

30



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

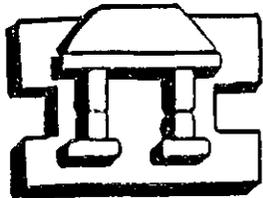
CAMPUS "IZTACALA"

"ESTUDIO PILOTO DE LAS RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON VIH DE DIAGNOSTICO RECIENTE"

**REPORTE DE INVESTIGACION**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTA :

TAYDE IVONNE CRIOLLO HERNANDEZ



IZTACALA

MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

MTRA. SUSANA ROBLES MONTIJO

MTRA. DIANA MORENO RODRIGUEZ

TLALNEPANTLA, EDO. MEX.

2000

2811619



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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**CAMPUS IZTACALA**

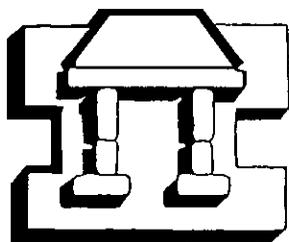
**“ESTUDIO PILOTO DE LAS RESPUESTAS DE  
AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON VIH DE  
DIAGNÓSTICO RECIENTE”**

**REPORTE DE INVESTIGACIÓN**

---

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**TAYDE IVONNE CRIOLLO HERNÁNDEZ**



**IZTACALA**

**MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO**

**MTRA. SUSANA ROBLES MONTIJO**

**MTRA. DIANA MORENO RODRÍGUEZ**

**TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO**

**2000**

## **FELICIDADES QUERIDOS PADRES**

**JOSE CATALINO Y MA. DE LOS ANGELES**

Porque este libro que tienen en sus manos es parte de su esfuerzo, coraje, trabajo, amor y perseverancia.

**A mis hermanos:**

**Manuel y Miguel**

Por que con sus experiencias de vida me han permitido crecer

---

**A ti, Adrián**

**maestro, compañero, amigo y pareja:**

Porque con tu tolerancia, paciencia, amor y respeto me has enseñado a reencontrarme conmigo misma

**Finalmente, a ti hijo mío**

**Jhasua Josue:**

Por que eres mi mayor motivación para crear, amar, vivir y soñar.

**"Gracias Dios mío, por la oportunidad de vivir"**

## INDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>CAPITULO 1 PSICOLOGÍA DE LA SALUD.....</b>	<b>9</b>
1.1. Orígenes.....	9
1.2. Definición.....	11
1.3. Definición de evaluación.....	13
1.3 1. Métodos de evaluación.....	13
1.4. Técnicas de intervención.....	15
<b>CAPITULO 2 MEDICINA CONDUCTUAL.....</b>	<b>19</b>
2.1. Orígenes.....	19
2.2. Definición .....	19
2.3 Características.....	21
2.3.1 Niveles de atención.....	22
2.4. Manejo y control del estrés.....	26
<b>CAPITULO 3 ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO.....</b>	<b>27</b>
3.1. El concepto de estrés .....	27
3.1.1. Definición.....	29
3.1.2. Fases del estrés.....	30
3.1.3. Factores que producen el estrés.....	32
3.1.4. Efectos del estrés.....	33
3.1.4.1 Efectos físicos.....	34
3.1.4.2 Efectos Conductuales.....	35
3.1.4.3. Efectos Sociales.....	36
3.1.5. Manejo del estrés.....	38
3.1.5.1 Resistencia al estrés.....	38
3.1.5.2 Técnicas del control del estrés.....	38
3.2. El concepto de Afrontamiento.....	41
3.2.1. Estrategias de afrontamiento.....	44
3.2.2. Afrontamiento y enfermedad.....	48
3.2.2.1 Naturaleza del padecimiento.....	48
3.2.2.2 Realidades del padecimiento.....	50
3.2.2.3. Reacciones del paciente.....	51

<b>CAPITULO 4 VIH / SIDA.....</b>	<b>52</b>
4.1. Antecedentes Históricos de la Enfermedad.....	52
4.2. Características generales del VIH/SIDA.....	53
4.2.1. Aspectos médico-biológicos.....	53
4.2.2. Transmisión del VIH.....	57
4.2.3. Tratamiento.....	58
4.3. Afrontamiento en pacientes con VIH. Estudios preliminares.....	61
4.4. Panorama actual del SIDA.....	64
4.4.1. Vías de transmisión.....	65
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>68</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>73</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>90</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>109</b>
<b>ANEXOS</b>	

## RESUMEN

---

### ***“Estudio Piloto de las Respuestas de Afrontamiento en Pacientes con V.I.H de Diagnóstico Reciente”***

La expansión de la psicología dentro del sistema de salud ha permitido que ésta evolucione con el fin de formular estrategias diagnósticas y terapéuticas bajo la perspectiva del modelo biopsicosocial. Se investigó el afrontamiento bajo el marco cognitivo conductual en pacientes con VIH de diagnóstico reciente, con el objetivo de describir las respuestas de afrontamiento de cada sujeto e identificar si los datos sociodemográficos tienen relación con dichas respuestas. Se utilizó un grupo de 21 personas de diagnóstico de VIH reciente, mayores de 18 años, los cuales recibían tratamiento en el hospital “Dr. Manuel Gea González” en el área de Infectología. Los materiales que se utilizaron fueron la Escala de Afrontamiento de Lazarus y el Inventario de Valores Irracionales (IVI). Como variables atributivas se consideraron los datos sociodemográficos de cada sujeto como son: edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, religión, nivel socioeconómico, actividades en tiempo libre, rol familiar y diagnóstico de otra enfermedad, la variable dependiente fue el resultado del inventario de afrontamiento y su correlación con el I.V.I. En los resultados obtenidos se encontró que de los 21 sujetos, 14 tuvieron buen afrontamiento (66.6%) y 7 resultaron malos afrontadores (33.3%). Analizando cada una de las variables, se concluye que: **el afrontamiento no está determinado por ninguna de las variables atributivas, sino por las características de la enfermedad física y el ambiente sociocultural.** Asimismo, la Escala de Afrontamiento y el IVI resultaron ser altamente correlacionables en 9 sujetos con buen afrontamiento y 7 en los de mal afrontamiento (76% de la población) bajo la  $p < 0.05$ , por lo que este estudio cumple con los objetivos planteados.

## INTRODUCCIÓN

---

La inclusión de la psicología al campo de la salud es relativamente reciente, esto debido a que hasta hace poco tiempo se evidenció su importante aportación en el estudio de las enfermedades tanto crónicas como degenerativas.

En un principio, la participación del psicólogo se vio formalizada a partir de su inclusión en la educación de los profesionales de la medicina y en el ámbito institucional. Sin embargo, la integración de esta ciencia en el campo de la salud se debe fundamentalmente a la demanda social en la solución de problemas relacionados con el proceso de salud-enfermedad. El objetivo de la formación psicológica a médicos estuvo orientado a la aplicación de las habilidades psicológicas sobre los problemas conductuales y emocionales asociados con la enfermedad física y en el diseño de programas para reducir la susceptibilidad a ciertas enfermedades; así como por la creación de departamentos de medicina preventiva y social dentro de las instituciones.

Surge así, la conjunción de la medicina con la psicología, lo cual permite que dentro de la práctica multidisciplinaria el médico y el psicólogo atiendan los problemas de salud-enfermedad. Esto da pie a la incorporación de las alternativas psicológicas para solucionar e incrementar la eficiencia del servicio de salud.

Ahora, los psicólogos han centrado su atención en la aplicación de técnicas de modificación de conducta, en problemas emocionales y conductuales asociados con la enfermedad física, o en reducir la susceptibilidad a ciertos tipos de enfermedades. También se ha enfatizado en el tratamiento de los procesos psicofisiológicos, en relación con la dimensión social y ecológica, esto con el fin de prevenir o aminorar la enfermedad y mejorar así el sistema de salud.

Según la propuesta de Stone, Cohen y Adler (1979), el psicólogo clínico evalúa las interacciones entre la persona, la enfermedad y el ambiente para formular una estrategia diagnóstica y terapéutica; trabajando bajo la perspectiva del modelo biopsicosocial. Al mismo tiempo, labora en la atención de pacientes con enfermedades específicas (relación organismo-individuo-ambiente) como dolores de cabeza, asma, desórdenes dermatológicos, pacientes postcardíacos, enfermedades gastrointestinales, hipertensión, cáncer, enfisema y parkinsonismo. Su objetivo es incrementar los recursos disponibles del entorno para los pacientes, la adaptación del ambiente a las condiciones del paciente en casos de enfermedad crónica y su incorporación gradual a las actividades cotidianas.

La expansión de la psicología dentro del sistema de salud se ha debido en gran parte al crecimiento de la misma como disciplina. La investigación experimental ha permitido que ésta evolucione para su aplicación en el ámbito de la salud. Entre la información que se ha podido obtener, se ha encontrado, que los procesos corporales utilizan la retroalimentación biológica para lograr una autorregulación fisiológica óptima; los estudios de los procesos cognitivos han revelado la importancia que tienen los significados en el sistema de creencias, en la conducta de búsqueda de ayuda o atención médica y en la tolerancia al dolor. En cuanto a la investigación psicoendocrinológica, ha ayudado a entender la relación entre las emociones y el proceso fisiológico (Stone y cols. 1979).

Teniendo en cuenta las investigaciones de estos procesos, los psicólogos las retoman y llevan a cabo aplicaciones en problemas de salud física. Actualmente, tales técnicas están siendo aplicadas en un amplio terreno en donde se incluye la desensibilización de miedos al tratamiento médico, el enfrentamiento de los pacientes a sus limitaciones físicas, el control del vómito y otros muchos casos más. Todo esto ha sido empleado para el tratamiento del proceso de salud-enfermedad dentro del marco de la modificación de conducta, que junto con las investigaciones de retroalimentación biológica dieron origen al término de Medicina Conductual.

---

La Medicina Conductual es el punto de unión entre las ciencias comportamentales y la medicina, incorpora métodos y conceptos de la filosofía, epidemiología, endocrinología e ingeniería biomédica. También, hace énfasis al estilo de vida y a las pautas de comportamiento; esto se explica gracias a que es posible tener un estilo de vida que prevenga la enfermedad, mantenga y promueva la salud, además de haberse demostrado los alcances en el tratamiento y la rehabilitación.

Explicado lo anterior, el presente estudio retoma el enfoque de la Psicología de la Salud a través de la aproximación de la Medicina Conductual, para el estudio de las respuestas de afrontamiento en pacientes con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Por ello, el primer capítulo describe el origen de la Psicología de la Salud, sus definiciones y sus últimas aportaciones. El segundo capítulo, enfoca a la Medicina Conductual como el campo donde surgen todos los conocimientos y las técnicas que se aplican a la prevención, tratamiento y rehabilitación.

Dentro del marco de la Medicina Conductual, el estudio del estrés ha sido fundamental para poder evaluar las repercusiones que éste representa en la conducta del individuo. Por ello, el capítulo tercero hace referencia a los aspectos relacionados con el estrés, sus repercusiones en la salud del individuo y la relación con el afrontamiento; respuesta necesaria del individuo para mitigar las duras implicaciones psicosociales inherentes a la enfermedad, con el fin de facilitar la readaptación a su nueva situación, prevenir y tratar las alteraciones emocionales.

Por último, el capítulo cuarto hace una compilación general de todos los aspectos inherentes a la enfermedad del VIH/SIDA, como son sus antecedentes, características biológicas, transmisión, tratamientos, así como estudios que se han realizado con respecto al afrontamiento en los enfermos con dicha infección.

Derivado de lo anterior, se plantea el proyecto de Investigación con el propósito de desglosar un riguroso análisis descriptivo de las respuestas de afrontamiento en pacientes con V.I.H. con diagnóstico reciente y analizar los datos sociodemográficos que influyeron en su respuesta, llegando como meta a las conclusiones y aportaciones que tiene la Psicología al campo de la Salud en la actualidad.

---

## CAPITULO 1

---

### PSICOLOGÍA DE LA SALUD

#### 1.1. Orígenes

Establecer cual ha sido la evolución y desarrollo de la psicología en el ámbito de la salud no es fácil, ya que ésta, por ser una disciplina que, principalmente, requiere de la mediación de otras para su aplicación social (Ribes, 1986) ha estado ligada a diversas actividades y ámbitos de las instituciones de salud y de aquellas formadoras de personal orientado al mantenimiento y cuidado de la misma. Sin embargo, muchas de las contribuciones de la psicología se pueden encontrar en la evolución del ejercicio profesional del psicólogo en el campo de la salud, debido a que ésta se ha dado a las demandas profesionales de la disciplina en el campo.

Es indudable que para que se haya dado una expansión de la actividad del psicólogo clínico en el sistema de salud ha sido, en parte, al desarrollo de la psicología como disciplina. Desde la psicología experimental de laboratorio se ha obtenido información acerca de los procesos corporales con los subsecuentes éxitos en el esfuerzo para lograr la autorregulación fisiológica a través de la retroalimentación biológica. Los estudios de los procesos cognitivos han revelado la importancia de los significados, el sistema de creencias, en la conducta de búsqueda de ayuda o atención médica y en la tolerancia al dolor. La investigación en la psicoendocrinología ha ayudado a entender las relaciones entre las emociones y el proceso fisiológico y la tecnología del cambio conductual se ha aplicado en la reducción de riesgos conductuales en problemas de salud física (Stone, Cohen y Adler, 1979), lo que significa una preponderancia de la orientación conductual por el campo.

Al comienzo de los 70's, los psicólogos comienzan a mostrar interés en aplicar sus habilidades en problemas emocionales y conductuales asociados con la enfermedad física (Cummings, 1975). Las actividades de los psicólogos en ambientes hospitalarios de medicina a partir de 1980, por orden de frecuencia son: la evaluación, la psicoterapia, la asesoría (consejo), el entrenamiento, la investigación y la administración.

El término de Psicología de la salud surge del interés común de algunas áreas de la psicología (como lo es la clínica, social, experimental, fisiológica, etc.) por todas las cuestiones relacionadas con la salud. En 1978 se forma la división de la psicología de la salud de la American Psychological Association (APA), naciendo así formal, institucional y profesionalmente la **PSICOLOGIA DE LA SALUD** (Becoña y Vázquez, 1995).

De acuerdo a este último autor la psicología de la salud surge en primer lugar, por el cambio en la concepción del término de salud. Tradicionalmente se conceptualizaba como la ausencia de la enfermedad. Sin embargo, más recientemente el concepto de salud ha sido redefinido en términos más positivos como un completo estado de bienestar físico, mental y social. Este cambio conceptual conlleva una visión holística de la salud que incorpora los aspectos psicológicos. En segundo lugar el cuestionamiento del modelo biomédico, modelo dominante en medicina. Este modelo se focaliza en los aspectos físicos de la salud y la enfermedad. Para el modelo biomédico el surgimiento de las enfermedades se basa en un enfoque unicausal, es decir, considera un solo tipo de causas de la enfermedad, ya que el interés radica en eliminar el o los agentes patógenos, físicos, químicos o mecánicos que ocasionan la alteración de las funciones normales o las condiciones anatómicas del organismo. Este modelo ignora los factores psicológicos y sociales del individuo. No cabe duda de que el modelo médico ha generado investigación, práctica médica y desarrollo de nuevas tecnologías, que han sido muy eficaces en la erradicación de las enfermedades mortales. Sin embargo, se aboga por un nuevo modelo que no adopte una postura reduccionista y dualista de salud, que incorpore factores psicológicos y sociales a la comprensión y tratamiento de la enfermedad.

Stone y cols. (1979), consideran que en la definición de salud, no sólo se enfatizan los aspectos de los síntomas físicos, sino también estados subjetivos de bienestar, lo cual es una crítica al modelo biomédico y un énfasis en que la aplicación de la psicología al campo de la salud necesariamente requiere de un modelo orientado a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud considerando integralmente al individuo.

En tercer lugar, por el cambio de los patrones de la enfermedad. Antes de los avances de la medicina en el siglo XX, la mayoría de las enfermedades eran de tipo agudo o infecciosos, pero el descubrimiento de fármacos y vacunas ha contribuido a erradicar el número de víctimas inherentes a estas enfermedades. La reducción en la incidencia de dichas enfermedades y el incremento en la longevidad ha dado lugar a las enfermedades crónicas. Con esto, se deduce que nacemos con buena salud y enfermamos como resultado de conductas y condiciones ambientales inadecuadas. Fruto de ello, los factores psicológicos han pasado a un primer plano, ya que los principales problemas de salud de nuestro tiempo están estrechamente relacionados con nuestra conducta. Finalmente en cuarto lugar, las técnicas conductuales han contribuido de modo claro a la emergencia de la psicología de la salud en ese momento histórico como un hecho casi natural al tener éxito en la salud mental y quedar a un paso de la salud física que tiene clara relación con los factores psicológicos y conductuales (Becoña y cols, 1995).

## 1.2. Definición

La psicología de la salud ha sido definida en términos muy amplios por Stone y cols.(1979), considerando que es la aplicación de toda la psicología a los objetivos del sistema de salud, pero debido a las múltiples aportaciones de teorías y aproximaciones, no se tiene una teoría o modelo que articule todas las contribuciones ya que éstos pueden utilizarse conforme a la naturaleza y problemas del ámbito específico y las características de los objetivos a lograr. Sin embargo, Becoña y cols. (1995) afirman que el dominio de la psicología de la salud es: "la intersección (en el sentido de la teoría de conjunto) del sistema total de salud con toda la psicología. Consiste en la aplicación de cualquier aspecto del conocimiento o técnica psicológica, a cualquier problema del sistema de salud " (pág. 16).

Para Matarazzo (1980) la psicología de la salud tiene un sentido específico en cuanto a los objetivos profesionales y científicos en relación con la salud, sin identificarse con una corriente en particular. De esta manera, la ha definido como: "El agregado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas" (pág. 8).

Como la Psicología de la salud es el desarrollo y aplicación de la teoría y la competencia psicológica a las acciones del sistema de salud (Becoña y cols. 1995), la extrapolación de investigación básica (por ejemplo: sensopercepción, memoria, cogniciones, etcétera) al campo de la salud, permite el diseño de métodos de valoración de las necesidades, capacidades, transmisión de información y cambios de comportamiento de los individuos. Aquí, se utilizan técnicas de valoración para determinar o recomendar cuál de las intervenciones orientadas a la salud que existen es probable que sea efectiva en una situación dada. Cuando las intervenciones son psicológicas por naturaleza, los psicólogos a menudo las llevan a cabo, además asesoran en la tarea de evaluar el grado en el cual las intervenciones orientadas hacia la salud son efectivas para conseguir las metas propuestas.

La Psicología de la Salud explica que los factores biológicos, psicológicos y sociales están implicados en todas las etapas de la enfermedad y la salud, las cuales oscilan de aquellas conductas y estados que mantienen a la gente saludable, a aquellas que producen enfermedades crónicas y debilitantes. Se han desarrollado modelos teóricos que permiten conceptualizar las prácticas de comportamientos de salud como son: el modelo auto-eficacia de Bandura, la teoría de Motivación/protección de Rogers y el modelo de las creencias de salud de Rosentock; sin embargo, aún es necesario investigar cómo lograr cambios más perdurables (Puska, 1984; citado por Holtzman, Evans, Kennedy, Iscoe, 1988).

Por otro lado, dentro del rubro de la Psicología de la Salud se han desarrollado diversas aproximaciones que forman teorías y metodologías las cuales estudian la relación entre psicología y salud. Tales son: Psicología Médica, Psicología Psicosomática, Psicología Experimental, Terapia Conductual o Modificación Conductual y Medicina Conductual.

La orientación de la psicología médica describe los principios psicológicos en el diagnóstico y evaluación de la enfermedad física, apoyándose en una serie de técnicas, tales como evaluación psicométrica, pruebas proyectivas y de personalidad, aunque sólo se queda al nivel de análisis sin llegar a proponer una terapia práctica (Penzo, 1990).

La psicología psicosomática analiza la interacción entre las emociones y la enfermedad en función del modelo biopsicosocial (Weiner, 1977, citado en Pinkerton, Hughes y Wenrich, 1982). Este enfoque involucra básicamente la etiología y la patogénesis de la enfermedad física. Así, abordar el estudio de la enfermedad desde la perspectiva psicosomática, obliga el diseño de estrategias experimentales imaginativas, el replanteamiento y la reformación de puntos de vista médicos y psiquiátricos y la renovación de los modelos que se emplean (Vaídos, 1983).

---

Por otra parte, la psicología experimental se refiere a los efectos de las emociones en el funcionamiento del organismo, diciendo que la respuesta fisiológica variará según los elementos del medio ambiente, ya que éstos pueden convertirse por mera asociación pavloviana en un condicionamiento respondiente estresor, dicha respuesta fisiológica se concentra fundamentalmente, en dos sistemas: a) el eje hipofisoadrenal y b) el sistema nervioso vegetativo (Schneider, 1986).

La terapia conductual o modificación conductual se define como: "La aplicación de principios derivados experimentalmente, como son los procedimientos de condicionamiento que conducen a cambiar conductas en una situación amplia" (Pinkerton, 1982, pag.1). Estas incluyen mediciones relativamente continuas de conductas individuales que se les da una evaluación operacionalmente específica y es replicable la conducta cambiada con los procedimientos utilizados (Rimm, 1987).

Los psicólogos conductuales observan las enfermedades haciendo énfasis en la correlación de factores cognoscitivos, conductuales y medioambientales en la etiología y dirección de las mismas, ya que la simple identificación de la etiología orgánica no es suficiente como base de un tratamiento de salud relacionado con otras áreas del individuo. De esta forma, la medicina conductual provee la tecnología necesaria para un tratamiento integral, poniéndose énfasis en un análisis cuidadoso de todos los factores que comprenden una atención a los problemas de salud.

### 1.3. Definición de evaluación

No hay que olvidar que la evaluación es una de las actividades más frecuentes en los psicólogos de la salud. La evaluación se enfoca tanto en la conducta del paciente como en los eventos del medio ambiente. Por lo general los modificadores de conducta usan dos componentes de evaluación: (1) evaluación de la conducta en sí y (2) evaluación de los eventos que preceden y siguen a la conducta. La evaluación de la conducta que va a cambiarse (nombrada como **conducta-objetivo**) es básica para determinar la amplitud del cambio requerido (Kazdin, 1978).

Dentro de la psicología de la Salud se ha propuesto un modelo integral de evaluación al paciente partiendo de la conceptualización biopsicosocial del sujeto, dada la necesidad de incorporar información fisiológica, psicológica y sociológica, al abordar el proceso salud-enfermedad (Engel, 1977). Tomando como base el trabajo de Engel se elaboró un modelo de evaluación que es útil en ambientes clínicos debido a que facilita la organización de la información y la subsecuente toma de decisiones sobre las estrategias de tratamiento. Dicho modelo parte de que la evaluación no debe centrarse únicamente en la identificación de los problemas sino también delinear y activar los recursos y fortalecer el medio ambiente de la persona.

---

#### 1.3.1. Métodos de evaluación

Existen diversos métodos que pueden utilizarse para llevar a cabo la evaluación en psicología de la Salud. Entre los más utilizados dentro de este campo se encuentran:

**A. Entrevista.** Permite la evaluación directa y adecuada de la conducta verbal de las personas. Se reúnen datos biográficos, se identifican y recopilan los comportamientos problema. Al mismo tiempo, se evalúan factores antecedentes y consecuentes que controlan la conducta para estimar las probabilidades de resultados exitosos. También se evalúan sentimientos y actitudes y se establece un reforzamiento recíproco entre el terapeuta y la persona.

**B. Cuestionarios.** Serie de preguntas que se refieren a algún tema o grupo de temas relacionados, enviados o dados a un grupo escogido de individuos con objeto de reunir datos acerca del asunto o problema que se estudia. También conocido como formulario de la entrevista, tiene dos propósitos principales. Primero, debe traducir los objetivos de la investigación en preguntas específicas cuyas respuestas proporcionarán los datos necesarios para comprobar las hipótesis o indagar el área determinada por los objetivos de la investigación. Para ello, cada pregunta debe comunicar al sujeto la idea o grupo de ideas

requerida por los objetivos de la misma para dar lugar a una respuesta que pueda analizarse en forma de que los resultados satisfagan la meta del estudio; y la segunda función del cuestionario es ayudar al entrevistador en la tarea de motivar al sujeto para que comunique la información requerida.

**C. Diarios.** Los diarios de los pacientes se usan para registrar **conductas evidentes** (tics, nivel de actividad, frecuencia de orina, uso de medicamentos, etc.) y **encubiertas** (pensamientos, sentimientos, presión de la sangre, temperatura corporal). Se usan como medidas de líneas base y como técnica de tratamiento para promover el aprendizaje sobre antecedentes, consecuencias y relaciones entre conductas externas e internas. Se usan también para medir la efectividad del tratamiento. Existe controversia acerca de este método debido a que se cuestiona su validez y confiabilidad, pero continúan usándose clínicamente.

**D. Test Psicométricos.** Son exámenes rutinarios de individuos que pertenecen a un mismo grupo, con objeto de determinar la posición relativa de un individuo en el grupo respecto a uno o más rasgos mentales, capacidades motoras, etc. o para comparar un grupo con otro respecto a estas características. En general hay dos clases de técnicas psicométricas usadas en la psicología de la Salud: las medidas generales y las altamente especializadas. En el primer grupo se encuentran el MMPI, el 16pf, el Rorschach y el MBHI; el segundo grupo contiene el Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad-Estado Característico, Lista de detección de síntoma-90, entre otros.

**E. Observación.** Examen atento (analítico) de fenómenos o sucesos como parte del proceso de investigación científica. Puede ser inestructurada o altamente estructurada. La observación puede llevarse a cabo directamente por el clínico, por los miembros de la familia o por el personal médico. Estas pueden ser calificadas por su frecuencia, análisis de contenido o métodos de clasificación.

**F. Medidas Psicofisiológicas.** Están diseñadas para ofrecer información sobre los eventos biológicos y sus consecuencias (Cacioppo, Petty y Marshall-Goodel, 1988). Pueden ser usadas para ofrecer retroalimentación al individuo y así servir como intervenciones psicológicas. Los eventos biológicos de mayor interés para el psicólogo son: conductancia de la piel, tensión muscular, temperatura, presión sanguínea, tasa cardíaca y actividad respiratoria. Los parámetros de interés incluyen: promedio de los niveles de descanso, variabilidad intra-sujeto y su respuesta a la medición de diferentes condiciones (estrés, relajación, descanso y actividades específicas).

**G.** Escalas tipo Likert. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se les administra, es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que exprese su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones.

**H.** Inventario. Los inventarios normalizados hacen que el sujeto proporcione información acerca de sí mismo. La hoja es valiosa porque va más allá de las apariencias superficiales y prueba la experiencia y los sentimientos personales del individuo. Es también cómoda de usar porque no requiere los servicios de un grupo de clasificadores o entrevistadores (Ruch y Zimbardo, 1975).

#### 1.4. Técnicas de intervención

Después de que se ha definido el problema y se ha integrado la información obtenida en la evaluación, el siguiente paso es elaborar un plan de intervención. El modelo que plantea Belard y Kelly (1987) es un proceso flexible y sin preferencia específica por ninguna técnica, ya que la elección variará de acuerdo a los objetivos y al problema particular. Las estrategias más comunes son:

##### a) El efecto placebo

Es un procedimiento de cambio conductual muy simple y frecuentemente utilizado. Se sostiene en el hecho de que los cambios de conducta ocurren debido a las expectativas del paciente respecto del tratamiento que se le suscribe (Shapiro y Goldstein, 1982, Critelli y Newmann, 1984).

##### b) Asesoría de Apoyo

Son consideradas como una forma no específica de intervención psicoterapéutica dirigida a la reducción del estrés de la persona. Las asesorías pueden dirigirse a la familia, al individuo o bien haciendo uso de grupos de apoyo. Están basadas en modelos de tratamiento a corto plazo, y se enfocan al manejo del estrés y a las recomendaciones del tratamiento médico. A través de éstas, se establece una relación adecuada entre el médico, el paciente y el psicólogo. Finalmente, los grupos de apoyo permiten al paciente la confrontación y discusión de problemas similares al suyo, ya que se maneja la ansiedad, los diferentes tipos de afrontamiento, así como información sobre los tratamientos médicos y sus consecuencias.

### c) Psicoterapia verbal

Existe una gran variedad de aproximaciones que reducen la utilización de algunos fármacos entre ellas están: la cognitivo conductual, la racional emotiva, la directiva, la sistémica, etcétera.

Son necesarias para obtener el consentimiento del paciente o de los padres respecto del tratamiento y para asegurar el seguimiento adecuado del mismo; también fomenta el afrontamiento a la enfermedad y al tratamiento (Gil, Keefe, Crisson y VanDalfsen, 1987).

### d) Intervención en crisis

Los tres objetivos para intervenir en una crisis son:

- Liberar el estrés (ansiedad, desesperanza, confusión)
- Restablecer el nivel de funcionamiento
- Ayudar a la comprensión del sujeto de todas las acciones que están involucradas en su caso, haciéndolo de una manera clara y detallada. Este procedimiento debe de involucrar a la familia y a los profesionales que trabajan con el paciente (Slaikeu, 1988)

### e) Procedimientos de entrenamiento en relajación

Es la estrategia de intervención más utilizada y generalmente se emplea con otras técnicas. No sólo intervienen en el estado fisiológico del paciente, sino también en los aspectos afectivos y cognitivos ya que facilita un sentido de control y competencia. Este procedimiento de entrenamiento puede ser de tres tipos: diafragmática, muscular progresiva y autógena.

### f) Imaginación

Esta estrategia hace uso del mundo interno, privado de la persona; a través de la creación de imágenes. Esta técnica puede dirigir a una relajación general, a una reducción de la ansiedad y al cambio conductual. Puede ser de dos formas: imaginación guiada y desensibilización encubierta.

### g) Hipnosis

Su propósito es producir cambios fisiológicos directos, cambios de percepción de un síntoma, facilitar la relajación, etc. Se considera útil en el tratamiento del dolor y en el afrontamiento a la enfermedad crónica.

#### h) Bioretroalimentación

Su objetivo principal es entrenar al paciente en el control voluntario de sus procesos fisiológicos. Las dos formas más usadas incluyen el electromiógrafo (EMG) y la temperatura de la piel. El EMG se usa para entrenar al sujeto en su tensión muscular y es útil en los desórdenes músculo-esquelético. También se utiliza en los desórdenes asociados con la vasodilatación y la vasoconstricción.

#### j) Desensibilización sistemática

Básicamente se entrena al sujeto a emitir una respuesta inconsistente con la ansiedad. Se presenta una jerarquía de circunstancias asociadas progresivamente a la ansiedad y se repasan las escenas en orden creciente, buscando siempre que el sujeto cuando esté evocando dichas escenas se mantenga relajado (Wolpe, 1982).

#### k) Modelamiento

Está basado en la teoría del aprendizaje observacional, facilita la adquisición de conductas adaptativas mostradas por dicho modelo (Bellack, Hersen y Kazdin, 1982).

#### l) Entrenamiento de habilidades y ensayo conductual

Esta estrategia incorpora el Modelamiento, el juego de roles y el ensayo conductual. Se les enseñan habilidades específicas que facilitan el ajuste físico y psicológico del paciente ante la situación hospitalaria, ante el personal médico y ante la enfermedad.

#### m) Manejo de contingencias

Su objetivo es incrementar las conductas adaptativas y decrementar aquéllas que no lo son. Los procedimientos más empleados son: reforzamiento positivo y negativo, castigo, respuestas de costo y aproximaciones sucesivas. La ventaja demostrada de esta estrategia es que puede ser administrada por todo el personal médico del hospital, así como también por los familiares en el hogar, siempre y cuando hayan recibido un entrenamiento sistemático por parte del psicólogo.

## n) Estrategias cognitivas

Existe una gran variedad de éstas para producir un cambio conductual. Entre ellas están: la distracción, el sosegamiento, la reestructuración cognitiva y atención-distracción. El propósito de todas ellas es alejar la atención del sujeto de los eventos estresantes, para lo cual se utilizan la imaginación placentera, tareas de destreza mental, conteo en voz alta, etc.

La reestructuración cognitiva es un término genérico que describe una variedad de procedimientos incluyendo el entrenamiento en inoculación del estrés (Meichenbaum y Cameron, 1983), la terapia racional emotiva (Ellis, 1980) y el entrenamiento en resolución de problemas. Estos procedimientos entrenan al paciente en las relaciones entre pensamientos, sentimientos y conductas que llevan a la promoción de pensamientos adaptativos (Turk, Litt Salovey y Walter, 1985).

Para finalizar este capítulo observamos que la tendencia de la psicología en el campo de la salud está enfatizada a la prevención de la enfermedad, así como integrar el conocimiento de la ciencia de la conducta en todos los aspectos del trabajo del personal.

Las aportaciones que hace la psicología en la salud son diversas. Por un lado, determina el rol de los factores de personalidad y los estilos de afrontamiento en el desarrollo de enfermedades como la hipertensión, enfermedades de las arterias coronarias, cáncer, artritis reumatoide y otros. Así como en el pronóstico de enfermedades crónicas-degenerativas, como lo es el caso del V.I.H/SIDA. Al mismo tiempo en el área de la investigación, se ocupa por estudiar el papel que juegan el estrés y la depresión en la psicoimmunología (Taylor, 1990a); la relación de los factores psicosociales en el desarrollo del SIDA y las estrategias para incrementar el afrontamiento de los pacientes ante la enfermedad, no obstante éstas también se aplican a pacientes que están siendo atendidos con procedimientos médicos aversivos.

Finalmente, la Psicología de la Salud da la pauta para poder estudiar todo el proceso de salud-enfermedad a través de la Medicina Conductual, la cual es utilizada para modificar la conducta de los individuos que, frente a cualquier riesgo, tengan las herramientas necesarias para prevenirlo, tratarlo y/o controlarlo. De esto, el próximo capítulo hablará más detalladamente.

## CAPITULO 2

---

### MEDICINA CONDUCTUAL

#### 2.1. Orígenes

La Medicina Conductual surge a partir de la delimitación del campo de acción de la Medicina y la Psicología. Como se ha venido diciendo, la medicina ha conceptualizado el funcionamiento del organismo sano desde la perspectiva de los estados alterados o "enfermedad". Sin embargo, para la psicología, la enfermedad se estudia a partir de la relación de los factores cognoscitivos y conductuales que se presentan en el individuo. Así, el término SALUD se ha expandido a problemas que difícilmente la ciencia biológica y sus ingenierías derivadas pueden resolver, como es el caso del consumo de drogas, la delincuencia, la prostitución, el alcoholismo, la homosexualidad y otros problemas sociales. A partir de todo esto, nace la medicina conductual como una alternativa para decrementar o detener los costos crecientes del cuidado de la salud, del conocimiento que existe acerca de los efectos dañinos del sobreuso y del mal uso de las drogas, de las complicaciones en la cirugía necesaria o inapropiada y del fracaso del sistema médico tradicional para lograr reducciones significativas de la morbilidad y mortalidad de los individuos (Taylor, 1990a).

#### 2.2. Definición

Revisando la literatura existente, se encuentran varias definiciones de medicina conductual que divergen mínimamente.

Según Bayés y Ribes (1992), Prokop y Bradley (1981), Birk fue el primero que propuso el término "Medicina Comportamental", que en 1977 en la Yale Conference on Behavioral Medicine Research, bajo el auspicio de la United States National Academy of Sciences dio esta definición: "La Medicina Comportamental es el área interdisciplinaria que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y técnicas de las ciencias comportamentales y biomédicas que son relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, tratamiento y rehabilitación". Estos autores afirman que la bioretroalimentación o el condicionamiento operante de los sistemas de respuesta fisiológica podían considerarse como una forma de terapia conductual para el control de síntomas de trastornos físicos, como la presión arterial alta o el dolor de cabeza. La medicina que debería de tomar el paciente debía involucrar un cambio en los hábitos y pautas de comportamiento y no drogas ni cirugías. Junto con otros conceptos y métodos del aprendizaje, del análisis experimental de la conducta, la modificación de conducta, la psicología cognoscitiva, de la psicofisiología y la retroalimentación biológica, se ampliaron las perspectivas que anteriormente sólo había esbozado la medicina psicosomática para varios trastornos de la salud.

La integración de la medicina conductual con una orientación biológica se refleja en la definición propuesta por Bayés y cols. (1992) "...Medicina Conductual es el campo interdisciplinario que trata con el desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias comportamentales y biomédicas que son relevantes para la salud y la enfermedad, siendo su aplicación para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación". Sin embargo, según Shapiro (1988), lo que se requiere no es simplemente adicionar los dos dominios, sino la tarea más difícil todavía de llegar a nuevas formulaciones teóricas acerca de la unión de procesos conductuales y biológicos, lo mismo que encontrar un lenguaje común para describir esas interrelaciones. En este sentido, el mismo autor, enfatiza que "...los científicos del comportamiento necesitan aprender más fisiología y medicina y los médicos necesitan saber más ciencias del comportamiento " (pag.41).

Para Pomerleau (1979) medicina conductual es un término que se define como el uso de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta, para la evaluación, prevención, dirección y tratamiento de los desórdenes físicos o disfunciones psicológicas. Entendiendo que la conducta se asocia con desórdenes médicos y problemas en el cuidado de la salud.

Para Shapiro (1988) el mejor punto de unión entre ciencias del comportamiento y biológicas ha sido la investigación clínica de la salud y la colaboración de las disciplinas que se requieren para llevarlas a cabo de manera efectiva. Por ello, define a la Medicina conductual como un amalgama de ciencias comportamentales y la medicina, que incorpora métodos y conceptos de varias disciplinas: fisiología, epidemiología, endocrinología e ingeniería biomédica.

Según este autor la medicina conductual no solamente abarca aspectos vinculados a la aplicación de técnicas dirigidas al campo de la salud, sino también a la investigación experimental de la conducta. La medicina conductual constituye la intersección de la metodología del análisis experimental de la conducta con los problemas de la investigación biomédica y su aplicación clínica.

La medicina conductual ya ha tenido un enorme impacto sobre las actividades académicas y clínicas. Desde que el término fue introducido aún existen debates sobre su definición, sin embargo su auge es enorme. Generalmente es aceptado que la medicina conductual llena importantes necesidades en las ciencias médicas y del comportamiento y que satisface asuntos vitales de bienestar y salud pública.

### 2.3. Características

La medicina conductual enfatiza la importancia del estilo de vida y de las pautas comportamentales no sólo porque se relacionan con la etiología y la patogénesis de la enfermedad, sino también porque es posible tener un estilo de vida que prevenga la enfermedad, mantenga y promueva la buena salud. Por ello, incorpora elementos del proceso salud-enfermedad, eventos conductuales y ambientales, así como las interacciones que ocurren entre ellos; todo esto, para determinar los factores sociales y psicológicos que median dicho proceso y proponer un adecuado tratamiento.

Seligson (1989) determina cuatro áreas de investigación que caracterizan a la medicina conductual, las cuales son:

- 1) La investigación del impacto del ambiente en el desarrollo del estrés y sus manifestaciones: problemas cardiovasculares, cáncer, úlceras pépticas, etcétera.
- 2) El estudio de diversos tipos de cáncer.
- 3) La investigación del papel de regímenes alimenticios y de ejercicio en enfermedades crónicas como la hipertensión, enfermedades coronarias, cáncer, etcétera.
- 4) El efecto de alterar estilos de vida en conductas adictivas.

Las **líneas principales de desarrollo** de la medicina conductual, que el mismo autor señala, son:

- 1) La modificación de conducta.
- 2) El enfoque en la intervención hacia la conducta del que proporciona cuidados en el área de la salud, con el fin de mejorar la prestación de servicios a los usuarios.
- 3) Manejo de técnicas para mejorar el apego (adherencia terapéutica) de los pacientes hacia diferentes regímenes de tratamiento, ya sean médicos o conductuales.
- 4) Estrategias para la prevención de la enfermedad a través del cambio de los patrones de conducta que incrementan el riesgo de enfermedades crónicas en la población.

Las principales **estrategias de intervención** que se utilizan en la medicina conductual son:

- 1) Las técnicas de bioretroalimentación.
- 2) Métodos de autocontrol, que implican el entrenamiento del individuo para cambiar aspectos del medio ambiente para modificar la o las conductas problemáticas y,
- 3) Las denominadas estrategias de afrontamiento.

También, dentro del enfoque de la medicina conductual, se enfatiza la responsabilidad del individuo para asumir su enfermedad, su recuperación, adaptación a ella y/o el mantenimiento de la salud.

### **2.3.1. Niveles de atención**

Por otro lado, la medicina conductual tiene como objetivo primordial la prevención de la enfermedad (a través de cambios conductuales y del ambiente). Por ello, se inserta en el Sistema de Salud a tres niveles: (Salinas, 1995)

#### **PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A LA SALUD**

##### **Promoción de hábitos de salud y la prevención de enfermedades**

La promoción se utiliza en el periodo pretatogénico del curso natural de la enfermedad, mientras que la prevención es una protección específica antes de que ocurra el periodo de patogénesis en grupos de alto riesgo (Stachtchenko y Jenicek, 1990).

Las intervenciones con relación a la promoción y la prevención de hábitos nocivos como la dieta, obesidad, tabaquismo y el uso del alcohol, están orientadas más específicamente a promover conductas de salud, activar mecanismos para el autocambio y crear contextos que mantengan la conducta modificada. Las estructuras han abarcado el uso de principios del condicionamiento operante como el control de estímulos (Brownell, Stunkard y Albaum, 1980), el control aversivo y reforzamiento (Ewart, 1990, citado por Ewart, 1991), además de la reestructuración conductual.

En la prevención de enfermedades, las estrategias están dirigidas a grupos de alto riesgo. Para intentar que las personas inicien un proceso de cambio y éste se mantenga una vez logrado, se ha trabajado con diversas estrategias que han implicado el autocontrol y el incremento de las habilidades de los individuos para iniciar y mantener el cambio. Por ejemplo: los programas de promoción de la salud en oficinas para la detección temprana de hipertensión, abstenerse de fumar, control del peso y nutrición, programas de ejercicio, manejo de estrés, abuso del alcohol, etcétera. (Stachtchenko y Jenicek, 1990).

## **SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

### **Prevención Secundaria**

Aquí, se busca la modificación de los comportamientos relacionados con la salud y la enfermedad; sin embargo, las contribuciones más importantes están en relación con la adherencia terapéutica (es decir, el apego al tratamiento), la definición de factores conductuales que intervienen en el proceso de salud-enfermedad, los determinantes psicosociales de los resultados de la atención en varias enfermedades, y la reorganización práctica de los servicios.

En este nivel, desde un punto de vista psicológico, la eficacia del modelo biomédico requiere la identificación temprana de la patología y la ocurrencia oportuna del paciente a los servicios médicos pertinentes, así como la adherencia a los regímenes terapéuticos. En este nivel se enfatizan las características conductuales de los individuos y las del sistema de atención a la salud, incluyendo los comportamientos y habilidades de los proveedores para el logro de las metas de salud definidas.

Otras aportaciones en el rubro de la prevención secundaria, desde el punto de vista médico, implican el manejo del paciente dentro de las acciones médicas. Las aportaciones iniciales fueron en el manejo de los miedos quirúrgicos, dentales y a las agujas, lo que es más común en los ambientes hospitalarios y clínicas, sin embargo ahora abarcan miedos asociados a tratamientos repetitivos y aversivos.

## **TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**

### **Prevención Terciaria**

Desde esta perspectiva, el psicólogo como profesional de la salud va a afrontar un conjunto de alteraciones y trastornos de diversas enfermedades. Por ello, se impone una necesidad de actualización y puesta al día en torno a los conocimientos sobre etiología, clínica, evolución, diagnóstico, etcétera. Esto es necesario para comprender las psicopatologías a intervenir de forma subsecuente y conjuntamente con el resto de profesionales sanitarios. Siempre con un doble objetivo general: a) evitar la difusión de la enfermedad y b) reducir las alteraciones emocionales en los pacientes (Gutiérrez, 1994).

De todo ello se deriva la necesidad de realizar programas de formación psicológica dirigida al personal sanitario. La intervención psicológica pretende: proveer al equipo multidisciplinario de recursos técnicos y psicológicos - a través del entrenamiento en habilidades de relación, comunicación y resolución de problemas - para maximizar un grado de competencia en su relación con el paciente, que le permitan:

- 1) Informar, apoyar, orientar y derivar.
- 2) Entrenar en el manejo del afrontamiento al estrés, con el fin de desarrollar sus propios recursos, disminuyendo el riesgo de presentar el síndrome de estrés ocupacional, entre otros.
- 3) Maximizar la calidad de vida del afectado, disminuyendo en lo posible, su vulnerabilidad.

Así, se concluye que el objetivo de esta prevención es evitar, en la medida de lo posible, las complicaciones, así como favorecer la readaptación funcional y social al proporcionar apoyo en la fase terminal de algunas enfermedades.

Dentro de las aplicaciones clínicas de la medicina conductual podemos observar diversos campos de estudio como son:

### **PSICOFISIOLOGÍA**

Se han modificado las respuestas del sistema nervioso autónomo en problemas como la disminución de la hipertensión esencial, las arritmias cardíacas, migrañas o dolores de cabeza tensional, desórdenes dentales y espasticidad neuromuscular o flacidez (Pinkerton, Hughes y Wenrich, 1982). Otros desórdenes como la epilepsia, el asma, el insomnio, el dolor crónico y los problemas de adicción muestran una gran cantidad de mejora y control con el uso de la retroalimentación biológica, la relajación, la desensibilización sistemática y encubierta; ya que todas tienen un control indirecto sobre las variables fisiológicas, de hecho, la retroalimentación biológica ha demostrado gran efectividad en problemas de salud que involucran la acción del sistema nervioso autónomo, pero su uso es frecuentemente combinado con la relajación, el autocontrol, habilidades de afrontamiento y el entrenamiento asertivo (Aleo y Nicassio, 1978, Stambaugh, 1977; citados por Pinkerton, Hughes y Wenrich, 1982).

### **LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

Es otro foco de gran interés de la medicina conductual. Se entiende como el apego del paciente al tratamiento específico y su aplicación abarca aspectos como alteración de dieta, del estilo de vida o tomar los medicamentos conforme al programa prescrito. No obstante, la adherencia ha sido frustrante y un problema difícil en la práctica médica, como en casos de diabetes, enfermedad renal, colitis ulcerada, alergias, carcinoma gastrointestinal y rehabilitación física (Pinkerton, Hughes, y Wenrich, 1982), debido a que el ambiente influye en la conducta de adherencia y aún falta un mayor control sobre las variables existentes.

### **ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS**

En el tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas se han obtenido importantes éxitos utilizando procedimientos operantes para la adherencia y el afrontamiento (Rosenbaum, 1962; citado por Pinkerton, Hughes, Wenrich, 1982).

## ORGANIZACIÓN OPERATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Otro ámbito que sin estar ligado directamente al mantenimiento de la salud es importante en cuanto a que determina indirectamente los resultados del proceso de prevención, atención y rehabilitación, así como las disposiciones de los individuos a asumir su responsabilidad y participación en los objetivos del sector, es lo que se refiere a la organización operativa de los servicios en función de los objetivos de los mismos y el sistema, su reorganización, evaluación, monitoreo y la planeación. Todo esto involucra múltiples componentes técnicos de las ciencias biomédicas, así como de interacción humana; sin embargo, la definición de la dimensión psicológica en la que puede intervenir el psicólogo aún no está clara y precisa. No obstante, las investigaciones han tendido a determinar la influencia del ambiente sobre la conducta de los pacientes, a modificar la conducta del personal para efectuar cambios favorables en el logro de los objetivos del sistema o a incrementar las habilidades de su técnica particular como profesionales (Mastria y Drabman, 1979), de igual manera, en esta actividad se considera al psicólogo como un consultor y evaluador. Así, los principales puntos que se han identificado en la modificación de conducta del personal son: a) su resistencia, b) su ética en el manejo del paciente, c) análisis costo-beneficio y d) la efectividad e impacto del servicio. Asimismo, se han desarrollado diferentes modelos de entrenamiento del personal con base en la teoría del aprendizaje y la terapia del comportamiento en situaciones hospitalarias con tópicos también que implican establecer la influencia de factores psicológicos y sociales en la salud y la enfermedad

Por otro lado, el psicólogo ha participado en la evaluación de los servicios de salud y sus características con el fin de determinar la adecuación y mejorar su calidad. Típicamente, los estudios de calidad se enfocan en la evaluación de la conducta del profesional en procedimientos particulares o en casos específicos. Pero las evaluaciones que caracterizan la participación del psicólogo se han orientado a las interacciones médico-paciente y la satisfacción de este último con la atención proporcionada a sus resultados (Ware, Snyder y Wright, 1976; citado por Sechrest y Cohen, 1982). Así, se puede observar que la evaluación de la calidad de la atención en México ha involucrado la elaboración de procedimientos normativos (Ruiz de Chávez, Martínez, Calvo, Aguirre, Arango, Caminos, Ortiz, Ugalde y Herra, 1990), la evaluación de componentes específicos de la atención como es la prescripción (Durán, Frenk y Becerra, 1990) y la calidad de la atención pedagógica en la relación médico-paciente (Campero, 1990).

A manera de conclusión se puede decir que las principales aportaciones de la medicina conductual con relación a la salud, la enfermedad y la organización de la oferta de la salud son diversas. Así, para su aplicación ha desarrollado diversos procedimientos para intervenir en problemas de enfermedad ya sea eliminando la fuente conductual de la patología, aminorando los efectos de ésta y asesorando al tratamiento médico en el ámbito de la rehabilitación. Para esto, la aplicación de contingencias ha demostrado gran utilidad en el manejo de problemas de salud en los que la conducta de los pacientes juega un papel importante en su control y superación.

#### **2.4. Manejo y control del estrés**

La preocupación por los efectos que provoca el estrés en la salud del hombre, siempre ha sido un tema de estudio en la medicina. Pero recientemente, los psicólogos han emprendido la tarea de analizar profunda y objetivamente el significado real del estrés, así como las repercusiones que éste representa en la conducta del individuo.

Dicho análisis responde a la necesidad de explicar por qué las tensiones a las que está sometida una persona cotidianamente, no solo se relaciona con el desempeño, la satisfacción y la productividad; sino también se encuentran vinculadas con el estilo de vida de cada persona, es decir, con todas y cada una de las actividades que el ser humano realiza durante su existencia.

En otras palabras, el tema de estrés es de suma importancia tanto para el individuo como para la sociedad en general, ya que se quiera o no, el estrés es un fenómeno que se asocia a la evolución, al desarrollo y a la superación del hombre.

Por esta razón, en el siguiente capítulo se revisarán los aspectos relacionados con el estrés, las repercusiones en la salud del individuo y su relación con el afrontamiento.

## CAPITULO 3

---

### ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO

#### 3.1. El concepto de estrés

Hoy en día es inevitable que como profesionales de la salud nos enfrentemos al término estrés. El concepto se discute todavía, sin embargo sabemos que el estrés ha suscitado un interés muy amplio dentro la opinión pública y por supuesto en los profesionales de las diferentes disciplinas de la salud.

Como muchas otras palabras, el término estrés es anterior a su uso científico. Este término fue utilizado en el siglo XIV para expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción. A finales del siglo XVIII Hocke utilizó la palabra en el contexto de la física, aunque este uso no se sistematiza hasta principios del siglo XIX. El concepto de estrés persistió en la medicina del siglo XIX y fue concebido como pérdida de la salud. Algunos años después, Walter Canon en 1932 imprimió vitalidad a las investigaciones del momento sobre psicología de la emoción, consideró el estrés como un proceso ante situaciones de frío, falta de oxígeno, descenso de la glucemia, etcétera, y dio a entender que el grado de estrés podía medirse (Lazarus y Folkman, 1984).

En 1936 Hans Selye utilizó este término con un sentido técnico, definiéndolo como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo, una reacción que él llamó Síndrome General de Adaptación. Para este autor el estrés no era una demanda ambiental (a la cual llamó estímulo estresor), sino un grupo universal de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta a tal demanda (Stora, 1991).

Muchas investigaciones siguieron a éstas, sin embargo Lazarus y Folkman (1984) consideran que son cinco hechos los que estimularon el interés por el estrés:

1. La preocupación por las diferencias individuales
2. El resurgimiento del interés en materia psicosomática
3. El desarrollo de una terapia conductual dirigida al tratamiento y prevención de la enfermedad y de estilos de vida con elevado riesgo para la salud

4. El crecimiento de una perspectiva experimental del curso de la vida y una preocupación cada vez mayor por el papel del entorno en los problemas del hombre
5. El interés por las diferencias individuales derivadas de las investigaciones realizadas sobre los efectos del estrés en el rendimiento como consecuencia de la segunda guerra mundial y de la guerra de Corea.

Durante los pasados años, los conceptos psicoanalíticos tradicionales han perdido influencia y se ha dado una mayor importancia al papel de los factores ambientales en la aparición de la enfermedad. Para entonces, la contribución del trabajo de Selye apoyó de forma importante la convicción general de que los factores sociales y psicológicos son realmente importantes en la salud y en la enfermedad. Por tanto, el pensamiento psicossomático actual se encuentra fuertemente involucrado en la teoría e investigación sobre estrés y parece haber recibido un mayor impulso y vitalidad debidos, en parte, a este acercamiento más amplio e interdisciplinario (Cummings, 1975).

La terapia conductual ha emergido también durante los últimos años como una alternativa a la terapia psicodinámica tradicional. Al principio, su punto de mira fue principalmente científico, positivista y limitado, centrado alrededor del condicionamiento clásico y operante y radicalmente disociado al pensamiento psicoanalítico. Más tarde, empezó a desarrollar una mayor flexibilidad y a concebir en su interior el movimiento de terapia cognitiva, el cual considera como factores principales en la psicopatología y en el éxito del afrontamiento, la forma en la que el individuo interpreta sus experiencias y se centra en las intervenciones necesarias para modificar los pensamientos y, con ellos, los sentimientos y los actos (Rimm, 1987).

Otro factor que ha contribuido en el aumento del interés por el estrés, afrontamiento y adaptación, ha sido la psicología evolutiva. La psicología del desarrollo se ha centrado tradicionalmente en la infancia y en la adolescencia. En los años sesenta, apareció un nuevo interés hacia los adultos y sus problemas convirtiéndose la psicología evolutiva en un campo dedicado en cambiar el curso de la vida. Finalmente un último factor que contribuye a este acrecentado interés por los temas de estrés sería la atención prestada a los aspectos ambientales o socioecológicos en el terreno de la investigación y del estudio de la conducta. La psicología clínica y la psiquiatría han centrado su atención en los aspectos ambientales y a apartarse del énfasis estrictamente intrapsíquico otorgado a los procesos explicativos de la psicopatología, según el cual, estos procesos residían de forma primaria dentro del individuo. En general, el pensamiento psicológico ha virado en la misma dirección; es decir, se presta una mayor atención a los entornos en los que vive el individuo. Por lo tanto se considera que el estrés depende en gran parte, de las demandas sociales y físicas del entorno. Las limitaciones ambientales y los recursos de los que dependen las posibilidades de afrontamiento, son también factores importantes. Por consiguiente, una ciencia que se ocupa del entorno, aporta a la teoría e investigación del estrés una amplia perspectiva, así como nuevos adeptos (Vernier, 1993).

### 3.1.1. Definición

En cuanto a su concepto, podemos decir que el estrés se ha definido, casi siempre, como un estímulo o una respuesta. Las definiciones en las que se considera como un estímulo se centran en los acontecimientos del entorno, tales como desastres naturales, condiciones nocivas para el organismo, enfermedad o despido laboral, entre otros. Esta consideración acepta que ciertas situaciones son, de forma universal, estresantes, pero no tiene en cuenta las diferencias individuales en la evolución de tales situaciones. Las definiciones que consideran al estrés como una respuesta, que son las que han prevalecido en biología y medicina, hacen referencia al estado de estrés. Se habla del individuo como dispuesto a reaccionar ante el estrés, como de alguien que está bajo estrés, etc. Ambas definiciones son igualmente limitadas en cuanto a utilidad, dado que un estímulo se considera estresante solo en términos de la respuesta ante el estrés que genera. Todavía es necesario establecer unas normas adecuadas que permitan determinar de forma específica las condiciones bajo las cuales determinados estímulos resultan estresantes (Stora, 1991)

La definición de estrés propuesta por Lazarus (1986) es la que hace referencia a la relación entre el individuo y el entorno, en la cual se tienen en cuenta las características del sujeto por un lado y la naturaleza del medio por otro. Esta consideración es paralela al concepto actual de enfermedad, según el cual, la enfermedad ya no es vista como consecuencia única de la acción de un agente externo sino que exige también la participación del organismo en cuanto a su vulnerabilidad. De forma similar, tampoco es objetivo definir el estrés como una reacción sin hacer referencia a las características del individuo. Por tanto, el estrés psicológico es el resultado de una relación entre el sujeto y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

De acuerdo con Davis, McKay y Eshelman (1986) nuestras experiencias estresoras, provienen de tres fuentes básicas: nuestro entorno, nuestro cuerpo y nuestro pensamiento. El entorno nos bombardea constantemente con demandas de adaptación, viéndonos obligados a soportar el ruido, las aglomeraciones, las exigencias que representan las relaciones interpersonales, los horarios rígidos, las normas de conducta y muchas otras amenazas a nuestra seguridad y autoestima. La segunda fuente de estrés es fisiológica: los momentos difíciles que representa la adolescencia, el envejecimiento, la enfermedad, los accidentes, las restricciones de la dieta, los trastornos del sueño, etcétera, todas son circunstancias que afectan al individuo. Las amenazas que provienen del ambiente también producen en nuestro cuerpo cambios que son estresantes por sí mismos. Y por último, la tercera fuente se deriva del pensamiento; ya que una forma de evaluar las demandas y los peligros viene determinado todavía por una actitud innata de "lucha o huida". Nuestros

predecesores a través de un proceso de selección natural, fueron transmitiendo todas aquellas características físicas que pudieran representar, en un modo competitivo y hostil, una ventaja sobre sus enemigos. Como resultado de este proceso poseemos dentro de nuestro entramado bioquímico la tendencia innata a prepararnos para huir siempre que nos sentimos amenazados.

Cada vez que se emite una respuesta de este tipo, tiene lugar en nuestro organismo, de modo esquemático, lo siguiente: Cuando los estímulos que nos llegan son interpretados como amenazantes, los centros de regulación dan a nuestro organismo la información que conducirá a enfrentarse o escaparse de la amenaza.

Se puede considerar que, cuando la energía vital es utilizada para permitir a un organismo enfrentar y adaptarse a los constantes cambios de la vida, el estrés es positivo o relativamente benéfico para el hombre; pero la mala utilización de dicha energía le producirá un desgaste o un quebrantamiento que difícilmente podrá superar. En otras palabras cuando la tensión que da lugar al estrés no rebasa los límites de resistencia y control del individuo, se puede convertir en una acción benéfica, con base en la estimulación positiva que ejerce sobre las potencialidades del sujeto (Davis y cols, 1986).

Así parece que el estrés es un producto del progreso y del crecimiento de la sociedad y en especial podría ser el resultado de las facetas de inconformismo, egoísmo y ambición por las que el ser humano atraviesa en muchas ocasiones durante la vida. Sin embargo, el hombre tiene la capacidad de reacción y defensa para afrontar los contratiempos y exigencias que impone este mundo tan acelerado (Stora, 1991).

### **3.1.2. Fases del estrés**

Como resulta evidente, una misma situación de exigencia en la vida es afrontada de una manera diferente por cada individuo; esto depende de las características personales, de su experiencia y también del control que ejerza sobre sí mismo para alcanzar ese tan anhelado equilibrio interior; mismo que siempre se verá amenazado por aspectos como el cansancio, la frustración, la monotonía, la fatiga, las indecisiones y la competitividad por sobresalir.

El tan deseable control sobre sí mismo, le permitirá al sujeto amortiguar en buena medida los contratiempos que le ocasione su modo muy particular de apreciar y percibir la vida.

Por otra parte, una persona que es dinámica tarde o temprano se cansa, requiere descansar y lo hace. En cambio, una persona estresada prácticamente nunca se cansa; en cierto momento caerá fulminada por el cansancio, provocado por su estrés; pero mientras tanto no se siente cansada y no dejaría de hacer todo lo que hace. De ahí la importancia que el ser humano aprenda a detectar o darse cuenta del momento en que está cansado, para descansar y no convertirse en una persona estresada, sino dinámica y controlada (Stora, 1991).

Como ya habíamos mencionado anteriormente, el doctor Hans Selye, resumió todas estas ideas en el llamado Síndrome General de Adaptación. Este síndrome no es más que el conjunto de medidas defensivas y de adaptación de un organismo que surgen como consecuencia de un estado de tensión continuo o repentino, para afrontar situaciones que amenazan el equilibrio biopsicosocial del individuo.

El Síndrome General de Adaptación (SGA) explica que la respuesta de adaptación al estrés se divide en tres estados o fases, y son las siguientes:

- 1) **Fase de la reacción de alarma.** Se caracteriza por una inquietud en el sujeto, que le hace presentir e identificar que algo comienza a funcionar mal en su organismo. Ante un estímulo del medio ambiente que amenaza el equilibrio de éste; el cerebro manda un mensaje a la glándula pituitaria, la que a su vez estimula a las glándulas productoras de adrenalina y al sistema nervioso simpático, para que dicho organismo emita respuestas fisiológicas y corporales que permitan afrontar el estrés. Mientras aumentan el ritmo cardíaco, la presión sanguínea, la tensión muscular, la respiración y la transpiración; el cuerpo se moviliza para actuar defensivamente.
  
- 2) **Fase de mantenimiento o de resistencia.** Cuando un sujeto rebasa la fase de alarma, se introduce por completo en el estrés y empieza a padecer las consecuencias del mismo. Cuando la tensión se prolonga por un tiempo determinado, el cuerpo se acostumbra a ella y entra a un estado de adaptación en el que intenta simultáneamente recobrar el equilibrio y reparar los daños causados por el estado de tensión.

Bajo esta fase de resistencia, el doctor Selye designó a las Enfermedades de Adaptación, como las reacciones defensivas de adaptación del organismo, las cuales comprenden: la hipertensión arterial, los padecimientos cardiovasculares, la artritis reumatoide, la inflamación de la piel, las alergias y el cáncer.

3) **Fase de remisión o disminución de efectos.** Tras de haber padecido intensamente el estrés y sus consecuencias, el individuo puede lograr salir de él siempre y cuando encuentre las vías adecuadas de liberación de la tensión. Cuando una situación estresante se prolonga indefinidamente o se da una tras otra en forma continua; la capacidad de resistencia del organismo va disminuyendo hasta debilitar considerablemente las funciones defensivas del cuerpo humano y provocar desajustes o trastornos tanto físicos como mentales: que pueden incluso causar la muerte del individuo. Entonces, esta fase puede ser totalmente perjudicial o muy reconfortante, dependiendo de la manera como éste afronte y resuelva las exigencias que cotidianamente se le presentan en la vida; aunque es más difícil liberar el estrés cuando no existe una vía física de salida directa (Stora, 1991).

Generalmente, el estrés puede ser controlado por los propios recursos del organismo afectado, esto quiere decir que la persona estresada se puede dar cuenta de su situación y salir de ella recurriendo únicamente a la utilización o explotación de sus potencialidades humanas, mentales y físicas. Lo mejor que puede hacer con él es desconocerlo, ignorarlo o ni siquiera pensar que existe, lo cual - como ya se mencionó - no es tan fácil.

### 3.1.3. Factores que producen el estrés

Según Stora (1991) denomina estresante a todo acontecimiento que ocurre en torno al hombre (y dentro de sí mismo), que le causa tensión y malestar. Para lograr seguridad en el trabajo, por triunfar y controlar sus finanzas, para conseguir armonía familiar, y por mantenerse en un estado de salud aceptable; el ser humano se encuentra bajo presión y mientras más se esfuerce por controlar dichos acontecimientos más abrumado se podría sentir.

Para que el hombre comprenda correctamente en qué consiste el estrés, necesita entender muy bien la compleja relación que existe entre los hechos que suceden a su alrededor y su propia reacción al hacerles frente, tratando de conseguir el equilibrio interior. Pero ¿hasta qué punto una situación puede someterle a un estado de estrés?. Lógicamente esto puede variar, dependiendo de las circunstancias que acompañan al evento y del carácter de la persona que lo vive. No obstante - se quiera o no - las vicisitudes de la vida afectan al ser humano interiormente, de manera consciente o inconsciente, y le conducen a un estado de tensión que puede desequilibrar su desempeño cotidiano. Así, la forma de expresar, enfrentar o asumir ese estado sí puede variar considerablemente de persona a persona, y por más fuerte que el sujeto sea o aparente ser, los acontecimientos que se dan alrededor de él le afectarán; sometiéndole a cierta tensión. Asimismo, mucho más le afectarán los hechos que se refieren directamente a la familia, los amigos y a aspectos personales que reflejan sus triunfos, fracasos, logros, miedos y emociones en general.

En este orden de ideas Stora (1991) menciona que los factores que producen estrés en el ser humano se pueden clasificar en tres tipos, los cuales son:

### EMOCIONALES

Las emociones son el reflejo de los fenómenos o acontecimientos que directa o indirectamente sirven al hombre para satisfacer sus necesidades, y hacerlas corresponder a las exigencias sociales de esta vida. El individuo reacciona ante éstas de una u otra forma: la alegría, el amor, la tristeza y el miedo, son distintas vivencias emocionales que implican diversos tipos de actitudes hacia la realidad y diferentes maneras de sentir y percibir lo que actúa sobre él.

### SOCIALES

Los acontecimientos educativos, culturales y de personalidad de cada individuo determinan en gran medida sus reacciones. Es decir, el hombre actúa de tal o cual manera ante las situaciones que se le presentan pero siempre dependiendo de sus características individuales; mismas que después se ajustan a las exigencias sociales generales, por el simple hecho de que éste no está aislado sino que convive en una sociedad.

### COGNITIVOS

Los acontecimientos que se adquieren en el transcurso de la vida, brindan al ser humano la posibilidad de adoptar una "forma de pensar" propia y distintiva. Pues bien, los pensamientos también podrían ser una fuente estresante, ya que con ellos las personas pueden tener un "diálogo interno" cargado de una serie de emociones, que les hace comportarse de la manera en que su pensar y su sentir se los ordena. Un razonamiento emocional poco objetivo; la creencia de ser capaz de adivinar lo que sienten los demás, o creer que siempre se tiene la razón, son pensamientos distorsionados que conducen a una persona hacia un estado de estrés.

#### **3.1.4. Efectos del estrés**

Como se ha mencionado con anterioridad, el estrés se manifiesta por medio de un conjunto de síntomas que desequilibran el funcionamiento del organismo humano. Esto significa que la experimentación de emociones, sobresaltos, alegrías o sinsabores a lo largo de un día (ya sean vivencias agradables o desagradables), inevitablemente causarán tensión en las personas. Por ello, cualquier experiencia fuera de lo normal altera en el individuo sus capacidades naturales y su reacción defensiva para hacer frente a los desajustes; se activa rápidamente, sin importar lo benéfico o lo perjudicial que pueda ser. En este sentido, se ha

demostrado que el ser humano se vuelve cada vez más propenso a sufrir enfermedades físicas y alteraciones emocionales; cuando acumula cargas significativas de estrés, incluso su comportamiento se puede ver modificado al momento de interactuar con los demás. Por esta razón, es importante que se revisen cuáles son las consecuencias que produce el estrés en la esfera biopsicosocial del hombre (Vernier, 1993).

#### 3.1.4.1. efectos físicos

Para Vernier (1993) uno de los componentes de la integridad del individuo es el aspecto biológico, en el cual se incluyen todas las funciones vitales que el organismo lleva a cabo para vivir y desarrollarse como tal, todas ellas realizadas naturalmente dentro de una estructura física o cuerpo. Partiendo de esta premisa, se pueden mencionar los efectos que el estrés produce en el sujeto en el ámbito físico:

- En la boca pueden aparecer dolencias palpables como el liquen plano y las úlceras aftosas - comúnmente conocidos como fuegos y úlceras- aunque su aparición suele adjudicarse a molestias e irritaciones causadas por algunos alimentos.
- La tensión vital puede dar lugar a la alopecia o pérdida del cabello.
- Alteraciones cardíacas como la taquicardia, la bradicardia y hasta el infarto, que afecta invariablemente el funcionamiento del corazón.
- En el aparato digestivo el estrés puede causar molestias y lesiones como: colon irritable, colitis ulcerativa y gastritis, úlcera duodenal, entre otras.
- Los órganos genitales también se pueden ver afectados. En los hombres la tensión puede provocar eyaculación precoz e incluso la impotencia para realizar el acto sexual. A las mujeres el padecimiento de amenorrea o ausencia temporal - a veces permanente - de la menstruación.
- En la piel se pueden presentar erupciones cutáneas como el salpullido (pequeños granitos), la psoriasis (o "descamación" desagradable de la primera capa de la piel) y el eczema (o inflamación cutánea enrojecida, que da comezón, produce pequeñas ampollas, descamación y costras).
- En el sistema muscular, el estrés provoca espasmos o contracciones involuntarias, tics nerviosos, así como temblores y dolores musculares.
- Tos, asma, inflamación bronquial y secreciones mucosas, se pueden avivar cuando el individuo se halla bajo presión.

El mismo autor señala que en el ámbito fisiológico el estrés provoca en el organismo:

- Secreción de cortisona y de tiroxina
- Disminución en la producción de hormonas sexuales
- Aumento del colesterol
- Aumento de la transpiración
- Liberación de glucosa
- Agudeza de los sentidos

En términos generales, la persona que se encuentra bajo un estado de tensión o estrés puede padecer: dolores de cabeza repentinos y/o constantes; síntomas de la gripe sin estar resfriado; variaciones en la presión arterial; mareos y debilidad muscular; molestias estomacales; así como variaciones en la temperatura corporal.

#### **3.1.4.2. efectos conductuales**

Siguiendo con Vernier (1993), cuando una persona se ve afectada por el estrés, puede manifestar estados de ansiedad, irritabilidad, insatisfacción, aburrimiento, depresión, frustración, sentimientos de vacío, entre otros. No obstante, estas situaciones representan los más altos grados de estrés que pueden afectar al ser humano y sólo podrían darse cuando a éste se le imponen un gran número de exigencias o demandas contradictorias y sin claridad; respecto a las obligaciones y responsabilidades en su vida cotidiana.

El estrés provoca en el individuo a nivel conductual los siguientes efectos:

- Demasiado interés por cosas sin importancia
- Tendencia a mal interpretar hechos o personas
- Rebuscar y darle muchas vueltas a los problemas
- Desorientación y reacciones lentas ante los acontecimientos
- Falta de concentración y dificultad para tomar decisiones
- Olvido o pérdida de los pensamientos
- Demasiada preocupación por las personas o las cosas
- Pérdida del sueño y de la noción del tiempo

Con ello, se obtienen las siguientes consecuencias:

- Dificultad para encontrar momentos de tranquilidad y relajación
- Inseguridad y minusvalía en sí mismo
- Demasiada sensibilidad ante situaciones apremiantes
- Nerviosismo y desesperación para resolver problemas de trabajo, familiares y personales
- Tendencia a aislarse de los demás e irritabilidad por no conseguir lo que se desea

### **3.1.4.3. efectos sociales**

Como se ha venido viendo, el medio ambiente en el que se vive, también puede incidir en la generación de estrés en el hombre; si ese entorno general, incluyendo al círculo familiar, no es relajante y reconfortante. En este sentido, también la vida pueblerina suele ser estresante al igual que las grandes ciudades agitadas; ya que a pesar de que el ambiente en los pueblos es totalmente diferente al de la ciudad se dan situaciones que permiten al individuo vivir con menos tranquilidad, con exigencias sociales agobiantes y desquiciantes como en la metrópoli.

En el seno familiar - principal medio de interacción del ser humano - las repercusiones que el estrés implica son:

- Problemas en la relación con la pareja
- Dificultades en la comunicación que se da entre sus miembros
- Inconformidad por el nivel socioeconómico de la familia
- Desorden en el comportamiento y los hábitos de los integrantes
- Falta de identificación de los roles que corresponden a cada una de las personas
- Confusión y distorsión en las responsabilidades asignadas a cada miembro
- Falta de tiempo para disfrutar en común de las actividades sociales que tienden a unir y compenetrar a los integrantes
- Frustración al no conseguir una buena y sólida relación interpersonal en la familia

Otro medio importante de interacción del individuo es el lugar donde trabaja, en el cual se relaciona y convive con los compañeros y jefes. Además, para llegar a él diariamente, comparte algún medio de transporte público con cientos de personas, o se enfrenta a los problemas de tránsito y vialidad en el caso de poseer un medio particular para transportarse (automóvil o motocicleta). Como sea, este entorno no siempre resulta agradable ya que con frecuencia se producen enfrentamientos directos; antipatías, malestares y descontentos en general (Vernier, 1993).

Las consecuencias del estrés en la conducta social del hombre, si no sabe controlarlo, podrían ser:

- Problemas interpersonales graves
- Cambios en los hábitos de alimentación
- Tendencia al tabaquismo, alcoholismo o a la drogadicción
- Tendencia al consumo de fármacos, so pretexto de encontrar tranquilidad y relajación al consumirlos (farmacodependencia)
- Bajo rendimiento, inconformismo, ausentismo y relaciones personales deterioradas en el trabajo

Como se puede apreciar, son muchos los trastornos que el estrés ocasiona al hombre en las tres dimensiones que lo conforman (biológica, psicológica y social). De ahí la importancia de aprender a evitar las situaciones estresantes; comenzando por el autocontrol personal, siguiendo por mantener las tensiones en un nivel en el que la energía vital se alimente de ellas y no rebasen el punto crítico de adaptación y resistencia del individuo.

Por último, según Hanson (1989) hay otros trastornos que el estrés causa en el accionar de las personas, y por su incidencia e importancia es necesario mencionar:

- Cuando un sujeto estresado se da cuenta de su malestar, precisamente esto le provoca todavía más tensión que se acumula, echo que lo incita a trabajar hasta el tope, a autoexigirse rendimiento y eficiencia al máximo; aunque en realidad dé menos de lo que sus capacidades le permitan rendir (cometiendo errores), y su comportamiento se torna un tanto agresivo.
- Una persona consume tanta energía vital, "padeciendo" su estrés; que no le queda la suficiente como para estar entusiasmado y motivado a realizar actividades realmente productivas y benéficas para sí mismo.
- El individuo estresado tiene una tendencia ocupacional, es decir, tiende a buscarse más complicaciones y tareas de las que ya tiene; no consiente un momento de descanso mental ni corporal. Por lo tanto, nunca está inactivo.
- Con tal activismo, poco a poco llega a sentirse acorralado por tantos deberes, obligaciones y responsabilidades que cumplir; afectando considerablemente su salud.
- La familia del individuo estresado no puede contar con él porque siempre "tiene" cosas que hacer, distintas a las de indole familiar y convivencia social.

### **3.1.5. Manejo del estrés**

Hasta el momento se ha comprendido que cada ser humano tiene el riesgo de caer en el estrés, ya que posee características personales propias que lo hacen reaccionar de distinta manera en la vida. Sin embargo, hay quienes saben controlarlo y canalizan sus emociones hacia sus objetivos. En algunas ocasiones, las manifestaciones del estrés se expresan notoriamente en el individuo, independientemente de que él mismo no se haya percatado de la causa que lo provoca debido a su constante tensión, a pesar de que las señales de alarma pueden ser numerosas y variadas; lo indicado es buscar la ayuda de un especialista, quien lo deberá ayudar en la superación del problema.

#### **3.1.5.1. Resistencia al estrés**

Comprender verdaderamente en que consiste el estrés, significa entender la compleja e intrínseca relación que existe entre los acontecimientos que suceden alrededor y la propia reacción del hombre ante ellos. Cuando hay cierto equilibrio entre los cuatro cuadrantes de la vida del ser humano (felicidad personal, salud integral, suficiencia financiera y trabajo), entonces un determinado nivel de estrés proporciona una fuente natural de energía y de estímulo, para mejorar la acción y el rendimiento de los individuos.

De esta manera, queda bien claro que al hombre le conviene adoptar posturas o actitudes evidentemente prácticas para lograr un buen equilibrio personal; como puede ser la aceptación de las características de su existencia, para delimitar conscientemente su estilo de vida, o bien; la aceptación de sí mismo, valorando y explotando sus aptitudes personales sin desear las de otros. Así, cabe resaltar que cada individuo tiene sus propios límites en todas las actividades que desempeña, y la no-aceptación de esto implicaría vivir con resentimiento y como víctima del estrés.

Por último, al sujeto le conviene saber reaccionar en forma adecuada para sobreponerse a las dificultades que se le anteponen; por medio de la fuerza de voluntad y una disciplina rigurosa e inflexible, que le permitan lograr satisfactoriamente sus objetivos personales (Vernier, 1993).

#### **3.1.5.2. Técnicas de control del estrés**

Para Davis, McKay y Eshelman (1987), todas las personas experimentan frustración, hostilidad, agresión o apatía, por lo menos una vez al día. Una forma de salir de estas experiencias es que la persona se permita a sí misma sentirse mal por diez minutos, incluso una hora, para "vivir intensamente los hechos" - aunque sean desagradables -, y luego seguir adelante; no hay necesidad de que los problemas le afecten por el resto del día, ni por el resto de su vida.

Aliviar las tensiones cotidianas por medio de procedimientos sencillos y fáciles de realizar, implica que los seres humanos tendrán la posibilidad de evitar que esas pequeñas tensiones diarias se acumulen y lleguen a estresarlos de manera significativa y permanente. Muchos individuos no requieren de tales procedimientos, ya que saben permanecer tranquilos ante lo que pasa a su alrededor. Pero otros se alteran fácilmente y sufren los efectos del estrés, manifestando estados de irritación, disgusto y agresividad.

Precisamente, estar libre de tensiones, relajado y sereno, le permitirá al hombre ver, analizar y manejar - con objetividad y buen sentido - los acontecimientos que se dan alrededor de él. Puesto que el estrés afecta físicamente, una forma de liberarlo es a través del ejercicio, el cual ayuda a mantener estable la presión arterial, a elevar la energía vital y a liberar las toxinas. Además, la buena alimentación es una medida que pueden tomar las personas para contrarrestar dichas tensiones. De esta forma, afortunadamente existen muchas maneras saludables, prácticas y accesibles que se pueden aplicar para manejar el estrés. La utilización de técnicas de relajación y de distensión o descanso físico le devuelven a éste un estado de calma y tranquilidad en ambos aspectos. Por ejemplo, los simples ejercicios de respiración y visualización, que pueden ser realizados en cualquier lado: imaginando un lugar de descanso o diversión por breves momentos, para relajarse y enfrentar los problemas con renovada energía.

A continuación se describirán algunas técnicas a las que el individuo puede recurrir para relajarse - tanto física como mentalmente - y controlar el estrés según Davis y cols. (1987):

### SOFROLOGIA

Consiste en encontrar primero un sitio cómodo en el que se pueda estar tranquilo, sin interrupciones. Una vez que el individuo haya conseguido esto, debe hacer una labor de descentración o descripción muscular. Es decir, tiene que centrar su atención en todas y cada una de las partes del cuerpo - todo en la cabeza y en el cuello, porque ahí es donde generalmente se producen más tensiones musculares -, para luego poner todo su esfuerzo y voluntad en lograr la relajación o distensión del sistema muscular. Cuando no se disponga del tiempo suficiente para realizar una sesión completa de esta técnica, basta con cinco o diez minutos para localizar la parte del cuerpo donde se perciba más la tensión, y llevar a cabo la desconstrucción.

### MEDITACIÓN

Aunque parezca contradictorio, en esta técnica el sujeto debe concentrarse en algo que lo desconcentre o "desconecte", recurriendo a lo que se denomina un mantra; que es la palabra sin significado que se repite mentalmente, con intensidad y de modo incesante durante no más de veinte minutos; de tal manera que invada toda la

mente, sin permitir que en ella se aloje algún pensamiento - agradable o desagradable -, que le provoque una acción o una reacción a dicha persona. Con la meditación se puede lograr, por un lado, descanso y relajación emocional, al dejar de pensar en situaciones que provocan tensión; por el otro, se consigue preparar o condicionar la mente para sortear de manera adecuada las tensiones subsiguientes.

## MASAJE

Consiste en la manipulación de las distintas partes del cuerpo con fines terapéuticos, realizada por medio del frotamiento, el amansamiento y la percusión. Con el masaje se pretende: estimular o reactivar la circulación sanguínea, mejorar el metabolismo, acentuar el tono muscular, así como energizar al organismo. Cabe destacar que esta técnica tiene algunas variantes, como el quiromasaje, la reflexoterapia, la digitopuntura y la acupuntura; y según la variante de la que se trate, se presiona, frota, aprieta, sopla, soba, jala, golpea, pincha o estira a los diferentes puntos del cuerpo que se encuentran crispados.

Es preciso aclarar, que si se desea practicar formalmente cualquiera de las técnicas antes mencionadas, es necesario acudir a los especialistas respectivos; para tener la dirección y el asesoramiento adecuados, que permitan obtener resultados benéficos y salir de las tensiones con facilidad.

Según Davis y cols. (1987), no está por demás el hacer mención de otras acciones que, a pesar de que no estén consideradas propiamente como técnicas, resulta importante llevarlas a cabo; con la finalidad siempre firme de afrontar o evitar el estrés. Estos procedimientos si dependen totalmente de la voluntad, la disposición y el esfuerzo propios del ser humano; quien tendrá muchas posibilidades de controlar por sí mismo las tensiones, sin complicaciones ni riesgos:

- **HACER EJERCICIO.** Entendiendo por éste, la simple actividad física realizada con o sin intención, que puede ser sostenida o no. Dicha actividad produce cierto cansancio, no presenta dificultades ni está contraindicada, y generalmente suele ser benéfica para las personas. Con el ejercicio se le exige más de lo normal al corazón y a los pulmones, hecho que provoca un mayor bombeo de sangre y mayor absorción de oxígeno en el organismo: por ende, todo ello proporciona al cuerpo fortaleza y resistencia, pues los músculos adquieren más potencia, y las articulaciones se conservan con elasticidad. Algunos ejemplos de esta actividad pueden ser: caminar, arreglar el jardín, correr una distancia determinada, tender la ropa, entre otros.

- **HACER DEPORTE.** Se está hablando aquí de un deporte realizado sin más intención que la de ejercer una actividad física sostenida y continua; la cual no esté sometida a confrontaciones ni tenga un nivel de competitividad - aspectos que provocan grandes motivaciones (como el triunfo), y que pueden desembocar en estrés -, sino que represente placer, diversión y satisfacción para el ser humano.
- **DORMIR BIEN.** Con esta acción, se hace referencia a que cada persona debe dormir el tiempo que su organismo requiere, o que las circunstancias le demanden; dormir bien implica que el sueño sea continuo, tranquilo y suficiente, ya que la falta de éste provoca desde la simple fatiga hasta la desorientación y la torpeza. Nadie mejor que la persona sabe cuantas horas de sueño requiere para sentirse descansado y con nuevos bríos; para enfrentar de nuevo su vida cotidiana.

Finalmente cuando una persona se conozca bien internamente, tendrá la posibilidad de reconocer el nivel de estrés en el que se encuentra; y tal vez no llegue a controlar a otras personas, lugares o situaciones estresantes, pero aprenderá a controlarse a sí misma. Como quiera que sea, una de las mejores soluciones que puede adoptar el hombre ante las tensiones, es alejarse de los problemas cotidianos por un tiempo, divertirse, consentirse un poco, realizar algunos pasatiempos, convivir con la familia; o emprender cualquier actividad que le proporcione satisfacción personal y le ofrezca grandes posibilidades de vivir con tranquilidad y armonía. Sin embargo, una de las mejores alternativas es afrontar de una manera eficaz las dificultades, amortiguando las adversidades y factores de riesgo, para proporcionar sensación de control sobre las condiciones que lo afecten, con lo cual, es necesario incidir en el desarrollo de sus recursos de afrontamiento tanto internos como externos, que se analizan más adelante (Hanson, 1989).

### **3.2. El concepto de afrontamiento**

El concepto de afrontamiento ha tenido importancia en el campo de la psicología durante más de cuarenta años. Durante los años 1940 y 1950 significó un concepto organizativo en la descripción y evaluación clínica y, actualmente, constituye el centro de toda una estrategia terapéutica y de programas educativos que tienen como objetivo desarrollar recursos adaptativos.

Se puede considerar el concepto de afrontamiento en dos clases de literatura, la primera considera la experimentación tradicional con animales y la segunda se conceptualiza a partir de la teoría psicoanalítica del ego.

El primer planteamiento está influido por las teorías de Darwin, en donde se considera que la supervivencia del animal depende de la habilidad para descubrir lo que es predecible y controlable en el entorno y así poder evitar, escapar o vencer los agentes nocivos. El animal depende de su sistema nervioso para realizar la oportuna discriminación para su supervivencia. Este modelo define el afrontamiento como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo por tanto, el grado de perturbación psicofisiológicas producidas por éstas. Al respecto Ursin (citado en Lazarus y Folkman, 1984) afirma que el logro de una disminución gradual de la respuesta tanto en los experimentos con animales como en seres humanos, es lo que se llama afrontamiento; el animal va aprendiendo a afrontar la situación disminuyendo la tensión que le provoca mediante el reforzamiento positivo.

En el segundo planteamiento basado en el modelo psicoanalítico de la psicología del ego, se define el afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas, y por lo tanto reducen el estrés. En esta explicación es considerada la conducta con menor importancia que el factor cognición, lo cual viene a diferenciarse con el primer modelo. Los sistemas de afrontamiento basados en este modelo, generalmente conciben una jerarquía de estrategias que van desde mecanismos primitivos, que producen una distorsión de la realidad, hasta mecanismos más evolucionados.

La medición del afrontamiento de acuerdo al modelo psicoanalítico se basa en considerar los rasgos en lugar de los procesos. Los rasgos se refieren a las características del individuo que le predisponen a reaccionar de una manera determinada.

Como hemos revisado, los planteamientos tradicionales vienen a definir el afrontamiento de acuerdo a las características que su teoría plantea, por lo cual podemos ver que la primera se basa principalmente en la conducta y por tal no considera las cogniciones, y la segunda considera solamente a la cognición dejando de lado la conducta con relación a su ambiente; siendo así una limitante para poder explicar el afrontamiento como una habilidad del ser humano.

Con las anteriores aproximaciones, se aportaron las reconceptualizaciones y construcciones metodológicas de la teoría del afrontamiento con lo cual se definiría a esta teoría como parte de la psicología cognitivo-conductual y principalmente se enfocaría a estudiar individuos con enfermedades crónicas y terminales. Esto con el fin de investigar como combaten el estrés que está presente durante el proceso de salud-enfermedad.

Asimismo, se busca analizar que es lo que el paciente piensa, siente y que hace ante cada una de las situaciones demandantes de la enfermedad, esto es, cuál es la estrategia de afrontamiento. Esta teoría considera todos los mecanismos que tienen los pacientes de tipo cognitivo y conductual para enfrentarse en situaciones aversivas que le incitan a presentar cambios fisiológicos y psicológicos.

Tras varios años de estudios e investigaciones con personas, Lazarus y Folkman (1984) definieron al afrontamiento como "aquellos 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" (p. 164). Esta definición trata de superar las limitantes de los modelos tradicionales contemplando diferentes rubros que antes no se tomaban en cuenta.

Estos mismos autores consideran principalmente cuatro instancias por las cuales se diferencia su planteamiento de los tradicionales:

- Este planteamiento está orientado hacia el afrontamiento como proceso en lugar de como un rasgo.
- Esta definición implica una diferenciación entre afrontamiento y conducta adaptativa automatizada, al limitar el afrontamiento a aquellas demandas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Con esto, se limita al afrontamiento a aquellas condiciones de estrés psicológico que requieren la movilización y excluyen a las conductas y pensamientos automatizados que no requieren esfuerzo.
- El problema de confundir el afrontamiento con el resultado obtenido queda solventado al definir el afrontamiento como los esfuerzos para manejar las demandas, lo cual permite incluir en el proceso cualquier cosa que el individuo haga o piense, independientemente de los resultados que con ello obtenga.
- Se considera que al utilizar la palabra manejar, se evita equiparar el afrontamiento al dominio. Manejar puede significar minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes así como intentar dominar el entorno.

A partir de esta conceptualización se tiene en cuenta que **el afrontamiento tiene dos funciones principalmente:**

- 1) Manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación, esto es el afrontamiento dirigido al problema
- 2) Regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia, así el afrontamiento es dirigido a la emoción

### 3.2.1. Estrategias de afrontamiento

Se considera que los tipos del afrontamiento se influyen uno al otro aunque sean procesos separados. Ahora bien, en la estrategia de afrontamiento enfocada al problema (la cual consiste de conductas y estrategias cognitivas que apuntan a la resolución de problemas y conflictos, y es más usado en situaciones donde una persona tiene una sensación de autocontrol); se encuentran tres de las ocho estrategias de afrontamiento propuestas por Lazarus y Folkman (1984); las cuales, se describen a continuación:

- **Resolución del Problema**

Incluye la habilidad para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibilidades y alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción adecuado. Estos recursos derivan de las experiencias previas, almacenamiento de información, habilidades cognitivo-conductuales para aplicar esta información y la capacidad de autocontrol.

- **Responsabilidad**

Estas constituyen un importante recurso debido al importante papel de la actividad social en la adaptación humana. Estas habilidades se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva. Estas habilidades facilitan la resolución de los problemas en coordinación con otras personas, aumentan la capacidad de atraer su cooperación y/o apoyo y, en general aportan al individuo un control más amplio sobre las interacciones humanas. La importancia de esta habilidad se hace evidente en muchas áreas, incluyendo los programas terapéuticos que ayudan al paciente a manejar los problemas cotidianos así como los programas de entrenamiento que persiguen mejorar la comunicación interpersonal.

- **Apoyo Social**

El hecho de tener apoyo social viene a determinar la habilidad de afrontar positivamente cualquier hecho aversivo. Se han reconocido tres tipos de apoyo: el emocional, el informacional y el tangible, éstos tienen la función de adaptación en el entorno social en referencia al paciente.

Por otro lado, en el tipo de afrontamiento enfocado a la emoción (que consiste de estrategias de ajuste cognitivo-conductual que no directamente intervienen con situaciones problema y es efectivo cuando la persona tiene poco control emocional sobre el curso de la enfermedad) se incluyen las cinco estrategias restantes: (Lazarus y cols, 1984)

- **Confrontativo**

Esta estrategia permite al individuo enfrentarse de "cara" a todo el problema. Aquí, el individuo percibe el antes y el ahora, acepta las diferencias y se permite la negociación consigo mismo. En esta etapa también se cuestiona todo lo relacionado a la adquisición del virus, el porqué le pasó, y si realmente tolerará las secuelas físicas y psicológicas de la infección.

- **Distanciamiento**

Esta estrategia de afrontamiento cognitivo-conductual, parece ocurrir con más frecuencia que la técnica de evitación, y en contraste con ésta, puede facilitar el ajuste psicológico. La gente reporta salir con amigos, tratándose ellos mismos como algo especial, y pensando cosas no relacionadas acerca de su condición, como forma de alejarse de estar pensando que se tiene la enfermedad. Los cines, teatros, y la música son también los medios más comunes para distraerse. Todas estas oportunidades de diversión, lejos de ser dañinas para la persona, disminuyen los estados avanzados de la infección.

La pérdida de empleo y de una disminuida vida social, provocan un mayor distanciamiento y alejamiento del enfermo en su comunidad.

- **Autocontrol**

Esta estrategia es fundamental en toda persona, ya que permite tener concentrada la emoción y dirigida la acción. El Autocontrol puede darse tanto interno como externo. En el primer caso, el control interno está determinado por ideas, pensamientos y sentimientos que van dirigidos a la negociación y resolución del problema; aceptar que el virus está dentro de su cuerpo y que tiene que ser lo más optimista y positivo posible. En este caso, la persona es realista al comprender que por descuido o ignorancia permitió el contagio, y no culpa a terceros de su condición. Por el contrario, el control externo está determinado por los elementos que están fuera de él mismo y sus ideas y pensamientos, al igual que sus acciones; siempre estarán enfocadas a contribuir con médicos, psicólogos, trabajadores

sociales y todo profesional de salud, a mantenerse siempre apegado al tratamiento, y a tener confianza en que la ayuda que se le proporciona es la correcta. Aquí, la persona acepta todas las condiciones de su enfermedad, permite el asesoramiento médico ya que tiene plena confianza en que se encontrará alguna vacuna o cura contra la infección si él colabora en todo lo que sea posible.

- **Escape-evitación**

Para la mayor parte, éstas estrategias corresponden a la ansiedad psicológica y al pobre periodo largo de ajuste. La evitación cognitivo-conductual ocurre muy frecuentemente en los enfermos ante cualquier enfermedad. Así, como otras condiciones médicas, el afrontamiento de evitación en la enfermedad conduce a incrementar la ansiedad psicológica y a la dysphoria.

El afrontamiento de evitación incluye simple malestar por olvidar todo lo relacionado con estar con la enfermedad, anulando todo tratamiento médico y negándose en toda discusión sobre ésta y sus consecuencias.

- **Reevaluación positiva**

Percibirse a uno mismo como positivo se considera un importante recurso psicológico de afrontamiento. Aquí se incluyen las creencias generales y específicas que sirven de base para la esperanza y que favorecen en las condiciones más adversas. 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 o un programa determinado resultaran eficaces, o bien por el hecho de tener fe en la justicia, la voluntad o en Dios. La esperanza existirá sólo cuando tales creencias hagan posible un resultado positivo, o por lo menos probable.

Por otro lado, se afirma que el afrontamiento viene determinado por la evaluación cognitiva, pero además se consideran los recursos con los que el paciente dispone y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos, lo cual determinará la forma en que realmente se afronta la situación; dentro de los más importantes están:

1) Salud y energía: Estos son los recursos más relevantes en el afrontamiento de muchas sino es que en todas las situaciones estresantes. Una persona enferma, cansada o débil, tiene menos energía que aportar en el proceso de afrontamiento que otra saludable. Sin embargo es de consideración el hecho de que una persona enferma y/o débil puede afrontar una situación cuando lo que se halla en juego es lo suficientemente importante para ella.

2) Los recursos materiales: Estos se refieren al dinero, a los bienes y a los servicios que pueden adquirirse con él. Las personas con dinero generalmente viven mucho mejor, y obviamente proporciona el acceso fácil a la asistencia necesaria.

Por otra parte, en lo que concierne a las etapas o estados contenidas en este proceso, Lazarus y cols. (1984) señala tres:

- **Anticipación:** Es la espera de un evento dañino no ocurrido aún, en el cual el individuo se cuestiona cómo, cuándo y con cuáles recursos contará para la presentación del posible evento amenazante, que generalmente son de tres tipos:
  - a) Evitan y/o frenan pensamientos acerca de la posible amenaza.
  - b) Rechazan los efectos dañinos posibles, o
  - c) Se previenen buscando información del evento amenazante.
- **Impacto:** Se evalúa su significación con las revalorizaciones de la situación real, cuando ocasionalmente no ocurre, deja un fuerte desgaste emocional y cognitivo.
- **Post-impacto:** En esta etapa se analiza como recuperarse de los daños psicológicos y materiales del evento estresante.

Para poder distinguir los efectos del afrontamiento, Lazarus y cols. (1984) han identificado al:

### 1) Afrontador efectivo

En este primer tipo de afrontamiento se encuentran todas aquellas conductas benéficas para la salud, observándose una alta adherencia terapéutica. Al respecto, argumentan que en la efectividad de las técnicas de afrontamiento ante la enfermedad son influenciadas por dos grandes factores:

1.1) antecedentes y características personales, como lo son: edad, cognición, experiencias previas, desarrollo emocional, religión, etc.

1.2) características de la enfermedad física y el ambiente sociocultural.

### 2) Afrontador inefectivo

En este segundo tipo de afrontador se hacen dos categorías:

2.1) la gente que enfrenta su insatisfacción a través de fumar, drogarse, o beber excesivamente, incrementando la vulnerabilidad a la enfermedad (este camino es el más indirecto y dañino ya que implica el dañarse en el componente fisiológico)

2.3) si se encuentra una relación emocional negativa, la forma de afrontamiento por consiguiente incrementará el riesgo, tanto a una enfermedad física, psicológica y social, interfiriendo en la conducta de adaptación y afectando la salud en el aspecto integral.

### 3.2.2. Afrontamiento y enfermedad

Queda claro que se considera al afrontamiento como el esfuerzo para manejar las demandas ambientales e internas que contribuyen a exceder los recursos de la persona, y que el esfuerzo puede ser una acción orientada para él mismo. Sin embargo, es importante mencionar que Lazarus y Folkman (1984) explican que los factores situacionales también determinan las condiciones para que se lleve a cabo el afrontamiento, los cuales se dividen en tres rubros, que a continuación se presentan:

#### 3.2.2.1. Naturaleza del padecimiento.

La respuesta ante la enfermedad se percibe como un proceso de transición psico-social que se extiende continuamente a través del tiempo. Si ocurre una inactividad en algún punto dado del proceso, lo que aparece es el esfuerzo del individuo para adaptarse y manejar el estrés inmediato, impuesto por el padecimiento. El factor más importante que determina los ajustes que el paciente hace, es la naturaleza concreta de la enfermedad. Para entender los esfuerzos adaptativos de una persona, puede realizarse un claro y detallado cuadro de las realidades específicas para ser afrontadas y de cuantos de estos nuevos factores de vida son percibidos y organizados por el individuo. Sin embargo, cada paciente enfrenta una situación particular y sufre experiencias únicas por lo que se le puede dar un ejercicio específico. Lazarus y cols. (1984) plantean que como una forma conveniente de organizar la secuencia de las emisiones y las tareas adaptativas alrededor de estados sucesivos en el curso del padecimiento es utilizando los siguientes rubros:

- **DESCUBRIMIENTO DE LA ENFERMEDAD**

Empieza generalmente silencioso e interno y frecuentemente se presenta en formas inocuas e indoloras. Debido a los miedos intensos asociados con esta posibilidad, hay una gran tendencia a ignorar los síntomas tempranos o por racionalizar su existencia trivial. Respuesta adaptativa: Apreciar el significado del descubrimiento y el tratamiento inicial apropiado. Sin embargo, esto es frecuentemente el resultado de un proceso extenso que involucra mucha aprehensión e indecisión y que puede ser presionado siempre por el empeoramiento de síntomas o la urgencia de otros.

- **TRATAMIENTO PRIMARIO**

Para muchos pacientes, el tratamiento primario tiene la característica de una experiencia traumática: es un evento repentino, inesperado, lo que va a modificar la vida normal del individuo, todo esto conduce a un sentido de abrumación, de shock, entorpecimiento, impulso

de huir, explosiones de sentimientos y revelaciones repentinas, fantasías y sueños. Estos estigmas traumáticos pueden aun ser evidentes o manifestarse años mas tarde. Respuesta adaptativa: Adquirir habilidades para afrontar su situación, mantener un equilibrio emocional para adaptarse al medio nuevamente, sin que esto afecte el transcurso de su vida.

- **DAÑO DEL CUERPO POR LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO**

El deterioro o desfiguramiento funcional severo usualmente produce mayor estrés e inhabilidad, además de mayor atención médica. Los pacientes que tienen desfiguramiento visible, pueden presentar autoestima disminuida y distorsión en las relaciones íntimas. Los impedimentos serios de la función del cuerpo pueden obligar al paciente a renunciar a su trabajo, parientes o actividades altamente valoradas por ellos. Respuesta adaptativa: Reemplazar o compensar las partes o funciones perdidas hasta donde sea posible y maximizar otros potenciales para mantener un sentido de autoestima.

- **MANTENER LA CONTINUIDAD**

El paciente reporta que se presentaron cambios por la enfermedad y ha desarrollado nuevas actitudes acerca del tiempo, mortalidad, trabajo, relaciones personales y sus prioridades en la vida. Frecuentemente, encuentran que son tratados de manera diferente por la familia, amigos y empleados. Para algunos no es fácil regresar a las demandas y responsabilidades de su vida cotidiana, especialmente cuando peligran sentimientos de cansancio y aprehensión sobre el futuro. Respuesta adaptativa: Comunicación continua, es decir; no mantenerse aislado por los demás, sin tener otras actividades, expresar sentimientos, dudas, experiencias propias de la enfermedad, convivir con familiares y amigos.

- **POSIBILIDAD DE RECURRENCIA Y PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD**

El miedo a la recurrencia tiende a ser mas marcado después del tratamiento primario y disminuye gradualmente con el tiempo, sin embargo; persiste por años y puede ser reactivado dramáticamente por síntomas nuevos (relacionados o no con la enfermedad). Tal miedo puede influir profundamente en las decisiones de su vida. Respuesta adaptativa: Para vivir con este miedo, es necesario adquirir habilidades para apreciar la vida de forma diferente y olvidar, pensar en la realidad para continuar con el seguimiento médico adecuadamente, al mismo tiempo considerar nuevos planes a mediano o corto plazo.

- **ENFERMEDAD RECURRENTE**

Si se descubre falta de tratamiento primario, la perspectiva del paciente cambia. Es casi un "sobreviviente" de la enfermedad y se prepara para nuevos síntomas físicos como: imposibilidad del tratamiento apropiado, dolor, enfermedad progresiva y muerte; lo cual suele ser muy difícil. Un problema que estresa frecuentemente a los pacientes en este estado es la dificultad de mantener un sentido de autosuficiencia y control sobre sus vidas. El fracaso de sus esfuerzos y los de su médico para ir contra la enfermedad, puede llevar al paciente un sentimiento de impotencia y puede ser difícil no sucumbir al miedo, desesperación y pasividad. Los sentimientos de desamparo pueden incrementarse por la inhabilidad para controlar el impacto de la enfermedad en el curso, sus relaciones íntimas y sus funciones corporales. Respuesta adaptativa: Ejercitar cambios cuando sea posible y aceptar su dependencia y desamparo cuando sea necesario sin regresar a la búsqueda de una solución mágica de tratamiento apropiado.

- **PADECIMIENTO TERMINAL**

---

La mayoría de los pacientes terminales tienen por lo menos alguna idea de impedir la muerte, pero la realidad del desahucio, del dolor y la incapacidad pueden presentar algún problema relevante. Respuesta adaptativa: Los pacientes se preparan para convivir con familiares y amigos, quienes proporcionan amor, aprende el paciente a usar la asistencia médica y recursos internos para minimizar el dolor y tener autosuficiencia. Debe aprender a tomar decisiones y tener dignidad. Es necesario terminar con el pensamiento de muerte, ya que el resto de la vida puede ser vivida lo mejor posible.

### **3.2.2.2. Realidades del padecimiento**

Se refiere a un análisis significativo del afrontamiento, puede comenzar con un desarrollo del problema que el paciente necesita dominar y resolver. En el caso del cáncer esos problemas son realmente grandes y las realidades del padecimiento son frecuentemente decisivas para determinar que modos de respuesta son posibles. Por ejemplo: la búsqueda de información puede ser esencial cuando se encuentra en el problema de tomar decisiones sobre el tratamiento inicial, pero puede ser irrelevante para tratar los problemas del estado terminal (Lazarus y Folkman, 1984).

### 3.2.2.3. Reacciones del paciente

Los esfuerzos por afrontar la enfermedad pueden verse en el contexto de los antecedentes y experiencias personales de cada paciente, su posición de la vida, sus esfuerzos, sus culpas y miedos. Sutherland (1977), enfatiza que las reacciones de un paciente pueden ser completamente entendidas sólo si uno investiga la medida individual de un padecimiento, la cual puede estar afectada por experiencias previas, por ejemplo: conocer a alguien que tuvo la enfermedad, conflictos no resueltos sobre dependencia, sexualidad y agresión, junto con culpa. Así también la personalidad y sus experiencias previas son importantes para posibilitar un repertorio y el cambio o efectividad de las estrategias de afrontamiento. Por esta razón, no se pueden clasificar las estrategias de afrontamiento como "buenas" o "malas" por sí mismas, sino dentro del contexto de efectividad de cada caso.

Para entender los modos de afrontamiento mencionados anteriormente, se requiere de una apreciación del contexto social en el que este esfuerzo se coloca, la familia, los amigos y toda aquella persona que de cierta manera se encuentra involucrada al paciente. En algunos casos, el paciente se encuentra devaluado y estigmatizado; ya que algunas personas pueden mostrar miedo al contagio, provocándoles una mala auto-imagen. Los síntomas y tratamientos de la enfermedad pueden interrumpir seriamente las relaciones o requerir adaptaciones del paciente para aquellos con los que interactúa.

En lo que se refiere a los mecanismos de afrontamiento, Mages y Mendelsohn (1981) consideran que pueden ser organizados en tres categorías básicas:

- 1) **Técnica para minimizar la angustia.**- Incluye los efectos para evitar, olvidar, controlar pensamientos y sentimientos perturbadores.
- 2) **Intentos para mediar con el padecimiento.**- Incluye la búsqueda de información sobre el padecimiento, tomar un papel activo en las decisiones del tratamiento, intentar compensar o reemplazar la pérdida de funciones o partes del cuerpo.
- 3) **Regreso a otros.**- Busca soporte de la familia y amigos, demandas a otros, y usar el padecimiento para manipular y ejercer cohesión en los demás.

Con lo explicado anteriormente, es importante resaltar que, de los problemas de salud que son abordados en el área de investigación de enfermedades crónicas-degenerativas, el que ha representado más problemas por todo el contenido emocional, cultural, económico y físico de la enfermedad es sin duda el VIH/SIDA. Un diagnóstico de este tipo generalmente trae modificaciones profundas en todos los ámbitos de la persona. Por ello, es necesario conocer todos los aspectos implicados dentro de esta enfermedad y que se describen a continuación.

## CAPITULO 4

---

### V.I.H./S I D A

#### 4.1. Antecedentes históricos de la enfermedad

En diferentes periodos de la historia, el hombre ha tenido que combatir diversas enfermedades que lo amenazan contra su salud. Hace años la peste podía terminar con poblaciones enteras, así como la tuberculosis o la lepra.

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

A finales del presente siglo la humanidad vive una de las más severas infecciones, por la magnitud que tiene a 19 años de haberse detectado y, por las limitaciones que todavía hay en la ciencia para crear una vacuna. La infección de la que se habla se le ha denominado SIDA, de las siglas SINDROME porque es un conjunto de síntomas, de INMUNO porque ataca al sistema inmunológico, DEFICIENCIA porque debilita al sistema inmunológico y ADQUIRIDA porque se contrae por contacto entre una persona sana y otra infectada.

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

De acuerdo a las investigaciones presentadas en la Gaceta de CONASIDA (1988a), en 1981 el Centro de Control de Enfermedades (C.C.E), en Atlanta, organismo que controla la incidencia de las enfermedades y el consumo de medicamentos en los Estados Unidos; publicó un artículo que demuestra la aparición de neumocistis pulmonar y sarcoma de Kaposi en varones homosexuales jóvenes. Ambas enfermedades eran raras en una población anteriormente sana, lo que propició investigación al respecto. Es entonces cuando se sospecha de la aparición de una nueva enfermedad. Posteriormente en 1982 se detecta síntomas parecidos en un número creciente de haitianos y hemofílicos se logra establecer los mecanismos de contagio son por vía sexual y sanguínea, en el mismo años se detectan casos en niños, observándose en todos los pacientes severas deficiencias inmunológicas.

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

En este mismo país el equipo del doctor L. Montagnier aísla el virus del SIDA denominándolo L.A.V. (Lymphadenopathia, Associated virus) seguido por el doctor R.C. Gallo en Estados Unidos quien lo denomina HTLV-111. Posteriormente esto origina una controversia sobre la denominación y la prioridad del descubrimiento, por lo que más adelante se le designará VIH.

A medida que transcurre el tiempo, la infección repercute en diversas esferas de la sociedad, así en 1985 en Francia todos los donadores de sangre son sometidos a una prueba de detección de anticuerpos para determinar la presencia del VIH (Cassuto, Pesce y Quaranta, 1987). Posteriormente se trata de determinar el origen del virus, sospechándose, por un lado, del papel que tiene el mono verde en el África central en donde se celebran ritos y sacrificios con estos animales, quienes al parecer son portadores del VIH, pero no padecen la enfermedad, en estos ritos se establece contacto con la sangre del animal sacrificado y es así como se cree pudo mutar al hombre. Para otros es consecuencia de la guerra bacteriológica, donde un elemento químico fue mal manejado en el laboratorio, y accidentalmente entró en contacto con el hombre y empezó a infectar a la población mucho antes de lo que el gobierno americano había previsto (Gaceta CONASIDA, 1988b).

Con estas dos hipótesis, es difícil definir una causa común sobre el origen de la enfermedad. Por ello, es más interesante conocer el proceso a través del cual una persona adquiere el VIH.

## 4.2. Características generales del VIH/SIDA

### 4.2.1. Aspectos médico-biológicos

Como se mencionó anteriormente, el agente etiológico del SIDA es el virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH), que pertenece a la familia de los retrovirus citopáticos<sup>1</sup>.

Se conocen dos variedades de virus: el virus VIH-1 y el VIH-2, que tienen una estructura similar, aunque son genética e inmunológicamente diferentes (Kumate, 1994). Ambos son partículas que miden de 80µm a 120 µm de forma esférica que consta de tres partes: una envoltura externa constituida por glucoproteínas, entre las que destacan gp 120 y 41, que sirven para la reunión del virus con las células infectadas (Masson, 1992); una parte intermedia de forma icosaédrica denominada cápside que está constituida por una bicapa lipica y una parte central que tiene una forma cilíndrica y contiene el genoma viral, la cual tiene tres regiones principales denominadas como gag, pol y env que codifican las proteínas nucleares, la enzima transcriptasa inversa y las proteínas de envoltura, respectivamente (Dolan y Desselberger, 1994).

<sup>1</sup> El flujo de información genética, usualmente va de ADN a ARN y de ahí a proteínas; por invertir este flujo de información, este grupo de virus recibe el nombre de retrovirus (Masson, 1992).

¿Qué significa lo mencionado anteriormente? A continuación se detallará en términos más claros y sencillos todo el proceso de infección por VIH.

El paciente enfermo de SIDA pasa por la siguiente descripción: el VIH, pertenece a la familia de los retrovirus, los cuales forman un eslabón entre los ARN-virus (o RNA= ácido ribonucleico) y los ADN-virus (o DNA= ácido desoxirribonucleico). Fuera de las células, el VIH existe en la forma de una partícula viral (virión) cuyo contenido genético es RNA. Al entrar a la célula humana una enzima viral denominada transcriptasa reversa, utiliza el mensaje genético contenido en dos cadenas de ARN del virus para construir sendas moléculas de DNA-viral (DNA proviral). Este provirus elaborado en el citoplasma de la célula humana infectada, se desplaza al interior del núcleo, donde permanece en forma libre o se integra al DNA de la célula en cualquiera de sus cromosomas, en cuyo caso reciben el nombre de "provirus integrados", pudiendo permanecer inactivo durante un tiempo variable, difícil de precisar (Haseltine y Staal, 1990).

Durante esta etapa el individuo se encuentra libre de síntomas y las pruebas de laboratorio aún son negativas. Esta etapa se conoce como "etapa de silencio clínico e inmunológico o periodo de ventana", una vez transcurrida dicha etapa, el individuo afectado desarrolla anticuerpos específicos contra el virus.

Para su estudio, Daniels (1987) consideró que la infección de VIH está dividida en tres etapas, las cuales facilitan su comprensión:

### **Etapa I**

En esta etapa, se encuentran los pacientes que han recibido un diagnóstico positivo al VIH, pero no manifiestan síntomas de la infección. También, es posible que la persona infectada tenga un cuadro clínico de pocos días de evolución (menos de siete días), de tipo inespecífico que en ocasiones, puede semejar un cuadro gripal, en otras un episodio faringoamigdalino agudo o bien una mononucleosis. Posteriormente a este inicio, el paciente entra a una evolución asintomática; la duración es variable entre un promedio de tres a ocho semanas hasta un año. Dado que esta primera etapa cursa asintomática, resulta difícil identificar al paciente que evoluciona en este estadio debido a que no existen anticuerpos séricos y por lo tanto, las pruebas disponibles no brindan utilidad para identificar pacientes con esta evolución.

Dentro de esta etapa, la presencia de anticuerpos (inmunoglobina G) se identifica mediante la prueba denominada Elisa. Esta prueba cuantifica la alteración que se produce entre el antígeno y el anticuerpo específico. Para ello se adhiere antígeno viral (que puede ser el virus completo o proteínas virales a una superficie sólida que va a servir de soporte para la reacción. Se añade el suero del individuo que se está diagnosticando y si en ese suero hay anticuerpos producto de la infección, reaccionan con el antígeno absorbido en la superficie sólida, formándose un complejo antígeno/anticuerpo. Para establecer el diagnóstico definitivo es necesaria más de una prueba de laboratorio, debe ser positiva en forma repetida la prueba ELISA y en una prueba confirmatoria llamada WESTERN BLOT o la de inmunofluorescencia. Esta consiste en detectar los anticuerpos contra las diversas

proteínas virales. Un individuo que solo presenta reacción con la proteína p24 no se considera positivo, pero si reacciona a más de dos se le considera positivo. Cabe aclarar, que no se realiza esta prueba a todas las muestras, solo al suero de aquellos individuos con ELISA POSITIVO, porque teóricamente es más complicado y el costo es 30 veces mayor. El paciente en esta etapa cursa también en forma asintomática, encontrándose por lo tanto abajo del umbral clínico, por lo que la duración de este estadio es prolongada, señalándose un promedio de cinco a siete años. Cabe señalar que existen variaciones al respecto, en especial dependiendo del mecanismo de transmisión, ya que en ocasiones por transfusión con productos contaminados, la duración de esta etapa es menor, posiblemente no más de tres años. El periodo más corto de evolución está relacionado con el mecanismo de transmisión madre infectada-hijo recién nacido, en los cuales la permanencia en esta etapa puede ser de sólo un mes (CONASIDA, sin fecha).

Hasta ahora, los diversos estudios de seguimiento no pueden asegurar que el 100% de pacientes seropositivos terminarán en SIDA y si bien esta última etapa puede tener en algunos casos lapsos de diez años de evolución, es también cierto que existen por lo menos dos posibilidades de cada diez de que el paciente pudiera permanecer en etapa I por tiempo indefinido. Al finalizar esta etapa, el paciente entra a una evolución clínicamente identificable.

## **Etapa II**

Esta etapa ha sido denominada linfadenopatía generalizada crónica, correspondiendo también a los que algunos llaman Complejo Relacionado al SIDA y otros PRESIDA (los dos últimos términos se consideran obsoletos en la actualidad). Aquí, se observa la aparición de síntomas clínicos. En esta fase el paciente desarrolla un crecimiento generalizado y persistente de ganglios linfáticos (LGP); caracterizándose por la presencia de ganglios linfáticos tumefactos, en diversos sitios como son: axilas, cuello, etc. en donde aumenta de tamaño, son duros, se mueven, pueden ser bilaterales y son simétricos. En esta fase se pueden presentar infecciones oportunistas que ataquen al paciente tales como: el herpes simple, el citomegalovirus, la tuberculosis, *Candida albicans*, entre otras infecciones (Daniels, 1987).

Es importante clasificar por separado esta fase, ya que refleja que la LGC puede ser benigna o por el contrario, puede ser agresiva.

Los síntomas que han sido observados en esta fase son:

- pérdida de peso mayor de 10%, sin explicación aparente durante un mes.
  - diarrea inexplicable por más de un mes
  - fiebre
  - sudoraciones nocturnas
  - candidiasis bucal
  - en exámenes de laboratorio se detecta disminución de Linfocitos T supresores con respecto a los colaboradores
  - anemia, etc.
- 

### Etapa III

Cuando el paciente llega a esta etapa, entonces se instala el SIDA propiamente dicho. Se considera caso de SIDA a la presentación en un paciente de alguna infección oportunista o neoplasia sugestiva de inmunodeficiencia celular, diagnosticada en forma confiable y que se haya descartado otra enfermedad subyacente (desnutrición grave, tuberculosis crónica, cáncer). Estas enfermedades incluyen neumonía por *Pneumocystis*, herpes simple mucocutáneo diseminados de más de cinco semanas de duración, enterocolitis por *Cryptosporidium* de más de cuatro semanas de evolución; esofagitis de *Candida albicans*, citomegalovirus, herpes simple, leucoencefalopatía multifocal progresiva, neumonía, meningitis o encefalitis, por uno o más de los siguientes patógenos: *Aspergillus*, *Cryptococcus*, Neoformans, Citomegalovirus, *Nocardia*, *Strongyloides*, *Toxoplasma gondii*, o Mycobacteriosis atípicas. La presencia de Sarcoma de Kaposi en los pacientes menores de 60 años o linfoma primario del sistema nervioso central, o el síndrome de desgaste, el cual está formado por fiebre prolongada con duración con más de un mes intermitente o constante; diarrea crónica de un mes o más de duración y pérdida del 10% del peso corporal (sin causa aparente); todos estos constituyen causas de SIDA (Daniels, 1987).

Entre las infecciones secundarias se encuentran:

- Manifestaciones gastrointestinales. Es de los principales órganos afectados por infecciones y neoplasias, las cuales pueden ser generadas por microorganismos no oportunistas o por algunas de estas bacterias: *Salmonella*, *Shigella*, protozoarios como *Entamoeba histolytica*, herpes simple, hepatitis y hongos.
- Manifestaciones cutáneas. En muchos casos, las manifestaciones en la piel son los principales signos de la enfermedad, pueden presentarse como padecimientos comunes, son atípicas, floridas, y con escasa respuesta al tratamiento.
- Encefalitis. En la tercera parte de los pacientes clínicamente se sospecha de iniciarse cambios en la esfera cognitiva, y en ocasiones confusión mental, alteraciones de memoria, pérdida de la concentración, hiperreflexia, ataxia, pérdida de la libido, debilidad de miembros inferiores, pudiendo evolucionar a demencia en semanas o meses.
- Neumonía por *Pneumocystis carinii*. Este organismo ocasiona una neumonía frecuentemente mortal en diferentes grupos de pacientes con inmunosupresión. Es factible lograr la recuperación de los pacientes que presentan el primer episodio, pero el pronóstico no es tan bueno en los episodios subsecuentes, debido a la mayor posibilidad de infecciones simultáneas. La presentación clínica se caracteriza por fiebre elevada de 39°C, continuando con tos en exceso que aumenta en intensidad y frecuencia; posteriormente aparece dificultad para respirar. En la mayoría de los casos no se encuentran datos importantes en la auscultación de los campos pulmonares.

II. Sarcoma de Kaposi. Es la neoplasia más comúnmente asociada al SIDA. Se presenta generalmente con lesiones cutáneas mucopolipares o nodulares, ovoidales, rojas o violáceas, no dolorosas ni pruriginosas. Habitualmente son múltiples, bilateralmente simétricas y pueden surgir en cualquier parte de la superficie corporal, especialmente en el tronco y la cabeza, siguiendo las líneas de tensión de la piel. La presencia de esta infección por sí misma para el diagnóstico del SIDA.

#### 4.2.2. Transmisión del VIH

Solo es posible a través de tres mecanismos que se conocen como vías de entrada:

1. Vía sanguínea. El VIH se transmite a través de la transfusión de sangre completa o hemoderivados como son: concentrado de factores de coagulación, plaquetas, eritrocitos, leucocitos y plasma (Masson, 1992).

Otro mecanismo de transmisión por esta vía está constituido por agujas contaminadas con sangre infectada, principalmente en drogadictos por vía intravenosa que comparten agujas y jeringas o que realizan "pactos de sangre". También se transmite a través de instrumentos punzocortantes como material quirúrgico, agujas de acupuntura y cualquier otro sin esterilizar. Puede ocurrir transmisión accidental en personal de salud que han sufrido un pinchazo accidental con agujas contaminadas (Sepúlveda, 1990). Por último, también se han descrito casos en receptores de órganos y tejidos transplantados (Masson, 1992).

2. Vía Perinatal. La transmisión de una madre infectada a su producto puede ocurrir por tres formas: durante el embarazo, ya que el virus atraviesa la barrera placentaria; durante el parto, al existir contacto de sangre materna con la del producto y durante la lactancia. La eficiencia de transmisión perinatal no está claramente definida pero las cifras varían entre 12% al 50% (Kumate, 1994).

3. Vía Sexual. El contacto sexual es claramente el modo predominante de infección en todo el mundo. Existen casos de transmisión sexual de hombre a hombre, hombre- mujer, mujer-hombre, y excepcionalmente de mujer a mujer; aunque la eficacia de transmisión no es igual en todos los casos, este mecanismo de transmisión se explica porque durante el coito, ya sea vaginal o anal, ocurren pequeñas laceraciones en el tejido que posibilitan la entrada del virus a través del cambio de secreciones como la sangre, el semen, secreciones vaginales u otros fluidos genitales. Aunque el virus también es capaz de atravesar las membranas mucosas durante el acto sexual (Masson, 1992).

Otra forma de transmisión es el sexo orogenital, debido a que entran en contacto las membranas mucosas bucales con fluidos o con la sangre. De esto se desprende, que el modo de transmisión depende de las prácticas sexuales y no de la preferencia sexual (Sepúlveda, 1990).

#### 4.2.3. Tratamiento

El tratamiento de la infección por VIH es complejo, pero puede resumirse en lo siguiente:

1. Fármacos antivirales. Este grupo de medicamentos actúa impidiendo la reproducción del virus dentro de la célula, mediante la inhibición de la enzima inversa (Schwartz, 1992). Estos fármacos se emplean a menudo en etapas asintomáticas de la infección por VIH para evitar su progresión; en estos casos el criterio para utilizar dichos fármacos antivirales, es un conteo menor de 500 linfocitos CD4+ CD8+ <sup>2</sup>(CONASIDA, 1990b). Entre los agentes más empleados

<sup>2</sup> Este conteo de subpoblaciones de linfocitos es un indicador relativo del funcionamiento del sistema

actualmente esta la zidbudina (azidotimidina o AZT), que administrada por vía oral reduce la incidencia de infecciones oportunistas, mejora la respuesta inmunológica e inhibe la replicación del virus; aunque tiene la desventaja de producir efectos adversos como la anemia, cefalea intensa, insomnio, malgias y neuropatía periférica (Goodman, 1991). La actividad antiviral de estos fármacos se ve reducida porque el virus puede desarrollar resistencia a estos medicamentos, por lo que se utilizan combinaciones de estos agentes para mantener su productividad (Goodman, 1991). La última generación de fármacos son los inhibidores de proteasa<sup>3</sup>, estos medicamentos son el Ritonavir y el Saquiavir, aunque son caros y están sujetos a investigación muy intensa (Schwartz, 1992). Modulares inmunológicos. Este grupo de tratamientos intentan reforzar la habilidad del cuerpo y fortalecer el sistema inmunológico; se utilizan fármacos como el alfa interferón, la gammaglobina IV, entre otros. Este método se encuentra en constante investigación y continuamente se tienen fármacos más eficaces y menos tóxicos (Schwartz, 1992).

2. Tratamiento y prevención de las infecciones oportunistas. En esta categoría se ubican tratamientos contra infecciones oportunistas específicas que se producen durante el SIDA. Muchas infecciones oportunistas pueden ser controladas o eliminadas por el uso de fármacos. Por ejemplo: para prevenir la neumonía por *Pneumocystis carinii* se emplea la dapsona, el trimetropim y pentamidina y para el tratamiento del herpes se utiliza el aciclovir (CONASIDA, 1990b). Algunas infecciones requieren la administración de fármacos durante toda la vida del enfermo, como la infección por citomegalovirus y toxoplasmosis; y otras son intratables como la leucoencefalopatía multifocal progresiva y algunos linfomas (Tamayo, 1990).
3. Vacunas. No hay una vacuna que elimine la posibilidad de un contagio por el virus del VIH-SIDA y la única medida disponible en la actualidad para evitar la diseminación de la enfermedad es la **prevención**, que se ubica a dos niveles:

#### 1) **Prevención de la transmisión sexual**

La educación para prevenir la transmisión sexual requiere de modificar conductas y prácticas que ponen en riesgo al individuo de adquirir la infección, siempre respetando los valores y patrones culturales de los grupos a quienes va dirigido (Sepúlveda, 1990). Entre las medidas que se recomiendan están: la abstinencia

---

inmunológico; ya que este se afecta por numerosos factores: nutricionales, emocionales, etc.

<sup>3</sup> Esta enzima permite el virus ensamblarse dentro de la célula.

sexual, las prácticas de sexo protegido, es decir, toda actividad sexual en la que se evita el intercambio de sangre y fluidos sexuales (semen, líquido preeyaculatorio masculino, líquido eyaculatorio femenino y flujos vaginales), por medio de la utilización de implementos como guantes y dedales de látex, Kleen pack, diques dentales, condones de látex y lubricantes solubles en agua, los cuales evitan el intercambio de secreciones, por lo que se consideran de bajo riesgo (Francesco, 1989).

El sexo seguro se refiere a toda actividad sexual en la que no existe intercambio de fluidos sexuales y sangre; por ejemplo: besos secos, masturbación mutua, eyaculación sobre piel sana<sup>4</sup>, abrazos, entre otras. Como el intercambio de fluidos es nulo, estas prácticas se consideran sin riesgo (Francesco, 1989).

## **2) Prevención del contagio por transmisión sanguínea. Se lleva a cabo en cuatro niveles:**

1. Por transfusión sanguínea. Se basa en la detección de la infección en todos los donadores de sangre, además de la realización de pruebas de detección en toda la sangre que se transfunde, con lo que se considera "sangre segura" a aquella que ha sido analizada, que se identifica con una etiqueta verde fosforescente; estas medidas están contenidas en la Ley General de Salud de 1986 (Sepúlveda, 1990).
2. Por instrumentos punzocortantes. Se recomienda la utilización de agujas y jeringas desechables, no compartir instrumentos personales como tijeras, cortañas; esterilizar mediante los procedimientos habituales<sup>5</sup> del instrumento quirúrgico, agujas de acupuntura y cualquier tipo de material punzocortante.
3. Por drogadicción intravenosa. Esta vía de transmisión es poco frecuente en México, por lo que se han implementado medidas educativas en este sentido.
4. Por transmisión Perinatal. Se basa en la difusión de medidas educativas a las parejas en edad reproductiva, brindándoles la opción de la detección oportuna de la infección; la información sobre los riesgos y posibilidad de infección.

Para finalizar este apartado, es importante señalar, que informar a la comunidad no es suficiente para que se lleven a cabo conductas que nos prevengan de adquirir la infección por VIH. Se requiere de más investigaciones en esta área, ya que es un campo que reporta grandes aportaciones para cimentar y consolidar las aportaciones de la psicología en el ámbito de la salud. Por ello, a continuación se describen algunos estudios que se han realizado en torno a este tópico.

<sup>4</sup> Se considera piel sana cuando no está recién rasurada, ni presenta irritación o quemaduras por exposición al sol.

<sup>5</sup> Se puede utilizar la esterilización por vapor a presión durante 20 minutos, por calor seco durante dos horas, por ebullición de 20 minutos y por inmersión por 30 minutos.

#### 4.3. Afrontamiento en pacientes con V.I.H./SIDA. Estudios Preliminares

Se han efectuado diversos estudios para evaluar el problema de afrontamiento a la enfermedad, comparando entre sí grupos de enfermedades y características personales de los pacientes.

Strain (1993) realizó un estudio de correlación para evaluar el motivo de interconsulta psiquiátrica y la presencia del problema de afrontamiento a la enfermedad, obteniéndose los siguientes resultados: los pacientes mal afrontadores eran más jóvenes, casados, empleados, vivían solos, de raza blanca con un nivel educativo mayor. Los autores de dicho estudio concluyeron que al experimentar más "pérdidas", el sentido de responsabilidad incrementó el riesgo de este grupo de pacientes. La comorbilidad más frecuente con patología psiquiátrica en este grupo de pacientes fue el de reacción de ajuste con síntomas depresivos y/o ansiedad, evolucionando en diversos casos al presentar depresión mayor.

A pesar de que el problema de afrontamiento no es la causa más frecuente para referir al paciente al psicólogo, aparece como una de las principales (Strain, 1993). Como manifestación del problema de afrontamiento a la enfermedad médica y/o psicológica se observan cambios de conducta, de aceptación y apego al tratamiento. Esto difiere de cada grupo social y cultural, variables demográficas y por la naturaleza de la enfermedad.

En el caso del VIH/SIDA, la respuesta de afrontamiento presenta diversos matices. Por ejemplo, en un estudio realizado con 20 pacientes seropositivos en centros médicos, se determinó el grado de no afrontamiento a la enfermedad oscilando entre el 19% en pacientes internados, quienes a pesar de dicho problema aceptaron el tratamiento. Se reportaron pacientes que rehusaron a internarse por cien días para sus cuidados. Este reporte, comparado con pacientes con Leucemia es muy alto ( $p=0.05$ ). En ambos estudios se compararon a pacientes con SIDA y Leucemia, sin encontrar diferencias sociodemográficas que influyeran en la decisión del paciente, concluyendo que los pacientes con SIDA toleran menos el internamiento, muchas veces por ocultar su diagnóstico, por la no aceptación del mismo, lo que repercute negativamente en la evolución de la enfermedad (Blumenfeld and Milazo, 1990).

Debido al problema de afrontamiento y adaptación a la enfermedad el riesgo de suicidio es mayor en pacientes con SIDA en comparación con pacientes portadores de otra enfermedad potencialmente mortal, como es el cáncer cuando no es detectado a tiempo (Cote and Biggar, 1992).

En un trabajo realizado de 1987 a 1989 de un total de 165 suicidios, el 35% ocurrió por envenenamiento, con mayor incidencia en pacientes portadores de una enfermedad crónica y/o potencialmente mortal, haciendo mención especial a pacientes con SIDA. Los autores concluyeron que una de las principales causas fue la no aceptación y mal afrontamiento de la enfermedad, por el estigma social creado alrededor de la misma (Adler, 1990).

Todos los pacientes con VIH/SIDA que presenten o no problemas de afrontamiento, reflejados en cambios de conducta con ansiedad, necesidad de apoyo y consuelo, una vez iniciados los síntomas de la enfermedad deben ser evaluados por el psicólogo para lograr un mejor conocimiento del paciente y poder prever alteraciones cognitivo-conductuales mayores. El hecho de proporcionar esta ayuda al paciente portador del VIH puede dar como resultado la mejor aceptación del diagnóstico y adherencia al tratamiento (Adler, 1990).

En el caso de los estudios de pacientes con SIDA se han reportado la existencia de problemas sociales y personales previos al diagnóstico, que están en íntima relación con el tratamiento y evolución de la enfermedad. Diversos pacientes estudiados presentan además mal estado físico como: desnutrición, deficiencia multivitáminica y proteica, lo que afecta aún más la evolución de la enfermedad. Numberg (1984) y Schieifer (1989) realizaron estudios encaminados a relacionar la coexistencia del afrontamiento en pacientes con VIH/SIDA y la presencia de síntomas depresivos y el sistema inmunológico. En su estudio con 40 pacientes portadores del VIH. La "Depresión" fue el diagnóstico o motivo de referencia en el 30% de los pacientes. Los principales motivos de la presencia de síntomas psicológicos fueron los siguientes:

1. Mal afrontamiento y negación a la enfermedad.
2. Incertidumbre sobre o acerca del diagnóstico de VIH/SIDA.
3. Desconocimiento de las características absolutas de la enfermedad.
4. El estigma creado alrededor de la enfermedad.
5. Recibir poco apoyo social.
6. Estilo de vida previo.
7. Rol o papel de la familia y sociedad.

Se trató de agrupar y enumerar las posibles causas por las que en el caso del VIH/SIDA se presentó con mayor frecuencia el problema de afrontamiento en comparación con otras enfermedades crónicas-degenerativas, como lo es el cáncer. En esta investigación en particular enumeraron los siguientes factores:

- a) Incertidumbre respecto a la etiología, curso y tratamiento de la enfermedad. Provocando en el paciente una reacción de enojo, coraje hacia sí mismo y/o médicos.
- b) Poco apoyo social, inclusive del personal de salud lo que es evidente al observar el trato hacia el paciente.
- c) Diversos pacientes con SIDA presentan conflictos sobre su orientación y conducta sexual, experimentando sentimientos de "culpa" y autocastigo por su conducta sexual.

Así mismo, se han desarrollado diversas investigaciones en donde se manifiesta una preocupación real por la atención a la mujer infectada. Kaplan (1997) en su estudio sobre ansiedad y afrontamiento en este tipo de población, encontró que aproximadamente el 40% de ellas, clínicamente reportan niveles altamente significativos de síntomas depresivos y ansiedad; principalmente en las Latinas, America-africanas y de raza blanca. Sus respuestas de afrontamiento más marcadas fueron la búsqueda de un encuentro con Dios y el redescubrimiento de sí mismas, sugiriendo que el trabajo clínico debe manifestar mayor importancia a las prácticas espirituales y a la búsqueda de su identidad.

Otros autores como Mueller, Medina, Dunbar, y Wolf (1997) encontraron resultados similares en su estudio con mujeres latinas. Estos afirman, que hasta la fecha poco se conoce acerca de los factores culturales que influyen en el afrontamiento a la enfermedad VIH/SIDA en esta población. Su trabajo describe el uso de entrevistas cualitativas individuales para recabar información acerca del estrés y su resistencia, concluyendo que la mujer necesita mecanismos de afrontamiento como: el uso de remedios curativos no tradicionales, grupos de apoyo terapéutico, prácticas espirituales y de educación sexual.

En esta misma línea de Investigación, Nyamathi y Stein, (1997) estudiando mujeres de la región del Este de África, concluyen que el uso de talleres vivenciales, pláticas educativas y grupos de apoyo, mejoran las habilidades de afrontamiento, ya que encontraron que la ignorancia y la pobreza son factores importantes en la adquisición del virus.

Donnelly (1996) examinó la relación entre las respuestas de evitación y síntomas de depresión subclínicos entre 26 pacientes con la infección de V.I.H., 98 sujetos en la etapa final de fracaso renal y 60 sujetos con cáncer de mama. Los resultados muestran que los puntajes de evitación fueron diferentes significativamente a través de los grupos, siendo alto en aquéllos con la infección del VIH. Los puntajes de evitación correlacionaron positiva y significativamente con los puntajes de depresión. Los sujetos con VIH no alcanzaron los criterios de diagnóstico de depresión mayor. Así, los resultados sugieren que aunque los sujetos con VIH tienen síntomas psiquiátricos menores, no son suficientemente fuertes para buscar un trastorno psiquiátrico.

En un estudio parecido Fukunishi, Hosaka, Matsumoto, Hayaski, Megishi y Moeiya, (1997) quienes examinaron la influencia de varios factores psicosociales (por ejemplo: respuestas de afrontamiento, apoyo social), en 47 pacientes VIH sin SIDA y un grupo control sano. El grupo con VIH indicó fuertes síntomas depresivos significativamente correlacionados con conductas de afrontamiento de evitación. Al momento de recibir apoyo social, esta correlación disminuyó significativamente. Los resultados sugieren que aunque los síntomas depresivos no son bastante fuertes para autorizar un desorden psiquiátrico, combinados con poco apoyo social y conducta de afrontamiento de evitación, pueden ser factores de alto riesgo que logren desestabilizar al paciente con dicha enfermedad.

Por último, en el estudio realizado con homosexuales infectados con V.I.H., donde su propósito era establecer la prevalencia de los problemas psicosociales e identificar los factores asociados con la morbilidad psicológica, se encontró que de los dos grupos comparados (uno con 24 pacientes con VIH positivos y el otro con 25 seronegativos), el primero tuvo puntajes inferiores en el status psicológico y mayores dificultades sexuales. También se presentaron diferencias en las creencias sobre la salud y la conducta de afrontamiento. Finalmente, la morbilidad psiquiátrica se asoció con desesperanza, enfermedades psiquiátricas previas y SIDA (Catalan, 1992).

Considerando todo lo anterior, se puede observar que en dichos estudios no se describe el trabajo del psicólogo en el tratamiento de pacientes con VIH/SIDA y solo se limitan a tratar los síntomas como depresión y/o ansiedad secundarios al diagnóstico y la no aceptación y mal afrontamiento; pero no en ayudar al paciente a resolver los problemas previos a la enfermedad, así como todos los que surgen durante la evolución de la misma, empezando por lograr un buen afrontamiento de la enfermedad, aceptación del tratamiento, involucrando a la familia y equipo de salud en todo el proceso y comprensión del paciente.

Finalmente, a continuación se muestra un análisis epidemiológico de la infección del VIH/SIDA en México.

#### **4.4. Panorama actual del VIH-SIDA**

Los primeros casos de SIDA fueron identificados en 1981, y su vigilancia epidemiológica principió en 1983. Con estos antecedentes se puede afirmar que el VIH fue introducido en México a mediados de la década de los setentas. Desde entonces y hasta el 1º trimestre del 2000, se han notificado 42,762 casos acumulados de SIDA a la Secretaría de Salud (información obtenida de la página de internet de la Secretaría de Salud <http://ssa.gob.mx.conasida>).

Por su naturaleza misma, los sistemas de vigilancia epidemiológica dependen de múltiples variables, como la definición y notificación de casos, la recolección, la confiabilidad de los datos y los medios para difundir los criterios internacionales establecidos, adaptados a la evolución de la ciencia (García, Valdespino, Loo, Palacios, Salcedo, Del Río, Magis, 1994). La información obtenida se ha sistematizado en el Registro General de Casos de SIDA, que funciona desde 1987 (Magis, Del Río, Valdespino y García, 1995), como base electrónica de datos. La información periódica correspondiente se publicó inicialmente en el Boletín Mensual SIDA/ETS, cuyo primer número apareció en marzo de 1987 y prosiguió hasta marzo de 1995 (Sida/ets, 1998). En México, se ha observado que la gran mayoría de los casos ocurridos en un año determinado y que serán objeto de notificación epidemiológica, no son conocidos en forma inmediata como lo estipula la Ley General de Salud en sus artículos 134 y 136, sino que son notificados varios meses e incluso, hasta más de tres años después de su diagnóstico, por lo que el retraso se calcula tomando en cuenta el comportamiento de la notificación de los años anteriores (Rosemberg, 1995); así como no hay que olvidar que la demora está determinada por el tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad, su diagnóstico y la notificación. La primera evaluación publicada calculó tal retraso en 36.7% (Valdespino, Del Río, García, Del Río, Magis, Salcedo, Loo, 1995), mientras que la última estimación indica que es equivalente a 35% (Valdespino, García, Sepúlveda, 1990). Por otro lado, el subregistro debe contemplar el número de casos que no son objeto de notificación epidemiológica, el cual se ha estimado de acuerdo con los resultados de visitas de supervisión realizadas a las unidades notificantes, donde se revisaron expedientes clínicos y sobre todo, certificados de defunción. La cifra fue cuantificada inicialmente en 26% y la última estimación fue de 18.5% (Valdespino, Del Río, García, Del Río, Magis, Salcedo, Loo, 1997).

#### 4.4.1. Vías de transmisión

- Transmisión Sanguínea

En México, además de las disposiciones legales que prohíben la venta de sangre y obligan a que toda la sangre transfundida haya sido previamente analizada, se realizan actividades educativas dirigidas a los donadores con la finalidad de evitar que personas con prácticas de riesgo donen sangre. Se advierte que la prevalencia de infección en donadores ha descendido durante estos últimos años, ya que en 1990 fue de 0.06% y 0.05% en 1995. Para 1998, presenta un leve ascenso de 1.0% en el ámbito nacional. Finalmente, para el 1er. Trimestre del año 2000 no se presentó ningún caso de transmisión por esta vía.

- Transmisión Sexual

La epidemia de SIDA es predominantemente una enfermedad de transmisión sexual (ETS), con una proporción de casos atribuibles a transmisión sexual en hombres de 91.4% y en mujeres de 56.6

Los múltiples estudios realizados en mujeres trabajadoras del sexo arrojan prevalencias bajas: en 1986, uno de éstos mostró una seroprevalencia de 0.4%; la Dirección General de Epidemiología, en 1987 y 1988, realizó otro estudio en varias ciudades, determinando la seroprevalencia de 0.9%. Finalmente, en mujeres trabajadoras sexuales que acuden al centro de información del CONASIDA en la Cd. de México han sido: en 1999 el 0.1%. Los resultados publicados muestran que en general, se ha mantenido una seroprevalencia relativamente baja (0.04% a 0.4%) en trabajadoras sexuales (CONASIDA, 1997). Revisando los datos más recientes publicados por CONASIDA en internet, se encontró que para el 1er. Trimestre del 2000 hay 92 casos de contagios por esta vía, siendo 60 para los heterosexuales y los 32 restantes homosexual y bisexualmente.

- Transmisión Perinatal

Al observarse un incremento de los casos de VIH-SIDA por transmisión heterosexual, se da un aumento concomitante de los casos en niños, por transmisión perinatal, de acuerdo con las tasas de natalidad registradas en nuestro país (CONASIDA, 1997).

En países en vías de desarrollo, la posibilidad de que una madre infectada por el VIH transmita la infección a su producto es de 25% al 30% en promedio, y varía de acuerdo con factores maternos que favorecen la transmisión perinatal, como la presencia de corioamnioitis, otras concomitantes, uso continuo de drogas intravenosas, ruptura prematura de membranas, bajo nivel de anticuerpos neutralizantes, nivel bajo de linfocitos CD4+ maternos, eventos obstétricos y el fenotipo viral. La transmisión del VIH de la madre infectada al hijo, puede ocurrir durante el embarazo desde la octava semana de la gestación, durante el parto y a través de la lactancia materna. Los estudios realizados demuestran que por lo menos 50% de las infecciones ocurren en fecha muy cercana al parto (CONASIDA, 1997). Finalmente, CONASIDA informa que para el 1er. Trimestre del año 2000 únicamente se han presentado 4 casos de contagio por esta vía.

- Uso de Drogas Intravenosas (UDIV)

Para el 1er. Trimestre del año 2000 no se presentó ningún caso de contagio por esta vía.

Cabe mencionar, que una tendencia de la epidemia del VIH/SIDA en México es hacia las áreas rurales, ya que aumenta cada vez más el número de casos en comunidades con menos de 2,500 habitantes. Hasta la fecha se han registrado una proporción baja de casos acumulados en este grupo (3.7%), manifestando un crecimiento continuo (Magis, Del Río, Valdespino, Garcia, 1995). Si bien, la media nacional de casos rurales es de 6.0% del total de los casos, existe gran variabilidad regional, encontrando estados como Zacatecas y Colima donde los casos de SIDA rurales representan más del 20%. La ruralización del SIDA se asocia significativamente con el antecedente de migración a los Estados Unidos.

Derivado de lo anterior, se observa una alta incidencia del contagio y surge la necesidad de prevenir la transmisión del virus del V.I.H. Así mismo, podemos ver que son escasos los estudios que evalúan las habilidades de afrontamiento y donde la metodología no está bien descrita. Por ello, la presente investigación surge como alternativa a la inquietud de conocer las respuestas de afrontamiento de los enfermos con V.I.H. en su primera etapa (de 1 a 4 meses de haberse diagnosticado seropositivo), con un instrumento estandarizado en la población mexicana y que ha demostrado su eficacia en el estudio y tratamiento de otras enfermedades como el cáncer cervicouterino (Valderrama, Carbellido y Domínguez, 1995). Finalmente, poder reconocer los factores que intervienen en el origen y mantenimiento de dicho problema, nos permitirá preverlo en la mayoría de los casos y lograr un tratamiento más completo del paciente con VIH; considerando que estos interactúan en el origen de la enfermedad, evolución y respuesta al tratamiento.

---

## METODOLOGÍA

---

### Objetivos

1. Describir las respuestas de afrontamiento de acuerdo con el inventario de afrontamiento de Lazarus y el inventario de Valores Irracionales.
2. Identificar si los datos sociodemográficos tienen relación con las respuestas de afrontamiento.

### Definición de Variables

**Variables atributivas:** Edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, religión, nivel socioeconómico, actividades en tiempo libre, rol familiar y diagnóstico de otra enfermedad.

**Variable Dependiente:** Respuestas de afrontamiento (Puntaje en el inventario de Afrontamiento e Inventario de Valores Irracionales).

a) Lazarus (Citado en Valderrama, Carbellido, Dominguez, 1995), define como "buen afrontador" a las siguientes características:

#### AFRONTAMIENTO COGNITIVO EFECTIVO

<p>Conocer el significado y posible tratamiento de la enfermedad, no pensar en su enfermedad como algo incurable (descubrimiento del virus).</p> <p>Tratar de mantener equilibrio emocional, aceptar su enfermedad y olvidar que es incurable (tipo de tratamiento).</p> <p>Tratar de pensar positivamente: en reemplazar las partes o funciones perdidas, en sacar otros potenciales para mantener un sentido de autoestima</p>	<p>Tomar nuevas decisiones, aprender a expresar aspectos de su enfermedad sus sentimientos y emociones (experiencia).</p> <p>Aceptar su dependencia y desamparo, no pretender buscar una solución mágica, tener confianza en sí mismo y con los demás (recurrencia)</p> <p>Vínculos emocionales más fuertes con familiares y amigos, aceptar su enfermedad, no pensar en la muerte (aceptación de la enfermedad).</p>
--	---

### AFRONTAMIENTO CONDUCTUAL EFECTIVO

Seguir indicaciones médicas, hacer preguntas de su enfermedad, buscar información.	Continuar con su vida social, buscar amistades y actividades nuevas, convivir.
Mantener comunicación con el equipo médico.	Mantener una postura de pasividad, control de impulsos, mantener relaciones íntimas.
Continuar hasta el fin con el tratamiento, ser optimista, continuar con sus actividades (tipo de tratamiento).	Hacer uso de asistencia médica, ser autosuficiente, tratar de vivir lo mejor posible, continuar con sus labores
Buscar nuevas actividades, seguir trabajando, mantener relaciones interpersonales, aceptar apoyo, cooperación de otros.	

b) Se define como "mal afrontador " a las siguientes características:

### AFRONTAMIENTO COGNITIVO INEFECTIVO

Presentar tendencias a ignorar los síntomas, presentar "miedos" asociados a la enfermedad, pensar todo el tiempo en la enfermedad y no aceptar su situación.	No aceptar una nueva forma de vida o cambios en su vida cotidiana, no expresar sentimientos y emociones. Rechazo a cambiar su vida.
No aceptar su tratamiento, asumir miedos, manifestar ignorancia, chantaje emocional, ser pesimista.	Dificultad para mantener un sentido de autosuficiencia y control sobre su vida, sentimientos de impotencia y desesperación.
Presentar confusión, desvalorización, pérdida de autoestima, no querer mantener comunicación (disfunción de alguna parte del cuerpo).	Mantener ideas de impedir la muerte, manifestar depresión, tristeza, chantaje emocional

### AFRONTAMIENTO CONDUCTUAL INEFECTIVO

Alejarse del tratamiento y del hospital, acudir a otros médicos curativos (descubrimiento del virus).	Aislarse socialmente, inhabilidad para controlar sus impulsos, volverse agresivo (recurrencia).
Rechazo del tratamiento.	Llamar la atención tomando una actitud de agresión, perder todo control de impulsos y evitar cualquier contacto sexual aún con protección.
Aislarse de todos, dejar sus actividades, mantener una actitud de víctima (pérdida de órganos).	No utilizar los servicios médicos, ser dependiente de familiares y/o amigos, intentos por quitarse la vida y terminar con su productividad laboral.
Mantener su aislamiento, no tener relaciones interpersonales (experiencia).	

## **Materiales**

La evaluación de la variable dependiente se realizó aplicando 2 pruebas:

- a) Escala de Lazarus. Mide los estilos de afrontamiento a la enfermedad en adaptativos (buen afrontamiento) y desadaptativos (mal afrontamiento) (Ver anexo).
  
- b) Inventario de Valores Irracionales (IVI). Mide la calificación que el paciente da a nueve valores irracionales propuestas, mientras más alta sea la puntuación es indicativo de mayor irracionalidad (ver anexo)

## **Escenario**

Sala externa y cubículo del área de infectología del Hospital "Dr. Gea González".  
Contenía un escritorio, dos sillas y luz artificial.

## **Criterios de inclusión**

- 1) Que el paciente conociera su diagnóstico.
- 2) Que su fase de enfermedad este comprendida de uno a cuatro meses de haberse hecho el diagnóstico.
- 3) Pacientes de ambos sexos y edad mínima de 18 años.
- 4) Que acepten voluntariamente participar en el estudio.

## **Datos de la Muestra**

Sujetos: 21 pacientes seropositivos (entre 24 y 45 años), que al momento del estudio, iniciaban o recibían tratamiento en el Hospital "Dr. Gea González" (Cd. de México) y cuya selección se hizo básicamente conforme a la disponibilidad del servicio y su capacidad orgánica para responder a cuestionarios e inventarios.

### Características Sociodemográficas de la Muestra del Estudio:

**EDAD:** La edad por rango fue la siguiente:

de 20 - 25 años representó el 18.18% (4)

de 26 - 30 años representó el 18.18% (4)

de 31 - 35 años representó el 40.9% (9)

de 36 - 40 años representó el 4.54% (1)

de 41 - 45 años representó el 18.18% (4)

**SEXO:** La mayor cantidad la representó la muestra masculina (81.8%).

**ESTADO CIVIL:** La principal condición la representó el estar soltero, seguida por el estar casado (solteros 68.1%, casados 22.7%, unión libre 9.09%).

**ESCOLARIDAD:** La mayoría de la muestra tenía estudios de primaria y secundaria, y la menor proporción tenía estudios de preparatoria y licenciatura (primaria 36.3%, secundaria 31.81%, licenciatura 18.1%, preparatoria 9.09% y técnico 4.5%).

**OCUPACIÓN:** La principal ocupación en toda la muestra fue la de los oficios (con un 31.81%), seguida de los desempleados (27.27%). En igual cifra se encontraron los empleados y los dedicados al hogar (con 13.63% respectivamente). Por último, tanto profesionistas, estudiantes y de ninguna ocupación tuvieron el 4.5%.

**RELIGIÓN:** La mayoría presenta la religión católica (con un 86.36%) y el resto se vio comprendida por un evangélico, un cristiano y otro no creyente (total de 13.62%).

**ROL FAMILIAR:** El 50% de la muestra su principal rol es ser hijos, seguido de ser padre (13.63%), vivir solo (9.09%), y ser hermano y pareja con 4.54% respectivamente. Cabe resaltar, que las cuatro únicas mujeres de la muestra, refieren ser madres con un 18.1%.

**DIAGNÓSTICO DE OTRA ENFERMEDAD:** Una de ellas presentaba tuberculosis y la otra una úlcera estomacal. El resto de la población (90.90%) no presentan otro tipo de diagnóstico.

## **Diseño**

Se utilizó un diseño Observacional. En este caso los investigadores han elegido observar la conducta que ocurre de manera natural y **no** experimentar con ella, es decir, no se manipula ninguna variable Independiente (Coolican, 1997).

## **Análisis de Datos:**

Se utilizó la correlación entre variables. Una variable es un símbolo y su conjunto de valores. La correlación es muy útil porque permite cuantificar el grado de relación entre dos variables. (Coolican, 1997).

## **Procedimiento:**

Mediante la revisión del expediente se estableció qué pacientes reunían los criterios de inclusión. Después de la presentación de la investigadora, se les pidió a los pacientes que nos permitieran aplicarles dos cuestionarios relacionados con su enfermedad y sus reacciones ante ella. Primero se les aplicó el inventario de afrontamiento seguido por el Inventario de Valores Irracionales. La aplicación tenía aproximadamente una duración de 30 min. y el paciente era el que contestaba los cuestionarios. En los casos que el paciente no sabía leer la investigadora leía las preguntas y llenaba los materiales.

La instrucción fue la misma para todos: " Por favor, lea cada una de las preguntas e indique lo que pensó, sintió e hizo de acuerdo a cada situación que se le pregunte".

Con el propósito de aclarar al paciente cualquier duda sobre el cuestionario, la investigadora se quedaba en la sala externa del hospital o bien dentro del consultorio médico (donde se realizaban las entrevistas), acompañando al paciente en la resolución de sus cuestionarios.

Finalmente, antes de que se les dieran las gracias por su participación, se verificaba que no estuvieran incompletos sus datos sociodemográficos y que no hubieran dejado en blanco alguna pregunta.

## RESULTADOS

---

Los resultados se exponen en forma cualitativa. Primeramente, se describen las respuestas de afrontamiento de cada sujeto y después, se hace una descripción general de las correlaciones entre las respuestas de afrontamiento, utilizando los datos obtenidos de la Escala de Lazarus.

### I. Descripción por sujetos:

#### SUJETO 1.

Paciente masculino, soltero de 28 años, con estudios de secundaria, actualmente desempleado, religión católica y con un nivel socioeconómico medio. En su tiempo libre le gusta ver T.V. y leer. Su rol familiar es hijo. Tiene diagnóstico alterno al VIH de tuberculosis.

Para el I.V.I. presenta un puntaje total de 48, lo que significa estar en la categoría de moderado y en la escala de Lazarus, muestra puntajes altos en confrontativo, autocontrol, apoyo social, responsabilidad, reevaluación positiva y solución de problemas. Con esto, se confirma que el sujeto tiene un "buen afrontamiento" cognitivo-conductual, encontrándose lo siguiente:

Es confrontativo ya que habla de su enfermedad y busca información sobre la misma, conoce su significado y posible tratamiento, sigue las indicaciones médicas y no piensa en su enfermedad como algo incurable; no piensa en la muerte. Trata de mantener su equilibrio emocional aceptando positivamente las alternativas, pensando en reemplazar las partes o funciones perdidas, explotando otros potenciales para mantener un sentido de autoestima y manteniendo comunicación con el equipo médico. Así mismo, continúa su vida social conviviendo con familiares y amigos, buscando amistades nuevas y realizando actividades recreativas. Sigue trabajando, aceptando apoyo y cooperación de otros. Es responsable ya que continúa hasta el final del tratamiento, mostrando optimismo y entusiasmo. Toma decisiones y aprende a expresar sus sentimientos y emociones. Finalmente no se distancia y hace uso de la asistencia médica.

#### SUJETO 2.

Paciente femenino de 35 años, casada y con rol de madre de familia. Estudió hasta la primaria, se dedica al hogar; de religión católica y un nivel socioeconómico medio. En su tiempo libre ve la televisión y no tiene el diagnóstico de otra enfermedad.

Según el I.V.I. obtuvo un puntaje de 56, lo que denota estar en la categoría de moderado y en la escala de afrontamiento se encontraron puntajes altos en confrontativo, autocontrol, apoyo social, responsabilidad, solución de problemas y reevaluación positiva. Al mismo tiempo, se obtuvieron puntajes altos en distanciamiento y escape-avoidancia. Realizando la sumatoria total, se encuentra un "buen afrontamiento" en este paciente a pesar de tener conductas de escape-avoidancia y distanciamiento.

Se puede decir que a pesar de que sus valores irracionales se encuentran por arriba de la media, es una persona que hace preguntas de su enfermedad y busca información, realiza un plan de acción y lo sigue, sigue las indicaciones médicas. Trata de mantener equilibrio emocional, acepta su enfermedad y olvida que es incurable. Mantiene una comunicación con el equipo médico y su postura es de pasividad y control de impulsos. Acepta su dependencia y desamparo, no pretende buscar una solución mágica, tiene confianza en sí mismo y con los demás. Continúa hasta el final del tratamiento siendo optimista. Habla de su enfermedad, toma nuevas decisiones y aprende a expresar sus sentimientos. Es sociable, busca el apoyo social y emocional; convive con familiares y amigos y realiza nuevas actividades. Es responsable y hace uso de la asistencia médica, es autosuficiente, trata de vivir lo mejor posible, continúa con sus labores y trata de conseguir varias soluciones. Trata de pensar positivamente en reemplazar las partes o funciones perdidas, en sacar otros potenciales para mantener un sentido de autoestima.

### **SUJETO 3.**

Paciente masculino de 32 años, soltero con licenciatura y trabajando como administrador. Su religión es católica y con un nivel socioeconómico medio. Le gusta ver T.V. en su tiempo libre. El rol desempeñado es de hijo. No presenta diagnóstico de otra enfermedad.

Para el I.V.I. su puntaje de 42 indica estar en la categoría de leve y en la escala de Lazarus da un fallo de "buen afrontador", ya que tiene altos puntos en confrontativo, apoyo social, responsabilidad, solución de problemas y reevaluación positiva y encontrándose puntajes mínimos en escape-avoidancia y distanciamiento. Cabe resaltar, que a pesar de todo esto, el autocontrol se encuentra por debajo de la media.

Con lo mencionado anteriormente, podemos afirmar que este paciente muestra un alto interés por conocer, buscar y aceptar su enfermedad. Habla de su enfermedad, toma nuevas decisiones y aprende a expresar sus sentimientos y emociones. Se interesa por un tratamiento y sigue las indicaciones médicas hasta el final de su tratamiento. No piensa en su enfermedad como algo incurable ni en la muerte. Mantiene comunicación con el equipo médico y continúa su vida social, buscando amistades y actividades nuevas.

Continúa con sus labores y trata de vivir la vida lo mejor posible tratando de pensar positivamente en reemplazar las partes o funciones perdidas, en sacar otros potenciales para mantener un sentido de autoestima. Sin embargo, al no tener un dominio en su autocontrol, se observa que tiene dificultad para mantener un sentido de autosuficiencia y control sobre su vida. Expresa sentimientos de impotencia y desesperación. Se aísla socialmente, no tiene habilidades para controlar sus impulsos y llama la atención con una actitud de agresión. Por otro lado, evita cualquier contacto sexual aún con protección.

#### **SUJETO 4.**

Paciente femenino de 32 años, casada, con rol de madre y dedicada al hogar. Estudió hasta el 4º grado de primaria. Es de religión católica y bajo nivel socioeconómico. No describe hacer ninguna actividad en su tiempo libre ni el diagnóstico de otra enfermedad.

En el I.V.I. obtuvo un puntaje de 52, con lo que se afirma que está en la categoría de moderada y en la escala de Lazarus obtiene altos puntajes en confrontativo, autocontrol, responsabilidad y reevaluación positiva. Sin embargo, también se observa este aumento en distanciamiento y en escape-evitación. Por el contrario, se obtiene un bajo puntaje en el apoyo social y la solución de problemas. Realizando la sumatoria de sus resultados se afirma que es un "buen afrontador" encontrándose lo siguiente:

A pesar de no aceptar su enfermedad ni mantener comunicación con el equipo médico sigue las indicaciones y hace preguntas acerca de su diagnóstico y busca información. Conoce el significado y posible tratamiento haciendo uso de las asistencias hospitalarias. Mantiene una postura de pasividad, control de impulsos y trata de mantener un equilibrio emocional olvidando que es incurable. Sin embargo, no habla de su enfermedad, ni toma decisiones así como no expresa sus emociones y sentimientos. Tiende a alejarse del tratamiento temporalmente y no mantiene relaciones interpersonales, no convive con familiares ni amigos, ni tiende a buscar actividades nuevas y recreativas. Presenta confusión, desvalorización, pérdida de autoestima y tiene ideas de impedir la muerte; manifiesta depresión, tristeza y chantaje emocional. También tiene tendencias a ignorar los síntomas, presentar miedos "asociados" a la enfermedad pensando todo el tiempo en ésta y reincidiendo en la negación. Mantiene un aislamiento y una actitud de víctima.

#### **SUJETO 5.**

Paciente femenino de 31 años, soltera, madre de familia y dedicada al hogar. Su nivel máximo de estudios es de 1º de primaria. Es católica y con un nivel socioeconómico medio. Ve la T.V. en su tiempo libre. No manifiesta el diagnóstico de otra enfermedad.

En el I.V.I. su puntaje obtenido es de 51 lo que denota estar en la categoría de moderado y en la escala de Lazarus se encontró un "mal afrontamiento" ya que tiene una sumatoria alta en las áreas de distanciamiento y escape-avoidancia, y pocos puntajes en confrontativo, autocontrol, reevaluación positiva y solución de problemas. También se observa un mínimo en el apoyo social y en la responsabilidad. Así, se concluye que este sujeto:

Presenta tendencias a ignorar los síntomas, "miedos" asociados a la enfermedad. No acepta el diagnóstico y por ello se aleja del tratamiento y del hospital, acude a otros medios curativos, rechaza el tratamiento y no utiliza los servicios médicos. Se encuentra en estados de confusión, desvalorización, pérdida de autoestima, ignorancia, chantaje emocional y pesimismo. Se aísla de todos, no mantiene comunicación ni relaciones interpersonales, deja sus actividades y mantiene una actitud de víctima. Es dependiente de sus familiares y/o amigos, tiene intentos por quitarse la vida y termina con su productividad laboral. También no acepta una nueva forma de vida o cambios en su vida cotidiana, expresa sentimientos de impotencia y frustración. Rechaza cambiar su vida y tiene dificultad para mantener un sentido de autosuficiencia y autocontrol mostrando actitudes y conductas agresivas. Evita cualquier contacto sexual aún con protección.

## **SUJETO.6.**

Paciente masculino de 43 años viviendo en unión libre. Estudió hasta el 4º grado de primaria, es chofer de religión católica y con un nivel socioeconómico medio. Su actividad en su tiempo libre es estar con la familia y es el proveedor y sostén del hogar. No manifiesta el diagnóstico de otra enfermedad física.

En el I.V.I. su puntaje es de 50 lo que denota estar en la categoría de moderado.

En la escala de afrontamiento se ubica en la categoría de "mal afrontador" ya que los puntajes obtenidos fueron superiores a los de la otra categoría. Así, se observa que la persona no es confrontativa, se distancia, tiene un mínimo autocontrol y apoyo social, escasa responsabilidad y un alto nivel de escape-avoidancia, poco interés en la solución de problemas y mediana reevaluación positiva.

Con esto, el mal afrontamiento se describe en los siguientes términos: No acepta el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, presenta tendencias a ignorar los síntomas, miedos asociados a la enfermedad y rechaza toda intervención terapéutica médica y/o psicológica. Manifiesta ignorancia, chantaje emocional, pesimismo, confusión, desvalorización, pérdida de autoestima, dificultad para mantener un sentido de autosuficiencia y control sobre su vida, sentimientos de impotencia y desesperación.

Mantiene ideas de impedir la muerte y tiende a estados depresivos. No acepta una nueva forma de vida o cambios en su vida cotidiana, sus sentimientos y emociones son negativos, agresivos y dañinos para su salud. Se aleja del hospital así como de todos sus familiares y/o amigos que pueden ayudarle. Deja sus actividades y mantiene una actitud de víctima. Tiene una gran inhabilidad para controlar sus impulsos, llama la atención de una forma agresiva y evita cualquier contacto sexual aún con protección. No utiliza los servicios médicos, es dependiente de familiares y tiene varios intentos por quitarse la vida.

## **SUJETO 7.**

Paciente masculino de 24 años, soltero, estudiante con 3º de licenciatura, y con rol de hijo. Su religión es católica con un nivel socioeconómico bajo. Le gusta bailar y patinar en su tiempo libre. No manifiesta el diagnóstico de otra enfermedad.

Su puntaje en el I.V.I. fue de 58 lo que indica estar en la categoría de moderado y en la escala de Lazarus se observa que la persona es un "mal afrontador" puesto que es poco confrontativo, tiene un alto distanciamiento, poco autocontrol a pesar del apoyo social, su responsabilidad es mínima por lo que su escape-evitación es mayor. No tiende a la solución de problemas y tiene poca reevaluación positiva. Con todo esto, a continuación se desglosa la descripción del mal afrontamiento:

Presenta tendencias a ignorar los síntomas, miedos asociados a la enfermedad, piensa todo el tiempo en ésta y no acepta la situación. No acepta su tratamiento, manifiesta ignorancia, chantaje emocional, pesimismo, confusión, desvalorización, pérdida de autoestima, dificultad para mantener un sentido de autosuficiencia y control sobre su vida, sentimientos de impotencia y desesperación. Mantiene ideas de impedir la muerte y tiende a estados depresivos. Se aísla socialmente y tiene inhabilidad para controlar sus impulsos por lo que se vuelve agresivo llamando la atención de una forma agresiva y evitando cualquier contacto sexual aún con protección. Mantiene una actitud de víctima y deja todas sus actividades, incluso las laborales. No utiliza los servicios médicos, es dependiente de familiares y tiene varios intentos por quitarse la vida. No acepta una nueva forma de vida o cambios en su vida cotidiana, sus sentimientos y emociones son negativos, agresivos y dañinos para su salud. Finalmente, se aísla del tratamiento y del hospital y recurre a otras alternativas curativas.

## **SUJETO 8.**

Paciente masculino de 32 años, con preparatoria e hijo de familia. Es empleado con religión católica y con un nivel socioeconómico medio. En su tiempo libre le gusta salir con amigos. No tiene el diagnóstico de otra enfermedad.

En el I.V.I. su puntaje obtenido fue de 58 lo que indica estar en la categoría de moderado y en la escala de Lazarus, aparece como "mal afrontador" ya que en la sumatoria de las áreas de distanciamiento y escape-evitación se obtienen los puntajes más altos. Así, el sujeto tiende a ser no confrontativo, ni manejar el autocontrol, no tener responsabilidad, ni busca por la solución de problemas y por último, su reevaluación positiva es muy mínima. Se observa que obtuvo un alto puntaje en apoyo social, sin embargo tiende al distanciamiento y al escape-evitación.

A pesar de contar con apoyo de familiares, amigos y de instituciones de salud el sujeto tiende a aislarse de todos, no mantiene comunicación ni relaciones interpersonales, deja sus actividades y mantiene una actitud de víctima. No acepta su tratamiento, manifiesta ignorancia, chantaje emocional, pesimismo, confusión, desvalorización, pérdida de autoestima, dificultad para mantener un sentido de autosuficiencia y control sobre su vida, sentimientos de impotencia y desesperación. Mantiene ideas de impedir la muerte y tiende a estados depresivos. No tiene habilidades para controlar sus impulsos por lo que se vuelve agresivo llamando la atención de una forma grotesca y evitando cualquier contacto sexual aún con protección. Al no aceptar el diagnóstico se aleja del tratamiento y del hospital y acude a otros medios curativos, rechazando todo apoyo brindado por el área de salud. Finalmente, no acepta nuevos cambios en su vida cotidiana mostrando emociones y sentimientos negativos, agresivos y dañinos para su bienestar.

---

## SUJETO 9.

Paciente masculino de 34 años, soltero e hijo de familia, con bachillerato y sin ocupación alguna. Es cristiano con un nivel socioeconómico bajo. No realiza actividad alguna en su tiempo libre. No manifiesta tener el diagnóstico de otra enfermedad.

En el I.V.I. obtuvo el más bajo puntaje de toda la muestra, el cual fue de 41 lo que indica estar en la categoría de leve.

Para la escala de afrontamiento es un "buen afrontador" a pesar de ser poco confrontativo y responsable; tiene poca tendencia a la resolución de problemas y su reevaluación positiva es muy mínima. Sin embargo, aún no contando con apoyo social ni autocontrol el sujeto no se distancia ni tiende al escape-evitación.

Se puede observar, que este paciente trata de mantener su equilibrio emocional, aceptando su enfermedad y conociendo las diversas alternativas de tratamiento. Continúa hasta el final de éste mostrando optimismo. Sin embargo, a pesar de tratar de pensar positivamente en reemplazar las partes o funciones perdidas y mantener un sentido de autoestima, tiende a no aceptar y rechazar una nueva forma de vida. Le es difícil hablar de su enfermedad, de tomar

decisiones y expresar sus sentimientos y emociones. No acepta su dependencia y desamparo, tiene poca confianza en sí mismo y hacia los demás ya que éstos no le brindan el apoyo emocional que requiere, por lo que mantiene una postura de agresión y una falta de control de impulsos lo que determina su falta de autocontrol. Le es difícil mantener comunicación con el equipo médico y hacer uso de grupos de apoyo terapéutico, pero trata de ser autosuficiente, vivir lo mejor posible continuando con sus labores.

#### **SUJETO 10.**

Paciente masculino de 29 años, hijo de familia y soltero, con secundaria y desempleado, religión católica y un nivel socioeconómico bajo; en su tiempo libre escucha la radio, no manifiesta el diagnóstico de otra enfermedad.

En el I.V.I. aparece por debajo de la media con 41 lo que muestra estar en la categoría de leve.

Según la escala de afrontamiento, este sujeto se ubica en la categoría de "buen afrontador" ya que a pesar de ser poco confrontativo y autocontrolado, distante e irresponsable no tiende al escape-evitación teniendo alto apoyo social, reevaluación positiva y participación en la resolución de problemas. Por lo que su afrontamiento queda definido de esta manera:

Este sujeto llama la atención tomando una actitud de agresión, debido a que se le dificulta la aceptación de la enfermedad y su posible tratamiento. La percibe como algo incurable que culmina en la muerte, lo que provoca no permitir cambios en su vida cotidiana. Le es difícil aceptar su dependencia y desamparo ya que tiene poca confianza en sí mismo y en los demás. Presenta confusión, desvalorización, y poca comunicación. Sin embargo, trata de pensar positivamente en reemplazar las partes o funciones perdidas, en sacar otras potencialidades para mantener un sentido de autoestima. Habla de su enfermedad, toma nuevas decisiones y aprende a expresar sus sentimientos y emociones. Convive con sus familiares y amigos, hace uso de la asistencia médica, trata de ser autosuficiente y vivir lo mejor posible, continuando con sus labores.

#### **SUJETO 11.**

Paciente masculino de 25 años, con rol de hijo soltero, con secundaria y desempleado. De ninguna religión y con un nivel socioeconómico bajo. Le gusta hacer ejercicio físico y no manifiesta el diagnóstico de otra enfermedad.

En el I.V.I. su puntaje es de 49 lo que denota estar en la categoría de moderado y en la escala de Lazarus obtiene puntajes medios en confrontativo, autocontrol, apoyo social y responsabilidad; y altos puntajes en solución de problemas y reevaluación positiva lo que lo señala "buen afrontador" a pesar de tender altamente al distanciamiento y al escape-evitación.

Es una persona que hace preguntas de su enfermedad y busca información, realiza un plan de acción y lo sigue, sigue las indicaciones médicas. Trata de mantener equilibrio emocional, aceptando su enfermedad y evitando pensar que es incurable. Mantiene una comunicación con el equipo médico y su postura es de pasividad y control de impulsos. Le cuesta trabajo aceptar su dependencia y desamparo pero tiene confianza en sí mismo y con los demás. Continúa hasta el final del tratamiento siendo optimista. Habla de su enfermedad, toma nuevas decisiones y aprende a expresar sus sentimientos. Es poco sociable y medianamente convive con familiares y amigos realizando nuevas actividades, aunque algunas veces tiende al distanciamiento. Es responsable y hace uso de la asistencia médica, es autosuficiente, trata de vivir lo mejor posible, continúa con sus labores y consigue varias soluciones. Intenta pensar positivamente en reemplazar las partes o funciones perdidas, en sacar otros potenciales para mantener un sentido de autoestima. Sin embargo, en algunas ocasiones presenta dificultades para mantener un sentido de independencia y opta por el aislamiento social tornándose agresivo y poco elocuente.

## SUJETO 12.

Paciente femenino de 31 años, casada, madre de familia y empleada. Es católica con un nivel socioeconómico bajo, le gusta ver la T.V. No manifiesta el diagnóstico de otra enfermedad.

En el I.V.I. su valor es de 52 lo que marca estar en la categoría de moderado.

Para la escala de Lazarus es un "buen afrontador" ya que a pesar de ser poco confrontativo, autocontrolado y tender al escape-evitación, no se distancia aún sin el apoyo social, es responsable, tiende a la solución de problemas y tiene una reevaluación positiva elevada.

Tiene tendencias a ignorar los síntomas, miedos asociados a la enfermedad, piensa todo el tiempo en ésta y no acepta la situación. Acepta su tratamiento, manifiesta ignorancia, chantaje emocional, pesimismo, confusión, desvalorización, pérdida de autoestima, dificultad para mantener un sentido de autosuficiencia y control sobre su vida, sentimientos de impotencia y desesperación. Acepta su dependencia y desamparo, toma nuevas decisiones y aprende a expresar sus sentimientos y emociones. Mantiene ideas de impedir la muerte y tiende a estados depresivos. No se aísla socialmente recibiendo suficiente apoyo y tiene habilidad para controlar sus impulsos por lo que es pasivo y tiene contacto sexual con protección. Mantiene una actitud de víctima y deja todas sus actividades, incluso las laborales. Utiliza los servicios médicos, es dependiente de familiares y lucha por ser optimista. Si acepta una nueva forma de vida o cambios en su vida cotidiana, sus sentimientos y

emociones son positivos y benéficos para la salud. Finalmente, no se aísla del tratamiento y del hospital y tampoco recurre a otras alternativas curativas.

### **SUJETO 13.**

Paciente masculino de 45 años, soltero, vive solo, con escolaridad hasta 2° de secundaria y desempleado, de religión católica y nivel socioeconómico bajo. Le gusta ver la T.V. en su tiempo libre. Sin diagnóstico de otro tipo de enfermedad.

En el I.V.I. su puntaje es de 59 lo que indica estar en la categoría de moderado.

Según la escala de afrontamiento, sus resultados son: poco confrontativo, autocontrolado, con tendencia muy marcada al distanciamiento y al escape-evitación. Recibe mucho apoyo social y es muy responsable ya que su reevaluación positiva es muy alta. Sin embargo, la solución de problemas es muy baja. Con todo esto, se ubica en la categoría de "mal afrontador" que a continuación se describe:

A pesar de contar con apoyo de familiares, amigos y de instituciones de salud el sujeto tiende a aislarse de todos, no mantiene comunicación ni relaciones interpersonales, deja sus actividades y mantiene una actitud de víctima. Tiene tendencias a ignorar los síntomas, miedos asociados a la enfermedad, piensa todo el tiempo en ésta y no acepta la situación. No acepta su tratamiento, manifiesta ignorancia, chantaje emocional, pesimismo, confusión, desvalorización, pérdida de autoestima, dificultad para mantener un sentido de autosuficiencia y control sobre su vida, sentimientos de impotencia y desesperación. Acepta su dependencia y desamparo y trata de pensar positivamente en reemplazar las partes o funciones perdidas y sacar sus potencialidades, pero no toma nuevas decisiones y le es difícil expresar sus sentimientos y emociones. Mantiene ideas de impedir la muerte y tiende a estados depresivos. Se aísla socialmente a pesar de recibir suficiente apoyo y tiene pocas habilidades para controlar sus impulsos por lo que se torna agresivo y no tiene contacto sexual aún con protección. Mantiene una actitud de víctima y deja todas sus actividades, incluso las laborales. No utiliza los servicios médicos, es dependiente de familiares y es pesimista. No acepta una nueva forma de vida o cambios en su vida cotidiana, sus sentimientos y emociones son negativos y dañinos para la salud. Finalmente, se aísla del tratamiento y del hospital y recurre a otras alternativas curativas.

### **SUJETO 14.**

Paciente masculino de 45 años, casado y padre de familia. Estudió a nivel primaria y es plomero, católico y con un nivel socioeconómico medio. Le gusta visitar a su familia en su tiempo libre. No tiene el diagnóstico de otra enfermedad.

En el I.V.I. es el único que tiene 40 puntos lo que indica estar en la categoría de leve.

Para la escala de afrontamiento se considera un "buen afrontador" ya que es confrontativo, responsable y autocontrolado, con apoyo social, interés por la solución de problemas y una reevaluación positiva elevada. Sin embargo, se muestra altamente distante y ligeramente tiende al escape-evitación.

Es una persona que hace preguntas de su enfermedad y busca información, realiza un plan de acción y lo sigue, sigue las indicaciones médicas. Trata de mantener equilibrio emocional, acepta su enfermedad y olvida que es incurable. Mantiene una comunicación con el equipo médico y su postura es de pasividad y control de impulsos. Acepta su dependencia y desamparo, no pretende buscar una solución mágica, tiene confianza en sí mismo y con los demás. Continúa hasta el final del tratamiento siendo optimista. Habla de su enfermedad, toma nuevas decisiones y aprende a expresar sus sentimientos. Es sociable, busca el apoyo social y emocional; convive con familiares y amigos y realiza nuevas actividades. Es responsable y hace uso de la asistencia médica, es autosuficiente, trata de vivir lo mejor posible, continúa con sus labores y trata de conseguir varias soluciones. Trata de pensar positivamente en reemplazar las partes o funciones perdidas, en sacar otros potenciales para mantener un sentido de autoestima.

Por otro lado, tiene tendencias a no usar los servicios médicos, a aislarse del tratamiento y del hospital y a dejar sus actividades temporalmente.

---

## **SUJETO 15.**

Paciente de 44 años, casado y padre de familia, llegó hasta el 4º de primaria y es soltero, católico y tiene un nivel socioeconómico bajo; le gusta jugar con su hija. No tiene el diagnóstico de otra enfermedad.

En el I.V.I. se encuentra en 50 puntos lo que lo categoriza en el nivel moderado.

En la escala de Lazarus se observa un autocontrol y responsabilidad elevado, confrontativo, con tendencia alta a la solución de problemas y a la reevaluación positiva. Sin embargo, el escaso apoyo social se correlaciona con el distanciamiento y escape-evitación muy marcado. A pesar de esto, se ubica en la categoría de "buen afrontador".

No tiene tendencias a ignorar los síntomas, miedos asociados a la enfermedad y tampoco piensa todo el tiempo en ella. Habla de su diagnóstico y acepta su tratamiento, pero manifiesta ignorancia, chantaje emocional, confusión, desvalorización, poca autoestima, dificultad para mantener un sentido de autosuficiencia y control sobre su vida, sentimientos de impotencia y desesperación. Acepta su dependencia y desamparo, toma nuevas decisiones y aprende a expresar sus sentimientos y emociones. Mantiene ideas de impedir la muerte y tiende a estados depresivos. Tiene tendencias al aislamiento social debido al poco apoyo y tiene habilidad para controlar sus impulsos por lo que es pasivo y tiene escasos contactos sexuales. Mantiene una actitud de víctima y deja todas sus actividades, incluso las laborales. Utiliza los servicios médicos, es dependiente de familiares y

lucha por ser optimista. Si acepta cambios en su vida cotidiana y sus sentimientos y emociones son positivos y benéficos para la salud. Finalmente, el aislamiento del tratamiento y del hospital es temporal ya que recurre a otras alternativas curativas, siempre tratando de pensar positivamente en reemplazar las partes o funciones perdidas y sacar todo su potencial para mantener un sentido de autoestima.

#### **SUJETO 16.**

Paciente masculino de 33 años, soltero, vive solo, nivel escolar técnico, con ocupación de estilista, es católico, con nivel socioeconómico medio. Le gusta salir a pasear. No tiene el diagnóstico de otra enfermedad.

El I.V.I. muestra 50 puntos, cifra que indica estar en la categoría moderado.

Para la escala de afrontamiento es un "mal afrontador" ya que en las áreas de confrontativo, autocontrol, responsabilidad, solución de problemas y apoyo social muestra puntajes mínimos y por el contrario, en la deseabilidad social y escape-avoidance son muy elevados.

~~No cuenta con el apoyo de familiares, amigos y percibe poca atención en las instituciones de salud. El sujeto tiende a aislarse de todos, no mantiene comunicación ni relaciones interpersonales, deja sus actividades y mantiene una actitud de víctima. Presenta tendencias a ignorar los síntomas, miedos asociados a la enfermedad, piensa todo el tiempo en ésta y no acepta la situación. No acepta su tratamiento, manifiesta ignorancia, chantaje emocional, pesimismo, confusión, desvalorización, pérdida de autoestima, dificultad para mantener un sentido de autosuficiencia y control sobre su vida, sentimientos de impotencia y desesperación. Mantiene ideas de impedir la muerte y tiende a estados depresivos. No tiene habilidades para controlar sus impulsos por lo que se vuelve agresivo llamando la atención de una forma grotesca y evitando cualquier contacto sexual aún con protección. Al no aceptar el diagnóstico se aleja del tratamiento y del hospital y acude a otros medios curativos, rechazando todo apoyo brindado por el área de salud. Finalmente, no acepta nuevos cambios en su vida cotidiana mostrando emociones y sentimientos negativos, agresivos y dañinos para su bienestar.~~

#### **SUJETO 17.**

Paciente masculino de 32 años, vive en unión libre con su pareja; escolaridad de secundaria y es desempleado. Su religión es católica con un nivel socioeconómico bajo. Le gusta ver la T.V. y hacer deporte. No tiene el diagnóstico de otra enfermedad.

En el I.V.I. su puntaje es el más bajo de la muestra, sus 33 puntos lo ubican en la categoría de leve.

Por otro lado, los puntajes totales en la escala de Lazarus señalan que tiene un "buen afrontamiento" ya que tiende a ser confrontativo, altamente controlado, responsable y con apoyo social, con efectividad en la solución de problemas y una elevada reevaluación positiva. En el distanciamiento y escape-avoidancia se observan también elevaciones, sin embargo, no son suficientes para ubicarlo en la otra categoría.

Con lo mencionado anteriormente, podemos afirmar que este paciente muestra un alto interés por conocer, buscar y aceptar su enfermedad. Habla de su enfermedad, toma nuevas decisiones y aprende a expresar sus sentimientos y emociones. Se interesa por un tratamiento y sigue las indicaciones médicas hasta el final de su tratamiento. No piensa en su enfermedad como algo incurable ni en la muerte. Mantiene comunicación con el equipo médico y continúa su vida social, buscando amistades y actividades nuevas. Continúa con sus labores y trata de vivir la vida lo mejor posible tratando de pensar positivamente en reemplazar las partes o funciones perdidas, en sacar otros potenciales para mantener un sentido de autoestima. Tiene un dominio en su autocontrol, se observa con sentido de autosuficiencia y control sobre su vida. No se aísla completamente, y tiene habilidades para controlar sus impulsos no llamando la atención, más bien teniendo una actitud de pasividad. Finalmente tiene contactos sexuales usando protección.

## **SUJETO 18.**

Paciente masculino de 37 años, hijo soltero, con secundaria terminada y desempleado. Católico con nivel socioeconómico bajo. Le gusta pintar y leer. Presenta una úlcera estomacal leve.

En el I.V.I. este sujeto tiene 55 puntos lo cual lo ubican en la categoría de moderado.

Por otro lado, los resultados de la escala de Lazarus, muestran altos puntajes en distanciamiento y escape-avoidancia, pero igualmente en responsabilidad, solución de problemas, reevaluación positiva y autocontrol. También en la confrontación y el apoyo social tiene aceptables sus puntajes lo que lo categorizan como "buen afrontador".

Así, este sujeto presenta pocas tendencias a ignorar los síntomas, miedos asociados a la enfermedad y tampoco piensa todo el tiempo en ella. Habla de su diagnóstico y acepta que es incurable, pero manifiesta ignorancia, chantaje emocional, confusión, desvalorización, poca autoestima, dificultad para mantener un sentido de autosuficiencia y control sobre su vida, sentimientos de impotencia y desesperación. Acepta su dependencia y desamparo, toma nuevas decisiones y aprende a expresar sus sentimientos y emociones. Mantiene ideas de impedir la muerte y tiende a estados depresivos. Desea terminar el tratamiento y si tiene adherencia terapéutica.

Tiene tendencias al aislamiento social a pesar de recibir apoyo y tiene habilidad para controlar sus impulsos por lo que es pasivo y tiene escasos contactos sexuales. Mantiene una actitud de víctima y deja todas sus actividades, incluso las laborales. Utiliza los servicios médicos, es dependiente de familiares y lucha por ser optimista. Sí acepta cambios en su vida cotidiana y sus sentimientos y emociones son positivos y benéficos para la salud. Finalmente, el aislamiento del tratamiento y del hospital es temporal ya que recurre a otras alternativas curativas, siempre tratando de pensar positivamente en reemplazar las partes o funciones perdidas y sacar todo su potencial para mantener un sentido de autoestima.

### **SUJETO 19.**

Paciente masculino de 24 años, hijo soltero, con 2º grado de secundaria, es estilista, religión católica y un nivel socioeconómico bajo. Le gusta ver televisión y hacer deporte. No manifiesta tener el diagnóstico de otra enfermedad.

Para el I.V.I. se encuentra en el puntaje más alto que es de 81, definiéndolo en la categoría de severo.

A pesar de esto, la escala de Lazarus lo ubica como "buen afrontador" ya que tiene una reevaluación positiva, apoyo social, solución de problemas y autocontrol elevado, poco confrontativo y responsable. Finalmente tiende al distanciamiento pero no al escape-evitación.

Es una persona que trata de pensar positivamente en reemplazar las partes o funciones perdidas y sacar todo su potencial para mantener un sentido de autoestima. Intenta mantener su equilibrio emocional aceptando su enfermedad y olvidando que es incurable. Mantiene poca comunicación con el equipo médico y tiene dificultad en la adherencia terapéutica. Convive con familiares y amigos, busca nuevas amistades y actividades, mantiene sus relaciones interpersonales, acepta apoyo y la cooperación de otros. Habla de su enfermedad, toma nuevas decisiones y aprende a expresar sus sentimientos y emociones. Acepta su dependencia y desamparo, no pretende buscar una solución mágica, tiene confianza en sí mismo y en los demás. Mantiene una postura de pasividad, control de impulsos y mantiene sus relaciones íntimas. Por otro lado, también presenta cierta tendencia a ignorar los síntomas, miedos asociados a la enfermedad y piensa todo el tiempo en ella. Manifiesta ignorancia, chantaje emocional, confusión, desvalorización, poca autoestima, dificultad para mantener un sentido de autosuficiencia y control sobre su vida, sentimientos de impotencia y desesperación. Tiene problemas en la aceptación del tratamiento y rechaza una nueva forma de vida. Por último, tiende a alejarse del asesoramiento médico y del hospital acudiendo a otras alternativas curativas.

## SUJETO 20.

Paciente masculino de 27 años, soltero con rol de hermano, con un nivel de 1º de primaria. Su ocupación es de intendente. Católico con nivel socioeconómico bajo. Le gusta ver T.V., no presenta el diagnóstico de otra enfermedad.

Para el I.V.I. está en los 70 puntos (muy alto) ubicándolo en la categoría de severo.

Según la escala de afrontamiento fue un "mal afrontador" ya que todos sus puntajes fueron totalmente bajos.

Es una persona que no hace preguntas de su enfermedad y no busca información, evita realizar un plan de acción y no sigue las indicaciones médicas. No trata de mantener equilibrio emocional y a pesar de que niega su enfermedad piensa todo el tiempo en ella. Presenta tendencias a ignorar los síntomas, miedos asociados a la enfermedad, no acepta su tratamiento. Manifiesta ignorancia, chantaje emocional, pesimismo, confusión, desvalorización, pérdida de autoestima, dificultad para mantener un sentido de autosuficiencia y control sobre su vida, sentimientos de impotencia y desesperación. Mantiene ideas de impedir la muerte y tiende a estados depresivos. No mantiene una comunicación con el equipo médico y no tiene adherencia terapéutica. Se aísla socialmente y tiene inhabilidad para controlar sus impulsos por lo que se vuelve agresivo llamando la atención de una forma agresiva y evitando cualquier contacto sexual aún con protección. Mantiene una actitud de víctima y deja todas sus actividades, incluso las laborales. No tiene control de impulsos, ni acepta su dependencia y desamparo. Pretende buscar una solución mágica, no tiene confianza en sí mismo ni en los demás. Interrumpe el tratamiento siendo pesimista. No habla de su enfermedad, ni toma nuevas decisiones y nunca aprende a expresar sus sentimientos. Evita ser sociable, se aísla totalmente y no solicita apoyo social ni emocional. No convive con familiares y amigos evitando las nuevas actividades. Es irresponsable y no hace uso de la asistencia médica, es dependiente, no trata de vivir lo mejor posible, termina con sus labores y nunca consigue soluciones. No trata de pensar positivamente en reemplazar las partes o funciones perdidas, ni en sacar otros potenciales para mantener un sentido de autoestima. Presenta tendencias suicidas. No acepta cambios en su vida cotidiana; sus sentimientos y emociones son negativos, agresivos y dañinos para su salud. Finalmente, se aísla del tratamiento y del hospital y recurre a otras alternativas curativas.

## SUJETO 21.

Paciente masculino de 30 años, hijo soltero, con escolaridad de 2º grado de primaria, ocupación peluquero, católico con nivel socioeconómico bajo. En su tiempo libre le gusta cocinar. No tiene el diagnóstico de otra enfermedad.

Para el I.V.I. su puntaje total es de 43 ubicándolo en la categoría de moderado.

Según la escala de afrontamiento es un "buen afrontador" ya que todos sus puntajes son elevados en confrontativo, autocontrol, apoyo social, responsabilidad, solución de problemas y reevaluación positiva; a pesar de mostrar distanciamiento y escape-  
evitación.

Se puede decir que a pesar de que sus valores irracionales se encuentran por la media, es una persona que hace preguntas de su enfermedad y busca información, realiza un plan de acción y lo sigue, sigue las indicaciones médicas. Trata de mantener equilibrio emocional, acepta su enfermedad y olvida que es incurable. Mantiene una comunicación con el equipo médico y su postura es de pasividad y control de impulsos. Acepta su dependencia y desamparo, no pretende buscar una solución mágica, tiene confianza en sí mismo y con los demás. Continúa hasta el final del tratamiento siendo optimista. Habla de su enfermedad, toma nuevas decisiones y aprende a expresar sus sentimientos. Es sociable, busca el apoyo social y emocional; convive con familiares y amigos y realiza nuevas actividades. Es responsable y hace uso de la asistencia médica, es autosuficiente, trata de vivir lo mejor posible, continúa con sus labores y trata de conseguir varias soluciones. Trata de pensar positivamente en reemplazar las partes o funciones perdidas, en sacar otros potenciales para mantener un sentido de autoestima.

## II. Estrategias de Afrontamiento (Escala de Lazarus)

Con respecto a las correlaciones entre las respuestas de afrontamiento, se encontraron los siguientes resultados:

### Confrontativo:

Se presenta esta estrategia ya que correlaciona con los valores irracionales estables, se tiene un autocontrol aún sin el apoyo social, no se distancia; por el contrario, se asume la responsabilidad y no se escapa-evita, ya que se posee la reevaluación positiva.

### Distanciamiento:

---

Se presenta esta estrategia al no confrontar debido a su poco control personal, al apoyo social restringido. Se aleja pero no escapa ni evita ya que se es responsable, no le preocupa resolver el problemas a pesar de tener reevaluación positiva.

### Autocontrol:

Se presenta esta estrategia al correlacionar altamente con la confrontativa, responsable, con la reevaluación positiva y al alto interés por resolver el problema, a pesar de tener manifestaciones de escape-evitación y poco apoyo social.

### Apoyo social:

Al tener este apoyo no se confronta pero no se aleja, se controla, no tiene valores irracionales, se es bajo en responsabilidad, tiende poco al escape-evitación, pocas probabilidades de resolver su problema a pesar de tener alta la reevaluación positiva.

### Responsabilidad:

Descartados los valores irracionales, se es confrontativo, a pesar de distanciarse no se escapa ni evita, tiene un autocontrol a pesar del poco apoyo social. Le interesa resolver el problema por su alta reevaluación positiva.

### Escape-evitación:

A pesar de no tener valores irracionales, maneja el autocontrol por su alta reevaluación positiva. Tiene bajas correlaciones en el distanciamiento, apoyo social, responsabilidad y solución de problemas.

---

### Solución de Problemas:

Es altamente confrontativo, con dominio de autocontrol y responsabilidad, no se escapa ni evita, ni tiende al distanciamiento a pesar de la baja correlación con el apoyo social. Tiene una elevada reevaluación positiva.

### Reevaluación positiva:

Correlaciona con un alto grado de responsabilidad, la solución de problemas, autocontrol y apoyo social, sin embargo también muestra alta correlación con el distanciamiento y escape-evitación.

## CONCLUSIONES

---

En el apartado siguiente, se retomarán los aspectos más importantes manejados a lo largo del todo proceso de elaboración del presente trabajo. Los puntos a tratar son los siguientes: análisis del marco Teórico-Conceptual, análisis del reporte de Investigación, análisis de los instrumentos de evaluación, análisis de los resultados y la conclusión final.

### I. Análisis del marco teórico-conceptual

El primer punto a tratar es referente al enfoque que desde la profesión médica se hace del proceso salud-enfermedad. Históricamente los problemas de salud se han abordado unilateralmente desde la perspectiva médica, con lo cual se determina que el único aspecto a estudiar es el biológico. Así, se ha retrasado el estudio integral del proceso salud-enfermedad, al enfocarse durante siglos a la erradicación de enfermedades específicas, dejando totalmente de lado a la salud mental.

A partir de este planteamiento se llega entonces a deducir, que la salud no es únicamente la ausencia de la enfermedad, sino un proceso complejo en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales, por lo que se desprende un cambio en la definición del objeto de estudio. Así, la conceptualización de los problemas de salud para ser integral, requiere tomar en cuenta el rol de la conducta humana para el mantenimiento de la misma.

Se ha observado que los avances más significativos en salud y longevidad han surgido de las condiciones generales de vida, es decir, de medidas que previenen las enfermedades. De esta forma se ha afirmado que las infecciones epidémicas han disminuido, porque la gente vive en ambientes más saludables, sin problemas de hacinamiento, tiene pocos hijos, acceso a mejores casas y mejor nutrición y son conscientes de la importancia de la higiene y la sanidad. Por ello, se concluye que el mejoramiento del standard de vida se debe tanto al crecimiento de una conciencia social como a la implementación de programas de salud.

La modificación en los estándares y estilos de vida, necesariamente tienen que manifestarse en un cambio de los patrones de la enfermedad, ya que en la actualidad se han superado las enfermedades agudo-contagiosas, pero se han incrementado considerablemente las crónicas-degenerativas, en las cuales los factores conductuales y estilos de vida son de suma importancia.

En diversas investigaciones ha quedado más que demostrado, que la presencia o ausencia de ciertos comportamientos en el repertorio habitual de las personas, propicia un riesgo más elevado de trastornos de salud. La propuesta es favorecer la

adquisición de conductas adecuadas y modificar aquellas que suponen un riesgo para la salud; no hay que olvidar que existen factores que pueden afectar a dichas conductas, como son los de **tipo social**, entendiendo a éstos como los valores asociados a una cultura particular o a un grupo socioeconómico, que incluyen desde los valores estéticos hasta la definición de los papeles que deben de jugar los diferentes miembros de la comunidad; o bien, la influencia pacífica que recibe el individuo del grupo **familiar**; y por otro lado, los factores **individuales** como: la auto percepción de síntomas, los factores emocionales, las creencias y las actitudes.

Recapitulando, es preciso observar al proceso salud-enfermedad como resultado de la interrelación de factores físicos, conductuales y ambientales; y entender al ser humano en su esfera biopsicosocial. Con ello, las técnicas tradicionales deben dar lugar a otras disciplinas, que proporcionen a la persona una atención integral.

Una propuesta concreta es la denominada Psicología de la Salud, la cual por definición es multidisciplinaria y está enfocada a la promoción y mantenimiento de la salud física, mental y social del individuo y su familia; así como a su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Las aportaciones más relevantes de esta disciplina son entre otras:

- a) Proporcionar una visión teórica de los aspectos de salud abordados
- b) Proporcionar un marco conceptual que evidencie la relación entre salud y estilos de vida
- c) Reconocer el papel del estrés en la salud de los individuos
- d) Reconocer como un factor importante la conceptualización de la enfermedad que presenta el sujeto
- e) Determinar el papel del afrontamiento en el proceso de salud-enfermedad
- f) Diseñar estrategias de evaluación y de intervención.

Por otra parte, cualquier trabajo de investigación de salud requiere de un conocimiento del contexto psicológico. Esta interrelación, entre lo psicológico y lo biológico, ha contribuido al rápido desarrollo del campo de la Psicología de la Salud, y se basa en tres suposiciones básicas:

1. Determinados comportamientos (estilos de vida) incrementan el riesgo de ciertas enfermedades, es decir; **la conducta es un factor de riesgo**
2. La modificación de determinados comportamientos puede reducir la probabilidad de riesgo en algunos procesos de salud
3. El comportamiento se puede cambiar con relativa facilidad

Ahora bien, las distintas áreas de estudio de la citada disciplina se pueden resumir entonces, según Taylor (1990a) en los siguientes puntos:

- a) El psicólogo de la salud está interesado en los aspectos psicológicos de la promoción y mantenimiento de la salud.
- b) Estudia la prevención y tratamiento de la enfermedad.
- c) Enfoca su atención sobre la etiología y los correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones. La etiología hace referencia a los orígenes o causa de la enfermedad y los psicólogos de la salud están especialmente interesados por los factores psicosociales que mantienen la salud o la enfermedad.
- d) Está interesado en el impacto de las instalaciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de los pacientes; y desarrollan recomendaciones en el ámbito del tratamiento y de la interacción de la persona con los profesionales y el sistema sanitario.

Finalmente, el campo de Psicología de la Salud se ha venido ampliando, de tal suerte que en la actualidad existen diferentes líneas de investigación, de las cuales se pueden mencionar las siguientes: enfermedades agudas y crónicas, desórdenes del desarrollo, enfermedades terminales y enfermedades psicogenéticas.

Por otro lado, con relación al control del estrés, se adquiere una notable importancia debido a que éste propicia el riesgo de desarrollar trastornos graves en el sistema cardiovascular e inmunológico. Sin embargo, las experiencias estresantes no necesariamente conducen a la aparición de efectos perjudiciales en el organismo, incluso pueden resultar consecuencias altamente positivas; esto parece depender:

- de la frecuencia, intensidad y duración del acontecimiento estresante; en el momento concreto en que tiene lugar la interacción entre estímulos potencialmente estresantes y la presencia o ausencia de la conducta relativamente estables;
- de la tendencia a no mostrar externamente sentimientos cuando la experiencia lo requiere,
- de la tendencia a negar, evitar o escapar de la situación estresante,
- de la apreciación y significado que la persona hace de la experiencia estresante (percibirla como un daño, una amenaza o un reto)
- de los propios recursos para hacerle frente;
- de la ausencia de apoyos sociales en dichas experiencias y
- de las oportunidades de actuación sobre la experiencia<sup>6</sup>.

A partir de lo anterior, del análisis funcional de cada caso, se plantea la necesidad de:

---

<sup>6</sup>Nota: Resultados de los trabajos de investigación elaborados por Roskies y Lazarus (1980); Kobasa, Maddi y Khan (1982); Kabasa, Maddi y Zola (1993); Chesney, Gentry, Kennedy, Harburg (1984); Lazarus y Folkman (1985); citados por Buceta, J.M. (1992) en la pág. 25 de la obra titulada: "Modificación de Conducta y Salud".

- modificar ambientes estresantes y alterar patrones de conducta con el fin de lograr una interacción favorable entre los estímulos estresantes y el organismo,
- dotar al individuo de habilidades diversas para la valoración objetiva de los estímulos amenazantes y de los propios recursos,
- controlar el impacto emocional de las experiencias de estrés
- proporcionar apoyos sociales adecuados.
- eliminar comportamientos perjudiciales para la salud y favorecer el aprendizaje de comportamientos habituales.

En esta dirección se han desarrollado programas de intervención conformados casi siempre por diversas técnicas como: el entrenamiento asertivo, la relajación, la revisualización, la desensibilización, la retroalimentación y estrategias cognitivo-comportamentales como la terapia racional emotiva, la autoinstrucción y la reestructuración cognitiva, que modifican varios trastornos de la salud, previenen recaídas, alivian consecuencias negativas derivadas de alteraciones crónicas y proporcionan bienestar y funcionamiento óptimo a las personas afectadas por enfermedades y a sus allegados.

Por lo mencionado anteriormente, entender el comportamiento de adaptación de los humanos ha sido uno de los temas de mayor interés para dicha disciplina, esto adquiere gran relevancia cuando el sujeto se enfrenta a eventos o circunstancias inesperadas o extraordinarias en su vida (como es el recibir un diagnóstico médico de VIH). El término de afrontar en un sentido común, indica aceptar y resolver alguna situación difícil que incomoda o preocupa a las personas.

En términos teóricos, Lazarus y Folkman (1984) definieron formalmente a las estrategias de afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio para manejar demandas internas y/o externas que son evaluadas como impuestas o excedentes a los recursos de las personas. Estos autores marcan cuatro características de este término:

1. El afrontamiento es un proceso cognitivo y no un rasgo de personalidad, como proceso tiene la característica de tener etapas: la anticipación, el impacto y el post-impacto.
2. Las respuestas de afrontamiento no son innatas o conductas que pertenecen a un repertorio básico de supervivencia (como el comer, huir, etc.). Son siempre conductas y cogniciones de un esfuerzo extra para combatir situaciones que son evaluadas como novedosas o nocivas.
3. El afrontamiento no puede ser evaluado solo con resultados positivos. La teoría del afrontamiento aclara que afrontar es cualquier conducta emitida únicamente en favor de decrementar o minimizar el estrés, no importando si los resultados sean negativos o positivos. No obstante, se ha hecho una distinción entre los efectos de un tipo de "mal afrontamiento" y del "buen afrontamiento", o lo que

Lazarus y Folkman (1984) han reconocido como el afrontamiento efectivo o inefectivo.

En el afrontamiento **inefectivo** se han enumerado tres categorías:

- En la primera, la gente que afronta su insatisfacción a través de vicios como fumar, drogarse o beber excesivamente, incrementando la vulnerabilidad a las enfermedades.
- El segundo implica dañarse en el componente fisiológico, como el aumento en la presión arterial por el estrés vivido.
- En la tercera, el individuo reacciona de una manera emotiva-negativa creando problemas en todas sus relaciones sociales, conductas que interfieren en la adaptación y que afecta a la salud de manera integral.

En el afrontamiento **efectivo**, se encuentran todas aquellas conductas benéficas para la salud, que conduzcan a una alta adherencia terapéutica.

Según Berger y cols. (citados en Holleb, 1990), la selección y efectividad de las técnicas de afrontamiento son influenciadas por dos factores: en el primero se incluyen los antecedentes y las características personales, como: la edad, la inteligencia, cognición, desarrollo emocional, filosofía de vida, religión, etc., mientras que en la segunda se hace referencia a las características de la enfermedad física y ambiente sociocultural.

El afrontamiento no siempre puede ejercer un dominio ambiental ya que este no siempre es sujeto a control, dado que existen situaciones o eventos ambientales inesperados o inevitables (Lazarus, 1986).

Por otra parte, Moss (1981) y Lazarus y Folkman (1984) ofrecen una clasificación de las estrategias de afrontamiento, la cual es:

1. afrontamiento cognitivo-activo: incluye intentos para manejar la propia evaluación de la dificultad del evento
2. afrontamiento conductual-activo: se refiere a los intentos conductuales abiertos para tratar directamente con el problema y sus efectos
3. evitación del afrontamiento: se refiere a los intentos para modificar o eliminar las fuentes del estrés a través de la propia conducta
4. afrontamiento enfocado a la emoción: incluye respuestas cognitivas o conductuales cuya función principal es manejar las consecuencias emocionales de los estresores y ayudar a mantener el equilibrio emocional.

De esta manera, el **afrontamiento** tiene las siguientes funciones:

- A. la regulación de la emoción y /o decrementar el estrés
- B. el manejo del problema que está causando el estrés.

Con relación al afrontamiento en pacientes con VIH, se producen varias situaciones capaces de suscitar estrés psicológico:

- A. Cuando alguien ha practicado, o tienen la creencia errónea de que ha practicado un comportamiento de riesgo y se cuestiona la probabilidad de haber adquirido la infección.
- B. Cuando valora la posibilidad de hacerse una prueba de laboratorio para detectar anticuerpos al virus.
- C. Cuando, tras la toma de la muestra sanguínea, espera la comunicación del resultado del análisis.
- D. Cuando se le comunica un diagnóstico de seropositividad.
- E. rodean.
- F. Cuando se le comunica que algún ser querido tiene la infección.
- G. Cuando percibe - o cree percibir - que alguien le trata de forma diferente debido a que conoce o sospecha que alguien cercano a esa persona o ella misma porta el VIH.
- H. Cuando presencia el agravamiento o la muerte de alguien con SIDA.
- I. Cuando oye hablar del SIDA en conversaciones o a través de los medios de comunicación masiva.
- J. Cuando percibe cualquier sintomatología que le induzca a creer que la enfermedad empieza a desarrollarse en su organismo.
- K. Cuando recibe un diagnóstico de SIDA.
- L. Cuando percibe signos de agravamiento.
- M. Cuando percibe que va a morir.

En todos los casos, la reacción inicial sea inmediata o a través del tiempo es un shock. Las personas en este estado se encuentran envueltas en sentimientos de confusión y aturdimiento. El pensamiento parece estar en constante agitación y existe cierta desconexión con el exterior que dificulta la asimilación de la información del medio ambiente. El individuo minimiza o anula su capacidad de reconocimiento y aceptación de la realidad con el fin de evadir las implicaciones aversivas del evento.

Posteriormente, se reconoce afectado, produciéndose un conflicto consigo mismo, generando estados de ansiedad manifestados por sudoración, insomnio, fatiga física, etc.

Principalmente se manifiesta la depresión por la comparación entre el antes y el ahora. Ello desencadena que el individuo busque soluciones al conflicto a través de conductas agresivas contra sí mismo y hacia los demás, desde un reclamo social hasta conductas antisociales. Finalmente, después de una evaluación de la situación, se da paso a un pacto donde se adhiere a los tratamientos, modificando algunos hábitos con tal de resolver su situación, comportándose tolerante y dispuesto.

Como se ha recalcado a lo largo del trabajo, la infección por VIH es un problema de salud afectando las estructuras sociales, culturales y económicas de cada individuo y de la sociedad en su totalidad. Su principal vía de transmisión, la sexual, determina la frecuencia del contagio, no importando la edad, estado civil, condición

socioeconómica, lugar de origen y residencia, religión, grado académico, preferencia sexual o alguna otra característica demográfica de un ser humano. El grave deterioro que causa en el organismo es devastador, al dejar sin defensas al cuerpo, mostrando los estragos que puede sufrir siendo víctima de los ataques de varios virus, bacterias, hongos y/o parásitos actuando simultáneamente. No obstante, todavía es aún más dañino su impacto en el bienestar psicosocial de la persona. El estrés psicológico aumenta la vulnerabilidad de la persona y suscita interacciones poco favorables para la calidad de vida que éste pudiera tener; la violación sistemática de sus derechos como ser humano le proporcionan una muerte social antes que ocurra la física.

Aún no se cuenta con un procedimiento terapéutico que cure la infección del VIH; sin embargo, hay diversos fármacos que pueden inhibir el progreso del padecimiento como son los antivirales tan comúnmente administrados, y aunque el aminoramiento puede ser reducido con las técnicas vistas a lo largo de este trabajo para mejorar su calidad de vida; es evidente un lamentable desapego por parte de ellos mismos a acudir a los servicios psicológicos y médicos que se brindan en diversas instituciones.

Reiteradamente a lo largo de este trabajo se manifestó la necesidad de informar del virus, pero no es suficiente. Es necesario generar una modificación de patrones de conducta, una cultura social e individual de salud que conduzca a cada sujeto a la prevención primaria, secundaria y terciaria de múltiples padecimientos crónicos y degenerativos que afectan sus expectativas de vida notablemente.

Por lo tanto, consideramos que actualmente las prioridades que se tienen para lograr resultados más trascendentales en la lucha contra el VIH consisten en:

- concretizar planes de acción multidisciplinarios para la detección de comportamientos de riesgo en la comunidad en general
- hacer campañas sociales de prevención suficientemente difundidas, que no se conformen con informar a la población acerca de las características del padecimiento causado por el VIH, sino que estén conformados por estrategias para alcanzar un cambio en el patrón comportamental y valorativo de la colectividad humana que los reoriente hacia un bienestar biopsicosocial.
- Por otro lado, se recomienda a los profesionales de la salud especializarse en la evaluación y tratamiento específicos a esta área en las siguientes técnicas: terapia de grupo, terapia en relajación, psicoterapia individual de corto plazo, terapia familiar, trabajo en comunidades, evaluación neuropsicológica, modelos de conducta, biorretroalimentación, hipnosis, promoción de la salud y rehabilitación del dolor, específicamente del cáncer y del VIH/SIDA.

Para finalizar este apartado, cabe señalar, que se requieren investigaciones en esta área, ya que es un campo con grandes expectativas para cimentar y consolidar la

Psicología de la Salud en México. Lo anterior necesariamente tiene que repercutir en una práctica profesional eficiente que mejore significativamente la calidad de vida de cualquier persona; y en particular, del enfermo con VIH/SIDA.

## II. Análisis del reporte de investigación

A partir de la revisión bibliográfica realizada, surge el presente proyecto con la pretensión básica de intervenir en una área que manifiesta atención inmediata. La infección por VIH ha ido en ascenso en los últimos años, por lo que requiere de estudios que culminen en la aplicación de técnicas y estrategias de afrontamiento, para poder ayudar a la readaptación del individuo en un nuevo contexto ambiental, emocional y social.

Para empezar, es necesario aclarar que este reporte surge de un proyecto ya establecido en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, a cargo de doctores altamente reconocidos en su disciplina, teniendo como objetivos:

- a) Conocer la frecuencia de los estilos de afrontamiento a la enfermedad, en tres grupos de enfermedades: DM II, SIDA y Apendicitis Aguda.
- b) Describir los factores sociodemográficos y psicopatológicos en pacientes con la misma enfermedad que influyen en el mal o bien afrontamiento a la misma.

Sin embargo, al realizar el análisis del proyecto concluimos que conocer la frecuencia del afrontamiento es irrelevante ya que solo nos dice cifras, por lo que se decidió crear esta investigación retomando únicamente a los enfermos con VIH debido a la magnitud de esta pandemia.

En cuanto a la metodología del proyecto, se utilizaron tres pruebas las cuales eran: la Escala de Lazarus de Afrontamiento, el Cuestionario de Personalidad de Eysenck y el Inventario de Valores Irracionales (IVI). Aquí nos dimos cuenta que se incluyeron una prueba con enfoque psiquiátrico junto con dos de enfoque cognitivo-conductual, motivo por el cual la presente investigación solo trabajó con la primera y la tercera.

Por otro lado, el presente estudio tenía que cumplir con ciertos requisitos para ser aprobado. Se requería indudablemente de una comunicación directa con el enfermo, motivo por el cual, se sometió a un riguroso análisis en el comité de honor del mismo hospital, donde fue aceptado debido a que el riesgo de sus alcances era mínimo. Al mismo tiempo, la necesidad de trabajar con pacientes diagnosticados con infección por VIH recientemente, exigía un desplazamiento hacia el hospital. Sin embargo, muchas ocasiones no hubo la oportunidad de tener pacientes a quien entrevistar, o bien, los que se presentaban no cumplían con los criterios de inclusión exigidos inicialmente; por ejemplo: el que su diagnóstico de seropositividad fuera mayor de 4 meses, la no-participación de alguno de ellos debido a su minoría de edad, etc.

Un aspecto importante que hace al estudio más valioso e interesante, es el contacto directo con el afectado, porque no sólo se conoció y comprendió la situación que viven estos enfermos, sino que al ser el trato directo con la fuente informante no se presentan problemas de interpretación y/o barreras de comunicación en los datos obtenidos.

Por otro lado, en todo trabajo de campo es necesario tomar en cuenta cada uno de los aspectos que se vayan presentando a lo largo de toda la investigación; por lo que la flexibilidad y cooperación debe estar presente, obviamente sin perder de vista los objetivos iniciales. En este trabajo, algunas ocasiones al acudir al hospital, no se recopilaban cuestionarios, sin embargo, se tuvo que intervenir en el manejo del paciente en crisis emocional, o bien, en visitas a cuartos donde ya estaban internados y el avance de la infección ya era manifiesto (etapa de SIDA), trabajando en el control del estrés y/o ansiedad con la ayuda de las técnicas propuestas por la Medicina Conductual (relajación, desensibilización sistemática, imaginación, etc.); obteniendo resultados muy gratificantes; lo que permite comprobar los alcances que tiene la Psicología en el área de la Salud.

Para finalizar este apartado, se desea mencionar, que se tienen que tomar en cuenta que aún cuando inicialmente el pronóstico de vida de los sujetos sea favorable (con el uso de fármacos y atención psicológica), éste puede devenir, debido a factores que están fuera del alcance de quien proyecta las investigaciones. Es un pronóstico desfavorable, ante el cual hay que estar preparados para afrontar la ausencia o pérdida de los pacientes.

### **III. Análisis de los instrumentos de evaluación**

Los instrumentos utilizados para la evaluación en el proyecto fueron la Escala de Lazarus (estrategias de afrontamiento) y el Inventario de Valores Irracionales (I.V.I.).

Debido a su fácil aplicación, tanto el I.V.I. como la Escala de Afrontamiento no ocasionaron dudas ni problemas en los pacientes. Por el contrario, el tiempo que invirtieron en contestarlos resultó ser corto (20 minutos aproximadamente).

Lo más importante de estos instrumentos es que proporcionaron suficiente información acerca del afrontamiento en pacientes con VIH de diagnóstico reciente, a pesar de que la muestra del estudio fue pequeña, debido a que a lo largo de la investigación se fueron excluyendo algunos sujetos por no cumplir los criterios establecidos.

Finalmente, con relación a estos instrumentos, cabe señalar, que fueron muy prácticos tanto para la recopilación de información como para su análisis, por lo que consideramos que pueden ser muy valiosos para la evaluación del afrontamiento en cualquier otro contexto en donde se estudia la salud integral del individuo.

#### IV. Análisis de los resultados

Realizando la suma total de los resultados encontramos que más de la mitad de la muestra (14 sujetos) tuvieron un "buen afrontamiento", lo que indica que son confrontativos, autocontrolados, responsables, tienden a la solución de problemas, tienen reevaluación positiva y aceptan apoyo social; quedando definida esta categoría de la siguiente manera:

##### Afrontamiento Efectivo

**Cognitivamente** la persona se interesa por conocer el significado y posible tratamiento de la enfermedad, no piensa en ella como algo incurable. Trata de mantener equilibrio emocional aceptando su enfermedad y pensando positivamente en reemplazar las partes o funciones perdidas; en sacar otros potenciales para mantener un sentido de autoestima. Reconoce que hablar de su enfermedad y expresar sus emociones y sentimientos le dará muchos beneficios. Acepta su dependencia y desamparo, no pretende buscar una solución mágica, tiene confianza en sí mismo y en los demás. Por último, acepta que su vida social debe continuar y piensa en buscar a su familia y amigos.

**Conductualmente** hace preguntas acerca de su enfermedad, busca información y sigue las indicaciones médicas. Tiene una alta adherencia terapéutica manteniendo comunicación con el equipo de salud y continúa hasta el final con el tratamiento. Es optimista continuando con sus actividades, manteniendo sus relaciones interpersonales, sigue laborando, busca actividades recreativas, acepta apoyo y cooperación de otros. Así, continúa con su vida social conviviendo con los que le rodean. Mantiene una postura de pasividad, controla sus impulsos, es autosuficiente y mantiene sus relaciones íntimas. Finalmente, hace uso de la asistencia médica y trata de vivir lo mejor posible.

Por otro lado, los seis restantes se definieron en la categoría de "mal afrontamiento" caracterizándose ésta por el distanciamiento, alta tendencia al escape-evitación, escaso autocontrol y responsabilidad; quedando resumida en los siguientes términos:

##### Afrontamiento Inefectivo

**Cognitivamente** es una persona que presenta tendencias a ignorar los síntomas, miedos asociados a la enfermedad, no acepta su tratamiento. Manifiesta ignorancia, chantaje emocional, pesimismo, confusión, desvalorización, pérdida de autoestima, dificultad para mantener un sentido de autosuficiencia y control sobre su vida, sentimientos de impotencia y desesperación al no aceptar su dependencia y

desamparo. Mantiene ideas de impedir la muerte y tiende a estados depresivos. No trata de mantener equilibrio emocional y a pesar de que niega su enfermedad piensa todo el tiempo en ella. Pretende buscar una solución mágica, no tiene confianza en sí mismo ni en los demás. No trata de pensar positivamente en reemplazar las partes o funciones perdidas, ni en sacar otros potenciales para mantener un sentido de autoestima. No acepta cambios en su vida cotidiana; sus sentimientos y emociones son negativos, agresivos y dañinos para su salud.

**Conductualmente** es una persona que no habla ni hace preguntas de su enfermedad y no busca información de ella, ni toma nuevas decisiones y nunca aprende a expresar sus sentimientos, evita realizar un plan de acción y no sigue las indicaciones médicas. No mantiene una comunicación con el equipo médico y no tiene adherencia terapéutica. Se aísla socialmente y tiene inhabilidad para controlar sus impulsos por lo que llama la atención de una forma agresiva y evitando cualquier contacto sexual aún con protección. Mantiene una actitud de víctima y deja todas sus actividades, incluso las laborales. Interrumpe el tratamiento siendo pesimista. Evita ser sociable, se aísla totalmente y no solicita apoyo social ni emocional. No convive con familiares y amigos evitando las nuevas actividades. Es irresponsable y no hace uso de la asistencia médica, es dependiente, termina con sus labores y nunca consigue soluciones. Presenta tendencias suicidas. Finalmente, se aísla del tratamiento y del hospital y recurre a otras alternativas curativas.

Por otro lado, los resultados también se pueden analizar por categoría de sexo encontrándose lo siguiente:

Del total de 17 hombres, 11 resultaron ser “buenos afrontadores” con las siguientes características sociodemográficas:

- Ocho son solteros (entre los 28 y los 34 años), dos casados (44 y 45 años respectivamente) y uno de ellos viviendo en unión libre (de 32 años)
- Cinco con estudios de secundaria, tres con primaria, dos con licenciatura y uno con preparatoria
- Cuatro de ellos están desempleados, cuatro realizan algún oficio particular, dos son empleados y uno de ellos no tiene ocupación alguna
- Nueve de ellos son católicos, uno es cristiano y otro no profesa ninguna religión en particular
- Ocho de ellos tienen un nivel socioeconómico bajo y tres un nivel medio
- Ocho son hijos de familia, dos son padres y uno vive en pareja
- Uno de ellos tiene el diagnóstico de tuberculosis y otro tiene una úlcera estomacal, los nueve restantes no tienen diagnóstico extra

Los seis hombres restantes obtuvieron un “mal afrontamiento” en donde se presentan las siguientes características sociodemográficas

- Cinco de ellos son solteros (entre 24 y 45 años) y uno vive en unión libre (de 43 años)

- Dos de ellos sólo estudiaron hasta la primaria y el resto es de preparatoria y licenciatura
- Cinco tienen algún oficio o son empleados y uno de ellos es estudiante
- Todos son católicos
- Cuatro son de nivel socioeconómico bajo y dos de nivel medio
- Dos viven solos, dos son hijos, uno es padre y el último es hermano
- Ninguno de ellos tiene el diagnóstico de otra enfermedad

En el caso de las mujeres tres de ellas obtuvieron un "buen afrontamiento" y sus características sociodemográficas fueron:

- Tres de ellas son casadas (entre 31 y 35 años) con rol de madres, dos de ellas con escolaridad de primaria dedicadas al hogar y la tercera tiene secundaria y es empleada
- Dos tienen el nivel socioeconómico bajo y la otra un nivel medio
- Ninguna de ellas tiene el diagnóstico de otra enfermedad .

La que obtuvo un "mal afrontamiento" (sujeto 5) es madre soltera de 31 años, con educación primaria dedicada al hogar, católica, nivel socioeconómico bajo y sin el diagnóstico de otra enfermedad.

Cabe resaltar el caso del sujeto 7 quien es estudiante de licenciatura y obtuvo un mal afrontamiento. A pesar de ser único en la muestra con estudios superiores, pensamos que el tener un nivel académico más alto no determina un buen afrontamiento a la enfermedad.

Por otro lado, en cuanto al nivel socioeconómico también se esperaba que los de bajos recursos obtuvieran un mal afrontamiento, sin embargo, se encontró todo lo contrario, ya que los de nivel medio fueron quienes se ubicaron en esta categoría.

En cuanto al rol familiar, cabe resaltar que dos hombres viven solos, factor que puede ser importante en el mal afrontamiento; y en el caso del sujeto 5 quien es madre soltera por lo que también puede influir en su respuesta adaptativa.

También, a pesar de tener otro diagnóstico clínico (dos casos en toda la muestra) se obtuvo un buen afrontamiento, y en los casos de los malos afrontadores no tenían el diagnóstico de otra enfermedad y obtuvieron ese resultado, por lo que se duda que existe relación entre el diagnóstico de VIH y el de otra enfermedad.

Basándose en los resultados mencionados anteriormente, podemos concluir que tanto el afrontamiento efectivo como el inefectivo no están determinados por algunas de las variables atributivas sino al igual que en el estudio de Berger y Cols (Citados en Holleb, 1990) coincidimos que esta en función de la enfermedad física y del ambiente sociocultural. Por ello, a continuación se muestra un resumen de las conclusiones obtenidas a través de este estudio.

EL AFRONTAMIENTO EFECTIVO E INEFECTIVO NO ESTÁ DETERMINADO POR	
• EDAD	Ya que el rango de la muestra fue variable
• ESTADO CIVIL	Ya que se observaron tanto casados, solteros como la unión libre
• ESCOLARIDAD	Se presentó a todos los niveles educativos
• OCUPACION	Ya que existían desempleados, con algún oficio o empleo y dedicados al hogar
• RELIGIÓN	Fue predominante la católica, sin embargo hubo de otra postura religiosa o abstencionismo
• NIVEL SOCIOECONÓMICO	La mayoría era de nivel bajo
• ROL FAMILIAR	No influye el papel que se tenga en la familia
• DIAGNÓSTICO DE OTRA ENFERMEDAD	Se presentaron otros diagnósticos clínicos y no influyeron en el afrontamiento

Para finalizar este apartado, es importante mencionar que las dos pruebas utilizadas para la evaluación del afrontamiento (I.V.I. y escala de Lazarus) resultaron altamente correlacionales en los 9 sujetos con buen afrontamiento y los 7 sujetos en el mal afrontamiento haciendo un total de 16, que en términos de porcentaje sería un 76.19% de la muestra; lo que nos indica que éstas pruebas si fueron útiles en la evaluación del afrontamiento en pacientes con VIH de diagnóstico reciente. Por lo que concluimos que se cumplieron los objetivos planteados inicialmente.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL

A partir del análisis de resultados se encontró en este estudio un resultado definitivo sobre el afrontamiento en pacientes con V.I.H. de diagnóstico reciente: ninguna variable atributiva (edad, sexo, ocupación, escolaridad, religión, rol familiar, diagnóstico de otra enfermedad), fue determinante para definir el buen o mal afrontamiento a la enfermedad.

En este trabajo el afrontamiento se determinó basándose en las estrategias propuestas por Lazarus, encontrando que el 33.3% de la muestra obtuvo un mal afrontamiento y el 66.6% resultaron ser buenos afrontadores. Confirmando que en alguna medida el sujeto confronta, escapa/evita, es responsable o se distancia, tiene autocontrol, coopera y participa en el apoyo social, tiende a la solución de problemas y asume la reevaluación positiva.

También se pudo observar, que fue fácil poder categorizar a los sujetos en afrontamiento efectivo e inefectivo de acuerdo a su puntaje, ya que la variable dependiente fue bien definida y delimitada lo que permitió que se describiera fácilmente la respuesta afrontativa y así obtener un mejor análisis de resultados.

Por otro lado, revisando otros estudios donde también evaluaron el afrontamiento no pudimos encontrar sus test o instrumentos para poder realizar una comparación con los de este proyecto, y al mismo tiempo, notamos que sus resultados eran descritos muy someramente, con poca información acerca del afrontamiento de los sujetos y muy pocos describiendo los datos sociodemográficos.

Es por ello, que consideramos que el aporte de la investigación es muy interesante a pesar de tener una muestra pequeña. Inicialmente fueron 41 sujetos, sin embargo 20 no cubrieron los criterios de inclusión por lo que automáticamente fueron descartados de la investigación. Finalmente, el tiempo asignado al proyecto llegó a su fin, por lo que se tuvo que trabajar únicamente con los 21 sujetos.

A pesar de dichas limitantes, aporta datos muy relevantes, por lo que consideramos que el estudio del afrontamiento en el paciente con VIH, debe enfocarse a muestras más amplias, para así determinar el perfil de este tipo de población y con ello, realizar planes y programas de intervención y rehabilitación basados en las técnicas psicológicas propuestas por la medicina conductual, con el fin de que el paciente se formule estrategias y planes de acción en su vida futura.

Sin embargo, no hay que olvidar que las propuestas más importante de este trabajo son: 1) incrementar la prevención primaria, promoviendo campañas enfocadas a hábitos saludables en las escuelas, deportivos, medios de comunicación, en el trabajo, etc. y 2) sensibilizar y concientizar a la población de la importancia que tiene promover buenos hábitos de salud en el núcleo familiar.

Cabe resaltar que para la sociedad en sí, el impacto del VIH es enorme, durante el periodo asintomático, la persona puede transmitir el virus a otros sin saberlo, aumentando el problema. Después de que se descubre la infección, se deben proporcionar los recursos adecuados y el apoyo psicológico para el cuidado de la salud, y finalmente la sociedad y la familia tienen que sobrellevar la pérdida de un miembro sano y productivo.

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

Su elaboración tiene serios problemas. El VIH cambia su composición externa de manera que una vacuna basada en la estructura inicial no funcionará para la nueva composición del mismo. Por otro lado, el VIH se esconde en el interior de las células que infecta y daña a las células que deben de ser activadas por la vacuna, al mismo tiempo, afecta a poblaciones celulares que forman parte del sistema de defensa, en particular un cierto tipo de linfocitos T de los cuales se conocen 9 tipos diferentes, dos de ellos son importantes: a) Células colaboradoras que ayudan a otras células de defensa inmunológica, como los linfocitos B productores de anticuerpos a actuar contra invasores extraños; b) Células supresoras, las cuales disminuyen la actividad de las células de defensa inmunológica una vez que la amenaza de un invasor extraño ha disminuido (Daniels, 1987).

Finalmente, una limitante más en el estudio del SIDA es la falta de conocimientos en el manejo de los enfermos. El trato que reciben por parte del personal de salud no es el adecuado, por lo general son aislados y rechazados en los hospitales, situación que puede explicarse por la falta de información que prevalece al respecto de la infección. Tal es así, que la enfermedad se sigue asociando a la homosexualidad y a la promiscuidad en general. Por ello, Castro (en Leyva, 1988) afirma que debido a que la infección se presentó en los primeros años en personas homosexuales, se tiene la creencia, estigmatización y marginación que este tipo de población es una fuente potencial del SIDA, lo cual explica, es completamente erróneo. Finalmente concluye que "no hay grupos de alto riesgo sino que son prácticas, las que ponen en riesgo la salud del individuo" (Bronfman en Leyva, 1988).

Por otro lado, esta investigación nos dio la oportunidad de poder conocer la realidad en el Hospital Dr. Manuel Gea González y las condiciones en que los pacientes son atendidos, en la mayoría de los casos no había camas disponibles, por lo que este tipo de pacientes toman atención médica en cualquier área e incluso en camillas dentro de urgencias.

A pesar de no contar con un espacio donde pudiéramos aplicar los instrumentos, encontramos que el acceso a los pacientes no fue difícil, e incluso ellos se mostraban participativos y cooperativos, aún sin proporcionarles ningún medicamento a cambio. Lo que nos permite pensar que el afrontamiento ya es manifiesto desde la invitación al proyecto.

En el momento de la aplicación de los instrumentos, nos dimos cuenta que al paciente se le dificultaba entender algunos ítems, por lo que a veces teníamos que explicarles la pregunta y el tiempo se prolongaba, además consideramos que como se aplicaban en la sala de espera o en los pasillos, se dificultaba la comunicación debido al ruido y a la falta de concentración de la misma persona.

También en algunos casos, el médico infectólogo solicitaba apoyo de nosotras para hablar con los pacientes infectados o con los familiares, ya que desde nuestra perspectiva no todo el personal de enfermería y médico contaban con la preparación suficiente para tratar el aspecto psicológico.

Cabe resaltar que el Médico Infectólogo con el que tuvimos la oportunidad de trabajar, estaba realmente preocupado por el aspecto psicológico de sus pacientes. Esto en función del apego al tratamiento y la motivación para sacarlos adelante, además de que llego a manifestarnos su interés por aprender más acerca de nuestro trabajo.

Por ello consideramos que es de mucha vitalidad que al médico se le proporcionen este tipo de trabajos con el fin de sensibilizarlos, ya que en muchos de los casos se limitaban solamente al diagnóstico y tratamiento médico sin contemplar que para la persona es muy difícil poder vivir con esta enfermedad.

Por otro lado, consideramos que es de gran utilidad enmarcar que hoy en día, desde nuestra perspectiva el sistema de servicio de salud pública en México es en general deficiente debido a que:

- El gobierno proporciona fondos insuficientes a la promoción de Hábitos benéficos para la salud, por lo que la atención se enfoca en curar al paciente enfermo. Este problema se ve acentuado en pacientes con VIH/SIDA, ya que el costo del tratamiento es muy alto y esto ocasiona que sean pocos los beneficiados.
- El uso de la terapia medicamentosa para el tratamiento de la infección por VIH se enfoca en las diferentes etapas del ciclo viral y en los diferentes aspectos de la biología del virus. Sin embargo, el acceso a los medicamentos es muy costoso por lo que solamente algunas personas gozan de ese privilegio y dentro de las instituciones al paciente se le dota de medicamentos solo en algunos casos, por ejemplo: participar en protocolos de estudio.

- De igual forma, en algunas instituciones, el médico tiene un límite para prescribir algún tipo de medicamento y/o mandar análisis clínicos de laboratorio, por lo que el diagnóstico en muchas ocasiones es tardío y deficiente.
- Por otro lado, la cantidad de pacientes que un médico general o especialista atiende en un día es muy alto, viéndose así limitado en tiempo y atención para examinar cada caso. Por lo que la atención del profesional de la salud está en función de su cansancio, del estrés cotidiano y de las presiones por parte de la institución. Además, su remuneración económica es insuficiente por lo que en muchas ocasiones tiene que doblar turnos o hacer guardias para obtener mejores ingresos.
- También podemos notar que es mucho el tiempo en que tarda un paciente entre la consulta externa y la consulta con el especialista, por lo que la atención y el tratamiento hacia el paciente ocurren cuando la enfermedad ya ha avanzado. Por ello, sugerimos minimizar este tiempo lo más breve posible para mantener la adherencia al tratamiento.
- Así mismo, la cultura de salud dentro de la población en general nos ha enseñado que acudimos al médico solamente en el caso de que la enfermedad está presente y no como medio preventivo.

Por otro lado, en función de la psicología de la salud, es de gran utilidad promover en las instituciones el trabajo del psicólogo y las ventajas de la atención interdisciplinaria por mejorar la salud integral del individuo.

Particularmente en este trabajo, proponemos que el psicólogo aborde a los sujetos que obtuvieron un "mal afrontamiento" para mejorar sus respuestas adaptativas a la enfermedad, basándose en las siguientes técnicas de intervención:

- 1) **Psicoterapia verbal.** Bajo alguna de las siguientes aproximaciones: cognitivo-conductual, racional emotiva, directiva, sistémica, etcétera.
- 2) **Asesorías de apoyo.** Dirigidas a reducir el estrés del paciente y de la familia. Se pueden realizar a través de grupos de apoyo donde se confronta al paciente y se discuten las situaciones similares al problema, manejando la ansiedad, los diferentes tipos de afrontamiento, así como se les informa sobre los tratamientos médicos más relevantes.
- 3) **Intervención en Crisis.** Ayudando al paciente y a su familia en la comprensión de todas las acciones que están involucradas en su caso, de forma clara y detallada, reduciendo el estrés y restableciendo el nivel de funcionamiento de sus conductas.

- 4) **Entrenamiento en relajación.** Facilitándole al paciente un estado de distensión sobre su cuerpo y un sentido de control en sus cargas afectivas y cognitivas.
- 5) **Imaginación.** Llevando al paciente a la creación de imágenes que favorezcan la relajación en general, la reducción de la ansiedad y propiciando el cambio conductual.
- 6) **Hipnosis.** Favoreciendo al paciente en la relajación de su cuerpo y generando cambios de percepción en los síntomas de la enfermedad.
- 7) **Desensibilización sistemática.** Entrenar al paciente a emitir respuestas inconsistentes con la ansiedad. Se le presentan de manera progresiva circunstancias asociadas a la ansiedad en orden creciente, buscando siempre que se estén evocando dichas escenas que se mantenga relajado.
- 8) **Entrenamiento de habilidades y ensayo conductual.** Se les enseñan habilidades específicas que facilitan el ajuste físico y psicológico del paciente ante la situación hospitalaria, personal médico y ante la enfermedad misma.
- 9) **Manejo de Contingencias.** Haciendo uso de los reforzamientos positivo y negativo, castigo, respuestas de costo, etcétera, se incrementan las conductas adaptativas y se decrecientan aquellas que no lo son. Se puede intervenir a través del personal médico, a los familiares, amigos; siempre y cuando reciban entrenamiento por parte del psicólogo.
- 10) **Estrategias cognitivas.** Se pretende alejar la atención del paciente de los eventos estresantes, para lo cual se utilizan la imaginación placentera, tareas de destreza mental, conteo en voz alta, etcétera. Las estrategias cognitivas entrenan al paciente en las relaciones entre pensamientos, sentimientos y conductas que buscan la promoción de pensamientos adaptativos. Existe una gran variedad de éstas como son: a) la distracción, b) el sosegamiento, c) la reestructuración cognitiva. Dentro de ésta última se encuentran algunos procedimientos como es la inoculación al estrés, la terapia Racional Emotiva y el entrenamiento en resolución de problemas.

Al mismo tiempo, el psicólogo tiene que estar actualizado en todos los conocimientos sobre etiología, clínica, evaluación, diagnóstico, etcétera, ya que tiene que comprender las psicopatologías junto con el resto de los profesionales sanitarios, para lograr un buen trabajo multidisciplinario.

Por otro lado, también tiene que realizar programas de formación psicológica dirigida al personal de salud, a la familia y al paciente, que le permitan:

- 1) Informar sobre la situación real que se está viviendo
- 2) Apoyar emocionalmente al paciente
- 3) Orientar hacia donde puede dirigir sus dudas, miedos, expectativas, etcétera.
- 4) Entrenarlos en el manejo del afrontamiento al estrés con el fin de desarrollar sus propios recursos.
- 5) Maximizar la calidad de vida del paciente fomentando la adherencia terapéutica, tanto al medicamento como al apoyo psicológico.

Finalmente, esta investigación nos proporcionó grandes satisfacciones como el conocer la problemática del paciente con diagnóstico de VIH y sus inquietudes; el recibir apoyo de profesionales médicos con grandes conocimientos y experiencia y por último, brindar a la sociedad un estudio innovador en el campo del afrontamiento a la enfermedad VIH en México.

---

## BIBLIOGRAFIA

---

- Adler, C. MD. (1990). *Biopsychosocial Approach the Human Immunodeficiency Virus Epidemic; A Clinical "s Primer* .Gen Hosp. Psychiatry, 12 (1), 98-123.
- Bayés, R. y Ribes, E. (1992). *Aportaciones del análisis funcional de la conducta al del SIDA*. Revista latinoamericana de Psicología, 24 (1-2),35-56.
- 00Becoña, E. y Vázquez, F. (1995). *Antecedentes y desarrollo de la psicología de la salud*. Revista de Psicología Contemporánea, 2. (1), 4-15.
- Belard, C. Deardoff, W. Kelly, K. (1987). *Intervention Strategies in clinical Health Psychology*. En: *The Practice of Clinical Health Psychology*. Great Britain: Pergamon Press. Cap. 7.
- Bellack, A.S., Hersen, M and kazdin, A.E. (1982). *International Handbook of Behavior Modification and Therapy.*, N.Y. Plenum Press.
- Blumenfield, M. MD. and Milazo, J. (1990). *Noncompliance in Hospitalized Patient with AIDS*, Gen Hosp. Psychiatry, 2 (1) 166-169.
- Brownell, K., Stunkard, A., y Albaum, J. (1980). *Evaluation and modification of exercise patterns in the natural environment*, American Journal of Psychiatry, 1 (37) 1550-1545.
- Cacioppo, J.T. Petty, R.E. and Marshall-Goodel. (1988). *Perspectives in cardiovascular psychophysiology*. N.Y. The Guilford Press.
- Campero, L.C. (1990). *Calidad de la atención pedagógica médico-paciente en consulta externa,; el caso de Oaxaca en México*, Revista de Salud Pública de México, 32 (2) 192-204.
- Cassuto, J.P., Pesce, A., Quaranta, J.F. (1987) (Eds). *SIDA*. Paidós, Argentina.
- Catalan, J. (1992). *The Psychosocial Impact of HIV Infection in Gay Men A controlled Investigation and Factors Associated with Psychiatric Morbidity*. British Journal of Psychiatry. 161 (1), 774-778.
- Centers for Disease Control. (1981). *Pnuemocystis Carinii pneumonia*. Morbidity and Mortality Weekly Report; 30 (1) 250-252.
- CONASIDA. (1990<sup>a</sup>).Programa de Mediano Plazo para la prevención del SIDA: 1990-1994. México.

- CONASIDA. (1997). Programa de fortalecimiento para la prevención y control del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual: 1997-2000. México.
- CONASIDA. (1990b). Guía para la atención médica de pacientes con infección por HIV-SIDA en consulta externa y hospitales. México.
- CONASIDA. (sin fecha). La prueba de detección del SIDA y su significado. México: SSA/conasida. Pag.1-6.
- CONASIDA (1988a), gaceta, sep-oct, año 1, N.3.
- CONASIDA (1988b), gaceta, nov-dic, año 1, N.4.
- Coolican, H. (1997). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. Manual Moderno, México, D.F. 110, 355.
- Corcoran, K. (1987). *Measures for clinical practice, a suircebook irrational value scale*, Mc. Millan, New York.
- Cote, T. Md., Mph, R. and Biggar, Md. (1992). *Risk of suicide among person with AIDS*. JAMA, 268 (15), 2066-2068.
- 
- Critelli, J.W. Y Newmann, K.F. (1984). *El placebo: conceptual analysis of a construct in transition*. American Psychologist. 39 (2), 32-39.
- Cummings, N.A. (1975). *The health model as entree to human servicemodel in psychotherapy*. Clinical Psychology, 29,19-21.
- Daniels. V.G. (1987) (Eds.). *SIDA*, Manual Moderno, México, D.F.
- Davis, M., Mckay, M., and Eshelman, M. (1986) (Eds.). *Técnicas de Autocontrol Emocional*. Martinez Roca, Barcelona.
- Davis, M., Mckay, M., and Eshelman, M. (1987) (Eds.). *Técnicas Cognitivas para el tratamiento del estrés*. Planeta, Barcelona.
- Dolan, J. and Desselberger, U. (1994). *Construction of gag, pol y env specific riboprobes for confirmation of HIV-1 specific polymerase chain reaction product*. Journal of virological Methods. 48 (1), 167-175.
- Donnelly, J. (1996). *Assessing variability of HIV transmission attitudes and behaviors at an urban northeastern university*. Psychological Reports, 78 (1), 375-383.
- Dunner, D. MD. (1993). *Consultation-Liasion psychiatry; patient evaluation, the challenge of AIDS*, Saunders, Philadelphia.

- Durán, G.L., Frenk, J. y Becerra, J. (1990). *La calidad de la conducta prescriptiva en atención primaria*. Revista de Salud Pública de México. Vol. 32 (2), 181-190.
- Ellis, A. (1980) (Eds.). *Razón y emoción en Psicoterapia*. Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Engel, G.L. (1977). *The need for a new Medical Model: A Challenge per Biomedicine*. Science. 196 (1), 126-129.
- Ewart, K.C. (1991). *Social action theory for public health psychology*. American Psychologist, 46 (9), 931-946.
- Fukunishi, I, Hosaka, T. Matsumoto, T. Hayaski, M. Megishi, M. Moeiya, H.(1997). *Liaison psychiatry and HIV infection (II): Application of relaxation in HIV positive patients*. Psychiatry & Clinical Neurosciences. 51 (1), 5-8.
- Francesco, S. (1989). *Diez minutos que pueden cambiar tu vida*. E.U. Gay Meris Health Crisis inc, 86-89.
- García, M.L. Valdespino, J.L., Loo, E., Palacios, M. Salcedo, A., del Río, A., Magis, C. (1994). *Evolución de la Definición de casos de SIDA en México*. Enfermedades infecciosas y Microbiológicas, 4 (4), 171-177.
- Gil, K.M., Keefe, F.J., Crisson, J.E. and VanDalfsen, P.J. (1987). *Social support and pain behavior*. Pain, 29 (2) 209-217.
- Goodman, G.A. (1991). *Las bases farmacológicas de la terapéutica*: Panamericana, Argentina. 1144 -1148.
- Gutiérrez, L. (1994). *Atención primaria e infección por VIH/SIDA*. Rev. de Psicol. Gral y Aplic. 47(2), 175-181.
- Hanson, P. (1989) (Eds). *El placer del estrés*. Sitesa, México.
- Haseltine, W.A. y Staal, F.W. (1990). *Biología celular del virus del SIDA*. En: Revista mensual ICYT. México.
- Hernández, S.R., Fernández, C.C y Baptista, L. P. (1998). *Metodología de la Investigación*. 2da Edición. McGRAW-HILL. México. 263, 264.
- Holleb, A. (1990). *The American Cancer Society*. Cancer Book. USA: doubleday.
- Holtzman, H.W. Evans, I.R., Kennedy, S. y Iscoe, (1988). *Contribuciones de la psicología al mejoramiento de la salud y de la atención a la salud*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Psicología y Salud. 105 (3), 245-282.

- Kazdin, A. (1978). *Modificación de la conducta, sus aplicaciones prácticas*. Manual Moderno, México, D.F. 20,21.
- Kerlinger, F. (1988). *Investigación del comportamiento*. 2da. Edición, McGRAW-HILL/Interamericana de México. México, D.F. 510,511.
- Kumate, J. (1994). *Manual de infección clínica*. Méndez editores, México. 559-580.
- Lazarus, R. (1986) (Eds.). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca, Barcelona.
- Lazarus, R. and Folkman, S. (1984) (Eds.) *Stress Apraisal and Coping*. USA. Springer.
- Leyva, J.A. (1988). *El SIDA, su impacto social y demográfico*, Gaceta CONASIDA, 1 (1),5-7.
- Mages, I. and Mendelsohn, R. (1981). *Effect of cancer on Patients' lives: a Personological Approach*. Health Psychology A Handbrok . San Francisco: Jossey-Bass.
- Mastria, M.A. and Drabman, R.S. (1979). *The development of behavioral competence in medical settings*. En: Mc. Namara, R.J. Behavioral Approaches to Medicine, Plenum Press, N.Y. cap. 3, 33-64.
- Magis, C., González, G., Condelas, E., Mora, J.L., Valdespino, J.L. (1993). *Epidemiological database management of the AIDS National Registry 1983-1992. Lessons learned*. IX International Conference on AIDS. Berlín, Alemania. (abst. No. PO-C06-2178). Abstract book. 2, 670.
- Magis, C., del Río, A., Valdespino, J.L., Garcia, M.L. (1995). *Casos de SIDA en el área rural de México*. Salud Publ. de Méx.; 37(6), 615-623.
- Masson, E. (1992). *Guía práctica del SIDA*. Salvat, Madrid. 12-39.
- Matarazzo, J.D. (1980). *Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology*. American Psychologist, 35(9), 807-817.
- Meichenbaum, D. and Cameron, R. (1983). *Stress inoculation training: Toward a general paradigm for training coping skills*. New York, Plenum Press. Cap.3
- Moss, R.H. (1981). *The criss of psysical illness*. Gran Bretaña: Oxford University Press.
- Mueller, C.W., Medina, C., Dunbar, H. and Wolf, T. (1997). *Psychological growth in women living with HIV: an exploratory study*. Nati Conf Women HIV, p. 169 (abstract no. Pl. 58) May 4-7.

- Nyamathi, A.M. and Stein, J.A. (1997). *Assessin the impact of HIV risk reduction counseling in impoverished African American woman: a structural equations approach.* AIDS Education & Prevention. 9 (3), 253-273.
- Numberg, H. (1984). *Psychopatology Complicating Acquired Inmune Deficiency Syndrome;* American Journal Psychiatry. 141(1),95-96.
- Penzo, W. (1990) (Eds.). *Licenciatura Psicología Médica.* Salvat, Barcelona.
- Pinkerton, S.S., Hughes, H. and Wenrich, W. (1982) *Behavioral Medicine: Clinical Applications,* Ed. John Wiley and Snors, N.Y. 1-20.
- Pomerleau, O. (1979). *Behavioral Medicine: Theory and Practice,* The Williams & Wilkins Company, Baltimore, E.U.A.
- Prokop, C. and Bradley, L. (1981). *Medical Psychology.* Ed. Academic Press.
- Ribes, E. (1986) (Eds.). *Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología. Un modelo integral.* Trillas, México.
- Rimm, D.C. (1987)(Eds.). *Terapia de la conducta, Técnicas y hallazgos empiricos,* Trillas, México.
- Rosemberg, P.S. (1995). *Scope of the AIDS epidemic in the united States.* Science.; 270(5270):1372.
- Ruch, W. y Zimbardo, P. (1975) (Eds.) *Psicología y Vida.* Trillas, México.
- Ruíz De Chávez, M. Martínez, G. Calvo, J.M. Aguirre, H. Arango, R. Caminos, M. Ortíz, G. Ugalde, E. y Herra, F. (1990). *Bases para la evaluación de la calidad de la atención en Unidades médicas del sector salud.* Revista de Salud Pública de México, Vol.32 (2), 156-169.
- Salinas, J.L. (1992). *El psicólogo en el ámbito de la salud,* Tesis Inédita de Maestría en Psicología. México, D.F. Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala.
- Schieifer, S. MD. and Keller, S. (1989). *Major Depressive Disorser and Inmunity,* Arch Gen Psychiatry. 6(6),81-87.
- Schhneider, P.B. (1986) (Eds.). *Psicología aplicada a la Práctica Médica,* Paidós, Buenos Aires, Barcelona.
- Schwartz, R. (1992). *Guía médica sobre el SIDA y manual de recursos para la comunidad latina.* San Francisco. AIDS-fundation. Pág. 4-34.

- Sechrest L. y Cohen, R. (1982). *Evaluation outcomes in health care*. En Stone, G. Cohen, F. y Adler, N. (Eds.) Health Psychology: A Handbook. Edit. Jossey-Bass Publishers, Sn. Francisco, (3a. ed.) cap.14, 369-394.
- Seligson, N. (1989). *Una aproximación interdisciplinaria para problemas de salud desde la perspectiva de la medicina conductual*. ENEP-Iztacala-UNAM, México (manuscrito)
- Sepúlveda, A. (1990). *SIDA: Información básica para personal de Salud*. ;Méx. SSA. Pág. 20.
- Shapiro, D. (1988). *Hacia una medicina comportamental comprensiva*. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 20 (1), 27-43.
- Shapiro, D. and Goldstein, Y.B. (1982). *Biobehavioral perspectives on hypertension*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 50, 841-858.
- Sida/ets. (1998). Conasida, SSA, Publicación trimestral: enero/marzo de 1998.
- Slaikou, K.A. (1988). *Intervención en crisis*. Manual Moderno, México. 7-22.
- Stachtchenko, S. and Jenicek, M. (1990). *Conceptual differences between prevention and health promotion: research implications for community health programs*. Canadian Journal of Public Health, 81, 53-59.
- Stone, C.G. Cohen, F. y Adler, E.N. (1979). *Themes and professional prospects in health psychology*. En Stone, G. Cohen, F. y Adler, N. *Depressive Reactions Associated with surgery for cancer*. London: Breadkown.
- Stora, J.B. (1991) (Eds.). *¿Qué es el estrés?*. Publicaciones Cruz, Francia.
- Strain, J. MD. and Hamer, J. MD. (1993). *The problem of coping a reason for Psychiatric consultation*, Gen Hosp Psychiatry. 15 (1), 1-8.
- Sutherland, S. (1977). *Psychological impact of cancer and cancer Surgery*. *Depressive Reactions Associated with surgery for cancer*. London: Breadkown.
- Tamayo, R. (1990). *Principios de Patología*. Panamericana, México. 7794-7797.
- Taylor, S.E. (1990a). *Contributions of Health Psychology*, New York: Random House.
- Taylor, S.E. (1990b). *Health Psychology: The Science and the Field*. American Psychologist, 45 (1), 40-50.
- Turk, D.C. Litt, M.D. Salovey, P. and Walter, J. (1985). *Seeking urgent pediatric treatment: Factors contributing to frequency, delay, and appropriateness*. Health Psychology. 4. 43-59.

- Uribe, P y Rico, B. (1990). *¿Porqué no hay una vacuna contra el SIDA?*. Gaceta CONASIDA, 3 (1), 3-6.
- Valderrama, P, Carbellido S., Domínguez B. (1995) (Eds.) *Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres con cancer cervico uterino*. Tesis Inédita de Licenciatura en Psicología. México, D.F. Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala.
- Valdés, M. (1983)(Eds.). *Medicina Psicosomática*. Pegaso, México.
- Valdespino, J.L., del Río, C., García, M.L., del Río, A., Magis, C., Salcedo, R.A., Loo, E. (1995). *Situación y perspectivas del VIH/SIDA en México*. Enfermedades Infecc. y Microbiol.; 15(1):29-42.
- Valdespino, J.L., García, M.L., del Río, A., Magis, C., Salcedo, R.A., Loo, E. (1997). *Epidemiología del VIH/SIDA en México; de 1983 a marzo de 1995*. Salud Publ. de Méx.; 37(6):556-571.
- Valdespino, J.L., del Río, C., García, M.L., del Río, A., Magis, C., Salcedo, R.A., Loo, E. (1997). *Situación y perspectivas del VIH/SIDA en México*. Enfermedades Infecc. y Microbiol.; 15(1):19-22
- Vernier, A. (1993) (Eds). *Como superar el estrés*. Comunicación, Barcelona.
- Wolpe, J. (1982). *The Practice of Behavior Therapy*. (3<sup>rd</sup>. Ed.) N.Y. Pergamon Press.

ANEXOS

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

FECHA: \_\_\_\_\_

No. De paciente: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Nivel Socioeconómico: \_\_\_\_\_

Edo. Civil: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Rol dentro de la familia: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de otra enfermedad: \_\_\_\_\_

## INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

### a) ESCALA DE LAZARUS:

Dentro de la Escala de Afrontamiento se encuentran las siguientes respuestas:

1. CONFRONTATIVO. Buscar información de la enfermedad  
Respuestas: 10, 14, 35, 43, 54, 62, 63.
2. DISTANCIAMIENTO. Alejarse física o emocionalmente de la situación  
Respuestas: 12, 13, 15, 21, 41, 44.
3. SOLUCION DE PROBLEMAS. Conseguir varias soluciones  
Respuestas: 10, 14, 35, 43, 54, 62, 63.
4. APOYO SOCIAL. Búsqueda de apoyo social emocional  
Respuestas: 8, 18, 22, 31, 42, 45.
5. RESPONSABILIDAD. Poner cuidado y atención en lo que hace  
Respuestas: 9, 25, 29, 51.
6. ESCAPE-EVITACIÓN. No enfrentar o evitar la situación  
Respuestas: 11, 16, 33, 40, 47, 50, 58, 59.
7. AUTOCONTROL. Realizar un plan de acción y seguirlo  
Respuestas: 1, 26, 39, 48, 49, 52.
8. REEVALUACIÓN POSITIVA. Aceptación de los aspectos positivos de la situación  
Respuestas: 20, 23, 30, 36, 38, 56, 60.

### ESCALA DE LAZARUS

Lea por favor cada uno de los items que se indican a continuación y rodee con un círculo la categoría que exprese en qué medida actuó como describe cada uno de ellos.

		En absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
1.	Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación (En el próximo paso)	0	1	2	3
2.	Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor.	0	1	2	3
3.	Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.	0	1	2	3
4.	Creía que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.	0	1	2	3
5.	Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación.	0	1	2	3
6.	Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.	0	1	2	3
7.	Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.	0	1	2	3
8.	Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación.	0	1	2	3
9.	Me critiqué o me sermoneé a mi mismo.	0	1	2	3
10.	No intenté quemar mis naves sino que dejé alguna posibilidad abierta.	0	1	2	3
11.	Confíe en que ocurriera un milagro.	0	1	2	3
12.	Seguí adelante con mi destino (Simplemente, algunas veces tengo mala suerte).	0	1	2	3
13.	Seguí adelante como si nada hubiera pasado.	0	1	2	3
14.	Intente guardar para mí mis sentimientos.	0	1	2	3
15.	Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo, intente mirar las cosas por su lado bueno.	0	1	2	3
16.	Dormí mas de lo habitual en mí.	0	1	2	3

17.	Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema.	0	1	2	3
18.	Acepte la simpatía y comprensión de alguna persona.	0	1	2	3
19.	Me dije asimismo cosas que me hicieron sentirme mejor.	0	1	2	3
20.	Me senti inspirado para hacer algo creativo.	0	1	2	3
21.	Intente olvidarme de todo.	0	1	2	3
22.	Busqué la ayuda de un profesional.	0	1	2	3
23.	Cambié, maduré como persona.	0	1	2	3
24.	Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.	0	1	2	3
25.	Me disculpé o hice algo para compensar.	0	1	2	3
26.	Desarrollé un plan de acción y lo seguí.	0	1	2	3
27.	Acepté la segunda posibilidad mejor después de la que yo quería.	0	1	2	3
28.	De algún modo exprese mis sentimientos.	0	1	2	3
29.	Me dí cuenta de que yo fui la causa del problema.	0	1	2	3
30.	Sali de la experiencia mejor de lo que entré.	0	1	2	3
31.	Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.	0	1	2	3
32.	Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomar unas vacaciones.	0	1	2	3
33.	Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc.	0	1	2	3
34.	Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado.	0	1	2	3
35.	Intenté no actuar demasiado deprimido o dejarme llevar por mi primer impulso.	0	1	2	3
36.	Tuve fe en algo nuevo.	0	1	2	3
37.	Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.	0	1	2	3
38.	Redescubrí lo que es importante en la vida.	0	1	2	3

39.	Cambié algo para que las cosas fueran bien.	0	1	2	3
40.	Evité estar con la gente en general.	0	1	2	3
41.	No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo.	0	1	2	3
42.	Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.	0	1	2	3
43.	Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas.	0	1	2	3
44.	No tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio.	0	1	2	3
45.	Le conté a alguien como me sentía.	0	1	2	3
46.	Me mantuve firme y peleé por lo que quería.	0	1	2	3
47.	Me desquité con los demás.	0	1	2	3
48.	Recurrí a experiencias pasadas; ya me había encontrado antes en una situación similar.	0	1	2	3
49.	Sabía lo que había que hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.	0	1	2	3
50.	Me negué a creer lo que había ocurrido.	0	1	2	3
51.	Me prometí a mi mismo que las cosas serían distintas la próxima vez.	0	1	2	3
52.	Propuse un par de soluciones distintas al problema.	0	1	2	3
53.	Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto.	0	1	2	3
54.	Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con otras cosas.	0	1	2	3
55.	Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma en como me sentía.	0	1	2	3
56.	Cambié algo de mí.	0	1	2	3
57.	Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.	0	1	2	3
58.	Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo.	0	1	2	3

59.	Fantaseé o imaginé el modo en que podía cambiar las cosas.	0	1	2	3
60.	Recé	0	1	2	3
61.	Me preparé para lo peor.	0	1	2	3
62.	Repasé mentalmente lo que haría o diría.	0	1	2	3
63.	Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tome como modelo.	0	1	2	3
64.	Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.	0	1	2	3
65.	Me recordé a mí mismo cuanto peor podían ser las cosas.	0	1	2	3
66.	Hice jogging u otro ejercicio.	0	1	2	3
67.	Intenté algo distinto de todo lo anterior (Por favor describalo).	0	1	2	3

## b) INVENTARIO DE VALORES IRRACIONALES (I.V.I)

Mide la calificación que el paciente da a nueve valores irracionales propuestas, mientras más alta sea la puntuación es indicativo de mayor irracionalidad. Tiene como propósito medir la aprobación y consentimiento de valores irracionales. Consta de 9 apartados, está diseñado para evaluar el consentimiento que el sujeto da a nueve valores irracionales, está basada en el trabajo de Albert Ellis. Los resultados de los 9 apartados del I.V.I. se totalizan dentro de un rango de 9 a 81 puntos, uno de los 9 apartados se van calificando del 1 al 9 y así sucesivamente.

Finalmente, su consistencia interna de la escala es buena, con alfas reportadas de 0.73 y 0.79 (Concoran, 1987).

## INVENTARIO DE VALORES IRRACIONALES

No. De paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

POR FAVOR INDIQUE SU OPINIÓN ENCERRANDO EN UN CÍRCULO DEL NÚMERO 1 AL 9 EN LA ESCALA DE CADA PROPUESTA, EN CASO DE DUDAR, ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO QUE MAS SE ACERQUE A SU VERDADERA OPINIÓN, TODAS DEBEN SER CONTESTADAS.

1. Es esencial que todos seamos queridos y aceptados por los demás.

**Desacuerdo** 1    2    3    4    5    6    7    8    9    **acuerdo**

2. Uno debe ser competente y estar realizado para considerarse que tiene valor como persona.

**Desacuerdo** 1    2    3    4    5    6    7    8    9    **acuerdo**

3. Algunas personas son malas, villanas, por eso deben ser acusados y castigados.

**Desacuerdo** 1    2    3    4    5    6    7    8    9    **acuerdo**

4. Es algo muy terrible cuando las cosas no salen como uno quiere.

**Desacuerdo** 1    2    3    4    5    6    7    8    9    **acuerdo**

5. La falta de alegría y felicidad es causada por circunstancias externas y las personas no tenemos control sobre de eso.

**Desacuerdo** 1    2    3    4    5    6    7    8    9    **acuerdo**

6. Las cosas peligrosas y terribles son ocasionadas por grandes preocupaciones y la posibilidad que esto ocurra debe ser continuamente expresado.

**Desacuerdo** 1    2    3    4    5    6    7    8    9    **acuerdo**

7. Uno debe ser dependiente de otras personas y debemos tener alguna persona en quien confiar.

**Desacuerdo** 1    2    3    4    5    6    7    8    9    **acuerdo**

8. Uno debe interesarse demasiado por los problemas y preocupaciones de otras personas.

**Desacuerdo** 1    2    3    4    5    6    7    8    9    **acuerdo**

9. Siempre hay una solución correcta (perfecta) para cada problema y ésta debe ser encontrada, o los resultados serán catastróficos.

**Desacuerdo** 1    2    3    4    5    6    7    8    9    **acuerdo**

Total de puntos: \_\_\_\_\_

## RESULTADOS

### a) Escala de Lazarus

- A= Confrontativo  
 B= Distanciamiento  
 C= Autocontrol  
 D= Apoyo Social  
 E= Responsabilidad  
 F= Escape-evitación  
 G= Solución de Problemas  
 H= Reevaluación positiva

SUJETO	A	B	C	D	E	F	G	H
1	8.35	4.55	6.94	5.72	4.87	4.85	7.54	4.80
2	8.35	5.49	5.89	5.23	5.69	6.20	6.18	5.13
3	4.84	2.74	2.66	7.15	5.69	2.65	7.54	7.20
4	6.26	4.55	7.50	3.31	4.87	4.43	2.71	4.80
5	4.17	6.39	1.05	2.37	4.06	3.54	3.41	3.77
6	1.37	3.65	4.80	5.72	1.62	7.51	4.77	4.44
7	4.84	5.02	3.75	8.58	1.62	5.74	3.41	3.77
8	2.08	5.93	2.13	6.66	3.25	4.43	1.35	2.73
9	4.17	2.27	2.66	.94	2.43	1.31	2.06	2.04
10	3.46	4.55	2.13	5.23	2.43	1.31	5.48	4.10
11	4.84	6.86	5.89	5.23	6.50	3.97	5.48	5.81
12	2.08	1.37	3.75	1.43	4.87	3.97	6.18	3.77
13	3.46	5.02	3.75	7.15	7.31	6.20	3.41	5.47
14	6.26	7.77	8.03	5.72	8.94	4.43	7.54	7.20
15	4.84	4.55	7.50	3.80	7.31	7.09	4.77	5.47
16	2.75	4.55	2.66	2.37	3.25	4.85	1.35	3.77
17	4.84	5.93	8.03	5.72	4.87	4.43	6.18	5.47
18	3.46	6.39	5.32	2.86	8.94	7.51	7.54	6.84
19	2.18	5.49	6.41	7.61	2.43	6.20	6.18	5.47
20	.66	4.55	1.57	.45	1.62	2.65	0	2.40
21	8.35	6.39	7.50	6.66	7.31	6.63	4.77	5.47

### b) Inventario de Valores Irracionales (I.V.I)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
I.V.I	48	56	42	52	51	50	58	58	41	41	49	52	59	40	50	50	33	46	81	70	43

**RESULTADOS TOTALES DE LA MUESTRA**

<b>SUJETO</b>	<b>TIPO DE AFRONTAMIENTO</b>
1	Buen afrontador
2	Buen afrontador
3	Buen afrontador
4	Buen afrontador
5	Mal afrontador
6	Mal afrontador
7	Mal afrontador
8	Mal afrontador
9	Buen afrontador
10	Buen afrontador
11	Buen afrontador
12	Buen afrontador
13	Mal afrontador
14	Buen afrontador
15	Buen afrontador
16	Mal afrontador
17	Buen afrontador
18	Buen afrontador
19	Buen afrontador
20	Mal afrontador
21	Buen afrontador

Tabla 1.

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA

No. de Paciente	Edad	Sexo	Edo. Civil	Escolaridad	Ocupación	Religión	Dx. Otra enfermedad	Act. Tiempo Libre	Nivel socioeconómico	Rol Familiar
1	28	m	soltero	secundaria	desempleado	católica	tuberculosis	ver T.V. y lectura	medio	hijo
2	35	f	casada	primaria	hogar	católica	ninguna	ver T.V.	medio	madre
3	32	m	soltero	licenciatura	administrador	católica	ninguna	lectura música	medio	hijo
4	32	f	casada	4o. de prim.	hogar	católica	ninguna	nada	bajo	madre
5	31	f	soltera	1o. de prim.	hogar	católica	ninguna	ver T.V.	medio	madre
6	43	m	unión libre	4o. de prim.	chofer	católica	ninguna	la familia	medio	Proveedor
7	24	m	soltero	3o. de lic.	estudiante	católica	ninguna	bailar, patinar	bajo	hijo
8	32	m	soltero	preparatoria	empleado	católica	ninguna	Salir con amigos	medio	hijo
9	34	m	soltero	bachillerato	ninguna	crisiana	ninguna	nada	bajo	hijo
10	29	m	soltero	secundaria	desempleado	católica	ninguna	escuchar radio	bajo	hijo
11	25	m	soltero	secundaria	desempleado	ninguna	ninguna	ejercicio físico	bajo	hijo
12	31	f	casada	1o. de sec.	empleada	católica	ninguna	ver T.V.	bajo	madre
13	45	m	soltero	2o. de sec.	desempleado	católica	ninguna	ver T.V.	bajo	vive solo
14	45	m	casado	primaria	plomero	católica	ninguna	visitar a la familia	bajo	padre
15	44	m	casado	4o. de prim.	alfarero	católica	ninguna	jugar con su hija	bajo	padre
16	33	m	soltero	técnico	estilista	católica	ninguna	baila	bajo	vive solo
17	32	m	unión libre	2o de lic.	bienes-inmuebles	católica	ninguna	salir a pasear	medio	pareja
18	37	m	soltero	secundaria	desempleado	católica	Úlcera estomal	pintar y leer	bajo	hijo
19	24	m	soltero	2o. de sec.	estilista	católica	ninguna	ver T.V., deporte	Bajo	bajo
20	27	m	soltero	1o. de prim.	intendencia	católica	ninguna	ver T.V.	Bajo	hermano
21	30	m	soltero	2o. de prim.	peluquero	católica	ninguna	cocinar	bajo	hijo