Decepciones	a) Escritas:	55.0% (11)	45.0% (9)	100.0% (20)
	b) personal	25.0% (5)	55.0% (11)	100.0% (20)
	c) oral	55.0% (11)	15.0% (3)	100.0% (20)
	d) De mano	45.0% (9)	55.0% (11)	100.0% (20)
	e) De beso	5.0% (1)	35.0% (7)	100.0% (20)

Continuación tabla 15

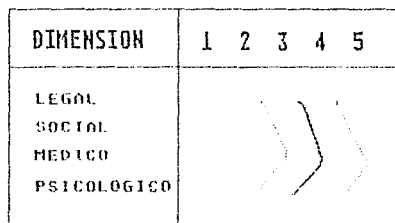
CONDUCTA	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL	
Presentarse	70.0% (14)	30.0% (6)	100.0% (20)	
Acercarse al escritorio	55.0% (11)	45.0% (9)	100.0% (20)	
Alejarse del escritorio	35.0% (7)	65.0% (13)	100.0% (20)	
Hablarles de usted	75.0% (15)	25.0% (5)	100.0% (20)	
Hablarles por su nombre	30.0% (6)	70.0% (14)	100.0% (20)	
Disculparse por contestar teléfono	50.0% (10)	50.0% (10)	100.0% (20)	
Disculparse por interrupción por zona	5.0% (1)	95.0% (19)	100.0% (20)	
Exhibir ext. sup.	a) Sobre escritorio	65.0% (13)	35.0% (7)	100.0% (20)
	b) Bajo escritorio	5.0% (1)	95.0% (19)	100.0% (20)
Atender pacientes	a) Puerta cerrada	55.0% (11)	45.0% (9)	100.0% (20)
	b) Puerta abierta	95.0% (19)	5.0% (1)	100.0% (20)
Tener contacto con tocados pacientes	a) De pie	5.0% (1)	95.0% (19)	100.0% (20)
	b) Sentado	15.0% (3)	85.0% (17)	100.0% (20)
Evitar contacto con tocados pacientes	5.0% (1)	95.0% (19)	100.0% (20)	
Cubrirse la boca al hablar	5.0% (1)	95.0% (19)	100.0% (20)	
Dar información con esquemas	a) Antes	20.0% (4)	80.0% (16)	100.0% (20)
	b) Después	40.0% (8)	60.0% (12)	100.0% (20)
Preguntar dudas	75.0% (15)	25.0% (5)	100.0% (20)	
Frente al paciente	a) Tomar alimentos	5.0% (1)	95.0% (19)	100.0% (20)
	b) Comer	10.0% (2)	90.0% (18)	100.0% (20)

2. ANALISIS INFERENCIAL

Prescritoramente, se realizó un análisis de la media y desviación estándar de la escala tipo Likert para contestar a la pregunta ¿CUAL es la actitud del personal de salud de CONASIDA zona centro y norte del E. F. , ante pacientes infectados por VIH ? encontrándose que la dimensión legal tuvo una media de 2.175 y una desviación de 1.091, la dimensión social una media de

4.915 y una desviación de 1.159, la médica una media de 4.458 y una desviación de 1.087 y la psicológica una media de 4.250 y una desviación de 1.125. Por lo que la actitud hacia pacientes infectados por VIH tiende a ser de neutral a favorable en las dimensiones estudiadas (Ver tabla 16).

Tabla 16. Perfil de la actitud hacia los pacientes infectados por VIH.



———— Media

----- Desviación estándar

Por otro lado, para conocer si la escolaridad, tipo de profesión, sexo, estado civil y edad del personal de salud influyen en la actitud hacia pacientes infectados por VIH, se realizó un análisis, por medio de las pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney (para las variables con dos grupos) y Kruskal-Wallis (para variables de tres o más grupos). Se emplearon estas pruebas, debido a que la muestra fue pequeña (20). Para su interpretación, se tomó en cuenta el nivel de significancia, donde si la probabilidad obtenida es \leq a 0.05 la hipótesis nula (H_0) se rechaza, es decir, no hay diferencias estadísticamente

significativas en la actitud del personal de salud ante pacientes infectados por VIH; y se acepta la hipótesis alterna (H_1).

Se encontró que para la variable sexo, de acuerdo a la prueba U de Mann Whitney, no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la actitud hacia pacientes infectados por VIH en cada una de las dimensiones estudiadas (Ver tabla 17).

Tabla 17. Valores obtenidos por la prueba U de Mann Whitney en cada una de las dimensiones la escala de actitud para ambos sexos.

DIMENSION	Z	p
LEGAL	-0.43	0.66
SOCIAL	-1.33	0.18
MEDICO	-0.77	0.44
PSICOLOGICO	-1.06	0.29

Con respecto al estado civil del personal de salud se encontró, por medio de la prueba Kruskal- Wallis, que no existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia pacientes infectados por VIH en relación con su estado civil en cada una de las dimensiones (Ver tabla 18).

Tabla 18. Valores obtenidos por la prueba Kruskal-Wallis en cada una de las dimensiones de la escala de actitud para el estado civil del personal de salud.

DIMENSION	χ^2	P
LEGAL	0.63	0.42
SOCIAL	0.08	0.77
MEDICO	0.11	0.73
PSICOLOGICO	0.08	0.92

En cuanto a la variable escolaridad mediante la prueba Kruskal-Wallis, se observó que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la actitud del personal de salud ante pacientes infectados por VIH y el grado de escolaridad en cada una de las dimensiones (Ver tabla 19).

Tabla 19. Valores obtenidos por la prueba Kruskal-Wallis en cada una de las dimensiones de la escala de actitud para el grado de escolaridad.

DIMENSION	χ^2	P
LEGAL	1.11	0.77
SOCIAL	2.83	0.41
MEDICO	1.65	0.64
PSICOLOGICO	5.42	0.14

Se observó que en la variable tipo de profesión, por medio de la prueba Kruskal-Wallis, tampoco existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia pacientes infectados por VIH en cada una de las dimensiones estudiadas (Ver tabla 20).

Tabla 20. Valores obtenidos por la prueba Kruskal-Wallis en cada una de las dimensiones de la escala de actitud para el tipo de profesión.

DIMENSION	χ^2	P
LEGAL	2.18	0.70
SOCIAL	5.04	0.28
MEDICO	3.05	0.54
PSICOLOGICO	7.41	0.11

Además de las variables originales, se agregaron las variables: notificación en el Centro, asistencia a terapia grupal o individual, tiempo de asistencia a éstas, si existe algún miembro de la familia o amigo infectado por VIH, turno y por último, si el personal de salud es investigador o trabaja para el Centro; con la finalidad de conocer si influyen en la actitud hacia pacientes infectados por VIH.

Se encontró que en la variable asistencia a terapia grupal, por medio de la prueba U de Mann-Whitney, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia

pacientes infectados por VIH, en relación a ésta en cada una de las dimensiones estudiadas (Ver tabla 21).

Tabla 21. Valores obtenidos por la prueba U de Mann Whitney en cada una de las dimensiones de la escala de actitud por la asistencia a terapia grupal.

DIMENSION	Z	P
LEGAL	-0.04	0.96
SOCIAL	-0.08	0.92
MEDICO	0.77	0.43
PSICOLOGICO	-0.75	0.44

Fue la variable asistencia a terapia individual, por medio de la prueba U de Mann Whitney, se observó que en la dimensión legal hay diferencias estadísticamente significativas ($Z = -1.99$; $p = 0.04$), donde el grupo que asistió a terapia obtuvo puntuaciones más altas ($X = 13.75$) que el grupo que no asistió a ella ($X = 9.27$). Es decir, en la dimensión legal, el personal de salud que asistió a terapia individual tuvo una actitud favorable hacia los pacientes infectados por VIH que los que no asistieron a ella (Ver tabla 22).

Tabla 22. Valores obtenidos por la prueba U de Mann Whitney en cada una de las dimensiones de la escala de actitud para la asistencia a terapia individual.

DIMENSION	Z	P
LEGAL	-1.99	0.04*
SOCIAL	-0.06	0.92
MEDICO	-0.91	0.35
PSICOLOGICO	-0.40	0.68

* $P < 0.05$

Por su parte, la variable de si existe algún miembro de la familia o amigo infectado por VIH, con la prueba U de Mann Whitney, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia pacientes infectados por VIH en cada una de las dimensiones (Ver tabla 23).

Tabla 23. Valores obtenidos por la prueba U de Mann Whitney en cada una de las dimensiones de la escala de actitud para la variable existe algún miembro de la familia o amigo infectado por VIH.

DIMENSION	Z	P
LEGAL	-0.56	0.57
SOCIAL	-1.03	0.29
MEDICO	-0.56	0.56
PSICOLOGICO	-0.75	0.45

Con respecto a la variable turno, de acuerdo a la prueba U de Mann Whitney, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia pacientes infectados por VIH en cada una de las dimensiones (Ver tabla 24).

Tabla 24. Valores obtenidos por la prueba U de Mann Whitney en cada una de las dimensiones de la escala de actitud para el turno.

DIMENSION	Z	p
LEGAL	-1.20	0.22
SOCIAL	-1.09	0.27
MEDICO	-1.48	0.13
PSICOLOGICO	-1.13	0.25

Por último, la variable de si el personal es investigador o trabajador del Centro, por medio de la prueba U de Mann Whitney, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia pacientes infectados por VIH en cada una de las dimensiones (Ver tabla 25).

Tabla 25. Valores obtenidos por la prueba U de Mann Whitney en cada una de las dimensiones de la escala de actitud en investigadores o personal del Centro.

DIMENSION	Z	P
LEGAL	-1.86	0.06
SOCIAL	-0.69	0.48
MEDICO	-0.21	0.82
PSICOLOGICO	-0.75	0.45

Por otro lado, se realizó un análisis correlacional de las variables edad, antigüedad en el Centro y tiempo de asistir tanto a terapia grupal como individual, para conocer si existe asociación entre éstas y la actitud del personal de salud hacia pacientes infectados por VIH; encontrándose sólo correlación significativa en la dimensión legal con el tiempo de asistir a terapia individual ($r = 0.51$; $p = 0.01$), esto es, que a mayor tiempo de asistir a terapia, éstos tienden a tener una actitud favorable hacia los pacientes. También se encontró correlación significativa en la dimensión psicológica con la edad ($r = 0.39$; $p = 0.04$) observándose, que a mayor edad, el personal de salud tiende a tener una actitud favorable hacia los pacientes infectados por VIH.

Finalmente, se realizó un análisis de las conductas del registro observacional, para su interpretación, al igual que la escala tipo Likert, se utilizó el nivel de significancia ($p < = 0.05$), encontrándose que no existen diferencias estadísticamente significativas en las conductas obtenidas en el registro observacional durante la atención a pacientes entre hombres y mujeres (Ver tabla 26).

Tabla 26. Valores obtenidos por χ^2 entre hombres y mujeres en las conductas del registro observacional.

CONDUCTA		χ^2	P
Recibimiento	a) Escritorio	4.000	0.406
	b) Personal	3.885	0.829
	c) Oral	3.722	0.519
Saludo	b) De mano	2.822	0.827
	c) De beso	-----	0.750
	a) Oral	-----	@-----
Negar saludo	b) De mano	-----	-----
	c) De beso	-----	-----
		4.000	0.322
Salutarse		7.753	0.171
Rapport		7.855	0.373
Mirar de frente		-----	-----
Evadir la mirada		-----	-----
Voluntad de voz	a) Buena	1.366	0.392
	b) Normal	6.366	0.464
	c) Debilitada	5.000	0.156
Ritmo de voz	a) Uniforme	5.000	0.156
	b) Fausado	-----	0.192
	c) Apresurado	3.885	0.237

@ ----- No se encontró una tabla mínimo de 2 X 2 por lo tanto no se obtuvo χ^2 .

Continuación de la tabla 26

CONDUCTA		X ²	P
Movimiento extraño	a) Superiores	3.622	0.430
	b) Inferiores	1.533	0.721
Manipulación de objetos		1.733	0.794
Mirar el reloj		-----	-----
Hacer anotaciones		1.123	0.751
Morderse las uñas		-----	-----
Rascarse		0.600	0.543
Tics		-----	-----
Tembler		-----	-----
Trabuzarse		-----	-----
Quitarse el paño		-----	0.250
Contacto corporal		-----	-----
Forro		11.733	0.009
Despedido	a) Escrito	3.037	0.323
	b) personal	5.230	0.514
	c) oral	3.333	0.323
	d) De mano	3.757	0.524
	e) De beso	-----	0.750

Continuación de la tabla 26

CONDUCTA	X ²	P	
Presentarse	3.444	0.307	
Acercarse al escritorio	4.592	0.467	
Alejarse del escritorio	3.222	0.699	
Hablarles de usted	5.255	0.652	
Hablarles por su nombre	4.761	0.212	
Disculparse por contestar teléfono	1.659	0.639	
Disculparse por interrupción persona	-----	-----	
Posición del sup.	a) Sobre escritorio	3.047	0.303
	b) Bajo escritorio	-----	0.750
	c) Puerta cerrada	6.222	0.522
Atender pacientes	b) Puerta abierta	1.176	0.555
	c) De pie	-----	0.750
Tener contacto con todos pacientes	1.176	0.759	
Evitar contacto con todos pacientes	-----	0.750	
Evitar contacto corporal con pacientes	-----	0.750	
Cubrirse la boca al hablar	-----	0.750	
Dar información con esquemas	a) Antes	1.659	0.844
	b) Después	3.111	0.539
Preguntar dudas	6.222	0.435	
Frente al paciente	a) Tener alimentos	-----	0.750
	b) Beber	0.740	0.609

En cuanto al estado civil del personal de salud, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las conductas presentadas durante la atención a pacientes (Ver tabla 27).

Tabla 27. Valores obtenidos por χ^2 en el estado civil para las conductas del registro observacional.

CONDUCTA		χ^2	P
Recibimiento	a) Escrito	9.000	0.242
	b) Personal	7.428	0.314
	a) Oral	9.348	0.489
Saludo	b) De mano	3.123	0.075
	c) De beso	0.451	0.799
	a) Oral	-----	-----
Negar saludo	b) De mano	-----	-----
	c) De beso	-----	-----
	a) Oral	-----	-----
Enterarse		7.452	0.315
Reportar		9.258	0.320
Mirar de frente		11.309	0.661
Evadir la mirada		-----	-----
Volumen de voz	a) Aumento	2.157	0.532
	b) Normal	3.713	0.348
	c) Disminución	12.052	0.198
Estado de voz	a) Uniforme	9.055	0.324
	b) Pausado	1.028	0.697
	c) Apretado	0.924	0.337

Continuación de la tabla 27

CONDUCTA		χ^2	P
Movimiento estrea:	a) Superiores	5.723	0.676
	b) Inferiores	2.142	0.906
Manipulación de objetos		3.225	0.319
Mirar el reloj		-----	-----
Hacer anotaciones		4.253	0.631
Moedense las uñas		-----	-----
Rascarse		3.023	0.317
Tics		-----	-----
Tembler		-----	-----
Euphorizarse		-----	-----
Garraspeo		0.451	0.792
Contacto corporal		-----	-----
Soplar		12.431	0.409
	a) Escritorio	20.241	0.154
	b) personal	6.023	0.312
Despedida	c) oral	14.257	0.233
	d) De mano	4.121	0.941
	e) De beso	0.451	0.792

Continuación de la tabla 27

CONDUCTA	X ²	P	
Presentarse	11.809	0.461	
Acercarse al escritorio	6.976	0.737	
Alejarse del escritorio	4.839	0.775	
Hablarles de usted	15.039	0.531	
Hablarles por su nombre	3.673	0.555	
Disculparse por contestar teléfono	5.209	0.517	
Disculparse por interrupción persona	-----	-----	
Posición del sup.	a) Sobre escritorio	11.209	0.459
	b) Bajo escritorio	0.451	0.795
Atender pacientes	a) Puerta cerrada	17.619	0.246
	b) Puerta abierta	1.134	0.850
	c) De pie	0.451	0.795
Tener contacto obj. tocados pacientes	3.139	0.630	
Evitar contacto obj. tocados pacientes	3.157	0.206	
Evitar contacto corporal con pacientes	3.157	0.206	
Cubrirse la boca al hablar	0.451	0.795	
Por información con esquemas	a) Antes	4.333	0.650
	b) Después	5.714	0.679
Preguntar dudas	15.342	0.355	
Frente al paciente	a) Tener alientos	0.451	0.795
	b) Fumar	0.352	0.916

Con respecto a la escolaridad se observaron diferencias estadísticamente significativas en la conducta: decremento del volumen de voz ($X^2 = 49.25$; $p = 0.04$) encontrándose que el 15.0% (3) del personal de salud, de los cuales dos tienen nivel profesional y uno de postgrado, la presentaron cinco veces, el 10.0% (2) un profesional y uno que se ignora, la presentaron una vez y 5.0% (1) de postgrado, de bachillerato y de secundaria, la presentaron tres, cuatro y siete veces, respectivamente. Concluyéndose que en el grupo de profesionistas

se presentó más esta conducta en comparación con los otros grupos.

También se encontraron diferencias en la conducta tener contacto con objetos tocados por los pacientes ($\chi^2 = 26.63$; $p = 0.008$) observándose que 5.0% (1) personal de salud con nivel profesional la presentó una vez, un porcentaje similar, del nivel bachillerato la presentó cinco veces y el mismo porcentaje, del nivel secundaria, la presentó ocho veces (Ver tabla 28).

Tabla 28. Valores obtenidos por χ^2 en la escolaridad para las conductas del registro observacional.

CONDUCTA		χ^2	P
Recibir atención	a) Escritorio	12.512	0.788
	b) Personal	18.055	0.924
Saludo	a) Oral	17.304	0.593
	b) De mano	8.314	0.710
	c) De beso	0.351	0.920
Negar saludo	a) Oral	-----	-----
	b) De mano	-----	-----
	c) De beso	-----	-----
Entrenarse		25.934	0.516
Reportar		20.253	0.405
Hacer de frente		21.010	0.324
Evadir la mirada		-----	-----
U. Joven de voz	a) Buzento	7.515	0.492
	b) Normal	20.323	0.322
	c) Decrementado	40.252	0.004*
B. Joven de voz	a) Uniforme	22.272	0.292
	b) Pausado	2.424	0.655
	c) Apreciado	5.925	0.924

Continuación de la tabla 2B

CONDUCTO		\bar{X}	P
Manipulento c/techo	a) Superiores	14.505	0.581
	b) Inferiores	11.436	0.427
Manipulación de objetos		8.252	0.318
Mirar el reloj		-----	-----
Hacer anotaciones		2.454	0.091
Horsearse las uñas		-----	-----
Rascarse		7.500	0.282
Tics		-----	-----
Temblor		-----	-----
Ruborizarse		-----	-----
Garraspeo		0.261	0.002
Contacto corporal		-----	-----
Sudor		25.958	0.055
Despedida	a) Escritorio	22.408	0.204
	b) personal	2.347	0.004
Despedida	c) oral	22.752	0.245
	d) De mano	12.644	0.032
	e) De beso	0.261	0.002

Continuación de la tabla 28

CONDUCTA	X ²	P	
Presentarse	14.015	0.946	
Acercarse al escritorio	19.484	0.555	
Alejarse del escritorio	7.903	0.954	
Hablarle de usted	25.409	0.201	
Hablarle por su nombre	7.02	0.872	
Disculparse por contestar telefónico	10.209	0.822	
Disculparse por interrupción persona	-----	-----	
Fusición del sup	a) Sobre escritorio	13.225	0.752
	b) Bajo escritorio	0.951	0.320
Atender pacientes	a) Fuera cerrada	21.020	0.512
	b) Fuera abierta	12.256	0.125
	c) De pie	0.261	0.950
Tener contacto obj. tocados pacientes	26.431	0.002*	
Evitar contacto obj. tocados pacientes	4.210	0.272	
Evitar contacto corporal con pacientes	4.210	0.272	
Cubrirse la boca al hablar	4.210	0.272	
Dar información con tarjetas	a) Antes	5.722	0.271
	b) Momento	3.055	0.347
Preguntar dudas	21.022	0.224	
Frente al paciente	a) Comer alimentos	0.251	0.920
	b) Fumar	1.312	0.35

* P < 0.05

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la conducta de rapport por el tipo de profesión del personal de salud, donde 25.0% (5) de los cuales dos enfermeras, dos psicólogas y un trabajador social, la presentaron una vez, 15.0% (3) dos médicos y una psicóloga, la presentaron dos veces, 10.0% (2) un médico y una psicóloga, tres veces y 5.0% (1) un médico y el laboratorista la presentaron cuatro y cinco veces respectivamente. Es así, que en el grupo de médicos y

psicólogas se observó más esta conducta en comparación con los otros grupos.

Asimismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la conducta de decremento de voz ($\chi^2 = 43.42$; $p = 0.01$), donde el 15.0% (3) dos médicos y una psicóloga, la presentaron cinco veces; 10.0% (2) un médico y recepcionista, la presentaron una vez y 5.0% (1) un médico, dos enfermeras, la presentaron tres, cinco y siete veces respectivamente. Observándose que el grupo de los médicos manifestó más esta conducta en relación con los otros grupos.

También en la conducta despedida desde el escritorio, se observaron diferencias estadísticamente significativas, 10.0% (2) una psicóloga y recepcionista, la presentaron una vez, un porcentaje similar, un trabajador social y un médico, la presentaron dos veces, el mismo porcentaje, dos psicólogas, la presentaron cuatro veces; 5.0% (1) un trabajador social, tres veces; un médico, cinco veces, una enfermera, siete veces, un laboratorista, ocho veces y un médico, nueve veces. Encontrándose que los grupos de médicos y psicólogas manifestaron más esta conducta (Ver tabla 29).

Tabla 29. Valores obtenidos por χ^2 en el tipo de profesión para las conductas del registro observacional.

CONDUCTA		χ^2	P
Recibimiento	a) Escritorio	20.128	0.449
	b) Personal	14.914	0.477
Saludo	a) Oral	31.638	0.652
	b) De mano	11.702	0.701
	c) De beso	1.536	0.526
Negar saludo	a) Oral	-----	-----
	b) De mano	-----	-----
	c) De beso	-----	-----
Entenase		31.312	0.660
Rapport		19.907	0.034*
Mirar de frente		50.740	0.473
Evadir la mirada		-----	-----
Intenar de voz	a) Alto	5.032	0.307
	b) Normal	29.722	0.267
	c) Bajísimo	43.425	0.012*
Ritmo de voz	a) Uniforme	40.611	0.229
	b) Pausado	4.143	0.523
	c) Acelerado	11.176	0.740

Continuación de la tabla 29

CONDUCTA		X ²	P
Movimiento extraño:	a) Superiores	24.962	0.202
	b) Inferiores	2.724	0.256
Manipulación de objetos		22.041	0.221
Mirar el reloj		-----	-----
Hacer anotaciones		15.272	0.222
Morderse las uñas		-----	-----
Resaca		13.552	0.552
Tics		-----	-----
Temblor		-----	-----
Subnormalidad		-----	-----
Sarcasmo		4.210	0.519
Contacto corporal		-----	-----
Sonreír		24.222	0.272
Preocupación	a) Escritorio	52.251	0.251
	b) personal	12.122	0.222
	c) oral	47.222	0.222
	d) De mano	11.222	0.222
	e) De boca	1.222	0.222

Continuación de la tabla 29

CONDUCTA	%	P	
Presentarse	27.270	0.977	
Acercarse al escritorio	17.799	0.951	
Alejarse del escritorio	16.314	0.692	
Hablarles de usted	44.270	0.292	
Hablarles por su nombre	10.212	0.342	
Disculparse por contestar teléfono	12.122	0.222	
Disculparse por interrupción persona	-----	-----	
Posición del sup.	a) Sobre escritorio	27.231	0.202
	b) Bajo escritorio	1.222	0.212
Atender pacientes	a) Puerta cerrada	47.222	0.200
	b) Puerta abierta	10.722	0.272
	c) De pie	4.212	0.212
Tener contacto obj. todos pacientes	21.172	0.121	
Evitar contacto obj. todos pacientes	4.212	0.212	
Evitar contacto corporal con pacientes	4.212	0.212	
Cubrirse la boca al hablar	1.222	0.222	
Dar información con estúdios	a) Antes	2.111	0.277
	b) Durante	12.222	0.242
Preguntar dudas	22.742	0.712	
Frente al paciente	a) Tomar apuntes	1.222	0.222
	b) Fumar	2.101	0.222

* P < 0.05

nominalismo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el personal del turno matutino y vespertino en las conductas obtenidas en el registro observacional (Ver tabla 30).

Tabla 30. Valores obtenidos por χ^2 en el turno para las observaciones del registro observacional.

CONDUCTA		χ^2	P
Recibimiento	a) Escritorio	5.650	0.451
	b) Personal	4.543	0.714
Saludo	a) Oral	4.502	0.479
	b) De mano	4.444	0.217
	c) De beso	-----	0.600
Hogar salud	a) Oral	-----	-----
	b) De mano	-----	-----
	c) De beso	-----	-----
Sentarse		2.926	0.236
Rapport		2.403	0.292
Titular de frente		2.422	0.216
Brevar la mirada		-----	-----
Volumen de voz	a) Aumento	0.123	0.059
	b) Normal	11.696	0.102
	c) Disminuto	5.416	0.487
Ritmo de voz	a) Uniforme	4.591	0.710
	b) Rápidado	-----	-----
	c) Apreciado	2.222	0.502

Continuación de la tabla 30

CONDUCTA		χ^2	P
Movimiento extrem:	a) Superiores	3.558	0.451
	b) Inferiores	2.291	0.514
Manipulación de objetos		4.055	0.397
Mirar el reloj		-----	-----
Hacer anotaciones		1.537	0.660
Moverse las uñas		-----	-----
Rescarse		2.916	0.404
Ticir		-----	-----
Tambor		-----	-----
Ruborizarse		-----	-----
Garraspeo		-----	0.400
Contacto corporal		-----	-----
Escribir		7.355	0.239
	a) Escritorio	5.574	0.555
	b) personal	5.096	0.521
Despedida	c) oral	3.650	0.615
	d) De mano	3.775	0.552
	e) De beso	-----	0.600

Continuación de la tabla 30

CONDUCTA	X ²	P	
Presentarse	6.206	0.229	
Recibirse al escritorio	3.532	0.061	
Alejarse del escritorio	2.216	0.571	
Hablarle de usted	4.291	0.772	
Hablarle por su nombre	6.011	0.192	
Disculparse por contestar teléfono	5.000	0.171	
Disculparse por interrupción persona	-----	-----	
Futarlo, etc. sup.	a) Sobre escritorio	7.082	0.215
	b) Bajo escritorio	-----	0.500
	c) Puerta cerrada	11.656	0.156
Atender pacientes	b) Puerta abierta	3.252	0.501
	c) De pie	-----	0.500
Tener contacto (b), tocados pacientes	4.542	0.416	
Estar contacto (b) tocados pacientes	-----	0.500	
Estar contacto corporal con pacientes	-----	0.500	
Cubrirse la boca al hablar	-----	0.400	
Dar información con señalam.	a) Antes	2.221	0.542
	b) Después	3.650	0.451
Preguntar dudas	6.527	0.472	
Frente al paciente	a) Tomar alientos	-----	0.400
	b) Respirar	2.175	0.226

Por último, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las siguientes conductas: Recibimiento del paciente desde el escritorio ($X^2 = 12.15$; $p = 0.01$) donde, 20.0% (4) dos trabajadores del Centro y dos investigadores, lo presentaron una vez; 10.0% (2) trabajadores del Centro lo presentaron cinco veces; 5.0% (1) investigador, lo presentó cuatro veces y un porcentaje similar, un trabajador del Centro, lo presentó nueve veces.

Con respecto a la conducta movimiento de las manos ($\chi^2 = 13.46$; $p = 0.01$) el 30.0% (6) cinco trabajadores del Centro y un investigador, la presentaron una vez; un porcentaje similar, trabajadores del Centro la presentaron tres veces; 10.0% (2) investigadores, la presentaron cuatro veces y 5.0% (1) personal del Centro, cinco veces.

En cuanto a la conducta de rascarse ($\chi^2 = 8.24$; $p = 0.04$) 30.0% (6) cinco trabajadores del Centro y un investigador, la presentaron una vez, 15.0% (3) dos trabajadores del Centro y un investigador, la presentaron dos veces y un 5.0% (1) investigador, la presentó tres veces.

La conducta disculparse por contestar el teléfono ($\chi^2 = 8.24$; $p = 0.04$) el 30.0% (6) tres investigadores y tres trabajadores del Centro, la presentaron una vez; 15.0% (3) trabajadores del Centro la presentaron dos veces y 5.0% (1) trabajador del Centro, la presentó tres veces.

En conclusión, en el grupo del personal del Centro, las conductas de recibir desde el escritorio, movimiento de las manos, rascarse y disculparse por contestar el teléfono, tuvieron mayor ocurrencia en comparación con el grupo de los investigadores (Ver tabla 31).

Tabla 31. Valores obtenidos por χ^2 en investigadores o personal del Centro para las conductas del registro observacional.

CONDUCTA		χ^2	P
Recibimiento	a) Escritorio	12.152	0.016*
	b) Personal	7.355	0.751
Saludo	a) Oral	2.614	0.753
	b) De mano	2.412	0.472
	c) De beso	-----	0.250
Negar saludo	a) Oral	-----	-----
	b) De mano	-----	-----
	c) De beso	-----	-----
Salutarse		3.650	0.613
Support		7.903	0.161
Mirar de frente		3.650	0.213
Evadir la mirada		-----	-----
Intenon de voz	a) Aumento	1.176	0.555
	b) Normal	3.235	0.312
	c) Decremento	3.005	0.633
Eufon de voz	a) Uniforme	4.705	0.655
	b) Pausado	-----	0.233
	c) Aprecurado	0.522	0.591

Continuación de la tabla 31

CONDUCTA		X ²	P
Movimiento de oficina	a) Superiores	13.464	0.0004
	b) Inferiores	5.755	0.003
Movimiento de objetos		3.344	0.067
Mover el reloj		-----	-----
Hacer anotaciones		0.292	0.581
Moverse las unas		-----	-----
Escribirse		3.235	0.0414
Tiro		-----	-----
Trotar		-----	-----
Subirse		-----	-----
Garraspeo		-----	0.150
Contacto corporal		-----	-----
Escribir		5.229	0.022
	a) Escritorio	12.155	0.144
	b) Personal	1.500	0.223
Despedida	c) oral	3.690	0.010
	d) De mano	5.022	0.012
	e) De beso	-----	0.250

Continuación de la tabla 31

CONDUCTA	X ²	P	
Presentarse	0.213	0.634	
Atenderse al escritorio	1.317	0.250	
Riegarse del escritorio	1.175	0.277	
Hablarle de usted	2.542	0.113	
Hablarle por su nombre	4.550	0.031	
Disculparse por contestar telefono	5.225	0.021*	
Disculparse por interrupción persona	-----	-----	
Reservar est. sup.	a) Sobre escritorio	1.512	0.219
	b) Bajo escritorio	-----	0.150
	c) Frente cerrado	4.765	0.029
Atender pacientes	b) Frente abierta	0.823	0.365
	c) De pie	-----	0.320
Tener contacto obj. tocados pacientes	0.622	0.529	
Evitar contacto obj. tocados pacientes	-----	0.253	
Evitar contacto corporal con pacientes	-----	0.250	
Cubrirse la boca al hablar		0.150	
Dar información con esquemas	a) Antes	2.721	0.100
	b) Durante	2.650	0.104
Fregarse las manos	4.274	0.038	
Frente al paciente	a) Tener alimentos	-----	0.250
	b) Fumar	0.221	0.631

* P < 0.05

A continuación se resumen las variables consideradas significativas en la escala de actitud con su respectiva dimensión (Ver tabla 32).

Tabla 32. Variables y dimensiones significativas en la escala de actitud.

VARIABLE	DIMENSION	ACTITUD
Tiempo de asistir a terapia ind.	Legal	Favorable
Edad	Psicologico	Favorable

Asimismo, las variables y conductas significativas registradas en la atención brindada por el personal de salud a pacientes infectados por VIH (Ver tabla 33).

Tabla 33. Variables y conductas significativas registradas en la atención a pacientes.

VARIABLE	CONDUCTA
Escolaridad Profesional	Disminución volumen de voz
Escolaridad Secundaria	Tener contacto con objetos tocados por los pacientes
Psicólogos y médicos	Rapport, despedidas desde el escritorio
T. Profesores médicos	Disminución volumen de voz
Personal del centro	Recibimiento desde el escritorio, movimiento de manos, rasarse y disculparse por contestar el teléfono.

VIII. DISCUSION

El propósito de la investigación fue conocer cuál es la actitud del personal de salud de CONASIDA zona centro y norte del D. F. ante pacientes infectados por VIH, con la finalidad de observar si este personal al estar capacitado y habituado a atender individuos infectados por este virus, tiene una actitud favorable hacia éstos; en algunos estudios realizados con personal de salud de África, Estados Unidos y México (Population Reports 1987 y Sepúlveda et al. 1989) se encontró que éstos admitían sentirse muy preocupados por contraer la infección al estar en contacto con enfermos infectados por VIH, debido a la falta de información de cómo se transmite la enfermedad, mostrando una actitud negativa hacia éstos, incluso en algunos casos, se negaron a atenderlos.

Los resultados obtenidos en la escala de actitud, elaborada para el estudio, revelan que el personal de salud de CONASIDA zonas centro y norte tienden a tener una actitud favorable hacia los pacientes infectados por VIH. Esto puede deberse a que dicho Centro sólo funciona como consulta externa, realizando diagnósticos de la enfermedad, asesoría médica y psicológica a los individuos que resulten positivos a la prueba de anticuerpos contra el VIH. Por tal motivo, el personal que ahí labora, no tiene contacto con líquidos orgánicos que contienen altas concentraciones del virus como lo son la sangre, semen y secreciones vaginales (a excepción de las enfermeras y el laboratorista), además de que posee conocimientos acerca de la enfermedad, está capacitado y acostumbrado a atender personas

infectadas; por lo anterior, se esperaba que el temor a infectarse sea mínimo en este personal y por lo tanto muestren una actitud favorable ante personas infectadas por VIH. Al contrario de lo que sucede en un hospital donde se atienden enfermos en etapas avanzadas de la infección, por lo que requieren períodos prolongados de estancia, donde el personal al estar en contacto con los líquidos orgánicos, sus temores a infectarse aumentan porque corre mayor riesgo de contagiarse; como lo aseveró el doctor Searle en 1985 al señalar que los cirujanos corren riesgo de adquirir la infección por sufrir lesiones de inoculación. En consecuencia se niega a atenderlos y si los atiende sea en forma inapropiada; como lo afirmó el doctor Barriga, jefe del Departamento del Hospital de Infectología del Centro Médico "La Raza", señalando que los trabajadores de este hospital corren estar bajo un peligro real de contagio al atender pacientes infectados por VIH. Por ello, la atención a éstos en ocasiones resulta inadecuada, pese a las cifras estadísticas que indican que existe un leve riesgo de contagio por exposición laboral (1%) esto es, uno de cada cien individuos que tengan un accidente con una aguja contaminada de sangre infectada por VIH, desarrollará anticuerpos contra este virus.

Por otro lado, se investigó si las variables tipo de profesión, grado de escolaridad, sexo y estado civil del personal de salud de EONASIDA influyen en la actitud hacia pacientes infectadas por VIH, encontrándose que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el personal y estas variables. Estos resultados se corroboran con lo estudiado por

Kalman, et al. (1987), donde las variables edad, religión, estado civil y años de experiencia laboral no influenciaron en la actitud de enfermeras y médicos hacia pacientes homosexuales con SIDA.

La razón por la que se cree que dichas variables no influyeron en la actitud, fue el tamaño de la muestra (20) y tipo de ésta (no probabilístico casual), por lo que no se tuvo control de las variables, como consecuencia los grupos no fueron equitativos, es decir, con respecto al sexo, hubo mayor número de mujeres (15) que hombres (5), en cuanto al estado civil, sólo se encontraron dos grupos: solteros (14) y casados (5); en lo que se refiere al grado de escolaridad, la mayoría fueron profesionistas (11). Por último, en el tipo de profesión sobresalió el grupo formado por las psicólogas (7).

Para ampliar el estudio, se tomaron en cuenta otras variables, de las cuales sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la asistencia a terapia individual, donde se observó que en la dimensión legal de la escala, el personal que asistió a terapia individual tuvo una actitud favorable hacia los pacientes infectados; también puede deberse a lo anteriormente explicado en relación a la muestra, ya que el ser mayor el grupo constituido por las psicólogas (7), éstas, como parte de su ética profesional, deben de tener conocimiento de sí mismas como personas, del efecto que producen en los demás, de cómo reaccionan a los estímulos que le son amenazantes (como lo puede ser el atender individuos infectados por VIH), y de sus propios conflictos y defensas; tienen que ser

sensibles a sus propios sentimientos y conductas, al igual que los del paciente. Debido a ésto, muchos psicoterapeutas creen que todos y cada uno de ellos deberían someterse a psicoterapia personal (Fromm 1950 citado por Garfield 1984) porque ayuda al terapeuta a comprender algunas de sus deficiencias, y por consiguiente, le dan una mayor conciencia y objetividad cuando trabajan con problemas semejantes en los pacientes (Garfield 1984). Por otro lado, creen conveniente la protección legal tanto a sí mismos como hacia los pacientes, en caso de que resulten contagiados, preocupándose por cumplir con su deber, por respetar la autoridad superior y mantener el orden social (Kohlberg 1968, citado por Papalia 1986).

Asimismo, no se encontraron diferencias en la actitud del personal de salud si tuviese un familiar o amigo infectado; opuesto al estudio de Holman (1987) en el cual, personal de salud que tenía amigos homosexuales infectados mostraron una actitud más favorable hacia éstos, que los que no los tenían. El hecho de no haber encontrado diferencias en las actitudes, puede deberse a que el personal de salud evita expresar sus sentimientos y opiniones sobre la vida privada de sus pacientes, independientemente de la nacionalidad, sexo, edad, posición social o cualquier otra característica de éstos; que en dado caso puedan interferir en su atención (Nahoum 1980, Brugmann 1987).

En cuanto al tiempo de trabajar en el Centro, tampoco se encontraron diferencias, observándose que el tiempo de laborar en éste no es determinante en la atención de pacientes infectados, ya que existe personal que lo hace desde hace dos meses en

comparación con los que lo hacen desde que el Centro inició sus actividades.

Con respecto a la asistencia a terapia grupal y el tiempo de asistir a ésta, se consideraron porque el Centro proporcionó esta prestación para que el personal voluntariamente asistiera a ella, con la finalidad de detectar posibles deficiencias del Centro y del mismo personal al dar sus servicios. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas probablemente, porque no era obligatorio acudir a ésta y por lo mismo, pocos lo hicieron.

Asimismo, se quería averiguar si la atención a pacientes difiere del turno matutino al vespertino, hallándose que el turno en que labora el personal no es determinante ni diferente en la atención de éstos: posiblemente porque los grupos no fueron equitativos, es decir, se observaron en el matutino 12 trabajadores de salud y en el vespertino 8. Además de tomar en cuenta, que el número de trabajadores para cada turno no fue el mismo, ya que en la mañana se atendían mayor número de pacientes que en la tarde.

Igualmente, se investigó si había diferencias entre trabajadores del Centro o personal de investigación, que además de atender pacientes, recopilaba datos para los fines de ésta; hallándose que no hubo diferencias entre éstos, evidentemente porque los grupos no fueron proporcionados, ya que el grupo de trabajadores del Centro estuvo formado por 17 integrantes en contraparte con los investigadores (3).

Por otro lado, los resultados obtenidos en el análisis

correlacional, para conocer la asociación entre la edad, antigüedad en el Centro y tiempo de asistir tanto a terapia grupal como individual del personal de salud y su actitud hacia pacientes infectados por VIH; demuestran correlación significativa en la dimensión legal con el tiempo de asistir a terapia individual y en la dimensión psicológica con la edad, es decir, que a mayor edad y tiempo de asistir a ella se tiende a tener una actitud favorable hacia estos pacientes. Aparentemente debido a que el grupo más grande fue el formado por las psicólogas, en quienes es usual el acudir a psicoterapia, por lo que es razonable que el tiempo de ir a esta sea significativo. En lo que se refiere a la edad, frecuentemente se relaciona que a mayor edad se es más maduro (Eriget y Hohlberg, citado por Papalia 1997), lo que se traduce en persona sensata, prudente, discreta, con alto criterio y no influenciado por otros. Es así, que sus temores y fantasías hacia la infección se reducen, además de que se sienten protegidos en caso de posible contagio durante la atención proporcionada.

Con lo que respecta al tiempo tanto de laborar en el Centro como de asistir a terapia grupal, no se encontró asociación entre la actitud del personal de salud y éstas; parece ser que el tiempo de laborar en éste no es determinante en la actitud hacia los individuos que asisten al Centro, sino la disposición del personal al atenderlos. En cuanto al tiempo de asistir a terapia grupal, esta, al no ser una actividad obligatoria, una minoría acudió a ella por poco tiempo, lo cual no tuvo influencia en su actitud al atenderlos.

Finalmente, en el análisis de las conductas del registro observacional, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables sexo, estado civil y turno del personal de salud; al contrario del grado de escolaridad, tipo de profesión y si éste es trabajador del Centro o investigador.

En lo que respecta al grado de escolaridad, las conductas significativas fueron el decremento del volumen de voz y tener contacto con objetos tocados por los pacientes. Para la primera, el grupo formado por los profesionistas, específicamente los médicos, fueron quienes la presentaron más; probablemente porque los consultorios del Centro son pequeños y sólo los separa una pared prefabricada, ocasionando que se escuchen los ruidos o el sonido de voces provenientes de la calle o de los consultorios contiguos; ya que de acuerdo a experiencias de trabajo, se ha comprobado que el trabajador de salud baja la voz para no ser escuchado desde el exterior (Nahoum 1980). Además, por las características de la enfermedad, se tratan asuntos relacionados con la sexualidad de los individuos, que tradicionalmente eran privados, como el contexto de la relación amorosa de homo, bi y hetero-eruales. Por lo que una forma de respetar la individualidad de éstos es hablar en voz baja; asimismo, por ser un tema que generalmente ocasiona incomodidad por la idiosincracia de la sociedad en que vivimos, provoca tensión, ansiedad y temor, manifestándose por diversos indicadores, entre los cuales podemos citar el decremento del volumen de voz (Sullivan 1985).

Por lo que respecta a la conducta de tener contacto con

objetos tocados por los pacientes (plumas, carnets, etcétera), se presentó en tres trabajadores de salud, de los cuales, el servicio de enfermería fue quien la mostró continuamente; podría ser que por el tipo de actividad laboral que desempeñan lo requiriere más; asimismo, lo hacían por considerar mínimo el riesgo a contagiarse, al contrario del personal restante, donde hubo oportunidad de que dicha conducta fuera más frecuente; además, no se descartaba la posibilidad de que existan temores infundados, no lógicos sobre posible contagio, a pesar de tener conocimiento de la transmisión del VIH.

En lo que se refiere al tipo de profesión, las conductas significativas fueron el rapport, decremento del volumen de voz y despedida desde el escritorio.

En cuanto al rapport, los grupos de médicos, psicólogos y el laboratorista, lo exhibieron frecuentemente; los dos primeros, lo hicieron con la finalidad de crear un ambiente agradable y disminuir la tensión en los pacientes, además de la propia, al investigar la vida sexual de éstos. Por lo que toca al laboratorista, éste llevó a cabo la actividad de enfermería, por lo que tuvo que tratar con personas nerviosas por el hecho de extraerles una muestra de sangre, motivándolo a iniciar conversación con éstas. El rapport o también llamado acercamiento, se da en la entrevista, es indispensable para la relación entre personal de salud y paciente: consiste en estrechar lo mano, decir algunas palabras sobre el estado del tiempo o disculparse por no haber podido recibirlo inmediatamente; todo ello permite crear una atmósfera que

facilite al paciente revelar aspectos relativamente importantes de sus problemas; observándose que la mayoría del personal de salud no la presentó, aparentemente por sentimientos y actitudes que de manera inconsciente, reflejaron temor a involucrarse afectivamente con el paciente (Garfield 1984).

Con respecto a la conducta despedirse desde el escritorio, se encontró que el grupo de médicos y psicólogas la manifestaron frecuentemente, quizás, por las características propias del personal, de no estar acostumbrado a realizarla por no creerla necesaria o como parte de su función laboral. Además, al terminar la consulta, el trabajador generalmente se dedicaba a completar la historia clínica del paciente.

Por último, las conductas de recibimiento del paciente desde el escritorio, movimiento de las manos, rascarse y disculparse por contestar el teléfono, fueron significativas; presentándose más en el grupo de los trabajadores del Centro en comparación con los investigadores, probablemente por ser el grupo formado por mayor número de integrantes (17).

En cuanto a las conductas de recibimiento del paciente desde el escritorio y disculparse por contestar el teléfono, fueron manifestadas, probablemente por las características individuales del personal, exhibiendo en una cortesía, amabilidad y consideración hacia los pacientes, lo que no sucede en la otra. Con respecto al recibimiento, se tiene conocimiento de que la forma en que es recibido el entrevistado, puede acelerar notablemente el logro del resultado que se desea, o puede hacer que dicho resultado sea inalcanzable (Sullivan, 1965).

Por otro lado, no es conveniente que haya teléfono en el consultorio, se puede ser molestado o presentarse la tentación de tratar otro caso al contestar a la persona que llama (Nahoum 1980).

Por su parte, las conductas de movimiento de manos y rascarse, generalmente son indicadores de tensión, temor y ansiedad, lo que significa que no se ha aceptado la situación de entrevista, probablemente ocasionado por la incomodidad producida al averiguar las prácticas sexuales de los individuos; así también, le es penoso permanecer sentado y hablar durante una hora o más, también por lo rutinario que a veces resulta explicar y escuchar siempre la misma información.

El movimiento de las manos se utiliza para subrayar una idea, y si hay presencia de emoción, pueden percibirse leves temblores o crispaciones, así como una forma de llamar la atención del paciente, para evitar que los mire directamente al rostro (Nahoum 1980).

Tomando en cuenta los resultados obtenidos se puede concluir, que el personal de salud de CURESIDA zona centro y norte del D. F. tiende a tener una actitud favorable hacia los pacientes infectados por VIH. Sin embargo, se observó que algunas conductas presentes durante la atención del personal a pacientes, denotan que esta actitud no es tan favorable, como podrían ser el tomar alimentos al atender pacientes, atenderlos con la puerta abierta o de pie, así como, recibirlos y despedirlos desde el escritorio.

También, se mostraron conductas que probablemente reflejen

temor al contagio, tales como el evitar tener contacto con objetos tocados por los pacientes y el no existir contacto corporal con éstos. Dicho temor es injustificado, ya que el personal tiene conocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH.

Además, no es conveniente considerar los resultados obtenidos como concluyentes, debido a las características de la muestra estudiada (no probabilística y casual).

A. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

La infección por el VIH es un tema actual, que atañe a todos y ha sido poco explorado, por tal motivo, el estudio, como toda investigación de campo, tuvo diversas limitaciones, algunas de ellas ajenas al investigador.

La principal limitación fue el tener acceso a la muestra, así como, el tipo y tamaño de ésta, que al ser no probabilística y casual, no se tuvo control del total del personal y las variables consideradas; por lo que la comparación entre los grupos fue imposible, lo que evitó obtener mayor información.

En cuanto a los instrumentos empleados, al no encontrarse algunos apropiados para el estudio, se procedió a elaborarlos con las consiguientes restricciones, como lo son la falta de experiencia, tanto para realizarlos como conocimiento de la situación existente entre personal de salud y paciente; lo que ocasionó, que el contenido de éstos se basara en suposiciones de lo que acontece en dicha situación. Además de las dificultades para localizar a las personas que fungieron como jueces, así como la disponibilidad de algunos de éstos, por sentirse parte de la

investigación.

Asimismo, el hecho de que una persona ajena al Centro estuviese presente durante la consulta, lógicamente provocó incomodidad, tanto a pacientes como al mismo personal; por lo que la manera de tratar a éstos, probablemente fue diferente, a pesar de haberles informado que la finalidad de la presencia de los investigadores, se debía para fines de capacitación, situación que se dificultó más al aplicar el cuestionario ya que se sintieron totalmente involucrados en el estudio, alterando así, las respuestas de éste.

Dado que el tiempo disponible del personal de salud era escaso, no fue posible llevar a cabo una entrevista, así como la administración de una prueba psicológica a cada uno de ellos, con la finalidad de conocer cuáles eran sus temores y fantasías, según las características de su personalidad, con respecto a los pacientes infectados por VIH; pretendiéndose con ello, elaborar el perfil psicológico idóneo del personal de salud encargado de la atención de éstos pacientes.

Finalmente, el reducido número de investigaciones sobre el tema de estudio, específicamente en México, impidió que los resultados se sustentaran sobre una base teórica, por tal motivo, no pueden éstos generalizarse, pero tampoco deben de ser ignorados, al contrario, hay que considerarlos como una aproximación al tema investigado.

Con respecto a las sugerencias para la realización de futuros estudios relacionados con el tema, es conveniente ampliar el tamaño de la muestra y las variables a estudiar, con la

finalidad de poder generalizar los resultados. Igualmente, se propone que las autoridades respectivas den facilidades para llevar a cabo este tipo de investigaciones, con el propósito de obtener o ampliar la información sobre la infección por VIH.

Se sugiere implantar una sesión semanal obligatoria de terapia grupal para el personal de salud que atienda personas infectadas por VIH, ya que por el tipo de enfermedad (contagiosa, mal venéreo e incurable), surgen en ellos diversas actitudes que en determinado momento pueden perjudicarlos así mismos y a los pacientes, por lo que se cree necesario proporcionar ayuda profesional, específicamente psicológica, para disminuir las tensiones originadas por esta situación.

Es indiscutible que el número de personas infectadas por VIH está y seguirá en constante aumento, en consecuencia, es necesario realizar mayor número de investigaciones para conocer las necesidades y problemas a que se enfrentan los pacientes infectados y el mismo personal que los atiende; asimismo, tener en cuenta las limitaciones presentes para la realización del estudio, así como las sugerencias hechas para evitar obstáculos que puedan impedir el desarrollo de futuras investigaciones.

GLOSARIO

Acido nucleico. Molécula compleja formada por el enlace de nucleótidos. Los principales nucleicos son el ADN y el ARN.

ADN Siglas del ácido desoxirribonucleico. Se encuentra en el núcleo de las células vegetales y animales; está constituido por adenina, guanina, citosina, timina, D-2 desoxirribosa y ácido fosfórico.

Anticuerpo Sustancia que pertenece a cierta clase de agentes (proteínas) producidas como respuesta a la introducción de un antígeno en el organismo.

Antígeno Sustancia o agente que el organismo reconoce como extraña, provocando la producción de anticuerpos, los cuales reaccionan o se unen a ésta.

Antiviral Cualquier droga que destruye o impide la replicación de los virus.

ARN Siglas del ácido ribonucleico. Acido nucleico que se encuentra en el citoplasma y núcleo de la célula; está constituido por adenina, guanina, citosina, uracilo, D-2 ribosa y ácido fosfórico.

Asintomático Presencia de un agente infeccioso en el organismo, sin presentar ningún síntoma o manifestación clínica de enfermedad.

Autoinmunidad Respuesta alterada del organismo, en la que se producen anticuerpos y/o células en contra de los tejidos del propio organismo.

Bisexual Individuo que participa en actos sexuales, tanto con personas del mismo sexo como del sexo opuesto.

Candidiasis tipo de infección causada por un hongo, que afecta a las membranas mucosas y a la piel.

Cápside Envoltura proteica del virus.

Célula T (Linfocito T) Una variedad de glóbulos blancos constituida por tres subpoblaciones: citotóxica (CD₈) destinada a destruir a los antígenos; colaboradora (CD₄) coordinadora de la actividad inmunológica; y supresora (CD₈) inhibidora de la respuesta inmune.

Cofactor Situación, actividad o agente que incrementa la susceptibilidad, o favorece las condiciones para adquirir una enfermedad.

Drogas intravenosas Drogas que se inyectan a través de una aguja directamente en las venas.

ELISA Prueba efectuada en una muestra de sangre que detecta la presencia de anticuerpos producidos por el organismo.

Enfermedades oportunistas Enfermedades causadas por microorganismos que comúnmente se encuentran presentes en el organismo o en el ambiente, pero que sólo producen enfermedad en los individuos que no presentan condiciones óptimas de salud, como una deficiencia en el sistema inmunológico.

Fluidos corporales Líquidos producidos por el organismo, como sangre, semen, secreciones vaginales, orina, lágrimas, etcétera.

Helicoidal (Simetría) En forma de espiral.

Hemofilia Enfermedad hereditaria que afecta la coagulación de la sangre.

Heterosexual Individuo que participa en relaciones sexuales con personas del sexo opuesto.

Homosexual Individuo que participa en un acto sexual con personas del mismo sexo.

Huésped Planta o animal que alberga a otro como parásito o como agente infeccioso.

Icosaédrica (Simetría) El icosaedro, es uno de los clásicos sólidos platónicos de la geometría, tiene 12 vértices y 20 caras, cada una es un triángulo equilátero. Tiene ejes de simetría rotatoria de dos, tres y cinco, pasando por los bordes, caras y vértices, respectivamente.

Infección Estado patológico debido al desarrollo de microorganismos, en un huésped.

Infeccioso Capaz de producir infección en un huésped susceptible.

Inocular Introducir por medios artificiales microorganismos en un organismo animal o en un medio de cultivo.

Inmunidad Resistencia natural o adquirida, a una enfermedad específica.

Inmunología Es el estudio de los anticuerpos y de sus interacciones con los antígenos.

Latencia Período en el cual el virus se encuentra en el organismo, pero permanece inactivo, dormido.

Leucemia Aumento anormal del número de leucocitos circulantes, que es debida a una afección del organismo.

Macrófagos Células que pertenecen al sistema fagocítico mononuclear, que son piezas clave en el funcionamiento del sistema inmune. Se producen en la médula ósea, siendo primero monocitos (glóbulos blancos), y después, macrófagos fijos en tejidos o libres en cavidades.

Microorganismo Forma vital de dimensiones microscópicas.

Neoclápside Envoltura proteica viral.

Período de incubación Tiempo que transcurre entre la entrada al organismo de un agente infeccioso, y la aparición de los primeros síntomas.

Poppers Anfetamina que se emplea para llamar a un tipo de droga inhalada, a base de nitrato de amilo o butilo que se emplea para estimular la respuesta sexual.

Sarcoma Tumor de tejido conjuntivo, frecuentemente muy maligno.

Seroconversión Momento en que los anticuerpos específicos contra el virus son detectables, a través de un análisis de sangre.

Seronegativo Situación en la cual no puedan detectarse anticuerpos contra un agente específico en un suero determinado.

Seropositivo Situación en la que existe presencia de anticuerpos en la sangre, producidos por el organismo como respuesta a alguna enfermedad. El resultado no indica si el individuo llegará o no a desarrollar dicha enfermedad.

SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) Enfermedad intercelular, debida al VIH, el cual ataca y deprime al sistema inmunológico, por lo cual el individuo se vuelve presa fácil de infecciones secundarias y cáncer, que conducen a su muerte.

Transcriptasa reversa Enzima característica de los retrovirus que permite convertir el ARN en ADN, con el objeto de integrarlo al material hereditario de la célula.

Vacuna Sustancia que contiene componentes de un microorganismo, capaz de estimular una respuesta inmune para la protección futura contra la infección provocada por dicho microorganismo.

Virus Microorganismos, parásitos intracelulares obligados más pequeños que se conocen. Son productores de muchas enfermedades.

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) Nombre del Comité Internacional para la taxonomía de los virus recomendó que se empleara para designar al agente causal del SIDA, en 1986.

Western-Blot Prueba de laboratorio que se utiliza para confirmar los resultados de la prueba de ELISA.

BIBLIOGRAFIA

- Anton, J. B., Madero, L. S. (1977) Virología. México, editorial Interamericana.
- Adler, G., Beckett, A. (1989) Psychoterapy of the patient whit an HIV infection. Psychosomatics, 30 2 203-208.
- Alonso, C. (1989) La Psicología y la infección por VIH/SIDA. Boletín Mensual SIDA, editado por Sector Salud, Dirección General de Epidemiología, enero, 3 § 559-563.
- Arias, G., F. (1980) Actitudes, opiniones y creencias. México, editorial Trillas.
- Acidjis, P. F. (1988) El ABC del SIDA. Gaceta CONASIDA, editado por la Dirección General de Epidemiología, mayo-junio, año 1 1 3-4.
- Boletín Mensual SIDA (1988) Avances en el tratamiento de la infección por VIH. Editado por Sector Salud, Dirección General de Epidemiología, octubre, año 2 10 473-481.
- Boletín Mensual SIDA (1988) Norma técnica para la prevención y control del VIH. Editado por Sector Salud, Dirección General de Epidemiología, nov-dic, año 2 11 y 12 510-515.
- Boletín Mensual SIDA. (1989) El SIDA y la ética profesional de los médicos. Editado por Sector Salud, Dirección General de Epidemiología, enero, año 3 1 557-567.
- Boletín Mensual SIDA. (1989) Asistencia de enfermería a las personas infectadas por el VIH. (1a y 2a parte). Editado por Sector Salud, Dirección General de Epidemiología, abril-mayo, 3 § 645-650 y 667-671.
- Boletín Mensual SIDA. (1989) SIDA y tuberculosis. Editado por Sector Salud, Dirección General de Epidemiología, julio, año 3 7 714-716.
- Boletín Mensual SIDA. (1990) Situación del SIDA en México. Datos actualizados hasta el 31 de agosto de 1990. Editado por Sector Salud, Dirección General de Epidemiología, septiembre, 4 2 956-967.
- Brogmann, G. A., Castaño, A. D., Cicero, F. M., Coletta, E. V., Espinosa, A. A., Gallegos, B. X., Hernández, G. L., Hernández, M. E., Jurado, C. S., Loredo, H. D., Sánchez, S. J. J., Valle de Martínez, P. R. (1987) Código ético del psicólogo. Por los miembros de la Sociedad Mexicana de Psicología. México, editorial Trillas, 2a. reimpresión.

- Bustos, R. O. L., Bedolla, M. F., Bustos, A. M., López R. M. E. (1982) Curso de prácticas de tercer nivel social unidimensional 4o semestre. Coordinación de laboratorios, Facultad de Psicología, UNAM.
- Castro, P. R. (1988) Aspectos psicosociales del SIDA: estigma y prejuicio. Salud Pública de México. Editado por el Instituto Nacional de Salud Pública, julio-agosto, 30 4 629-634.
- Cázarez, H. L., Christen, M., Jaramillo, L. E., Villasenor, R. L., Zamudio, R. L. E. (1989) técnicas actuales de investigación documental. México, editorial Trillas, 2a. edición.
- Código Penal para el Distrito Federal. (1991) México, editorial Porrúa S. A., trigésimocuarta edición.
- Diccionario Pequeño Larousse Ilustrado. (1985) México, editorial Planeta.
- Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. (1979) Barcelona España, Salvat editores, undécima edición.
- Documento de la OMS. (1986) Recomendaciones para la prevención y control de la infección con VIH. OMS, mayo 314-316.
- Domínguez, T. S. L. (1988) Transmisión sanguínea del SIDA: acciones preventivas. Salud Pública de México, editado por el Instituto Nacional de Salud Pública, julio-agosto, 30 4 593-596.
- Dorsh, F. (1985) Diccionario de psicología. Barcelona España, editorial Herder, quinta edición.
- Dupres, A., Levy, J., Sampson, J. M. (1989) Homophobia and attitudes about AIDS. Psychological Reports, 64, 236-238.
- Eisenberg, G. A., Laoglia, R. E. T. (1990) Modificaciones a un inventario para medir predisposición al alcoholismo. Tesis para obtener la Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Fenner, F., White, D. (1977) Virología médica. México, editorial La Frontera Médica Mexicana.
- Gaceta COBASIDA. (1987) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA. Editado por la Dirección General de Epidemiología, junio, 2 38-42.
- Gaceta COBASIDA. (1988) Eventos. Editado por la Dirección General de Epidemiología, mayo-junio, año I, 1 13.

- Gaceta CONASIDA. (1988) Decreto de la creación del CONASIDA. Editado por la Dirección General de Epidemiología, 2a. edición, sep-oct, año 1 p 14-15.
- Gaceta UNAM. (1989) Primer coloquio universitario sobre salud, sexualidad y SIDA. Editado por la Dirección General de Servicios Médicos UNAM, junio-julio.
- García, L. (1988) La lucha contra el SIDA es de todos. Gaceta CONASIDA. Editado por la Dirección General de Epidemiología, nov-dic, año 1 p 10-11.
- Garfield, S. L. (1984) Psicología clínica. México, editorial El Manual Moderno S. A.
- Girón, E. (1988) El día Nacional sobre el SIDA. Gaceta CONASIDA. Editado por la Dirección General de Epidemiología, sep-oct, año 1 p 11-12.
- Guzmán, L. (1988) El papel de los medios de comunicación. Gaceta CONASIDA. Editado por la Dirección General de Epidemiología, nov-dic, año 1 p 13-15.
- Heredia, M. C., Lucio, G. M. E., Ostrowsky, D. (1985) Instructivo del Departamento de Psicología Clínica para la elaboración de la tesis. División de Estudios Profesionales, Facultad de Psicología, UNAM.
- Herrera, M. (1988) Avances en el tratamiento. Gaceta CONASIDA. Editado por la Dirección General de Epidemiología, mayo-junio, año 1 p 16-17.
- Hubbard, C. (1986) Como orientar en planificación familiar 2. México, editorial For-México, 2a edición.
- ICyT, Información Científica y Tecnológica. (1989) SIDA y Sociedad. Editado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, enero, p 149 19-21.
- Iturbe, Z. I. (1971) El gran libro de la salud. Enciclopedia Médica. México, editorial Selecciones Readers Digest, 2a edición.
- Kalman, T. F., Kalman, C. M., Douglas, C. J. (1987) Homophobia among physicians and nurses treating AIDS patients. American Journal of Psychiatry, noviembre, 144 11 1514-1515.
- Leirlinger, F. H. (1980) Investigación del comportamiento. México, editorial Interamericana.
- Lancet, The. (1987) SIDA y profesionales de la salud. Edición en español, junio, 19 p 1527-1529.

- Lancet, The. (1987) SIDA. Edición en español, julio, II 1 171-174.
- Leyva, J. A. (1988) El SIDA y su impacto social y demográfico Gaceta CONASIDA. Editado por la Dirección General de Epidemiología, mayo-junio, año 1 1 5-7.
- _____ (1988) Condón, barrera contra el SIDA. Gaceta CONASIDA. Editado por la Dirección General de Epidemiología, julio-agosto, año 1 2 5-6.
- Magnuson, D. (1972) Teoría de los Tests. México, editorial Trillas.
- Maizena, H., Rubin, S., Simovich, D. M. (1987) Guía básica de Información sobre el SIDA. San Francisco AIDS Foundation.
- Manual de procedimientos del Consejo Nacional de Información para el SIDA. (1988) Editado por CONASIDA, enero.
- Martínez, F. V. H. (1990) EL SIDA y el Código Penal. Tesis para obtener la Licenciatura, Facultad de Derecho, UNAM, 115.
- Martínez, F. S. (1989) Actitud de los trabajadoras del Reportamiento del Distrito Federal ante la implantación de medidas de seguridad e higiene en el trabajo. Tesis para obtener la Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Megarico, E. I. (1980) Métrica de la personalidad: metodología general y evaluación clínica con pruebas estructuradas. México, editorial Trillas, 1.
- Moliner, M. (1981) Diccionario del uso del español. Madrid España. Editorial Gredos, 1.
- Nahoum, C. (1980) La entrevista psicológica. Buenos Aires, Argentina, editorial LEPUS, 2, 6.
- Nunnally, J. J. (1970) Introducción a la medición psicológica. Buenos Aires, Argentina, editorial PAIDOS.
- Pardo, I., Oñate, I., Spenches, H., Bersolli, C. (1981) Técnicas de Investigación aplicadas a las Ciencias Sociales. México, La comprensión, editorial Fondo de Cultura Económica.
- Papalia, D. E., Olds, W. S. (1988) Desarrollo humano. México, editorial Mc. Graw Hill, 2ª edición.
- Peizer, M. J., Reid, E. D. (1988) Microbiología. México, editorial Mc. Graw Hill 429-450.

- Pichot, P. (1976) Los test mentales. Buenos Aires, Argentina, editorial PAIDOS.
- Podair, S. (1983) Las enfermedades venéreas. México, editorial FAX-MEXICO, 3a edición.
- Ponce, L. S. (1989) Relación médico-paciente en el caso del infectado por VIH. Gaceta CONASIDA. Editado por la Dirección General de Epidemiología, may-jun, año 2 ! 13-16.
- Ponce, L. S., Padilla, F. J. R. (1990) Actitudes éticas de un grupo de médicos ante los problemas del manejo de los pacientes con SIDA. Boletín Mensual SIDA. Editado por la Dirección General de Epidemiología, febrero, año 4 2 817-821.
- Population Reports. (1987) SIDA, una crisis de Salud Pública serie L 6 39-45.
- Ramírez, G. L. C., Rodríguez, C. M. O. (1989) Actitud ante la campaña televisiva de prevención del SIDA en una muestra de adolescentes del Distrito Federal. Tesis para obtener la Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Reich, B., Adcock, C. (1980) Valores, actitudes y cambios de conducta. México, editorial Continental S. A.
- Rojas, S. R. (1988) Aspectos sociales del SIDA. Gaceta CONASIDA. Editado por la Dirección General de Epidemiología, nov-dic, año 1 ! 5-7.
- San Martín, H. (1984) Salud y enfermedad. México, editado por la Prensa Médica Mexicana S. A., 9a edición.
- Sepúlveda, A. J., Borgeaux, M. H., Ruiz, F. G. M., Stanislawski, E. C., Valdespino, J. I. (1989) SIDA, ciencia y sociedad en México. México, editado por el Fondo de Cultura Económica.
- Siegel, S. (1970) Experimental no paramétrico aplicado a las Ciencias de la Conducta. México, 1a edición, editorial Illias.
- Soberón, G. (1988) SIDA, Características generales de un problema de Salud Pública. Salud Pública de México. Editado por el Instituto Nacional de Salud Pública, ago-sep, 30 4 504-512.
- Solor, C. (1988) Cómo se transmite el virus del SIDA por vía sanguínea ? Gaceta CONASIDA. Editado por la Dirección General de Epidemiología, jul-ago, año 1 2 3-4.
- Sullivan, H. S. (1985) La entrevista psiquiátrica. Buenos Aires, Argentina, Editorial Psique.

Summers, G. F. (1976) Medición de actitudes. México, la edición en español, editorial Trillas.

Uribe, P. (1988) Cómo se transmite el virus del SIDA de madre a hijo ? Gaceta CONASIDA. Editado por la Dirección General de Epidemiología, sep-oct, año 1 3 2-4.

Velázquez, E. C. (1990) OVACIONES. México 26 de marzo.

Waterman, C. (1976) Escalas de medición en ciencias sociales. Buenos Aires , Argentina. Editorial Nueva Visión.

Walters, L. (1988) Ethical Issues in the Prevention and Treatment of HIV Infection and AIDS. Science, 229 597-602.

Witt, A. (1989) Authoritarianism, Knowledge of AIDS and affect toward persons with AIDS: Implications for health education. Journal of applied Social Psychology. 19 7 599-606.

APENDICES

A P E N D I C E A
CUESTIONARIO PILOTO

CUESTIONARIO

SEXO _____

EDAD _____

EDO. CIVIL _____

ESCOLARIDAD _____

PROFESION _____

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presentará una lista de enunciados cuyo objetivo es conocer la opinión hacia la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) causante del SIDA. Le pedimos conteste con la mayor honestidad posible, marcando con (X) la opción que considere más apropiada a su criterio. Siendo las opciones:

Totalmente de Acuerdo (TA)
Acuerdo (A)
Indeciso (I)
Desacuerdo (D)
Totalmente en Desacuerdo (TD)

Sus respuestas serán anónimas y evaluadas en forma global.
Gracias por su colaboración.

Ejemplo:

Son conocidas las formas por las que se contagia el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

(TA) (A) (I) (D) (TD)

Si usted está totalmente de acuerdo, marcará (TA), si está de acuerdo, marcará (A), si no está de acuerdo, pero tampoco en desacuerdo, marcará (I), si está en desacuerdo marcará (D) y si está totalmente en desacuerdo, señalará (TD).

1. Considero que el personal de salud tiene derecho a negarse a atender individuos infectados por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
2. Mis amigos me juzgan por atender individuos infectados por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
3. Preocupa a mis familiares el que atienda a individuos infectados por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
4. Me motivaría el que se implantaran tres o más períodos vacacionales para brindar mejor atención a personas infectadas por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)

5. Si encuentro a un paciente infectado en la calle, lo saludo.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
6. Creo que las personas infectadas por VIH que practican la prostitución deben ser sancionadas.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
7. Pienso que los pacientes infectados por VIH deben conformarse con la atención que les brinden las instituciones de salud.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
8. Pienso que los individuos infectados por VIH deben apartarse de sus familiares para evitar contagiarlos.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
9. La primera vez que atendí a un paciente infectado por VIH sentí temor de contagiarlo.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
10. El estar en una habitación cerrada junto a una persona infectada por VIH no me contagia.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
11. Mis familiares aceptan que trabaje con personas infectadas por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
12. Empleo instrumentos médicos esterilizados para evitar que los pacientes infectados por VIH se agraven.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
13. Me molesta escuchar la vida sexual de las personas infectadas por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
14. Me angustia saber que el paciente infectado por VIH morirá.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
15. Proporcionaría respiración de boca a boca a individuos que posiblemente estén infectados por el VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
16. Proporciono confianza al mirar cara a cara a personas infectadas por VIH durante su atención.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
17. Toco sin ningún temor al contagio el sudor de personas infectadas por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)

18. Por permanecer junto a individuos infectados por VIH, en cualquier lugar público, no me preocupa.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
19. Establecería como obligatorio, el fumar una vez a la semana las instalaciones donde atienden a personas infectadas por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
20. Considero que los individuos infectados por VIH llevan una vida desordenada.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
21. Creo que para solicitar empleo, los individuos infectados por VIH deben presentar un comprobante de su enfermedad.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
22. Otorgaría una cantidad mensual al paciente infectado por VIH para solventar su tratamiento.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
23. Pienso que el proporcionar ayuda psicológica al personal de salud que atiende a pacientes infectados por VIH, reduciría sus temores.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
24. Al amigo contagiado por VIH le seguiría brindando mi amistad.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
25. Legalizaría el aborto para las mujeres infectadas por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
26. Para evitar el contagio, las ropas de los individuos infectados por VIH que estén hospitalizados, debe quemarse.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
27. Pienso que las personas infectadas por VIH que tengan que viajar al extranjero, debe exigirseles una autorización médica para salir del país.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
28. Permanecería junto a mi pareja si ésta estuviese contagiada por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
29. Temo contagiar a mis familiares por atender personas infectadas por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
30. A causa de sus preferencias sexuales las personas infectadas por VIH me pervierten.
(TA) (A) (I) (D) (TD)

31. Con programas de relajación reduciría mi angustia, cuando atiendo a personas infectadas por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
32. Considero que los individuos infectados por VIH pueden disfrutar las mismas diversiones que una persona sana.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
33. Protegería la confidencialidad de la persona diagnosticada por VIH estableciendo nuevos decretos.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
34. Desde que atiendo personas infectadas por VIH, mi temor a contagiarme ha aumentado.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
35. Me gustaría atender pacientes infectados con VIH por largo tiempo.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
36. Si toco a individuos infectados por VIH y que tengan lesiones en la piel puede contagiarme.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
37. Me siento culpable al negar la atención a personas infectadas por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
38. Me siento nervioso al atender por primera vez a personas infectadas por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
39. Brindaría apoyo legal al personal de salud que resulte contagiado por atender pacientes infectados por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
40. Considero que los individuos infectados por VIH, tienen derecho legal a ser atendidos en cualquier institución de salud.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
41. Empleando las técnicas que existen para atender individuos infectados por VIH, no temo contagiarme.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
42. Me contagio por saludar de mano a personas infectadas por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
43. Fierzo que perjudicaría atender por lastima a las personas infectadas por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
44. Observo que mis familiares evitan mi presencia desde que

- atiendo individuos infectados por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
45. Considero que las personas infectadas por VIH deben ser atendidas en un hospital exclusivo para ellas.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
46. Las personas infectadas por VIH no tienen derecho a asistir a cualquier institución educativa.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
47. Fico que las personas infectadas por VIH, por sus preferencias sexuales son un peligro para los jóvenes.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
48. Fienzo que se debe proporcionar la eutanasia a individuos infectados por VIH que la soliciten.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
49. Las mujeres que tengan parejas infectadas por VIH debe prohibírseles que se embaracen.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
50. He notado que cuando atiendo pacientes infectados por VIH me altero.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
51. Miedo a las personas infectadas por VIH cuando las atiendo.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
52. Penarío al personal de salud que comunique a otras personas el resultado de un paciente infectado por VIH, sin aprobación de éste.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
53. Me satisface atender personas infectadas por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
54. Peso sin temor a contagiarme, a individuos infectados por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
55. Trato de consolar a las personas en el momento de diagnosticarles la infección del VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
56. Siento que el uso de guantes, cubreboca, anteojos y bata, es insuficiente para protegerme del contagio del VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
57. Permito que el paciente infectado por VIH se desahogue libremente durante su atención.
(TA) (A) (I) (D) (TD)

58. Por utilizar los mismos cubiertos de individuos infectados por VIH puedo contagiarme.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
59. Al escuchar a individuos de cómo se han contagiado por el VIH, me ha hecho sentir culpable de mis prácticas sexuales.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
60. Para mejorar su atención, les brindo mi amistad a los pacientes infectados por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
61. Las personas infectadas por VIH que asisten a lugares públicos no me incomoden.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
62. Considero que las pertenencias personales de los individuos infectados por VIH deben separarse para evitar contagiar a los otros miembros de la familia.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
63. Considero que el darnos incentivos económicos por atender pacientes infectados por VIH, ayuda a mejorar la atención de estos.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
64. Creo que por utilizar el mismo sanitario de una persona infectada por VIH se transmite la enfermedad.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
65. Creo que es necesario incluir en los exámenes prenupciales, la prueba de detección del VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
66. Los instrumentos médicos empleados en individuos infectados por VIH deben desecharse.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
67. Fienso que el diálogo entre profesionales de salud sobre la transmisión del VIH, favorece la atención de pacientes infectados con este virus.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
68. Por compartir un cigarrillo con una persona infectada por VIH no me contagio.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
69. Fienso que al estrechar una persona infectada por VIH, contagio a los que están a su lado.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
70. Siento a los individuos infectados por VIH cuando los atiendo.
(TA) (A) (I) (D) (TD)

71. Utilizaría el instrumental médico, esterilizado, después de haberlo empleado en personas infectadas por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
72. Siento compasión por todos los pacientes infectados por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
73. Trato de comprender las manifestaciones agresivas (palabras altisonantes y golpes) de personas infectadas por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
74. Las personas infectadas por VIH no deben ser discriminadas por su comportamiento sexual.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
75. Considero que los individuos infectados por VIH, tienen que comunicar su enfermedad al personal de salud que los atiende para evitar contagiarlos.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
76. Sancionaría al individuo infectado por VIH, que consciente de su enfermedad contagia a otros.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
77. Considero que los individuos infectados por VIH que hayan sido despedidos de su trabajo injustificadamente, deben quejarse con las autoridades competentes.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
78. Discrimino a las personas infectadas por VIH por tener varios compañeros sexuales.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
79. Castigaría al paciente infectado por VIH por ocultar su enfermedad al personal de salud que los atiende.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
80. Si un compañero de trabajo se contagia del VIH, renunciaría a seguir trabajando ahí.
(TA) (A) (I) (D) (TD)

A P E N D I C E B

TABLA DE DISCRIMINACION DE CONTENIDOS POR LA PRUEBA t DE STUDENT

TABLA DE DISCRIMINACION DE CONTENIDOS POR LA PRUEBA t DE STUDENT

CONTENIDOS	t	P
1. Considero que el personal de salud tiene derecho a negarse a atender individuos infectados por VIH.	2.36	0.029*
2. Mis amigos me juzgan por atender individuos infectados por VIH.	0.25	0.404
3. Preocupa a mis familiares el que atienda a individuos infectados por VIH.	-0.33	0.747
4. Me motivaría el que se implantaran tres o más períodos vacacionales para brindar mejor atención a personas infectadas por VIH.	1.85	0.081
5. Si encuentro a un paciente infectado en la calle, lo saludo.	2.88	0.010*
6. Creo que las personas infectadas por VIH que practican la prostitución deben ser sancionadas.	-0.30	0.768
7. Pienso que los pacientes infectados por VIH deben conformarse con la atención que les brinden las instituciones de salud.	1.34	0.196
8. Pienso que los individuos infectados por VIH deben apartarse de sus familiares para evitar contagiarlos.	1.23	0.233
9. La primera vez que atendí a un paciente infectado por VIH sentí temor de contagiarme.	0.30	0.769
10. El estar en una habitación cerrada junto a una persona infectada por VIH no me contagia.	1.92	0.052*
11. Mis familiares aceptan que trabaje con personas infectadas por VIH.	3.48	0.003*
12. Empleo instrumentos médicos esterilizados para evitar que los pacientes infectados por VIH se agraven.	1.07	0.305
13. Me molesta escuchar la vida sexual de las personas infectadas por VIH.	0.00	1.00
14. Me angustia saber que el paciente infectado por VIH morirá.	-0.88	0.392
15. Proporcionarla respiración de boca a boca a individuos que posiblemente estén infectados por VIH.	1.44	0.174
16. Proporciono confianza al mirar cara a cara a personas infectadas por VIH durante su atención.	-1.86	0.056*
17. Soy sin ningún temor al contagio, el sudor de personas infectadas por VIH.	1.77	0.094
18. Por permanecer junto a individuos infectados por VIH, en cualquier lugar público, no me preocupo.	4.06	0.001*
19. Establecería como obligatorio el limpiar una vez a la semana las instalaciones donde atienden a personas infectadas por VIH.	0.58	0.570

20.	Considero que los individuos infectados por VIH llevan una vida desordenada.	0.50	0.055*
21.	Creo que para solicitar empleo, los individuos infectados por VIH deben presentar un comprobante de su enfermedad.	0.67	0.501
22.	Otorgaría una cantidad mensual al paciente infectado por VIH para solventar su tratamiento.	2.53	0.021*
23.	Pienso que el proporcionar ayuda psicológica al personal de salud que atiende a pacientes infectados por VIH, reduciría sus temores.	1.16	0.039*
24.	Al amigo contagiado por VIH le seguiría brindando mi amistad.	0.73	0.476
25.	Legalizaría el aborto para las mujeres infectadas por VIH.	0.70	0.490
26.	Para evitar el contagio, las ropas de los individuos infectados por VIH, que estén hospitalizados, debe quemarse.	2.95	0.008*
27.	Pienso que las personas infectadas por VIH, que tengan que viajar al extranjero, debe exigirselos una autorización médica para salir del país.	1.87	0.057*
28.	Permanecería junto a mi pareja si esta estuviese contagiada por VIH.	1.13	0.273
29.	Temo contagiar a mis familiares por atender personas infectadas por VIH.	1.80	0.058*
30.	A causa de sus preferencias sexuales las personas infectadas por VIH me pervierten.	-0.77	0.457
31.	Con programas de relajación reduciría mi angustia, cuando atiendo a personas infectadas por VIH.	0.92	0.422
32.	Considero que los individuos infectados por VIH pueden disfrutar las mismas diversiones que una persona sana.	3.16	0.005*
33.	Protegería la confidencialidad de la persona diagnosticada por VIH estableciendo nuevos decretos.	0.87	0.398
34.	Desde que atiendo a personas infectadas por VIH, no temo a contagiarme a aumentado.	0.85	0.404
35.	Me gustaría atender pacientes infectados por VIH, por largo tiempo.	1.29	0.213
36.	Si toco a individuos infectados por VIH y que tengan lesiones en la piel, puedo contagiarme.	0.61	0.547
37.	Me siento culpable al negar la atención a personas infectadas por VIH.	0.14	0.891
38.	Me siento nervioso al atender por primera vez a personas infectadas por VIH.	0.16	0.053*
39.	Brindaría amparo legal, al personal de salud que resulte contagiado por atender pacientes infectados por VIH.	-1.50	0.165
40.	Considero que los individuos infectados por VIH, tienen derecho legal a ser atendidos en cualquier institución de salud.	0.15	0.894

41. Empleando las técnicas que existen para atender individuos infectados por VIH, no temo contagiarme.	0.58	0.570
42. Me contagio por saludar de mano a personas infectadas por VIH.	0.90	0.433
43. Fienso que perjudicaría atender por lástima a las personas infectadas por VIH.	1.46	0.161
44. Observo que mis familiares evitan mi presencia, desde que atiendo individuos infectados por VIH.	0.44	0.666
45. Considero que las personas infectadas por VIH, deben ser atendidas en un hospital exclusivo para ellas.	2.14	0.046*
46. Las personas infectadas por VIH, no tienen derecho a asistir a cualquier institución educativa.	2.36	0.030*
47. Creo que las personas infectadas por VIH, por sus preferencias sexuales, son un peligro para los jóvenes.	2.63	0.017*
48. Fienso que se debe proporcionar la eulenasia a individuos infectados por VIH que la solicitan.	-1.10	0.285
49. Las mujeres que tienen parejas infectadas por VIH, deben prohibírseles que se embaracen.	1.37	0.197
50. He notado que cuando atiendo pacientes infectados por VIH, me altero.	0.68	0.507
51. Miro a las personas infectadas por VIH cuando las atiendo.	-0.14	0.890
52. Fienso al personal de salud que comunique a otras personas, el resultado de un paciente infectado por VIH, sin la aprobación de éste.	1.60	0.127
53. He existido atender personas infectadas por VIH.	1.54	0.142
54. Respo sin temer a contagiarme a individuos infectados por VIH.	0.53	0.600
55. Heido de aconsejar a las personas en el momento de diagnosticarles la infección del VIH.	1.02	0.322
56. Siento que el uso de guantes, cubre bocas, anteojos y bata, es insuficiente para protegernos del contagio del VIH.	0.57	0.576
57. Fienso que el paciente infectado por VIH se desabogue libremente durante su atención.	3.84	0.003*
58. Fienso utilizar los mismos cubiertos de individuos infectados por VIH, puede contagiarme.	2.20	0.041*
59. Al atender a individuos de como se ha contagiado por el VIH, me he hecho sentir culpable por mis prácticas sexuales.	0.90	1.000
60. Para mejorar su atención, les brindo mi amistad a los pacientes infectados por VIH.	1.59	0.130

61. Las personas infectadas por VIH que asisten a lugares públicos no me incomodan.	2.04	0.056*
62. Considero que las pertenencias personales de los individuos infectados por VIH deben separarse para evitar contagiar a los miembros de la familia.	0.98	0.342
63. Considero que el darnos incentivos económicos por atender pacientes infectados por VIH, ayuda a mejorar la atención de estos.	2.89	0.010*
64. Creo que por utilizar el mismo sanitario de una persona infectada por VIH se transmite la enfermedad.	2.97	0.008*
65. Creo que es necesario incluir en los exámenes prenupciales, la prueba de detección del VIH.	-0.37	0.714
66. Los instrumentos médicos empleados en individuos infectados por VIH deben desecharse.	0.73	0.475
67. Pienso que el diálogo entre profesionales de la salud sobre la transmisión del VIH, favorece la atención de pacientes infectados con este virus.	2.50	0.025*
68. Por compartir un cigarrillo con una persona infectada por VIH no me contagio.	0.16	0.874
69. Pienso que al estornudar una persona infectada por VIH, contagia a los que están a su lado.	2.31	0.033*
70. Siento a los individuos infectados por VIH cuando los atiende.	2.91	0.012*
71. Utilizaría el instrumental médico esterilizado, después de haberlo empleado en personas infectadas por VIH.	1.00	0.333
72. Siento compasión por todos los pacientes infectados por VIH.	-0.68	0.506
73.trato de comprender las manifestaciones agresivas (palabras altisonantes y golpes) de personas infectadas por VIH.	2.63	0.025*
74. Las personas infectadas por VIH no deben ser discriminadas por su comportamiento sexual.	3.22	0.005*
75. Considero que los individuos infectados por VIH, tienen que comunicar su enfermedad al personal de salud que los atiende para evitar contagiarlos.	0.26	0.775
76. Sancionaría al individuo infectado por VIH, que conociendo de su enfermedad contagia a otros.	0.00	1.000
77. Considero que los individuos infectados por VIH que hayan sido despedidos de su trabajo injustificadamente, deben quejarse con las autoridades competentes.	2.15	0.045*
78. Brindaría a las personas infectadas por VIH por tener varios compañeros sexuales.	1.68	0.110

79. Castigaría al paciente infectado por VIH por ocultar su enfermedad al personal de salud que los atiende.	-1.30	0.210
80. Si un compañero de trabajo se contagiara del VIH, renunciaría a seguir trabajando ahí.	0.17	0.866

* Reactivos significativos $p < 0.05$

A P E N D I C E C

CUESTIONARIO FINAL

CUESTIONARIO

SEXO _____ EDAD _____ EDO. CIVIL _____
(Años y meses)

ESCOLARIDAD _____ PROFESION _____

TIEMPO DE LABORAR EN COMASIDA _____

¿ ASISTE A CURSO DE CAPACITACION PARA LABORAR EN COMASIDA ? _____

¿ ASISTE A TERAPIA GRUPAL CONTINUAMENTE ? _____ TIEMPO _____

¿ ASISTE A TERAPIA INDIVIDUAL ? _____ TIEMPO _____

¿ ALGUN MIEMBRO DE SU FAMILIA O AMIGO ESTA INFECTADO POR VIH ? _____

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presentará una lista de enunciados cuyo objetivo es conocer la opinión hacia la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) causante del SIDA. Le pedimos conteste con la mayor honestidad posible, marcando con una (X) la opción que considere más apropiada a su criterio. Siendo las opciones:

Totalmente de acuerdo (TA)
de acuerdo (A)
Indeciso (I)
desacuerdo (D)
Totalmente en desacuerdo (TD)

Sus respuestas serán anónimas y evaluadas en forma global.
Gracias por su colaboración.

Ejemplo:

Conoce las formas por las que se contagia el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

(TA) (A) (I) (D) (TD)

Si usted está totalmente de acuerdo, marcará (TA), si está de acuerdo, marcará (A), si no está de acuerdo, pero tampoco en desacuerdo, marcará (I), si está en desacuerdo marcará (D) y si está totalmente en desacuerdo, señalará (TD).

1. Considero que el personal de salud tiene derecho a negarse a atender individuos infectados por VIH.
(T A) (A) (I) (D) (T D)
2. Si encuentro a un paciente infectado por VIH en la calle, lo saludo.
(T A) (A) (I) (D) (T D)
3. El estar en una habitación cerrada junto a una persona infectada por VIH no me contagia.
(T A) (A) (I) (D) (T D)
4. Mis familiares aceptan que trabaje con personas infectadas por VIH.
(T A) (A) (I) (D) (T D)
5. Proporciono confianza al mirar cara a cara a personas infectadas por VIH.
(T A) (A) (I) (D) (T D)
6. Permanecer junto a individuos infectados por VIH, en cualquier lugar público, no me preocupa.
(T A) (A) (I) (D) (T D)
7. Considero que los individuos infectados por VIH llevan una vida desordenada.
(T A) (A) (I) (D) (T D)
8. Otorgaría una cantidad mensual al paciente infectado por VIH para solventar su tratamiento.
(T A) (A) (I) (D) (T D)
9. Pienso que el proporcionar ayuda psicológica al personal de salud que atiende pacientes infectados por VIH, reduciría sus temores.
(T A) (A) (I) (D) (T D)
10. Para evitar el contagio, las ropas de los individuos infectados por VIH que estén hospitalizados, debe quemarse.
(T A) (A) (I) (D) (T D)
11. Pienso que las personas infectadas por VIH que tengan que viajar al extranjero, debe obligarse a una autorización médica para poder salir del país.
(T A) (A) (I) (D) (T D)
12. Temo contagiar a mis familiares por atender personas infectadas por VIH.
(T A) (A) (I) (D) (T D)
13. Considero que los individuos por VIH pueden disfrutar las mismas diversiones que una persona sana.
(T A) (A) (I) (D) (T D)

14. Me siento nervioso al atender por primera vez a personas infectadas por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
15. Considero que las personas infectadas por VIH deben ser atendidas en un hospital exclusivo para ellas.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
16. Las personas infectadas por VIH no tienen derecho a asistir a cualquier institución educativa.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
17. Creo que las personas infectadas por VIH, por sus preferencias sexuales, son un peligro para los jóvenes.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
18. Permito que el paciente infectado por VIH se desahogue libremente durante su atención.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
19. Por utilizar los mismos cubiertos de individuos infectados por VIH puedo contagiarme.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
20. Las personas infectadas por VIH que asisten a lugares públicos no me incomodan.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
21. Considero el darnos incentivos económicos por atender pacientes infectados por VIH, ayuda a mejorar la atención de éstos.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
22. Creo que por utilizar el mismo sanitario de una persona infectada por VIH se transmite la enfermedad.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
23. Pienso que el diálogo entre profesionales de salud sobre la transmisión del VIH, favorece la atención de pacientes infectados por este virus.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
24. Pienso que al estornudar una persona infectada por VIH, contagia a los que están a su lado.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
25. Siento a los individuos infectados por VIH cuando los atiendo.
(TA) (A) (I) (D) (TD)
26. Trato de comprender las manifestaciones agresivas (palabras ofensivas y golpes) de personas infectadas por VIH.
(TA) (A) (I) (D) (TD)

27. Las personas infectadas por VIH no deben de ser discriminadas por su comportamiento sexual.
(T A) (A) (I) (D) (TD)

28. Considero que los individuos infectados por VIH que hayan sido despedidos de su trabajo injustificadamente, deben quejarse con las autoridades competentes.
(T A) (A) (I) (D) (TD)

A P E N D I C E D
OBTENCION DE LA CONFIABILIDAD

OBTENCION DE LA CONFIABILIDAD

1a Mitad X	2a Mitad Y	XY	X ²	Y ²
46	56	2576	2116	3136
56	61	3416	3136	3721
54	43	1462	1156	1849
57	58	3306	3249	3364
61	63	3843	3721	3969
58	64	3712	3364	4096
63	67	4221	3969	4489
61	70	4270	3721	4900
64	66	4256	4356	4356
63	64	4032	3969	4096
62	62	3844	3844	3844
66	50	3328	4356	2500
67	55	3685	4489	3025
65	69	4485	4225	4761
59	63	4026	3721	4356
61	66	4026	3721	4356
55	58	3190	3025	3364
66	63	4158	4026	3969
60	57	3420	3600	3249
1126	1163	69547	67854	71877

COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON

$$r = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2][N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]^{1/2}}$$

$$= \frac{19 (6954) - (1126) (1163)}{\sqrt{[19 (67854) - (1126)^2][19 (71877) - (1163)^2]^{1/2}}$$

$$= \frac{132126 - 1309538}{\sqrt{[19 (67854) - (126876)][19 (71877) - (1352569)]^{1/2}}$$

$$= \frac{11855}{\sqrt{(138926 - 126876)(1365563 - 1352569)}^{1/2}}$$

$$= \frac{11855}{\sqrt{(21050)(13094)}^{1/2}}$$

$$= \frac{11855}{(279556900)^{1/2}}$$

$$= \frac{11855}{16719.95}$$

$$= 0.709$$

* Numero elevado a 1/2 = Raiz cuadrada

FORMULA DE CORRECCION DE SPEARMAN BROWN

$$\begin{aligned} r_{tt} &= \frac{2r}{1+r} \\ &= \frac{2(0.709)}{1+0.709} \\ &= \frac{1.418}{1.709} \\ &= 0.829 \end{aligned}$$

A P E N D I C E E

REGISTRO OBSERVACIONAL DE CONDUCTAS

REGISTRO OBSERVACIONAL DE CONDUCTAS

PERSONAL DE SALUD _____ SEXO _____ FECHA _____

TURNO _____ NO. DE PACIENTES ATENDIDOS _____

CONDUCTAS		PACIENTES:				
		1	2	3	4	5
Recibimiento	a) Escritorio b) Personal c) Oral					
Saludo	b) De mano c) De beso					
Regar saludo	a) Oral b) De mano c) De beso					
Temperatura						
Pulsometría						
Mirar de frente						
Exhibir la mirada						
Volumen de voz	a) Aumento b) Normal c) Disminución d) Único					
Eltico de voz	b) Pausado c) Apretado					
Modulación de voz	a) Superiores b) Inferiores					
Manipulación de objetos						
Mirar el reloj						
Hacer anotaciones						
Mostrar las manos						
Respirar						
Tocar						
Tambor						
Subordinarse						
Generar						
Contacto corporal						
Sonreír						
OBSERVACIONES:						