

17  
ZES



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
"ZARAGOZA"  
CARRERA DE PSICOLOGIA

ACTITUDES DE SALUD EN PACIENTES  
PORTADORES DEL VIRUS DE LA  
INMUNODEFICIENCIA HUMANA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
MA. LUCINA RAMIREZ HINOJOSA

ASESOR: LIC. MARIO E. ROJAS RUSSELL



SEPTIEMBRE DE 1993

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **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.

RESUMEN . . . . .	1
INTRODUCCION . . . . .	2
I. ACTITUD Y SALUD: DEFINICIONES . . . . .	4
II. SALUD . . . . .	8
ANTECEDENTES HISTORICOS . . . . .	8
FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA SALUD: ASPECTOS POLITICO- SOCIALES. . . . .	10
ASPECTOS PSICOLOGICOS . . . . .	12
ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD . . . . .	17
III. VIH - SIDA . . . . .	23
ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA INFECCION . . . . .	23
IMPLICACIONES TEORICAS Y METODOLOGICAS EN EL SIDA . . . . .	25
SINTOMATOLOGIA . . . . .	29
FACTORES DE RIESGO. . . . .	31
REPERCUSIONES PSICOLOGICAS DE LA INFECCION . . . . .	34
IMPACTO ECONOMICO Y SOCIAL . . . . .	41
EPIDEMIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD . . . . .	42
IV. ACTITUD Y SALUD EN PACIENTES CON VIH. . . . .	46
ENFERMEDAD Y ACTITUD ANTE LA MUERTE . . . . .	49
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA . . . . .	52
HIPOTESIS . . . . .	52
METODO . . . . .	53
Sujetos . . . . .	53
Escenario . . . . .	54
Diseño . . . . .	54
Instrumento . . . . .	54
Procedimiento. . . . .	56
RESULTADOS . . . . .	58
Datos demográficos . . . . .	58
Actitudes de salud. . . . .	59
DISCUSION . . . . .	61
CONCLUSION . . . . .	71
REFERENCIAS . . . . .	77
ANEXO 1 . . . . .	82

ACTITUDES DE SALUD EN PACIENTES PORTADORES DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

MA. LUCINA RAMIREZ HINOJOSA

ASESOR: Lic. MARIO E. ROJAS RUSSELL

RESUMEN

*Se compararon dos grupos de pacientes del Hospital General de México quienes eran portadores del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), con diferentes periodos de diagnóstico. El grupo 1, lo formaron los sujetos con un período menor de 6 meses de diagnóstico y el grupo 2 fueron pacientes con más de 6 meses de diagnóstico.*

*Se diseñó un inventario a través del cual se evaluaron ocho áreas diferentes (actitudes de salud, información sobre la enfermedad, percepción de control, responsabilidad personal, seriedad de la enfermedad, sentimientos de culpa, actitud de la familia e impacto en la vida diaria), todas relacionadas con las actitudes de salud. Se encontraron diferencias significativas  $p < 0.5$  las cuales fueron: percepción de control y actitud de la familia. Asimismo se encontraron asociaciones significativas entre las áreas: historia de salud y vida diaria, entre actitud ante la información y culpa, con un nivel de significancia, con una de  $p < 0.5$ . La área percepción de control con responsabilidad personal, la culpa con el impacto en la vida diaria con una  $p < 0.01$ .*

*La importancia de conocer las actitudes promotoras de salud en pacientes positivos al VIH trae beneficios a estos, ya que es el momento adecuado para proporcionar tratamiento médico y psicológico que logre prolongar la sobre vida del paciente.*

## INTRODUCCION

Esta obra ha sido realizada con el objetivo de conocer algunos de las aportaciones de la psicología en enfermedades terminales, en el mismo se compararán las actitudes de dos grupos de pacientes portadores de VIH.

El trabajo comprende 4 apartados, en el primer capítulo se proporcionan las definiciones de actitud y salud en el cual se da una revisión general acerca de los problemas conceptuales sobre estos términos y finalmente una definición sobre ambos.

En el capítulo siguiente se realiza una breve retrospectiva histórica acerca de la salud, así como una análisis de los componentes políticos, sociales y psicológicos que están inmersos en la respuesta de afrontamiento a la salud. El objetivo de este apartado es dar a conocer la búsqueda de diferentes modelos por aclarar los elementos inmersos en la toma de acción para afrontar un diagnóstico. El estudio retoma el modelo propuesto por Turk et. al (1986).

En el capítulo tercero se describen las fases de la infección de VIH-SIDA, los factores de riesgo para contraerla, el impacto de la misma a nivel social y hospitalaria. Contemplando además el impacto en la estructura psíquica de individuo, así como en su círculo inmediato, la familia.

La última parte en cuanto a marco conceptual está dedicado a la unificación de los anteriores, intentando concretar los elementos que están en relación con las respuestas promotoras de salud en los sujetos portadores del VIH.

Una última parte de este capítulo esta dedicada a la elaboración de la pérdida de la salud, abordando algunas de las implicaciones que este tema llega a propiciar en el paciente.

El siguiente apartado corresponde a la descripción del problema, el método y los resultados del estudio.

Finalmente, en la discusión se realiza un encuadre final y un análisis de los alcances y limitaciones de estudio, proponiendo fomentar la investigación contemplando el impacto psicológico de diagnóstico, así como la participación del paciente en el manejo clínico y promover información en todos los niveles que permita enfrentar la cuestión del VIH como un problema de salud y no como un asunto moral.

## I. ACTITUD Y SALUD: DEFINICIONES

En el intento por estudiar al hombre, éste se ha distinguido como un ser complejo que está formado por diversos procesos psicológicos y sociales que lo hacen diferente de otras especies.

Entre los procesos psicológicos básicos las actitudes juegan un papel importante al intentar conocer, predecir, cambiar y comprender la conducta del hombre.

La actitud no es susceptible de estudio por sí misma, sino a través de una manifestación externa constituida a nivel verbal o conductual (Ramírez y Rodríguez, 1989).

Lo importante en el estudio de las actitudes es comprender que existen predisposiciones a emitir juicios valorativos acerca de casi todas las cosas, que hacen que se perciban como favorables o desfavorables, aprobadas o desaprobadas en diversos grados y que permiten actuar en consecuencia.

Las actitudes pueden manifestarse y orientarse en la conducta en un sentido determinado. Las actitudes se forman debido a la influencia de padres, maestros, medios de comunicación y de las experiencias personales (Ramírez y Rodríguez, 1989).

Por lo anterior resulta necesario tener un "concepto claro de actitud, sin embargo es conveniente tener presente que cuando se estudian las actitudes no se refiere a algo que pueda observarse directamente, sino que se refiere a una construcción a un concepto psicológico, que se utiliza para asignar procesos cognitivos del individuo" (Ramírez y Rodríguez, 1989).

Así, para el *Diccionario de Términos Psicológicos* (1978) por actitud se entiende una respuesta que puede ser a la vez motriz, verbal y cognitiva a un estímulo exterior.

Por su parte Reich (1980), considera que en las actitudes se incluyen tres elementos que son el cognitivo, el afectivo (que incluye los valores) y el conductual. Es un fenómeno, que no puede ser directamente observado.

Dicho proceso es un esquema organizado del comportamiento que resulta de la experiencia individual así como de la interacción con los modelos sociales, culturales y morales del grupo al que pertenece el individuo.

Thurstone (en Summers, 1978) considera que en la actitud se denota la suma total de inclinaciones y sentimientos humanos, prejuicios o distorsiones, ideas, temores y convicciones acerca de un tema determinado.

Como se ha observado al hablar de actitud resulta difícil tener una definición única y precisa. Sin embargo existen cuatro áreas en las que se encuentra un acuerdo general para este concepto:

1.- La actitud es una *disposición* a responder a un objeto o estímulo del exterior. Esta disposición a conducirse es una de las características de la actitud.

2.- La actitud es *persistente* pero no permanente. Para lograr un cambio en la actitud se requiere de una fuerte presión del exterior. La permanencia de este proceso se apoya generalmente en el grupo al que se pertenece, mencionan Arias y Melesio (1988); ya



que en la medida en que sujeto se encuentre motivado para identificarse con el grupo es poco probable que sus actitudes cambien si obtiene apoyo de ésta. La presencia de apoyo es una de las fuentes principales de resistencia al cambio.

3.- La actitud produce *consistencia* en las manifestaciones conductuales, puede tomar la forma de verbalizaciones hacia un objeto o expresiones de sentimientos.

4.- Las actitudes no son innatas, son *aprendidas*, son estados persistentes que una vez formados implican una reacción entre la persona los objetos y estímulos psicológicos con los que interactúa.

Así, cualquier expresión conductual o anímica en que se reflejen o manifiesten las creencias evaluativas del individuo con respecto a un objeto o estímulo del medio ambiente pueden servir como base de inferencia de una actitud. De esta forma, la actitud se entiende como un "marco de referencias que predispone a opinar favorable o desfavorablemente frente a un estímulo, siendo así una preparación o disponibilidad para la respuesta" (Arias Galicia, 1980 en Ramírez y Rodríguez, 1989).

Además de las características de las actitudes es necesario tener presente un concepto más objetivo y real al hablar sobre la salud, así en 1978, la OMS establece un concepto en el que contempla los factores que pueden generar una alteración en el equilibrio de la salud. De esta forma define a la salud como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente

la ausencia de afecciones o enfermedades, estableciéndolo como un derecho fundamental" (Sigerist, 1981).

Lo anterior es un intento por entender a la enfermedad como consecuencia de diversos factores y no supeditarlo exclusivamente a procesos físicos o infecciosos dejando a un lado el aspecto emocional del enfermo y las condiciones ambientales en las que se desenvuelve.

A la fecha se han acumulado una cantidad significativa de evidencias que documentan las relaciones entre el comportamiento y la salud y la enfermedad, en el transcurso del presente trabajo se intentará traer a colación algunas de estos estudios con el objetivo de documentar la importancia de los aspectos psicológicos y ambientales en los procesos infecto-contagiosos.

## II. SALUD

### ANTECEDENTES HISTORICOS

Desde la antigüedad se ha considerado que existen varios factores que determinan la actitud acerca de la salud y la enfermedad. Así en la Grecia antigua también se creía que la personalidad tenía algún efecto en la enfermedad que presentaba el paciente. De esta manera Hipócrates proclamaba la existencia de cuatro humores en el cuerpo, estos eran: el sanguíneo, la bilis amarilla, la bilis negra y la pleura. Estos humores eran la base de la personalidad (Sigerist, 1981).

El humor predominante determinaba el carácter de la persona e igualmente guiaba a la enfermedad, por ejemplo: el exceso de bilis negra podría producir una personalidad melancólica que se caracterizaba por depresiones eventuales y se asociaba con enfermedades físicas. La perfecta salud prevalecía cuando los humores se encontraban equilibrados con respecto al temperamento. La enfermedad resultaba entonces del exceso, del defecto de estos humores o del aislamiento de uno de ellos con relación a los demás (Galeno, en Sigerist, 1981).

El equilibrio de la salud para Galeno era mediante la prescripción de dosis adecuadas de alimento, bebida, sueño, actividad sexual, vigilia, ejercicio, etc.

Esta teoría de los humores rigió a la medicina durante más de 2000 años; actualmente esto resulta ingenuo ante la ciencia moderna, pero fue un intento por colocar a la salud sobre bases

científicas y principalmente por considerar al hombre como parte integrante de la naturaleza.

Además, estableció que la higiene y la salud no sólo deben ser somáticas sino también psíquicas. Galeno (en Sigerist, 1981) afirmó que los hábitos mentales pueden tornarse dañinos por costumbres y actitudes erróneas en materia del alimento, el ejercicio y la música. El exceso o la falta de uno de ellos originaba alteraciones en la salud del individuo.

Desde tiempos antiguos a la enfermedad se le empezó a asociar con elementos psicológicos y sociales y no sólo con elementos orgánicos.

Siglos después y bajo otra perspectiva, Freud, también propone que ciertas características de la personalidad son elementos necesarios para el desarrollo de una enfermedad. El estableció que con frecuencia la causa de fenómenos patológicos que presentaban los pacientes, estaban relacionados con su infancia, (Freud, ver obras completas).

Según él los casos de histeria, por ejemplo, las asociaciones patológicas que se forman son muy firmes y tienen efecto sobre los procesos somáticos.

La histeria se podría manifestar como neuralgias, parálisis, ataques histéricos y convulsiones epilépticas.

Sin embargo en su propuesta Freud engloba al hombre alejado de todo contacto con su ámbito social. Lo describe como resultado de procesos infantiles, que marcan determinadamente la conducta a seguir en su vida futura.

Lo anterior refleja pues una hipótesis respecto a un vínculo existente entre la personalidad, la actitud y la salud.

#### FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA SALUD: ASPECTOS POLITICO-SOCIALES.

Actualmente el intento por conocer la relación entre actitud y salud continua; proponiendo ahora una visión más general en la que se contemplan diversos factores que afectan de manera diferente las decisiones del sujeto con respecto a su salud. Entre estos factores se encuentran el contexto económico, político, social en el que se desenvuelve, es decir, el momento histórico por el que atraviesa que de alguna manera condiciona las posibilidades del hombre de enfermar para mantenerse saludable o morir.

Así, Matarazzo (1984, en Costa y López, 1986) asegura que muchas de las acciones que podrían llevarse a efecto para reducir los principales factores de riesgo y mejorar el estado de salud de la población están mediadas y determinadas por un sistema que incluye los valores de la familia, las instituciones jurídicas que incluyen entre sus principios factores éticos y sociales.

De esta forma, el modo en que se preparan y consumen los alimentos esta mediado por los procesos de comercialización en donde las características del sistema de libre mercado introducen factores, como el lucro y consumismo que son incompatibles con la salud. De igual forma el uso social del alcohol, el tabaco y otras drogas tienen un gran impacto en la vida del hombre pero en su mantenimiento hay implicados poderosos intereses económicos y políticos.

Por lo anterior resulta difícil pensar que el individuo adopte sus decisiones de salud de un modo enteramente libre. El hombre está inmerso en una sociedad en la que es expuesto a múltiples mensajes que influyen en su toma de decisiones y originan confusión acerca de la actitud saludable a adoptar (Costa y López, 1986). "El hombre está inmerso en una sociedad consumista, no controla lo que consume" es cada vez más dependiente para su toma de decisiones en procesos que ocurren al margen de sus intereses y necesidades. El sujeto elige sólo productos y conductas mediadas en su fabricación y elaboración por los intereses de las grandes firmas comerciales y ha llegado sólo a adoptar aquellas prácticas y comportamientos que las condiciones de vida le permiten (Costa y López, 1986).

Asimismo, de manera repetida se oye decir que el ejercicio físico es benéfico para el mantenimiento de la salud física y mental, pero se no consideran las largas jornadas de trabajo, la falta de tiempo libre y la ausencia de instalaciones deportivas y zonas verdes, estos son elementos sustanciales para que la gente desarrolle o no actitudes saludables (Costa y López, 1986). Basado en lo anterior surgen las siguientes preguntas: el hombre de esta sociedad ¿realmente puede elegir entre hacer ejercicio y ver televisión? o ¿elegir entre tomar alcohol o beber un vaso de leche? ¿puede dejar de fumar cuando es estimulado por la publicidad a seguirlo haciendo? ¿puede elegir entre hacerse un chequeo médico a cumplir con la jornada de trabajo?.

"La toma de decisiones individuales es cada vez más vulnerable en un contexto en el que no existe una cultura de la salud, que

pueda equilibrar el enorme desamparo del hombre frente a la jungla de los que se enriquecen a costa de la venta y consumo de artículos innecesarios" (Costa y López, 1986).

Es bajo estas condiciones en las que el hombre aprende a valorar erróneamente la salud y la enfermedad con los elementos que tanto en la sociedad como en su núcleo familiar encuentra.

#### ASPECTOS PSICOLÓGICOS

La historia personal de cada individuo es otro factor determinante para la toma de decisiones ante un evento el cual amenaza su salud. Es necesario considerar el entorno social del sujeto, el cual incluye; estatus socioeconómico, la actividad que desempeña, la actitud ante la enfermedad, la evaluación que haga del diagnóstico y su actitud hacia los servicios de salud pública entre otros.

Rosentock y Kirscht (1977), han señalado que el uso de servicios médicos está fuertemente relacionado con el ingreso económico, el no poder pagar la consulta impide que el paciente asista al hospital. Por lo regular primero satisfacen sus necesidades básicas y la salud en varias ocasiones es dejada para después.

Así, los sujetos con un mayor nivel educativo y económico asisten con más frecuencia al médico (Elinson, Henshaw y Cohen, 1976 en Rosentock y Kirscht, 1977).

Rosentock y Kirscht (1977) aseguran que aunque los servicios de salud preventivos han sido diseñados para la gente con pocos recursos, en realidad pocos de ellos asisten a los mismos.

La historia de salud del paciente se ha correlacionado con su actitud hacia los servicios de salud y hacia la enfermedad que depende en gran medida de la seriedad de está última.

"Así los sujetos quienes reportan algún problema de salud en algún período de su vida, evalúan el desorden actual como menos serio que el sujeto quien nunca ha experimentado algo parecido" (Jemmot, 1988; en Croyle, 1990).

Esto es, según Croyle (1990), porque quien ha experimentado algún desorden tiene más conocimiento de la pérdida de equilibrio en la salud y es menos probable que exagere la enfermedad, además se encuentran motivados a mantener serenidad durante la enfermedad y reducir la ansiedad.

En cuanto a la actividad que el paciente desempeña; Turk, Rudy, Salovey (1984) reportaron que los maestros y estudiantes se inclinaban más por la "efectividad" de una conducta a realizar para disminuir una amenaza a la salud; mientras que las enfermeras fueron más consistentes con el "esfuerzo" para lograr contrarrestar los efectos de una enfermedad.

Además de considerar el medio ambiente y la actividad que desempeña el sujeto para conocer las actitudes y conductas ante una enfermedad las creencias y evaluaciones que el sujeto pueda hacer del diagnóstico han demostrado también desempeñar un papel importante en el conocimiento de las actitudes de salud.

En un trabajo reportado por Leventhal (en Croyle, 1990), se establece que las respuestas ante las amenazas contra la salud; dependen en gran medida de las creencias del sujeto, que están



relacionados con el tiempo en el que se vive y el desorden que se presenta. La forma en que se vive la enfermedad esta relacionada con el diagnóstico. De esta forma el paciente evalúa una condición de salud como más extrema o grave cuando ésta resulta ser para el paciente "rara"; por otro lado la evaluación de la enfermedad está relacionada con el nivel de información del paciente quien se encuentra influido por el grupo social. Así cuando una enfermedad es percibida como "común" dentro de su grupo social, es más probable que no inicie una conducta para disminuir la amenaza a su salud (Croyle, 1990).

La evaluación que el sujeto hace de la enfermedad o del diagnóstico influyen en su actitud ante esta, pero el sujeto no vive solo con ella, pertenece a un grupo y la actitud de la gente que le rodea tiene un papel importante en el estudio de actitudes en los pacientes después de recibir un diagnóstico.

De esta forma las atribuciones; por ejemplo de culpa, hechas por otras personas, como; pareja, hijos y padres se asocian con pobres evaluaciones psicológicas que disminuye la visión de control del paciente sobre la enfermedad afectando su actitud positiva o de cooperación con el médico para mejorar y disminuir las molestias (Shelley, 1990).

Cada uno de los elementos anteriores de alguna manera repercuten en la conceptualización que el individuo tiene de su entorno social; de la política, de la economía, de la salud y de la enfermedad a su vez estos elementos le dan la posibilidad de elegir

entre un vaso de leche o un vaso de cerveza y le dan elementos para evaluar y afrontar su estado de salud actual.

Por otro lado se ha creído que la personalidad puede originar conductas de enfermedad como de salud. De esta manera existen factores psicológicos en la enfermedad que se han relacionado con alteraciones orgánicas, por ejemplo; la migraña, es relacionada con la hostilidad reprimida y el asma con la ansiedad (Friedman, 1987).

Si algunos aspectos de la personalidad se asocian con la enfermedad puede ser porque estos son el resultado de procesos de enfermedad, por ejemplo; es frecuente que los pacientes con problemas de cáncer lleguen a deprimirse y no por esto creer que la gente enferma tiene disturbios psicológicos. Es obvio que procesos biológicos dañinos pueden producir desórdenes emocionales (Friedman, 1987).

Es por esto que los factores psicológicos juegan un papel importante en el proceso de enfermedad y en la manera de afrontarla. Así se puede decir que ciertas formas de comportamiento afectan la personalidad como es el caso de la personalidad de tipo A puede llevar a desarrollar hipertensión o facilita el desarrollo de daños arteriales (Friedman, 1987).

De esta forma las creencias de salud-enfermedad, la conducta ante situaciones que propician estados estresantes, el momento histórico social en el que se vive y el estilo de vida del sujeto son elementos importantes en el intento por conocer las actitudes de salud y de enfermedad.

Berkman y Syme, (1979; en Matarazzo, 1984a) reportaron los datos de un estudio en el que realizaron seguimientos a sujetos de edad avanzada, donde demostraron el papel que desempeña el contexto social del individuo y la relación que guarda con los factores psicológicos que puedan repercutir en su futura muerte. Las variables que ellos observaron fueron; estado civil, el nivel de contacto con amigos y parientes, el ser miembro de una iglesia y la participación en un grupo. En el análisis de estas variables encontraron que a nueve años y medio de seguimiento, los sujetos quienes tenían una alta actividad en estas variables presentaban menor tasa de mortalidad que quienes mantenían una baja actividad social.

La gente solitaria comparada con quienes eran socialmente más activos fue de 2.3 a 1.0 para hombres y de 2.8 a 1.0 para mujeres (Matarazzo, 1984). Además encontraron que las actividades sociales y la mortalidad eran independientes de: a) la salud física de los sujetos cuando se inició el estudio (en 1965), b) el estatus socioeconómico, c) y otras conductas como fumar, la obesidad, el sobre consumo de alcohol, inactividad física y la falta de cuidado preventivo a la salud.

A partir de estos datos se debe de considerar que la salud o la enfermedad no dependen exclusivamente de factores biológicos sino también del estilo de vida que tiene una estrecha relación con los procesos y condiciones socioeconómicas en las que se desenvuelve el sujeto. Sin olvidar además los aspectos emocionales que en alguna forma frenan o aceleran el curso de la enfermedad.

## ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD

La actitud del paciente ante una enfermedad es el resultado de todos y cada uno de los elementos antes mencionados, los cuales permiten entender la manera en que una persona afronta una amenaza real o potencial contra su salud. En el afrontamiento están implicados aquellos procesos cognitivos y conductuales que constantemente son combinados para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas por el individuo como excedentes o desbordantes de sus propios recursos (Lazarus y Folkman, 1986). De esta manera cuando una persona se siente amenazada por una enfermedad puede tomar la alternativa de cambiar su actitud ante la situación conflictiva; por ejemplo ir dejando actividades que no reducen la amenaza o bien no la controla. En otras ocasiones el miedo y la ansiedad se incrementan como respuesta a la amenaza. Estos dos elementos psicológicos que llegan a presentar algunos sujetos impiden y les incapacitan para pensar y actuar racional y objetivamente ante el problema (Rosentock, 1974).

Por otro lado las presiones y demandas ambientales originadas por la nueva condición de salud producen periodos de estrés psicológico que es el resultado de la relación del sujeto con el entorno que evalúa de manera amenazante o desbordante de sus recursos y ponen en peligro su bienestar. La opinión de que una relación individuo-ambiente es estresante será según la cognición del sujeto (Lazarus y Folkman, 1986).

De esta manera cuando el individuo vive una situación estresante en la que percibe un bajo control sobre la misma, puede llevar a pobres evaluaciones psicológicas como son culpa y desinterés por solucionarla (Friedman, 1987).

Se han realizado estudios para saber cuales son las mejores formas de afrontamiento; por un lado la evitación/represión y por otro la atención/afrontamiento. La primera puede ser más efectiva para manejar una amenaza a corto plazo, pero la segunda es mejor para enfermedades crónicas (cáncer y sida), ya que permite manejar el estrés causado por la enfermedad de una manera más efectiva (Shelley, 1990)

Se ha visto que la gente con más recursos personales y ambientales puede afrontar una situación conflictiva y por lo tanto llevarlos a un mejor manejo de la enfermedad (Shelley, 1990).

De igual forma se ha intentado conocer si existen dimensiones o características que la gente usa para organizar información acerca de la enfermedad. De esta forma, se han propuesto alternativas en las que se pretende determinar la existencia de un modelo de enfermedad que pueda ser general y prevalezca a pesar de las diversidades demográficas, de los diferentes estados de salud y del conocimiento que el individuo pueda tener de una enfermedad o de la importancia de ésta en su vida.

Turk, Rudy y Salovey (1986), reportaron resultados que sustentan la existencia de dicho modelo el cual está conformado por cuatro elementos:

1.- SEVERIDAD: Representa el conocimiento que tiene el sujeto acerca del grado de contagio de la enfermedad, la dificultad para curarla y el tiempo necesario para su atención médica.

2.- RESPONSABILIDAD PERSONAL: Implica el conocimiento de la causa o cura de la enfermedad. Refleja las creencias acerca de quién o qué podría ser responsable de el comienzo o terminación de la enfermedad. En algunas situaciones de amenaza contra la salud el sujeto puede sentirse responsable de la causa de ésta o responsable de su cura, lo cual inevitablemente tiene un impacto psicológico. "La gente enferma está preocupada por su problema y se cuestiona acerca de su papel en la causa u origen de ésta", llevando al sujeto a un estado de angustia que puede originar una disminución en la salud por los cuestionamientos y atribuciones de culpa que el sujeto puede hacerse.

Taylor (1982 en Turk et al, 1986), reportó que los pacientes que se culpan innecesariamente por la enfermedad sobre la cual no tienen control son evaluados con un diagnóstico desfavorable en comparación con los sujetos quienes atribuyen su enfermedad a factores externos y además actúan para combatirla. En las fases de culpa o depresión el paciente no toma responsabilidad para cambiar su estilo de vida, que le puede llevar a enfermedades evitables (Richmanond, 1979; en Turk et al. 1986).

3.- CONTROLABILIDAD: en este rubro se intenta establecer si algo puede o no influir en el curso de la enfermedad según la evaluación del paciente.

Todo evento controlable es menos probable que lleve a la depresión y a la desesperanza (Turk, 1979, en Turk, 1986). Se ha visto que en la percepción de control que tiene el sujeto es benéfico y en varias ocasiones mejora la salud mientras que la falta de ésta puede llevar a un daño más severo en la misma (Jarris, Rodin, 1979; Schorr y Rodin, 1984 en Turk et al. 1986).

4.- VARIABILIDAD: Esta última variable se refiere a los síntomas y otros aspectos de enfermedad que son variantes e impredecibles con el tiempo, las enfermedades que son más cambiantes son más estresantes porque son impredecibles en su curso, lo que hace del manejo y del afrontamiento de la enfermedad aún más difícil

Por otro lado Croyle (1990), observó las reacciones ante el diagnóstico de una enfermedad. El midió la presión sanguínea a diferentes sujetos, a la mitad de ellos se les dio un diagnóstico falso, (presión sanguínea alta cuando era normal). La minimización fue la respuesta común en estos pacientes. Esta actitud de minimización de la seriedad después de un diagnóstico de una enfermedad ocurre posteriormente a la detección. La apreciación cognitiva de la seriedad de un diagnóstico es determinada en gran parte por las creencias individuales concernientes a lo que para él es el diagnóstico de presión sanguínea alta. La idea que el paciente tenía al recibir el diagnóstico era de que se trataba de una enfermedad aguda o cíclica, pero no grave, él le daba una connotación al diagnóstico apoyado en el nivel de información con que el contaba.

La minimización es una de las reacciones más comunes de afrontamiento reportada en diferentes trabajos. Esta actitud puede facilitar, algunas veces la conducta orientada al afrontamiento para reducir el nivel de ansiedad. (Cohen y Lazarus, 1979; Lazarus, 1983; Sols y Fletcher, 1985 en Croyle y Ditto, 1990).

Ditto, Jemmott y Darley (1988) aseguran que la negación y otras formas defensivas son más frecuentes cuando el paciente no tiene la intención inmediata de reducir la amenaza (Janis, 1984; Lazarus, 1983; Leventhal, 1970 en Croyle y Ditto, 1990).

Una explicación de la psicología social establece que la disminución de la amenaza a la salud es una reacción de "automejoría" empleada por el sujeto en una gran variedad de formas y quizás sea un prerequisite de optimismo adaptativo (Myers, 1987 en Croyle y Ditto, 1990).

El estado de ánimo ante el diagnóstico también ha recibido atención de algunos investigadores. Así se ha demostrado que las reacciones del sujeto ante el diagnóstico pueden mediar reacciones cognitivas y conductuales. Hoppy y Croyle (1988 en Croyle y Ditto, 1990) encontraron que los pacientes que experimentan reacciones de tristeza, miedo y angustia después de una prueba de colesterol era menos probable que retuvieran información nutricional proporcionada después del resultado de la prueba.

De igual forma se ha encontrado que el diagnóstico puede iniciar los síntomas y conductas enfermas aun cuando el diagnóstico dado haya sido equivocado (Bloom y Monterossa, 1981; Hampton et al., 1974 en Croyle y Ditto, 1990).



Leventhal, Meyer y Nerenz (1980) advierten que "al dar los síntomas al paciente él se encargará de buscar un diagnóstico, y al dar el diagnóstico el paciente buscará los síntomas". Bajo estas palabras el autor deja ver la necesidad de dar una información y apoyo completo al manejar la noticia de un diagnóstico que muy probablemente afectará la totalidad de la vida del paciente.

Como se ha podido observar diversas investigaciones han intentado evaluar desde diferentes ángulos las formas de representar y actuar ante la salud y la enfermedad. Sin embargo una visión general en la que se puedan incluir la gran mayoría de los elementos que influyen en la actitud del individuo, puede dar respuestas más certeras al intentar evaluar la actitud de salud del paciente. De esta forma no se puede pasar por alto el papel que el medio ambiente tiene, como tampoco la historia personal del individuo, sus emociones, sus temores, sus preferencias, la actividad que desempeña, el nivel educativo y económico. En una palabra abordar al individuo como un ser íntegro en una constante interrelación con su medio ambiente, como un ser con un pasado histórico del que no puede desprenderse.

Es así que bajo esta perspectiva integral, el presente trabajo intentará analizar las actitudes de salud ante el diagnóstico de VIH- SIDA.

### III. V I H - S I D A

#### ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA INFECCION

En diferentes periodos de la historia, el hombre ha tenido que combatir diversas enfermedades que lo amenazan contra su salud.

Hace años la peste podía terminar con poblaciones enteras, así como la tuberculosis o la lepra.

Los conocimientos que en esos años tenía el hombre acerca de los agentes infecciosos que se encuentran en el ambiente eran mínimos y por lo tanto las explicaciones que se daban a las causas poco efecto tenían en el enfermo.

A finales del presente siglo la humanidad vive una de las más severas infecciones, por la magnitud que tiene a 10 años de haberse detectado y, por las limitaciones que todavía hay en la ciencia para crear una vacuna. La infección de la que se habla se le ha denominado SIDA, de las siglas SINDROME porque es un conjunto de síntomas, de INMUNO porque ataca al sistema inmunológico DEFICIENCIA porque debilita al sistema inmunológico y ADQUIRIDA porque se contrae por contacto entre una persona sana y otra infectada.

La historia del SIDA esta envuelta en diferentes controversias científicas acerca de su origen y forma de transmisión.

En 1981 el Centro de Control de Enfermedades (C.C.E.), en Atlanta, organismo que controla la incidencia de las enfermedades y el consumo de medicamentos en los Estados Unidos, publicó un artículo que demuestra la aparición de neumocistis pulmonar y sarcoma de Kaposi, en varones homosexuales jóvenes, ambas enfermedades eran raras en una población anteriormente sana, lo que propicio investigación al respecto. Es entonces cuando se sospecha de la aparición de una nueva enfermedad.

Posteriormente en 1982 se detecta síntomas parecidos en un número creciente de haitianos y hemófilicos, se logra establecer

los mecanismo de contagió son por vía sexual y sanguínea, en el mismo año se detectan casos en niños, observándose en todos los pacientes severas deficiencias inmunológicas.

Ya en 1983, el crecimiento de la enfermedad en los Estados Unidos es exponencial (se duplica semestralmente). En el mismo año aparece el problema en Africa, principalmente en Zaire. De igual forma se detecta en Europa, específicamente en Francia el primer caso a consecuencia de una transfusión practicada en Haití.

En este mismo país el equipo del doctor L. Montagnier aísla el virus del SIDA denominándolo L.A.V. (Lymphadenopathy Associated Virus) seguido por el doctor R.C. Gallo en Estados Unidos quien lo denomina HTLV-III. Posteriormente esto origina una controversia sobre la denominación y la prioridad del descubrimiento, por lo que más adelante se le designará VIH.

A medida que transcurre el tiempo la infección repercute en diversas esferas de la sociedad, así en 1985 en Francia todos los donadores de sangre son sometidos a una prueba de detección de anticuerpos para determinar la presencia del VIH (Cassuto, Pesce y Quaranta, 1987). Posteriormente se trata de determinar el origen del virus, sospechándose por un lado del papel que tiene el mono verde que en el Africa central en donde se celebran ritos y sacrificios con estos animales, quienes al parecer son portadores del VIH, pero no padecen la enfermedad, en estos ritos se establece contacto con la sangre del animal sacrificado y es así como se cree pudo mutar al hombre. Para otros es consecuencia de la guerra bacteriológica, donde un elemento químico fue mal manejado en el

laboratorio, y accidentalmente entro en contacto con el hombre y empezó a infectar a la población mucho antes de lo que el gobierno americano había previsto (Gaceta Conasida, 1988).

Resulta difícil establecer el origen de la enfermedad sin embargo estas son dos de las hipótesis que se manejan ante las preguntas sobre el origen de la enfermedad, pero es más interesante conocer los efectos que está teniendo la misma en la sociedad actual.

#### IMPLICACIONES TEORICAS Y METODOLOGICAS EN EL SIDA

Hablar de SIDA, es hablar de una infección en la que toda la población se debería de sentir vulnerable a la misma, pero no es así, como se mencionó el SIDA es causado por el Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH) y ante el cual la ciencia y la sociedad han medido sus logros y limitaciones.

Primeramente el cuerpo científico se enfrenta con el reto de crear una vacuna para atacar al VIH, lo que tiene varias implicaciones y dilemas que se expondrán posteriormente.

Por lo general se piensa que las vacunas son las armas más sencillas y eficaces para combatir un padecimiento infeccioso. Una vacuna es la introducción de un microorganismo o partes del mismo al cuerpo que puede invadir, de tal forma que no produzca daño o enfermedad sino una respuesta de defensa (inmunológica) y el individuo posteriormente sea resistente a la infección al exponerse a la enfermedad (Rico y Uribe, 1990).

La estrategia que se emplea en la vacuna es la introducción de un organismo del antígeno en una forma inocua en el individuo, para

que posteriormente cuando se ponga en contacto con la forma dañina, el sistema inmunológico lo reconozca y lo inactive rápidamente (Rico y Uribe, 1990).

No siempre es posible obtener una vacuna contra una infección, por ejemplo cuando existen varios microorganismos que producen una enfermedad, como es el caso del catarro común, que es producido por más de 100 tipos de virus diferentes y para lograr una protección efectiva se tendría que administrar a cada individuo más de 100 vacunas. Se conoce que existen organismos que se mantienen latentes en el cuerpo y posteriormente, por "mecanismos desconocidos", se reactivan, produciendo daño o una enfermedad.

La elaboración de la vacuna para el SIDA también tiene serios problemas, el VIH cambia su composición externa de manera que una vacuna basada en la estructura inicial no funcionará para la nueva composición del mismo.

Por otro lado, el VIH se esconde en el interior de las células que infecta. El virus afecta a las células que deben de ser activadas por la vacuna. Afecta a poblaciones celulares que forman parte del sistema de defensa, en particular un cierto tipo de linfocitos T de los cuales se conocen 9 tipos diferentes, dos de ellos son importantes; a) células colaboradoras que ayudan a otras células de defensa inmunológica, como los linfocitos B productores de anticuerpos a actuar contra invasores extraños; b) células supresoras; disminuyen la actividad de las células de defensa inmunológica una vez que la amenaza de un invasor extraño ha disminuido (Daniels, 1987).

La relación normal entre células colaboradoras y supresoras es alrededor de 2.4:1. En los pacientes con SIDA la relación puede estar invertida, hay más células supresoras que colaboradoras. Se ha logrado determinar que el VIH se replica dentro de las células T colaboradoras y las destruye dañando así el sistema inmunológico (Daniels, 1987), por esta razón el primer requisito para lograr una vacuna efectiva sería que fuera capaz de impedir la infección de estas poblaciones celulares.

El VIH afecta el sistema nervioso central y una vez allí, el sistema inmunológico ya no puede alcanzar las células infectadas en el cerebro.

Otro obstáculo es el hecho de que no existe un modelo animal, ya que hasta el momento no se ha detectado especie alguna, a excepción de la humana, que presente las consecuencias de la infección, se conoce de algunos primates que la tienen pero no la padecen, por lo que la investigación se tiene que realizar directamente en humanos, esto implica problemas éticos y escasez de voluntarios (Rico y Uribe; 1990)

Otra de las limitantes en el estudio del SIDA es que la sociedad se enfrenta a una enfermedad a la que no puede manejar. El trato que reciben los enfermos de SIDA, por parte del personal de salud no es el adecuado, por lo general son aislados y rechazados en los hospitales, situación que puede explicarse por la falta de información que prevalece al respecto de la infección, atribuyéndole los mecanismos de transmisión más extravagantes. Es así que la

enfermedad se sigue asociando a la homosexualidad y a la promiscuidad en general.

De igual forma se piensa que estar infectado por el VIH es tener el SIDA, sin embargo se puede estar infectado sin saberlo y permanecer asintomático por varios años, a lo que se la ha denominado; "seropositivo o portador del VIH". Esta es otra de las características de la enfermedad el período de incubación, el virus tiene un período de latencia variable antes de presentar síntomas clínicos.

El SIDA es la última fase de la enfermedad, es decir la consecuencia de ser portador del VIH. De acuerdo con las manifestaciones de la infección se han detectado cuatro fases que son: La fase asintomática, La fase de Linfadenopatía Generalizada Persistente (L.G.P.), la fase Complejo Relacionado con el SIDA (C.R.S) y finalmente la de SIDA.

#### SINTOMATOLOGIA

La determinación de la sintomatología de la infección se ha establecido observando las diferentes fases por las que cursa el paciente, es así que los diferentes síntomas clínicos como la gravedad de los mismos es lo que determinará que el individuo este en una u otra fase (Fig. 1).

En la primera fase se encuentran los pacientes que han recibido un diagnóstico positivo al VIH, pero no manifiestan síntomas de la infección.

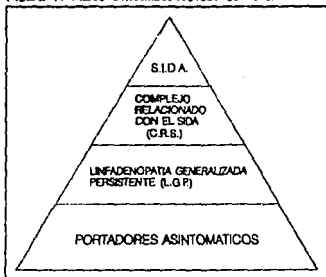
Posteriormente se observa la aparición de síntomas clínicos, en esta fase el paciente desarrolla un crecimiento generalizado y persistente de ganglios linfáticos (L. G. P.). Caracterizándose por la presencia de ganglios linfáticos tumefactos, en diversos sitios como son axilas, cuello, etc. en donde aumenta de tamaño, son duros, se mueven, pueden ser bilaterales y son simétricos. El paciente con LGP puede también desarrollar síntomas como: fatiga, fiebre, sudoraciones nocturnas, pérdida de peso, diarrea.

La siguiente fase ha sido denominada Complejo Relacionado con el SIDA (C.R.S.), el cual se define como una infección de VIH, que permite que infecciones oportunistas ataquen al paciente como son: el herpes simple, el citomegalovirus, la tuberculosis, la *Candida albicans* entre otras infecciones (Daniels, 1987).

La necesidad de clasificar por separado estas dos fases refleja el diferente pronóstico, así una fase de LGP es relativamente benigna, por el contrario el CRS es más agresivo.

Los síntomas que han sido observados en esta última fase son: pérdida de peso mayor de 10%, diarrea inexplicable por más de un mes, fiebre, sudoraciones nocturnas ambas inexplicables, candidiasis bucal, en exámenes de laboratorio se detecta disminución de

Figura 1. Fases sintomatológicas del SIDA





linfocitos T supresores con respecto a los colaboradores, anemia, etc.

Actualmente no hay datos precisos sobre el porcentaje de individuos positivos que desarrolle finalmente SIDA. En los pacientes con esta última fase se presentan trastornos como: neoplasias malignas, linfomas (tumores que surgen el tejido linfático), carcinoma de la células escamosas de la cavidad bucal y en el ano.

En ocasiones hay un amplio espectro de manifestaciones clínicas relacionadas con la infección que varían de un individuo de un ambiente social a otro lo que determina la presencia de una u otra infección. Actualmente no hay datos sobre precisos sobre el porcentaje de individuos positivos que desarrollen finalmente SIDA, se ha observado que gran parte de los pacientes infectados lo manifiestan, pero existen otros que se han mantenido asintomáticos, hasta el momento se desconoce el período de evolución entre la infección y el desarrollo de SIDA, se ha observado que varía de 6 a 12 meses, en lo anterior están implicados factores como el estrés inmunológico, exposiciones a situaciones de riesgo o bien características individuales relacionadas con la personalidad del sujeto.

#### FACTORES DE RIESGO.

Es conveniente mencionar algo acerca de los factores de riesgo, lo que permitirá reconocer los mecanismos reales de transmisión.

En México la principal vía de infección es por contacto sexual, la cual se da cuando existen intercambios de líquidos corporales principalmente de semen, de secreciones vaginales y de sangre entre una persona infectada y otra sana, ya sea en una relación homosexual o heterosexual. Más aun si estas son con parejas múltiples y no existe el uso del condón (preservativo). Otra forma de contagio es por transfusión sanguínea, de un donador con sangre infectada por el VIH a un individuo sano. En México a partir de 1986 se reglamento por ley que en todos los hospitales se realice el análisis para la detección de anticuerpos en los donadores de sangre (Gaceta Conasida, 1988).

Otro factor de riesgo es uso de agujas contaminadas, que no son esterilizadas y las cuales pueden estar infectados por el virus.

La vía perinatal es otro mecanismo de transmisión, en el cual una madre con el VIH puede contagiar a su hijo durante el embarazo, en el momento del parto o durante el período de lactancia a través de la leche.

Finalmente por trasplante o injerto de órganos o tejidos infectados.

Se ha observado que el virus es muy frágil y no subsiste a las condiciones ambientales ni al uso de detergentes o desinfectantes, por ello sólo se puede transmitir a través de algunas de las formas descritas (Gaceta Conasida, 1988).

Hay investigadores que aseguran que al someterse a una transfusión sanguínea y la sangre es VIH positiva, hay hasta un 70%

de posibilidades de infección. En cuanto al contagio de madre a su hijo existe la posibilidad de un 50 a 60% de se transmitir la infección, sin embargo la vía sexual es la de menor riesgo, pero representa la forma más frecuente de contagio en todo el mundo (Aridjis, 1990).

No se ha precisado la cantidad de relaciones necesarias para contraer la infección, pero se sabe que el riesgo aumenta de manera proporcional al número de contactos. No obstante puede darse el caso de "ser contagiado en un solo contacto sexual". Se ha logrado detectar los líquidos corporales en los que se ha encontrado el VIH los cuales son: semen, fluidos vaginales, heces fecales, orina. Se ha observado que la infección esta relacionada con la concentración del virus en los fluidos corporales, de su volumen y el tipo de práctica sexual.

Aridjis (1990), asegura que las heridas pequeñas son una forma idónea para que el virus penetre al organismo, ya sea en el pene o en la vagina, en el recto e inclusive en la boca, por ejemplo en el coito anal puede llegar a dañarse la mucosa que recubre al recto provocando laceraciones en éste y en el pene de quien penetra, de esta forma las secreciones sexuales pueden quedar en contacto con las partes lesionadas, permitiendo la entrada del virus.

El coito vaginal es el menos propicio para el contagio, pues la mucosa de la vagina es más densa a fin de favorecer la penetración, pero es necesario mencionar que el riesgo aumenta durante la menstruación por los cambios hormonales que ocasiona y hay mayor acceso al torrente sanguíneo de la mujer.

Por otro lado Aridjis (1990), considera que organismos como el virus de la hepatitis tipo B, del herpes y las bacterias que generan enfermedades venéreas (gonorrea, sífilis, etc.) pueden ocasionar lesiones genitales y sobre estimular al sistema inmunológico facilitando la introducción del virus.

El uso de alguna droga o cualquier estimulante del sistema nervioso altera la conducta del sujeto quien mantiene relaciones sexuales bajo sus efectos, ya que no controla plenamente su conducta y es bajo estas circunstancias en las que se establece relaciones íntimas que en un estado consciente no se harían.

Entre las sugerencias que se hacen para disminuir el riesgo de contraer la infección se encuentran las siguientes;

- tener una sola pareja.
- evitar relaciones ocasionales, sobre todo si se desconocen los hábitos sexuales de la pareja.

Esta misma autora, jerarquiza el riesgo que puede existir en las diferentes prácticas sexuales: prácticas de bajo riesgo; en donde solo existe contacto con la piel sana sin intercambio de líquidos corporales (abrazos, besos secos).

Prácticas de mediano riesgo, donde existe intercambio de fluidos corporales como semen, las secreciones vaginales y sangre (coito con preservativo, besos húmedos ...).

Prácticas de alto riesgo en donde se produce daño en la piel y en las mucosas, permitiendo el intercambio de líquidos corporales como sangre y semen (coito anal, vaginal sin empleo de condón).

Por otro lado debido a que en los primeros años en que la infección se presentó, los casos que predominaron fue en personas homosexuales, Castro (en Leyva, 1990). Esto trajo como consecuencia la estigmatización y marginación hacia aquellas personas que presentaban la infección o bien se prejuicio de que son enfermos o bien que los homosexuales son víctimas en potencia del SIDA.

Actualmente se ha establecido que "no hay grupos de alto riesgo sino que son prácticas, las que ponen en riesgo la salud de los individuo".

#### REPERCUSIONES PSICOLOGICAS DE LA INFECCION

En la infección por VIH están implicados además del deterioro físico; el emocional, el cual se puede observar períodos depresivos, de culpa, de angustia y en ocasiones intentos suicidas.

Estas alteraciones psicológicas pueden considerarse "normales", ya que el diagnóstico de una enfermedad mortal o de la próxima muerte, provoca un choque psicológico a pesar de que el diagnóstico sea dado por un especialista de manera gentil. El trabajo de algunos psicólogos con personas infectadas reportan que ante una enfermedad crónica o la muerte cercana provoca en el sujeto una maduración psicológica (Material de apoyo Conasida, s.d.i.).

Las reacciones psicológicas de los pacientes seropositivos varían de acuerdo a su historia y patología predominantes antes de saberse infectados; sin embargo existen rasgos de personalidad observables en la mayoría de ellos.

A continuación se describirán las fases que describe Kübler Ross (1979, en Sepúlveda, 1983) en pacientes con enfermedades terminales y las cuales han sido observadas en quienes portan esta infección, aunque con algunos cambios; ya que hay que tener presente su calidad de asintomáticos.

La primer fase se conoce como "NEGACION", en ella el paciente trata de evitar el impacto emocional de saberse infectado; mantiene sus actividades y conductas previas al resultado, lo que implica que continúe con actividades de alto riesgo, dando por descontado que puede presentar síntomas físicos y/o psicológicos, por lo que trata de evitar el contacto con cualquier especialista.

Algunos pacientes reaccionan negando la enfermedad completamente, y al rechazarla se conducen a realizar lo que se llama "una muerte altruista" ya que continúan con su misma forma de vida.

Fase de "COLERA" Cuando el paciente ha elaborado el impacto inicial, empieza a hacer preguntas, las cuales deben de ser contestadas de manera adecuada, es decir, informando sobre su situación real y evitando dar falsas esperanzas. Pasada la fase de negación, Rossi (en Sepulveda, 1989). Ha observado que se vuelven iracibles y difíciles, desplazan su angustia, envidia y agresión a las personas que los rodean, esta agresión puede dirigirse hacia un individuo en particular, o hacia la población en general culpándolos de ser responsables de su enfermedad, cuestionándose constantemente del porque se ha infectado.

Estas dos fases son de gran importancia, considera la autora, para el caso de los pacientes seropositivos, porque es en este periodo donde se puede infectar a otros.

La tercer fase se denomina "PACTO" en ella, el paciente negocia generalmente con un ser sobrenatural su salud, con quien maneja concientemente parte de su conflictiva interna y pide un tiempo para intentar hacer cambios de su vida.

Cuando la anterior fase termina el paciente entra en "DEPRE-SION", en ella analiza sus pérdidas.

Rossi (en Sepúlveda, 1989) menciona que algunos pacientes cuando obtienen un resultado positivo, tratan de influir sobre los demás para que le devuelvan la autoestima perdida, mostrando su desdicha y forzando su afecto. Así, existe una permanente necesidad de suministros afectivos que puedan elevar su autoestima, caracterizándose por su dependencia y una actitud narcisista en la elección de una pareja, tendiendo a cambiar de pareja con frecuencia.

Se pueden sentir desvalidos, sin esperanzas para el futuro, esta sensación suele ir aumentando cuando toman la decisión de no integrarse a ningún proceso terapéutico, además de existir la posibilidad de perder el trabajo, casa, amigos, familia, pareja, etc. La mayoría de las veces son pérdidas que ellos han provocado por los momentos de angustia y/o culpa que siente respecto a la enfermedad. Este aislamiento aparece por periodos que varían desde un par de semanas después de saberse infectado, hasta meses después e incluso años, esta conducta de alejamiento de los demás está

intimamente ligada con las relaciones de tipo afectivo que él haya podido desarrollar y mantener a lo largo de su vida, se caracteriza por un miedo injustificado de infectar a otros, lo que ocasiona que se aleje evitando casi cualquier tipo de contacto social normal.

El paciente empieza a asimilar la enfermedad y la muerte lo que lo lleva a presentar fases de angustia, y para protegerse de ella en ocasiones presenta conductas premorbidas; quedándose en su cama, otros pacientes se imponen la obligación de poner fin a sus gustos sexuales. Esta nueva forma de vivir su sexualidad y de funcionar psíquicamente diferente los lleva a períodos prolongados de neurosis.

La siguiente fase contemplada por Kubler Ross es la de "CULPA", en ella la gravedad de la infección invade lentamente el pensamiento del paciente presentando angustia en el transcurso de la enfermedad, reportando mayores tensiones y preocupaciones originadas probablemente por su futura muerte.

A las anteriores pérdidas se le agregan la fantasía de los cambios que sufrirá su imagen corporal como son; dejará de ser un individuo sano, atractivo, disminuirá su actividad sexual, habrá perdido la posibilidad de concebir un hijo y probablemente ya enfrentó la pérdida de amigos o familiares por esta enfermedad.

Aparecen algunos casos de homofobia como resultado de la culpa que siente por haber infectado a otros, conociendo su condición de seropositivo. Algunos pacientes presentan ideas suicidas; éstas pueden no surgir en el momento de conocer su resultado positivo,



sino que aparecen en el transcurso del tratamiento o bien al percatarse de que es excluido de la sociedad o de su familia.

Las alteraciones de la personalidad pueden surgir en cualquier fase de la enfermedad, como consecuencia de los conflictos antes mencionados.

Después del diagnóstico la vida del sujeto transcurre de una manera apática para él y la depresión es una respuesta común, como consecuencia de sentimientos de aislamiento, rechazo, culpa, esta se puede ir elaborando alrededor de su preferencia o práctica sexual. La idea de haber faltado a los principios de su familia lo lleva a creer que ha sido castigado por su conducta. Evalúa su pasado entre lo válido y lo prohibido por su familia (Material de apoyo Conasida, s.d.i.).

Si el paciente es homosexual, vive su sexualidad pasada con una gran culpa, por miedo de ser juzgado, despreciado o abandonado.

La familia por su parte también sufre el impacto de la noticia; primeramente le es difícil entender la actitud sexual de su hijo, ya que esta parte de su vida queda al descubierto, esto es una situación penosa para el paciente, quien suele reprocharse no haber hablado con su familia de sus placeres, sus distracciones, de sus amigos. "Me hubiera gustado hacerlo en otra situación que no fuera bajo esta enfermedad," reporta un paciente (Material de apoyo Conasida, s.d.i.).

Los padres llegan a cuestionarse presentando culpa por no haber comprendido a su hijo, "¿he sido un buen padre?, porqué no acepté lo que era tan evidente?" suelen ser algunas de sus

preguntas. Esta situación obliga a la familia a retornar hacia el pasado, para evaluar la educación de los hijos y las relaciones que se establecieron en la familia.

Gran parte de los pacientes se sienten culpables por causarles "pena" a sus padres o familia, esta es la palabra más empleada y detrás de ella se observa el respeto que sienten hacia ellos. Otros pacientes niegan el diagnóstico y su vida sexual a la familia, aun ya en el hospital. Pues temen perder prestigio ante la familia o amigos, predominando el temor de ser abandonados ante la muerte.

Finalmente, la fase de "ACEPTACION", en ella el paciente empieza a elaborar el duelo o la relación entre su realidad presente como enfermo y las pérdidas sufridas. Podrá nuevamente, dependiendo de su historia personal y patología predominante, hacer cambios estructurales en su vida que le permitan incorporarse a la vida diaria con nuevos hábitos de conductas, intentando enfrentar desde otra perspectiva los desafíos del mundo externo.

Si después de los conflictos mencionados la relación con la familia se mantiene, el enfermo se verá beneficiado, ya que las personas que lo aman están con él, no lo condenarán y le permitirán expresar sus preocupaciones y angustia. En estos casos los disturbios emocionales pueden ser superados y son menos aniquiladores.

Todo lo anterior es asimilable en una pérdida de valor de la imagen de sí mismo, que implica ver derrumbados sus planes, aniquilada su vida sexual y alterada sus relaciones con el medio

ambiente. Además no resulta fácil de asumir; requiere un gran trabajo de duelo y aceptación que pocas personas logran conseguir.

En términos generales los pacientes infectados por el VIH pasarán por algunas de estas fases, pero no todos siguen este orden rigurosos descrito por Kubler Ross, ya que es necesario tener en consideración aspectos individuales del paciente como es su estructura psicológica, su situación económica-social y el período infeccioso por el que se curse, sin embargo da una idea del impacto emocional de esta infección tiene en la vida diaria del sujeto.

#### IMPACTO ECONOMICO Y SOCIAL

Aunado a los conflictos internos se encuentra la problemática social que estos pacientes enfrentan, como es el abandono de la familia, el rechazo y el aislamiento por parte del personal de salud, el despido laboral etc., debido a que se trata de un padecimiento venéreo relacionado con el comportamiento sexual, la sociedad en general señala a estos pacientes como individuos que llevan una vida sexual desordenada, fuera del matrimonio, inmoral y contra los principios de un medio social que los rechaza. (Castro; en Leyva, 1988).

Por esto es necesario aclarar, menciona Bronfman (en Leyva, 1988) que no existen "grupos de alto riesgo, sino prácticas de alto riesgo" cuando no se toman en cuenta las medidas preventivas.

En algunas circunstancias el paciente es despedido de su trabajo, por el probable riesgo de infectar a sus compañeros o bien por el compromiso de gastos médicos que esto genera para la empresa.

El alto costo que implica esta enfermedad para el estado en el que se incluyen gastos por hospitalización, por uso de medicamento, por ausencia laboral, Bronfman (en Leyva, 1988) indica que el costo por paciente hospitalizado hasta Noviembre de 1989 era aproximadamente de 19 millones de pesos anuales, sujetos a devaluación de nuestra moneda y a la inflación.

Lo anterior refleja la importancia de promover investigaciones para desarrollar campañas de salud y prevención en la población, en quienes se logre modificar la conducta que los pone en riesgo para contraer la infección.

#### EPIDEMIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD

La población que se ha visto afectada por la pandemia son personas cuya edad fluctúa entre 25 y 44 años que es la edad de la población más productiva en un país (Sepúlveda, 1989).

Hasta Marzo de 1993 la relación acumulada por sexo es de seis casos hombre por cada caso mujer. La distribución por edad de los casos indica que el 40.5% se presenta en la población de 25 a 34 años; el 15.1% en individuos de 35 a 39 años; el 11.2% en adultos entre 20 y 24 años; 10.3% de 40 a 44 años y el 22.9% en niños y en mayores de 45 años (Boletín mensual SIDA/ETS año 7, No. 4. Abril de 1993).

La población femenina que anteriormente se consideraba de bajo riesgo, está resultando infectada y las cifras tienden a aumentar, anteriormente se creía que eran seis mujeres infectadas por 10 hombres, infectados, ahora es una mujer por cada seis hombres caso.

Se han notificado 1,827 casos en mujeres adultas y la mayor proporción se encuentra en transmisión sanguínea en donde el 57.6% son transfundidas, la mayor parte debido a causas obstétricas, 2.5% en exdonadoras remuneradas y el 0.7 a otras causas de origen sanguíneo. En general el número de casos acumulados en mujeres por transmisión heterosexual, es del 39.2% (Boletín mensual SIDA/ETS, año 7, No. 4, Abril de 1993).

Al elevarse la tasa de la población femenina infectada aumentan los casos pediátricos, como consecuencia de que la mujer desconocía su estado de salud.

En cuanto a la población infantil infectada por el virus se tienen 410 casos menores de 15 años, de los cuales el 66.3% (272) son niños y el 33.7% (138) son niñas. el 51.6% fueron por vía perinatal, el 28.0 % por transfusión sanguínea, 18.4 en hemofílicos y 1.9% por abuso sexual (Boletín mensual SIDA/ETS, año 7, No. 4, Abril de 1993).

Hasta Marzo de 1993 la Dirección General de Epidemiología reportó 13 259 casos, pero se estima que el número real en México sea de 20 150 al corregir la subnotificación y el subregistro.

La OMS ha registrado 611 589 casos de SIDA en el mundo. Sin embargo el Comité de Expertos del Programa Mundial de SIDA de la OMS, estima que el número real es de 2 500 000, por lo que existe un subregistro del 310% aproximadamente. Algunos de los factores que propician esto son: a) falta de un reporte completo a las autoridades de Salud Pública; b) falta de un diagnóstico completo; c) retraso en la notificación; d) uso de diferentes definiciones de

caso de SIDA (Boletín Mensual SIDA/ETS, Año 7, No. 4, Abril de 1993).

México ocupa el décimo lugar a nivel mundial y el tercero en América, el segundo lo ocupa Brasil y el primero Estados Unidos (Boletín Mensual SIDA/ETS, año 5, No. 7 Junio de 1991).

En la infección por VIH han sido varias las áreas de la estructura del hombre que se han visto afectadas. Entre estas se encuentra el área sexual, la laboral, la familiar, y la integridad de la personalidad. Es decir la infección esta presentando alcances que pocas enfermedades tienen en la actualidad. Lo anterior permite conocer el impacto que la infección está teniendo en diversas esferas del hombre tanto a nivel individual como colectivo y refleja la necesidad de desarrollar investigaciones en diferentes campos que conciernen a la enfermedad del SIDA.

De esta forma a diez años de haberse detectado la enfermedad en el mundo las investigaciones científicas han tenido logros considerables en cuanto al conocimiento del virus, su estructura molecular, mecanismos de infección y actualmente la elaboración de una vacuna es el trabajo que continua realizándose en diferentes laboratorios del mundo. Sin embargo gran parte de la investigación se ha centrado alrededor de la temática inmunológica y siendo escasa la información con respecto a la esfera psicológica de enfermo.

Por lo tanto, es indispensable promover otras investigaciones que permitan conocer los mecanismos o factores de riesgo a nivel psíquico y social, pero sin dejar de lado el aspecto inmunológico

y de esta forma lograr conocer los elementos que están inmersos en los sujetos seronegativos y que los lleva a seroconvertirse, o bien detectar los factores precipitantes que llevan a los sujetos positivos asintomáticos a desarrollar alguna etapa de la infección, o por otro lado estudiar los factores que les permiten a algunos pacientes mantenerse asintomáticos por un período más prolongado que el promedio de la población infectada.

En el presente trabajo se intentará buscar algunas de estas respuestas, apoyándose para ello en el estudio de las actitudes de dos grupos de pacientes seropositivos.

#### IV. ACTITUD Y SALUD EN PACIENTES CON VIH.

Como se ha podido observar las actitudes, son una herramienta que permite obtener información con respecto a las prácticas promotoras de salud ante una situación de amenaza, de esta forma intentar conocer las actitudes de salud en el paciente a quien se le ha informado sobre una infección de la cual hasta la fecha no existe cura, de alguna manera lleva a evaluar su estilo de vida, y a reestructurar su futuro y a visualizar su pasado de una manera diferente.

Intentar aproximarse a las posibles evaluaciones que hace un individuo sobre su salud cuando ha recibido un diagnóstico de VIH positivo, así como algunas conductas y situaciones emocionales relacionadas con la misma, marcan la necesidad de incluir otros aspectos los cuales influyen sobre sus actitudes de salud.

En capítulos anteriores se reportaron elementos que son necesario tener en consideración al intentar conocer las actitudes de salud de los pacientes seropositivos, es así que se ha observado que otro elemento importante en el estudio de las actitudes de salud es la información, ésta tiene un papel destacado ante la noticia de seropositividad. De esta forma, la información con la que cuente el portador, la familia y el medio ambiente en el cual se desenvuelve condicionará sus actitudes ante ella, incluyendo su posibilidad de cuidarse, mantenerse informado o tomar una postura de apatía o de temor.

Al respecto Leventhal (1980), considera que uno de los elementos importantes para regular una conducta de salud favorable



es la información, a la que en varias ocasiones se le ha restado importancia. "La información juega un papel central, tanto en la conceptualización de la enfermedad como en la necesidad de formar un plan de acción dirigido a la amenaza de salud". Por ejemplo, menciona Leventhal, cuando el paciente debe de practicarse un estudio complicado y/o doloroso, la situación de novedad y de desconocimiento para él, le originan desconcierto y temor. Por lo tanto es necesario proporcionar información clara y concreta de las fases del estudio, del tratamiento o de la enfermedad, es importante aclarar las sensaciones dolorosas o la posible alteración emocional que presentará en el transcurso de la enfermedad o durante el tratamiento.

La información, asegura Leventhal, reduce el miedo y es necesaria para un mejor efecto de el tratamiento y un mayor control de la ansiedad. En enfermedades en donde el individuo conoce los mecanismos de la infección, los cuidados y las precauciones así como futuras complicaciones del padecimiento existe mayor probabilidad de que sea menos estresante, en las situaciones opuestas en las que se desconoce el origen y las consecuencias de la infección, ésta es evaluada por el paciente de una manera más grave, percibiendo aniquiladas sus posibilidades de controlarla y vislumbrando su futuro de una manera pesimista.

De esta forma, algunas de las reacciones físicas y psicológicas que se pueden presentar es una disminución en las respuestas del sistema inmunológico, lo cual permite que las enfermedades oportunistas hagan su aparición (Uribe,1989). En los casos de

diagnóstico de VIH es frecuente que se presenten estados depresivos que se caracterizan por disminución en el apetito, períodos de fatiga y debilidad, a nivel psicológico se pueden presentar auto-acusaciones, culpa, desinterés, etc., lo cual se ve reflejado en la elaboración de conceptos negativos de sí mismo o de su situación, lo que repercute desfavorablemente sobre su salud reflejándose en el deterioro físico, ante esto el sujeto percibe cada vez más alejada la posibilidad de superar sus recaídas, clínicamente el pronóstico para un paciente con estas características es desfavorable a mediano y a largo plazo.

Lo anterior puede evitarse al lograr manejar de una manera más efectiva los estados de ánimo que deterioran al paciente y la percepción que tiene sobre su salud. Así cuando el sujeto percibe el control que puede ejercer sobre ella se verá reflejado en el empleo de técnicas que promuevan su salud.

De esta manera al tener una actitud más optimista y cooperativa con el personal de salud, al buscar otras alternativas que le permitan mantenerse saludable como son; tener el apoyo psicológico, llevar una dieta, realizar ejercicios, buscar información la cual le permita disminuir situaciones de riesgo para él y su familia.

## ENFERMEDAD Y ACTITUD ANTE LA MUERTE

Antes de concluir el presente capítulo es necesario hablar de un tema que en toda enfermedad se tiene presente por el paciente, el médico y la familia: *la muerte*.

La cultura que se tiene al respecto hace ver a esta con temor, con miedo, como algo no deseado, pero no como parte necesaria o como la condición de la vida. Para el individuo común no hay ninguna ventaja en morir aun en la enfermedad.

Una creencia muy arraigada en la sociedad occidental se refiere a una posesión sobre la vida y que el paso hacia la muerte constituye un proceso injusto. La enfermedad y la muerte son dos cambios que en la vida se presentan y para la mayoría de la gente la primera le recuerda que es dar un paso más hacia la muerte y la muerte es perder la vida (Benítez en Fromm y Zubirán, 1989).

El diagnóstico de una enfermedad hace al paciente perder el sentido y el interés por muchas cosas de su alrededor. Se ha reportado que en los casos de enfermedades crónicas y degenerativas el paciente vive muriendo, pues ha perdido el interés por lo que antes le agradaba, siendo en estos casos cuando se hace necesario el apoyo terapéutico para ayudarlo a esforzarse por aprender a vivir en el aquí y en el ahora, apoyarlo para que intente realizar todo lo "que potencialmente puede intensificar su vida" (Silva en Fromm y Zubirán en 1989). Lograr hacerle entender que cada momento de la vida tiene un sentido" (Benítez, 1989) y en cualquier momento es ocasión para aprender y luchar "el hombre nace luchando por

respirar y muere de igual forma" (Campuzano en Fromm y Zibirán, 1989).

Informar al paciente que la enfermedad es también un motivo para continuar aprendiendo y luchando en la vida puede traerle beneficios, como el continuar siendo un individuo productivo, fomentar sus relaciones interpersonales, etc.

Por otro lado, la muerte como parte de la vida de todo individuo, debe de vivirse como un acto personal, pero necesita también compartirla con los demás para poder encontrar su sentido (Andrade en Fromm y Zibirán, 1989). La muerte como la enfermedad son parte indiscutible de la vida, sin embargo aún en la enfermedad el individuo se aferra a está última aunque la cultura en la que vive no le permiten aceptar ni gozar ninguna de las dos.

Con lo anterior, la evaluación que el individuo hace de un diagnóstico de VIH, de la severidad que esto implica, su responsabilidad en la adquisición de la infección, el control que él cree tener sobre la infección, la variabilidad, la impredecibilidad de los síntomas, la actitud de la familia y el impacto en su vida cotidiana, colocan al paciente en una situación de difícil manejo clínico y posiblemente estos elementos están fuertemente involucrados en el curso de la infección y en la evaluación que hace de su futura muerte.

En el caso de VIH, el diagnóstico trae como consecuencia cambios drásticos en la vida del paciente aún en la fase asintomática. Uribe (1989) ha hipotetizado que los portadores del VIH experimentan mayor estrés que las personas que ya tiene SIDA. "Es

más difícil aceptar que se está infectado cuando el individuo se ve bien y se siente bien físicamente, que cuando su cuerpo manifiesta las consecuencias de la infección".

La aparición de esta enfermedad en el mundo requiere la atención de diversas disciplinas que puedan proporcionar elementos para evitar que la población continúe infectándose, para obtener una vacuna o bien mantener asintomático a los ya infectados, detectar mecanismos que desencadenan la fase de SIDA, en los cuales se consideren aspectos psicológicos del individuo, ya que como se mencionó la personalidad del paciente se ve afectada en su totalidad por este diagnóstico. Para la finalidad de este estudio se contemplará desde la perspectiva de las actitudes, las cuales permitirán observar algunos cambios en pacientes portadores y en las cuales podrán encontrarse elementos que les permita mantener un nivel de salud estable.

Por ello se ha considerado pertinente realizar una investigación donde se pueda observar la relación que puede existir entre algunas actitudes relacionadas con la salud y el diagnóstico positivo al VIH.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Gran parte de los estudios del SIDA se han concentrado en la búsqueda de los determinantes químico-biológicos del virus o bien por los procesos infecciosos; sin embargo, no se ha logrado determinar el peso que tienen los procesos psicológicos en el paciente portador como mecanismos desencadenantes de la fase del SIDA. Existen pocos estudios al respecto que permitan dar una visión acerca del tema.

Es así que el presente estudio pretende conocer los cambios en las actitudes de salud en pacientes portadores del VIH. Para lo cual se compararon dos grupos de pacientes que habían recibido el diagnóstico, el primer grupo con un período de evolución menor de 6 meses y el segundo con más de 6 meses.

Así, el objetivo del presente estudio fue observar las diferencias en las actitudes de salud en dos grupos de pacientes portadores de VIH con distintos períodos de diagnóstico.

## HIPOTESIS

H.O. No existen diferencias entre las actitudes de salud de dos grupos de pacientes portadores del VIH con períodos de diagnóstico diferentes.

H.1. Existen diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) en la actitud de salud en dos grupos de pacientes portadores del VIH con período de diagnóstico diferente.

## METODO

### Sujetos

Participaron 40 sujetos con un rango de edad entre los 18 y los 50 años ( $\bar{x}$  = 32.8) seleccionados con un procedimiento no probabilístico intencionado (Kerlinger, 1982), con un diagnóstico positivo al virus de SIDA, por los métodos de laboratorio de ELISA y CONFIRMATORIA. Se formaron dos grupos, en el primero se incluyeron a aquellos pacientes con un período menor a 6 meses haber sido notificado el diagnóstico (Grupo 1) y en el segundo a aquellos con un período mayor a 6 meses (Grupo 2) de la comunicación diagnóstica. Los grupos estuvieron formados por 20 pacientes, con 17 hombres y 3 mujeres en cada uno.

La muestra se captó en el Hospital General de México en el área de infectología los días lunes y jueves que son de consulta médica para estos pacientes, en la captura se contó con la participación de una enfermera en el área de recepción antes de que pasarán a su consulta, posteriormente el investigador les realizaba una entrevista para detectar si contaban con las características requeridas por el estudio.

Los sujetos deberían referir estudios mínimos de primaria, saber leer y escribir con fluidez, además de aceptar participar en forma voluntario en el estudio.

Se excluyeron los pacientes que presentaran síntomas propicios de la infección dentro de la fase de LGP o CRS, quienes hubieran sido hospitalizados por causa de la infección o los que presentarán problemas de memoria, atención, concentración, etc.

### Escenario

El estudio se llevo a cabo en el área de infectología del Hospital General de México. Se disponía de un cubículo de aproximadamente 2 por 3 metros, el cual contaba con iluminación adecuada y el mobiliario necesario para contestar el inventario de manera individual.

### Diseño

Se empleó un diseño pre experimental de comparación de dos grupos con una sola medición en un momento único y preciso (Campbell y Stanley, 1978).

X1 C

X2 O

### Instrumento

Se empleó el Inventario de Actitudes de Salud (IAS) elaborado *ex profeso* por el investigador, basado en el inventario sobre modelos personales de salud de Turk et. al, 1986. Así como en las gacetas del CONASIDA y libros sobre el tema de SIDA. En el apéndice 1 se presenta una reproducción del inventario.

El instrumento comprendió 8 áreas cada una formada por una serie de reactivos:

1. Actitud de salud; en ella se evalúa las conductas promotoras de salud que el sujeto practicaba antes y posterior al diagnóstico. Comprende los reactivos; 1, 12, 58, 62, 65, 75, 71, 79, 77.



2. Actitud ante la información en la que se evalúa la disponibilidad del paciente para recibir y buscar información con respecto a la enfermedad. Reactivos: 7, 13, 14, 22, 28, 34, 33, 43, 76, 18.

3. Percepción de control; en ella se considera la percepción de el paciente con respecto a sus posibilidades de controlar o influir en el curso de la infección. Reactivos: 3, 39, 40, 42, 47, 49, 51, 52, 70, 6, 26, 80, 78.

4. Responsabilidad personal; el paciente analiza la conducta que lo llevo a contraer la infección, considerando algunos factores que le permitirían mantenerse saludable. Reactivos: 59, 66, 63, 69, 74, 72, 4, 19, 10, 68.

5. Seriedad; en la que el paciente considera lo serio y grave que la enfermedad es para él. Reactivos: 5, 8, 15, 16, 21, 36, 37, 56, 64, 73, 53, 54, 55, 57, 61, 67.

6. Culpa; se observan sentimientos de culpa y arrepentimiento por haberse infectado. Reactivos: 9, 17, 20, 29, 45, 46.

7. Actitud de la familia; en esta área se evalúa la actitud de apoyo o rechazo que el paciente percibe de la familia. Reactivos: 2, 23, 24, 27, 31, 38, 44.

8. Vida diaria, busca conocer el impacto en la vida cotidiana del sujeto posterior al diagnóstico. Reactivos: 41, 48, 50, 25, 30, 32, 60, 35.

Cada área comprendió diferentes reactivos los cuales fueron contestados por el sujeto a través de una escala que va del 1 al 5,

en la que él tenía que elegir el número que mejor lo describiera.

La escala empleada fue la siguiente:

- |                             |      |
|-----------------------------|------|
| 1. Totalmente de Acuerdo    | (TA) |
| 2. De Acuerdo               | (A)  |
| 3. No lo se                 | (N)  |
| 4. Desacuerdo               | (D)  |
| 5. Totalmente en desacuerdo | (TD) |

Correspondiendo un valor de 1 ó 2, a una actitud o práctica favorable y un valor de 4 ó 5 a una respuesta desfavorable. En el momento de calificar se realizaron los ajustes correspondientes dependiendo de la dirección del reactivo (actitud favorable vs. desfavorable), así un reactivo contestado por el sujeto de manera desfavorable era calificado con 4 si eligió la opción 2 y con 5 cuando la opción fue 1.

El instrumento se sometió a una prueba piloto en una muestra de 19 pacientes del mismo hospital, con el propósito de ajustar los reactivos a la condición por la que pasaban los sujetos, detectándose deficiencias en cuanto a la redacción y repetición de reactivos, por lo que también se redujo el número de los mismos.

#### Procedimiento.

Los pacientes que asistían a consulta con un diagnóstico previo de VIH positivo confirmado con una prueba de laboratorio fueron sometidos a una entrevista inicial en la que se les cuestionaba sobre su fecha de diagnóstico y se indagaba con el expediente médico el estado de salud del paciente lo cual permitía

descartar infecciones oportunistas, posteriormente se les invitaba a participar en el estudio, de ser afirmativa su respuesta se procedía a explicar el contenido y la finalidad del cuestionario además de procedimiento para contestarlo, lo cual el sujeto realizaba antes de pasar a consulta médica.

La asignación de los sujetos a los grupos se basó en la fecha en que ellos "conocían" su resultado positivo.

## RESULTADOS

### Datos demográficos

La Tabla 1 muestra el conjunto de datos demográficos de la muestra estudiada. Sólo se observaron diferencias significativas en las variables escolaridad ( $\chi^2(4)=10.72$ ,  $p.<0.05$ ) con más individuos con educación secundaria en el Grupo 1 y más pacientes con educación superior en el Grupo 2; y en la variable independiente ( $t(38)=5.2$ ,  $p.<0.001$ ) en la dirección esperada (i.e. un mayor tiempo de diagnóstico en el Grupo 2). Un análisis de correlación de Pearson no mostró relaciones significativas entre la escolaridad y ninguna de las escalas del IAS.

Tabla 1. Medias de la edad, el tiempo de diagnóstico y frecuencias del estado civil y la escolaridad.

	Grupo 1	Grupo 2
Edad (años)	30	34.8
Tiempo de diagnóstico (meses)	3	29.6
<i>Estado Civil</i>		
Soltero	16	15
Casado	2	0
Viudo	2	3
Divorciado	0	2
<i>Escolaridad</i>		
Primaria	1	5
Secundaria	13	4
C. comercial	3	2
Bachillerato	2	5
Licenciatura	1	2

### Actitudes de salud.

Para el análisis del IAS se procedió primeramente a sumar los puntajes de los reactivos que correspondían a cada una de las áreas. Se anularon los reactivos contestados con la opción 3 ("no sé"); posteriormente se procedió a realizar el análisis estadístico con la Prueba de la Mediana.

La Tabla 2 muestra los puntajes de cada área para los dos grupos. La prueba de la mediana mostró diferencias significativas en las áreas de "Percepción de control" ( $\chi^2(1)= 5.53$ ;  $p<0.02$ ), y "Actitud de la familia" ( $\chi^2(1)=5.6$ ;  $p<0.02$ ). Lo que sugiere una mayor percepción de control y una actitud más favorable de la

Tabla 2. Sumatoria de los puntajes de los grupos en las escalas del IAS.

	Grupo 1	Grupo 2	$\chi^2$
Salud	481	450	0.0
Información	344	353	0.2
Control	549	565	5.5 <sup>†</sup>
Responsabilidad	431	451	1.8
Seriedad	645	670	0.0
Culpa	304	347	3.0
Impacto en la vida diaria	489	512	0.2
Familia	268	314	5.6 <sup>†</sup>

<sup>†</sup>  $p < 0.02$

Con el objetivo de conocer la existencia de una correlación entre las áreas que conforman el instrumento, se realizó un análisis de correlación con la prueba  $r$  de Pearson.

La matriz de las correlaciones se presenta en la Tabla 3. El área "vida diaria" se relacionó significativamente con "actitud de salud" ( $r = -0.34$ ) y "culpa" ( $r = 0.47$ ). A su vez, "culpa" se correlacionó con la variable "actitud ante la información" ( $r = -0.34$ ) y "percepción de control" con "responsabilidad personal" ( $r = 0.72$ ).

Tabla 3 Matriz de correlación de las áreas del IAS.

Áreas	1	2	3	4	5	6	7	8
1	1	0.17	0.31	0.18	0.02	0.15	-0.34*	0.06
2		1	0.14	0.03	-0.14	-0.34*	0.06	0.01
3			1	0.72**	0.01	0.21	0.04	-0.07
4				1	0.25	0.25	0.13	0.15
5					1	-0.04	0.10	-0.00
6						1	0.47**	0.13
7							1	-0.07
8								1

\*  $P < 0.05$   
 \*\*  $P < 0.01$

1=Salud; 2=Información; 3=Control; 4=Responsabilidad; 5=Seriedad; 6=Culpa; 7=Vida diaria; 8=Familia.

## DISCUSION

El propósito del presente trabajo consistió en establecer las diferencias en cuanto a las actitudes de salud entre dos grupos de pacientes seropositivos al VIH con diferentes períodos en la comunicación del diagnóstico evaluados a través de un inventario. Los datos indican un alto grado de comparabilidad entre los grupos estudiados. Aunque se observó una diferencia significativa en la variable escolaridad, no existen elementos para pensar que esta variable hubiera influido sobre el conjunto de los resultados. En cambio el período de diagnóstico si discriminó confiablemente a los sujetos.

En lo que se refiere a las actitudes de salud, se encontraron diferencias significativas en las áreas de percepción de control y actitud de la familia ante el paciente. Dos áreas de las ocho con las que estuvo formado el instrumento, lo cual sugiere que el impacto de la comunicación del diagnóstico de seropositividad al VIH no varía con el paso del tiempo.

Sin embargo, las diferencias encontradas en las escalas de percepción de control y actitud de la familia merecen un comentario más detallado.

Respecto a la primera, la cual se refería a la evaluación del sujeto con respecto a lo que podía hacer para contrarrestar la evolución de la enfermedad, se pudo detectar que los sujetos del grupo con menor período de diagnóstico tienen actitudes favorables hacia la enfermedad, en un primer momento posterior al diagnóstico

que varia de 1 a 6 meses, ya que los sujetos evaluaron la enfermedad como un fenómeno controlable. En este momento tienen o buscan alternativas para la pérdida de salud aún cuando la infección no tiene cura.

La actitud de estos pacientes, del primer grupo, por su corto período de infección no se ha visto en la necesidad de abandonar sus actividades cotidianas ya que continúan activos y mantienen expectativas hacia el futuro.

En este primer contacto con el diagnóstico el paciente desarrolla planes dirigidos a afrontar la enfermedad. Sin embargo estos elementos se han ido deteriorando en aquellos pacientes que tienen un período mayor con la infección.

La percepción de control probablemente estuvo presente en un primer momento en el segundo grupo, pero ésta actitud va declinando al paso del tiempo, al ir viendo mermadas sus posibilidades laborales, su vida amorosa y al percatarse de lo costoso y en varias ocasiones de lo inaccesible del tratamiento, en otras circunstancias el paciente tiene que elegir entre comprar el medicamento o atender otras necesidades básicas, por otro lado esta la importancia de someterse a análisis químicos y chequeos constantes. Lo anterior puede llevarlos al desgaste físico y emocional propiciando la presencia de infecciones oportunistas.

La percepción de control impide que la ansiedad y otros elementos estresantes lleguen a incapacitar emocionalmente al paciente, de no ser así le impide actuar objetiva y racionalmente. Con una actitud de control sobre la infección, la fase de culpa se



ven desplazadas por actitudes de afrontamiento que le permitirán un mejor manejo sobre la misma, contrarestando el desgaste emocional con el que se llega a vivir ante la infección del VIH. Shelley (1990) reportó que la atención/afrontamiento son las actitudes más efectivas en paciente con enfermedades crónicas, ya que ésta actitud, ante una enfermedad infecciosa permite manejar el estrés causado por la misma de una manera mas efectiva.

Es así que el paciente quien percibe tener control sobre una situación que amenaza a su salud, es más probable que ante fases depresivas y de desesperanza las superé en períodos cortos. Richmond (1979; en Turk et al. 1986) menciona que en las fases de culpa o depresión el paciente no toma responsabilidad para cambiar su estilo de vida y esta actitud lo puede llevar a procesos infecciosos evitables.

Se ha reportado que la percepción de control que tienen los pacientes sobre una enfermedad tan cambiante y variable como puede ser el diagnóstico de VIH, origina períodos de estrés. Uribe (1989) propone que los pacientes portadores presentan más estrés que los que tienen SIDA esto es porque es más difícil aceptarse como enfermo cuando se está bien y se siente bien, sin embargo los datos aquí encontrados indican lo contrario, los sujetos del grupo con un período de diagnóstico reciente, reportaron mayor percepción de control y por lo tanto es previsible un menor estrés.

Por otro lado la percepción de control que muestra el grupo 1, es un elemento del que médicos y terapeutas pueden apoyarse para lograr una mayor sobrevida del paciente portador, y es más factible

motivarlo, además que es cuando él enfermo busca alternativas para impedir la evolución de la enfermedad.

La segunda área que mostró diferencias entre ambos grupos fue "actitud de la familia", la cual contenía información relacionada con la actitud de la familia en relación con el paciente, en esta escala el grupo 1 marco niveles bajos y por lo tanto una actitud favorable.

Sin embargo hay que considerar que en ésta escala la información es obtenida de segunda mano, es decir la familia es evaluada por el paciente.

El primer grupo evalúa a la familia como seres cercanos a él, con los que está ligado afectivamente, quienes lo apoyan y que se interesan por informarse, además los describe como personas más cercanas a él a raíz de la infección.

Cuando el diagnóstico y sus implicaciones son "compartidas" con la familia o personas cercanas a él, el paciente no se siente solo, ya que este grupo da la posibilidad de compartir sus temores sobre la enfermedad y da la oportunidad de hablar sobre su futura muerte y planes futuros. Shelley (1990) menciona que el apoyo de la familia augura para el paciente una mayor sobrevivencia y la posibilidad de compartir los temores así como la responsabilidad o la culpa por haberse infectado, del mismo modo, cuando la familia hace atribuciones de culpa estas son asociadas con pobres evaluaciones psicológicas, lo que puede disminuir la visión de control del paciente.

Sin embargo en el grupo II la actitud de la familia parece no ser benéfica para con el paciente. En infecciones crónicas y variables como es el diagnóstico de VIH, la familia del paciente sufre también el impacto de la noticia y ve alterada también su dinámica interna, originando por el transcurso del tiempo un desgaste emocional y económico. Por otro lado el distanciamiento que llega a interponer la familia puede también ser originado por temores a la infección o bien como una forma de evitar cuestionarse sobre el futuro fin de uno de sus integrantes. El desgaste físico del paciente repercute emocionalmente en su esfera afectivo-familiar.

Por otra parte, las correlaciones significativas encontradas entre otras áreas fueron:

La actitud de salud que mostró correlación con respecto a el impacto en la vida diaria.

Al tener una actitud que promuevan la salud como puede ser la práctica del ejercicio físico, el conocimiento de infecciones, el cuidado del peso corporal, son actitudes que parecen originar un efecto menos impactante en la vida diaria del paciente con VIH. Los hábitos dirigidos al cuidado de la salud llegan a ser tan persistentes que se mantienen en el transcurso de un proceso infeccioso, cuando es así el impacto de la noticia parece no afectar tanto las actividades diarias del paciente, tal vez porque las prácticas de salud llevan implícita para él la importancia de promover cambios en su vida cotidiana y los cuales interpreta como necesarios para

mantener la salud y no como una forma de vida impuesta por el diagnóstico y sus implicaciones.

Otra correlación fue entre actitud ante la información y culpa.

La información tiene un papel importante ya que cuando el paciente conoce lo que una enfermedad significa, sus consecuencias y alternativas, elabora un plan de acción dirigido a enfrentarla (Leventhal, 1980).

Al tener información, se tiene conocimiento sobre lo que implica el diagnóstico y los cambios en su estilo de vida son necesarios ya que permitirán mantener su estado de salud. De esta forma al cuidar su alimentación y disminuir prácticas de riesgo; para él, así como para su familia, conocer los riesgos de una u otra conducta o tratamiento, generarán una visión más completa sobre las implicaciones del diagnóstico, propiciando una actitud positiva que le permita desarrollar habilidades personales encaminadas a afrontar la amenaza y manejarla de manera más adecuada.

Al tener información la sensación de culpa puede encaminarse a buscar apoyo profesional, en el cual el paciente busca respuesta a dudas y conflictos internos, que le impiden vivir plenamente, el no asumirse como responsable de la infección ni ver a ésta como consecuencia de un castigo por su vida anterior es indispensable aclarar, de lo contrario las actitudes represivas se harán presentes en el paciente.

Al tener información sobre las implicaciones del diagnóstico de una enfermedad crónica-degenerativa existe mayor probabilidad de que la culpa y otras actitudes que con ella puedan presentarse no afecten al paciente de manera severa que puedan llevar a propiciar conductas autopunitivas e incluso el suicidio. Además la información permite conceptualizar la enfermedad permitiendo valorar sus posibilidades personales y ambientales.

El papel que desempeña la información fue manejado por Leventhal (en 1980), en un trabajo ya citado, en el que evalúa la importancia de ésta para el paciente quien se somete a estudios dolorosos y complicados.

De igual forma esta área de culpa fue correlacionada con la de vida diaria, en este caso se pudo detectar que las atribuciones de culpa que el paciente puede elaborar en el transcurso de la infección tienen un fuerte impacto en su vida diaria.

Ante el sentimiento de la culpa; las verbalizaciones internas del sujeto pueden construirse al rededor de su pasado sexual o bien por el impacto de la noticia en la estructura familiar y laboral, llegando a evaluar el futuro de una manera pesimista, impidiendo aprovechar su recursos personales.

En una fase de culpa, la depresión puede ser al siguiente paso, así el individuo de quien su estado de ánimo se deteriora paulatinamente, repercute en su salud, presentando en ocasiones enfermedades oportunistas, las cuales probablemente sean consecuencia de un estado de ánimo deteriorado, sin embargo hacer una

delimitación clara acerca de donde es consecuencia de una alteración emocional y donde es la orgánica es imposible.

Por lo general el paciente portador desconoce que estas infecciones pueden ser manejadas a través de apoyo terapéutico

La presencia de culpa trae efectos negativos tanto para el paciente como para quienes lo rodean, ya que deteriora las reacciones afectivas, llegando en ocasiones a la ruptura total. Lo anterior que genera estados de ánimo deteriorados y es un mecanismo desencadenante de las fases previas del SIDA.

El área de percepción de control se correlacionó con responsabilidad personal.

Lo cual puede ser entendido que al percibir control sobre una situación difícil o estresante las evaluaciones sobre ella llegan a tornarse optimistas permitiéndole disminuir la ansiedad y el miedo.

Esta actitud de control hace percibir al sujeto los recursos con los que cuenta, originando en él responsabilidad sobre el futuro de la infección. Los pacientes con una actitud de afrontamiento dirigidas a la amenaza tienen menos posibilidad de que presenten desinterés o temor por el futuro (Shelley, 1990).

La percepción de control y la responsabilidad personal dan al paciente la posibilidad de participar directamente en el tratamiento, es decir mantenerse activo. Datos similares fueron establecidos por Turk (et al, 1986). En el que establece el papel que la actitud puede llegar a desempeñar en el transcurso de la enfermedad.

Antes de concluir es necesario mencionar algunos aspectos sobre el estudio los cuales tienen una importancia metodológica, sobre los cuales no se tuvo un control adecuado.

No fue posible establecer la validez del instrumento que se empleó. Este se construyó con base a la información obtenida en las gacetas de Conasida y en libros sobre el tema de SIDA, por lo tanto el instrumento no fue estandarizado, antes de su aplicación fue piloteado en una muestra de 19 pacientes del mismo hospital de estudio, encontrándose en esta primera aplicación deficiencias en la redacción e intencionalidad del reactivo, que fueron corregidas.

La decisión de diseñar el instrumento fue por la falta de uno que permitiera evaluar las áreas que se deseaba observar en el presente estudio.

Por lo tanto es necesario aplicarlo en una muestra más grande y correlacionarlo con otros instrumentos que permitan establecer su validez y su confiabilidad.

Otro aspecto importante es el hecho de no se contó con un grupo control, es decir un grupo de sujetos seropositivos, pero a quienes aún no se les hubiera comunicado el diagnóstico, o contar con un grupo de sujetos seronegativos pero altamente comparables con los grupos en estudio.

La presencia de un grupo control permitiría tener una comparación antes y después del diagnóstico.

Sin embargo la decisión de no incluir un grupo control fue por:

a) La baja población que regresa a consulta semanas después de haber recibido un diagnóstico negativo.

b) Los pacientes con factores de riesgo que llegan al hospital para practicarse el examen de detección para el VIH o los que asisten para recibir su diagnóstico, presentan un cuadro de angustia muy alto que al aplicarles un cuestionario con los reactivos que estuvo formado el presente, les dejarían percibir la amenaza a su salud y a su vida en general con las que en un momento determinado tendrán que enfrentarse. En alguna medida los reactivos podrían propiciar un incremento en su angustia y temor

c) Una gran parte de la población de primera vez que asiste al Hospital General llega en un estado deteriorado (Aproximadamente el 50%) lo que impide aplicar un instrumento en forma escrita, además como se mencionó el contenido del mismo afectaría emocionalmente al paciente.

Otro grupo de variables estuvo relacionado con el espacio y el tiempo adecuados.

La consulta externa del servicio de infectología del Hospital General de México, cuenta con dos consultorios de los cuales se podía contar en ocasiones solo con uno, por lo regular el paciente iniciaba el cuestionario en el consultorio antes de pasar con el médico, pero lo concluía en la sala de espera, con premura para estar alerta cuando fuera su turno.

Por la delicadeza del tema era difícil que el paciente realizaré preguntas o exteriorizará sus dudas abiertamente en la sala de espera.



Algunos pacientes se veían fuertemente dificultados para contestarlo y/o realizar alguna pregunta ante presencia de familiares que desconocían su diagnóstico, dos pacientes no lo regresaron y tres no lo contestaron lo que en un momento dado pudo haber sesgado la información.

Otro problema a considerar también relacionado con el instrumento en el cual existe la posibilidad de que el paciente haya intentado manipularlo, dando una imagen diferente de lo es su realidad.

El instrumento no fue diseñado para detectar incongruencias o manipulación de la respuesta de los entrevistados.

#### CONCLUSION

La presencia constante de algunas áreas que fueron incluidas en el estudio por ejemplo "vida diaria", "actitud de salud", "culpa", etc. hacen referencia a cambios y deterioros en la estructura psicológica de los pacientes.

La angustia con la que vive el paciente el diagnóstico le origina un deterioro emocional y físico llevándolo a presentar infecciones oportunistas que ocasionan un mayor consumo de medicamento, por un lado y un deterioro de sus relaciones afectivas por el otro.

La culpa es una respuesta común en un grupo de pacientes diagnosticados con el VIH y la presencia de ésta trae como consecuencia una evaluación distorsionada de la realidad que repercute en toda la esfera socioafectiva del paciente.

Por lo anterior se reitera la necesidad de un manejo multi e inter-disciplinario del paciente con ésta infección para lograr en él la aceptación de los cambios que se requieren para mantener su nivel de salud. La aceptación del diagnóstico y sus implicaciones requiere de un trabajo terapéutico ya que en ocasiones se torna necesario manejar el duelo y asimilación el cual puede obtenerse solo con un trabajo en el que profesionales de diferentes ramas de la salud entren en contacto con el paciente.

El momento adecuado para tal integración es el período asintomático, momento en el cual el paciente está elaborando un plan dirigido a la infección y a todas sus actividades futuras, además el paciente no ha desarrollado actitudes negativas por la infección, es el momento del que médicos y terapeutas pueden apoyarse para lograr una mayor sobrevida del paciente.

La importancia de proporcionar información verídica a un paciente que a recibido un diagnóstico trae beneficios para él a mediano y corto plazo como pueden ser; el no propagar la infección considerando las precauciones necesarias, mantener su estado de salud estable, menor consumo de medicamentos y la posibilidad de seguir siendo un individuo productivo.

Informar sobre lo que significa la enfermedad, sus riesgos, consecuencias, origen, y alternativas para el tratamiento. implica dos factores:

a) Lograr que el sujeto se responsabilice de la actitud que tome sea esta favorable o no, asumiendo las consecuencias que esto lo traerá a futuro.

De esta forma es necesario hacer que el paciente participe desde su posición de enfermo en el transcurso del tratamiento, invitándolo a tomar una actitud activa en el que él pueda elegir otras técnicas encaminadas a preservarlo saludable.

Al hablar de la infección por el VIH implica llegar ha integrar actitudes que le beneficien en su nuevo estado de salud para lo cual se debe incluir, además de lo ya mencionado, responsabilidad y fidelidad por la pareja, una vida sexual responsable. Lo anterior pareciera ser algo sencillo, pero en realidad no lo es ya que para la población en general estos temas son difícil de tratar y se requiere sean analizados los por especialistas, ante quienes el paciente sienta la suficiente confianza y la seguridad para manifestar sus dudas.

Por otro lado la responsabilidad que el paciente llega a asimilar lo conducirá a participar en la toma de decisiones médicas, lo anterior parece ser la oportunidad que necesita el paciente cuando el diagnóstico que ha recibido no tiene cura. Cuando el sujeto percibe que dentro de sus posibilidades hay algo para contrarrestar la infección, su autoestima se mantiene estable y aprovecha la experiencia para desarrollarla e incrementarla. La situación es diferente cuando el bienestar del paciente se ve reducido exclusivamente al médico y/o medicamento que son agentes externos para él.

La percepción que tiene el paciente o la que logre desarrollar él mismo es una herramienta de la que el promotor de salud puede

apoyarse para lograr en su paciente un mayor nivel de sobrevida de una manera más digna y humana.

b) Por otro lado implica una interacción más empática con el paciente. Lo anterior se puede dar cuando la relación médico paciente está dada bajo un ambiente cordial y honesto.

La práctica clínica en México parece estar estancada y el diagnóstico de VIH como el de otras enfermedades con las que actualmente se vive demandan una interacción global e interdisciplinaria que traerá como resultado una mejor calidad de vida posterior al diagnóstico además de no privar al ser humano de derechos afectivos como legales por cambios en su estado de salud.

La diferencia de actitudes del grupo I con respecto al grupo II fue confirmado en dos áreas. El instrumento estuvo formado por 8 áreas, en dos de las cuales se encontraron diferencias entre el grupo I y el grupo II, es probable que tal diferencia no exista, el grupo de pacientes quienes han recibido un diagnóstico en realidad poco cambian en el transcurso del tiempo, pero es necesario confirmar estos resultados considerando factores como son: grupo control, validez y confiabilidad del instrumento y control sobre las variables extrañas, lo cual proporcionará información para ayudar a los pacientes una vez conocido su diagnóstico de portador.

Por otro lado sería conveniente estudiar si el comportamiento de los paciente es el mismo, así como si el estudio de las actitudes es valido cuando son comparados los diferentes mecanismos de infección para el VIH.

De existir estas diferencias en las actitudes por ejemplo del paciente infectado por una transfusión a uno por contacto sexual probablemente implicaría un manejo terapéutico diferente en el que se pudiera racionalizar las evaluaciones internas del paciente sobre la causa y consecuencia de la infección, implicaría además una muestra comparable de sujetos.

Lo señalado en el estudio pretende reflejar las posibilidades y alternativas de elección que presentaron dos grupo de sujetos seropositivos con diferente período de evolución e intentó señalar lo difícil y frustrante que en varias ocasiones puede ser el afrontar un diagnóstico "poco común" el cual ha sido relacionado con una forma de vida desordenada en una sociedad que se considera ajena a la problemática de la infección.

En la actualidad pocos son los estudios que han intentado conocer si tal diferencia existe. La respuesta para conocer esta interrogante puede ser a través del empleo de un diseño multivariado y longitudinal. En el cual interactúen un mayor número de variables que permitirán conocer las actitudes de salud en pacientes con un diagnóstico de cualquier enfermedad, ya que estas no son determinadas por un solo factor, por las características de las actitudes es más probable que sean determinadas por varios factores que influyen y actúan de una manera compleja y simultánea. El diseño multivariado y longitudinal permitirá observar el cambio de actitudes de salud a través del tiempo de los pacientes con alguna enfermedad en diferentes esferas de su vida.

Finalmente a través del presente estudio queda de manifiesto la necesidad de integrar el apoyo psicológico al apoyo médico institucional, la propuesta no es nueva, sin embargo es difícil aceptar que en situaciones clínicas donde se manejan diagnósticos de enfermedades crónicas y degenerativas el paciente sea manejado exclusivamente por el médico.

## REFERENCIAS

- Arias Martínez, M. P. y Melesio Rivera, E. (1988). *Actitud de padres y madres hacia una educación sexual en niños preescolares*. Tesis de Licenciatura, Fac. de Psicología. UNAM, Méx.
- Aridjis, P. (1988). Como se contagia el virus del SIDA. *Gaceta Conasida*, 1(1), 5-7.
- Berkman, L. F. y Syme, L. (1979). Social networks host resistance and mortality: A nineyear follow-up study of Alameda Country residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Bloom, J. R. y Monterossa, S. (1981). Hypertension labeling and well-being. *American Journal of Public Health*, 71, 1228-1232.
- Boletín mensual SIDA/ETS* Vol. 5 #7 Julio 1991.
- Boletín mensual SIDA/ETS* Vol.1 #9 septiembre 1991.
- Boletín mensual SIDA/ETS* año 7, #4, Abril 1993.
- Campbell, D. y Stanley, J. (1978). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cassuto, J.P., Pesce, A., Quaranta, J-F. (1987). *SIDA*. Argentina: Paidós.
- Cohen, F. y Lazarus, R. S. (1979). Coping with the stresses of illness. En: G.C. Stone, F. Cohen y N.E. Adler (Eds). (1979). *Health Psychology*. San Francisco: Josey-Bass.
- Costa, M. y López, E. (1986) *Salud comunitaria*. Ed. Martínez Roca.
- Croyle, R.T. (1990). Biased appraisal of high blood pressure *Preventive Medicine*, 19, 40-44.
- Croyle, R.T. y Ditto, P. H. (1990). Illness cognition and behavior: An experimental approach. *Journal and Behavioral Medicine*, Vol. 13 #1: 31-52.
- Daniels, V.G. (1987). *SIDA. México: El Manual moderno*.
- Diccionario de términos psicológicos*, 1978.
- Ditto, P.H. y Jemmontt, J.B. y Darley, J. M. (1988). Appraising the health of illness: A mental representational approach. *Health Psychol.* 7: 183-200.

- Friedman, H. S. y Booth-Kewley, S. (1987). The disease-prone personality. *American Psychologist*, 42(6), 539-555.
- Friedman, M. y Rosenman, P. R. (1974). *Type A behavior and your heart*. Nueva York: Knopf.
- Freud, S. (1979). *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fromm, E. y Zubirán S. (1989). *El ser humano y su dignidad ante la muerte*. México, D.F.: Sociedad Internacional Provalores Humanos E. Fromm-S. Zubirán, A.C.
- Gaceta Conasida*. (1988). Como se transmite el virus del sida. Año 1, 3: 3-6.
- Gaceta Conasida*. (1988). Sep-Oct. Año 1; #3.
- Gaceta Conasida*. (1988). Nov- Dic. Año 1; #4.
- Gaceta Conasida*. (1989). May- Jun. Año 11; #1.
- Gaceta Conasida*. (1990). Ene-Feb. Año 111; #1.
- Gaceta Conasida*. (1990). Hablemos de números: Transmisión heterosexual. Año; 3 #1: 10- 11.
- Hampton, M. L., Anderson, J., Lavizzo, B. S. y Bergman, A. B. (1974). Sick cell "nondisease": A potentially serious public health problem. *Am. J. Dis. child*. 128: 58-61.
- Hopp, H. P., y Croyle, R. T. (1989, Mayo). Reactions to risk factor labeling: The role of affect. Trabajo presentado en el *the Annual Meeting of the Midwestern Psychological Association*, Chicago, Ill.
- Janis, I. L. (1984). Improving adherence to medical recommendations: Prescriptive hypothesis derived from recent research in social psychology. In Baum, A., et al. (eds). *Handbook of psychology and health, Vol. IV*, Erlbaum, Hillsdale, N. J. 113-148.
- Janis, I. y Rodin, J. (1979). Attribution control and decision making: Social psychology and health care. En: Stone, G.C., Cohen, F. y Adler, H. E. (Eds.). *Health psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Jemmot, J.B., Croyle, R.T. y Ditto, P.H. (1988). Commonsense epidemiology: Self based judgments from laypersons and physicians. *Health Psychology*, 7, 55-72.
- Kerlinger, F.N. (1982). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill.



- Kübler Ross, E. (1979). *Dying from the patient's point of view. Triangle.*
- Lazarus, R. S. (1983). The cost and benefits of denial. En: S. Breznitz (Ed.). *The denial of stress.* New York: International Universities Press. Pp. 1-30.
- Lazarus, R.S. y Folkman S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos.* Ed. Martínez Roca. Barcelona.
- Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. En L. Berkowitz (Ed). *Advances in Experimental Social Psychology, Vol. 3.* New York: Academic Press. Pp. 120-186.
- Leventhal, H. Meyers, D. and Nerenz, D. (1980) The commonsense representation of illness danger. En: S. Rachman (Ed). *Medical Psychology, 2.* New York: Pergamon.
- Levin, J. (1979). *Fundamentos de estadística para la investigación social.* México: Harla.
- Leyva, J.A. (1988). El SIDA, su impacto social y demográfico. *Gaceta Conasida, 1* (1), 5-7.
- Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral health: A 1990 challenge for the health services professions. En: J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, A. Herd, N.E. Miller y S.M. Weiss (Eds.). *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention.* Nueva York: Wiley. Pp. 3-40.
- Matarazzo, J.D. (1984a). Behavioral immunogens and pathogens in health and illness. En: B.L. Hammond y C.J. Scheirer (Eds.). *The Master Lecture Series, Vol. 3: Psychology and Health.* Washington, D.C.: American Psychological Association. Pp. 9-43.
- Material de Apoyo Psicológico a Pacientes VIH (s.d.i.)
- Myers, D. (1987). *Social psychology.* (2nd ed). Nueva York: McGraw-Hill.
- Ramírez Gonzáles, L.C. y Rodríguez Contreras, M.O. (1989). *Actitud ante la campaña televisiva de prevención del sida en una muestra de adolescentes del D.F.* Tesis de Licenciatura Fac. de Psicología, UNAM.
- Reich, B. y Christine, A. (1980). *Valores y actitudes. Cambios de conducta.* México. D.F.: CECSA.
- Richmond, J.B. (1979). *Health people: The surgeon general's report on health promotion and disease prevention,* DHEW PHS publ. No. 79-55071, U.S. Government printing office, Washington, D.C.

- Rosentock, I. M. (1974) Historical origins of the health belief model. *Education Monographs*, 2, 1-9.
- Rosentock, I. M. y Kirscht, J. P. (1979). Why people seek health care. En: Rosenstock, I.M. y Kirscht, J.P. En: G.C. Stone, F. Cohen y N.E. Acier (Eds). *Health Psychology*. San Francisco: Josey-Bass.
- Rossi, L. (1989) Asistencia psicológica a pacientes infectados por el VIH. En: A.J. Sepúlveda, M. Bronfma, P.G. Ruiz, E. Stanislawski y J.L. Valdespino (Eds.). *Sida: Ciencia y Sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica-Secretaría de Salud.
- Schorr, D. y Rodin, J. (1984). Motivation to control one's environment in individuals with obsessive-compulsive, depressive and normal personality traits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 1148-1161.
- Sepúlveda, A. J., Bronfma, M., Ruiz, P. G., Stanislawski, E., y Valdespino, J.L. (Eds.). (1989). *Sida: Ciencia y Sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica-Secretaría de Salud.
- Shelley, E. T. (1990). Health Psychology: The science and the field. *American Psychologist*, 45 (1), 40-50.
- Sigerist, H. (1981). *Hitos en la historia de la salud pública*. México: Siglo XXI.
- Suls, J. Y Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology*, 4, 249-288.
- Summers G.F. (1978). *Medición de actitudes*. México: Trillas.
- Taylor, S.E. Social cognition and health. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 8, 549-562.
- Turk, D. C. (1979). Factors contributing to the adjustment with chronic illness. En: I.G. Sarason, y C.D. Spielberger, (Eds). *Stress and anxiety, Vol.6*, Washington, D.C.: Hemisphere, pp. 291-313.
- Turk, D., Rudy, T. y Salovey, P. (1986). Implicit models of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 9 (5), 453-473.
- Turk, D. Rudy, T. Salovey, P.(1984). Health protection: Attitudes and behavior of LPNs, teachers, and college students. *Health Psychology*, 3, 189-210.
- Uribe, P. (1989). Como vivir con el virus del SIDA. *Gaceta Conasida*, 2, 1, 3-7.
- Uribe, P. y Rico, B. (1990) ¿Porqué no hay una vacuna contra el

SIDA?. *Gaceta Conasida*, 3(1), 3-5.

ANEXO 1

INVENTARIO DE ACTITUDES DE SALUD

El propósito de este cuestionario es el de conocer algunos cambios que usted pudo sentir o pensar acerca de su vida después de recibir su diagnóstico positivo al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Para obtener tal objetivo se le presentará una lista de preguntas de las cuales usted tendrá que eligiendo un número del 1 al 5, cada uno de estos números tienen un significado, usted optará por el que mejor lo describa en cada afirmación. El número elegido irá colocado en la columna del lado izquierdo.

Por favor conteste honestamente todas las preguntas, recuerde que "no hay respuestas buenas o malas".

Ante cualquier duda pregunte al aplicador. Le recordamos que sus respuestas son "confidenciales y anónimas".

Le damos las gracias por participar.

- |                             |      |
|-----------------------------|------|
| 1. Totalmente de acuerdo    | (TA) |
| 2. De Acuerdo               | (A)  |
| 3. No lo se                 | (N)  |
| 4. Desacuerdo               | (D)  |
| 5. Totalmente en Desacuerdo | (TD) |

Estado civil: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_ Ultimo año escolar \_\_\_\_\_  
 Ha estado hospitalizado: \_\_\_\_\_ Motivo de la hospitalización: \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ 1. Anteriormente visitaba al médico con regularidad.
- \_\_\_\_\_ 2. A partir de mi diagnóstico mi familia me ha apoyado.
- \_\_\_\_\_ 3. No sabré que hacer cuando los síntomas se presenten.
- \_\_\_\_\_ 4. Sé de que forma contraje la infección.
- \_\_\_\_\_ 5. Es necesario que asista al médico.
- \_\_\_\_\_ 6. Conozco la forma de controlar las molestias.
- \_\_\_\_\_ 7. Tengo información sobre VIH-SIDA.
- \_\_\_\_\_ 8. La enfermedad es grave.
- \_\_\_\_\_ 9. Soy responsable de tener esta enfermedad.
- \_\_\_\_\_ 10. Se como se transmite la infección.
- \_\_\_\_\_ 11. Soy el único responsable de la enfermedad.
- \_\_\_\_\_ 12. Tenía información sobre VIH-SIDA.
- \_\_\_\_\_ 13. Me mostré interesado sobre la enfermedad después de mi diagnóstico.
- \_\_\_\_\_ 14. Tenía información sobre las formas de contagio.
- \_\_\_\_\_ 15. La enfermedad no es tan grave como mucha gente cree.
- \_\_\_\_\_ 16. Esta enfermedad la tienen pocas personas.

- \_\_\_ 17. Merezco esta enfermedad.
- \_\_\_ 18. Después de que me dieron el diagnóstico no quiero saber nada sobre SIDA.
- \_\_\_ 19. Sabia como evitar esta infección.
- \_\_\_ 20. Me siento culpable por estar infectado.
- \_\_\_ 21. La enfermedad están común como cualquier otra.
- \_\_\_ 22. Necesito saber más sobre VIH-SIDA.
- \_\_\_ 23. La población en general conoce sobre la enfermedad del SIDA.
- \_\_\_ 24. Solo en mi familia encuentro el apoyo que en estos momentos necesito.
- \_\_\_ 25. Mi interés por todo lo que sucede a mi alrededor se ha incrementado.
- \_\_\_ 26. La infección se puede evitar.
- \_\_\_ 27. Mi familia no sabe que tengo el virus del VIH.
- \_\_\_ 28. Evito informarme y saber lo nuevo de la enfermedad.
- \_\_\_ 29. Emocionalmente me siento solo (a).
- \_\_\_ 30. Ya no deseo aprender cosas nuevas.
- \_\_\_ 31. Mi familia se interesa por saber sobre VIH-SIDA.
- \_\_\_ 32. Mi interés por lo que sucede a mi alrededor ha disminuido.
- \_\_\_ 33. Me informo para saber como cuidarme.
- \_\_\_ 34. Hablo de mi diagnóstico con personas que me pueden ayudar.
- \_\_\_ 35. Es muy difícil mantenerme interesado en lo que hago diariamente.
- \_\_\_ 36. No hay nada para evitar las infecciones que se presenta con esta enfermedad.
- \_\_\_ 37. La enfermedad es fuertemente contagiosa.
- \_\_\_ 38. Mi familia me rechaza.
- \_\_\_ 39. Quiero olvidarme de este diagnóstico.
- \_\_\_ 40. Las molestias disminuyen al estar tranquilos.
- \_\_\_ 41. No me interesa planear algo para mañana.
- \_\_\_ 42. Cuando tengo molestias físicas hago todo lo posible por disminuirlas.

- \_\_\_43. Busco información sobre la enfermedad y sus nuevos descubrimientos.
- \_\_\_44. A partir de mi diagnóstico me he alejado de mi familia.
- \_\_\_45. Emocionalmente estoy bien.
- \_\_\_46. Me siento mal por causarles esta pena a mi familia.
- \_\_\_47. Los síntomas se controlan solo con el medicamento.
- \_\_\_48. El futuro ya no existe para mí.
- \_\_\_49. Los síntomas me paralizan de miedo.
- \_\_\_50. Tengo planes para aprender cosas nuevas.
- \_\_\_51. Cuando se presenta una molestia pienso que es el final.
- \_\_\_52. Controlo los síntomas con diferentes actividades como ir al médico, dietas, ejercicio.
- \_\_\_53. Si no hay molestias no necesito ir al médico.
- \_\_\_54. Prefiero comprar otras cosas que la medicina.
- \_\_\_55. La enfermedad puede esperar para su atención.
- \_\_\_56. La enfermedad es mortal.
- \_\_\_57. La gente exagera esta enfermedad.
- \_\_\_58. Nunca he practicado el ejercicio físico.
- \_\_\_59. Controlo más mi consumo de alcohol.
- \_\_\_60. Hago ejercicio.
- \_\_\_61. Prefiero trabajar a ir al médico.
- \_\_\_62. Anteriormente hacía alguna actividad física.
- \_\_\_63. Controlo más mi consumo de cigarro.
- \_\_\_64. Es necesario estar bajo atención médica siempre.
- \_\_\_65. Mi peso era algo que no me preocupaba.
- \_\_\_66. Mi consumo de alcohol es el mismo de siempre.
- \_\_\_67. Necesito ir al médico aun sin molestias.
- \_\_\_68. Fumo como siempre.
- \_\_\_69. Ahora tengo que cuidar mi peso.
- \_\_\_70. Asisto al médico solo cuando el malestar es fuerte.
- \_\_\_71. Es importante tener momento de descanso y reposo.
- \_\_\_72. Ahora desayuno todos los días en mi casa.
- \_\_\_73. Asisto al psicólogo.
- \_\_\_74. Soy cuidadoso con mi alimentación.
- \_\_\_75. Antes de recibir el diagnóstico desayunaba todos los días en mi casa.

- 76. Me desagrada hablar con psicólogos.
- 77. Siempre había sido una persona sana.
- 78. Además de ver al médico necesito hablar con el psicólogo.
- 79. Anteriormente le restaba importancia al reposo.
- 80. Puedo retrasar los síntomas.