

90



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA

EVALUACION COGNITIVA, REPRESENTACION Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PERSONAS CON VIH/SIDA. UNA APROXIMACION DESDE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD.

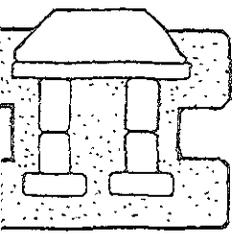
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARIA OLGA MEJIA ANZURES

ASESORA: MTRA. AIDA IVONNE BARRIENTOS NORIEGA.

LOS REYES IZTACALA.

ENERO DEL AÑO 2000.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**EVALUACIÓN COGNITIVA,
REPRESENTACIÓN Y ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO EN PERSONAS CON
VIH/SIDA.
UNA APROXIMACIÓN DESDE LA
PSICOLOGÍA DE LA SALUD.**



**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

**TRABAJO DE TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA PRESENTA:**

**MARIA OLGA MEJIA ANZURES
No. DE CUENTA: 7806545-3
GENERACIÓN 87-90.**

**DIRECTORA DE TESIS:
MAESTRA AIDA IVONNE BARRIENTOS NORIEGA.**

**ASESORES:
MAESTRO FLORENCIO MIRANDA HERRERA.
MAESTRO LEONARDO REYNOSO ERAZO.**

LOS REYES IZTACALA, ENERO DEL AÑO 2000.

QUIERO AGRADECER ESPECIALMENTE:

A mis madres Enriqueta y Josefina:

Entre muchas, muchas cosas, por darme la Vida, todo su amor, su apoyo, comprensión y, principalmente, por ser tolerante conmigo.

A mis hermanos Sandra, Enrique y Hugo:

Por compartir su Vida conmigo, por ser mis amigos y en ocasiones mis cómplices.

A mis sobrinos Didi, Samy y Keny:

Simplemente por existir y ser como son.

**A mis maestros y compañeros de la Carrera de Psicología de la E.N.E.P. Iztacala
(Generación 87-90):**

A los primeros por su profesional y peculiar forma de ser y enseñar la Psicología. A los segundos por su amistad, compañerismo y compartir esas experiencias "tan particulares" que vivimos juntos.

A Ivonne:

Porque hasta que me involucre en esto contigo entendí el verdadero significado de las clásicas frases vistas en las tesis "gracias por tu paciencia".
En este caso, gracias por todo

A Florencio y Leonardo:

Por sus aportaciones y disposición para la realización de este trabajo.
Por la confianza, la amistad y el apoyo, gracias Leo.

A Watson, Skinner, Kantor, Beck, Ellis, Lazarus y Folkman entre muchos más:

Por ser la base de mi formación como psicóloga.

A mis compañeros del Juzgado 2° Municipal y 1° Penal de Cuantía Menor de Naucalpan:

Por todo lo que he vivido junto a ustedes, dentro de lo cual he aprendido a rescatar algo muy valioso: la gran calidad humana de muchos de ustedes.

DEDICO ESTE TRABAJO:

A la Vida:

Por esa segunda oportunidad

A Fredy Mercury:

Dios salve a la Reyna.

A Víctor, Maribel, Carmen, Nicolás, Jorge y José entre muchos más:

Por permitirme estar con ustedes y compartir sus más íntimos pensamientos, alegrías y tristezas;
por tener el valor de vivir de esa manera "diferente" en una sociedad como la nuestra.

A todas las personas que participaron en el presente trabajo :

(sin ustedes no se hubiera llevado a cabo).

A todas aquellas también que viven con y a las que han muerto por VIH/SIDA

A las que trabajan en esta difícil pero gratificante aventura del trabajo en Sida desde una trinchera
no oficial, en donde he encontrado muchos amigos.

Pero, particularmente, a los 4 Fantásticos:

Alma, Sergio, Juan Carlos y a mí.

¡ANIMO ESPÍRITU FUERTE!



RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO I.- EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD.	5
I.I Definición de Conceptos	5
I.II Aproximaciones Históricas	7
I.II.I Modelo Animista	7
I.II.II Modelo Médico o Biomédico	8
I.II.III Modelo Alternativo desde la perspectiva Social	10
I.III Prácticas Culturales y su Influencia en el estilo de Vida	10
CAPITULO II.- LA PSICOLOGIA DE LA SALUD COMO MODELO BIOPSICOSOCIAL EN PROCESOS DE SALUD-ENFERMEDAD.	13
II.I Antecedes Históricos	13
II.II Del Análisis Experimental de la Conducta a la Psicología de la Salud	14
II.II.I Análisis Experimental de la Conducta	14
II.II.II Terapia de la Conducta	16
II.II.III Análisis Conductual Aplicado	16
II.II.IV Modificación de Conducta	17
II.II.V La Modificación Cognitiva de la Conducta y el Autocontrol	19
II.II.VI Medicina Conductual	22
II.II.VII Definición de Psicología de la Salud	24
II.II.VI.I Modelo propuesto por la Psicología de la Salud	24

**CAPITULO III.- LA IMPORTANCIA DE LOS ASPECTOS PSICOLOGICOS
EN ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS. 27**

III.I	Definición	27
III.II	Aspectos Generales	28
III.II.I	Fase Aguda.	28
III.II.II	Fase Crónica	29
III.III	Aspectos Psicológicos	31
III.IV	Evaluación, Estrés y Afrontamiento en Individuos con enfermedades crónico-degenerativas	33
III.IV.I	Estrés	34
III.IV.II	Formas básicas de evaluación cognitiva	35
III.IV.III	Afrontamiento	37
III.IV.IV	Representación	41

**CAPITULO IV.- EL VIH/SIDA COMO UN PROBLEMA DE SALUD
BIOPSIOSOCIAL. 43**

IV I	Que es el VIH	43
IV.II	Que es el SIDA	44
IV.III	Vías de transmisión del VIH	45
IV.IV	Formas de Prevención	46
IV.V	Grupos de riesgo versus conductas de riesgo	47
IV.VI	Fases de la infección por VIH	47
IV.VI.I	Criterio del AIDSCOM	47
IV.VI.II	Criterio del Centro de Enfermedades de Atlanta	49
IV.VII	Pruebas de detección del VIH: ELISA y WESTERN BLOT	51
IV.VIII	El SIDA como problema de salud pública	52
IV.VIII.I	Efectos Biopsicosociales	53
IV.IX	Intervenciones Psicosociales en personas con VIH/SIDA	59
IV.X	El papel del Psicólogo en la atención del VIH/SIDA	59

RESUMEN



De acuerdo al programa de la Organización Mundial de la Salud para la prevención del SIDA (ONUSIDA), México, ocupa el treceavo lugar en cuanto al número total de casos notificados y el tercero en el Continente Americano, además del retraso en la notificación el subregistro. La investigación realizada al respecto ha sido dirigida en gran medida hacia los aspectos médicos como parte de un modelo lineal de explicación causa-efecto, sin tomar en cuenta los aspectos psicosociales involucrados en su génesis y mantenimiento, necesarios para su comprensión y tratamiento. La Psicología de la Salud y el modelo propuesto por ésta retoma estos aspectos, poniendo énfasis en la prevención como primordial herramienta para detener el avance de la pandemia, lo cual requiere de una intervención de tipo integral, este modelo propone, entre otras cosas, el manejo de los estados de ansiedad, angustia y la depresión como respuesta al estrés ocasionado por una enfermedad de tipo crónico-degenerativa como es el SIDA. El objetivo del presente trabajo fue conocer las evaluaciones y representaciones que 15 hombres homosexuales y 1 bisexual, 8 VIH+ o con el menor número de síntomas y 8 en fase de SIDA de la Ciudad de México y Área Metropolitana hicieron acerca de su condición de salud y las estrategias de afrontamiento utilizadas para ajustarse a su proceso de salud-enfermedad. Se empleó un Diseño Transeccional Descriptivo y se aplicó una batería integrada por seis instrumentos de evaluación. De los resultados obtenidos puede verse que los individuos VIH+ representaron su condición de salud principalmente como una oportunidad, evaluando de manera benigno-adaptativa, utilizaron estrategias de afrontamiento dirigidas al problema (búsqueda de información, de tratamiento médico y psicológico, acudir a grupos de apoyo, etc.), en donde el papel del apoyo social tuvo un lugar importante. Los individuos con SIDA representaron su enfermedad principalmente como una tragedia, haciendo evaluaciones de tipo estresante, ellos utilizaron básicamente estrategias dirigidas a la emoción (negación depresión y aislamiento, entre otras) aunque contaron con casi los mismos recursos de afrontamiento que las personas VIH+. Estos resultados sugieren la importancia del manejo de las variables psicosociales en el proceso de salud-enfermedad en personas con enfermedades crónico-degenerativas, en el caso concreto el VIH/SIDA, entre los que destacan la desmitificación de la pandemia debido a su relación con el ejercicio de la sexualidad, así como la necesidad de sensibilizar a la población con el objeto de prevenirla, aspecto en donde el papel del Psicólogo, entre otros profesionales de la salud se vuelve relevante, para promover en sus clientes el uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas entrenándolos en el uso de fuentes de apoyo social positivo, lo cual requiere de una intervención multidisciplinaria.

Con este fin, en el primer capítulo se analizan las diferentes perspectivas históricas de salud y enfermedad como conceptos opuestos hasta llegar a lo que se ha dado por denominar el proceso salud-enfermedad. De qué forma las prácticas culturales inciden en la formación y adquisición de patrones conductuales y estilos de vida que inciden y condicionan dicho proceso.

En el segundo capítulo se hace una revisión de los antecedentes históricos de la Psicología de la Salud tomando como base principal El Análisis Experimental de la Conducta el cual sienta las bases teóricas para el desarrollo del Análisis Conductual Aplicado y la Modificación de Conducta como antecedentes de la Terapia de Conducta y el surgimiento de la Medicina Conductual cuyas limitaciones dieron pauta a la Psicología de la Salud.

El tercer capítulo trata sobre las enfermedades crónico-degenerativas y los factores culturales, sociales, biológicos y psicológicos inmersos en su aparición y desarrollo; la importancia de aspectos como la valoración cognitiva, representación y el uso de estrategias de afrontamiento relacionadas con la enfermedad y la adaptación del individuo a ésta.

Finalmente, el cuarto capítulo aborda el fenómeno VIH/SIDA; se analizan las variables biológicas, psicológicas y sociales que intervienen en su desarrollo y la forma de abordar esta problemática desde la Psicología de la Salud

La parte teórica de la tesis sentó las bases para el Diseño metodológico de la investigación y sirvió como marco de referencia para la interpretación de resultados.

En general, pudo concluirse que existe una clara diferencia en cuanto a la forma de valorar y representar su condición de salud entre ambos grupos, así como en el tipo de estrategias de afrontamiento que utilizaron los individuos asintomáticos de los que se encontraban ya en la fase de SIDA, ya que en cuanto a éstas, los primeros utilizaron principalmente estrategias dirigidas al problema o conductuales en contraste con los segundos en donde predominaron las dirigidas a la emoción para enfrentar su enfermedad a pesar de contar casi con los mismos recursos de afrontamiento que los individuos asintomáticos.

Así también de la revisión del presente trabajo se desprende la necesidad de redefinir el concepto de salud pues el que actualmente existe resulta insuficiente, particularmente en el caso de personas con enfermedades crónico-degenerativas, como lo es el VIH/SIDA en donde la intervención se ha convertido de hecho en un reto en el quehacer del psicólogo en nuestro país y en toda Latinoamérica debido a las dimensiones de la pandemia y en donde resulta también de gran utilidad entender cuál es el papel del comportamiento en el mantenimiento de la salud, el surgimiento de las enfermedades y su evaluación como área principal de intervención.

CAPITULO I.- EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD Ψ

Comenzaremos por definir los conceptos de salud y enfermedad desde diferentes perspectivas, las aproximaciones con las que a través de los momentos históricos y modos de producción se ha intentado dar explicación a los mismos; se describirán brevemente los más representativos como el paradigma animista, paradigma médico, paradigma médico de ayuda y el paradigma social. Se analizará la forma en que las prácticas culturales influyen directamente en la adquisición de patrones conductuales individuales y colectivos, que condicionan a su vez, en gran medida, los estilos de vida y su relación con el proceso de salud-enfermedad.

I. I. - DEFINICIÓN DE CONCEPTOS.

Penzo (1993), refiere que la opinión más común e inmediata es que la salud y la enfermedad son conceptos o entidades opuestas pero simétricas y claramente diferenciables separadas por una línea divisoria neta. Desde este punto de vista, se cosifica a la enfermedad y se concibe como un "algo en sí", que resulta ajeno al individuo que la presenta.

Lo cierto es que los conceptos de salud y enfermedad han evolucionado dependiendo de la época y momento sociohistórico vivido, hasta ahora, la definición de salud más conocida, es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud: "...un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o incapacidad..." (en Mishler y Cols., 1981, p.3). Otra definición ha sido propuesta por Murray y Zenther (en Spector, 1979, p.4) como "...una respuesta adaptativa física, mental, emocional y social, tanto interna como externa en orden de mantener la estabilidad y confort...".

La enfermedad es definida por Spector (op. cit., pág. 16) como "...un funcionamiento anormal de un sistema o sistemas del organismo..."., la cual coincide con la definición de Cohen (en Spector op. cit.) que la concibe como desviaciones de lo normal, esto es, de sus signos y síntomas. Engel define a la enfermedad en contraposición con la salud como las fallas o

disturbios en el crecimiento, desarrollo, funcionamiento y ajustes en el organismo ya sea como un todo o en cualquiera de sus sistemas, (en Spector, 1979),

En contraposición con las definiciones revisadas hasta ahora en las que se concibe a la salud y enfermedad como entidades separadas, otra perspectiva es aquella en la que el organismo es visto como un conjunto coordinado de funciones en constante adaptación y ajuste a los cambios del ambiente; ambos conceptos son vistos como estados dentro de un continuo y a su vez como procesos naturales que se evalúan en términos de éxito o fracaso en el ajuste adaptativo. Este modelo implica estudiar la respuesta del organismo en función del ambiente en que se desenvuelve, por lo que resulta necesario poner atención no sólo al organismo de manera individual sino también a los factores que interactúan con éste.

Apoyando lo anterior, San Martín (1993) considera que la noción de salud implica además ideas de variación y de adaptación constantes y que ver a la salud como un estado biológico y social estático no es realista, como tampoco lo sería considerarla únicamente como la mera ausencia de enfermedad ya que entre los estados de salud y enfermedad vistos como un continuo, existe una escala de variación con estados intermedios que van desde la adaptación perfecta (difícil de obtener) hasta la desadaptación que llamamos enfermedad; tanto salud como enfermedad presentan síntomas clínicos directos por lo que se excluyen mutuamente. Este autor concibe a ambos estados como resultado del éxito o fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones del ambiente, bajo esta definición un individuo sano es el que demuestra una armonía en estas tres esferas y con el ambiente que le rodea, de tal manera que sea productivo tanto individualmente como de manera colectiva en su ambiente inmediato; siendo entonces la salud un estado orgánico de equilibrio entre el medio interno y externo del individuo tomando en cuenta su herencia y condiciones de vida.

Este autor propone redefinir el concepto de salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud, al no ser ésta un fin en sí misma si no va acompañada del goce pleno y equilibrado de las facultades del individuo sano, del disfrute de su bienestar y de su contribución productiva al progreso social, por lo que se hace necesaria una definición que además de lo biológico, incluya factores ecológicos, ambientales, sociales, culturales, etc., bajo la premisa de que el concepto de

salud debe adecuarse a la época, condiciones de vida e ideas prevalecientes en cada una de éstas, por lo que resulta más adecuado aceptar la noción de una salud "relativa" más que absoluta en la que existen grados de anomalía e incluso un cierto porcentaje de enfermedad no percibida.

De igual manera, la enfermedad entendida como la mera ausencia de salud tampoco es válida en este contexto, debido a que como se ha visto existen "grados o niveles" de enfermedad que impiden su diagnóstico y percepción incluso por el propio individuo, por lo que la enfermedad es vista como un estado de desequilibrio ecológico en el funcionamiento del organismo vivo no solamente en su etiología, ya que la enfermedad toma sentido en función del individuo visto como una unidad biopsicosocial, por lo que se define a la enfermedad como un desequilibrio biológico-ecológico o como una falla de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que está expuesto, este proceso termina por producir una perturbación de la fisiología y/o de la anatomía del individuo, (San Martín, 1993).

I. II. - APROXIMACIONES HISTÓRICAS.

Como ha podido observarse de las definiciones de salud y enfermedad propuestas hasta ahora el concepto de enfermedad especialmente como una desviación de la norma biológica, predomina en el pensamiento y práctica médicos aún en nuestro tiempo. Al respecto Rosentock (en Mishler, 1981.) argumenta que no existe coherencia entre la forma de concebir los conceptos de salud y enfermedad de manera teórica y aquella a la que se enfrentan los profesionales de la salud en su práctica cotidiana y que éstos comienzan a darse cuenta de la falla en la claridad de ambas definiciones. Históricamente los siguientes modelos han abordado los procesos de salud-enfermedad.

I. II. I. - MODELO ANIMISTA.

La connotación de salud, en un sentido más amplio, no ha sido concebida únicamente a lo largo de la historia como la ausencia de enfermedad, ha sido concebida principalmente como "una recompensa a un buen comportamiento".

Esta idea, no importando la época, sigue prevaleciendo de alguna manera en la forma de pensar de individuos y comunidades enteras, pues la salud se considera aun como el resultado de la calificación social del comportamiento; la enfermedad a su vez sigue siendo considerada como el pago o castigo por "un mal comportamiento". Existe la creencia de que la salud significa la ausencia de lo malo. Es en este contexto que la salud ha sido vista como análoga al día, lo que se iguala como bueno o la luz. A la inversa, la enfermedad se concibe como análoga a la noche, lo que tiene que ver con lo malo, con la obscuridad, ésta es vista como un castigo por ser malo o realizar actos malos, como venganza de los espíritus del mal, (Spector, 1979.).

Antes del surgimiento de los primeros modelos médicos, la enfermedad (física o emocional) era considerada como producto de castigos divinos; la explicación de su origen fue básicamente mística o religiosa y sus tratamientos estaban basados en sacrificios, oraciones, castigos o en el poder de la sugestión como base de toda terapéutica, (Sarasson, 1983). No obstante estas creencias fuertemente arraigadas en diversas comunidades y partes del mundo, estos significados asignados a la salud y enfermedad son raramente discutidos en los ámbitos de salud modernos.

Posteriormente con el advenimiento del modelo médico, los procesos de salud-enfermedad dejaron de recibir explicaciones mágico-religiosas y el interés se fijó en un modelo de relación organismo biológico-medioambiente en donde la enfermedad tenía como explicación la alteración de la homeostasis por el contacto con agentes patógenos. Este modelo enfatiza el aspecto biológico de los organismos y es aun en la actualidad el modelo de atención que predomina en nuestro país.

I. II. II.- MODELO MÉDICO O BIOMÉDICO.

El modelo o paradigma médico se caracteriza por dos suposiciones básicas: el materialismo y el reduccionismo. El primero hace alusión a la persona cuya existencia y funciones pueden ser explicadas, examinadas y alteradas usando los principios de la

anatomía, fisiología, bioquímica y la física. El segundo apoya la idea de que la persona puede ser comprendida a través del estudio de las partes que constituyen el organismo. De acuerdo a este modelo, el individuo se concibe como un organismo biológico y la enfermedad como desviación de las normas biológicas causada por algún agente físico o químico que es identificable; la intervención en este sentido involucra la presencia de un agente químico o físico que corrija esta desviación (Snyder 1985).

En este contexto las reglas en cuanto a los papeles y responsabilidad del individuo enfermo y del profesional de la salud, han sido asignados en nuestra sociedad occidental bajo el rubro de modelo médico de ayuda. Las actitudes y comportamientos que deben observar cada uno se constituyen como los papeles y responsabilidades atribuidos a ambos participantes, que los colocan en posiciones desiguales pero complementarias; las personas portadoras de la enfermedad no son responsables ni del origen ni de la solución de su enfermedad. Se les asigna el papel de enfermos o incapacitados, papel que al ser asumido los exenta de sus obligaciones cotidianas, pero implica la obligación de buscar ayuda profesional y cooperar además en su recuperación. Es aquí en donde el profesional de la salud, particularmente el médico, es el responsable de identificar el problema o enfermedad y dar la mejor solución a esta alteración en la salud del usuario al poseer el conocimiento y las habilidades necesarias para "regresar" al individuo a su estado anterior de no enfermedad, esta posición, lo coloca en ventaja en relación al individuo enfermo, el que asume su posición de paciente con las características inherentes al mismo, como el ser pasivo y dependiente del conocimiento que posee el médico. Aquí, el paciente no es visto como un todo sino como una colección de órganos con un mal funcionamiento y que demanda tratamiento, (Brickman y Cols., 1983 en Snyder, op. cit.).

El modelo biomédico y el modelo médico de ayuda son complementarios y congruentes entre sí, existe en ambos la concepción de la persona como un conjunto de órganos o sistemas de órganos que en un momento dado no funcionan bien por lo que requieren tratamiento físico o químico, lo que lógicamente conduce a una relación en la que el personal de salud trabaja con un pasivo y cooperador sujeto enfermo. Ambos modelos son limitados al partir de la suposición de entidades nosológicas específicas asociadas a un proceso biológico específico lo que llevaría a creer que la etiología es puramente biológica y no dar importancia a los aspectos psicosociales tanto del individuo enfermo como de su proceso de enfermedad.

I.II.III.- MODELO ALTERNATIVO DESDE LA PERSPECTIVA SOCIAL.

Misnier y Cols., (1981) propone un modelo alternativo en el que define a la enfermedad como un disturbio en las relaciones sociales, aquí la etiología hace referencia a procesos sociales y no únicamente al aspecto biológico, planteamiento poco común cuando se está acostumbrado a pensar en el proceso de salud-enfermedad en términos del modelo médico que deja fuera aspectos socioculturales e institucionales que son parte del mismo. Desde esta perspectiva el proceso puede ser comprendido en muchas más formas cuando es visto a la luz de los contextos socioculturales bajo los que ocurre en la realidad, resalta aquí el significado social de la enfermedad, los factores culturales, psicológicos, sociales y sus determinantes, materia de las ciencias sociales y conductuales. La experiencia de la enfermedad se ve influida por lo que la enfermedad misma significa para quien la padece al constituirse en un -estatus específico- con un papel asignado dentro de un contexto sociocultural dado, en el que se "valida" tanto por el profesional de la salud como por quienes conforman el grupo social inmediato del enfermo, que se convierte a su vez en paciente (con las responsabilidades inherentes como adherirse al tratamiento prescrito, cooperación en el mismo, cuidado de su salud, etc ,).

De los modelos antes revisados puede concluirse que el paso de un estatus de individuo saludable al de uno enfermo es "construido" tanto por el individuo mismo, el personal de salud y el ambiente físico y social, por lo que la enfermedad es diagnosticada y tratada dentro de un contexto interactivo de práctica médica, ya que la presencia de una desviación del funcionamiento biológico normal, es sólo una de las condiciones para etiquetar una alteración de la salud como enfermedad, en donde están inmersos factores biológicos, sociales y psicológicos, que a su vez se ven influidos por las creencias y actitudes de las personas para situarse en un momento dado en uno u otro polo o en diferentes puntos de este continuo al jugar un papel activo e interactivo en su desarrollo.

I.III.- PRACTICAS CULTURALES Y SU INFLUENCIA EN EL ESTILO DE VIDA Y LA SALUD.

El desarrollo económico, la industrialización y la urbanización en las ciudades de diversas partes del mundo, han traído como consecuencia diversos cambios sociales, los que han

producido profundos efectos en la estructura de las comunidades, en el funcionamiento de la familia y en el bienestar psicológico de los individuos.

En muchos lugares estos cambios han contribuido al desgaste de sistemas de apoyo psicológicos tradicionales, reduciendo la capacidad de los individuos para afrontar el estrés, la enfermedad y la incapacidad resultante de ésta. En particular, el estrés ha contribuido directamente al incremento de conductas desadaptativas como la depresión, estados de ansiedad y desórdenes psicosomáticos que afectan a mucha gente. Holzman y Cols., (1987) mencionan que el contexto socioeconómico y las prácticas culturales de una comunidad afectan el comportamiento individual de las personas y en general influyen, en ocasiones negativamente, en su estilo de vida; así podemos ver como algunos comportamientos frecuentes de las personas ante las demandas de su ambiente constituyen factores de riesgo para la salud.

Existen algunos estudios que vinculan conductas como el fumar, ingerir bebidas alcohólicas, drogas, medicamentos y ciertas prácticas sexuales y alimenticias entre otras, con la mayor incidencia de enfermedades físicas de diversa índole y el aumento de accidentes; existe una estrecha relación entre el comportamiento de los individuos y sus prácticas o patrones conductuales para enfrentar las demandas del medio y su estado de salud, (Ribes, 1989).

El aspecto nocivo que se asocia a este tipo de hábitos entre los que se incluyen una alimentación pobre o inadecuada, poca o nula actividad física, la falta de higiene y los trastornos de sueño, no se reduce a su condición de factores de riesgo de enfermedades concretas: la relación entre el alcoholismo y otras adicciones con accidentes de tráfico, de tipo laboral y conductas antisociales y delictivas nos da un perfil del daño potencial que conllevan determinadas conductas adictivas y los elevados costos a nivel personal, social y económico.

En este sentido Campbell, Singer y Shofield (1983), señalan que el abuso en el consumo de drogas representa un grave problema de salud en muchas partes del mundo; las drogas que causan daño físico y social van desde las socialmente aceptadas como el alcohol y la nicotina, hasta los opiáceos no permitidos legalmente y los estimulantes tales como las anfetaminas. La heroína es la droga consumida por excelencia, pues aunque el número de adictos a ésta es relativamente bajo, los costos físicos y sociales de su consumo son inmensos a nivel social. Uno de estos estudios es el realizado por Rodin y Salovey (1989), que aportan evidencia acerca de la relación que existe entre los factores fisiológicos y variables psicológicas, sociales y conductuales

en el desarrollo de la salud o la enfermedad y que sugieren posibles interacciones entre estas variables; las variables correlacionadas con los procesos de salud y enfermedad fueron en primer lugar las llamadas disposicionales, como el patrón de conducta tipo A por ejemplo; en segundo lugar los factores cognitivos como la representación y evaluación de la enfermedad; en tercer lugar las variables sociales y medioambientales en las que se incluye el apoyo social; y en cuarto lugar, las variables socioculturales tales como el género, raza y estatus socioeconómico.

Los autores refieren que estas variables parecen influir directamente en los estados de salud y enfermedad porque influyen a su vez en una segunda categoría de variables: el afrontamiento, la adherencia al tratamiento, el ejercicio y otras conductas calificadas como saludables.

Una disciplina que incorpora el modelo interactivo y multicausal del proceso salud-enfermedad, es la Psicología de la salud, dado que el presente trabajo se enmarca dentro de este modelo, en el siguiente capítulo hablaremos acerca de sus antecedentes, bases teórico-metodológicas, objetivos y prácticas en el sistema de salud.

CAPITULO II.- LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD COMO MODELO BIOPSIICOSOCIAL EN PROCESOS DE SALUD - ENFERMEDAD.



En este capítulo se revisarán los antecedentes históricos de la Psicología de la Salud, su desarrollo desde el surgimiento del Análisis Experimental de la Conducta. El Análisis Conductual Aplicado, La Modificación de Conducta y La Terapia de Conducta, Terapia Cognitivo Conductual, la Medicina Conductual, hasta llegar a la propuesta hecha por la Psicología de la Salud

II. I. - ANTECEDENTES.

La poca capacidad del modelo médico para dar respuesta a múltiples interrogantes de la etiología y tratamiento de las enfermedades considerando únicamente al ámbito biológico; el aumento de enfermedades crónico-degenerativas y otras enfermedades estrechamente vinculadas al comportamiento y hábitos de los individuos y el avance en la investigación en ciencias como la fisiología, psicología, epidemiología, y en la misma medicina, dieron como resultado el surgimiento de la hipótesis de que los procesos de salud-enfermedad se explicaban no sólo como resultado de agentes patógenos que alteran el equilibrio biológico, sino considerando también la influencia de procesos de índole emocional. Esta hipótesis dio origen al surgimiento de nuevas disciplinas como la Psicología Médica y la Medicina Conductual entre otras, así como al aumento en investigaciones sobre Psicofisiología.

Uno de los principales esfuerzos científicos para demostrar las interacciones de factores psicológicos y biológicos en el proceso de enfermedad, fue el experimento realizado por Wolf y Wolff (citado en Stone y Cols., 1979), para demostrar los efectos del estrés en el organismo, al registrar fotográficamente una fístula gástrica o abertura anormal en la pared de dicho órgano. Este tipo de trabajos proporciona evidencia directa de que los estados emocionales influyen en procesos fisiológicos que podrían desencadenar en enfermedad; fue también durante los años cuarenta, que se realizó la investigación sobre los efectos del placebo y el desarrollo de la enfermedad iatrogénica. Posteriormente, durante la década de los cincuentas y sesentas, Holmes

y Rahe (citado en Holtzman y Cols 1987) reportaron la incidencia de la relación entre la enfermedad física y cambios estresantes derivados del estilo de vida, dicha relación ha demostrado subsecuentemente ser cada vez más compleja de lo que se pensaba.

En este contexto y auspiciados por el avance de las investigaciones en ciencias conductuales, el auge de la Terapia conductual y la Modificación de la Conducta, así como el incremento en estudios epidemiológicos surgieron esencialmente en la década de los 70s la Medicina Conductual y en los 80s la Psicología de la Salud, la cual es una alternativa a la evaluación o intervención psicológicas tradicionales, haciendo énfasis en la importancia de la prevención integral de la salud, considerando la interacción de los aspectos biológicos, sociales y psicológicos de los individuos y sus estados de salud y enfermedad.

II.II.- DEL ANÁLISIS EXPERIMENTAL DE LA CONDUCTA A LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

Los principios teóricos y procedimientos metodológicos empleados en el campo de la Psicología de la Salud se encuentran estrechamente relacionados con el enfoque conductual y cognitivo conductual, específicamente el Análisis Experimental de la Conducta (a nivel básico) que sienta las bases teóricas para el Análisis Conductual Aplicado y la Modificación de Conducta que dan lugar a la Terapia Conductual (a nivel aplicado), lo cual sienta las bases para el desarrollo de la Medicina Conductual en un principio y posteriormente de la Psicología de la Salud.

II.II.I.- ANÁLISIS EXPERIMENTAL DE LA CONDUCTA.

Es una metodología científica, teórica y experimental que pretende establecer relaciones funcionales entre acontecimientos descriptibles física y cuantificablemente. Su objetivo fundamental es la cuantificación de los cambios comportamentales en un lapso determinado de tiempo y la relación funcional entre los eventos de estímulo en el medio ambiente, con el fin de explicar el proceso de aprendizaje y las leyes que lo rigen, generalmente en organismos infrahumanos. (Ulrich, 1979).

La relación condicional y temporal entre la ocurrencia de dos o más eventos es denominada contingencia, la cual es el aspecto primordial en el análisis experimental de la conducta, y constituye la unidad de medición básica; se utiliza como estrategia fundamental de investigación.

El Análisis Experimental de la Conducta es una forma especial de estudiar la conducta, desarrollada a nivel metodológico por Skinner. El rasgo fundamental del Análisis Experimental de la Conducta es el centrarse sobre el sujeto y no en la evaluación de grupos como es habitual en la experimentación psicológica tradicional. Su propósito es poner de manifiesto los procesos conductuales del sujeto. Los datos procedentes de la actuación de un grupo ponen de manifiesto cambios producidos en el organismo "medio" y pueden no ser representativos de la actuación de cualquier sujeto de manera individual cuyos datos se utilizaron para extraer el promedio (Skinner, 1950 en Kazdin, 1983). Este tipo de análisis dirige la actuación del individuo controlando las fuentes de variabilidad; demuestra sobre un periodo de tiempo las variables de las que la conducta es función, su objetivo es encontrar un orden en la conducta del sujeto, lo que posibilita el desarrollo de una "ciencia del individuo" (Skinner, 1956 en Kazdin, op. cit.).

El estudio del individuo exige diseños experimentales que difieren de los que se usan en la investigación de grupos, ya que en éstos últimos los diseños se basan en una preparación previa de la situación experimental; en el Análisis Experimental de la Conducta, el diseño (llamado diseño de replicación intra sujeto), no se prepara completamente ni se realiza de forma invariable cumpliendo con unos requisitos establecidos previamente. En éste, el diseño se improvisa y se modifica en función de los datos. Debido a que el efecto de una variable sobre la conducta es evidente de manera inmediata, la contingencia experimental puede alterarse tan pronto como esos efectos se hagan visibles. El objetivo del diseño aquí es demostrar el control experimental establecido sobre el sujeto individual de forma que se pueda predecir sobre el tiempo la actuación o respuesta; el grado en que la conducta cambia como función de una variable dada se determina comparando las respuestas del sujeto a través de diferentes condiciones repetidas sobre un periodo de tiempo (Kazdin, 1983).

II.II.II.- TERAPIA CONDUCTUAL.

Es la aplicación clínica de los principios derivados del Análisis Experimental de la Conducta a partir de los cuales se generan una serie de estrategias de tratamiento para modificar la conducta inadaptada o en su caso para incrementar patrones de conducta adaptativos. Así la Terapia de la Conducta es el empleo de los principios del aprendizaje establecidos experimentalmente y en ámbitos aplicados, con el propósito de cambiar conductas inadaptadas, al ser el aprendizaje el proceso más relevante, por lo que el establecimiento de las leyes que rigen el proceso de aprendizaje se considera el camino principal para lograr el poder terapéutico en el ámbito psicológico (Wolpe, 1988). La Terapia de Conducta se nutre de dos ciencias: el Análisis Conductual Aplicado y la Modificación de Conducta.

II.II.III.- ANALISIS CONDUCTUAL APLICADO.

El desarrollo teórico de los principios encontrados en el laboratorio bajo el enfoque del Análisis Experimental de la conducta, han permitido desarrollar una tecnología aplicada que utiliza fundamentalmente los mismos principios, a lo que se denomina Análisis conductual Aplicado. El Análisis Conductual Aplicado se desarrolla a partir de la observación de tres cambios fundamentales: 1) un cambio en el medio o estímulo; 2) un cambio en el organismo que se traduce en alguna forma de comportamiento observable que es la respuesta o conducta y, 3) un nuevo cambio en el medio en forma de objeto o acontecimiento como efecto de la respuesta o consecuencia. Todo ello se conoce como la triple relación de contingencia.

El Análisis Conductual Aplicado es objetivo, hace referencia a descripciones de acontecimientos que pueden medirse y cuantificarse y procura relacionar una conducta con varios estímulos o viceversa. La conducta resulta ser una función de los estímulos previos y de las consecuencias ambientales. Sus principios surgen a partir de los estudios realizados con sujetos infrahumanos y humanos en condiciones altamente controladas en el laboratorio, poniendo énfasis en los procedimientos necesarios para que un organismo adquiriera una conducta de la que previamente carecía. De estos estudios han podido extraerse principios comunes que se basan en

la identificación de relaciones funcionales que se utilizan para promover la adquisición de nuevas conductas a través de cuatro procedimientos fundamentales: 1) reforzamiento positivo; 2) moldeamiento por aproximaciones sucesivas; 3) reforzamiento negativo y, 4) imitación (Ribes, 1986).

El Análisis Conductual Aplicado tiene múltiples objetivos en la evaluación de problemas, la aplicación de los modelos de aprendizaje y la aplicación de técnicas para el tratamiento de casos. Las técnicas que utiliza se basan en los modelos de condicionamiento clásico y operante y se aplican para el tratamiento de distintas alteraciones en ambientes educativos, hospitalarios, Instituciones de custodia, etc.

II. II. IV.- MODIFICACION DE CONDUCTA.

Aunque históricamente el término "Modificación de Conducta" se ha utilizado indistintamente con el de "terapia de Conducta", la Modificación de conducta es un término más genérico que solamente hace referencia a la aplicación del condicionamiento operante para distinguirlo de "la Terapia de Conducta" derivada del trabajo de Wolpe. Inicialmente fue usado para describir los estudios de aquellos investigadores que se aproximaron la modificación de la conducta aplicando sistemáticamente los principios del aprendizaje social derivado de la investigación sociopsicológica, (Krasner, 1982).

Las principales técnicas utilizadas en la Terapia Conductual son la Desensibilización sistemática, la inundación y la implosión, la terapia aversiva, el condicionamiento encubierto, el modelado y el biofeedback.

a) Desensibilización sistemática (o terapia por inhibición recíproca) consiste en construir una escala de situaciones ansiógenas o jerarquía de ansiedad, esto es, con la ayuda del paciente se ordenan las situaciones ansiógenas de menor a mayor, se entrena al paciente para que aprenda a relajarse mediante alguna técnica de entrenamiento en relajación y a continuación se le pide que imagine, de la forma más vívida posible, la situación menos amenazadora de la jerarquía de ansiedad; tiene por objetivo que el sujeto sea capaz de imaginarse todos los niveles manteniendo el estado de relajación; incluye tres elementos; entrenamiento en relajación;

elaboración de una jerarquía de situaciones ansiógenas y el emparejamiento de los ítems de esta jerarquía, normalmente imaginados, con el estado de relajación. Se emplea principalmente en el tratamiento de conductas desadaptativas basadas en la ansiedad y de reacciones de evitación. Actualmente se han desarrollado otras formas derivadas del procedimiento básico como la hipnosis o las drogas que a veces se utilizan para facilitar la relajación e inhibir la ansiedad durante la imaginación de la jerarquía.

b) Inundación y terapia implosiva: es una técnica empleada en el tratamiento de respuestas de evitación, en ésta, se expone al sujeto a estímulos ansiógenos de gran intensidad, ya sea imaginarios o in vivo, para conseguir un máximo de tensión. A través de la exposición repetida del sujeto a estos estímulos, éstos pierden su capacidad de producir ansiedad.

c) La Terapia aversiva: es un conjunto de técnicas en las que se utilizan eventos aversivos como elemento primordial para modificar la conducta, consiste en la utilización de estímulos físicamente nocivos para lograr eliminar o reducir la frecuencia de conductas no deseadas, se basa en los paradigmas clásico y operante. En el primero, el condicionamiento se emplea para modificar el valor de un estímulo emparejándolo con un suceso aversivo incondicionado. En el segundo, los procedimientos utilizados incluyen la presentación, terminación o evitación de los acontecimientos aversivos contingentes a la conducta.

d) Condicionamiento Operante.- esta técnica incluye la manipulación sistemática de las consecuencias de una conducta, con el fin de modificar otras conductas del mismo tipo. Supone la aplicación de un estímulo reforzante después de la emisión de una conducta deseable (reforzamiento positivo) o, el retiro de estímulos que habitualmente suceden a una conducta inadaptada (castigo).

e) La Técnica de modelado: consiste en la observación de la conducta de un modelo (filmado o en vivo) que luego debe realizar el sujeto. El aprendizaje por modelado es aquel que se producen por la mera observación de alguien que realiza una conducta, es a través de la observación que el sujeto puede adquirir respuestas deseadas sin que tenga que realizarlas él mismo.

II.II.V.- LA MODIFICACION COGNITIVA DE LA CONDUCTA Y EL AUTOCONTROL.

El interés por los "procesos encubiertos" y variables mediacionales, representan una desviación de las primeras líneas de trabajo dentro del campo del aprendizaje que surge con base en la insatisfacción de las formulaciones de la actividad humana en términos-estímulo-respuesta-fomentada por las primeras investigaciones; paulatinamente se fue confirmando la importancia de las cogniciones en la conducta y el papel que juegan los procesos de pensamiento en el control de ésta. La influencia de las cogniciones en la conducta manifiesta se desprende de la investigación realizada en el laboratorio sobre las limitaciones del condicionamiento clásico y operante, y sobre el aprendizaje vicario u observacional.

Ello ha sido denominado Modificación de conducta cognitiva, una de las áreas desarrolladas dentro de ésta es el Autocontrol o conjunto de procedimientos que el sujeto puede utilizar para modificar su propia conducta. La importancia de las cogniciones ha sido demostrada particularmente en el ámbito clínico, en donde los problemas que se le presentan al psicólogo se basan frecuentemente en los pensamientos, autoverbalizaciones, sentimientos, etc. de los clientes, en donde éstos tipos de conducta son generalmente el objetivo fundamental del cambio, (Mahoney, 1988).

De acuerdo a Kazdin (1983), la aparición en la modificación de conducta de técnicas basadas en la cognición, se considera como una parte de un movimiento de mucho mayor alcance puesto en marcha por toda la Psicología. El desarrollo de la investigación y de la teoría en la psicología cognitiva puede comprenderse examinando la propia evolución del conductismo, evolución en la que de acuerdo a Foch (1964 citado en Kazdin, op.cit.), se distinguen tres etapas desde el comienzo formal del conductismo hasta el momento actual.

1.- La etapa inicial que comprende la defensa de Watson de cambios radicales en la psicología al exaltar el objetivismo, centrándose en los datos objetivos versus los informes introspectivos de la conciencia como fundamento de una psicología nueva; la conciencia y los estados subjetivos no se consideraron temas que pudieran abordarse mediante el estudio científico.

2.- La segunda fase del conductismo como un intento de superar la psicología estímulo-respuesta y el nivel de análisis del aprendizaje que predominaba -exclusivamente descriptivo-. En la explicación del aprendizaje comenzó a tenerse en cuenta el papel de las variables relacionadas con el organismo, de esta forma, la psicología E-R se convirtió en psicología E-O-R, dentro de la razones para esta nueva formulación era que el simple análisis de la conducta en términos del primer paradigma, no siempre podía explicar los fenómenos de aprendizaje complejo que se producían en el laboratorio.

3.- La tercera etapa en la evolución del Conductismo, es representada por el trabajo de psicólogos cuyo trabajo se caracterizó por su interés en temas ignorados por teóricos de esta corriente, más no por otros psicólogos, como son el pensamiento, la percepción, aspectos motivacionales, ello debido a que algunos de los tipos de aprendizaje investigados en sujetos infrahumanos no se adecuaban al momento de abordar los problemas del aprendizaje y pensamientos humanos.

Tolman, fue el primero en considerar la importancia de la cognición como tema central en el aprendizaje. al afirmar que los organismos desarrollan cogniciones sobre distintos estímulos y que la formación de estas cogniciones constituía el aprendizaje, (en Kazdín, op.cit.).

No obstante el interés por los aspectos privados y cognitivos en la literatura sobre técnicas concretas de modificación de conducta, existe cierta resistencia a aceptar las técnicas de cambio conductual basadas en teorías cognitivas, lo cual se debe en parte a la dificultad de verificar este tipo de aspectos; esta incapacidad para evaluar los procesos encubiertos representa un obstáculo para la modificación de conducta, porque los principios del condicionamiento desarrollados en el laboratorio se aplican únicamente a las conductas manifiestas y no sugieren alguna forma de influir sobre los pensamientos, sensaciones, imágenes, etc.

A diferencia de ello, muchos modificadores de conducta afirman que los procesos cognitivos, simbólicos y privados siguen las mismas leyes que las conductas manifiestas. Algunas de las técnicas terapéuticas consideradas actualmente como parte de la modificación de conducta no tuvieron su origen dentro del Análisis Conductual Aplicado, sino que fueron asumidas a medida que iba aumentando el interés por los procesos cognitivos. El conjunto de estas técnicas ha sido denominado "Modificación cognitiva de la conducta o Terapia cognitiva", dichas técnicas se

utilizan para modificar cogniciones (pautas de pensamiento), necesaria para el cambio conductual.

Las técnicas más importantes son la terapia racional emotiva, el entrenamiento en autoinstrucción, la terapia cognitiva y la solución de problemas. Las técnicas más relevantes son la el Condicionamiento encubierto desarrollado por Joseph Cautela, la Terapia Racional Emotiva desarrollada por Albert Ellis, el Entrenamiento en Autoinstrucción, la Terapia Cognitiva, la Solución de problemas, la Terapia de la atribución, el entrenamiento en habilidades de superación, la detención del pensamiento, la inoculación de estrés desarrollada por Michembaum y la terapia semántica, el reestructuramiento cognitivo, etc. (Mahoney, 1988).

Debido a su importancia como recurso terapéutico, no podríamos dejar de citar el Autocontrol, éste parte del supuesto de que es el sujeto quien está en mejores condiciones para observar su propia conducta. Para algunos, el autocontrol implica un cambio en la probabilidad de ocurrencia de respuestas que tienen consecuencias tanto gratificantes como aversivas. En este caso, la conducta puede no estar orientada a obtener consecuencias reforzantes inmediatas, esto es, el autocontrol se define por la realización de una respuesta que parece ir en contra de las consecución de contingencias inmediatas. Las técnicas más importantes bajo este rubro son: el control de estímulos; la autoobservación, el autoreforzo y el autocastigo, y el entrenamiento en respuestas alternativas.

Con estas técnicas los terapeutas conductuales representan una alternativa importante en el ámbito de la salud y los problemas relacionados con ésta, los resultados de las intervenciones conductuales muestran que es posible alterar los síntomas asociados con disfunciones orgánicas sin intervenciones médicas. Ejemplo de ello es el uso de la técnica de retroalimentación en el tratamiento de incontinencia fecal severa, así como el uso de esta técnica y la de relajación para reducir la presión sanguínea y niveles de colesterol sin medicamentos en pacientes con hipertensión entre otras. Una de sus ventajas más importantes es que la terapia Conductual es más económica que las terapias tradicionales, y puede ser utilizada por la familia, maestros, el personal de enfermería y de odontología, al fijarse metas en un corto período de tiempo lo que implica un menor costo para el médico y el paciente. La terapia va encaminada a la eliminación de hábitos inadecuados o el ayudar al paciente a adaptarse a su enfermedad o discapacidad. Se aplica en diversas problemáticas entre las que se encuentran las pérdidas debidas a enfermedades físicas, lesiones o disturbios emocionales y al manejo de la ansiedad o déficits

conductuales Derivadas de éstas, en el manejo de pacientes para adherirse a los tratamientos, técnicas de reducción del dolor y las molestias asociados con la enfermedad o incapacidad, también los pacientes con anorexia nerviosa, asma, migraña, etc , se han beneficiado de las intervenciones conductuales (Belar y Cols., 1987).

II. II. VI. - MEDICINA CONDUCTUAL.

La Medicina conductual surge ante el reto que enfrenta la medicina tradicional de dar solución a aspectos como evaluación y tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas (trastornos cardiovasculares o cáncer), mucho más influidas, en su génesis y mantenimiento, por factores conductuales y estilo de vida de las personas.

La Medicina Conductual es un campo interdisciplinario, su desarrollo se basa a su vez en el desarrollo de algunas ciencias que le sirven de base. Pomerleau y Brady (1979) citan entre las principales la Epidemiología, la Psicología y la Fisiología. La primera ha jugado un papel relevante debido a que la investigación epidemiológica ha permitido demostrar la relación entre variables conductuales y tasas de morbilidad y mortalidad en diferentes tipos de poblaciones, teniendo como objetivo el estudio de la salud y la enfermedad en poblaciones y grupos en relación a su medio ambiente y formas de vida.

La Psicología constituye un nuevo nivel de análisis, la experimentación, el aprendizaje y los procesos de condicionamiento propios de esta ciencia son los fundamentos de la Medicina Conductual. Aquí destacan principalmente las aportaciones de dos líneas derivadas del Análisis Experimental de la Conducta: La Terapia Conductual y la Modificación de Conducta, cuyo conjunto de técnicas sirven de base para la intervención del Psicólogo en Medicina Conductual.

En el aspecto metodológico resaltan la evaluación sistemática y continua de conductas observables y medibles; el análisis de eventos antecedentes y consecuentes relacionados con la conducta de interés; el surgimiento de estrategias de investigación basadas en el entrenamiento contingencial y el control de estímulos y la evaluación sistemática del efecto que esas estrategias tienen en la modificación de los procesos de salud y enfermedad.

Por su parte, la Fisiología y principalmente los hallazgos de esta ciencia respecto a la relación de los procesos fisiológicos con los psicológicos y la gran cantidad de investigación realizada en este sentido han sentado las bases de muchas de las técnicas de intervención psicofisiológica.

Con estos recursos el psicólogo puede intervenir antes, durante o después de que se presenta el problema. Su intervención estará determinada por el problema, sus características, las del sujeto y las de la situación física y social en que éste se desenvuelve.

En conclusión la Medicina Conductual es un campo de integración de conocimientos que provienen de muy diferentes disciplinas, principalmente las biomédicas y las psicosociales que *“...se dirigen a la promoción y mantenimiento de la salud y a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. La característica definitoria fundamental, pues, de la medicina conductual es la interdisciplinariedad; conjunto integrado de conocimientos biopsicosociales relacionados con la salud y la enfermedad físicas...”* (Godoy, en Caballo, 1991.).

Por lo que partiendo de la premisa de que los procesos de salud-enfermedad obedecen a la interacción de los factores biológicos sociales y psicológicos, considera necesario superar el modelo médico-biológico tradicional y trabajar un modelo integral de atención a la salud que incorpore el trabajo multidisciplinario en donde se atiendan simultáneamente los factores sociales, biológicos y psicológicos del usuario. En este caso, la Medicina Conductual es una parte importante en el desarrollo hacia una psicología aplicada a los problemas de salud-enfermedad, sin embargo la disciplina tuvo algunas limitantes como el prestar poca atención a los programas de promoción de la salud y prevención de riesgos que favorecen el desarrollo de procesos patológicos a nivel personal o social. Ahora bien, en su campo no se propone una definición sobre salud, necesaria para formular las bases de su práctica y desarrollo tecnológico. *“ .La ausencia de un modelo psicológico de salud que permita analizar, describir y explicar por qué y bajo qué circunstancias una persona enferma o no, es quizás la principal limitación de la medicina conductual, y lo será de cualquier otra formulación que pretenda desarrollarse sin cumplir con este requisito. .”* (Morales Calatayud, 1997, p.51).

En el ámbito de lo psicológico, una alternativa en este tipo de modelos nos lo brinda el denominado Psicología de la Salud cuyo objetivo está encaminado a la promoción y prevención del cuidado de la salud dentro de un contexto sociocultural, y el desarrollo de nuevas tecnologías

conductuales para su promoción y mantenimiento, que incluyen el estudio de los aspectos conductuales involucrados en la recuperación física y emocional de los individuos (Holzman y Cols., 1987).

II.II.VII.- DEFINICIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

La Psicología de la Salud es definida por Matarazzo como "*...las contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la Psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la identificación de la etiología y diagnóstico de salud, enfermedad y disfunciones relacionadas con esta última, el mejoramiento del sistema de cuidado de la salud y la formación de profesionales de la salud...*", (Matarazzo, 1980 en Taylor, 1990, p.40).

Posteriormente, en 1982, Millon define a la psicología Clínica de la salud como "*...La aplicación del conocimiento y metodología de diferentes campos de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud física y mental de los individuos y la prevención, evaluación y tratamiento de todas las formas de desórdenes físicos y mentales en donde los factores psicológicos contribuyen de manera relevante...*" (Millon, 1982 en Belar y Cols., 1987, pág.1).

Recientemente, Selligson, Reynoso y Nava, (1993, pág. 38) la definieron como "*...una actividad clínica derivada de la Terapia Conductual, de la cual retoma métodos de evaluación y técnicas de intervención para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades...*", agregando que, en este campo, las relaciones entre lo biológico y lo psicológico tienen un carácter interactivo y se analizan siempre en función del contexto sociocultural en que se desarrollan. En este trabajo retomaremos esta definición.

II.II.VII.I.- MODELO PROPUESTO POR LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

Desde el campo de la Psicología Clínica de la Salud, Belar y Cols. (1987), proponen un modelo de evaluación llamado Biopsicosocial, centrado en los factores relacionados con el proceso de enfermedad que son comunes en diferentes escenarios y tipos de padecimientos, entre los que se incluyen las enfermedades crónico-degenerativas. El modelo es propuesto como

una alternativa a la evaluación psicológica tradicional que sigue la pauta del modelo médico, que se focaliza en una sola dimensión de la persona enferma, como es el aspecto psicoemocional.

A diferencia de los modelos revisados anteriormente en el Modelo de Belar (op. cit.) se propone evaluar las interacciones entre la persona, la enfermedad y el medioambiente inmediato del individuo enfermo, formulándose un diagnóstico y estrategia de tratamiento basados en la comprensión del proceso; es por ello que considerando la necesidad de incorporación de la información fisiológica, psicológica y social, el psicólogo clínico de la salud trabaja con este modelo en la explicación del proceso de salud-enfermedad en el que los aspectos de la evaluación se distinguen por la naturaleza de la información requerida (biológica, afectiva, cognitiva, conductual) y la unidad de evaluación (individuo enfermo, familia, sistemas de cuidado de la salud y el contexto sociocultural).

El modelo propone comprender el estado común del individuo, los cambios que ha sufrido desde el inicio de la enfermedad y su historia individual. La evaluación debe centrarse tanto en la identificación del problema como en la obtención de la información acerca de los recursos y esfuerzos del enfermo y su medioambiente.

A).- PRÁCTICAS EN EL SISTEMA DE SALUD.

Las áreas de trabajo en Psicología de la Salud son diversas, entre otras Rodríguez y Palacios (1989) mencionan al menos cinco que son:

- 1.- Promoción y mantenimiento de la salud.
- 2.- Prevención y tratamiento de la enfermedad.
- 3.- Prevención de correlatos etiológicos y diagnóstico de la salud, enfermedad y disfunción relacionadas.
- 4.- Análisis y mejoramiento de sistemas de salud.
- 5.- Formulación y políticas de salud.

Belar y Cols., (1987) por su parte, mencionan como actividades principales de los psicólogos clínicos de la salud las siguientes:

- 1 - Evaluación de candidatos a ciertos tipos de cirugía (prótesis de pene, esterilización y cirugía de espalda)
- 2.- Prevención de fobias y reducción de estrés derivados de procedimientos médicos.
- 3.- Afrontamiento al dolor crónico y/o intenso
- 4 - Control de síntomas fisiológicos asociados a procedimientos médicos o producto de ciertas enfermedades.
- 5.- Programas de atención geriátrica.
- 6.- Atención integral (biomédica y psicosocial para pacientes con enfermedades crónicas o terminales).
- 7.- Apoyo psicológico para favorecer la adherencia terapéutica, y:
- 8.- Detección temprana del problema y manejo de factores que favorecen una mejor calidad de vida.

El Area de prevención y tratamiento de las enfermedades es de especial interés para el desarrollo de este trabajo y particularmente la actividad relativa a la detección temprana del problema y el manejo de los factores psicológicos que favorecen una mejor calidad de vida. Todo esto debido al papel que juegan en el progreso de una enfermedad las representaciones que la gente tiene en relación a su salud y su propia enfermedad y las maneras en que los individuos la afrontan y se ajustan a ésta.

CAPITULO III.- IMPORTANCIA DE LOS ASPECTOS Ψ PSICOLOGICOS EN LAS ENFERMEDADES CRONICO- DEGENERATIVAS

En este capítulo se abordarán de manera general las enfermedades crónico-degenerativas, su definición y los factores culturales, sociales, biológicos y psicológicos implicados en su aparición y desarrollo. En segunda instancia se analizarán la valoración y representación que acerca de su enfermedad hacen estas personas, ya que esto juega un importante papel en el manejo del estrés y el uso de estrategias de afrontamiento relacionados con la enfermedad y la adaptación del paciente a la misma.

III.I.- DEFINICIÓN.

Burish y Bradley (1983), definen a las enfermedades crónicas como un problema conductual a largo plazo en el que el individuo enfermo tiene una gran responsabilidad; se destaca la importancia que tienen en el proceso de salud-enfermedad la familia y amigos del individuo enfermo al proporcionar apoyo de todo tipo y contribuir de manera positiva al afrontamiento.

En nuestro país, un ejemplo de esos padecimientos lo constituye la infección por VIH/SIDA que representa un grave problema de salud pública. México ocupa a nivel mundial el treceavo lugar en cuanto al número total de casos notificados y el tercero en el Continente Americano, pues hasta el mes de septiembre de 1999, de acuerdo al Programa de la Organización Mundial de la Salud para la prevención del SIDA (ONUSIDA), se reportaron 37,381.000 casos de SIDA, cifra aproximada por el retraso en la notificación y el subdiagnostico (casos que no son objeto de reporte epidemiológico), por lo que se calcula que existen 60,000 casos acumulados y el número de personas que se infectan diariamente es de 16,000, por lo que la cifra de personas infectadas oscila entre 116,000 y 174,000 de acuerdo a las Estadísticas del Consejo Nacional para la prevención del SIDA. Por lo que para el año 2 000 habrá una cantidad muy importante de enfermos en todo el mundo considerados crónicos.

En esta condición crónica se vuelven relevantes aspectos como la calidad de vida de los individuos y las formas en que afrontan el estrés derivado de la misma; es aquí en donde el trabajo del personal de salud entre los que se encuentran médicos y psicólogos debe tomar en cuenta la comprensión de cómo afrontan y se adaptan estas personas y como se adaptan a su nueva condición.

Por ello, el área de prevención y tratamiento de las enfermedades derivado del Modelo de Psicología de la Salud es de especial interés, particularmente la actividad relativa a la detección temprana del problema y el manejo de los factores psicológicos que favorecen una mejor calidad de vida, debido al papel que juegan en el progreso de una enfermedad las representaciones que la gente hace en relación a su salud y su propia enfermedad y las maneras en que la afrontan y se ajustan a ella.

III. II. - ASPECTOS GENERALES.

La mayoría de las personas que padecen una enfermedad crónica se enfrentan a situaciones sumamente difíciles ya sea en su casa, en el trabajo, escuela, etc., que los conducen muchas veces a estados de ansiedad, depresión y estrés al amenazar aspectos tan sensibles e importantes como su autoestima y autoconcepto pues involucran dependencia, separación, aislamiento, dolor, deformación física, miedo al abandono, etc. Estos estados varían momento a momento y dependen de la fase de la enfermedad o el avance de ésta.

III. II. I. - FASE AGUDA.

El inicio de una enfermedad involucra la autoevaluación de nuestro estado de salud como una reacción a la experiencia de síntomas inusuales y por tanto desconocidos. Nerenz y Leventhal, (1983, en Rodin y Salovey, 1989), postulan una teoría de cómo los individuos se adaptan a un episodio agudo de enfermedad, que consiste en hacer atribuciones hacia el evento y presentan estados de disforia y preocupación por los síntomas físicos. En este momento, el individuo hace una autoevaluación de la enfermedad que incluye: búsqueda de información, compararse con otras personas y negación ocasional de lo que sucede. Estas conductas que pueden contribuir a una demora de la evaluación" (tiempo que se toma para determinar que los

síntomas y sensaciones experimentados indican que se está enfermo), a una "demora de utilización" (que consiste en el tiempo que transcurre entre reconocerse como enfermo y la decisión de buscar ayuda médica) o a la decisión de buscar un tratamiento e involucrarse activamente en el cuidado de la salud, se relacionan con variables como el género, estatus socioeconómico, raza, actitudes culturales hacia el dolor y la enfermedad y el tipo de síntomas, pues las reacciones individuales al tratamiento médico no solo se determinan propiamente por el diagnóstico o severidad de la enfermedad, sino más bien por las actitudes y creencias positivas o negativas que se tengan hacia el sistema de salud.

La fase aguda o inicial de una enfermedad crónica es una fase temporal, en la cual la mayor parte de las actividades cotidianas del individuo enfermo se ven interrumpidas; es un estado denominado de crisis que abarca un desequilibrio en las esferas física, social y psicológica (Moos, 1977 en Taylor y Aspinwall, 1982.), en este período la forma habitual de enfrentar situaciones nuevas no resulta al menos momentáneamente, el paciente experimenta confusión, sentimientos de desorganización, ansiedad, miedo, y muchas otras emociones negativas más en ocasiones contradictorias. Cuando se supera la crisis se comienza a ser consciente de cómo la enfermedad puede llegar a alterar y modificar la vida, con los consecuentes cambios en todos los ámbitos del entorno inmediato como el paso de concebirse ya no una persona sana sino enferma con todo lo que esto conlleva (imagen de indefensión, incapacidad, asumir el papel de enfermo, etc.), lo anterior influye en la manera afortunada o no de adaptarse al desorden de salud.

III.II.II.- FASE CRÓNICA

Cuando hablamos de las formas en que una enfermedad crónica-degenerativa altera la vida del individuo, nos referimos entre otras cosas a los problemas físicos que en algunos casos requieren de rehabilitación como consecuencia del desarrollo de la enfermedad y del dolor físico, aspectos que en ocasiones son más difíciles de sobrellevar que los síntomas de la misma enfermedad, ejemplos de ello son el dolor de pecho en personas con problemas cardíacos, dolor generalizado en personas con cáncer, los cambios metabólicos asociados a diabetes o cáncer, problemas motores en el caso de lesiones en médula espinal o dificultades de tipo cognitivo y conductual asociados a paros respiratorios o déficits en áreas de lenguaje, memoria y aprendizaje entre otras; además de los efectos secundarios de los tratamientos prescritos, particularmente quimioterapia, radioterapia o efectos de los medicamentos administrados, que alteran y en

ocasiones limitan la vida social, afectando incluso el aspecto sexual de las personas, (Taylor y Aspinwall, 1982).

Por ello, el manejo del estrés y la necesidad de nuevas respuestas adaptativas de afrontamiento generados por tales acontecimientos es un factor primordial en el tratamiento de personas con enfermedades crónico-degenerativas y uno de los grandes retos a los que se enfrenta el personal de salud. Especialmente el aspecto de la adherencia al tratamiento crea graves problemas ya que muchos de los pacientes no se involucran en los tratamientos por sus efectos secundarios o en su caso, los abandonan temporal o definitivamente, en ocasiones porque el tratamiento implica cambios complejos como la alteración o cambio en el estilo de vida lo que tiene un costo emocional que se considera quizá más alto que el económico (dejar de fumar, beber, o comenzar a hacer ejercicio, necesidad de cambio de actividades, etc.).

En el aspecto laboral, Davidson (1983 en Taylor y Aspinwall, op. cit.), afirman que algunos enfermos del corazón, cáncer o Sida sufren discriminaciones reales o potenciales al regresar a sus empleos después de una hospitalización o permanencia en casa debido a crisis de salud; estas consisten en cambios de puesto, en ocasiones a otros que requieren menor esfuerzo físico o intelectual aunque ellos estén en condiciones de continuar realizando normalmente su trabajo, o no se les considera candidatos de promoción a puestos más altos debido a la falta de información que sobre su proceso de enfermedad prevalece en la población en general. Esta discriminación es particularmente difícil porque ocurre precisamente cuando esta gente depende más tanto económica como emocionalmente de su empleo para solventar los gastos derivados del tratamiento, amén de su necesidad de trabajar para sentirse útiles y valiosos.

Otro aspecto en el que sufren discriminación es el social: el desarrollo de la enfermedad les crea problemas de interacción al ser en ocasiones rechazados o sentirse y percibirse a sí mismos como potencialmente rechazados, lo cual es en ocasiones propiciado por su comportamiento (alejarse de sus amigos, refugiarse en casa, negarse a ver a alguien), reduciendo así una importantísima fuente de estimulación positiva como es el apoyo social. Wartman y Dunkel-Schetter, (1979, en Taylor y Aspinwall, op. cit), se refieren a ello como Modelo de Victimización ante la fase crónica de la enfermedad, y sugieren que un evento tan estresante puede crear en la familia y amigos una serie de sentimientos y emociones encontradas como miedo y aversión hacia ellos que se traduce en evitar el contacto directo con él o evitar hablar sobre su enfermedad, aunque están conscientes de la importancia del apoyo social que ellos requieren.

Al hablar de individuos con enfermedades crónicas, es necesario tomar en cuenta el contexto familiar del cual provienen y reciben cuidados, éste se ve alterado en su dinámica, creencias, valores y actitudes ante la alteración de la salud de cualquiera de sus miembros, quienes responden de diversas maneras ante la situación, por ejemplo asumiendo responsabilidades dentro del proceso adaptativo. Es así que la enfermedad se concibe como un evento desarrollado por toda la familia, al considerarse ésta como un sistema social, en el que la enfermedad de uno de sus miembros altera la vida de todos los que lo integran, creando además una dependencia económica y emocional en el miembro enfermo.

Este tipo de responsabilidad es asumido tanto por adultos como por niños familiares de personas enfermas; el cuidado diario de éstas, especialmente en su fase crónica, produce generalmente insatisfacción y estados de depresión en quienes los cuidan; por lo que las interacciones familiares se ven profundamente afectadas en el diagnóstico y cuidado al representar un desafío a la estabilidad y estructura familiar, estados que aumentan cuando el miembro enfermo es un niño, al afectarse el ciclo común de la vida. Parece ser que el impacto es menor en una familia bien organizada e integrada en donde están por encima de las metas individuales las metas familiares, lo que promueve la resolución de problemas en conjunto y constituye una base firme para el afrontamiento de un evento de tal naturaleza.

III. III. - ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

Los aspectos psicológicos de personas con enfermedades crónico-degenerativas se refieren a los cambios en la percepción de sí mismos y los eventos en general que presentan, al igual que al impacto ocasionado por la noticia de estar enfermos y los cambios físicos que se asocian a una enfermedad, lo cual resulta ser un duro golpe a la autoestima y autoconcepto ya que implica en alguna medida una metamorfosis de su integridad física (adelgazamiento, debilidad y dependencia de los demás para realizar incluso funciones básicas; cambios en la piel, las facciones, o el deterioro o pérdida de funciones motoras y/o cognitivas, etc.), aspectos con los que están íntimamente relacionadas variables como la edad, el sexo, la orientación sexual, el grado de instrucción, estatus socioeconómico y ocupación que repercuten directamente en la identidad de los individuos, sus metas, expectativas, ambiciones, las que al verse así amenazadas influyen en el proceso de adaptación a su actual condición y conlleva a realizar una revaloración y jerarquización de todo aquello que constituye la vida.

El impacto psicológico afecta el bienestar físico, sexual, laboral, individual y familiar del individuo enfermo. Una enfermedad crónica y el tratamiento derivado de ésta produce una diversidad de efectos emocionales adversos, específicamente ansiedad y depresión; cuando estos estados no son identificados o tratados oportunamente es probable que influyan negativamente en la calidad de vida de dichos individuos pues los mismos están relacionados con una historia individual de problemas asociados con períodos de depresión y estados de ansiedad, que bajo el impacto de una noticia de esta naturaleza pueden agravar la respuesta hacia su padecimiento de tal manera que supere el impacto que por sí sola constituye la enfermedad.

Los estados de ansiedad, angustia y depresión se presentan no solamente al principio, durante la espera de los resultados de los análisis, o al conocer el diagnóstico que amenaza la salud, sino también en los diferentes momentos del proceso de salud-enfermedad: durante la espera o aplicación de tratamientos médicos aversivos o efectos secundarios de tales tratamientos, lo cual implica depender del personal de salud y constituye una fuente más de ansiedad que se presenta de manera recurrente aunque episódica ante la expectativa del desarrollo de la enfermedad y la muerte.

La depresión es un aspecto psicológico frecuente como respuesta al estrés ocasionado por la enfermedad, va desde la depresión moderada hasta la severa y se relaciona claramente con los estresores que acompañan a la fase crónica, puede decirse que es una reacción a largo plazo que afecta el ajuste y adaptación del individuo. Debido a que muchos de los signos físicos de la depresión como son la fatiga, el aletargamiento y la pérdida de peso, se confunden con los signos de la enfermedad o resultado de los efectos colaterales del tratamiento, es que se dificulta su adecuada evaluación o diagnóstico oportuno al atribuirse erróneamente sus signos y síntomas a los de la enfermedad.

Esto se presenta frecuentemente en personas con cáncer, ataques al corazón, diabetes mellitus, epilepsia y SIDA. Es en la última década que los investigadores intentan estandarizar medidas apropiadas para evaluar la depresión y no confundirla con síntomas de tipo somático o por el contrario, no evaluar éstos inapropiadamente al generalizarse la suposición de que se debe estar deprimido al conocer el diagnóstico de una enfermedad de este tipo, aunque cabe resaltar que una incapacidad a largo plazo es uno de los principales factores que se asocian a estados de depresión recurrentes y que una variable fundamental para que ésta ocurra es el dolor derivado de la enfermedad crónica, aunado a otros aspectos negativos como el estrés social y la falta de

apoyo social que están fuertemente asociados a depresión en personas con enfermedades de este tipo (Murphy, Creed y Jayson, 1988, Thompson y cols., 1989 en Taylor y Aspinwall, 1982).

III.IV.- EVALUACIÓN, ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO EN INDIVIDUOS CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS.

Una vez identificadas las fuentes de estrés más frecuentes en personas con enfermedades crónico-degenerativas, es preciso revisar las formas en que éstos se enfrentan al estrés derivado de su condición.

La representación y el afrontamiento son factores de los que se ha demostrado interactúan entre sí y se presentan de manera diferente en cada individuo; su control o manejo pueden proporcionar condiciones que favorezcan el progreso o retarden el desarrollo de una enfermedad e influyen en la adaptación a la misma. Por lo que al estrés se refiere, se le considera un proceso central en las relaciones entre conducta y enfermedad por sus efectos directos sobre el organismo (aumento de la tasa cardíaca, elevación de la presión arterial, inmunosupresión, etc.), y sus efectos indirectos a través de cambios conductuales inducidos (tabaquismo, alcoholismo, adicciones, etc.), por lo que es necesario comenzar por definir estos conceptos.

III.IV.I.- ESTRÉS

En el presente trabajo retomaremos la definición de estrés desde un punto de vista relacional, esto es, el estrés visto como una clase particular de relación entre el individuo y el ambiente, más que como resultado de la aparición de estresores o estímulos bien identificados para el individuo que "lo alteran o estresan"; en esta interacción es necesario identificar las variables y procesos que se derivan de la misma. *"...El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.."* (Lazarus y Folkman, 1991, p.43). De acuerdo a estos autores

para la aparición de éste y sus consecuencias es necesaria la existencia de diversos factores en el individuo y en el entorno y una determinada combinación entre ellos.

El análisis de dos procesos principales que tienen lugar en la relación individuo entorno: evaluación cognitiva y afrontamiento da la pauta para la comprensión de aquello que genera estrés psicológico en los individuos.

a) La evaluación cognitiva es un proceso evaluativo que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante.

b) Afrontamiento es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ello genera. Si bien es cierto que ciertas presiones y demandas ambientales producen estrés en algunas personas, es importante hacer notar las diferencias individuales y de grupo, ya que las personas y los grupos difieren en su sensibilidad y vulnerabilidad a ciertos tipos de acontecimientos y básicamente en sus interpretaciones y respuesta ante los mismos.

Para poder entender las diferencias en la respuesta ante situaciones similares, se deben tomar en cuenta los procesos cognitivos mediadores entre el encuentro con el estímulo y la reacción, así como los factores que afectan la naturaleza de tal mediación para poder intentar entender adecuadamente sus reacciones psicológicas. La evaluación cognitiva refleja la particular y cambiante relación que se establece entre un individuo con determinadas características (valores, compromisos, estilos de pensamiento y de percepción) y el entorno cuyas características deben predecirse e interpretarse.

III. IV. II. FORMAS BÁSICAS DE EVALUACIÓN COGNITIVA

La evaluación cognitiva es un proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo, éste es el resultado de la interacción entre el individuo y su medio ambiente físico y social y en él se refleja la relación que existe entre los compromisos, creencias, valores y comportamientos individuales y las características del entorno.

De esta manera, la valoración no es más que un juicio o percepción evaluativa, (Lazarus y Folkman, 1991)..

Desde este modelo, existen al menos dos factores individuales que influyen en la valoración:

- a) Los compromisos
- b) Las creencias

Los compromisos expresan lo que es importante para el individuo y determinan lo que se encuentra en juego, si el compromiso se ve dañado o amenazado por una situación, ésta será evaluada por el individuo como significativa. El compromiso incluye también la búsqueda de alternativas entre las que el individuo elige para conservar sus ideales o lograr sus objetivos.. Los compromisos intervienen en la valoración al menos de tres formas:

1.- Acercando o alejando al individuo de la situación

2.- Determinando la sensibilidad del sujeto con respecto a las características del evento,y:

3.- Afectando la vulnerabilidad psicológica de la persona ante la situación, a mayor intensidad del compromiso, mayor vulnerabilidad.

Las creencias son las configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente a través de las cuales el sujeto interpreta y da significado a los acontecimientos de su entorno de manera que los cambios en las creencias determinan también cambios en la relación individuo-entorno.

Las creencias y los compromisos conforman los factores individuales de la valoración e interactúan con los factores situacionales para dar como resultado los procesos de evaluación primaria y secundaria, para lo cual es necesario realizar la distinción entre una y otra.

1.- Se distinguen tres clases de evaluación primaria: a) irrelevante; b) benigna-adaptativa y c) estresante.

a) Irrelevante: Cuando el encuentro con el entorno no conlleva implicaciones amenazantes para el individuo, pues éste no siente interés por las posibles consecuencias.

b) Benigna-Adaptativa: Tiene lugar si las consecuencias del encuentro se valoran como positivas, es decir, si preservan o logran el bienestar o si parecen ayudar a conseguirlo. Se caracterizan por generar emociones placenteras como alegría, amor, felicidad, tranquilidad.

c) Estresante: Aquí se incluyen aquellas que significan daño/pérdida, amenaza y desafío. Se considera daño o pérdida cuando el individuo ha recibido ya algún perjuicio como haber sufrido una lesión o enfermedad incapacitante, algún daño a la estima propia o social, o bien haber perdido a algún ser querido. Los acontecimientos más perjudiciales son aquellos en los que hay pérdida de compromisos importantes.

La amenaza se refiere a aquellos daños o pérdidas que todavía no han ocurrido pero que se prevén y aun cuando ya hayan tenido lugar, se consideran igualmente amenaza por la carga de implicaciones negativas para el futuro que toda pérdida lleva consigo.

2.- La evaluación secundaria está dirigida a determinar qué puede hacerse cuando se está en peligro, ya sea bajo amenaza o bajo desafío y es preciso actuar sobre la situación.

La actividad evaluativa secundaria es característica de cada confrontación estresante, pues sus resultados dependen de lo que se haga, de que pueda hacerse algo, y de lo que está en juego.

3.- Reevaluación.- Se refiere al cambio efectuado en una evaluación previa a partir de nueva información recibida del propio sujeto y/o del medioambiente. Difiere de una evaluación tan sólo en que la primera sigue a una evaluación previa.

III. IV. III.- AFRONTAMIENTO

Es definido por Lazarus y Folkman (op. cit., p.165) como *"...aqueellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo..."*. En trabajos realizados sobre la forma en que las personas se enfrentan a situaciones amenazantes o altamente estresantes y la manera como se ajustan a éstas, señalan como

principales demandas, la pérdida por separación o muerte de un ser querido, diversas situaciones de la vida diaria y las enfermedades o incapacidades resultantes de éstas, particularmente las que amenazan la integridad física y emocional y que son progresivas o incurables, como el caso de enfermedades crónico-degenerativas, en las que los individuos tienen que enfrentarse a muchas fuentes de estrés, como el dolor y la incapacidad, el entorno hospitalario, las demandas por parte del personal de salud y los tratamientos a que se ven sometidos; el encarar la enfermedad tiene implicaciones tales como discriminaciones en el trabajo, escuela o entorno social en que se desenvuelva, problemas de autoestima, miedo a depender de los demás, incluso a morir.

La característica principal de este modelo es la propuesta de que el afrontamiento incluye mucho más que la resolución de un problema y que su desarrollo efectivo sirve también a otras funciones. La función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia; el resultado está referido al efecto que cada estrategia tiene, esto es, las funciones no se definen en términos de resultados, aunque se espera que determinadas funciones tendrán determinados resultados, pero en general, el afrontamiento es algo independiente de sus resultados.

El afrontamiento es concretamente todo aquello que hacemos o decimos ante situaciones que salen de nuestra cotidianeidad y muchas veces ponen en peligro nuestra vida. Tiene el objetivo, por un lado, de manipular o alterar el problema con el entorno (medioambiente físico y social) que causa la perturbación, lo que se conoce como afrontamiento dirigido al problema, y por el otro, regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia de ello (afrontamiento dirigido a la emoción). Estas han sido llamadas funciones del afrontamiento, las cuales se encuentran estrechamente relacionadas.

Entre las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción se encuentran el distanciamiento psicológico, la minimización, la atención selectiva, la evitación de pensamientos que hagan referencia a la amenaza, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos, o la negación de sus implicaciones y la búsqueda de información que pueda revelar algo importante para desarrollar estrategias de afrontamiento alternativas y responder a la retroalimentación que generan los pensamientos y los actos. Ciertas formas cognitivas de afrontamiento dirigido a la emoción modifican la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente. Estas estrategias equivalen a la reevaluación.

En cuanto a las estrategias dirigidas al problema (o conductuales) podemos hablar de dos grupos principales: las que hacen referencia al entorno y las que se refieren a la persona. En el primer grupo se incluyen las estrategias dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos, etc., y en el segundo grupo se incluyen las estrategias encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos, como la variación del nivel de aspiraciones, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos, entre las que se encuentran por ejemplo el iniciar un ejercicio físico para olvidarse de un problema, meditar, tomar una copa, desahogar el mal humor y buscar apoyo emocional, etc.

Es necesario hacer notar que las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando se evalúa que no se puede hacer nada para modificar las condiciones que generan daño, que son amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las dirigidas al problema, son más probables de aparecer cuando esas condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio.

Los recursos de afrontamiento son los factores cognitivos y actitudinales que proveen un contexto psicológico para las respuestas de afrontamiento. Las respuestas de afrontamiento

ocurren como resultado del proceso de evaluación de los eventos que a su vez son influenciados por los recursos y al afrontar se recurre a un tipo de estrategias particulares que se requieren para hacerlo de manera efectiva; las estrategias difieren en función del individuo y la problemática a encarar, como puede ser el tipo de enfermedad que se padece y la manera particular de tratar con ésta, lo que evidentemente está influido en gran medida por la historia individual, los patrones conductuales y el estilo de vida de cada persona.

El que se realicen conductas específicas dirigidas a solucionar de manera eficaz o no situaciones estresantes, depende de los recursos con que se cuenten a niveles cognitivo y físico. Entre estos recursos se encuentran principalmente:

a) El estado de salud y energía física, del que no se requiere precisamente de sus óptimas condiciones para que sean del todo eficaces, pues aunque no se niega el papel que desempeña el bienestar físico cuando hay que resistir problemas e interacciones estresantes que exigen una movilización importante, bajo ciertas condiciones los individuos son capaces de afrontar muy bien las demandas del ambiente a pesar de una escasa salud física y el agotamiento de su energía cuando la situación que se halla en juego es suficientemente importante para ellos.

b) Las creencias positivas: El percibirse positivamente a uno mismo es un importante recurso psicológico de afrontamiento. Las creencias positivas sirven de base para la esperanza y favorecen el afrontamiento en condiciones muy difíciles, "...La esperanza puede ser alentadora por la creencia de que la situación puede ser controlable, de que uno tiene la fuerza suficiente para cambiarla, de que una persona (médico), o un programa determinado (tratamiento) resultarán eficaces, o bien por el hecho de tener fe en la justicia, la voluntad o en Dios..." (Lazarus y Folkman, 1991, p. 182). En sentido inverso las creencias en un Dios castigador pueden llevar al individuo a aceptar una situación perturbadora al considerarla como un castigo divino y a no hacer nada por dominar o manipular demandas de tal situación, disminuyendo o inhibiendo el afrontamiento efectivo.

Algunos estudios sugieren que las expectativas generales de control guardan relación con el tipo de afrontamiento, sobre todo las actitudes y expectativas relacionadas con la salud. Quienes creen que los resultados dependen de su propia conducta afrontan de manera distinta los problemas relacionados con la salud que los que consideran que es producto de la casualidad, el destino o de fuerzas que se encuentran más allá de su control personal.

c) Las habilidades Sociales (que son importantes a la luz del papel de la socialización en la adaptación humana); se refieren a la capacidad para comunicarse y comportarse de manera

efectiva, esto es que sea adecuada y aceptada por los demás, lo que facilita entre otras cosas la resolución de problemas en forma conjunta. La importancia de este recurso se hace evidente en varias áreas, incluidos los programas terapéuticos que ayudan al individuo a manejar mucho mejor sus problemas cotidianos y los programas de entrenamiento que persiguen mejorar la comunicación interpersonal.

d) Apoyo Social, que se refiere al hecho de tener a alguien con quien contar en situaciones difíciles, de quien recibir apoyo emocional y que en muchas ocasiones el sólo hecho de percibir su presencia física contribuye a disminuir el estrés resultante de las diversas interacciones evaluadas como amenazantes y que puedan contener emocionalmente al individuo.

e) Recursos materiales, recurso poco discutido cuando se habla de afrontamiento pero necesario al momento de tener que hacerlo, se refieren básicamente al aspecto económico. El poder adquisitivo real y la importancia de la percepción de éste tiene obviamente una estrecha relación con el estrés que pueda presentar una persona de condición socioeconómica baja.

En el trabajo realizado por Burish y Bradley (1983) sobre afrontamiento ante enfermedades crónicas en personas que viven con cáncer, diabetes mellitus y enfermedades cerebrovasculares, se analiza la repercusión que los avances en la medicina han tenido en el incremento de tiempo de vida de estas personas al requerir cuidados de salud a largo plazo, y cómo estos cambios han requerido que el personal de salud (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc.), dediquen mayor tiempo al desarrollo de nuevas estrategias y tecnología para ayudarles a afrontar lo más normalmente posible sus actividades cotidianas.

Nerenz y Leventhal (en Burish y Bradley, op. cit , p.14), proponen un modelo de estudio al trabajar con enfermedades crónicas al que denominan Modelo de Autorregulación, que tiene como característica principal " *...considerar al individuo que activamente está construyendo una definición o representación de su enfermedad y básicamente regula su conducta en función de esta representación, elaborando planes de acción para el afrontamiento ...*".

Existen diferentes formas de afrontar la enfermedad de uno de sus integrantes por los demás miembros de la familia. Una de estas es dar apoyo emocional al individuo enfermo y apoyarse entre sí, otra consiste en involucrarse directamente en el cuidado físico de dicho miembro o indirectamente, contribuir al pago de los costos económicos que trae consigo la enfermedad, que en general produce un costo emocional que se concibe como más desgastante que el económico.

Al respecto Raif y Ledeborg (), partiendo del modelo propuesto desde la Psicología de la Salud, realizaron un estudio con familias de personas con cáncer, concluyendo que el diagnóstico representa para el individuo enfermo y para su familia una crisis; durante ésta, las familias pueden reaccionar de manera diferente pues la noticia se convierte en una poderosa fuente generadora de estrés, ansiedad y depresión. Ellos investigaron sus efectos en la interacción familiar y encontraron que uno de estos es que la enfermedad de uno de sus miembros genera estrés en todos los demás miembros de la familia y puede propiciar la desintegración del sistema o en su caso, el efecto contrario es que puede contribuir a la unión del núcleo familiar.

III. IV. IV. - REPRESENTACIÓN

De acuerdo a Leventhal y Cols. (en Rodin y Salovey, 1989) las personas evalúan sus síntomas físicos y problemas psicológicos de manera implícita a lo cual se le denomina representación cognitiva de la enfermedad suele hacerse "por sentido común", es única para cada individuo e incluye sus expectativas acerca de la enfermedad y ejemplos de enfermedades particulares. Las personas responden construyendo una representación cognitiva de sus problemas físicos de acuerdo básicamente a cuatro atributos: identidad, causa, consecuencia, evolución y cura.

Dentro de estas representaciones cognitivas se incluyen las atribuciones hacia la salud y enfermedad. Las atribuciones se refieren a las inferencias que la gente hace acerca de eventos o estados de bienestar, es así que los individuos atribuyen la responsabilidad del comienzo y curso de la enfermedad a sí mismos o al medio ambiente. Por ello cuando los síntomas se consideran acordes a la representación previa de la enfermedad, el individuo enfermo se involucra más pronto en aspectos como la búsqueda de ayuda médica siguiendo las indicaciones que se le dan; al contrario de los que piensan que los síntomas no corresponden al diagnóstico y por tanto no buscan ayuda médica tan pronto como se requiere o en su caso, no se adhieren al tratamiento médico prescrito.

La familia también hace su propia representación acerca de la enfermedad, lo que ocasiona algunas veces que se sienta responsable de ésta, lo cual los "obliga" a afrontar diversas demandas que implican desgastes emocional y físico, o en última instancia, la muerte de su ser querido.

La investigación realizada sobre el papel potencialmente protector de estados emocionales positivos y algunos estilos de afrontamiento en el desarrollo de las enfermedades demuestra que las personas calificadas como "optimistas", parecen experimentar menos síntomas físicos y por ende se enferman menos o cuando se enferman se recuperan más rápido; el factor que contribuye a ello es la percepción de autoeficacia en prácticas de conductas saludables y de autocontrol de su enfermedad (Bandura, 1986; Langer y Rodin, 1976 en Taylor, 1990).

De lo anterior puede concluirse que en el proceso salud-enfermedad, juegan un papel muy importante y en ocasiones son decisivos los estados emocionales y los factores cognitivos que influyen en la evaluación y representación que hacemos acerca de nuestra salud, influyendo a su vez en la forma como afrontamos la amenaza de una enfermedad aguda o crónica, como en el caso del SIDA.

CAPITULO IV.- EL VIH/SIDA COMO UN PROBLEMA DE SALUD BIO-PSICO-SOCIAL. Ψ

En este capítulo se abordará el fenómeno VIH/SIDA y las variables biológicas, psicológicas y sociales que intervienen en su desarrollo. Se definirán términos como VIH, SIDA y la diferencia entre ambos; el período de ventana; qué es un portador asintomático, las vías de transmisión y mecanismos de prevención, pruebas de detección del VIH y forma de diagnóstico, las fases de infección desde diferentes criterios clínicos propuestos por AIDSCOM, CDS de Atlanta desde el inicio de la infección hasta llegar a la fase conocida como SIDA. El SIDA como un problema de salud biopsicosocial.

IV. I.- QUE ES EL VIH.

El VIH o Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV Human Immunodeficiency Virus como se conoce a nivel internacional), pertenece a la familia de los Retrovirus o virus que invierten el flujo de información genética que usualmente va de ADN (ácido desoxirribonucleico) a ARN (ácido ribonucleico) y de ahí a proteínas. Los retrovirus almacenan su información genética en el ARN y poseen una enzima, la transcriptasa reversa, que les permite sintetizar ADN viral, el cual se integra a los cromosomas de las células (provirus retroviral integrado) para servir en el futuro como base de la replicación viral.

Existen dos virus VIH-1 y VIH-2, su única forma de sobrevivir es alojándose dentro de un organismo vivo (célula) pues fuera de éste vive muy pocas horas, por lo que para pasar de un organismo a otro y poder infectar, necesita hacerlo dentro de una célula viva y contar con una vía de entrada como son las heridas, mucosas o vasos sanguíneos. Este virus ataca las células T, una variedad de glóbulos blancos que actúan como coordinadores del sistema inmunológico y como "mecanismo de alarma" que provoca una respuesta de defensa inmunológica. El VIH-1 ha sido detectado en sangre, semen, secreciones vaginales, orina, líquido cefalorraquídeo, lágrimas, saliva, heces, tejido cerebral y leche materna, sin embargo, sólo se ha comprobado su transmisión por sangre, semen, secreciones vaginales y probablemente por leche materna. Existe

acuerdo de las autoridades médicas que el VIH-1 principalmente y el VIH-2 son los agentes etiológicos del SIDA, (Sepúlveda Amor y Cols., 1990).

El tiempo que transcurre desde la entrada del virus al organismo hasta que son detectables los anticuerpos que ha generado para tratar de detener su avance se denomina periodo de Ventana, el tiempo promedio es de cuatro a ocho semanas después del contacto con el virus.

IV. II. - QUE ES EL SIDA.

Es una enfermedad infectocontagiosa causada por un retrovirus como el VIH que ataca y deprime el sistema inmunológico, lo cual permite que el individuo contraiga fácilmente infecciones llamadas oportunistas y cánceres que pueden conducirlo a la muerte. A diferencia de la mayoría de las enfermedades infecciosas en las que la enfermedad aparece días o semanas después del contagio, el SIDA puede presentarse años y probablemente decenios después de la infección inicial por VIH y presenta una amplia gama de síntomas, algunos debidos a efectos directos del virus sobre las células; otras, a las infecciones o a los tumores secundarios que acompañan a la enfermedad (Sepúlveda Amor y Cols., 1989).

En la Guía de Consejería de AIDSCOM (1991), el SIDA es definido como un síndrome caracterizado por un grupo de signos y síntomas que se presentan simultáneamente. Inmuno que se refiere al sistema inmunológico o sistema del organismo que combate las enfermedades. Deficiencia, que indica falta o carencia de algo; la debilidad del sistema inmunológico y, Adquirido, que no es una condición genética o hereditaria, pues se adquiere después de la concepción a consecuencia de acciones específicas. Resumiendo, el SIDA es la manifestación clínica de un espectro de enfermedades que son consecuencia de la infección por el VIH que ataca principalmente a los linfocitos T o CD4, que son los que coordinan la respuesta inmune mediada por células, al afectarse los CD4 y en consecuencia el sistema inmune, se propicia el desarrollo de infecciones oportunistas, neoplasias y otras patologías.

En conclusión el SIDA es un conjunto de signos y síntomas que deprimen el sistema inmunológico, debilitando las defensas naturales del organismo contra microbios e infecciones,

esto deja a la persona vulnerable a una variedad de infecciones y enfermedades potencialmente mortales que no la dañarían si tuviera un sistema inmunológico sano.

Existe una gran diferencia entre ser portador del virus (seropositivo al VIH), y tener SIDA. Los portadores asintomáticos son aquellas personas que tienen el virus en la sangre y a quienes les ha sido detectado por diferentes métodos; pueden a su vez contagiar a otras personas, pero no han desarrollado manifestaciones clínicas del síndrome. Las personas con SIDA son aquellas a las que se les ha demostrado la presencia del VIH en el organismo y que además tienen manifestaciones clínicas, inmunológicas y epidemiológicas específicas.

IV. III.- VIAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH.

Hasta el momento se aceptan cuatro mecanismos de transmisión para el VIH y son:

1.- Transmisión sexual: de hombre a hombre, hombre a mujer, mujer a hombre y excepcionalmente de mujer a mujer, aunque se ha podido demostrar que la eficiencia de transmisión no es igual en todos los casos, existen múltiples estudios acerca de la efectividad de transmisión según las prácticas sexuales utilizadas y la vía de entrada del virus. Es importante recordar que para que exista la transmisión de un microorganismo, la primera condición que se requiere es su presencia "*...Uno de los problemas principales de la infección por VIH es que debido a su largo período de incubación los individuos infectados ignoran que lo están y por ello no tienen conciencia de que son portadores y transmisores del virus, exponiendo al riesgo a sus parejas sexuales...*" (Sepúlveda Amor y Cols., 1990)

2.- Transmisión sanguínea: el VIH es transmitido a través de la transfusión de sangre y derivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma, sangre total y concentrado de factores de coagulación) y por compartir jeringas en el caso de usuarios de drogas intravenosas.

3.- Transmisión perinatal: el mecanismo de transmisión perinatal constituye un indicador indirecto de la transmisión heterosexual, la que en algunos lugares del mundo, como en ciertas regiones de África, ha llegado a constituir un verdadero problema de salud materno-infantil. La

transmisión del VIH de una madre a su producto puede ocurrir por los siguientes mecanismos: transplacentario, durante el parto o post-parto.

4.- Transmisión por trasplante de órganos, de una persona con VIH a una persona sana.

IV. IV. - FORMAS DE PREVENCIÓN.

a) Por vía Sanguínea: Para evitar el contacto del VIH deben usarse agujas y jeringas desechables y nuevas en el caso de usuarios de drogas intravenosas.

Utilizar y exigir que la sangre (o componentes de ésta) utilizada en transfusiones lleve la etiqueta de color verde, que significa que la sangre ha sido sometida a pruebas para detectar la presencia del virus, resultando negativa se le denomina "sangre segura".

b) En el caso de la vía perinatal es recomendable hacerse un análisis de sangre para estar segura de no estar infectada, en el caso de mujeres con VIH, debe buscarse asesoría sobre los riesgos que corren tanto ellas como sus hijos, lo cual les permite considerar seriamente la posibilidad de embarazarse o no.

c) En el aspecto sexual existen varias medidas de prevención:

Sexo Seguro: consiste en evitar el intercambio de líquidos corporales como semen, fluidos vaginales y sangre. Por lo que se propone que el ejercicio de la sexualidad vaya más allá de la genitalidad y se incorporen algunos elementos como juegos eróticos que no tengan riesgo de contagios como las caricias, la masturbación mutua, el frote de piel sana o la eyaculación sobre la piel sana de otra persona entre otros.

Sexo protegido: se refiere al uso de métodos de barrera como el condón o preservativo en el caso de tener relaciones sexuales con penetración por vía anal, vaginal o bucal; diques dentales para realizar sexo oral, el uso de plastipack o "sexypack", dedales, guantes de látex etc., que disminuyen de manera importante el riesgo de infección al evitar el intercambio de líquidos corporales que expongan al contagio a la pareja o parejas sexuales, y previene la exposición a nuevas reinfecciones que acelerarían el desarrollo de la enfermedad.

IV.V.- GRUPOS DE RIESGO VERSUS CONDUCTAS DE RIESGO .

En la literatura sobre VIH/SIDA se habla generalmente de "grupos de riesgo" bajo el concepto de que el SIDA es una enfermedad exclusiva de algunos sectores de la población, entre los que se encuentran los homosexuales, las prostitutas y los drogadictos, debido a que al principio, la infección fue detectada en gente homosexual; sin embargo la experiencia ha demostrado que es probable que cualquier persona pueda infectarse con el virus bajo ciertas condiciones; un ejemplo de ello son las personas con hemofilia, quienes adquirieron el virus debido a las prácticas de donación de sangre existentes en el Sistema de Salud hasta hace algunos años; otro ejemplo, son los hijos de padres que han muerto por infecciones asociadas al virus. quienes más que pertenecer a un grupo específico, son parte de grupos de personas con características específicas, ésto es, comparten hábitos y conductas denominadas de riesgo como compartir agujas en el caso de usuarios de drogas, tener relaciones sexuales desprotegidas, ser donadores de sangre, etc. Por lo tanto puede decirse que cualquier persona, independientemente del nivel socioeconómico, sexo, raza, creencias religiosas, idiosincrasia, etc., que se exponga a cualquiera de las formas de transmisión puede contagiarse por el virus.

IV.VI.- FASES DE LA INFECCIÓN POR VIH.

V.VI.I.- El AIDSCOM (1991) establece principalmente tres etapas en el proceso a infección VIH con sus respectivas características:

a).- Asintomática.

En esta etapa, la mayoría de las personas que viven con VIH son asintomáticas y aunque tienen el virus en la sangre no significa que tengan SIDA y no presentan ningún síntoma de la enfermedad. Cuando una persona contrae la infección por VIH puede sentirse y verse saludable durante un largo período. Los resultados de las investigaciones han indicado que el período medio de incubación de este virus -tiempo que transcurre entre el contagio inicial y la aparición de los primeros síntomas relacionados- es de cinco a diez años

b).- Sintomática.

Esta etapa se refiere al desarrollo de sintomatología por parte de la persona afectada, quien puede presentar una variedad de síntomas: ganglios inflamados, fatiga, fiebre, escalofríos nocturnos, diarrea crónica y pérdida de peso, síntomas que alteran en diversas formas la vida cotidiana como tener que dejar de trabajar o no poder funcionar normalmente aunque no se reúnan aún los criterios necesarios para tener un diagnóstico de SIDA.

c).- Etapa de SIDA.

Al respecto es preciso hacer la aclaración de que es posible emitir un diagnóstico de SIDA sólo cuando existe un resultado positivo a la prueba de detección de anticuerpos al VIH y se ha desarrollado una variedad específica de infecciones oportunistas u otras enfermedades potencialmente mortales.

Los signos y síntomas de la infección por VIH son los siguientes:

- Ganglios inflamados por más de tres meses
- Fiebres o escalofríos inexplicables y persistentes
- Diarrea frecuente
- Pérdida de peso inexplicable (más del 10% del peso normal)
- Fatiga inexplicable y prolongada
- Tos seca persistente con dificultades respiratorias
- Manchas anormales en la piel, rojas o moradas, que no desaparecen
- Una capa espesa y blanca en la lengua
- Propensión a las hemorragias.

Muchos de estos síntomas son también característicos de otras enfermedades y no necesariamente significan que una persona tenga SIDA, sólo un equipo médico experimentado puede hacer el diagnóstico definitivo (AIDSCOM, op. cit.).

IV.VI.II.- FASES DE LA INFECCIÓN DE ACUERDO AL CRITERIO DEL CENTRO DE ENFERMEDADES DE ATLANTA, GEORGIA.

Fase I. Infección aguda o contagio que se caracteriza por la entrada del virus al organismo, cuyas manifestaciones son semejantes a un cuadro gripal, varían de una persona a otra, las que pueden incluso no presentarse y su duración es de algunas semanas.

Fase II.- infección asintomática que se caracteriza por que el virus se encuentra latente dentro de las células sin causar daño, aquí no hay manifestaciones; el individuo goza de una aparente buena salud y puede permanecer años así, por lo que se le conoce como portador asintomático.

Fase III.- Linfadenopatía Generalizada persistente, caracterizada por la activación del virus y la consecuente disminución de las defensas del organismo. En esta etapa se presenta inflamación de ganglios de distintas partes del cuerpo y puede durar varios meses.

Fase IV.- SIDA, El virus activado se esta replicando afectando a las células del sistema inmunológico, por lo que bajan las defensas del organismo por lo que el individuo se vuelve muy susceptible a las enfermedades oportunistas que se presentan recurrentemente aunque puede vivir así varios meses o años. En esta etapa se presentan las siguientes manifestaciones:

a). Síndrome de desgaste (desgaste físico)

Pérdida de peso del 10 al 15 % del peso total, en menos de un mes.

Fiebre principalmente nocturna de más de 39 grados por más de un mes

Diarreas con cinco o más evacuaciones líquidas o semilíquidas al día por más de un mes.

Debilidad o cansancio.

b) Infecciones oportunistas graves y de difícil tratamiento recurrentes y en diferentes partes:

En boca: En encías (gingivitis), algodoncillo (candidiasis o úlceras).

En piel: Infecciones por herpes o causadas por hongos (micosis).

En vías respiratorias: tuberculosis o neumonías como las causadas por *Pneumocystis carinii* (Pulmonía).

En ojos: daño provocado por virus como el Citomegalovirus causante de ceguera irreversible.

c). Síndromes neurológicos, alteraciones físicas o cambios en el comportamiento:

Físicos: falta o aumento en la sensibilidad de alguna parte del cuerpo, movimientos involuntarios, convulsiones o incapacidad de movimiento.

De conducta: cambios repentinos de carácter sin razón aparente, pérdida de la memoria y finalmente pérdida de la razón.

Neoplasias secundarias (cánceres): pueden presentar con cierta frecuencia Sarcoma de Kaposi (cáncer en vasos sanguíneos), afecta principalmente la piel y las mucosas como las de la boca, y Linfomas, cáncer en el tejido linfático (ganglios o cadenas de ganglios, bazo, etc.), (CONASIDA, 1994).

Existen algunas particularidades de definición. En la clínica, se maneja frecuentemente la clasificación de los CDC ampliada en 1993. Se refiere a la correlación de la cuenta de linfocitos T o CD4 con las manifestaciones clínicas. El sistema se basa en 3 rangos de cuentas CD4 y 3 categorías clínicas, dando una matriz de 9 categorías exclusivas. Los criterios para infección por VIH, en personas de 15 o más años, con 2 o más pruebas reactivas de ELISA e identificación de anticuerpos por una prueba definitiva se observan en el siguiente cuadro.

Grupos de las células CD4	Categoría clínica		
	A	B	C**
más=500/mm ³	A1 B1	C1	
200-499/mm ³	3A2	B2	C2
menos 200/mm ³ 3A3*	B3 *	C3*	

Los casos clasificados como A3, B3, C1 y C3 se consideran casos de SIDA, (CONASIDA, op.cit.).

Existen coincidencias entre esta clasificación y la de la Dirección General de Epidemiología, aunque en nuestro país debido a que la cuenta de linfocitos T tiene un alto costo y no está disponible en todas partes, no se considera en la definición del SIDA para la vigilancia epidemiológica. Además la definición se aplica a adolescentes de 15 años o más y adultos infectados por VIH, que deben presentar alguna o algunas de las manifestaciones clínicas debidas a una inmunosupresión severa.

IV.VII.- PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH: ELISA Y WESTERN BLOT.

A las pruebas de detección del VIH, se les conoce como indirectas porque no detecta propiamente el virus en la sangre sino los anticuerpos que el organismo genera como respuesta a la entrada del virus a éste. Consisten básicamente en extraer un poco de sangre, el suero es primeramente probado a través de la prueba denominada ELISA por sus siglas en inglés (enzyme-linked immunosorbent assay), la muestra de sangre es probada para ver si es reactiva a los anticuerpos y este procedimiento se lleva a cabo dos veces, si resulta reactiva o positiva, es confirmada a través de la prueba confirmatoria o Western Blot. Es entonces cuando se dice que se ha resultado positivo o reactivo a la prueba y significa que el sistema inmunológico ha desarrollado anticuerpos contra el virus. Por el contrario, un resultado negativo significa que no se han encontrado anticuerpos contra el virus en la sangre. Lo cual implica: que no se ha estado en contacto con éste; que sí se ha estado en contacto con el virus, no se ha contagiado; que sí se está infectado y el organismo no ha producido aun anticuerpos contra el virus, por lo que es recomendable realizarse la prueba nuevamente a los tres, a los seis y a los doce meses después de la relación sexogenital de riesgo.

De lo anterior puede observarse que la prueba en sí es relativamente inofensiva a nivel físico para el individuo, sin embargo, la decisión de realizársela y conocer el resultado puede ser muy difícil y tiene implicaciones muy importantes en la vida. El resultar positivo al VIH, aunque se esté sano, no significa que tenga SIDA o que desarrollará la enfermedad, más es recomendable

adoptar medidas preventivas en la alimentación, acudir al médico y recibir ayuda y asesoría psicológica, etc., medidas que permiten a la persona afrontar su situación de manera adecuada (Folkman, 1982).

IV.VIII.- EL SIDA COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA.

Es notable el hecho de que a más de quince años del descubrimiento del virus que causa el SIDA y los avances en su tratamiento y prevención, una gran parte de la población de nuestro país siga creyendo que el SIDA es una enfermedad exclusiva de homosexuales, trabajadores y trabajadoras sexuales, o en su caso de usuarios de drogas intravenosas y siga creyendo que se transmite por contacto casual o social como saludar de mano, besar, acariciar o comer en la misma vajilla de un portador del virus, o en casos extremos de vivir bajo el mismo techo de alguien afectado; por lo anterior aspectos como la marginación, el rechazo, desempleo y estigmatización, afectan a esta gente. A ello contribuye el hecho de que la información difundida a través de los medios de comunicación es vaga y ambigua, amén de escasa y por tanto de difícil acceso a la población promedio y de escasos recursos, la cual ha resultado afectada de manera importante. Es así como no se conoce siquiera la diferencia entre ser portador del virus y estar enfermo por el desarrollo del síndrome, considerando, aún en la actualidad, que un resultado positivo confirmado equivale a una muerte rápida y dolorosa e ignorando la evidencia de que existen individuos que viven con VIH durante años y permanecen asintomáticos, o individuos en fase de SIDA que si bien es cierto presentan crisis de salud recurrentes, siguen viviendo entre otras cosas porque son personas que día a día luchan por mejorar sus condiciones de vida, cambiando patrones de conducta inadecuados por otros más convenientes que inciden directamente en su calidad de vida.

IV.VIII.I.- EFECTOS BIOPSIICOSOCIALES.

El problema principal al abordar el tema es que hablar de SIDA es hablar de sexualidad, la cual aunque es una parte esencial de nuestra vida pues los seres humanos somos seres sexuales desde nuestro nacimiento hasta nuestra muerte y nos comportamos como tales aún cuando dormimos, sigue siendo un tema tabú en nuestra sociedad debido a la ignorancia que en torno a ella existe como producto de los prejuicios e intereses sociales y religiosos que imperan y

prefieren mantenerla oculta, al relacionarse exclusivamente con la genitalidad dejando fuera los aspectos psicosociales que involucra. Contrario a lo anterior la sexualidad va mucho más allá por eso " del punto donde se reúnen el sexo (biológico), el sexo de asignación (social) y la identidad de género (psicológico) surge el concepto básico de sexualidad. Hablar de sexualidad es hablar del ser humano integral y en su totalidad. Es hablar del ser biológico, del ser psicológico y del ser social. Sexualidad nos refiere al ser humano sexual que es, que piensa, y que convive con otros seres humanos que también son, piensan y conviven. " (Alvarez Gayou y Mazin R., 1979, p.p. 3). Para la generalidad el ejercicio de la sexualidad, reducida a su dimensión sexogenital, es visto como algo pecaminoso y sucio o como algo simplemente "necesario", cuyo único propósito justificado es la procreación en el caso de personas con orientación heterosexual y, en el caso de personas homosexuales o bisexuales, es rechazada y castigada, por ende a su alrededor existen un sinnúmero de mitos y falacias que contribuyen a reafirmarlo. Desafortunadamente estos mitos no son exclusivos de algún nivel socioeconómico y tienen como consecuencia que la gente, principalmente los adolescentes, aun en nuestros días vivan una sexualidad encubierta y rodeada de tabúes, que se refleja en el ejercicio poco responsable de su sexualidad, lo que generalmente se traduce en embarazos no deseados, abortos mal atendidos y contagio de enfermedades de transmisión sexual entre las que se encuentran la sífilis, gonorrea, clamidia, y de una década a la fecha el VIH, éste último en alarmante aumento.

Hablar de SIDA es hablar de sexualidad, al ser ésta la vía por excelencia de contagio a través de relaciones sexogenitales, además conlleva tocar temas tabúes e "inexistentes" en nuestra sociedad que se erige intolerante ante otras formas de ejercer la sexualidad que difieran de la aceptada por la norma (heterosexualidad). Hablar de SIDA es, para el grueso de la población, hablar de una enfermedad propia de grupos exclusivos, particularmente de personas homosexuales; es hablar de algo lejano, que se ve en el otro pero no en nosotros, situación que día a día se aleja cada vez más de la realidad, pues si antes se escuchaba hablar de "alguien que había muerto de SIDA", ahora es más frecuente escuchar que algún familiar, amigo o conocido tiene SIDA, o han muerto por infecciones asociadas a éste, sin pensar en la posibilidad de que cualquiera de nosotros, independientemente de nuestra orientación sexual, está en riesgo de infectarse como producto de la ignorancia y fallas en la información y comunicación de la misma.

Bajo estas premisas, los estudios generalmente se han llevado a cabo con personas homosexuales debido en parte a que en los albores del surgimiento de este síndrome fueron la

población con mayor número de infectados y con más alta probabilidad de contagio y en parte a un mal manejo en la información en el sentido de que el SIDA es exclusivo de "grupos de alto riesgo" entre los que erróneamente no se incluye a heterosexuales

La investigación realizada sobre este síndrome ha estado dirigida en gran parte hacia sus aspectos médicos, y aunque bajo este rubro se han logrado importantes avances como identificar y aislar el agente infeccioso (VIH) y los tratamientos antiretrovirales y su combinación como el caso del llamado "cocktel" o combinación de AZT, DDC y DDI; a nivel psicológico y sociológico también se han logrado avances como determinar que variables como el estilo de vida y la demografía son factores que contribuyen a incrementar el riesgo de exposición al virus. Sin embargo todo esto continúa de algún modo formando parte de un modelo lineal de explicación causa-efecto que no considera la relación multidimensional y la interacción entre los aspectos médicos, psicológicos, socioeconómicos, etc., que dan lugar a la aparición del SIDA, interacción que desde el modelo propuesto por la Psicología de la Salud debe ser considerada para la comprensión y tratamiento de este síndrome pues hay evidencia de que los factores psicosociales contribuyen a la susceptibilidad del individuo ante el desarrollo de la enfermedad e influyen en su evolución, a su vez, son básicos en la promoción de conductas saludables o perjudiciales en el cuidado de la salud. Por lo tanto se propone que un problema tan complejo requiere una intervención derivada de las disciplinas médica, psicosocial y de salud pública (Coates y Cols., 1984).

Apoyando lo anterior, en estudios realizados acerca de los factores psicológicos en individuos homosexuales con VIH asintomáticos, que se consideran en riesgo de desarrollar SIDA o síntomas relacionados, Ostrow y Cols. (1989), encontraron que existe una relación entre la percepción de presentación de síntomas físicos (inflamación de ganglios, fiebre, pérdida de peso), con la aparición de síntomas psicológicos (ansiedad, depresión, estrés, etc.) y que éstos últimos se incrementan cuando no se tiene el apoyo de familiares o amigos o, en último caso, cuando no se consideran disponibles.

En la misma línea, Rabkin y Cols. (1990), en un estudio con hombres homosexuales no portadores y portadores del VIH asintomáticos, encontraron que la esperanza fue un factor derivado de la percepción de apoyo social recibido, el que a su vez estuvo negativamente asociado con síntomas de depresión y ansiedad, independientemente del estado serológico. Por

su parte, la desesperanza fue asociada a redes de apoyo no existentes o no disponibles y por ende a altos niveles de conflicto social. Un factor importante en este estudio fue la percepción del control sobre los eventos que se presentan como es el caso del estado serológico entre otros.

A su vez Leserman y Cols. (1992), realizaron un estudio con hombres homosexuales VIH positivos asintomáticos en el que analizaron sus estrategias para afrontar entre otras cosas la posibilidad de desarrollar SIDA, la relación entre el afrontamiento y la autoestima y el papel del apoyo social para el afrontamiento. Encontraron que estas personas afrontan la amenaza que constituye el SIDA en sus vidas principalmente adoptando una actitud de lucha ante su estado serológico y canalizaron su estrés en un sentido positivo, encaminándose hacia su crecimiento personal y buscando el apoyo emocional de su familia, amigos y parejas. Estas estrategias aunadas a la satisfacción de pertenecer a redes y comunidades de trabajo en SIDA son doblemente benéficas al afrontar su estado de salud; por otra parte, el no utilizar estas estrategias se relacionó con síntomas como depresión, pobre autoestima y negación que estuvo asociada también con depresión y ansiedad. Los sujetos de raza negra que participaron mostraron tasas más altas de negación y desesperanza y una menor habilidad para buscar apoyo social, ellos utilizaron básicamente la negación y como estrategias de afrontamiento se refugiaron en sus creencias religiosas, esto a criterio de los autores se debió al hecho en sí de pertenecer a la raza negra, que se concibe como una raza aislada, aunado a la estigmatización que conlleva la homosexualidad y condición de VIH positivos. Es importante resaltar las conclusiones de los autores en las que sugieren que los profesionales de la salud deben promover en sus clientes el uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas, entrenándolos en el uso de fuentes de apoyo social positivo y en especial, a las personas de raza negra en la búsqueda de apoyo en su comunidad.

Probablemente, los resultados de estas investigaciones y el carácter de "grupo de alto riesgo" asignado a los homosexuales han contribuido a que éstos tomaran mayor consciencia acerca de la pandemia y del peligro real al que se exponen muchos de sus miembros; al contrario de lo ocurrido con la población heterosexual quienes no han cambiado substancialmente su conducta sexual y riesgo de exposición al considerarse ajenos a la problemática pues los prejuicios existentes en este sector, que son secuela de nuestra sociedad machista y misógina, les impiden verse como parte activa del problema lo que se traduce en poca o mala información y creación de mitos y falacias acerca del SIDA debido a la ignorancia que, apoyada por el surgimiento de grupos seudoreligiosos, los hace concebirse como intocables y pensar que algo así

no puede pasarle a ellos, no obstante que día a día las cifras de infección en mujeres con relaciones monógamas y niños infectados son cada vez más altas, al haberse descubierto con la investigación sobre SIDA la doble moral sexual existente en nuestro país y particularmente la bisexualidad de una gran parte de la población considerada hasta ahora netamente heterosexual.

Las variables psicosociales contribuyen a aumentar los problemas que enfrentan homosexuales y bisexuales VIH positivos, los cuales no difieren de los que se enfrentan en otras enfermedades también de tipo crónico-degenerativas. La investigación realizada en el área del afrontamiento con estos grupos apoya la idea de que varios factores o la combinación de los mismos predice el uso de diferentes estrategias de afrontamiento y que los esfuerzos y recursos necesarios para ello difieren dependiendo del grado de ajuste psicológico en respuesta a la enfermedad.

Particularmente, el afrontamiento al VIH se ve afectado por variables psicosociales como la respuesta de la sociedad a la enfermedad, que se vincula con la homosexualidad y los valores morales pues no solamente tienen que afrontar su estado serológico en sí difícil de asumir, sino además en el caso de personas con orientación homosexual o bisexual reconocer la forma de ejercer su sexualidad, situación que en muchos casos ha sido guardada celosamente en secreto al ser considerada más que diferente, prohibida y castigada severamente por el entorno social en que se desenvuelven.

Es por ello que resulta necesario e importante aprender más acerca de los estados depresivos en la gente con VIH, en el caso concreto en hombres homosexuales y bisexuales en el contexto de las etapas tempranas y el desarrollo de la infección. Así como el papel que juega el estrés en la inmunosupresión, ya que la mayoría pasan por un período en el que tienen que enfrentar no sólo la amenaza del desarrollo del síndrome sino asumir el significado personal y social de su orientación sexual, la cual ha permanecido oculta o disfrazada bajo ideas y actitudes homofóbicas. Para algunos, representa el momento de "salir del clóset" o dar a conocer la forma de ejercer su sexualidad ante los demás. Esta lucha con el significado de su orientación sexual está definida en términos de su propia identidad, idiosincrasia, metas personales, etc.

Uno de los aspectos básicos se refiere a lo que Nicholson y Long (1990), denominan Homofobia internalizada, la cual definen como pensamientos y sentimientos de rechazo, miedo u odio hacia su propia homosexualidad o a la homosexualidad en general, lo que parece ser una reacción psicológica común en hombres gay y bisexuales durante el período de crisis por la

infección por VIH; internacionalizaciones negativas acerca de su orientación sexual y estilo de vida llevado hasta el momento, relacionado íntimamente con aspectos tan delicados como una homosexualidad no resuelta o no aceptada, por lo que la infección se representa como un castigo que se asocia a un fuerte sentimiento de culpa que ocasiona problemas emocionales tal vez más fuertes que la misma infección.

Tanto el estigma de tener el virus como la relación directa entre la actividad sexual ejercida y la transmisión del VIH pueden amenazar la estabilidad emocional y autoestima al enfrentar la posibilidad, real o no, de aislamiento social como resultado de la discriminación. A su vez muchos de ellos se muestran renuentes a hablar sobre su condición de salud alejándose "deliberadamente" de lo que constituye una red de apoyo esencial en esos momentos al evitar intimar con los otros, conductas entre las que se incluyen evitar el contacto físico lo cual tiene efectos psicosociales significativos, especialmente cuando el individuo proviene de una familia o comunidad en donde la homosexualidad es estigmatizada y por ende los comportamientos y actitudes homofóbicos son comunes y aceptados entre los que conforman su grupo sociocultural. Esto los conduce a replegarse en sí mismos y afrontar inadecuadamente la situación; la depresión puede ser disparada por el estrés asociado con los cambios y expectativas tocantes a su identidad, metas en la vida, relaciones personales cercanas y sentirse parte de una comunidad marginada.

Folkman (1982) propone un segundo tema para el manejo adecuado del estrés psicosocial: el mantenimiento de la esperanza y la moral a través del proceso de salud-enfermedad de las personas con VIH/SIDA. El reto consiste en mantener la esperanza en el futuro a la vez que se intenta mantener bajo control la aparición de pensamientos y sentimientos de amenaza; el logro de esta meta es visto como obtener el delicado balance requerido entre las estrategias cognitivas de afrontamiento a través de las que los individuos atienden selectivamente estos aspectos de la situación con el objeto de promover la esperanza y las estrategias que se requieren para minimizar el significado amenazante de la situación.

De este tipo de trabajos se desprende la importancia que en el proceso de salud-enfermedad desempeñan la representación, el afrontamiento y evaluación que se tenga sobre dicho proceso, especialmente el papel del afrontamiento en la reducción del impacto psicológico del estrés y la posible alteración de la progression de la enfermedad en personas con cancer y SIDA. Se ha visto que el uso de estrategias como luchar activamente e involucrarse

positivamente en su proceso son asociadas a un mejor pronóstico que el uso de estrategias pasivas que propician el sentimiento de desesperanza o asumir el papel de víctimas de la situación

IV. IX. - INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN PERSONAS CON VIH/SIDA.

La mayoría de las intervenciones psicológicas en el fenómeno VIH/SIDA se han centrado en reducir comportamientos de riesgo, lo cual no es tarea fácil; sin embargo pocas investigaciones han dirigido la atención al mantenimiento de la moral entrenando a la gente a través de técnicas de afrontamiento o manejo del estrés, las cuales son básicas y esenciales para un mejor manejo de la situación. Técnicas como el manejo de estrés, entrenamiento en relajación progresiva, habilidades de solución de problemas y, especialmente entrenamiento en habilidades de afrontamiento efectivas son técnicas cognitivo-conductuales útiles para el tratamiento del estrés, la depresión y la ansiedad.

El número de personas que requieran intervenciones de este tipo irá en aumento en la medida en que la epidemia avance. El conocer las necesidades creadas por esta epidemia se traducirá en que de una manera muy cercana las intervenciones psicológicas puedan ayudar al individuo VIH positivo o con SIDA a mantener la moral y así probar alternativas para lograr cambios en las formas de afrontamiento ante la situación que contribuyan a reducir la depresión y refuercen una moral positiva para quienes puedan tener la oportunidad de beneficiarse con ello, por lo que se requiere la creación de programas de entrenamiento efectivos en la reducción de estrés y la enseñanza de destrezas de afrontamiento así como la creación de manuales a los que tengan acceso los trabajadores de salud para que se conviertan en replicadores de la información y a su vez apliquen estas intervenciones con relativa facilidad, (Folkman, 1982).

IV. X. - EL PAPEL DEL PSICOLOGO EN LA ATENCION DEL VIH/SIDA.

El papel del psicólogo, particularmente en nuestro país, ha sido poco discutido en la literatura e investigación sobre VIH/SIDA, muchos menos en la práctica clínica, sin embargo

derivado de la importancia que los factores psicosociales han indicado tener en el desarrollo y mantenimiento de diversas enfermedades, es que la intervención de este profesional de la salud se hace necesario en diferentes niveles y de manera interdisciplinaria, tarea en la que el psicólogo puede contribuir en el aspecto educativo a nivel de prevención a través de campañas en escuelas, hospitales, las calles, congresos; en segundo nivel en el área clínica, en donde resulta básica la inserción del psicólogo como apoyo en la consejería al realizarse la prueba de detección de anticuerpos al virus y ser promotor de los cambios en la conducta sexual de los usuarios, servir de apoyo y contención a través del trabajo psicológico aplicando paquetes de entrenamiento en inoculación de estrés, habilidades de afrontamiento y adherencia terapéutica. Debido a la importancia que tiene que el usuario se involucre en el proceso terapéutico. Esta tarea por parte de los diversos profesionales de la salud. psicólogos, médicos, odontólogos, trabajadoras sociales, enfermeras, etc., trabajando de manera conjunta contribuirá a desmitificar este padecimiento, primer gran paso para lograr incidir realmente en el aspecto preventivo.

Como ha podido verse en la revisión de los trabajos realizados con personas con VIH/SIDA, la manera específica de cómo el afrontamiento y la representación desempeñan un papel sobresaliente en la progresión de la infección por VIH puede tener un gran significado en la prevención de la depresión y estrés derivados de la posibilidad de desarrollar SIDA, realidad a la que se enfrenta diariamente una gran cantidad de personas VIH positivas hoy asintomáticas y el estrés derivado del estigma de ser una persona con el virus en su cuerpo debido a que la infección por VIH desencadena un amplio espectro de inquietudes y temores concernientes a su presente y futuro, su seguridad económica, rechazo de la familia, amigos o pareja, su sexualidad y posibilidad de transmitir el virus a otras personas y la alta probabilidad de perder su independencia tanto económica como física, así como el rechazo potencial ante los cambios físicos que conlleva una enfermedad crónico-degenerativa que los puede llevar a la muerte, particularmente cuando se es joven.

Si bien es cierto que los trabajos revisados hasta ahora sacan a la luz la importancia del afrontamiento y la representación como factores que pueden propiciar o no la progresión de una enfermedad, también lo es que éste como otro tipo de aspectos de nuestra conducta (emocionales y cognitivos), se convierten en patrones de comportamiento que a veces resultan inadecuados y contribuyen a estilos de vida sanos o perjudiciales, particularmente en personas con enfermedades crónico-degenerativas. Lo esencial en todo esto es que nuestra conducta adaptada o inadaptada, evaluaciones y formas de afrontamiento son aprendidos en gran medida a través de la interiorización de las interacciones del individuo con su entorno físico y social

inmediato, por lo que son por ende, aspectos que pueden reaprenderse de lo que se deriva la importancia de una adecuada educación para la salud.

Por ello, la presente propuesta de investigación pretende convertirse en una extensión del trabajo realizado en las áreas de afrontamiento y evaluación en individuos con enfermedades crónico-degenerativas, específicamente VIH/SIDA, pues si bien es cierto que cualquier enfermedad resulta difícil de afrontar para quien la padece, en el caso de la infección por VIH/SIDA y su relación con el ejercicio de la sexualidad, como se ha venido tratando a lo largo del presente trabajo, hay que sumar la carga social relacionada a ésta y la estigmatización por parte de y a quienes la padecen, lo que en condiciones extremas conduce al aislamiento de las redes de apoyo social y emocional que estuviesen disponibles y que como ya hemos visto, facilitarían el proceso de asimilación de la enfermedad contribuyendo positivamente a una adaptación psicológica y emocional adecuada. Como hemos visto, la forma de evaluar y afrontar ante el VIH/SIDA es de vital importancia en el proceso de salud-enfermedad, aspectos éstos que al no manejarse bien contribuyen a la posibilidad de acelerar el proceso de la infección en fase asintomática a una fase en donde se presenten síntomas o, en el caso de personas con SIDA, acelerar el proceso de enfermedad a una muerte prematura debido al impacto del estrés ante la amenaza constante de ésta.

Lo anterior de alguna manera se ve apoyado con el estudio realizado por Millier (1989), en el que se demostró que las personas con VIH crónico, sin SIDA, presentan índices mucho más elevados de sufrimiento psicológico en comparación con las que saben ya que lo tienen y que una de las razones es el mayor grado de incertidumbre sobre su futuro en el que se contemplan aspectos como son la familia, la pareja, trabajo, sexualidad, pérdida de la independencia física y económica, rechazo..

Con base en lo anterior es que este trabajo resulta una parte preliminar en la aplicación de un paquete de entrenamiento a personas con enfermedades crónico-degenerativas, como el caso de personas con VIH/SIDA. Siendo el objetivo general del presente trabajo conocer cuáles son las evaluaciones y representaciones que estos individuos tienen acerca de su condición de salud y de qué manera la afrontan.

CAPITULO V.- METODO



V. I. - SUJETOS

Se trabajó con 16 hombres todos ellos con un resultado positivo a la prueba de detección de anticuerpos al VIH, 15 con orientación homosexual y 1 bisexual, que viven en la Ciudad de México, Distrito Federal y Area Metropolitana; con edades de 20 a 45 años de edad, con escolaridad promedio de educación media superior. Ocho asintomáticos, sin diagnóstico de SIDA o síntomas relacionados como sudoraciones nocturnas, herpes zoster, pérdida de peso o fatiga en presencia de otros síntomas (fiebres o diarreas inexplicables) y ocho con diagnóstico clínico de SIDA. Individuos que acudían a servicio Médico y Psicológico de una Asociación de trabajo en Sida dedicada entre otras cosas a la atención médico-psicológica de personas con VIH/SIDA y sus familias. En este caso y dadas las características de los individuos, se contactó con ellos a través de los psicólogos que laboraban en el Area Clínica y del Grupo de Autoapoyo que existía en la Asociación, a quienes se les hizo saber el objetivo del trabajo y se les pidió su consentimiento para participar en el mismo.

V. II. - SITUACION EXPERIMENTAL:

Los consultorios del Area de Psicología ubicados en la planta baja del local que se encontraba ubicado en Calle Niños Héroes No. 151 de la Colonia Doctores en la Ciudad de México, Distrito Federal.

V. III. - INSTRUMENTOS:

Se utilizó una batería que consta de seis instrumentos de evaluación, consistentes en Inventarios y Cuestionarios como son: Historia Clínica de Lazarus (Anexo A); Evaluación de Estrés (Anexo B); Cuestionario A (Anexo C); Cuestionario B (Anexo D); Inventario de Ansiedad IDARE (Anexo E) y Cuestionario sobre conocimientos Generales sobre VIH/SIDA (Anexo F).

V. IV. - DISEÑO:

Se utilizó un Diseño Transeccional Descriptivo (Kerlinger, 1985), que se encuentra en la clasificación de Investigación No experimental o Exposfacto, pues en el presente trabajo no fue posible la manipulación de variables, ni asignar aleatoriamente a los sujetos en grupos, a excepción de la asignación que se realizó con base en el diagnóstico actual (VIH asintomáticos o con SIDA), cuyos objetivos fueron detectar y describir en primer lugar, evaluaciones o valoraciones y en, segundo las estrategias de afrontamiento.

El Diseño consiste en medir o recolectar datos en un sólo momento, en un tiempo único, con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, (Hernández Sampieri y Cols., 1991).

V. VI. - PROCEDIMIENTO:

Se aplicaron los instrumentos de evaluación a los sujetos previo conocimiento de los objetivos de este trabajo y su consentimiento para participar en el mismo, lo cual se realizó de dos formas: La primera de ellas fue que algunos de los sujetos contestaron la batería en las propias instalaciones de la Asociación, y la segunda de la siguiente manera: cada psicólogo entregó a sus pacientes que cumplían con el perfil requerido un sobre con la batería de instrumentos para ser contestados en casa y regresados posteriormente; de esta manera fue posible conocer el tipo de representación y detectar el tipo de estrategias más frecuentemente utilizadas por ellos para afrontar en el primer caso su estado serológico aunado a la probabilidad de desarrollar SIDA; en el segundo caso su enfermedad, se aplicó también, como ya se mencionó, un cuestionario para obtener el nivel de información general que tenían acerca de su padecimiento.

CAPITULO VI.- RESULTADOS.



VI. I. - ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

El grupo I estuvo integrado por ocho hombres VIH+ asintomáticos, el análisis de los resultados de la Historia Clínica de Lazarus (Anexo A) y del Cuestionario A (Anexo C en este caso) arrojaron las siguientes características para cada uno:

SUJETO NO. 1

29 años de edad, homosexual, Médico con posgrado en Oftalmología, oftalmólogo, vida sexual activa, sin pareja estable, vive con sus padres y cuenta con el apoyo familiar, no tiene médico de cabecera, su tiempo libre lo utiliza visitando amigos y viajando.

SUJETO No.2

31 años de edad, bisexual, Analista de productos químicos, técnico Laboratorista, religión católica, practica la abstinencia, vive en la casa familiar aunque aparte de ésta, su familia no sabe que es VIH+, no tiene médico de cabecera, su tiempo libre es utilizado en acudir al teatro, al cine..

SUJETO No. 3

33 años de edad, homosexual, secundaria, trabaja en una Organización no Gubernamental de Trabajo en SIDA, religión católica, vida sexual activa ya que vive con su pareja, cuenta con el apoyo de su familia, si tiene médico de cabecera, su tiempo libre es utilizado en acudir al cine, teatro, viajar.

SUJETO No.4

25 años de edad, homosexual, preparatoria, maestro de computación, religión católica, vida sexual activa, vive con su pareja, no cuenta con el apoyo de sus padres, sin médico de cabecera, su tiempo libre lo dedica a estudiar canto.

SUJETO No. 5

27 años de edad, homosexual, preparatoria, mensajero, religión católica, vida sexual activa, vive con su pareja, cuenta con el apoyo de su familia, con médico de cabecera, su tiempo libre lo dedica a ir al cine, visitar amigos.

SUJETO No. 6

45 años de edad, homosexual, músico con nivel profesional maestro de música, religión católica, vida sexual activa aunque no tiene pareja, no logró saberse si la familia conoce su condición de salud, sin médico de cabecera, su tiempo libre lo dedica a descansar, oír música, salir de viaje, fue el único extranjero en la muestra.

SUJETO No.7

26 años de edad, homosexual, Licenciado en Contaduría, Contador público, religión católica, vive con su padre el que no sabe que tiene VIH+, practica la abstinencia, no tiene pareja, con médico de cabecera, su tiempo libre lo dedica a visitar museos.

SUJETO No. 8

29 años de edad, homosexual, preparatoria, trabaja en una Organización no Gubernamental de Trabajo en SIDA, vive con sus padres, no logró saberse si su familia sabe su condición, vida sexual activa de manera informal, con médico de cabecera, visita amigos, sale al cine o tomar café con ellos.

El grupo II estuvo integrado por ocho hombres en fase de SIDA; el análisis de los resultados de la Historia Clínica de Lazarus (Anexo A) y el Cuestionario B (Anexo C en este caso) arrojaron las siguientes características para cada uno:

SUJETO No. 1

46 años de edad, homosexual, segundo año de secundaria, comerciante, religión católica, practica la abstinencia, no tiene pareja, vive con sus padres y cuenta con el apoyo familiar, cuenta con médico de cabecera, su tiempo libre lo utiliza visitando amigos, saliendo con ellos a diversos sitios y cocinando, acude al grupo de autoapoyo.

SUJETO No. 2

30 años de edad, homosexual, secundaria terminada, hace artículos de piel, religión católica, practica la abstinencia, no tiene pareja, cuenta con el apoyo familiar, sin médico de cabecera, sale poco debido a su estado de salud.

SUJETO No.3

33 años de edad, homosexual, preparatoria, comerciante y miembro de una organización No Gubernamental de Trabajo en SIDA, ateo, vida sexual activa, vive con su pareja, cuenta con el apoyo familiar, si tiene médico de cabecera, su tiempo libre lo emplea saliendo con sus amigos, en diversas actividades de la Organización.

SUJETO No. 4

43 años de edad, homosexual, preparatoria, empleado, hace teatro experimental y es miembro de una Organización No Gubernamental de Trabajo en SIDA, religión católica, vida sexual activa, vive con su pareja, cuenta con el apoyo familiar, con médico de cabecera, su tiempo libre sale con sus amigos y en diversas actividades de la Organización, acude a grupo de autoapoyo.

SUJETO No. 5

27 años de edad, homosexual, Químico Farmacobiólogo, miembro de una Organización No Gubernamental de Trabajo en SIDA, religión católica, practica la abstinencia, no tiene pareja, cuenta con el apoyo familiar, con médico de cabecera, sale con sus amigos, viaja y se ocupa de las diversas actividades de la Organización.

SUJETO No. 6

28 años de edad, homosexual, Licenciado en Psicología, desempleado, religión católica, vida sexual activa, sin pareja estable, sin médico de cabecera, vive con su familia, tiene apoyo de sus amigos, sin médico de cabecera, sale con sus amigos, acude a una Organización de Trabajo en SIDA.

VI.II.- TABLAS Y RESULTADOS

A) REPRESENTACIÓN Y B) EVALUACIÓN EN SUJETOS VIH+. -El análisis de los resultados del Inventario de Evaluación de estrés (Anexo B) y del Cuestionario B (Anexo D en este caso) arrojaron los siguientes datos para estos sujetos:

	REPRESENTACIÓN	TIPO DE EVALUACIÓN	FRECUENCIA
1.-	OPORTUNIDAD	BENIGNO-ADAPTATIVA	3
2.-	AMENAZA	ESTRESANTE	2
3.-	CASTIGO	ESTRESANTE	1
4.-	CONSECUENCIA	ESTRESANTE	1
5.-	TRAGEDIA	ESTRESANTE	1

Tabla 1.- Tipos de Representación y Evaluación en sujetos VIH+

La tabla muestra el tipo de representaciones y evaluaciones que realizaron los sujetos del Grupo I o personas con VIH, puede verse que de los 8 hombres que integraron el grupo, 3 de ellos representaron su condición de salud como una oportunidad para seguir viviendo, evaluando la situación de manera benigno-positiva, la cual es una de las clases de evaluación primaria y tiene lugar si las consecuencias de un acontecimiento (ser portadores del virus) se valoran como positivas, esto es, si preservan o logran el bienestar o si parecen ayudar a conseguirlo, lo cual se refiere básicamente a la adaptación a su proceso de salud-enfermedad. 2 sujetos más la representaron como una amenaza haciendo referencia probablemente a desarrollar SIDA y los 3 sujetos restantes representaron como castigo, como consecuencia y como tragedia respectivamente.

Tales representaciones corresponden a evaluaciones de tipo estresante, otra clase de evaluación cognitiva, en ésta se incluyen aquellas consecuencias que significan daño/pérdida o amenaza, como es el caso de personas con VIH que afecta su autoestima y autoconcepto.

REPRESENTACIÓN Y EVALUACIÓN EN SUJETOS CON SIDA. -

El análisis de los resultados del Inventario de Evaluación de estrés (Anexo B) y del Cuestionario B (Anexo D en este caso) arrojaron los siguientes datos para estos sujetos:

	REPRESENTACIÓN	TIPO DE EVALUACIÓN	FRECUENCIA
1.-	OPORTUNIDAD	BENIGNO-ADAPTATIVA	0
2.-	AMENAZA	ESTRESANTE	0
3.-	CASTIGO	ESTRESANTE	3
4.-	CONSECUENCIA	ESTRESANTE	1
5.-	TRAGEDIA	ESTRESANTE	4

Tabla 2.- Tipos de Representación y Evaluación en sujetos con SIDA.

La tabla muestra el tipo de representaciones y evaluaciones que hicieron los sujetos del Grupo II o personas en fase de SIDA acerca de su enfermedad. Puede verse que a diferencia del Grupo I, en este grupo ninguno de los sujetos representaron su condición de salud como una oportunidad, lo cual es comprensible debido a que algunos de ellos han tenido crisis importantes de salud; tampoco representaron como una amenaza pues presentan ya diversos signos y síntomas del síndrome por lo que la mayoría la representó como la tragedia que significa en su vida o como un castigo y sólo uno de ellos la representó como una consecuencia. Puede verse que este tipo de representaciones corresponden a la tercera clase de evaluación primaria que es la estresante descrita en la tabla anterior.

C) AFRONTAMIENTO EN PERSONAS VIH+.- El análisis de los resultados de la Historia Clínica de Lazarus (Anexo A), de los Cuestionarios A y B (Anexos C y D), Lista de problemas (Anexo E) y del Cuestionario de Conocimientos Generales sobre VIH/SIDA (Anexo F) arrojaron los siguientes datos.

ESTRATEGIAS FRECUENCIA ESTRATEGIAS FRECUENCIA

1.-	BUSQUEDA DE INFORMACIÓN	8	10.-	AUTOCOMPASION	2
2.-	TRATAMIENTO MÉDICO	7	11.-	ABSTINENCIA	3
3.-	TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	7	12.-	APOYO RELIGIOSO	3
4.-	GRUPO DE APOYO	6	13.-	AISLAMIENTO	1
5.-	REDEFINICION DE LA SITUACION	5	14.-	MINIMIZACIÓN	1
6.-	PRÁCTICAS SEGURAS	5	15.-	PRÁCTICAS DE RIESGO	1
7.-	EVITACION	5	16.-	DEPRESIÓN	1
8.-	NEGACIÓN	5	17.-		
9.-	SOLUCION DE PROBLEMAS	3			

Tabla 3.- Estrategias de Afrontamiento en personas VIH+.

La tabla muestra la frecuencia y tipo de estrategias utilizadas por los sujetos del Grupo I. Puede verse que se obtuvieron 16 categorías en el presente grupo y que las estrategias más utilizadas en cuanto a frecuencia como fueron las estrategias dirigidas al problema: búsqueda de información, tratamiento médico, tratamiento psicológico, grupo de autoapoyo, adoptar prácticas seguras, lo cual se relaciona positivamente con el tipo de representaciones que sobre su condición de salud hicieron como se describió en la Tabla número 1. Este tipo de estrategias tienen como objetivo manipular o alterar el entorno (físico o social) que causa la perturbación.

También utilizaron aunque en menor frecuencia la negación y redefinición de su situación, estrategias clasificadas como dirigidas a la emoción las cuales tienen más probabilidad de ser utilizadas cuando se evalúa que poco puede hacerse para modificar las condiciones que generan daño o que son amenazantes para el individuo, como es el caso de ser portadores del virus.

AFRONTAMIENTO EN PERSONAS CON SIDA

El análisis de los resultados de la Historia Clínica de Lazarus (Anexo A), de los cuestionarios A y B (Anexos C y D), Lista de Problemas (Anexo E) y del cuestionario de Conocimientos Generales sobre VIH/SIDA (Anexo F) arrojaron los siguientes datos :

ESTRATEGIAS		FRECUENCIA	ESTRATEGIAS		FRECUENCIA
1.-	EVITACIÓN	7	10.-	REDEFINICIÓN DE LA SITUACIÓN	4
2.-	BUSQUEDA DE INFORMACIÓN	6	11.-	TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	4
3.-	TRATAMIENTO MÉDICO	6	12.-	GRUPO DE APOYO	3
4.-	DEPRESIÓN	6	13.-	AUTOCOMPASIÓN	3
5.-	NEGACIÓN	5	14.-	MINIMIZACIÓN	2
6.-	ABSTINENCIA	5	15.-	PRÁCTICAS SEGURAS	2
7.-	APOYO RELIGIOSO	5	16.-	FUMAR	1
8.-	AISLAMIENTO	5	17.-	PRÁCTICAS DE RIESGO	1
9.-	SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	4			

Tabla 4.- Estrategias de Afrontamiento en personas con SIDA.

La tabla muestra la frecuencia y tipo de estrategias utilizadas por los sujetos del Grupo II, puede verse que en este caso se obtuvieron 17 categorías, es decir una más que en el grupo anterior, que fue el fumar, en contraste con el grupo anterior en el que prevalecieron las estrategias dirigidas al problema, en este grupo estrategias como la evitación, depresión, negación, apoyo religioso, aislamiento y la abstinencia fueron usadas con más frecuencia y aunque la búsqueda de información y el tratamiento médico obtuvieron también una frecuencia semejante, las estrategias dirigidas a la emoción están en primer término.

Estos resultados de igual manera que en el grupo anterior, se correlacionan positivamente con el tipo de representaciones y la evaluación que de su enfermedad hicieron estos sujetos y que fueron descritas en la Tabla número 2, ya que la representación que sirve como guía para el afrontamiento y la evaluación que es el proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provoca en el individuo, las cuales fueron básicamente como un castigo y como tragedia y que se clasifican como evaluaciones de tipo estresante los llevaron a utilizar más estrategias dirigidas a la emoción, en el presente caso, debido a la fase de la infección en la que se encontraban los sujetos y la percepción de poco control sobre su proceso de salud-enfermedad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Del trabajo realizado sobre representación, evaluación cognitiva y afrontamiento en personas con VIH/SIDA puede verse que se cumplió tanto con el objetivo general como los específicos como puede verse en las tablas de la 1 a la 4.

En primer lugar de los resultados obtenidos de los instrumentos de evaluación aplicados fue posible conocer el tipo de evaluación cognitiva y representación que de su condición de salud realizaron los sujetos que participaron en el presente trabajo, de los que se observa que existe una diferencia en ambos grupos, pues en tanto que en el primer grupo tres de los ocho sujetos evaluaron su condición como una oportunidad y dos como una amenaza, el tipo de evaluación que prevaleció fue del tipo benigno-adaptativa, al contrario del grupo II en donde 4 de los 8 sujetos la representaron como una tragedia y 3 como un castigo, por lo tanto el tipo de evaluación predominante fue la estresante.

En segundo lugar, también fue posible detectar las estrategias de afrontamiento que utilizaron ambos grupos. Puede verse que el tipo de estrategias utilizadas por los sujetos de uno y otro grupo están de acuerdo con el tipo de evaluación y representación realizada por éstos, ya que en el primer grupo predominaron las estrategias dirigidas al problema o conductuales y en el segundo las dirigidas a la emoción.

Resulta importante señalar que el tipo de estrategias utilizadas por ellos no difieren de las que utilizaron los sujetos que participaron en los trabajos realizados por Rabkin y Cols. (op.cit.) y Leserman y Cols. (op.cit.) entre las que se encontraron: la búsqueda de información, el acudir a grupos de apoyo, búsqueda de tratamiento médico, psicológico (dirigidas al problema), la evitación, negación, aislamiento, etc., (dirigidas a la emoción).

Así también señalar los recursos de afrontamiento (factores cognitivos y físicos) con que contaron los individuos que participaron. En el primer caso nos referimos principalmente al estado de salud y energía física, ya que hablamos de personas asintomáticas o con el menor número de síntomas; y a las creencias positivas asociadas de alguna manera a sus creencias religiosas, pues como pudo observarse la mayoría profesan una religión, lo cual se vio reflejado en la representación y evaluación cognitiva, otro recurso fueron las habilidades sociales y el apoyo social obtenido de sus parejas y compañeros del grupo de autoapoyo al que pertenecen, aunado a la satisfacción de ejercer su Vida sexual de manera activa, pues solamente dos de ellos reportaron practicar la abstinencia, de

contar con recursos económicos ya que todos ellos trabajan y, finalmente y como recurso muy importante en el afrontamiento: el grado de conocimiento que sobre su padecimiento tienen y el apoyo médico y psicológico con que contaron.

En el segundo caso, aunque los sujetos contaron también con estos recursos, es importante hacer notar que éstos tuvieron ingresos y reingresos a la Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación y algunos de ellos se encontraban ya en fase terminal, lo cual evidentemente se vio reflejado en el tipo de representación y su forma de afrontar su enfermedad.

Si bien es cierto que en esta investigación se obtuvieron datos sobre representación y evaluación que los pacientes hacen de su enfermedad y que estos aspectos sirven de guía para el afrontamiento y constituyen un aspecto crucial en la intervención psicológica con este tipo de personas; también lo es que quedaron fuera del alcance del presente estudio otros aspectos igualmente importantes como: identificar como estas evaluaciones inciden en el estilo de Vida y modifican el proceso salud-enfermedad y el papel del estrés en la ejecución de ciertas estrategias o en la utilización de los recursos de afrontamiento, lo cual puede constituir futuras líneas de investigación en este rubro.

Durante la realización de este trabajo se tuvieron dificultades y por ello existieron una serie de limitaciones: en primer lugar la dificultad para captar a los sujetos, pues inicialmente el trabajo estaba planeado para llevarse a cabo con mujeres, pero debido a que en el tiempo en que se inició y aun en la actualidad las mujeres con VIH/SIDA son "inexistentes", pero particularmente debido a que la información que se maneja en el sector salud es confidencial y por ende de acceso restringido, es que se realizó con "el único grupo" de personas VIH en México, pertenecientes a la Comunidad homosexual, para lo cual la sustentante tuvo que prestar servicio voluntario y posteriormente trabajar en el área de Psicología Clínica de la Asociación No Gubernamental de trabajo en SIDA a donde acudían a servicio médico y psicológico las personas que aceptaron formar parte en la investigación.

En segundo lugar, las limitaciones se refieren básicamente a que no fue posible la manipulación de variables dadas las características de la investigación y de los sujetos, por lo que solo fue posible asignarlos a dos grupos: VIH y SIDA respectivamente y que no fue posible obtener otro tipo de datos que pudieron haber sido importante conocer como el tiempo de saber su resultado positivo a la prueba de detección del virus o el tiempo de haber recibido un diagnóstico de SIDA y, especialmente, lo que Nicholson y Long (op.cit.) denominan Homofobia internalizada o grado de aceptación hacia la forma de ejercer su sexualidad, lo cual en la práctica clínica en ocasiones resultó ser el principal motivo de conflicto para ellos; además en cuanto a la metodología, algunos de los

sujetos reportaron que la batería aplicada les pareció larga y complicada, por lo que tardaron más tiempo del previsto en entregarla resuelta. En este sentido sugerimos integrar una batería cuyos instrumentos como sugiere Belar y Cols. (op. cit.) sean de fácil manejo para personas crónicamente enfermas.

En tercer lugar, que los resultados obtenidos del Grupo I los cuales muestran una mejor adaptación en comparación de los sujetos del Grupo II no solamente pudieron haber estado relacionados positivamente con su estado de salud, sino además estar influenciados de manera significativa a que la aplicación del presente se llevó a cabo en un tiempo en el cual el apoyo médico psicológico y social recibido en la Institución y de la gente que laboraba y acudía a ésta, estaba en su mejor momento debido al auge económico y fortalecimiento Institucional que existía y que se tradujo incluso en la obtención de medicamento a bajo costo entre otras muchas otras cosas, lo cual influyó en los resultados obtenidos.

Dado que la presente investigación es una extensión del trabajo realizado por Leserman y Cols. (op.cit.) cabría rescatar sus datos al igual que otros estudios revisados anteriormente y contrastarlos con los aquí obtenidos; en este sentido puede concluirse la importancia que tienen los profesionales de salud como promotores del uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas, entrenando a sus pacientes en el uso de fuentes de apoyo social positivo, de lo cual carecen un sin número de personas con enfermedades crónicas y, en el caso concreto, las personas homosexuales de clase social baja en nuestro país, las cuales al igual que los sujetos de raza negra del primer estudio, han sido blanco de la diseminación del virus en nuestro país. Así también la similitud en cuanto a la manera de afrontar la amenaza del SIDA en los individuos VIH+ de nuestro estudio los cuales también adoptaron una actitud de lucha y canalizaron su estrés en un sentido positivo como pudo observarse en los resultados, tales personas también buscaron el apoyo emocional de su familia, amigos y parejas, de igual manera, el no utilizar estas estrategias (como el caso de los individuos con SIDA), se relacionó con síntomas de depresión y negación.

Por otra parte las personas del grupo I que representaron su condición de salud como una oportunidad, al igual que las personas del estudio realizado por Rabkin y Cols (op.cit.), encontraron que la esperanza derivada de la representación y la forma benigno-adaptativa de evaluarla se asoció a la percepción de apoyo social recibido, además de la percepción del control sobre algunos eventos, al contrario de las personas del grupo II, cuyos resultados coinciden con los obtenidos por Ostrow y Cols (op.cit.) en cuanto a la relación entre la percepción de síntomas físicos, en este caso el síndrome de

desgaste, sarcoma de Kaposi, diarreas, etc , con la aparición de síntomas psicológicos como ansiedad, depresión, etc.

Si bien, la investigación tiene diversas limitaciones, representa nuevos retos tales como el replanteamiento del concepto de salud propuesto por la OMS, el cual en general ha sido objeto de diversas críticas (Morales Calatayud, op. cit.) y que hablando de personas con enfermedades crónico-degenerativas como el caso de personas con VIH/SIDA resulta insuficiente y en donde la "nueva" definición de salud no concibe a ésta y a la enfermedad como entidades opuestas sino como principio y fin intercambiables o parte de un continuo y en donde el individuo a lo largo de su vida o en un periodo muy corto de esta, se sitúa a un lado u otro de éste, como en el caso particular de las personas con VIH/SIDA, los cuales viven con "grados de enfermedad" como lo menciona San Martín (op.Cit) y que como ya se ha visto de la revisión del presente trabajo tanto la salud como la enfermedad están condicionadas también por otras situaciones que tienen que ver con el comportamiento individual, el ámbito natural y social en el que el individuo vive, y los determinantes económicos.

El VIH/SIDA constituye un reto en el trabajo de los psicólogos en México y en toda Latinoamérica, pues aunque actualmente existen en el mundo nuevos tratamientos para estas personas y en otros lugares del mundo, como los países altamente industrializados, tener SIDA ya no constituye una sentencia de muerte y gran parte de la investigación se dirige a obtener una mejor adaptación de los individuos a su condición de salud, eso no sucede en nuestro país debido en gran medida a nuestra cultura machista y misógina, que toca incluso las políticas de salud existentes y que se traduce en campañas de información pobres o totalmente inexistentes ya no solamente para el VIH/SIDA y su relación con la sexualidad, sino incluso para el cáncer, o la diabetes, en donde la prevención, principal herramienta disponible, parece estar sujeta a modas gubernamentales aún cuando tales padecimientos son una de las principales causas de muerte y que estamos a punto de comenzar un nuevo milenio. Debido a todo ello, esos tratamientos no están disponibles en México o su acceso es restringido a un grupo exclusivo debido a los altos costos de los tratamientos o los innumerables requisitos para formar parte de un protocolo de investigación en donde se proporciona el medicamento sin costo alguno, lo cual constituye nuevas fuentes de estrés para aquellos que viven con el Virus al vislumbrar la posibilidad de una posible "cura" cuando no se tiene acceso a ésta. Es importante retomar aquí la "otra visión" que acerca del VIH/SIDA existe en nuestro país, representada desde una "trinchera no oficial" por los Organismos No Gubernamentales de Trabajo en SIDA, visión más humana debido al grado de sensibilización que se tiene acerca de la

pandemia, los cuales puede decirse están más sensibilizados que el personal de salud quizá porque han vivido de cerca la problemática. Grupos como La Fundación Mexicana de Lucha contra el SIDA, Ave de México, publicaciones como Letra S, etc., conforman una alternativa al estilo de vida de las personas afectadas por el virus, en un lugar en el cual el apoyo económico y presupuesto a la salud parece no ser el adecuado, debido a ello estos grupos proporcionan un buen "soporte emocional" con el apoyo médico, psicológico y redes de interacción social que proporcionan a personas VIH/SIDA, entre otras cosas con folletos informativos, literatura actualizada en donde se habla de los avances a nivel mundial en cuanto a terapéuticas (inhibidores de proteasa, la prueba de la carga viral, etc.) y tratamiento alternativos como: flores de Bach, la técnica conocida como reiki, etc., que son el último grito en cuanto a este padecimiento, lo cual a su vez conlleva un doble costo emocional, al saber que existen tales opciones pero que no se tienen al alcance y ver día a día que la situación a lo largo de dieciséis años no ha cambiado mucho, pues como ya se dijo el número de personas infectadas por el virus aumenta sin que por ello aumente el presupuesto ni una propuesta real por parte del Gobierno por haber algo en este aspecto.

Así también que en cuanto a la Psicología y las posibilidades de su aporte en el campo de la salud, resulta de gran utilidad entender cuál es el papel del comportamiento tanto en el mantenimiento de un determinado estado de salud como en el surgimiento de las enfermedades y en su evaluación como área principal de intervención, sin dejar fuera de contexto cuáles son verdaderamente estas posibilidades de aporte de esta disciplina científica en un país como el nuestro en donde el papel del psicólogo se limita entre otras cosas a ser ayudante del médico y no se concibe como parte primordial en la atención de la salud bajo un enfoque multidisciplinario debido en gran parte a la falta de información en cuanto al quehacer del psicólogo que existe entre muchas otras razones.

Finalmente y de manera primordial, cabe destacar que este trabajo constituye uno de los pocos trabajos realizados en nuestro país de manera teórica y aplicada sobre estos aspectos, tratando al VIH/SIDA libre de mitos y falacias y ubicando la enfermedad en su justa dimensión: una enfermedad crónico-degenerativa al igual que el cáncer y la diabetes mellitus entre otras, área de trabajo que al parecer poco se ha tomado en cuenta por los profesionales de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS



AIDSCOM (1991). A través del Espejo. El papel del Consejero en la Prevención del Sida. Guía de Consejería. Washington, D.C., E.E.U.U.

Alvarez Gayou, J. L. y Mazin, R., (1979) Elementos de Sexología. Interamericana, México.

Belar, D.C., Deardoff, W. and Kelly, K. (1987). Defining the field of Clinical Health Psychology. The Practice of Clinical Health Psychology. Pergamon Press. New York.

Burish, T.M. y Bradley, L.A (1983) Coping with Chronic Disease. Research and Applications. Academic Press Inc. New York.

Campbell, F.; Singer, G. y Shofield, P. (1983), Stress, Drugs and Health. Recent Brain-Behavior Research. Pergamon Press. New York.

Coates, T.J., Temoshok, L., and Mandel, J-. (1984) Psychosocial Research is essential to understanding and treating AIDS. American Psychologist, Vol. 39. No.11. November.

CONASIDA (1994) Guía para la Atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitalaria. México.

CONASIDA , Estadísticas sobre SIDA correspondientes al tercer trimestre del año de 1999 del Consejo Nacional para la Prevención del SIDA. México.

Folkman, S. (1982) Psychosocial Effects of HIV Infection. Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects. Edited by Leo Goldberg y Shlomo Breznitz. The Tree Press Toronto, Canada. Second Edition.

Godoy, J. (1991) Medicina Conductual en: Caballo, V. Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. Editorial Siglo XXI. Madrid.

ESTAS PAGES NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Hernández Samiperí, F., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1991). Metodología de la Investigación. McGraw-Hill Interamericana de México. México.

Holtzman, W.E. y Cols., (1987) Psychology and Health. Contributions of Psychology to the improvement to the of Health an Health Care. Bulletin of The World Organisation, 65.

Kazdin, A. (1983). Historia de la Modificación de Conducta. Biblioteca de Psicología. Desclée de Brouwer. Bilbao.

Kerlinger (1985). Investigación del Comportamiento Humano. México, Interamericana,

Krasner, L., Behavior Therapy: on roots, context and growth en Wilson, T.; Franks. C., (1982). Contemporary Behavior Therapy. Conceptual and empirical foundations. Guilford Press, New York.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1991). Estrés y Procesos Cognitivos. Ed. Roca. Barcelona, España.

Leserman, J., Perkins, D.O., and Evans, D. L. (1992). Coping with the Threat of AIDS: The role of social support. American Journal of Psychology, No.149. Vol.11, November.

Miller, D. (1989). Viviendo con HIV y SIDA, Manual Moderno. México.

Millon en Belard, D.C., Deardoff, W., and Kelly, K. (1987). The Practice of Clinical Health Psychology. Pergamon Press. New York.

Mishler, E.G., Amarasingham, L.R., Hauser, S.T., Lien, R., Osherson, S.O., and Waxler, N.E.. (1981). Social Contexts of Health, Illness, and patient care. Cambridge University Press. U.S.A.

Morales Calatayud, F. (1997). Introducción al Estudio de la Psicología de la Salud. Edit. Unison, México.

Nicholson, W.D. y Long, B. (1990). Self-Esteem, Social Support, Internalized Homophobia, and Coping Strategies of HIV Gay Men. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1990 Vol.58, No.6.

Ostrow, D.G., Monjan, A., Joseph, J., Van Raden, M., Fox, R., Kingsley, L., Dudley, J., and Phair, J. (1989) HIV-Related Symptoms and Psychological Functioning in a Cohort of Homosexual Men. American Journal of Psychiatry. No.149. Vol. 6, June.

Penzo, W (1993). Licenciatura en Psicología México. Salvat Editores, S.A., Barcelona.

Pomerleau y Brady, J., (1979). Behavioral Medicine: Theory and Practice. Williams and Wilkins Co. Baltimore.

Rait, D. y Ledeborg, M. (19). La Familia del Paciente con cáncer. (Bibliografía Incompleta)

Rabkin, J.G., Williams, J.B., Neugebauer, R., Remien, R.H., and Goetz, R. (1990) Maintenance of Hope in HIV-spectrum Homosexual Men. American Journal of Psychology, No. 147. Vol. 10, October.

Ribes Iñesta, E. (1989) Psicología y Salud: Un Análisis Conceptual. Editorial Martínez Roca. Barcelona.

Ribes Iñesta, E. (1986). Técnicas en Modificación de Conducta. Su aplicación al retardo en el desarrollo. Trillas, México, Décimo Primera Reimpresión.

Rodín, J. y Salovey, P. (1989). Health Psychology. Annual Review Psychologist. Vol. 40.

Rodríguez, O. y Palacios, J. (1989). Consideraciones sobre la Psicología de la Salud en México, en Javier Urbina Editores. El Psicólogo, formación, ejercicio profesional y perspectivas. U.N.A.M., México.

San Martín, H (1993). Salud y Enfermedad La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C V., México.

Sarasson, I. (1983). Psicología Anormal. Trillas, México.

Selligson, N.I., Reynoso, E.L., Nava Q.C.. (1993). La Psicología de la Salud y sus diferentes campos de aplicación. Salud y Sociedad. Vol. 2, No.1.

Snyder, J. J. (1985). Health Psychology and Behavioral Medicine. Prentice-Hall, Inc., New Jersey.

Spector, R.E., Spector, M., and Zola, I.K. (1979). Cultural Diversity in Health and Illness. Appleton-Century-Crofts. Prentice Hall, Inc., New York.

Sepúlveda Amor, J., Bronfman, M., Ruíz Palacios, G., Stanislawski, E. y Valdespino, J.L. (1989). SIDA. Ciencia y Sociedad en México. Fondo de Cultura Económica, México.

Sepúlveda Amor, J., García, M.de L., Morales Betanzo, R.A., Valdespino, J.L., Mora Galindo, J.L. y Martínez Estevez, J. (1990). SIDA. Información básica para el personal de salud. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, México.

Stone, G; Cohen, F. y Adler, N. (1979). Health Psychology. Theories, Applications and Challenges of a Psychology approach to the Health Care System. A Handbook Josser-Bass Publishers.

Taylor, S.E. (1990). Health Psychology. The Science and The Field. American Psychologist. Vol. 45. No.1. January.

Taylor, S.E. y Aspinwall, L.G. (1982) Coping with Chronic Illness. Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects. Edited by Leo Goldberger y Shlomo Breznitz. The Free Press Toronto Canada, Second Edition.

ANEXO A

HISTORIA CLINICA

El propósito de este cuestionario consiste en obtener un panorama completo de tu historia clínica. Procura llenar este cuestionario de la manera más fidedigna y completa, todos los datos proporcionados por ti serán completamente confidenciales.

INFORMACIÓN GENERAL.

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono casa: _____ Teléfono trabajo: _____
Edad _____ Ocupación _____
Fecha de nacimiento _____ Lugar: _____
Estatura: _____ Peso: _____ Fluctúa tu peso si no _____
en caso afirmativo ¿cuánto? _____ Religión: _____
Grado de Estudios: _____
¿Tienes médico de cabecera o familiar: Si _____ No: _____
Estado Marital: Soltero _____ Casado _____ Comprometido _____
Divorciado _____ Separado _____ Viudo _____ Vives con alguien _____
Vuelto a casa ¿Cuántas veces? _____
Tu vives en Casa _____ Departamento _____ Cuarto _____ otro _____
¿Con quién vives? (marca todas las que correspondan):
Solo _____ con mis padres _____ esposa _____ pareja _____
Hermanos(as) _____ otros (especificar) _____

¿Qué tipo de trabajo realizas actualmente?

¿Te satisface tu trabajo?: Si _____ No _____.- En caso de negativa explica las razones por favor.

Enumera los trabajos que has tenido en el pasado

¿Has estado anteriormente en Terapia o recibiendo algún tipo de asistencia profesional para resolver tus problemas? Si _____ No _____.

¿Has sido hospitalizado alguna vez debido a problemas psicológicos y/psiquiátricos?: Si _____ No _____

En caso afirmativo dónde y cuándo

¿Has intentado suicidarte alguna vez?: Si _____ No _____

¿Algún miembro de tu familia padece problemas mentales o emocionales?
Si _____ No _____
¿Algún miembro de tu familia ha intentado suicidarse? Si _____ No _____

HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL.

Nombre del padre _____ Edad _____
Grado de estudios: _____ Estado de salud _____
En caso de no vivir contigo, especifica la causa _____

En caso de haber fallecido, qué edad tenía _____
Causa del fallecimiento: _____
Nombre de la madre _____ Edad _____
Grado de estudios _____ Estado de Salud _____
En caso de no vivir contigo, especifica la causa _____

En caso de haber fallecido, qué edad tenía _____
Causa del fallecimiento: _____
¿Tienes hermanos?: Si _____ No _____, Edad de los hermanos: _____
_____ de las hermanas: _____
¿Algún dato importante acerca de ellos?: _____

Describe brevemente tu impresión acerca de la atmósfera o ambiente que se vive actualmente en tu casa

De las siguientes situaciones marca todas las que te ocurrieron durante tu infancia o adolescencia:

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| _____ Infancia feliz | _____ Pocos amigos |
| _____ Infancia infeliz | _____ Problemas escolares |
| _____ Problemas emocionales | _____ Problemas económicos |
| _____ Muertes familiares | _____ Uso de drogas |
| _____ Ser rechazado | _____ Uso de alcohol |
| _____ Problemas médicos | _____ Castigos severos |
| _____ Ser ignorado | _____ Abuso sexual |
| _____ Problemas para comer | _____ Otros _____ |
| | _____ |
| | _____ |

DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS ACTUALES:

Describe en tus propias palabras en qué consiste (n) tus problema (s) principal (es):

Estima la severidad de tu (s) problemas (s) con base en la siguientes escala:
_____ Regularmente molesto _____ Moderadamente molesto _____ Muy severo _____ Extremadamente severo.

¿Cuándo empezaron tu (s) problema (s)?

¿Qué fue lo que ocasionó que empeorara (n) tu (s)

que has intentado para solucionarlo, ¿Cuáles te han resultado de ayuda? (describe brevemente)

¿Qué tan satisfecho estás con tu forma de vida en general?

Nada Satisfecho 1 2 3 4 5 6 7 Muy satisfecho

¿Cómo catalogarías tu nivel de tensión durante el último mes?.

Relajado 1 2 3 4 5 6 7 Muy tenso

Describe en pocas palabras en qué crees que deba consistir la terapia que debes llevar a cabo:

¿Cuánto tiempo piensas que debe durar esta terapia?

ANÁLISIS DE PROBLEMAS ACTUALES

Esta sección está diseñada con el fin de ayudarte a describir en detalle tu problemática actual y a identificar otros posibles problemas.

Esta sección está organizada de acuerdo a siete Modalidades de Conducta. Conductas, Sentimientos, Sensaciones Físicas, Imágenes, Pensamientos, Relaciones Interpersonales y Factores Biológicos.

A) CONDUCTAS.

De las siguientes conductas, marca todas las que normalmente te ocurren

_____ Comer demasiado

_____ Ingerir drogas

_____ Poca seguridad

_____ Ingerir bebidas alcohólicas frecuentemente

_____ Trabajar mucho

_____ Reacciones impulsivas

_____ Pérdida de control

_____ Intentos suicidas

_____ Compulsiones

_____ Fumar

_____ Tics nerviosos

_____ Dificultad para concentrarse

_____ Problemas para dormir

_____ Gastar mucho dinero

_____ Inestabilidad laboral

_____ Insomnio

_____ Tomar muchos riesgos

- _____ Flojera
- _____ Problemas digestivos
- _____ Conducta agresiva
- _____ Llanto fácil
- _____ Llanto excesivo
- _____ Otras _____
- _____
- _____

¿Cuáles son algunas habilidades o talentos de los cuales te sientes orgulloso?.

¿Que te gustaría empezar a hacer en este momento de tu vida?

¿Que te gustaría dejar de hacer en este momento de tu vida?

¿Qué haces durante tu tiempo libre?.

¿Qué tipo de pasatiempos y otras actividades encuentras satisfactorias o relajantes?

¿Tienes problemas para relajarte o disfrutar los fines de semana y vacaciones? _____ Si _____ No En caso afirmativo explica.

Si pudieras pedir únicamente 2 deseos. ¿Cuáles serían éstos?.

A) SENTIMIENTOS.

De los siguientes sentimientos, marca todos los que comúnmente te ocurren:

- | | | |
|--------------------|-----------------------|--------------------|
| _____ Enojo | _____ Vitalidad | _____ Aburrimiento |
| _____ Molestia | _____ Alegría | _____ Soledad |
| _____ Tristeza | _____ Conflicto | _____ Excitación |
| _____ Ansiedad | _____ Pena | _____ Optimismo |
| _____ Miedo | _____ Arrepentimiento | _____ Pesimismo |
| _____ Pánico | _____ Inutilidad | _____ Tensión |
| _____ Envidia | _____ Relajación | _____ Angustia |
| _____ Culpabilidad | _____ Celos | _____ Otros |
| | | _____ |

Enlista tus 5 miedos principales

- 1).- _____
- 2).- _____
- 3).- _____
- 4).- _____
- 5).- _____

Describe algunos sentimientos positivos que hayas experimentado recientemente y por qué

¿En qué situaciones es más factible que pierdas el control sobre tus sentimientos?

Describe cualquier situación que te permita sentirte tranquilo o relajado

C) Sensaciones Físicas.

- _____ Dolor Abdominal
- _____ Dolor de espalda
- _____ Dolor al orinar
- _____ Dolor de cabeza
- _____ Mareo
- _____ Palpitaciones
- _____ Espasmos musculares
- _____ Tensión
- _____ Problemas sexuales
- _____ Incapacidad para relajarse
- _____ Problemas para ir al baño
- _____ Problemas estomacales
- _____ Tics
- _____ Fatiga
- _____ Dolor de espalda
- _____ Temblorinas
- _____ Desmayos
- _____ Problemas del oído
- _____ Ojos llorosos
- _____ Náusea
- _____ Problemas de la piel
- _____ Boca seca
- _____ Dolores torácicos
- _____ Taquicardia
- _____ Problemas de visión
- _____ Otros _____

Qué sensaciones son placenteras para ti

Qué sensaciones no son placenteras para ti

D) Imágenes.

De las siguientes imágenes marca aquellas que te hayan sucedido

Yo me veo a mí mismo:

- Estando contento
- Estando molesto
- Sin resolver problemas
- Teniendo éxito
- Perdiendo el control
- Siendo perseguido
- Que están hablando de mí
- Siendo agresivo
- Siendo inútil
- Lastimando a otras personas
- Estando a cargo de cosas
- Fracasando
- Estando atrapado
- Siendo promíscuo

Yo tengo:

- Imágenes sexuales placenteras
 - Imágenes infantiles no placenteras
 - Una imagen negativa de mi cuerpo
 - Imágenes sexuales no placenteras
 - Imágenes de soledad
 - Imágenes de seducción
 - Imágenes de ser amado
 - Otras: _____
-
-

Describe una imagen mental muy placentera o una fantasía.

Describe una imagen o fantasía muy poco placentera.

Describe la imagen de un lugar "lleno de tranquilidad y seguridad".

Describe algún tipo de imagen que te moleste constantemente y que interfiera con tu vida diaria o cotidiana:

¿ Qué tan frecuentemente tienes pesadillas

E) PENSAMIENTOS.

De los siguientes pensamientos marca todos aquellos que utilizarías para describirte a ti mismo

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inteligente | <input type="checkbox"/> Feo |
| <input type="checkbox"/> Confidente | <input type="checkbox"/> Tonto |
| <input type="checkbox"/> Ambicioso | <input type="checkbox"/> Ingenuo |
| <input type="checkbox"/> Sensible | <input type="checkbox"/> Honesto |
| <input type="checkbox"/> Leal | <input type="checkbox"/> Incompetente |
| <input type="checkbox"/> Confiable | <input type="checkbox"/> Conflictivo |
| <input type="checkbox"/> Rencoroso | <input type="checkbox"/> Con dificultad para concentrarse |
| <input type="checkbox"/> Un don nadie | <input type="checkbox"/> Con problemas de memoria |
| <input type="checkbox"/> Inservible | <input type="checkbox"/> Atractivo |
| <input type="checkbox"/> Demoníaco | <input type="checkbox"/> incapaz de tomar decisiones |
| <input type="checkbox"/> Loco | <input type="checkbox"/> Con ideas suicidas |
| <input type="checkbox"/> Degenerado | <input type="checkbox"/> Perseverante |
| <input type="checkbox"/> Poco atractivo | <input type="checkbox"/> Con buen sentido del humor |
| <input type="checkbox"/> Confundido | <input type="checkbox"/> Indeseable |
| <input type="checkbox"/> Muy trabajador | <input type="checkbox"/> Flojo |
| <input type="checkbox"/> Dishonesto | <input type="checkbox"/> Otros |

¿Cuál creés que es tu pensamiento o idea más "loca"?

¿Te sientes molesto por pensamientos que ocurren una y otra vez?

Si _____ No _____

En caso afirmativo ¿en qué consisten esos pensamientos?

¿Qué preocupaciones tienes que afecten de manera negativa tu estado de ánimo?

De cada uno de los tópicos que a continuación se enlistan, por favor circula o marca el número que refleje más acertadamente tu punto de vista

- 1 Absolutamente en desacuerdo
 - 2 En desacuerdo
 - 3 Neutral
 - 4 De acuerdo
 - 5 Completamente de acuerdo
- No debo cometer errores
- Debo ser bueno en todo lo que hago
- Cuando no se algo, pretendo que si lo sé
- Debo guardarme toda la información personal
- Soy víctima de las circunstancias
- Mi vida es controlada por fuerzas externas

- _____ Otras personas son más felices que yo
- _____ Es importante quedar bien con otra gente
- _____ Ve a lo seguro no tomes riesgos
- _____ No merezco estar contento
- _____ Si ignoro mis problemas estos desaparecerán
- _____ Es mi responsabilidad hacer a las otras gentes felices
- _____ Debo buscar la perfección
- _____ Básicamente existen 2 formas de hacer las cosas el camino correcto y el incorrecto
- _____ Nunca debo preocuparme

F) RELACIONES INTERPERSONALES.

Amigos.

Haces amigos fácilmente _____ Si _____ No,

Mantienes su amistad _____ Si _____ No

Tuviste muchas novias (os) en la adolescencia _____ Si _____ No

Describe cualquier relación que te de: Alegría

Describe cualquier relación que te de Tristeza

Marca el número en el cual te sientes relajado y confortable en situaciones sociales.

Muy relajado 1 2 3 4 5 6 7 muy ansioso

Tienes más de un amigo (a) con el cual te sientas a gusto- compartiendo tus pensamientos más íntimos _____ Si _____ No.

Relación de pareja

¿Durante cuánto tiempo conociste a tu esposa y/o pareja antes de casarte? (vivir juntos).

¿Cuántos años llevan casados (viviendo juntos)? : _____

La edad de tu pareja y/o cónyuge: _____ ocupación _____

Describe la personalidad (forma de ser) de tu pareja y/o cónyuge.

¿Qué es lo que más te gusta de él (ella) ?

¿Qué es lo que más te gusta de él (ella) ?

¿Qué es lo que menos de gusta de él (ella) ?

En la escala siguiente, indica por favor que tan satisfecho estás con esta relación

Muy poco satisfecho 1 2 3 4 5 6 7 Muy satisfecho

¿Cómo te llevas con la familia y amigos de tu pareja o cónyuge?.

Familia. Muy mal 1 2 3 4 5 6 7 Muy bien

Amigos. Muy mal 1 2 3 4 5 6 7 Muy bien

¿ Cuántos hijos tienes o tiene tu pareja ? _____

Por favor anota la edad y su (sus) nombres.

¿Alguno de tus (sus) hijos presenta algún problema especial _____ Si _____ No.

En caso afirmativo, descríbelos por favor.

¿Algún comentario especial o significativo acerca de una relación de pareja (o matrimonio) previo ?.

G) RELACIONES SEXUALES.

Describe la actitud que tuvieron tus padres en relación al sexo, ¿platicaban acerca de esto en tú casa?

¿Alguna vez han sentido ansiedad o culpa en relación al acto sexual o la masturbación?.

_____ Si _____ No.

En caso afirmativo explica por favor.

Tu vida sexual actual es satisfactoria _____ Si _____ No.

En caso negativo explica por favor.

¿Ha existido en tu vida alguna relación o reacción heterosexual? ____ Si ____ No
En caso afirmativo explica por favor.

Por favor describe alguna preocupación sexual que no haya sido preguntada

H) OTRAS RELACIONES

¿Tienes algún problema en tu relación con los compañeros de trabajo? ____ Si ____ No.

En caso afirmativo, descríbelo por favor

Por favor termina las siguientes frases:
Una de las formas en que la gente puede "herirme" es:

Mi pareja o esposa me describiría como:

Mi mejor amigo (a) cree que soy

¿Actualmente tienes problemas o te sientes mal por haber terminado una relación amorosa o sentimental? ____ Si ____ No.

En caso afirmativo describe o explica.

Factores Biológicos.

¿Tienes o percibes actualmente un problema acerca de tu salud física ____ Si ____ No.

En caso afirmativo explícalo por favor:

Por favor enlista los medicamentos que estás tomando actualmente.

ANEXO B

EVALUACION DE ESTRES

I.- Ocupación (Describir tipo de empleo, horario, horario de alimentos, vacaciones, transporte).

II - Alimentación: (Describir tipo de alimentos).

III.- Alcoholismo, tabaquismo, toxicomanías: Describir

IV.- ANTECEDES PATOLOGICOS.

¿ Has padecido o padeces alguna (s) de las siguientes enfermedades ?

- Hipertensión Arterial
- Diabetes
- Úlcera Gástrica
- Gastritis
- Colitis
- Neurodermatitis
- Dolor de espalda
- Migraña
- Contracturas Musculares de cuello
- Impotencia
- Asma
- Ansiedad (sin causa aparente)
- Miedo (sin causa aparente)

V.- RESPUESTAS FISIOLÓGICAS

Tensión Arterial _____ Pulso _____
Frecuencia Respiratoria _____ Temperatura _____

VI.- REACCIONES FISIOLÓGICAS

1 - Presencia de palpitations ante situaciones ¿Ante qué situaciones? estimulación verbal, auditiva, visual, etc., describir las situaciones

Intensidad _____

Duración _____

¿Ante qué situaciones desaparece? _____

¿Podrías diferenciar entre frecuencia cardíaca en reposo y frecuencia cardíaca en condiciones de estrés?

2 - Sudoración de manos ante situaciones diversas ¿ante qué situaciones?
estimulación verbal, auditiva, visual, etc., describir las situaciones:

3.- Sensación de latido de las arterias temporales sin causa aparente. ¿ ante qué situaciones ?

Duración _____
¿ Ante qué situaciones desaparece ?

4 - Escuchar el latido del corazón sin causa aparente ¿ ante qué situaciones ?

5 - Presencia de manos y/o pies fríos sin causa aparte ¿ Ante qué situaciones ?

Duración _____
¿ ante qué situaciones desaparece ?

6.- Temblor de manos cuando se está enojado o con miedo. ¿ Ante qué situaciones ?

Duración _____
¿ Ante qué situaciones desaparece ?

7.- Presencia de cefálea sin causa aparente
Frecuencia de aparición (veces al mes) _____
Duración _____
¿Ante qué estímulos aparece?

8 - Sensación de frío sin correlación con temperatura-ambiente ¿ante qué situaciones aparece?

Duración _____
¿Cómo desaparece? _____

9 - Sensación de cansancio o dolores musculares sin causa orgánica aparente (no asociada a esfuerzo), ¿ante qué situaciones se ha presentado?

Duración _____
¿cómo desaparece? _____

10 - Sensación de náuseas o mareo (inclusive vómito) sin alteraciones digestivas previa, no asociada a ingestión de alimentos ¿Cuándo se ha presentado?

Duración _____
¿cómo desaparece? _____

11.- Insomnio.
Frecuencia de aparición (veces al mes) _____

¿Ante qué condiciones aparece?

VII.- MEDICION Y REGISTRO DE RESPUESTAS FISIOLÓGICAS.

Toma de Electrocardiograma

Pulso arterial

. Temperatura cutánea

. Impedancia de la piel (GSR)

VIII.- MEDICION DE VARIABLES FISIOLÓGICAS.

1.- Muestra de sangre para analizar

Dopamina beta hidroxilasa (DBH)

2.- Muestra de orina para analizar:

catabolitos de catecolaminas.

ANEXO C

CUESTIONARIO A

I - Información Demográfica:

Nombre _____ Edad _____

Estado Civil _____ Ocupación: _____

Domicilio _____ Teléfono: _____

II.- Desarrollo del problema

1 - ¿Hace cuánto tiempo que te enteraste de tu resultado positivo al VIH?

a (0 - 1 año)

b (1 - 5 años)

c (5 - 10 años)

d (más de 10 años)

2.- ¿Cuándo empezaste a tener dudas sobre tu condición de salud a donde acudiste?.

a (Ser Humano, A.C)

b (CONASIDA)

C (Médicos particulares)

d (Otros _____)

3.- ¿Cómo reaccionaste cuando supiste que eras positivo a la prueba de anticuerpos al VIH ?.

a (te resistías a creerlo)

b (te pusiste triste)

c (pensaste en atenderte inmediatamente)

d (otros _____)

4.-¿Qué tipo de tratamiento (s) has recibido ?.

a (retrovirales)

b (grupo de auto
apoyo)

b (terapia psicológica)

d (otros _____)

5.- ¿ De los tratamientos que hasta el momentos has recibido, cuál ha sido menos efectivo para ti ?.

a (retrovirales)

b (grupo de autoapoyo)

c (terapia psicológica)

d (otros _____)

6 - ¿Qué problemas te han causado los retrovirales (AZT, DDC o DD) en caso de tomarlos.

a (dolor de cabeza)

b (falta de ánimo para realizar actividades)

c (náusea y vómito)

d (otros _____)

7 - En el caso de que los retrovirales te hayan causado molestias, marca en orden de mayor a menor el grado de molestia que te han causado ?.

a (dolor de cabeza)

b (falta de ánimo para realizar actividades)

b (náusea y vómito)

d (otros _____)

III.- ACTIVIDADES SOCIALES.

8.- ¿Antes de que supieras tu condición de salud (positivo al VIH) qué sitios frecuentabas?

a (cine)

b (teatro)

c (casas de amigos)

d (otros _____)

9 - ¿ Con qué frecuencia realizabas este tipo de actividades ?.

a (2 veces a la semana)

b (cada 8 días)

c (cada quince días)

d (otros _____)

10.- ¿De estas actividades cuál es la que más te gustaba?

a (cine)

b (teatro)

c (visitar amigos)

d (otros _____)

11.- ¿Después de enterarte de tu resultado, qué lugar dejaste de frecuentar?

a (cine)

b (teatro)

c (visitar amigos)

d (otros _____)

12.- ¿ Actualmente, con qué frecuencia realizas éstas actividades ?.

a (las suspendí totalmente)

b (cada 8 días)

c (cada 15 días)

d (otros _____)

13.- De las actividades que has dejado de realizar, ¿ cuál es la que más extrañas ?

a (cine)

b (teatro)

c (visitar amigos)

c (otros _____)

4.- ¿ Por qué te alejaste de tus actividades sociales ?.

a (querías retirarte a descansar)

b (ya no tenías ningún interés)

c (tuviste que dedicarle más tiempo al tratamiento)

d (otros _____)

15 - Si te alejaste de tus amistades, fue porque:

a (pensaste que te tenían lástima

b (porque te hacían preguntas respecto de tu condición)

c (porque no podías realizar todas las actividades que ellos realizaban)

d (otros _____)

16 - Actualmente, ¿ qué tipo de actividades realizas?

a (ver televisión)

b (leer)

c (solo estar en casa)

d (otros _____)

17.- Las actividades que actualmente realizas, ¿ cada cuando las efectúas ?.

a (a diario)

b (2 veces a la semana)

b (1 vez a la semana)

d (otros _____)

IV.- Relaciones Familiares.

18.- Antes de saber tu resultado positivo, ¿ cómo te llevabas con tu pareja ?.

a (muy bien)

b (bien)

c (regular)

d (mal)

19.- Antes de saber tu resultado positivo, cuando salías con tu pareja ¿ a dónde iban ?.

- | | |
|----------------------|---------------|
| a (cine) | b (teatro) |
| c (visitar amigos) | d otros _____ |

20.- ¿ Cuando no tenías conocimiento de tu condición de salud, cada cuánto salías con tu pareja ?.

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| a (cada 8 días) | b (2 veces por semana) |
| c (cada 15 días) | d (otros _____ |
-

21.- ¿ Antes de saber tu resultado, en caso de tener- los, cómo te llevabas con tu (s) hijo (s) ?.

- | | |
|----------------|------------|
| a (muy bien) | b (bien) |
| c (regular) | d (mal) |

22.- En conjunto con tu familia; cónyuge, pareja, hijos o bien padres y hermanos, antes de saber tu resultado se reunían a platicar ?.

- | | |
|-------------------|---------------------------|
| a (diario) | b (2 veces a la semana) |
| c (cada 8 días) | d (otros _____ |
-

23.- ¿ En conjunto, con tu familia, cónyuge, pareja, hijos o bien padres y hermanos, efectuabas alguna actividad recreativa ?.

- | | |
|----------------------|-----------------|
| a (cine) | b (teatro) |
| c (visitar amigos) | d (otros _____ |

24.- ¿ En conjunto, con tu familia, cónyuge, pareja, hijos o bien padres y hermanos, con qué frecuencia efectuabas actividades recreativas ?

- | | |
|---------------------------|-------------------|
| a (2 veces a la semana) | b (cada 8 días) |
| c (cada 15 días) | d (otros _____ |
-

25.- ¿ Actualmente cómo te llevas con tu cónyuge y/o pareja ?.

- | | |
|----------------|------------|
| a (muy bien) | b (bien) |
| c (regular) | d (mal) |

26.- En este momento, ¿ a qué lugares vas con tu cónyuge y/o pareja ?.

- | | |
|--------------------|-----------------|
| a (cine) | b (teatro) |
| c (cada 15 días) | d (otros _____ |
-

27.- ¿ Cada cuánto sales actualmente con tu cónyuge y/o pareja ?

a (2 veces a la semana)

b (cada 8 días)

c (cada 15 días)

d (otros _____
_____)

28.- ¿ Actualmente cómo te llevas con tus hijos (en caso de tenerlos) ?.

a (muy bien)

b (bien)

c (regular)

d (mal)

29.- ¿ En conjunto con la familia; cónyuge, pareja, hijos, o bien padres y hermanos, efectúas alguna actividad recreativa ?

a (cine)

b (teatro)

c (visitar amigos)

d (otros _____
_____)

30.- ¿ En conjunto con la familia; cónyuge, pareja, hijos, o bien padres y hermanos, con qué frecuencia efectúas actividades recreativas ?.

a (2 veces a la semana)

b (cada 8 días)

c (cada 15 días)

d (otros _____
_____)

V.- Actividades Laborales.

31.- ¿ Antes de saber de tu resultado positivo, interrumpías tus obligaciones laborales ?.

a (nunca)

b (a veces)

c (regularmente)

d (otros _____
_____)

32.- ¿ Antes de saber de tu resultado positivo, te comunicabas e interactuabas con tus compañeros de trabajo ?

a (nunca)

b (a veces)

b (regularmente)

d (otros _____
_____)

33.- ¿ Antes de enterarte de tu resultado positivo, cómo desempeñabas tu trabajo ?

(muy bien)

bien)

(regular)

(otros _____
_____)

ANEXO D

CUESTIONARIO B

Nombre _____ Edad: _____

Estado civil: _____ Tiempo de vivir con VIH _____

Tratamientos a los que ha sido sometido _____

INSTRUCCIONES Lee cuidadosamente las siguientes afirmaciones y anote una F (Falso) cuando no estés de acuerdo, y anote una V (Verdadero) cuando estés de acuerdo con lo que dice. No contestes si no está clara la afirmación y/o instrucción, en caso de duda pregunta al entrevistador.

- 1 - Desde que se que vivo con VIH ha cambiado mi relación social y familiar ()
- 2.- Ninguna persona está exenta de sufrir alguna enfermedad. ()
- 3 - A pesar de mi condición de salud, siempre que puedo asisto a espectáculos como cine, teatro, eventos deportivos, etc. ()
- 4.- Desde que me enteré de mi resultado positivo al VIH mi eficiencia en el trabajo ha disminuido. ()
- 5.- Desde que supe mi resultado positivo al VIH, me he vuelto una persona aislada y retraída. ()
- 6.- Por mi condición de salud la gente me trata como a un inútil. ()
- 7 - A pesar de mi condición de salud continúo realizando mis ejercicios de siempre. ()
- 8.- No importa a qué problemas nos enfrentemos, siempre vale la pena ()
- 9.- Cuando manifiesto mi preocupación, mi familia evita estar cerca de mí. ()
- 10.- Al sentir molestias acudí inmediatamente al médico, para poder controlarme y sentirme mejor ()
- 11 - Por mi condición de salud, pienso que no voy a recuperarme totalmente ()
- 12.- En la actualidad me sigo esforzando por realizar mi trabajo de antes. ()
- 13.- La falta de tiempo me ha hecho que no me atienda correctamente, respecto de mi condición de salud. ()
- 14 - Los disgustos, pleitos, preocupaciones y/o emociones fuertes pueden propiciar el desarrollo de infecciones oportunistas. ()
- 15.- No necesito que los demás me motiven para seguir viviendo después de que supe mi resultado positivo a la prueba del VIH. ()
- 16 - Mi familia debe estar al tanto de todo lo que me sucede ()
- 17.- La persona con un resultado positivo al VIH debe informarse qué es, cómo se transmite, sus formas de transmisión, etc., para adaptarse mejor a su condición de salud ()

ANEXO E

LISTA DE PROBLEMAS

Marca en cada situación, el paréntesis que describa mejor en qué medida se trata para ti de un problema. Si tienes dificultades para determinar si una situación es un problema significativo para ti, imagínate en esa situación. Incluye imágenes, acciones y sonidos que la hagan parecer real. En esa situación, ¿ te sientes colérico ?, ¿ te sientes deprimido ?, ¿ te sientes ansioso ?, ¿ te sientes confundido ?. Atiende a estas emociones. Si experimentas cólera, depresión, ansiedad o confusión, probablemente te encuentres ante una situación problemática; algo hay en tu forma de responder que no funciona bien. marca el paréntesis adecuado:

- A. *No me molesta en absoluto: No tiene nada que ver conmigo.*
 B. *Me molesta un poco: Afecta ligeramente mi vida y constituye un pequeño gasto de energía.*
 C. *Me molesta bastante. Posee un claro impacto en mi vida.*
 D. *Me molesta mucho: Altera enormemente mi vida cotidiana y afecta profundamente mi bienestar.*

SALUD	A	B	C	D
Trastornos del sueño	()	()	()	()
Problemas sobre el peso	()	()	()	()
Sentirse físicamente cansado	()	()	()	()
Trastornos del estómago	()	()	()	()
Problemas físicos crónicos	()	()	()	()
Dificultades para levantarse por la mañana	()	()	()	()
Alimentación y dieta pobre	()	()	()	()
ECONOMÍA				
	A	B	C	D
Dificultad para hacer llegar el dinero a fin de mes	()	()	()	()
Dinero insuficiente para las necesidades básicas	()	()	()	()
Aumento creciente en las deudas	()	()	()	()
Gastos inesperados	()	()	()	()
Dinero insuficiente para el ocio y las aficiones	()	()	()	()
No hay fuente fija de ingresos	()	()	()	()
Demasiadas cargas financieras	()	()	()	()
TRABAJO				
	A	B	C	D
Trabajo monótono y aburrido	()	()	()	()
Relaciones difíciles con el jefe o superior	()	()	()	()
Prisas y con estrés	()	()	()	()
Deseo de un trabajo o carrera distintos	()	()	()	()
Necesidad de mayor experiencia o formación	()	()	()	()
Temor de perder el trabajo	()	()	()	()
Dificultades para entenderse con los compañeros	()	()	()	()
Paro en el trabajo	()	()	()	()
Condiciones de trabajo desagradables	()	()	()	()
Necesidad de mayor Libertad de trabajo	()	()	()	()

VIVIENDA	A	B	C	D
Vecinos indeseables	()	()	()	()
Demasiado lejos del trabajo o escuela	()	()	()	()
Demasiado pequeña	()	()	()	()
Condiciones desagradables	()	()	()	()
Cosas que precisas una reparación	()	()	()	()
Malas relaciones con el propietario	()	()	()	()

RELACIONES SOCIALES	A	B	C	D
Tímido o vergonzoso con el sexo opuesto	()	()	()	()
No tener muchos amigos	()	()	()	()
Poco contacto con el sexo opuesto	()	()	()	()
Sentirse solo	()	()	()	()
No entenderse bien con algunas personas	()	()	()	()
Fracaso o estar fracasando en una aventura amorosa	()	()	()	()
Sentirse abandonado	()	()	()	()
Falta de amor o afecto	()	()	()	()
Vulnerable a las críticas de los demás	()	()	()	()
Desear más intimidad con la gente	()	()	()	()
No ser comprendido por los demás	()	()	()	()
No saber, realmente, como llevar una conversación	()	()	()	()
No encontrar la pareja adecuada	()	()	()	()

OCIO	A	B	C	D
No disfrutar de la suficiente diversión	()	()	()	()
Mediocre en el deporte o el juego	()	()	()	()
Poco tiempo libre	()	()	()	()
Querer más oportunidades para disfrutar del arte o expresión	()	()	()	()
Pocas ocasiones para disfrutar de la naturaleza	()	()	()	()
Deseo de viajar	()	()	()	()
Necesidad de unas vacaciones	()	()	()	()
Incapacidad para pensar en algo divertido que hacer	()	()	()	()

FAMILIA	A	B	C	D
Sentirse rechazado por la familia	()	()	()	()
Desacuerdo en casa con la pareja	()	()	()	()
No llevarse bien con uno, o más de los niños	()	()	()	()
Sentirse atrapado en una situación familiar dolorosa	()	()	()	()
Inseguridad -temor de perder a la pareja	()	()	()	()
Incapaz de ser abierto y honesto con los miembros de la familia	()	()	()	()
Deseo de contacto sexual fuera de la pareja	()	()	()	()
Conflicto con los padres	()	()	()	()
Tener distintos intereses que la pareja	()	()	()	()
Roces familiares	()	()	()	()
Ruptura con la pareja	()	()	()	()
Problemas de los niños en la escuela	()	()	()	()

Miembro de la familia enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excesivas discusiones en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cólera, resentimiento hacia la pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar irritado por las costumbres de un miembro de la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar preocupado por un miembro de la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PSICOLÓGICO

	A	B	C	D
Tener un mal hábito concreto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas religiosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con la autoridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Objetivos o exigencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar obsesionado por objetivos lejanos o inalcanzables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de motivación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse muy deprimido algunas veces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse muy nervioso algunas veces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse bloqueado para alcanzar los objetivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse muy enfadado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocuparse mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OTROS: si algunas situaciones concretas no enumeradas anteriormente interfieren de forma significativa en tu vida, escríbelas y evalúalas

_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO F

IDARE

SXE

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lee cada frase y haz un círculo en el número que indique cómo te sientes ahora mismo, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas.No emplees mucho tiempo en cada frase,,pero trata de dar la respuesta que mejor describa tus sentimientos ahora.

1.Me siento calmado.	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Estoy a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy preocupado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento cansado	1	2	3	4
9.Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Me siento agitado	1	2	3	4
14. Me siento " a punto de estallar "	1	2	3	4
15. Me siento reposado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

ANEXO G

IDARE

SXR

Inventario de Autoevaluación.

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lee cada frase y haz un círculo en el número que indique cómo te sientes generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplees mucho tiempo en cada frase, pero trata de dar la respuesta que mejor describa cómo te sientes generalmente.

21.- Me siento bien	1	2	3	4
22.- Me canso rápidamente	1	2	3	4
23.- Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24.- Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	1	2	3	4
25.- Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26.- Me siento cansado	1	2	3	4
27.- Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	1	2	3	4
28.- Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	1	2	3	4
29.- Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30.- Soy feliz	1	2	3	4
31.- Tomo las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32.- Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33.- Me siento seguro	1	2	3	4
34.- Trato de sacarte el cuerpo a las crisis y dificultades	1	2	3	4
35.- Me siento melancólico	1	2	3	4
36.- Me siento satisfecho	1	2	3	4
37.- Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4
38.- Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39.- Soy una persona estable	1	2	3	4
40.- Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

ANEXO H

CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE VIH/SIDA.

1.- ¿Qué es el VIH?

2.- ¿Qué es el SIDA ?

3.- ¿Cuál es la diferencia entre ambos?

4.- Menciona las fases de la infección por VIH

5.- ¿Qué diferencia existe entre Grupos de Alto Riesgo y Conducta de Alto Riesgo ?

6.- ¿Cuáles son los mecanismos de prevención ?

7.- ¿Qué es el sexo seguro ?

8.- ¿Qué es el sexo protegido ?

9.- ¿Qué significa para ti vivir con VIH o con SIDA ?
