



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA.**

**ACTITUDES HACIA PERSONAS  
CON VIH/SIDA.**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA

**P R E S E N T A N**  
**ARIZA EVARISTO MARIA ALEJANDRA.**  
**BARBOSA HERNANDEZ LIZETTE.**

**DIRECTOR DE LA TESIS: MTRO. JOSÉ GARCÍA FRANCO.**



**JURADO:**  
**DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ.**  
**MTRO. JUAN C. MARTÍNEZ BERRIOZABAL.**  
**LIC. MARÍA FELICITAS DOMÍNGUEZ ABOITE.**  
**LIC. O. AURORA RAMÍREZ ARELLANO.**

**MEXICO, D. F.**

**FEBRERO 2009**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

Deseo dar las gracias a mi padres;  
porque gracias a ellos he logrado  
llegar hasta esta bella etapa de mi vida;  
gracias a su apoyo, a su eterna confianza  
y por estar siempre a mi lado.

Gracias a ti mi pequeña hermana  
que ha estado para mí siempre.

Gracias a ti amiga Liz, por encontrarte a mi lado  
en la elaboración de esta tesis

Y el mayor agradecimiento  
a mi director de tesis:  
Maestro José García Franco  
por la paciencia mostrada en la realización  
de esta investigación.

En general Gracias a todos los que  
con su sabiduría, apoyo, amistad y consejo  
colaboraron en la elaboración de éste;  
Mi logro académico.

ALEJANDRA.

Este trabajo lo dedico con todo mi corazón a mis padres porque gracias a ellos he culminado una meta más en mi vida, gracias por su esfuerzo, sus noches de desvelo, su sacrificio, sus sabios consejos, su compañía, por secar mis lágrimas en los momentos difíciles, por su apoyo y comprensión; y por los valores transmitidos que me han hecho la mujer que soy, solo me resta decirles: Muchas Gracias, los quiero mucho.

A mi hermano Omar, por ser mi compañero de juegos, travesuras y desvelos, a quien espero ver culminando muchas metas. Sabes que siempre podrás contar conmigo.

Gracias Flako, porque sin ti, sin tu amor, sin tu apoyo, motivación y compañía no podría estar en este sitio. Espero seguir caminando a tu lado, compartiendo triunfos y fracasos.

A mis Abuelitos, mis segundos padres, que sin su amor, cuidado y apoyo que me han brindado no sería quien soy. Gracias por estar conmigo.

Ale, gracias por ser mi amiga y cómplice de innumerables aventuras y colaboradora en este trabajo.

Gracias a mis familiares, por ser mi apoyo y a mis amigos por haberse cruzado en mí camino y ofrecerme su tiempo y valiosos consejos.

A mi Director José García Franco, gracias por la paciencia, dedicación, experiencias y consejos brindados a lo largo de esta tesis; porque sin usted no hubiera sido posible la realización de esta meta.

Gracias a todos por ser participes en la culminación de una de tantas metas profesionales.

LIZETTE BARBOSA HERNANDEZ.

***“Toda psicología se ha visto paralizada hasta hoy por prejuicios y miedos que tienen su origen en la moral: No se ha atrevido a bajar a las profundidades. Nadie ha llegado a concebirla, ni siquiera de manera superficial. Nadie ha llegado a concebirla como una morfología y como una teoría de la evolución de la voluntad del poder.***

***La fuerza de los prejuicios morales ha penetrado de manera profunda en la esfera más elevada de la espiritualidad que al parecer es la más fría al tiempo que la más desprovista de ideas previas; como es lógico suponer, ha producido efectos paralizantes, cegadores y deformantes”.***

***Friedrich Nietzsche.***



# ÍNDICE.

<b>RESUMEN.....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>CAPITULO 1. ACTITUDES.....</b>	<b>9</b>
1.1. Componentes de las Actitudes.....	10
1.2. Formación de las Actitudes.....	10
1.3. Cambio de Actitudes.....	13
1.4. Medición de Actitudes.....	16
1.5. Tipos y/o Construcción de Escalas.....	17
1.6. Problemas en la medición de Actitudes.....	21
<b>CAPITULO 2. SIDA: SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.....</b>	<b>23</b>
2.1. Cronología de la Enfermedad por VIH/SIDA.....	25
2.2. Historia Natural de la Infección por VIH/SIDA.....	28
2.3. Modos de Transmisión.....	29
2.4. Pruebas Diagnosticas o Serológicas de Detección de VIH.....	31
2.5. Tratamiento.....	32
2.6. Disidencia.....	34
2.7. Atención Hospitalaria.....	39
2.8. Objetivos de los Profesionales.....	40
2.9. Funciones de los Profesionales.....	40
2.10. Problemática y Cuidados del Equipo.....	42
2.11. Aspectos Sociales y Psicológicos.....	43
2.12. Formas de Comportamiento Ante Personas con VIH/SIDA....	45
2.13. Cuando un amigo o familiar tiene SIDA.....	46
2.14. Cuestiones de Ética.....	46
2.15. Atención Médica.....	47
2.16. Atención Social.....	49
2.17. Atención Psicológica.....	51
2.18. Manejo Psiquiátrico de la Infección.....	53

2.19. Investigaciones Antecedentes.....	59
<b>CAPITULO 3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>63</b>
3.1. Definición del Problema.....	62
3.2. Hipótesis.....	63
3.3. Variables.....	63
3.4. Procedimiento.....	66
<b>CAPITULO 4. RESULTADOS.....</b>	<b>67</b>
<b>CAPITULO 5. CONCLUSION Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>76</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>84</b>

## **RESUMEN**

La finalidad de este estudio es la contribución a una mejor calidad en los servicios de sanidad para las personas con VIH/SIDA. Es por ello que se diseñó una Escala tipo Likert constituida por 58 reactivos, que se aplicó a 300 estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza" de las carreras de Enfermería, Medicina y Psicología cada grupo estuvo conformado por 100 estudiantes; se confiabilizó con un  $\alpha$  de Cronbach de .8034 y para la validez de contenido se utilizó un análisis factorial; con lo que quedaron 20 reactivos en la escala, estos se agruparon en cuatro factores: discriminación, desconocimiento, relaciones interpersonales y aislamiento. Se compararon las actitudes hacia el SIDA entre estudiantes de Enfermería, Medicina y Psicología se aplicó una ANOVA de una ruta y se obtuvo un resultado de 8.754, por lo cual si hay diferencias estadísticamente significativas.

## **INTRODUCCIÓN.**

El objetivo de la presente investigación fue medir las actitudes hacia las personas con VIH/SIDA en los estudiantes de las carreras de Enfermería, Medicina y Psicología de la Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza".

Las actitudes son de gran interés para los psicólogos desde hace muchos años atrás. En el capítulo 1, se exponen algunas definiciones y sus componentes cognoscitivo, afectivo y conductual. Diferentes enfoques en cuanto a la formación y el cambio de las actitudes y cómo se genera dicho cambio.

Se revisa la medición de actitudes y diferentes técnicas que se emplean para la misma, tales como la escala Guttman, Likert, Osgood y Thurstone. En la elaboración de las escalas, el riesgo de cometer errores en la construcción como son: el descuido, deseabilidad social y aquiescencia.

En el capítulo 2 se habla del SIDA, ésta es una enfermedad que a lo largo de los años ha cobrado un sin fin de vidas; las personas con esta enfermedad son rechazadas o mal vistas en la sociedad, por falta de información y por las

actitudes o creencias que se tienen acerca de la enfermedad. El rechazo se puede observar desde varias vertientes como son: *la psicológica, la sexual, la social, la laboral y más enfocada en el área de la salud*. Respecto a este tema se abordan temas como modos de infección, fases de la enfermedad, pruebas diagnósticas para detectar la misma, medicamentos y teorías.

Se aborda el aspecto profesional, donde se interviene de manera directa con el enfermo, los cuidados que debe tener el equipo, por ejemplo, enfrentarse al miedo, los problemas que pueden generarse y proporcionar la información adecuada.

En él se explican también, las contribuciones de las instituciones no gubernamentales, como es el dar información sobre los diferentes tipos de atención que brindan a los pacientes y sus familiares, además de enlistarse los derechos del enfermo con VIH/SIDA, y se describen los diferentes desordenes por los que atraviesa el enfermo: incertidumbre, depresión, ansiedad y suicidio.

Los capítulos finales están dedicados a la metodología, resultados, análisis, conclusiones, referencias bibliográficas y anexos donde se expone el instrumento y un directorio con instituciones que brindan servicios a lo enfermos y sus familiares.

## 1. ACTITUDES

El estudio de las actitudes ha sido objeto de especial atención para los psicólogos sociales; pues constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas. El conocimiento de éstas, permite que se puedan hacer inferencias acerca de su conducta.

### Definiciones

Rodríguez (1997) dice que es más fácil medir las actitudes que definir las. Es por eso que existen diferentes definiciones, pero todas concuerdan en lo mismo.

Por ejemplo: a) Fishbein y Ajzen (1975, citado por Perlman en 1985) las actitudes hacia un comportamiento determinado, son un factor de tipo personal que comprende los sentimientos afectivos de un individuo, sean de tipo positivo o negativo con respecto a la ejecución en cuestión; b) Summers (1978), dice que no son susceptibles de observación directa. Su existencia e intensidad deben inferirse de lo que puede ser observable; c) para Arias (1980) y Feldman (1995), son predisposiciones aprendidas para responder en forma favorable o desfavorable ante una persona, comportamiento, creencia u objeto particular; d) según Garrison (1992), las actitudes son predisposiciones a responder de determinada manera ante ciertas cosas; e) Rodríguez (1997), dice que son una organización relativamente duradera de creencias acerca de un objeto o de una situación que predisponen a la persona para responder de una determinada forma; f) Alfaro (1999) y Perlman (1985), concuerdan en que son algo que nos gusta o nos disgusta. Son nuestras afinidades o aversiones hacia objetos, situaciones, personas, grupos y, cualquier otro aspecto identificable de nuestro ambiente, incluso ideas abstractas y políticas sociales; g) para Mann (2001), el tener una actitud, implica estar dispuesto a responder de un modo dado a un objeto social. Implica que exista una motivación despierta y una acción movilizada para acercarse o evitar el objeto. Denota la organización de los sentimientos, de las creencias y de las predisposiciones de un individuo para comportarse de un modo dado; además de tener un significado adaptativo y h)

para Weiten (2006) son evaluaciones positivas o negativas de “los objetos del pensamiento” pueden abarcar problemas sociales, grupos, instituciones, productos de consumo y personas.

### **1.1. Componentes de las Actitudes.**

Las actitudes están compuestas por tres elementos discernibles que son: **el Componente Cognoscitivo**, que necesita de la percepción, las creencias, los estereotipos y las ideas sobre el objeto que tenga la persona para generar un sentimiento a favor o en contra; **el Componente Afectivo**, como su nombre lo indica, son los sentimientos de la persona ante el objeto de la actitud. Es el componente más característico de la actitud y; **el Componente Conductual**, es la manera en que reacciona el sujeto ante el objeto de forma coherente con las condiciones y los afectos que se tienen hacia el objeto (Perlman, 1985; Rodríguez, 1997; Alfaro, 1999).

Feldman (1995) y Garrison (1992) manejan estos componentes como  $A \rightarrow B \rightarrow C$ , pues cada uno tiene una función importante para generar la actitud. La modificación o la falta de un componente sugieren el cambio de los demás y permite la modificación de la conducta misma para mantener un equilibrio entre ellos.

### **1.2. Formación de las Actitudes.**

Para una mejor comprensión de las actitudes se han formulado varias teorías agrupadas en tres enfoques:

#### **Enfoque funcionalista.**

**Posición De Smith, Bruner Y White.** (1956, Citado por Rodríguez, 1997). Las actitudes cumplen determinadas funciones indispensables para el ajuste de la personalidad del sujeto con respecto al mundo exterior, denominado interrelación personalidad-actitudes; tales como **1) Evaluación Del Objeto:**

también conocida como el “test de la realidad”. Cuando se tiene una actitud bien definida con relación a un objeto se establecen reacciones que se tienen ante éste; **2) La Función De Ajuste Social:** cumple con la armonía entre las relaciones con otras personas, además de permitirles una buena acomodación social y **3) La Función De Exteriorización:** son las manifestaciones de las posiciones que defienden y protegen al yo de los problemas internos, como la ansiedad. Todas ellas se mantienen por la opinión.

Las actitudes son las armas indispensables para que el sujeto se enfrente a la realidad. El conocimiento de su personalidad no predice de ninguna manera sus opiniones de éste.

**Posición De Katz Y Stotland.** (1959, Citado por Gross, 1998; y Mann, 2001) Esta teoría se basa en el establecimiento de una motivación de las actitudes; maneja cuatro funciones que son: **1) Función De Adaptación (también conocida como función instrumental o utilitaria):** da gratificación y aleja de los castigos. La persona está expuesta a recibir gratificaciones y afecto por parte de familiares, amigos y, adopta actitudes afines a ellos; **2) Función Expresiva De Valores:** satisfacción por medio de la expresión de actitudes que más se acerca a sus valores personales y al concepto de sí mismo. Por ejemplo las creencias religiosas patrióticas e ideológicas; **3) Función Del Conocimiento:** necesidad de comprender, de dar sentido. Se mantienen las actitudes que concuerdan con su experiencia y las actitudes que se muestran inadecuadas se descartan, pues llevan a la contradicción y a la incoherencia y **4) Función Del Ego Defensa (Defensa Del Yo):** protege, e impide el conocimiento de ciertas verdades desagradables tales como, vulnerabilidad a la enfermedad, a la muerte, inseguridades, desempleo, crimen, guerra, etc. Las opiniones y creencias que se desarrollan para impedir la toma de conciencia total cumplen un papel importante en esta función.

**Posición De Kelman.** (1961, Citado por Rodríguez, 1997) Esta teoría está más relacionada al cambio que a la formación de las actitudes. Marca tres procesos de la influencia social que ayudan a entender mejor la formación de las actitudes.

Puede ser ejercida por los siguientes medios: **Adaptación:** cuando una persona acepta la influencia ejercida por otra persona para lograr la aceptación de esta o de un grupo determinado; **Identificación:** adopción de conductas de otra persona o grupo que están relacionadas con ellos. La formación o la transformación de las actitudes se asumen de manera dependiente o privada marcada por la referencia y la **Internalización:** cuando se acepta una influencia por ser congruente con sus valores.

### **Enfoque de congruencia cognoscitiva.**

**Posición De Heider** (1946, 1958), **Newcomb** (1953), **Osgood** (1955), **Tannenbaum** (1955) Y **Festinger** (1957, citados por Rodríguez 1997), dice que la fuerza de la congruencia, la armonía y la herencia de las actitudes, están relacionadas entre sí. Es por eso que afirman que la actitud conduce a un estado de armonía, que se forma con facilidad. Cuando existe un estado consciente las actitudes coherentes se adoptan de manera rápida y suave; pero cuando son incongruentes su formación y asimilación es difícil, aunque no imposible.

**Posición De Rosenberg.** (1960 citado por Rodríguez, 1997) .Está basada en la teoría de Heider. Su aspecto central vincula estrechamente las creencias y afecto que se tienen sobre un objeto. Cuando existe una coherencia entre los componentes cognoscitivo y afectivo, las actitudes se forman de manera estable y duradera, sin provocar tensión y no exige cambio alguno; pero sucede lo contrario cuando no existe coherencia alguna.

### **Enfoque basado en la teoría del refuerzo.**

**Posición De Hovland, Janis y Kelley.** (1953, Citado por Rodríguez, 1997 y Mann, 2001) Para ellos la base fundamental de las actitudes está centrada en

el refuerzo y el castigo que aparecen después de una conducta determinada. Este enfoque se centra en una posición conductista; sostiene que el refuerzo dado después de una conducta, la solidifica; y cuando se da un castigo, la conducta se extingue.

**Posición De Doob.** (1947, Citado por Rodríguez, 1997) Es de carácter conductista. Para él existe un estímulo que conduce a una respuesta implícita que es la actitud y que termina con una conducta explícita.

### **1.3. Cambio de Actitudes.**

Las actitudes cambian porque las personas siempre tratan de que las cosas encajen de manera lógica en su mente.

Existen varias teorías en el cambio de actitudes, cada una de ellas marca sus propios parámetros y estrategias para generar el cambio.

#### **Teoría de la disonancia cognoscitiva.**

Festinger y col. dicen que la disonancia cognoscitiva, es un sentimiento que surge cuando alguien tiene ideas, creencias, actitudes o sentimientos que son lógicamente incompatibles, entra a un estado de tensión que lo orienta a buscar la forma de solucionar el conflicto y cambiar una o ambas actitudes (Garrison, 1992; Alfaro, 1999).

Esta disonancia se experimenta después de tomar las decisiones más importantes de la vida.

Existen algunas formas de disminuir la disonancia: 1) se puede dar ya sea por la modificación de una cognición, o de ambas, y buscar la estabilidad entre ellas; 2) cambiar el grado de importancia de una de las cogniciones y; 3) seguir agregándole más y más cogniciones a las ya establecidas o, negar que ambas

cogniciones están relacionadas entre sí, de tal forma que la persona se sienta tranquila con su decisión (Perlman, 1985; Feldman, 1995).

Hay factores que influyen al experimentar disonancia después de una decisión.

1) Las decisiones importantes incitan mayor disonancia que las decisiones sin importancia. 2) Cuando las cogniciones son atractivas y la decisión es más difícil, la disonancia posterior a la decisión suele incrementarse. 3) Cuando las cogniciones son muy diferentes existe un alto grado de disonancia.

### **Teoría de la autopercepción de Bem.**

Esta teoría también es conocida como el análisis atributivo de Bem (1965). Él no está de acuerdo con la teoría de la disonancia cognoscitiva de Festinger. Remite el comportamiento cuando no existen motivos externos a la orientación interna (Lattman, García; 1992) Bem creía que las actitudes se forman de una forma más fácil, los seres humanos contemplan sus comportamientos para después atribuir lo que hacen al cómo se sienten, es decir, se fijan en las mismas pautas externas a las que recurren cuando intentan decidir lo que los otros piensan y sienten (Papalia, 1998).

### **Teoría de la influencia social.**

Se le conoce también con el nombre de *lavado de cerebro*. Su objetivo es crear una nueva personalidad y modificar sus actitudes. Trata de eliminar por completo la identidad del sujeto para así someterlo al estrés y a la presión social, con el fin de comprobar su inconformidad ante la sociedad. Esta hipótesis fue comprobada por Asch en 1952. Este fenómeno de conformidad se adopta por la persona para sentirse miembro de un grupo determinado, para evitar los rechazos de la sociedad. Es aprendido desde la infancia (Garrison, 1992; Feldman, 1995).

### **Teoría del aprendizaje.**

Según esta teoría las actitudes se aprenden del mismo modo en que se aprende todo lo demás; al aprender la información nueva, se aprende todo lo relacionado con ella, es decir, los sentimientos, pensamientos y acciones; y de acuerdo a la recompensa el aprendizaje perdurará. En esta teoría el aprendizaje depende del número y de la fuerza de los elementos tanto positivos como negativos previamente aprendidos (Papalia, 1998).

### **Teoría del balance de Heider.**

De acuerdo con Perlman, (1985), esta teoría dice que cuando dos personas tienen una fuerte relación afectiva positiva existirá un balance entre ambas, cuando comparten actitudes importantes, pero si difieren en sus actitudes más valiosas existirá un desbalance. Las relaciones balanceadas son más estables y resistentes al cambio, mientras que las relaciones desbalanceadas, tienden a despertar inconformidad o tensión, son inestables y susceptibles al cambio.

Cuando se presenta el desbalance se está motivado para restaurarlo dentro de la relación, ya sea que se cambien las actitudes hacia el objeto o problema de conflicto o, que se trate de persuadir a la persona a cambiar su actitud para balancear la relación. Esto es, se pueden tener dos actitudes incompatibles desde el punto de vista lógico, respecto de objetos, personas o acontecimientos en la sociedad, donde se experimenta poca o ninguna tensión hasta el momento en que las dos actitudes entran en asociación (Buceta, 1992).

### **1.4. Medición de Actitudes.**

Una actitud no se puede medir en forma directa, es un constructo hipotético. Es necesario encontrar indicadores adecuados de una actitud, y la mayoría de los métodos de medición de éstas se basa en la suposición de que se pueden medir a través de las creencias u opiniones de las personas acerca de los

objetos actitudinales. La mayoría de las escalas de actitud, dependen de informes verbales y, por lo general, toman la forma de afirmaciones estandarizadas que se refieren de manera clara a la actitud que se mide. Las mediciones de las actitudes siempre son indirectas, reflejan los sentimientos evaluativos de la gente (Perlman, 1985).

El método más común para medir la actitud es la **medición de autorreporte con papel y lápiz**, donde los interrogados deben de contestar uno o más puntos en un cuestionario o escala. Se puede presumir que sus actitudes hacia un problema influyen en cómo responden a las preguntas.

Este método puede ser modificado para medir cualquier actitud en particular. Son esqueletos que pueden ser adaptados para cualquier objeto específico.

Esta medición debe de ser exacta e involucra por lo menos dos componentes, **Confiabilidad**: se refiere a la constancia en las puntuaciones de los sujetos (es decir, sin fluctuaciones al azar). Una persona que contesta el test en dos ocasiones, deberá recibir aproximadamente la misma puntuación en ambas (denominada confiabilidad de examen y re-examen). Y dos diferentes juicios deberán asignar aproximadamente la misma puntuación de actitud a la ejecución de la persona en el examen (denominada de confiabilidad interraticada); y **Validez**, determina si el examen mide en realidad lo que quiere medir, es decir, que las puntuaciones de los sujetos sean “constantes” (Gross, 1999).

## **1.5. Tipos y/o Construcción de Escalas.**

Existen diferentes tipos de escalas que permiten medir las actitudes.

**Técnica De Autoevaluación.** Una simple pregunta general puede en ocasiones, proporcionar una buena medida de las actitudes de los interrogados.

Desde luego, las ventajas de esta técnica son que es muy simple y rápida y va directamente a lo que el investigador quiere medir. Una desventaja es que los interrogados pueden inventar sus respuestas con facilidad. Algunas personas podrían ser incapaces de expresar, una actitud global que simplifique la complejidad de su posición. Así este tipo de escala de varios renglones puede permitir a los encuestados indicar mejor los diferentes aspectos de sus actitudes (Perlman, 1985).

**Técnica De Semántica Diferencial.** Osgood y Tennenbaum (1957) desarrollaron esta técnica muy simple que sirve para medir el significado general de un concepto. El concepto a ser medido está escrito en el encabezado de la página, después de éste van varias escalas de 7 puntos con objetivos opuestos en cada extremo. Los interrogados marcarán con una X en cada escala para indicar cómo miden el concepto en esa dimensión en particular.

La puntuación total de los sujetos, puede ser calculada por la suma de sus puntuaciones en cada ítem. Una puntuación alta refleja actitudes favorables hacia un objeto determinado y una baja puntuación total refleja actitudes desfavorables.

Las ventajas de esta técnica son que es relativamente fácil, rápida y directa, a la vez que no obliga a los interrogados a hacer un juicio global. Al igual que la otra técnica puede ser falseada. Otro problema, es que algunas veces la presentación de las dimensiones de los adjetivos son ambiguos, desconcertantes o completamente ajenos al tema para que el concepto pueda ser medido (Perlman, 1985).

**Técnica De Intervalos De Igual Aparición De Thurstone.** De acuerdo con Naghi (2001), la construcción de esta escala está determinada por las

declaraciones de las actitudes con base en jueces. Se le conoce también con el nombre de *Escala De Intervalos Aparentemente Iguales*. El procedimiento general es pedir a los jueces clasificar los ítems por categorías, se seleccionan de 15 a 20 de ellos para formar la escala, de las categorías ya ordenadas, se da preferencia a aquellos en cuyos rangos están en desacuerdo los jueces. Esto se reconoce como ley de juicio comparativo.

Esta técnica tiene las siguientes etapas: **a) Recopilación de ítem:** se construyen de 100 a 200, relacionados con las actitudes sujetas a medición. Deben de cubrir todos los rangos de actitudes, de lo favorable hasta lo desfavorable. Deben formularse en tiempo presente, con una sola idea, breve, no ser ambiguos, además de escribirse cada uno en una hoja de papel; **b) Ordenar los ítems:** se entrega a cada juez una serie completa de esto. El número de jueces que se emplean para construir la escala va de 50 a 300 para 150 ítems. Los jueces los ordenan en 11 categorías que van de muy favorable, neutral, hasta muy desfavorable; **c) Calcular la mediana:** se estudia la distribución de las respuestas del 1 al 11 en cada ítem, se toma en cuenta la extensión del juicio; si son ambiguos se eliminan de la escala porque crean desconfianza. Se puede utilizar casi cualquier medidor de extensión como: rango, varianza, desviación estándar y semi-intercuartil, con éste es más rápido calcular la mediana.

**Escala o Técnica De Guttman.** Es unidimensional y acumulativa, (los ítems se pueden ordenar por su grado de dificultad). Quien contesta afirmativamente a uno difícil, contestará siempre afirmativamente a uno menos difícil y viceversa. Primero se debe de definir el universo del tema de estudio para su elaboración.

Estos son los pasos a seguir para construir la escala **a) Copilar los ítems:** se cumplen 3 condiciones para esta etapa: debe de haber cierta actitud hacia el objeto de estudio en el pensamiento de la gente; debe de encontrarse una serie de expresiones que tengan significado para los miembros del muestreo y los ítems deben de representar los diferentes grados a lo largo de una sola dimensión; **b) Registrar las respuestas en escalograma:** los ítems relacionados, se incluirán en un cuestionario y se aplican a un muestreo de la

población en estudio. Se calculan las puntuaciones totales de cada persona, para que la puntuación más alta quede arriba; **c) Calcular el coeficiente de reproductividad:** es el grado de reproductividad del patrón de respuestas en una serie de ítems cuando se conoce el puntaje total; **d) Elegir en donde cortar:** para que se pueda cortar el número de desviaciones de cada ítem, es conveniente cortar (quitar una línea) cada vez que el patrón de respuestas cambie de una categoría (columna) a otra; y **e) Modificación de la escala:** se puede modificar la escala si se rechazan los ítems que tienen relativamente mayores errores (Naghi, 2001).

**El Método De Likert De Suma De Valoraciones.** Likert desarrolló esta técnica para medir las actitudes y que se ha mantenido como uno de los métodos más aceptados. El investigador comienza por recolectar o diseñar una gran cantidad de declaraciones sobre el problema de su interés, elige de 20 a 30 reactivos para la escala; cada uno está claramente redactado en un sentido favorable o desfavorable.

La presunción de esta técnica es que un individuo que sostenga creencias desfavorables acerca de un objeto, tendrá una actitud negativa hacia éste; pero si se sostienen creencias favorables acerca de un objeto tendrá una actitud positiva hacia él (Naghi, 2001).

Contiene una lista de afirmaciones o actitudes que debe de responder el sujeto entrevistado. Estas afirmaciones van desde estar completamente de acuerdo hasta estar completamente en desacuerdo. Likert utilizaba un rango de 5 puntos para cada una: estar completamente de acuerdo, estar de acuerdo, no estar de acuerdo ni en desacuerdo, estar en desacuerdo y estar completamente en desacuerdo, la primer afirmación tiene un valor de cinco, la segunda de cuatro, y así sucesivamente. La calificación de la actitud de una persona es la suma de todas sus valoraciones (Papalia, 1998).

Para Perlman, (1985), la característica más importante de esta escala es el análisis de puntos, se efectúa después de haber calculado las valoraciones totales de cada sujeto. Una de sus desventajas es el asegurar que todos los

temas tienen la misma dimensión conveniente. Esta escala es fácil de contestar por los sujetos y no los obliga a juicios globales. Sus desventajas son que consume más tiempo que cualquiera de las otras técnicas y el investigador deberá de construir un gran número de declaraciones sobre cada problema. La técnica es tan simple que sus ventajas compensan el incremento de trabajo.

**El Dispositivo Simulado.** Nunca se logran lecturas directas de las actitudes verdaderas. Lo que se mide es la actitud expresada, estas expresiones son conductas que están sometidas a influencias externas.

Durante la medición de las actitudes es fácil manipularlas porque se presenta la deseabilidad social. Edward Jones y Harold Sigall (1971) inventaron el dispositivo simulado que está diseñado para medir las actitudes verdaderas.

Consiste en hacer creer a las personas, a través de una máquina, que ésta verdaderamente sabe interpretar sus respuestas psicológicas en actitudes; después se les pide predecir la lectura de la máquina con respecto a sus respuestas. Para que las verdaderas actitudes se muestren. Para finalizar se les dice a los participantes que sus respuestas serán revisadas por un detector de mentiras. Con este dispositivo se cree que las respuestas de las personas son más verdaderas y es menos factible que se manipulen (Myers, 1991).

**Sociometría de Moreno.** Evalúa actitudes interpersonales en grupos “naturales” (escuela, universidad, trabajo, etc.) es decir, a quién le agrada quién. A cada miembro del grupo se le pide que nombre a otro al que preferiría como compañero para una actividad específica o como amigo. Este sociograma proyecta los patrones de amistad y revela a los populares e impopulares (Gross, 1998).

## **1.6. Problemas en la Medición de las Actitudes.**

En la medición de las actitudes existen muchos problemas que pueden reducir la confiabilidad y la validez de las puntuaciones. Estos comprenden el defecto

de los interrogados a responder veraz o cuidadosamente. Estos problemas son: **a) Deseabilidad social:** en algún momento la gente suele presentarse ante los demás de un modo favorable. Si una pregunta en una escala tiene una respuesta claramente “deseable” entonces se puede decir que hay una tendencia de dirigir nuestra respuesta hacia aquélla, aunque no sea verdad; **b) Aquiescencia:** se refiere a la tendencia de convenir en parte o todos los puntos del cuestionario, independientemente de su contenido. Hay dos clases de conjuntos de respuestas de aquiescencia. Un conjunto de *respuestas concordantes* es la tendencia de estar de acuerdo con todos los puntos sin importar como están redactados. Y un conjunto de *respuestas de aceptación* que es la tendencia a estar de acuerdo con todas las declaraciones escritas negativamente. Los individuos difieren en el alcance en el cual manifiestan estos juegos de respuestas. Estos juegos de respuestas concordantes y de aceptación guían a contestar algo que no describen exactamente al interrogado; **c) Descuido:** si los interrogados son negligentes en sus respuestas, entonces la escala no podrá medir sus sentimientos evaluativos. El descuido puede surgir si los interrogados están desinteresados o desmotivados o si la escala es tan larga que alguien pudiera cansarse.

Hay varios procedimientos sencillos de minimizar este tipo de problemas. **1) Hacer que la escala sea anónima,** reduce la presión del interrogante para presentarse de un modo socialmente deseable. Deben de evitarse ítems que tengan respuestas claramente deseables en la sociedad; **2) Resaltar la importancia de la tarea y mantener el cuestionario tan breve como sea posible para reducir la cautela de parte del sujeto;** **3)** Los efectos de los juegos de respuestas aquiescentes pueden ser eliminados empleando una *escala balanceada*, de tal manera que la mitad de los puntos puedan ser calificados de modo que obtengan una alta puntuación y la otra mitad calificada de modo que obtengan una puntuación baja. Dado que las declaraciones favorables y desfavorables se califican en sentido inverso y **4)** Pueden desarrollarse técnicas alternas que intenten circunvenir los problemas como el de deseabilidad social (Myers, 1991).

Como se puede ver el tema de las actitudes es muy vasto, hay muchas definiciones, donde la mayoría coincide es que hay tendencia a responder de ciertas manera a algo. Hay que tener en cuenta que para las mediciones de éstas, se requiere de cuidado, elegir perfectamente la escala que se empleará y así medir lo que realmente se desea y así evitar caer en descuidos que hagan inservible el estudio.

Para la realización de este trabajo se adoptó la teoría de la disonancia cognoscitiva de Festinger en cuanto a las actitudes, en el cambio de actitudes se adoptó la teoría de Bem y en la construcción de las escalas la técnica Likert.

## 2. SIDA: SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

El SIDA se convirtió en la gran epidemia del siglo XX y la proyección a futuro sobre la expansión de esta enfermedad se transforma en una considerable carga para los sobrecargados [sistemas](#) asistenciales de la mayoría de los países afectados. Las malas condiciones de vida, las dificultades para lograr un acceso fluido a los sistemas de [salud](#) y las carencias educativas de gran parte de la [población](#), favorecen el crecimiento incesante de la epidemia (ONUSIDA y OMS, 1997).

Desde un punto de vista científico debe reconocerse que se ha avanzado en [el conocimiento](#) de la fisiopatogenia de la infección, los mecanismos de daño inmunológico, sus formas clínicas, su [evolución](#) a través del [tiempo](#) y la prevención y el tratamiento de muchas infecciones oportunistas que son la habitual causa de [muerte](#) de los pacientes. El [empleo](#) de [drogas](#) antiretrovirales mejoró y prolongó la sobrevida de muchos enfermos (Gatell, 2002).

Pero la realidad nos [muestra](#) que la enfermedad todavía no tiene un tratamiento curativo, y es por esta razón, que la lucha debe centrarse en adecuadas tareas de prevención en la lucha contra el SIDA. La [educación](#) es la clave de la prevención contra el SIDA y debe actuar como refuerzo en los sistemas de salud.

La palabra SIDA se forma con las iniciales de la expresión Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Síndrome: conjunto de signos y síntomas. Inmuno: relativo al sistema de defensas. Deficiencia: disminución. Adquirida: alude al carácter no congénito. Se ha desarrollado el SIDA solo cuando se presenta un conjunto de signos y síntomas que indican que las defensas están disminuidas porque se contrajo el virus (Academia, Nacional de Medicina, 1993; Cárdenas, 2003).

Para empezar se abordará como es el funcionamiento del sistema inmunitario antes de que el virus del VIH/SIDA llegue al cuerpo humano y así ver cómo funciona dicho sistema para combatir el virus al momento de ser detectado.

Casi todas las enfermedades que nos atacan son infecciosas. Los intrusos penetran en las células y ocasionan una enfermedad. El [sistema](#) inmunológico agrupa diversos tipos de [células](#), entre otras los glóbulos blancos encargados de luchar contra los agresores externos. El VIH concretamente mata a un tipo de células, los linfocitos CD4 que integran el sistema inmunológico. Los glóbulos blancos o células inmunocompetentes son las encargadas de atacar, dar muerte o neutralizar a los intrusos. Pero el problema que se presenta en el caso del VIH es que este virus ataca a las células del sistema inmune, sobre todo a los Linfocitos T4; esto se complica debido a que cuando un linfocito T4 es atacado la mayoría de los demás linfocitos, mueren.

Para conocer mejor como trabaja este virus, hay que ver como funcionan los virus; éstos son parásitos que viven de las células, son incapaces de reproducirse, toman su ADN de otros, pero, los que más interesan son los retrovirus los cuales poseen ARN que, al entrar en contacto con otra célula, éste se transforma en ADN y la infecta, al hacer esto esa célula trabaja para los propios fines de reproducción del virus (Cárdena, 1998; Daudel, 2003; Gatell, 1992 y 2002).

Es posible estar infectado con el VIH, es decir, ser VIH positivo o portador del virus y todavía no haber desarrollado el SIDA. Desde el momento en que el virus ingresa al cuerpo hasta que aparecen los síntomas puede pasar mucho tiempo, entre 10 y 12 años, periodo que puede extenderse si se comienza un tratamiento temprano. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que se trata de plazos promedio globales que varían de país en país y se modifican sustancialmente con el propio [desarrollo](#) de la epidemia en cada lugar y con la evolución de los tratamientos (Gatell, 1992; Tierney; *et. al.* 2005).

El virus del SIDA ingresa al organismo a través de la [sangre](#), el semen y los fluidos vaginales y una vez incorporado ataca el sistema inmunológico. Este sistema está constituido por un conjunto de componentes que incluyen células, anticuerpos y sustancias circulantes que enfrenta a todo elemento que sea reconocido como ajeno o extraño. Esto sucede, especialmente con los agentes infecciosos como bacterias, hongos, virus y parásitos.

A medida que el virus se reproduce, el organismo se hace cada vez más vulnerable ante enfermedades contra las cuales, en tiempos normales puede defenderse. A estas enfermedades se las denomina enfermedades oportunistas. La caída de las defensas no es masiva y uniforme sino que permite con mayor [probabilidad](#) la aparición de ciertas enfermedades: infecciones (las más frecuentes son las pulmonares y también otras producidas por diversos virus, bacterias, hongos y parásitos) y distintos tipos de cáncer (los más comunes son los que afectan la [piel](#) y los ganglios linfáticos). Cuando el portador del VIH desarrolla este conjunto de afecciones se le considera un enfermo de SIDA (Gatell, 1992; Muma, 2000).

Como se expuso anteriormente, puede suceder que el VIH, una vez ingresado al organismo permanezca "en reposo" dentro de los linfocitos invadidos. En esta situación, el paciente no tiene síntomas, por eso se le llama portador asintomático y puede contagiar a otras personas sin saberlo.

## **2.1. Cronología de la Enfermedad por VIH/SIDA**

Es muy probable que jamás se sepa con certeza de donde procede la enfermedad; existen varias hipótesis que intentan explicar su origen, ninguna de ellas es totalmente satisfactoria.

En muestras de sueros congelados de personas fallecidas de hace tres o cuatro décadas se han encontrado anticuerpos contra el VIH, con esta información se deduce que es probable que el virus existiera desde entonces. Se señala el origen africano del virus, pero esto no explica que en África predomine el VIH-2, especialmente en África Occidental, mientras que en el continente Americano predomine el VIH-1. Otra hipótesis que se ha contemplado es, que el virus llegó a través de los monos verdes importados de África; pero en realidad no se sabe aún de donde vino el VIH (Parslow, *et. al.*, 2002).

El suero con virus del VIH más antiguo que se encontró fue en Zaire en 1959. Los siguientes aislamientos del VIH-1 ocurrieron a mediados de los años setenta en África Central y Estados Unidos, a principios de los años ochenta en América Latina (Sepúlveda, A. 1989; Cardena, B. 1998).

Las fechas principales de la epidemia desde entonces son las siguientes:

- **1981.** Se identifican los primeros casos de deficiencias del sistema inmunitario que se asocian a un mismo agente, pero aún no se reconoce la identidad del mismo.
- **1982.** Se define por primera vez el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida) y se definen los modos de transmisión: sanguínea, coito sexual y materno-infantil.
- **1983.** El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se identifica como agente causal del SIDA.
- **1985.** Se pone de manifiesto el alcance de la epidemia. En cada región del mundo se notifica al menos un caso de VIH/SIDA. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EEUU autoriza la primera prueba de anticuerpos contra el VIH y comienza la detección sistemática del virus en las donaciones de sangre. El actor Rock Hudson es el primer personaje de fama internacional que revela tener sida.
- **1987.** La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece el Programa Especial sobre el SIDA, más tarde denominado Programa Mundial del Sida. En Estados Unidos se autoriza el uso de la azidotimidina o Zidovudina (AZT), la primera terapia contra el SIDA.
- **1988.** Por primera vez se reúnen los ministros de salud de todo el mundo en Londres para abordar el problema de la epidemia del VIH/Sida. Se celebra el 1 de diciembre el primer Día Mundial del Sida.
- **1990.** Investigadores estadounidenses anuncian una prueba capaz de detectar el virus en sus primeros momentos.
- **1991.** EEUU reconoce oficialmente al francés Luc Montagnier como el descubridor oficial del virus. Se prueba el segundo medicamento antirretroviral: didanosida (DDI).

- **1993.** Se crea la Fundación Mundial de Investigación y Prevención del SIDA y se valora positivamente la aplicación de tratamientos combinados de AZT, DDI y U-90. (Farreras, 2000; Tierney,2005)
- **1994.** Los científicos desarrollan el primer plan terapéutico para reducir la transmisión materno-infantil del VIH.
- **1995.** En Europa oriental se detecta un brote de VIH entre los consumidores de drogas intravenosas.
- **1996.** Se crea el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Se presentan por primera vez pruebas de la eficacia de la terapia antirretrovírica.
- **1997.** Brasil es el primer país en desarrollo que facilita terapia antirretrovírica a través de su sistema público de salud.
- **1999.** Científicos estadounidenses anuncian el descubrimiento de la forma en que el virus del SIDA invade las células para multiplicarse en el organismo.
- **2001.** El secretario general de la ONU, Kofi Annan, hace un llamado y propone la creación de un fondo mundial para el SIDA con aportaciones de países, empresas y organizaciones. Grandes empresas farmacéuticas acuerdan la rebaja de los precios de las medicinas o su entrega gratis a los países más pobres del mundo.
- **2003.** La Organización Mundial del Comercio acuerda permitir el acceso de los países pobres a los medicamentos genéricos. Fracasa el primer ensayo a gran escala de una vacuna contra el SIDA.
- **2004.** Se presenta en Londres la Coalición Global de Mujeres y SIDA. Compañías farmacéuticas acuerdan, en la Conferencia de Sida de

Bangkok, unirse a la política de ayuda para los países menos desarrollados.

- **2005.** Científicos alemanes desarrollan un nuevo medicamento contra el SIDA que aunque no cura la enfermedad, impide el crecimiento del virus.
- **2006.** Un equipo internacional de científicos afirma que el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que causa el SIDA se originó en chimpancés que viven en el África Central, según la revista Science.

([www.dw-world.de/dw/article/0,2144,2044162,00.html](http://www.dw-world.de/dw/article/0,2144,2044162,00.html) octubre 2008 ;  
[www.onisida.org/aidschronology](http://www.onisida.org/aidschronology) Agosto 2008)

## **2.2. Historia Natural de la Infección por VIH/ SIDA**

Para poder entender a que se refiere uno al decir historia natural, basta decir que autores como Farreras (2000) y Daudel (2003) le llaman así a las fases de la enfermedad, para que este aprendizaje sea conocido de manera uniforme.

Estudios recientes basados en cultivos virales cuantitativos de plasma y células mononucleares de sangre periférica apoyan la hipótesis de que el VIH-1, desde el momento que infecta a un paciente, prolifera de una manera continua. Puede ser VIH positivo o portador del virus y todavía no haber desarrollado el SIDA.

Gatell (1992) y Farreras (2000) distinguen tres fases de la enfermedad:

- **Fase Precoz o Aguda:** La evolución a partir de este momento es independiente del mecanismo de transmisión. El paciente infectado persistirá asintomático; paulatinamente a los 20 o 30 días del contagio; después de la infección se presenta un cuadro clínico de gripe: dolor de cabeza, fiebre y dolor muscular; ellos desaparecen al cabo de unos días y después de unos meses el virus ya es detectable por medio de pruebas específicas. La persona infectada sigue sin presentar síntomas específicos.

- **Fase Intermedia o Crónica:** Dura generalmente varios años. La actividad proliferativa viral persiste, aunque a bajo nivel. El nivel de anticuerpos siempre es muy bajo. Los pacientes suelen estar asintomáticos, algunos padecen de hinchazón duradera en los ganglios.
- **Fase Final o de Crisis:** El incremento de la actividad replicativa del virus coincide clínicamente con la aparición de una severa alteración del estado general (*wasting síndrome*) de infecciones oportunistas de ciertos tipos o de trastornos neurológicos, y a partir de este momento decimos que el paciente tiene SIDA. La edad, la actividad de riesgo a través de la cual se adquirió la infección y la forma de presentación influyen en la supervivencia.

### 2.3. Modos de Transmisión

La transmisión es limitada: a través del contacto sexual, por medio de componentes sanguíneos y concentrados de factores de coagulación infectados y por vía perinatal. Las practicas o conductas consideradas de alto riesgo y relacionadas casi siempre con infección por HIV incluyen coito vaginal, anal receptivo o ambos y otras actividades sexuales potencialmente traumáticas con sujetos infectados por VIH (Muma, 2000).

Los ejemplos incluyen los siguientes:

- *Anilingus:* Rodear la región anal con la lengua.
- *Cunilingus:* Lamer la vagina o el clítoris (mayor riesgo durante el periodo menstrual).
- *Felatio:* Lamer y succionar la región genital masculina (mayor riesgo cuando la eyaculación tiene lugar en la boca).
- *Manoseo:* Introducir la mano, el puño o el antebrazo en el recto o en la vagina.
- *Urolagnia:* Orinar la piel o las cavidades del cuerpo (mayor riesgo si existen heridas abiertas en la piel, boca, vagina, recto).
- *Introducción de objetos por el recto, vagina o ambos:* La introducción de objetos (juguetes sexuales) puede causar desgarros en la mucosa, que son puerta de entrada para el virus.

- *Inyección frecuente de drogas y compartir agujas.*
- *Transfusión sanguínea antes de mediados de 1985:* Componentes sanguíneos que presuntamente transmitieron VIH incluyen sangre completa, eritrocitos, plaquetas y plasma.
- *Transmisión materno-fetal:* Mujeres infectadas con el VIH transmiten el virus al feto o lactante, *in útero*, durante el parto (Muma, 2000).

Las secreciones vaginales y el esperma pueden contener dosis del virus capaz de provocar la infección, si la piel sana no deja pasar el virus, una piel enferma (lesiones, heridas, eczemas) puede servirle de entrada. Es indispensable el protegerse contra la enfermedad por medio de los preservativos, en el caso de contar con más de una pareja sexual y evitar los contactos de la boca con los órganos genitales o con las mucosas. Pero también hay que recordar el valor de la fidelidad y de la abstinencia (Daudel, 2003).

La transmisión al personal de salud es posible, pero afortunadamente el riesgo no es tan alto. El mayor peligro existe con los piquetes accidentales con sangre contaminada. Las medidas o precauciones que se suelen utilizar son uso de doble guante y cambio del mismo cada dos horas aproximadamente (Daudel, 2003).

### **Los “NO” de la infección; comportamientos que no contagian el SIDA.**

El virus NO se encuentra: **en los cabellos** (por ello no hay riesgo de infección al usar el mismo peine, el mismo shampoo, al usar el mismo gorro de baño al acariciar la cabeza de un infectado); **en la piel** (no hay riesgo de infección al dar la mano, abrazar, besar, por usar la misma ropa, por sentarse en el mismo inodoro, la misma silla, por usar la misma ducha, jabón, toalla y al palpar, percutir, bañar o cambiar de ropa a un paciente); **por saliva** (si lo hiciese, el estornudo contagiaría y ya estaríamos casi todos infectados; entonces no hay riesgo de infección al toser, estornudar, beber del mismo vaso, por el beso de boca a boca); **por insectos** (por eso no hay infección por picadura de mosquitos, zancudos, etc.) y **animales** (no hay riesgo de infección por jugar o poseer animales domésticos o por comer carne mal cocida). (ONUSIDA y OMS, 2000).

En resumen, la convivencia con una persona con SIDA es totalmente posible, por lo cual no existe razón alguna para el abandono o el aislamiento de la persona infectada.

## 2.4. Pruebas Diagnósticas o Serológicas de Detección de VIH

El diagnóstico de SIDA se establece con base en los antecedentes epidemiológicos y los datos de la historia clínica, así como por los análisis de laboratorio para demostrar la presencia de antígenos virales y anticuerpos específicos (González, 1994).

Los métodos utilizados para reconocer las infecciones por retrovirus humanos pueden clasificarse según persigan demostrar la presencia del virus o de sus constituyentes o bien la respuesta de anticuerpos específicos por parte del huésped.

Se denominan pruebas serológicas a las realizadas sobre el suero, uno de los componentes de la [sangre](#), para detectar anticuerpos. De este modo existen [análisis](#) serológicos para detectar distintos tipos de [enfermedades](#): [hepatitis](#) B, sífilis, toxoplasmosis y VIH. Habitualmente se usa la expresión "seropositivo" como sinónimo de VIH positivo, pero ambos términos no significan lo mismo: la [persona](#) VIH positiva es seropositiva para el VIH (ONUSIDA y OMS, 2000).

La seropositividad se define por la demostración de anticuerpos frente a las proteínas virales, con un resultado repetidamente reactivo las pruebas de *screening* y a la vez, una metodología confirmatoria (Gatell, 1992).

Las técnicas utilizadas para la identificación de los virus consisten en la observación directa por microscopía electrónica, aislamiento viral por técnica de cultivo en linfocitos T y ELISA para antígenos virales. Las pruebas ELISA de primera y segunda generaciones (ENV/CORE), inmunofluorescencia, radioinmunoanálisis y electroinmunotransferencia (Western Blot) detectan anticuerpos anti-VIH (González, 1994).

La primera prueba que suele hacerse para detectar la presencia del [virus](#) es conocida como **ELISA** (Enzyme Linked Immuno-sorbent Assay) es una prueba

inmunoenzimática, que no reconoce el virus, sino los anticuerpos generados por el organismo para defenderse de él; la alta sensibilidad de esta prueba puede dar como resultado "falsos positivos" ante anticuerpos similares, lo que obliga a realizar una prueba confirmatoria. A las personas con resultado positivo, se les realiza una segunda prueba, más específica y menos sensible, para confirmar la presencia de anticuerpo de VIH y eliminar del [grupo](#) de los "positivos" a las personas que no están infectadas por el virus (ONUSIDA y OMS, 2000). La **Western Blot** es una prueba de confirmación y es más específica; su estudio se basa en la combinación de dos métodos. La **Inmunofluorescencia** cuya ejecución es sencilla y económica, pero requiere de personal calificado para su correcta interpretación; permite detectar la presencia de anticuerpos anti-VIH con células infectadas por el virus (González, 1994).

Se han comercializado pruebas de detección rápida de anticuerpos, que utilizan péptidos sintéticos y muestran una excelente sensibilidad y especificidad. La aglutinación con partículas de látex sensibilizadas es el proceder más utilizado. Y esta prueba ha sido aprobada para situaciones urgentes, como la práctica de trasplantes (Gatell, 1992; Muma, 2000).

## **2.5. Tratamiento.**

Es importante tener en cuenta que hoy en día existen varios medicamentos capaces de ayudar al sistema inmunológico de las personas infectadas y atacar a las células infectadas (Daudel, 2003).

El tratamiento de los pacientes con SIDA debe orientarse, en forma racional, a regular la respuesta inmunológica alterada, así como la detección y el tratamiento oportuno de infecciones y neoplasias, para aumentar la supervivencia de los pacientes (González, 1994).

Está centrado en encontrar una combinación de fármacos con gran actividad antirretrovírica pertenecientes a los "dideoxidonucleótidos" que sean capaces de suprimir la replicación del virus; los cuales solo mejoran las condiciones del

enfermo y aumentan el periodo libre de síntomas (Alfaro, 1999; Farreras, 2000).

El común denominador de los tratamientos aplicados en la actualidad es la combinación de distintas [drogas](#) antirretrovirales, comúnmente llamada coctel. Estos coctel reemplazaron a las terapias tradicionales de una sola [droga](#), que solo se mantienen en el caso de las embarazadas VIH positivas. Las diferentes drogas tienden a impedir la multiplicación del virus y hacen más lento el [proceso](#) de deterioro del [sistema](#) inmunitario (ONUSIDA y OMS, 2000).

El "coctel" se compone de dos drogas inhibidoras de la transcriptasa reversa como la Zidovudina (AZT), Didanosina (DDI), Zalcitabina (DDC), Estavudina (D4T) y Lamivudina (3TC) y un inhibidor de otras [enzimas](#): las proteasas que lo constituyen, entre otros, Nelfinavir, Rotinavir, Saquinavir e Indinavir (Farreras, 2000).

Al inhibir diferentes enzimas, las drogas intervienen en diferentes momentos del proceso de multiplicación del virus e impiden que dicho proceso llegue a término. La ventaja de la combinación reside, en que no se ataca al virus en un solo lugar, sino que se le dan simultáneos y diferentes golpes. Los inhibidores de la transcriptasa inversa introducen una [información genética](#) incompleta que hace imposible la multiplicación del virus y determina su [muerte](#). Los inhibidores de las proteasas actúan en [células](#) ya infectadas que impiden la adherencia de las proteínas necesarias para la información de nuevas partículas virales (Gatell, 1992).

La duración del tratamiento no está definida, pero como mínimo se recomienda administrarlo durante tres años. La más factible es tratar con pacientes asintomáticos y no con una infección crónica por VIH. La respuesta al tratamiento básicamente se controla al medir la carga vírica en plasma, ya que los cambios son rápidos (en días) y anteceden en semanas o meses a los cambios inmunológicos o clínicos. Las causas más frecuentes del fracaso terapéutico son la falta del cumplimiento del tratamiento o la selección de resistencias. El tratamiento es complejo, incómodo, largo (toda la vida probablemente) y ofrece poco margen de maniobra (Farreras, 2000).

Existen 26 fármacos para tratar esta enfermedad, pero se necesita la creación de otros pues, entre el 5 y 15% de los pacientes muestran resistencia. Hay medicamentos aprobados entre los que se encuentran Raltegravir (medicamento aprobado para pacientes con tratamientos previos), Maraviroc (actúa fuera de las células), Etravirine (también conocido como TMC-125); (Periódico La jornada. Letra S, 2008)

## **2.6. Disidencia.**

Apenas iniciada la década de los 80s., el mundo fue testigo del nacimiento de un moderno icono del terror: SIDA. A la explosión de casos y muertes por esta enfermedad le siguió una explosión no menos epidémica de informaciones contradictorias, de tergiversaciones, de interpretaciones, y de opiniones sin fundamento. A medida que la investigación científica fue avanzando, el panorama comenzó a despejarse: se trataba de una enfermedad infecciosa, podía prevenirse, podía conseguirse un tratamiento y, eventualmente una vacuna, la enfermedad es causada por un virus, y más concretamente por un retrovirus. Todo esto, si bien no era tranquilizador, al menos era comprensible. (<http://biblioweb.sindominio.net/escepticos/sida/> Septiembre de 2008).

El agente causal de la enfermedad fue descubierto en 1983, pero desde que [Robert Gallo](#) y [Luc Montagnier](#) desarrollaron sus trabajos iniciales, los cuales constituyeron la base de lo que se convirtió en la teoría estándar, apareció un grupo de personas que rechazaba la hipótesis de que el VIH sea la causa del SIDA. Este grupo está compuesto no solo por tradicionales de las terapias alternativas, sino que también por personajes cuyas credenciales académicas son intachables; a este grupo de se le conoce como disidentes. Estos criticaron y cuestionaron sus motivaciones, métodos, resultados, y teorías. Uno de los primeros de esos críticos, y proponente de una teoría diferente, fue el virólogo [Peter Duesberg](#) ([www.elespectador.com](http://www.elespectador.com); Marzo de 2007, [www.webislam.com](http://www.webislam.com); Agosto de 2007).

Sus postulados son:

- No existe correlación entre VIH y SIDA. De acuerdo al género y país de la persona infectada el SIDA varía 10 veces. Los riesgos anormales para la salud que nunca son controlados como causas independientes del SIDA, como la adicción a drogas y la hemofilia, se correlacionan directamente con una anormal incidencia de las enfermedades del SIDA. Las enfermedades del SIDA ocurren en todos los grupos en ausencia del VIH.
- El SIDA en América es incompatible con una enfermedad infecciosa, debido a que está casi exclusivamente restringido a los hombres, y a que si ocurre, es solo después de un promedio de 10 años desde la adquisición del VIH, debido a que las enfermedades específicas no son transmisibles entre los diferentes grupos de riesgo y debido a que a diferencia de otras nuevas enfermedades infecciosas, el SIDA no ha aumentado exponencialmente desde que el test del SIDA fue establecido y el SIDA recibió su actual definición en 1987.
- La evidencia epidemiológica indica que el VIH es un virus establecido hace largo tiempo, transmitido perinatalmente. El VIH actúa como un marcador para el riesgo de SIDA en América, debido a que es raro y no transmisible por contactos horizontales diferentes de las transfusiones frecuentes, las drogas intravenosas y sexo repetido o promiscuo.
- El VIH existe pero es inocuo y no es contagioso. La causa del SIDA no está en el virus sino en múltiples factores estresantes del [sistema inmunológico](#). Esta es la postura defendida, entre otros, por los doctores [Roberto Giraldo](#), Peter Duesberg , y [Kary Mullis](#).
- El VIH no existe, porque no se ha demostrado según un determinado método que habría sido establecido como único posible para aislar un retrovirus por el [Instituto Pasteur](#) en 1973. Sin embargo, aunque el argumento es repetido, no existe tal procedimiento estándar aceptado ni el extraído de dos publicaciones de 1973 en una revista de poca difusión sería defendible tras los importantes desarrollos técnicos y metodológicos posteriores.
- Los tests que supuestamente detectan la presencia del VIH en la sangre no tienen ninguna validez científica. El test de ELISA

simplemente detecta presencia anormal de ciertos anticuerpos que supuestamente indican la presencia del VIH ([www.webislam.com](http://www.webislam.com); Septiembre de 2008).

- El SIDA es causado por las mismas drogas que se utilizan para combatir la enfermedad (como el [AZT](#)) y por el uso constante de drogas recreativas, de nitrato de amilo y por inmunosupresión por transfusiones repetidas;
- La inmunodeficiencia es producida por adicción a ciertas drogas "recreativas" o "callejeras".

(<http://biblioweb.sindominio.net/escepticos/sida/> Septiembre de 2008; <http://es.wikipedia.org>; Agosto de 2007).

A partir de estos postulados que manejan los disidentes, hay un argumento contra la hipótesis de que el VIH es causa del SIDA, este argumento dice que existen millones de pacientes infectados que ni están enfermos ni muertos, es decir que están sanos. Estos individuos no están dando manifestaciones de la enfermedad ahora, pero que si posiblemente las darán a futuro; hay que señalar que para la mayoría de las enfermedades infecciosas, "infección" no siempre significa "enfermedad" y "enfermedad" no implica necesariamente "muerte". Enfermar o no, tras exponerse a un agente infeccioso, no depende de un único factor, por más virulento que sea dicho agente.

Otro científico que forma parte del grupo de los disidentes es Robert Root-Bernstein, al igual que Duesberg niega la relación del síndrome con el VIH. Para él es preciso que existan varios factores para que aparezca la enfermedad, estos factores son: malnutrición, uso de drogas intravenosas, factores de inmunosupresión, etc. Hace hincapié en lo que el llama la paradoja de las prostitutas: "es extraordinariamente infrecuente que las prostitutas no usuarias de drogas intravenosas adquieran el SIDA o el VIH a pesar de practicar conductas de riesgo". De esto deduce que el SIDA no se comporta como una enfermedad de transmisión sexual corriente y que es necesario otro factor. En apoyo a esta idea aduce que la enfermedad se transmite con mayor facilidad a través de la cópula anal, y se produce con mucho más facilidad al

miembro receptivo de la pareja que a partir de éste. (<http://biblioweb.sindominio.net/escepticos/sida/2.html> Septiembre de 2008).

Por otra parte el infectólogo Roberto Giraldo, médico colombiano que defiende a capa y espada la postura de que el SIDA no es causado por el VIH ni siquiera cree en la existencia del virus o un retrovirus, pues no existe evidencia científica que lo compruebe. Cree que el SIDA es causado por una intoxicación y/o desnutrición crónica que conducen a un colapso del sistema inmune, dando paso al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y todas sus manifestaciones.

El SIDA es una realidad y mata mucha gente, pero a las personas les dan unos medicamentos para atacar un virus que no existe y que además son tremendamente tóxicos.

Él es parte del movimiento de disidentes del SIDA y a lo largo del mundo implementa tratamientos alternativos y critica los manejos políticos y económicos detrás de la salud pública.

Las pruebas para la detección de VIH no son confiables para determinar el origen viral del SIDA como lo existen para otras enfermedades como el sarampión, la hepatitis A y B, la poliomielitis o la influenza. Además, que ningún virus en la actualidad se ataca con medicamentos por el alto grado de toxicidad que éstos alcanzan. Él manifiesta que a las personas las están utilizando como conejillos de indias y los tratamientos que les administran los matan en vez de ayudarles.

Basados en esta aproximación a la enfermedad, varios científicos alrededor del mundo que no creen en el virus del SIDA, han empezado a tratar el mal sin antirretrovirales para dar paso a una serie de terapias que pretenden detener la fuente de intoxicación que causó la aparición del síndrome y suplir las necesidades del sistema inmune para su recuperación, con vitaminas, minerales, oligoelementos y en general, con antioxidantes.

Cuando los pacientes son medicados con sustancias que actúan potencialmente como estresantes químicos, es decir con antirretrovirales,

aparece un estado mayor de toxicidad y activación inmunológica lo que a largo plazo genera un incremento progresivo de necesidades nutricionales y mayores alteraciones metabólicas.

El tratamiento adecuado de los pacientes consiste en determinar la causa de la intoxicación puede ser el consumo de drogas, la exposición a agroquímicos, pesticidas o cualquier otra sustancia tóxica e impedir que el paciente se siga expuesto a ella e iniciar una terapia nutricional y complementaria que supla las necesidades del sistema inmune.

Los argumentos de los disidentes, tienen profundas implicaciones políticas y económicas. La polémica es tan grave porque los investigadores de las teorías tradicionales están al servicio del gobierno y no son investigadores de universidades.

Los argumentos de los disidentes tienen profundas implicaciones políticas y económicas, sus investigaciones no están sustentadas por universidades o por el gobierno; es por eso que sus teorías son tan criticadas y censuradas por los investigadores de las teorías tradicionales.

En abril del 2000 se declaró que el SIDA era una amenaza para la seguridad de los países, pero más que la enfermedad los puntos de vista de los disidentes son los que ponen en serio peligro el discurso político y la quiebra de la industria farmacéutica.

Hoy en día son más de 3000 científicos e investigadores en 50 países que integran el grupo de disidentes. Ellos han planteado a los defensores del VIH, que es antiético que experimenten con los medicamentos que se ha comprobado que son altamente tóxicos y la respuesta a este argumento es que como de todos modos el SIDA mata y no hay cura, se puede ensayar la medicina.

(<http://www.laverdaddelsida.com/informacion/art-lamiradadisidente03.htm>

Septiembre de 2008; <http://www.pediatriaatlantico.org/articulos/sida.htm>; Septiembre de 2008).

## **2.7. Atención Hospitalaria.**

Todo problema humano lleva la intervención de varias disciplinas, sobre todo al tratar temas de salud, donde la atención debe tomar en cuenta aspectos físicos, psicológicos, emocionales y sociales.

Al hablar de atención hospitalaria hay grupos de profesionales (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, etc.) unidos para obtener un objetivo común. El equipo debe ser dinámico y estar capacitado para trabajar en condiciones difíciles por las características de la enfermedad y del propio enfermo, con la presencia de la muerte de forma constante y con la dificultad de definir en muchos momentos la fase de la enfermedad, las posibilidades de recuperación y la intervención. Deben acompañar al paciente y su familia en todo el proceso de la enfermedad; donde desempeñan funciones informativas, educativas, de apoyo psicológico, diagnóstico y terapéuticas, incluso calificar al paciente de terminal (Gatell, 1992).

## **2.8. Objetivos de los Profesionales.**

**Área social:** conseguir y coordinar recursos que permitan la reubicación del paciente en su entorno; fomento de la comunicación con un entorno social adecuado; cumplimiento de normas familiares de convivencia; participación e integración de la familia; adquisición de responsabilidad social; mantenimiento de la actividad laboral; desarrollo de actividades formativas; supresión de conductas antisociales y mejoría en las condiciones de vida.

**Área psicológica:** conocimiento e identificación de la situación del paciente en el proceso; potenciación del autoconocimiento y autoestima; mantenimiento de la abstinencia de drogas; adquisición de estabilidad social; creación de nuevos hábitos de ocio; aceptación de sus limitaciones y desarrollo de la afectividad.

**Área biológica:** aceptación de controles médicos; información (medidas preventivas, educación sanitaria general, normas de salud, cuidado del

enfermo); educación sanitaria especial para evitar conductas de riesgo; seguimiento de los tratamientos de tipo preventivo o curativo; iniciación a la autovaloración del estado de salud; adquisición de formas de vida sana; detección y resolución de patologías agudas; coordinación con la asistencia primaria y pautas asintomáticas paliativas en las fases avanzadas (Gatell, 1992).

## **2.9. Funciones de los Profesionales.**

Las herramientas fundamentales son la comunicación, apoyo emocional, control de los síntomas y resolución de problemas concretos y a pesar de que las intervenciones de los profesionales son diferentes existe un vínculo importante en las actuaciones de todos ellos.

***Psicólogo.*** La salud no consiste solo en evitar la enfermedad, sino también en saberla integrar en el conjunto del proceso vital.

Los pacientes suelen tener a lo largo de su vida una mayor prevalencia de alteraciones del comportamiento y psiquiátricas que el resto de la población y esto comienza cuando se les informa de su seropositividad; aunque los síntomas son frecuentes, pocas veces solicitan o aceptan ayuda psicológica. Al inicio del proceso hay más estrés que cuando la enfermedad está más avanzada. El perfil psicológico del paciente puede variar según el grupo de riesgo y las fases de impacto emocional en que se encuentre.

Las funciones de este profesional son: detección y diagnóstico de cuadros conductuales patológicos o respuestas emocionales negativas; diagnóstico de las alteraciones neuropsicológicas y de los síndromes psicofuncionales; potenciación de los cambios de comportamiento de riesgo y mantenimiento de nuevos hábitos de vida; colaboración en la adaptación del enfermo y su familia a la situación; potenciación de aspectos positivos y hábitos de autocuidado; profilaxis de los conflictos por anticipación de los mismos; técnicas de relajación, autocontrol y evitación de estrés; tratamiento de situaciones de angustia extrema; uso de técnicas de aumento de la autoestima; potenciación

del papel terapéutico de la familia; apoyo psicológico individualizado, familiar o grupal; apoyo psicológico en las fases terminales de la enfermedad.

La intervención directa del psicólogo no siempre es precisa; ellos deberían apoyar a los profesionales que están en contacto diario e intervenir cuando haya algún cambio.

El psicólogo es un miembro importante del equipo pues sus funciones no se limitan a la atención del paciente y la familia, sino que debe apoyar a los que apoyan, libera la tensión que genera al trabajar con este tipo de enfermos, asesora sobre técnicas y estrategias psicológicas, previene actitudes disfuncionales del personal y fomenta un adecuado acercamiento al paciente. También instruye al personal con técnicas de consejo e información y en la adquisición de habilidades para transmitir mensajes de apoyo a familiares y allegados.

**Enfermería.** Es el miembro básico más próximo al enfermo y su familia; el contacto que hay, proporciona al resto del equipo una visión más completa de los problemas del paciente. Centra sus cuidados en el desarrollo y cobertura de las necesidades básicas y rehabilitadoras del individuo, con el objeto de que el paciente logre una mayor autonomía que le permita una mejor calidad de vida.

Sus funciones son: realizar la valoración inicial (primer contacto con el paciente); historia de enfermería y planificación de cuidados; visitas y valoración de enfermería; evaluación periódica del proceso y de los cuidados administrados; reeducación sanitaria del paciente y la familia; adiestramiento de la familia en técnicas básicas de cuidados; brindar información sobre los mecanismos de contagio y medidas preventivas de la infección por VIH y otras enfermedades transmisibles; valorar las necesidades psicosociales del paciente y la familia y conservación de la confidencialidad.

**Médico.** Sus funciones son muy amplias y las más específicas son: realizar la historia médica dirigida; exploración física dirigida; exploraciones complementarias; control y seguimiento médico periódico; tratamiento de los

procesos asociados al factor de riesgo; detección de lo más posible, diagnóstico adecuado y tratamiento más indicado de las múltiples enfermedades, especialmente infecciosas que afectan a los pacientes; informar la estrategia terapéutica en cada momento al paciente y a la familia por parte de todo el equipo.

## **2.10. Problemática y Cuidados del Equipo.**

Se requiere la modificación de papeles tradicionales y un aprendizaje de la dinámica laboral. Existen otros factores tales como: el miedo al contagio; la limitación del tiempo; la dificultad de enfrentarse a la ansiedad del paciente y su familia; la sensación de soledad del paciente; la comunicación frecuente de pronósticos desfavorables; tomar decisiones de vida o muerte; tener dificultades en la comunicación con el paciente o con el equipo de trabajo; tener excesiva empatía con el paciente; que la atención a pacientes terminales con frecuencia son de edades similares a la de los miembros del equipo. Todo esto puede provocar estrés, frustración, insatisfacción y desmotivación en el personal (Gatell, 1992).

El personal del hospital necesita oportunidad para analizar sus sentimientos respecto a pacientes “especiales” con quienes llegan a identificarse; estos sentimientos se centran en la aflicción anticipada por los condenados a muerte, la verdadera pena por la muerte del paciente y la ira y frustración por la respuesta negativa de otros.

La interacción personal puede producir actitudes encontradas y debe alentarse al personal a cuidar sus reacciones personales, dada la importancia de que el paciente se sienta libre para pensar en su estilo de vida y preferencias y prácticas sexuales. Si las actitudes negativas excluyen una interacción apropiada, el personal a cargo debe solicitar su cambio por otro que pueda discutir de manera abierta los problemas (Muma, 2000).

## **2.11. Aspectos Sociales y Psicológicos.**

El SIDA tiene ramificaciones médicas, psicológicas y sociales profundas. Se ha convertido en un tema polémico pues ha producido graves problemas sobre todo sociales por el temor de contagio y la aparición inicial del síndrome entre minorías estigmatizadas. Origina preocupaciones psicológicas en el personal de salud como resultado del prejuicio y temor de contagio.

Los principales factores a los que debe adaptarse el paciente son alteraciones del estado físico y médicos (impacto del diagnóstico, síntomas y hechos comunes en la evolución clínica, naturaleza de los trastornos psiquiátricos y sufrimiento psicológico frecuente y, la respuesta de quienes se encargan de la atención). El diagnóstico del SIDA es para el paciente un evento catastrófico porque se conoce la evolución hasta la declinación de la enfermedad, pero no hay tratamiento definitivo y el pronóstico es muy malo; éste casi siempre se establece en el curso de semanas o meses y la evolución clínica varía desde una enfermedad asintomática hasta cuadros infecciosos frecuentes, inflamación ganglionar y malestar general e invalidez total. Después de establecer un diagnóstico cada síntoma nuevo significa avances de la enfermedad (Muma, 2000).

Socioculturalmente el diagnóstico tiene orígenes diversos. El problema que enfrentan todos los días los pacientes, familiares y grupos de ayuda, son los temores irracionales y las respuestas negativas; pues ello está asociado al temor del contagio y altera la conducta de los demás, lo que da como resultado evitar a toda costa tener contacto físico y social; es doloroso para un adulto y él tiene otras herramientas para manejarlo, pero los padres preocupados pueden apartar a los niños con SIDA y este rechazo es peor, pues un niño todavía no sabe manejar tales situaciones. Los enfermos son vulnerables al rechazo y sus sentimientos de culpa son originados por la excesiva preocupación de que su conducta (sobre todo la sexual) ponga en peligro a otros. El ser un portador de un agente contagioso genera en el paciente la idea de ser un desterrado; la

discriminación se puede presentar en su hogar, su trabajo, en la atención sanitaria y asistencia pública detonada por el temor al contagio y el prejuicio.

Las personas en la etapa inicial de la enfermedad presentan dificultad para retener información sobre la enfermedad y alterarla debido a la angustia o negar su realidad.

El principal sufrimiento psicológico es la preocupación por la enfermedad y la posibilidad de una evolución rápida y mortal. En el momento del diagnóstico se observa una respuesta de estrés caracterizada por incredulidad, torpeza y negación seguida por la ira y agitación agudas, con angustia destructiva y síntomas de depresión; ansiedad e incertidumbre acerca del proceso patológico, evolución clínica, posible tratamiento; cualquier síntoma nuevo atemoriza al paciente debido a que indica avances en la enfermedad; también se presentan preocupaciones hipocondríacas acerca del funcionamiento del cuerpo. Los síntomas de ansiedad pueden adoptar la forma de ataques de pánico, agitación, insomnio, tensión, anorexia y taquicardia. Los síntomas de la depresión se caracterizan por tristeza, desesperanza y desesperación. Con el aislamiento es común la culpa, pérdida de la autoestima, vergüenza, desinterés y aflicción anticipada. A medida que la enfermedad avanza es más frecuente la idea del suicidio, sobre todo en los pacientes con amigos que han muerto por la misma enfermedad. La ira se presenta de manera intensa dirigida a la enfermedad, la atención médica, la discriminación y la respuesta de la población (Mumá, 2000).

## **2.12. Formas de Comportamiento ante Personas con SIDA.**

Es un tema sumamente delicado y complejo, el cómo tratar a una persona con el virus del SIDA. La mayoría de las personas, frente a la situación de tener un amigo o familiar infectado, reaccionan de manera errónea: juzgan, hostigan con preguntas y los abandonan en la soledad. Esto ocurre por el miedo y la falta de información (Cassuto, 1987). Por eso, es muy importante conocer bien la enfermedad, saber su forma de actuar, su modo de contagio, qué se puede hacer y qué no. También es muy importante referirse a las personas con el

virus de manera adecuada y utilizar los términos correctos, que no contengan ninguna clase de tono despectivo.

Es necesario que los enfermos y los no enfermos hagan conciencia sobre lo que puede pasar. Es importante que las personas infectadas tomen una actitud ante este problema y traten de que la enfermedad no se transmita y prolifere más de lo que ya está; y de las personas no infectadas comportarse ante la enfermedad mejor de lo que se hace, es decir, tomar las medidas necesarias al tener relaciones sexuales (Daudel, 2003).

Cuando una persona vive con VIH/SIDA inmersa dentro de una sociedad que está al tanto de su enfermedad o dentro de su núcleo familiar, las medidas de prevención cambian radicalmente y con ello el estado de ánimo del enfermo y su familia; en ocasiones estas medidas resultan del desagrado de los enfermos aunado a la aparición de síntomas y la presión, hacen que la persona enferma se sienta más culpable y tienda a deprimirse con mayor facilidad (Cassuto, 1987).

### **2.13. Cuando un Amigo o Familiar Tiene SIDA.**

Una persona con SIDA necesita amistad más que nunca, es importante brindarle apoyo y confianza; no temer abrazarlo, tocarlo; pues el contacto físico le brindará confianza. No hay que temer mostrarles nuestras emociones y revelarles nuestros sentimientos; si se reprimen los sentimientos y pensamientos la persona enferma actuará igual; se debe tomar en cuenta que necesita de un amigo que pueda acercársele, alguien con quien relajarse y mostrar lo que siente en realidad; permitirle hablar sobre su enfermedad (si desea hacerlo). Solo porque está enfermo no significa que debe estar en casa todo el tiempo, ni que haya perdido el interés en la vida y lo más importante estar informado de lo que médicamente sucede (Daniels, 1988).

### **2.14. Cuestiones de Ética.**

Toda persona seropositiva tiene derecho a tratamiento y seguimiento de su enfermedad, así como a los tratamientos que requiera. Se les debe de

proporcionar la ayuda médica y psicológica, así como el apoyo de familiares y amigos. La OMS, la UNESCO y la ONU apoyan a los programas mundiales de lucha contra el SIDA, en cuestiones de la búsqueda de una vacuna eficaz, de medicamentos y de ayuda.

Uno de los problemas éticos es el del respeto, la solidaridad social y los servicios de salud pública que se les deben brindar a los enfermos con VIH/SIDA. Cuando se refiere al respeto es el no aislar a las personas con SIDA en unidades habitacionales.

En los trabajos no debe de ser obligatorio el examen del SIDA. Además de que una persona seropositiva tiene los mismos derechos que una persona no infectada. No deben de ser despedidos de su trabajo por el hecho de ser seropositivos, o de no contratarlos por el mismo caso. En el ámbito escolar, los alumnos no deben ser aislados, rechazados, o expulsados de las escuelas, pues gozan del derecho a la libre educación.

Se debe de hacer un plan contra la discriminación hacia las personas con VIH/SIDA, porque son personas con derechos al igual que las demás (Daudel, 2003).

## **2.15. Atención Médica.**

Se ha desarrollado un programa de atención integral multidisciplinario con personal que tiene experiencia en la atención a las personas que viven con VIH/SIDA. Esta atención se inicia desde el momento del diagnóstico de la infección por VIH hasta el momento terminal.

Se brinda una alternativa más en la asistencia de las personas que viven con VIH o que han desarrollado SIDA, otorga servicios a través de las siguientes áreas: Detección Integral, Derechos Humanos, Trabajo Social, Atención Psicológica Integral, Medicina, Enfermería, Banco de Medicamentos, Odontología y Visita Domiciliaria, con el objeto de proporcionar una atención de

alta calidad, para mejorar y mantener la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA.

La capacitación y actualización constante del personal médico es fundamental en lo relacionado al diagnóstico, atención y tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA; es una herramienta muy importante para mantenerse actualizados y poder brindar las mejores alternativas de atención y tratamiento que repercutan en una mejor calidad de atención.

La atención médica se complementa con la participación de las otras áreas de atención, con las que se evalúa cada caso en forma individual y se desarrolla el plan de atención, con la finalidad de mejorar y mantener la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA.

Como un apoyo importante se involucra al núcleo familiar; el personal médico capacita y asesora a los familiares de los pacientes acerca de los cuidados y atención que le pueden brindar a la persona que vive con VIH/SIDA (Fuenzalido, 1991; [www.cappsida.org.mx](http://www.cappsida.org.mx) / 15 de mayo de 2007).

### **Atención domiciliaria.**

En las etapas más avanzadas de la enfermedad se dificulta el traslado del paciente a los centros de atención y se incrementan las necesidades de cuidados especializados.

Se ha desarrollado el programa de atención domiciliaria en el que un grupo de personal capacitado en las áreas de medicina, enfermería, psicología y trabajo social acude a brindar la atención que el paciente requiere y así tratar de mejorar su calidad de vida en los casos que se requiera y facilitar el manejo del proceso del duelo. En esta visita también se atienden las necesidades de información y atención psicológica de los familiares.

### **Banco de medicamentos.**

Al considerar los elevados costos de los tratamientos para detener el desarrollo de la enfermedad y para la atención de algunas de las principales infecciones

oportunistas, se ha implementado un programa para obtener y facilitar medicamentos, cuyo principal objetivo es apoyar a quienes requieren de estos tratamientos y disminuir el impacto en la economía familiar.

### **Enfermería**

El cuidado y atención de las personas que viven con VIH/SIDA requiere la aplicación detallada de los conocimientos de enfermería, así como de la utilización de técnicas de valoración bien desarrolladas y manejadas por el personal a cargo, por lo cual es conveniente realizar un plan de atención cuidadosamente diseñado de acuerdo a las necesidades individuales de cada paciente para así brindar un servicio de calidad y calidez

### **Odontología**

Fomentar la salud bucal en personas seropositivos es de gran relevancia, pues permite prevenir, detectar y dar tratamiento a diversas enfermedades oportunistas, que pueden propiciar el deterioro general de la persona.

[www.cappsida.org.mx](http://www.cappsida.org.mx) / 15 de mayo de 2007

## **2.16. Atención Social.**

### **Trabajo Social**

Para las organizaciones es de gran relevancia la participación directa en la prevención y atención social de la pandemia del VIH/SIDA. Se cuenta con personal capacitado en el área de trabajo social que tiene como objetivo interpretar y analizar la realidad social con respecto al VIH/SIDA a fin de desarrollar acciones tendientes a la solución de problemas sociales en sus diferentes niveles: sociedad, comunidad, grupos o individuos a través de la investigación social, a fin de brindar estrategias para la planeación,

administración y ejecución de programas de prevención y atención a la población en general, proporcionado con ello el educar para la vida. Sirve como asesor o capacitador familiar y social para mejorar las condiciones físicas y ambientales en las que se desenvuelven quienes viven con VIH/SIDA.

## **Derechos Humanos**

Los derechos humanos son un tipo particular de derechos: son aquellos con los que cuenta toda persona por el sólo hecho de serlo. A diferencia de los demás, son inherentes a la naturaleza humana, es decir, no vienen de fuera, por ello, no se adquieren ni se pierden. No se obtienen como resultado de cubrir ciertos requisitos ni de tener merecimientos. Los derechos humanos pertenecen a los individuos por su calidad de miembros de la familia humana.

Por esta razón el efectivo ejercicio de estos derechos es indispensable para el desarrollo integral de la persona y el Estado está obligado a garantizarlos. (ONUSIDA 2007)

El SIDA es uno de los problemas más graves del país, que involucra el comportamiento individual y social con un fuerte impacto en los aspectos socio-culturales que llegan a generar la estigmatización social y violación a los derechos humanos.

Como producto de un trabajo entre la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y varias organizaciones no gubernamentales, como Mexicanos contra el SIDA y GIS-SIDA, AC, en 1992 se elaboró la primera Cartilla de los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH/SIDA.

Esta cartilla ha funcionado como una poderosa herramienta para la promoción y defensa de los derechos humanos de este grupo

A continuación se muestran los derechos que tienen los enfermos de VIH/SIDA.

## **Derechos básicos.**

- La ley protege a todos los individuos por igual; en consecuencia, no debe sufrir discriminación de ningún tipo.
- No estás obligado a someterte a la prueba de detección de anticuerpos del VIH ni a declarar que vives con VIH o que has desarrollado SIDA. Si de manera voluntaria decides someterte a la prueba de detección de anticuerpos VIH, tienes derecho a que esta sea realizada en forma anónima y que los resultados de la misma sean conservados con absoluta discreción.
- En ningún caso puedes ser objeto de detención forzosa, aislamiento, segregación social o familiar por vivir con VIH o haber desarrollado SIDA.
- No podrá restringirse tu libre tránsito dentro del territorio nacional.
- Si deseas contraer matrimonio no podrás ser obligado a someterte a ninguna de las pruebas de detección de anticuerpos del VIH.
- Vivir con VIH o SIDA no es un impedimento para el ejercicio de la sexualidad.
- Cuando solicites empleo, no podrás ser obligado a someterte a ninguna de las pruebas de detección del VIH.
- Si vives con VIH o has desarrollado SIDA esto no podrá ser motivo para que seas suspendido o despedido de tu empleo.
- No se te puede privar del derecho a superarte mediante la educación formal o informal que se imparta en instituciones educativas públicas o privadas.
- Tienes derecho a asociarte libremente con otras personas o afiliarte a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA.
- Tienes derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH y la forma de protegerte.
- Si vives con VIH o has desarrollado SIDA, tienes derecho a recibir información sobre tu padecimiento, sus consecuencias y tratamientos a los que puedes someterte.

- Tienes derecho a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar tu calidad y tiempo de vida.
- Tienes derecho a una atención médica digna, y tu historial médico deberá manejarse en forma confidencial.
- Tienes derecho a una muerte y servicio funerario digno.

(CNDH,2006; ACNUDH y ONUSIDA, 2007)

## **2.17. Atención Psicológica.**

El programa de Atención Psicológica Integral, involucra todo el proceso emocional del paciente en el ámbito individual y social, con la finalidad de generar una mejor calidad de vida, y considera que el entorno social de la persona que vive con VIH/SIDA es importante; proporciona atención a familiares, amigos o parejas de la persona que vive con VIH/SIDA, para disminuir la carga emocional que el desarrollo de la enfermedad genera en sus relaciones interpersonales directas ([www.casadelasal.org.mx/](http://www.casadelasal.org.mx/) Agosto 2007)

### **Asesoría pre-prueba y post-prueba.**

La asesoría personalizada a quienes solicitan la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH antes y después de la entrega del resultado, se contempla como factor importante en nuestro programa de atención, y brinda las herramientas indispensables para poder manejar y comprender la angustia que se genera por la posibilidad de ser portador del virus, independientemente de la vía de transmisión.

Asimismo, ayuda al individuo a tener el conocimiento real del riesgo de estar infectado, independientemente del resultado, y proporcionar información general sobre la enfermedad y sus posibles consecuencias.

En los casos de entregar un resultado positivo, se brindará el apoyo emocional adecuado y, en los casos de un resultado negativo se proporcionará información para sensibilizar al solicitante hacia la prevención. Todo ello se

realiza con la finalidad de que el paciente mejore su calidad y estilo de vida, independientemente del resultado del estudio.

### **Psicoterapia individual.**

En busca de un equilibrio emocional de la persona que vive con VIH/SIDA, se brinda este servicio con personal capacitado en el manejo terapéutico de personas seropositivas, en el que el principal objetivo es generar en el portador calidad de vida, orientándolo en su actual situación de vida en todas sus áreas de acción: laboral, escolar, familiar, de pareja; asimismo brinda la posibilidad de exteriorizar, entender y manejar todas aquellas emociones que se presentan a lo largo de su proceso de aceptación.

### **Psicoterapia grupal.**

La intervención grupal se fundamenta para los casos en los que la persona interesada requiere un espacio para hablar, compartir y canalizar emociones guardadas, que son fuente de inseguridad y desajuste durante el proceso de aceptación. Hay dos servicios grupales con objetivos específicos: grupos terapéuticos (el objetivo se dirige a facilitar a los participantes las herramientas necesarias para manejar y salir de situaciones problemáticas o situaciones específicas tales como depresión, angustia, coraje, culpa, entre otras, por lo que el grupo terapéutico es un espacio que permite la catarsis y objetividad en problemáticas específicas que suelen ser afines entre los integrantes; es un espacio de crecimiento en el que se busca una nueva perspectiva de la vida, a través de dinámicas específicas que generen logros entre los participantes) y grupo de autoapoyo (el objetivo es brindar un espacio de interacción entre personas que viven con VIH/SIDA, así como familiares, parejas o amigos que buscan apoyo, comprensión y compañerismo para enfrentar situaciones afines) (Ponce de León, 2000; [www.cappsida.org.mx](http://www.cappsida.org.mx) 15 de mayo de 2007)

## **2.18. Manejo Psiquiátrico de la Infección.**

En algún momento de la enfermedad, los enfermos requieren de algún tipo de terapia de apoyo de orientación, intervención en crisis, relajación muscular progresiva y de psicofármacos.

El elevado índice de rechazo por sus familiares y amigos y la elevada mortalidad en hospitales, es un factor determinante en la respuesta emocional de aquellos que siguen con vida. Se sabe que en la medicina la meta es curar; pero esta enfermedad solo permite un intento de control que es frustrante y lo único que hace es paliar el sufrimiento de los enfermos. Algunos de ellos acuden con la esperanza de que se encuentre una cura o la tan ya famosísima vacuna, otros prefieren morir para aliviar su pena y la de sus familiares (Durham, 1990; Romo, 1997).

El estado emocional del paciente se encuentra ligado al diagnóstico, la gravedad de la sintomatología física, la personalidad del enfermo, la calidad de los servicios de salud de la entidad en la que viven (que en algunos casos es deplorable; tema en el cual no ahondaremos) y, el apoyo familiar con que cuenta (Romo, 1997).

Los desórdenes de ajuste depresivos, están relacionados con el sistema de atención y cuidados de equipo de salud al paciente. Los ajustes psicológicos que tienen que hacer los enfermos para pelear con el proceso de este mal, deben ser favorecidos por el personal de salud a través de una comunicación cálida, sencilla y clara. Suficiente tienen con luchar contra su enfermedad y; el personal de salud, algunas veces llega a malinterpretar y argumenta que el paciente es un caso difícil o no coopera con el tratamiento; esto provoca que el enfermo se sienta marginado y señalado con una actitud ambivalente, por un lado se encuentra en un medio extraño y, por el otro, tiene la necesidad de sobrevivir (Romo, 1997).

### **Historia psiquiátrica.**

El SIDA ocasiona un impacto emocional poderoso, pues esta muy ligado a sexualidad, contagio y muerte. Todos los humanos reacciona de manera diferente ante el rechazo, evitación, ataque, fascinación, entre otros, por lo que no puede ser indiferente ante ello; este tipo de respuestas pueden ir desde lo positivo hasta lo negativo (Ponce de León, 2000)

Los enfermos permanecen en aparente estado de salud, en tanto que la enfermedad hace sus estragos de modo silencioso. Aún con la pérdida de algún amigo, pareja o la aparición de algún otro síntoma, ellos utilizan la negación como mecanismo de defensa, la cual en etapas iniciales es favorable. Cuando la enfermedad avanza el paciente por lo general tiene semanas o meses de haber dejado de trabajar, depende de la familia, la cual maneja en secreto su padecimiento, sospecha y llega hasta reprobar el cómo fue adquirida. Algunos enfermos se internan en el hospital con la idea de morir solos como un castigo, como si no merecieran estar entre los suyos (Miller, 1989).

La auto destrucción, la pérdida del control de la propia existencia, de la salud, del trabajo, de los amigos, de la autoestima, aunado a los síntomas de la enfermedad originan síndromes que se presentan únicos y personales por la complejidad del ser humano.

Tienden a manejar la enfermedad mediante la sustitución del diagnóstico por otros problemas o “diagnósticos más aceptables” como el de la tuberculosis, diarrea, dolor abdominal o vómito.

En la mayoría de los enfermos se puede observar que percibe en su interior el deterioro y la cercanía de la muerte. Se encuentran en un momento de reflexión y análisis de vida, la negación deja de interferir en el proceso de morir o persiste y hace más grande el sufrimiento (Romo, 1997).

Una conducta mal comprendida por el personal de salud provoca una enfermedad por el medicamento, esto etiqueta al paciente de problemático,

depresivo y esto desencadena problemas de diagnóstico y un fármaco nuevo a la lista, sin llegar a entender el problema.

### **Incertidumbre.**

Para las personas con VIH/SIDA la incertidumbre es el tema más difícil de tocar cuando se tiene la enfermedad; en pocas palabras es difícil aceptar el futuro y vivir en la duda y preocupación; atravesar por un sufrimiento físico y desesperación, tanto para el paciente como para quienes lo cuidan y el personal de salud que los atiende (Miller, 1989).

La incertidumbre se puede describir en varios niveles: cuando el enfermo siente que en alguna época futura desarrolle otra enfermedad o si puede hacer algo para detenerlo; el progreso de la enfermedad después de haber sido diagnosticada; la reacción que pueda tener el entorno social en el que se desenvuelve el enfermo (Miller, 1989).

El manejo de la incertidumbre es uno de los retos más grandes del enfermo, de igual manera el personal de salud se siente más cómodo cuando puede contestar a las preguntas con mayor confianza; ellos deben buscar formas de sentirse competentes en la atención hacia el enfermo (Durham, 1990).

### **Ansiedad.**

Se conoce por ansiedad el temor anticipado de un peligro futuro, cuyo origen es desconocido o no se reconoce.

Algunos de los síntomas de la ansiedad son: Agitación y nerviosismo (estar, tenso, irritable); tensión muscular; náuseas; aumento de sudoración, palpitaciones; manchas; boca seca; sensación de falta de aliento; ganglios linfáticos crecidos (esto en la ansiedad crónica); dificultades en el sueño; fatiga física; problemas para concentrarse; cambios en el estado de ánimo; pérdida del impulso sexual; temor a la muerte; (Miller, 1989; Romo, 1997).

Cada una de las respuestas al estrés de la enfermedad puede incapacitar al enfermo y contribuir en gran parte a su decaimiento (Durham, 1990).

La ansiedad que genera es hacia el riesgo de la misma infección; la hostilidad y el rechazo social y laboral; ser abandonado; el resultado final de la infección a corto y largo plazo; disponibilidad del tratamiento, pérdida de la confidencialidad y, la pérdida de independencia física y económica (Miller, *et al.* 1989).

Es importante que la persona con VIH/SIDA tenga el apoyo adecuado para ayudarle a disminuir la ansiedad y el estrés, por medio de diferentes técnicas. Aunque el hábito de la ansiedad y el estrés es difícil de romper, pero no es imposible.

Como primer paso es necesario que la persona con VIH/SIDA recupere la confianza, enseñándolos a afrontar la ansiedad y que sepan que este trastorno estará con ellos la mayor parte del tiempo, pero es mejor vivir con ella y afrontarla. Es importante dentro de este proceso ventilar las preocupaciones acerca de la enfermedad, identificar que situaciones son las causantes de la ansiedad y el estrés, identificar cuales eran las técnicas que se utilizaban para disminuir la ansiedad y modificarlas si es que éstas no funcionan o adoptar nuevas técnicas (Miller, 1989; Durham, 1990).

### **Depresión.**

Trastorno mental caracterizado por sentimientos profundos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer.

La depresión es una de las reacciones psicológicas más comunes en los enfermos, especialmente después del diagnóstico positivo y confirmatorio. Es más frecuente, dura más tiempo y puede ser más intensa. Los antibióticos pueden detonar este trastorno.

Algunas de las alteraciones que sufre la persona deprimida están relacionadas con el ánimo, es decir se sienten tristes y abatidos, el ánimo de la persona cambia con gran rapidez, con crisis de llanto incontrolable seguida de periodos relativos de calma, es importante tener en cuenta que esta no es una guía segura, las personas tienden a ocultar su depresión convirtiéndose en “deprimidos sonrientes”; la pérdida del interés o de placer por cosas que antes disfrutaban; aparecen los sentimientos de inutilidad; disminución de la autoestima por los cambios físicos relacionados con la infección por VIH, la desesperanza, combinado esto con pensamientos suicidas, pérdida del apetito y de peso, pérdida de energía, trastornos del sueño.

Es importante hacer notar que la persona deprimida no experimentará todos los síntomas; las personas con VIH/SIDA sufren un cuadro de depresión por su situación actual relacionada con la enfermedad o por las acciones de conocidos.

(Miller, *et. al.* 1989).

En ocasiones es difícil separar la ansiedad de la depresión, pues coexisten estrechamente (Miller, 1989).

Para poder conocer las estrategias de cómo superar la depresión es importante conocer los efectos o consecuencias de éste trastorno. Para ayudar a las personas con VIH/SIDA a que superen la depresión es necesario considerarla como una respuesta esperada al diagnóstico y a la incertidumbre de lo que a continuación vendrá.

Existen varias recomendaciones para el tratamiento e intervención de la depresión. Aumentar el grado de actividad física, vigilar y debilitar los

pensamientos depresivos automáticos, fomentar la socialización del enfermo, estimular a la persona a que reanude su empleo, en ocasiones cuando la depresión es muy fuerte es necesario administrar medicamentos (Miller, 1989).

## **Suicidio.**

El suicidio en personas con VIH/SIDA puede ocurrir en muchas formas. Los pensamientos suicidas son una respuesta común y normal a noticias que ponen en peligro la vida de alguien. Es raro este tipo de pensamiento en las personas con VIH/SIDA, pues éstas desean vivir; pero se llegan a presentar (Durham, 1990).

Existen algunas indicaciones que dan paso a estos pensamientos en personas seropositivas y en sus seres queridos seropositivos; los motivos que se destacan son la separación, el divorcio o duelo reciente; la pérdida inminente de un ser amado; el vivir solo y un aislamiento social; una mala salud física; la falta de empleo o la pérdida del mismo; incluso el estar deprimido.

Los pensamientos suicidas desaparecen cuando la persona con VIH/SIDA recibe información acerca de sus circunstancias, y mejora con el asesoramiento y la información acerca de la enfermedad. Al momento de conocer el diagnóstico es más latente que aparezcan los pensamientos suicidas, que cuando ya se está bien informado, con asistencia médica y psicológica adecuada (Miller, 1989).

Cuando las ideas suicidas no están basadas en un deseo de autodestrucción, pueden estar guiadas por un deseo de no ser una carga o presión para sus seres queridos. Puede estar guiado a la vez por un deseo de evitar el dolor o para probar la disposición de quien los ama.

Sin importar el motivo real que sustenta una discusión de suicidio en una persona infectada por el VIH/SIDA u otra enfermedad, es importante tomarlo seriamente y no hacer a un lado sus comentarios (Miller, 1989; Miller, 1989).

## **2.19. Investigaciones Antecedentes.**

El estudio de las actitudes es de suma importancia para la psicología pues se vale de éstas para conocer la respuesta del individuo ante algún evento en particular. La enfermedad del SIDA ha provocado diversas actitudes favorables y desfavorables, donde domina esta última. Las campañas preventivas han tratado de disminuirlas y hacer llamados públicos orientados a influir en el comportamiento y cambiar de actitudes.

Existen diferentes investigaciones en relación a la actitud hacia el SIDA, por ejemplo la realizada por López (1990); realizó un estudio sobre la "Actitud del médico hacia el paciente infectado por el VIH" en el Centro de Información sobre SIDA Unidad Centro, se encontró que el personal tiende a presentar una actitud favorable hacia los pacientes infectados por el VIH. Sin embargo, se observó que algunas conductas presentes durante la atención del personal a pacientes denota que esta actitud no es tan favorable como podría ser el tomar alimentos durante la atención brindada, atenderlos con la puerta abierta o de pie, así como recibirlos y despedirlos desde el escritorio. También se mostraron conductas que probablemente reflejan temor al contagio, tales como evitar tener contacto con objetos tocados por los pacientes y el no existir contacto corporal con éstos. Dicho temor es injustificado, pues el personal tiene conocimiento de los mecanismos de transmisión de VIH.

Cruz; Martínez y Pelayo. (1991) en su estudio sobre la "Actitud sexual ante el SIDA" con una muestra compuesta de 150 sujetos de los cuales 30 eran parejas heterosexuales, 15 parejas homosexuales femeninos y 30 parejas homosexuales masculinos. Donde concluyen que a partir del problema del SIDA se han dado cambios en la actitud sexual en las parejas heterosexuales y homosexuales de escenarios naturales como de CONASIDA. Esto es, que sí han tomado medidas preventivas como el uso del condón, por lo que no han sentido temores para expresar abiertamente su sexualidad. Sin embargo, las parejas de CONASIDA son quienes tuvieron una actitud negativa, puesto que

presentaron mayor dificultad para cambios en la conducta sexual, esto ha repercutido para que no disfruten plenamente de su sexualidad.

Flores y Díaz (1991) en la investigación "Actitud hacia la vida, muerte y SIDA", realizada en la UNAM; con 171 estudiantes de trabajo social y 155 estudiantes de medicina, los resultados en cuanto a la actitud hacia el SIDA reportan que, los estudiantes de medicina lo perciben más común, fuerte y activo que los de trabajo social. Así mismo, se encontraron diferencias significativas por estatus sexual y una correlación significativa entre muerte y SIDA.

Otra investigación realizada por Gómez y Muñoz (1993) "Actitud de los adolescentes hacia el SIDA y el uso del condón: percepción de riesgo" donde participaron 1509 estudiantes de los cuales 766 fueron hombres y 743 mujeres. De la encuesta total, se seleccionaron para el estudio, reactivos relacionados con aspectos sociodemográficos; dos escalas de actitudes: una hacia el SIDA y otra hacia el uso del condón. Los ANOVAS encontrados indican que existen variaciones significativas en la Escala de Actitud hacia el SIDA y en la Percepción de Riesgo de contagio de SIDA en cuanto a género, tipo de escuela y si han tenido o no relaciones sexuales; en cambio en la Actitud hacia el uso del Condón solo se encontraron diferencias por género y tipo de escuela.

Reyes. (1998) en "Actitudes y reacciones emocionales en el personal de salud ante el paciente infectado por el VIH" aplicó un cuestionario con el fin de identificar las reacciones emocionales y las actitudes que con mayor frecuencia presenta el personal de salud, como consecuencia de su trato diario y continuo con el paciente infectado por el VIH o enfermo de SIDA. Los resultados muestran que las reacciones emocionales que principalmente experimenta son: tristeza, ambivalencia, dolor, impotencia, satisfacción, comprensión, miedo, coraje, y que las actitudes se centran en el deseo de ayudar al paciente y de protegerlo.

Andrade; Díaz; Flores; Ramos; Rivera; Villagran. (1999). "La perspectiva psicosocial: conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sexuales relacionados con el SIDA en estudiantes universitarios" se utilizó una muestra de 3,064 sujetos, de los cuales 49.3 por ciento fueron hombres y el 50.7 por

ciento mujeres; para esta investigación se seleccionaron 15 facultades, en las que eligieron las carreras que eran más representativas de cada una de ellas, obtuvieron un total de 25 carreras que agruparon en 6 áreas generales. Los datos generales que encontraron en la población universitaria fue que a pesar de tratarse de estudiantes universitarios el nivel de conocimiento predominante sobre la epidemiología y la etiología relacionadas con el VIH es solo relativamente adecuada. La falta de un conocimiento absoluto sobre el fenómeno, aunado a los datos epidemiológicos que obtuvieron en esta investigación muestra que más del 50 por ciento de la población estudiantil tiene relaciones sexuales y de éstos más del 65 por ciento las ha tenido con más de una pareja, ubica a esta población con una buena probabilidad de contagio. Los estudiantes percibieron correctamente un mayor riesgo en aquellas personas que tienen relaciones sexuales con más de una pareja, pero que subestiman la posibilidad de riesgo en ellos mismos.

Hernández, M. y Hernández, E. (1999) en el estudio “Conducta sexual y actitudes hacia la sexualidad y el VIH-SIDA en estudiantes de nivel medio básico”, con una muestra de 218 estudiantes, 109 hombres y 109 mujeres encontraron que los hombres en comparación con las mujeres tiene una conducta sexual más liberal, practican más la masturbación, manifiestan menor temor al castigo.

Tomás; Aradilla. (2003) “Actitud ante el SIDA en estudiantes de enfermería” se utilizó una muestra de 242 estudiantes de una escuela de enfermería, para dicha medición se utilizó una escala de actitud ante el SIDA y a partir del análisis de las respuestas a los diferentes ítems de la escala se ponen de manifiesto opiniones que reflejan actitudes negativas y prejuiciosas. Los resultados obtenidos plantean la necesidad de una reflexión profunda acerca de las estrategias docentes más adecuadas para modificar positivamente las actitudes y creencias que presentan los estudiantes ante el VIH/SIDA.

Es importante conocer las actitudes de los estudiantes de las carreras de enfermería, medicina y psicología de la Facultad de Estudios Superiores “Zaragoza” porque ellos en un futuro estarán en contacto directo con los enfermos de VIH/SIDA, y ver que, a pesar de la información existente de esta

enfermedad, el rechazo y el prejuicio continúa y afecta de manera directa al proceso enseñanza-aprendizaje.

Es por ello que el problema de investigación es:

¿Existen diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia personas con VIH/SIDA entre los estudiantes de las carreras de enfermería, medicina y psicología en la Facultad de Estudios Superiores “Zaragoza”?

### 3. METODOLOGÍA

**Hipótesis alterna:** Si existen diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia las personas con SIDA entre un grupo de estudiantes de medicina, otro grupo de estudiantes de enfermería y un grupo de estudiantes de psicología.

**Variables:**

V. I. Carrera. Atributiva de clasificación.

*Definición Conceptual:* Empleo u oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente, que sirve de medio de vida y que determina el ingreso en un grupo profesional determinado (Hortal, 2002).

*Definición Operacional:* Preguntas contenidas en la escala (ver anexo 1).

V. D. Actitud.

*Definición Conceptual:* “Es una predisposición para responder en forma favorable y desfavorable ante una persona, comportamiento, creencia u objeto en particular” (Feldman, 1995).

**Muestra:** No aleatoria intencional con la participación de 300 estudiantes, de los cuales 100 fueron estudiantes de la carrera de enfermería, 100 de medicina y 100 de psicología de la Facultad de Estudios Superiores “Zaragoza”.

**Tipo de investigación:** Estudio de campo.

**Diseño:** Pre-experimental de comparación de tres grupos con postest únicamente.

**Instrumento:** Escala tipo Likert conformada por 58 reactivos estructurados afirmativamente (ver anexo 1), se procuró que un 50% de ítems fueran positivos y 50% de ítems negativos.

Se realizaron 3 piloteos con muestras no aleatorias de 30 sujetos cada uno, lo que propicio a modificar los reactivos que no median algo. Cada ítem tuvo 5 alternativas de respuesta (TA: Totalmente de Acuerdo, A: Acuerdo, I: Indiferente, D: Desacuerdo, TD: Total Desacuerdo).

El instrumento se aplicó a 300 estudiantes de las carreras de enfermería, medicina y psicología cada grupo conformado por 100 sujetos. Se hizo el vaciado de los datos en el paquete estadístico SPSS versión 11, se sacó el  $\alpha$  de Cronbach que fue de .7197, se procedió a eliminar reactivos que estuvieran muy bajos para alcanzar la confiabilidad del instrumento y un alfa superior a .80 al hacer este paso quedaron 48 reactivos y un  $\alpha$  de .8034 con ello se obtuvo el resultado deseado.

Después se procedió a realizar el análisis factorial para la validez de contenido, se vio el nivel de discriminación de los reactivos y al ver que algunos no discriminaban se eliminaron algunos reactivos, quedaron en esta ocasión solo 20, se corrió de nueva cuenta el análisis factorial con éstos (ver anexo 2); donde quedaron cuatro factores, distribuidos los reactivos según su discriminación y a cada uno se le dio un nombre: Discriminación, Desconocimiento, Relaciones Interpersonales y Aislamiento; esto con base en lo que cada factor medía.

**Tabla 1 Factores**

<b>Descripción de Reactivos</b>	<b>1*</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Es justo restringir los medicamentos a personas que tienen SIDA	.707			
Es inadecuado desperdiciar los medicamentos en personas que tienen SIDA	.666			
Es normal despreciar a una persona que tiene SIDA	.644			
Es prescindible disminuir la asistencia médica para las personas con SIDA	.641			
Las muestras de pacientes con SIDA deben ser manipuladas por personas que están en su misma condición	.634			
Cuidar de una persona con SIDA es una pérdida de tiempo	.577			
Por el bien de todos, las personas con SIDA deben de abandonar su trabajo	.557			
Evito abrazar a personas con SIDA que tienen erupciones cutáneas		.719		
Dudo tomar en el mismo vaso que una persona con SIDA		.675		
Me inquieta el comer cerca de una persona que tiene SIDA		.611		
La gente con SIDA no merece que comparta mis objetos personales con ellos		.605		
Me incomoda cuidar a personas con SIDA		.553		
Me molesta la actitud de los enfermos con SIDA		.535		
Me incomoda interactuar con una persona que tiene SIDA			.829	
Me da miedo estar con una persona que tiene SIDA			.754	
Me incomoda atender a personas que tienen SIDA			.691	
Me incomoda trabajar en un hospital que atiende a personas con SIDA			.476	
Es conveniente aislar a las personas con SIDA en unidades habitacionales				.753
Es conveniente separar de su comunidad a las personas con SIDA				.685
Es innecesario invertir dinero en la atención de personas con SIDA, cuando puede ser utilizado para otros fines				.513

\* 1= Discriminación; 2 = Desconocimiento; 3= Relaciones Interpersonales y 4= Aislamiento.

Se volvió a correr la  $\alpha$  de Cronbach y se obtuvieron los siguientes resultados

**Tabla 2 Alfa de Cronbach**

<b>Factores</b>	<b><math>\alpha</math> de Cronbach</b>
1. Discriminación	.8095
2. Desconocimiento	.7608
3. Relaciones interpersonales	.7842
4. Aislamiento	.5943

**Procedimiento:** Se contactó al personal administrativo de las carreras de Enfermería, Medicina y Psicología de la Facultad de Estudios Superiores “Zaragoza”, para pedir su colaboración en la aplicación del instrumento a los estudiantes de las carreras de enfermería, medicina y psicología, donde se les explicó el objetivo de la investigación.

La aplicación del instrumento fue en forma individual y colectiva según la forma de trabajar de las carreras. Cabe mencionar que a ningún estudiante se le obligó a responder la escala, ésta fue de manera voluntaria.

Para dicha aplicación las investigadoras se presentaron como pasantes de la carrera de psicología y dieron a conocer los objetivos de dicha investigación: “La investigación en curso tiene por objetivo conocer las actitudes de los médicos, psicólogos y enfermeras hacia las personas con VIH/SIDA, por lo cual se les pide su colaboración para responder sinceramente. Los datos proporcionados serán manejados de manera confidencial”.

Se explicó la forma de responder el instrumento y si hay dudas las consulten con las investigadoras.

#### 4. RESULTADOS.

Para la comparación entre los grupos se utilizó una ANOVA one way y una prueba *t* de Student de medias independientes para las comparaciones por pares con un  $\alpha$  de 0.05

Se corrieron los datos con los 20 reactivos de la escala y se confrontaron las tres carreras para su análisis de ANOVA one way. Los resultados de esta prueba mostraron que si existen diferencias significativas en las actitudes de los estudiantes hacia las personas con VIH/SIDA.

**Tabla 1 Anova General de las Tres Carreras**

<b>Profesión</b>	<b>ANOVA</b>	<b>Nivel de Sig.</b>
Enfermería	8.754	.000
Medicina		
Psicología		

Al compararse las carreras de enfermería contra medicina se comprobó que existen diferencias significativas de .000 entre las actitudes de los estudiantes.

**Tabla 2 ANOVA Enfermería y Medicina**

<b>Profesión</b>	<b>ANOVA</b>	<b>Nivel de Sig.</b>
Enfermería	13.079	.000
Medicina		

En la confrontación de las carreras de enfermería y de psicología con la prueba de ANOVA se encontró que se tienen diferencias significativas de .001 sobre las actitudes de los estudiantes hacia las personas con VIH/SIDA.

**Tabla 3. ANOVA Enfermería y Psicología.**

<b>Profesión</b>	<b>ANOVA</b>	<b>Nivel de Sig.</b>
Enfermería	12.373	.001
Psicología		

En la comparación de las carreras de psicología contra medicina se encontró que no hay diferencias significativas dentro de este grupo en las actitudes hacia las personas con VIH/SIDA.

**Tabla 4. ANOVA Psicología y Medicina**

<b>Profesión</b>	<b>ANOVA</b>	<b>Nivel de Sig.</b>
Psicología	.045	.833
Medicina		

Al compararse las respuestas de los estudiantes de la carrera de enfermería contra las respuestas de los estudiantes de la carrera de medicina en el factor de discriminación con un nivel de Sig. de .897 se encontró que entre los estudiantes de la carrera de enfermería y los estudiantes de la carrera de medicina, los que menos discriminan son los estudiantes de enfermería, porque obtuvieron una media de 27.54 frente a los estudiantes de medicina que obtuvieron una media de 29.36.

**Tabla 7. Comparación de Carreras en Factor Discriminación**

<b>Profesión</b>	<b>Medias</b>	<b>Prueba <i>t</i></b>	<b>Nivel de Sig.</b>
Enfermería	27.54	-2.390	.897
Medicina	29.36		

Para el mismo factor pero ahora al compararse las respuestas de los estudiantes de la carrera de enfermería contra las respuestas de los estudiantes de la carrera de psicología con un nivel de Sig. de .039 se encontró que entre los estudiantes de la carrera de enfermería y los estudiantes de la carrera de psicología, los que menos discriminan son los estudiantes de la carrera de enfermería, al obtener una media de 27.54 frente a los estudiantes de la carrera de psicología que obtuvieron una media de 30.13

**Tabla 8. Comparación en Factor Discriminación.**

<b>Profesión</b>	<b>Medias</b>	<b>Prueba <i>t</i></b>	<b>Nivel de Sig.</b>
Enfermería	27.54	-3.730	.039
Psicología	30.13		

Al comparar las respuestas de los estudiantes de la carrera de Psicología contra las respuestas de los estudiantes de la carrera de medicina en el mismo factor con un nivel de Sig de .034 se encontró que entre los estudiantes de la carrera de psicología y los estudiantes de la carrera de medicina, los que menos discriminan son los estudiantes de la carrera de medicina, al obtener una media de 29.36 frente a los estudiantes de la carrera de psicología que obtuvieron una media de 30.13

**Tabla 9. Comparación en Factor Discriminación.**

<b>Profesión</b>	<b>Medias</b>	<b>Prueba <i>t</i></b>	<b>Nivel de Sig.</b>
Psicología	30.13	1.087	.034
Medicina	29.36		

Al compararse las respuestas de los estudiantes de la carrera de enfermería contra las respuestas de los estudiantes de la carrera de medicina en el factor de Desconocimiento con un nivel de Sig de .185 se encontró que entre los estudiantes de la carrera de enfermería y los estudiantes de la carrera de medicina, los que tienen un mayor desconocimiento son los estudiantes de la carrera de medicina al obtener una media de 23.03 frente a los estudiantes de la carrera de enfermería que obtuvieron una media de 21.11.

**Tabla 10. Comparación de Carreras en Factor Desconocimiento**

<b>Profesión</b>	<b>Medias</b>	<b>Prueba <i>t</i></b>	<b>Nivel de Sig.</b>
Enfermería	21.11	-2.904	.185
Medicina	23.03		

En el mismo factor pero ahora al comparar las respuestas de los estudiantes de la carrera de enfermería contra las respuestas de los estudiantes de la carrera de psicología con un nivel de Sig de .899 se encontró que entre los estudiantes de la carrera de enfermería y los estudiantes de la carrera de psicología los que mayor desconocimiento tienen son los estudiantes de la carrera de psicología al obtener un media de 21.93 frente a los estudiantes de la carrera de enfermería que obtuvieron una media de 21.11.

**Tabla 11. Comparación en Factor Desconocimiento.**

<b>Profesión</b>	<b>Medias</b>	<b>Prueba <i>t</i></b>	<b>Nivel de Sig.</b>
Enfermería	21.11	-1.267	.899
Psicología	21.93		

En el mismo factor pero ahora al comparar las respuestas de los estudiantes de la carrera de psicología contra las respuestas de los estudiantes de la carrera

de medicina con un nivel de Sig de .248 se encontró que entre los estudiantes de la carrera de psicología y los estudiantes de la carrera de medicina los que mayor desconocimiento tienen acerca de la enfermedad son los de la carrera de medicina al obtener una media de 23.03 frente a los estudiantes de la carrera de psicología que obtuvieron una media de 21.93.

**Tabla 12. Comparación en Factor Desconocimiento.**

<b>Profesión</b>	<b>Medias</b>	<b>Prueba t</b>	<b>Nivel de Sig.</b>
Psicología	21.93	-1.642	.248
Medicina	23.03		

Al compararse las respuestas de los estudiantes de la carrera de enfermería contra las respuestas de los estudiantes de la carrera de medicina en el factor de Relaciones Interpersonales con un nivel de Sig de .072 se encontró que entre los estudiantes de la carrera de enfermería y los estudiantes de la carrera de medicina los que menos tiene problemas al relacionarse interpersonalmente con los enfermos de VIH/SIDA son los estudiantes de la carrera de medicina al obtener una media de 15.55 frente a los estudiantes de la carrera de medicina que obtuvieron una media de 16.96..

**Tabla 13. Comparación de Carreras en Factor Relaciones Interpersonales.**

<b>Profesión</b>	<b>Medias</b>	<b>Prueba t</b>	<b>Nivel de Sig.</b>
Enfermería	15.55	-3.091	.072
Medicina	16.96		

Al compararse las respuestas de los estudiantes de la carrera de enfermería contra las respuestas de los estudiantes de la carrera de psicología en el factor

de relaciones interpersonales con un nivel de Sig de .887 se encontró que entre los estudiantes de la carrera de enfermería y los estudiantes de la carrera de psicología los que mayor problemas tienen al relacionarse con las personas con VIH/SIDA son los estudiantes de la carrera de psicología al obtener una media de 16.35 frente a los estudiantes de la carrera de enfermería que obtuvieron una media de 15.55.

**Tabla 14. Comparación en Factor Relaciones Interpersonales.**

<b>Profesión</b>	<b>Medias</b>	<b>Prueba <i>t</i></b>	<b>Nivel de Sig.</b>
Enfermería	15.55	-1.605	.887
Psicología	16.35		

Al comparar las respuestas de los estudiantes de la carrera de psicología contra las respuestas de los estudiantes de la carrera de medicina en el mismo factor con un nivel de Sig de .058 se encontró que entre los estudiantes de la carrera de psicología y los estudiantes de la carrera de medicina, los que tienen mayor problema al relacionarse interpersonalmente con las personas con VIH/SIDA son los estudiantes de la carrera de medicina al obtener una media de 16.96 frente a los estudiantes de psicología que obtuvieron una media de 16.35.

**Tabla 15. Comparación en Factor Relaciones Interpersonales.**

<b>Profesión</b>	<b>Medias</b>	<b>Prueba <i>t</i></b>	<b>Nivel de Sig.</b>
Psicología	16.35	-1.319	.058
Medicina	16.96		

Al compararse las respuestas de los estudiantes de la carrera de enfermería contra las respuestas de los estudiantes de la carrera de medicina pero ahora

en el factor de Aislamiento con un nivel de Sig de .963 se encontró que entre los estudiantes de la carrera de enfermería y los estudiantes de la carrera de medicina, los que más aíslan a las personas con VIH/SIDA son los estudiantes de la carrera de medicina al obtener una media de 12.71 frente a los estudiantes de la carrera de enfermería que obtuvieron una media de 11.63.

**Tabla 16. Comparación de Carreras en Factor Aislamiento.**

<b>Profesión</b>	<b>Medias</b>	<b>Prueba <i>t</i></b>	<b>Nivel de Sig.</b>
Enfermería	11.63	-3.115	.963
Medicina	12.71		

Al compararse las respuestas de los estudiantes de la carrera de enfermería contra las respuestas de los estudiantes de la carrera de psicología en el mismo factor con un nivel de Sig de .127 se encontró que entre los estudiantes de la carrera de enfermería y los estudiantes de la carrera de medicina los que más aíslan a las personas con VIH/SIDA son los estudiantes de las carreras de psicología al obtener una media de 13.29 frente a los estudiantes de enfermería que obtuvieron una media de 11.63.

**Tabla 17. Comparación en Factor Aislamiento.**

<b>Profesión</b>	<b>Medias</b>	<b>Prueba <i>t</i></b>	<b>Nivel de Sig.</b>
Enfermería	11.63	-5.059	.127
Psicología	13.29		

Al compararse las respuestas de los estudiantes de la carrera de psicología contra las respuestas de los estudiantes de la carrera de medicina en el factor de Aislamiento con un nivel de Sig de .075 se encontró que entre los estudiantes de la carrera de psicología y los estudiantes de la carrera de

medicina los que más aíslan a las personas con VIH/SIDA son los estudiantes de psicología al obtener una media de 13.29 frente a los estudiantes de medicina que obtuvieron una media de 12.71.

**Tabla 18. Comparación en Factor Aislamiento.**

<b>Profesión</b>	<b>Medias</b>	<b>Prueba t</b>	<b>Nivel de Sig.</b>
Psicología	13.29	1.839	.075
Medicina	12.71		

**Tabla 19. Anovas Generales**

<b>ACTITUDES</b>	<b>CARRERAS</b>	<b>Enfermería / Medicina</b>	<b>Enfermería / Psicología</b>	<b>Psicología / Medicina</b>
Es justo restringir los medicamentos a personas que tienen SIDA.		FI 13.079 Sig .000	FI 12.397 SIG .001	NS

**Tabla 20. Pruebas t Generales.**

<b>FACTORES</b>	<b>CARRERAS</b>	<b>Enfermería / Medicina</b>	<b>Enfermería / Psicología</b>	<b>Psicología / Medicina</b>
Discriminación		NS	FI -3.730 SIG .039	FI 1.087 SIG .034
Desconocimiento		NS	NS	NS
Relaciones Interpersonales		NS	NS	NS
Aislamiento		NS	NS	NS

## **5. CONCLUSION Y DISCUSION.**

Como ya se había mencionado con anterioridad, el estudio de las actitudes es de suma importancia para los psicólogos, pues ayudan a predecir la conducta de las personas hacia algún objeto, persona o situación determinada. Alfaro (1999) y Perlman (1985), son algo que nos gusta o nos disgusta. Son nuestras afinidades o aversiones hacia objetos, situaciones, personas, grupos y, cualquier otro aspecto identificable del ambiente, incluso ideas abstractas y políticas sociales.

La razón de esta investigación fue para observar dentro de la población de la Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza" en las carreras de enfermería, medicina y psicología si existían diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia personas con VIH/SIDA. Nuestra hipótesis fue aceptada al comprobarse que si existen diferencias significativas entre los estudiantes de enfermería, medicina y psicología en sus actitudes hacia las personas con VIH/SIDA, aunque al comparar entre pares de carrera no se encontraron diferencias.

El VIH/SIDA es una enfermedad la cual, a pesar de haber sido descubierta hace algunas décadas, continúa sin una cura. En todo el mundo se han implementado campañas masivas contra el rechazo a los enfermos, pero no han sido suficientes, y después de tanto tiempo, la discriminación, el rechazo y la marginación siguen vigentes, a pesar de la información.

Socioculturalmente los mexicanos estamos predispuestos a presentar muchos prejuicios (tales como el rechazo, discriminación, etc) o actitudes negativas hacia las personas con capacidades, apariencia, y preferencias diferentes y particularmente los enfermos de VIH/SIDA; dichos prejuicios se deben a una arraigada tradición heredada de las generaciones anteriores.

Lamentablemente la educación y las campañas de información (carteles, pláticas en las clínicas, trípticos, videos, conferencias) no han podido contra este mal que corrompe y limita los resultados y alcances que éstas debieran

tener; la información existente respecto a esta enfermedad es vasta y clara, pero el bloqueo inspirado por el prejuicio y el temor, limita la mente.

En cuanto a la educación podemos decir que el sistema educativo mexicano, presenta deficiencias funcionales y operativas que evidencian la falta de interés por mejorar la calidad de vida del mexicano promedio, deslindándose de las responsabilidades de difusión efectiva de las campañas, limitándose simplemente a la transmisión de información, sin asegurarse de que el proceso de enseñanza-aprendizaje respecto a estos temas, genere en los estudiantes una correcta interiorización y apropiación del conocimiento; amén de los distanciamientos entre diferentes niveles de gobierno, secretarías, asociaciones civiles y religiosas que buscan imponer su propia visión, mediante el bloqueo de iniciativas, y la imposición de las suyas propias.

Se han implementado campañas informativas, donde se aborda lo último en avances médicos, medidas preventivas en todos los niveles, y campañas contra el rechazo.

A pesar del esfuerzo que se ha hecho por parte de las asociaciones civiles y del gobierno, éste parece no haber disminuido, parece que fue ayer que comenzaron a implementar dichas campañas y aunque se han valido de los medios de información (televisión, radio y medios impresos), los resultados son mínimos, casi imperceptibles, aunque las fuentes oficiales afirmen lo contrario; cabe señalar que en México se han infectado más de 121,000 personas en un lapso de 25 años.

El mal manejo de la información, más las creencias de la sociedad son obstáculos que violentan los derechos de los enfermos de VIH/SIDA, o cualquier otra enfermedad o discapacidad; la sociedad de una u otra manera aísla a estas personas, las aleja de su comunidad, les niega el trabajo, la asistencia médica, el amor. Son señalados y marcados, esto impide que se inserten en la vida productiva de manera activa y son relegados y sometidos bajo el estigma que la misma sociedad les impone.

El sector salud, específicamente las áreas de Enfermería, Medicina y Psicología, objetos de estudio de esta investigación, son un apoyo fundamental para los enfermos de VIH/SIDA y en los que cabría esperar una mejor actitud, pero este estudio muestra que los estudiantes de medicina y de psicología son más proclives a presentar actitudes negativas.

Es lamentable darse cuenta que los psicólogos de quienes pudiera esperarse un menor rechazo se vea todo lo contrario, pues ellos son los que trabajan directamente con el miedo, el rechazo, las actitudes, la discriminación; y se esperaría que muestren empatía hacia los enfermos; pero ello se debe a los estigmas marcados por la sociedad y los valores inculcados por la familia, e interviene en la manera de ser del individuo, la educación tiene un papel importante pues ella tiene la capacidad de erradicar o intensificar un comportamiento.

Se sugiere reeducar a los estudiantes en cuanto a valores y ética se refiere, pues de ello depende la percepción de muchas cosas y al estar en contacto con personal enfermo, el trato debe confortarlo y no estresarlo más de lo que se encuentra. Para ello se podría implementar un taller en las Unidades Multidisciplinaria de Atención Integral de la Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza" donde sensibilicen a los asistentes, y respeten a los enfermos de cualquier enfermedad pero en especial a los de VIH/SIDA.

Para revertir esta situación sería apropiado diseñar nuevos esquemas de capacitación para trabajadores de la educación y la salud, especialmente para los estudiantes de enfermería, medicina y psicología, se podría agregar una materia de ética y valores, enfocados en la atención que se brindará a los pacientes en general; pues son un pilar importante en el enaltecimiento de las carreras que cada quien representa para propiciar un cambio de actitud hacia las personas infectadas por esta pandemia, que estas instituciones sean un motor que genere el cambio en la sociedad, mediante campañas más efectivas cercanas a la gente común, cercanas a los estudiantes y por supuesto cercanas a los enfermos; ello ayudará a un cambio en la percepción de la enfermedad, su modo de transmisión y sus efectos en la salud pública.

De acuerdo a la teoría de Bem, podría aventurarse a predecir que los estudiantes de Enfermería, Medicina y Psicología no mantienen una congruencia entre su profesión y sus actitudes hacia el VIH/SIDA, sin embargo habría que esperar a que egresen y se enfrenten a situaciones reales, con lo cual no podrían mantener sus actitudes actuales y tendrían que modificarlas para eliminar el conflicto y la disonancia cognoscitiva. De ahí que se sugiere la posibilidad de realizar un estudio con egresados y profesionales para verificar si efectivamente estas actitudes cambian.

## Anexo 1.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES**  
**“ZARAGOZA”.**  
**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.**

Escuela: \_\_\_\_\_  
Carrera: \_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Lea con atención cada una de las afirmaciones y coloque en el paréntesis el número de la opción que más se ajuste a su manera de pensar.

- 1.- **TA** = Totalmente de acuerdo.
- 2.- **A** = Acuerdo.
- 3.- **I** = Indiferente.
- 4.- **D** = Desacuerdo.
- 5.- **TD** = Total desacuerdo.

Ejemplo.

1. Al que madruga Dios lo ayuda.....( ).  
Sí usted está totalmente de acuerdo con la afirmación tendrá que poner el número 1 en el paréntesis, en cambio, si está en total desacuerdo el número que deberá poner será el 5; y así para cada una de las opciones de respuesta.

1. Me da miedo estar con una persona que tiene SIDA..... ( )
2. La discriminación hacia personas con SIDA es innecesaria..... ( )
3. Me incomoda interactuar con una persona que tiene SIDA..... ( )
4. Es gratificante ayudar a personas con SIDA..... ( )
5. Me incomoda atender a personas que tienen SIDA..... ( )
6. Si un compañero de trabajo tiene SIDA lo ayudo a conservar su empleo..... ( )
7. Me molesta la actitud de los enfermos con SIDA..... ( )
8. Me incomoda cuidar a personas con SIDA..... ( )
9. Es conveniente aislar a las personas con SIDA en unidades habitacionales..... ( )
10. La asistencia médica debe ser apropiada en personas con SIDA..... ( )
11. Es conveniente separar de su comunidad a las personas con SIDA..... ( )
12. Los derechos de las personas con SIDA son inválidos..... ( )
13. Es gratificante el administrarle medicamentos a las personas con SIDA..... ( )
14. Siento angustia al pensar que puedo contagiarme de SIDA..... ( )
15. La gente con SIDA no merece que comparta mis objetos personales con ellos..... ( )

16. Estar con personas que tienen SIDA me enaltece..... ( )
17. Me incomoda trabajar en un hospital que atiende a personas con SIDA..... ( )
18. Es gratificante trabajar con personas que tienen SIDA..... ( )
19. Las personas con SIDA me desaniman..... ( )
20. Evito abrazar a personas con SIDA que tienen erupciones cutáneas..... ( )
21. Al interactuar con una persona que tiene SIDA me hace sentir bien..... ( )
22. Me inquieta el comer cerca de una persona que tiene SIDA..... ( )
23. Trabajar con personas que tienen SIDA es incómodo..... ( )
24. El aislamiento hacia las personas con SIDA es denigrante..... ( )
25. Dudo tomar en el mismo vaso que una persona con SIDA..... ( )
26. Me incomoda ver a personas que tienen SIDA en etapa terminal..... ( )
27. Aunque use condón, me abstengo de tener relaciones sexuales con personas que creo que tienen SIDA..... ( )
28. Es fácil cuidar a personas con SIDA..... ( )
29. Es necesario que las personas con SIDA mantengan en secreto su enfermedad..... ( )
30. El SIDA es producto de la irresponsabilidad de las personas..... ( )
31. Es innecesario invertir dinero en la atención de personas con SIDA, cuando puede ser utilizado para otros fines..... ( )
32. Es prescindible disminuir la asistencia médica para las personas con SIDA..... ( )
33. Las personas con SIDA son responsables de su enfermedad..... ( )
34. Me alegra trabajar en un hospital que atiende a personas con SIDA..... ( )
35. Por el bien de todas las personas con SIDA deben abandonar su trabajo..... ( )
36. Me conforta abrazar a una persona que tiene SIDA..... ( )
37. Me incomoda inyectar a una persona con SIDA..... ( )
38. Evito aplicar técnicas invasivas a personas con SIDA..... ( )
39. Las muestras de pacientes con SIDA deben ser manipuladas por personas que están en su misma condición..... ( )
40. Es necesario usar guantes al trabajar con las personas que tienen SIDA..... ( )
41. Me siento capaz de cuidar a personas con SIDA..... ( )
42. Cuidar a personas que tienen SIDA es un castigo..... ( )
43. Es esencial invertir dinero en la atención de personas con SIDA..... ( )
44. A las personas con SIDA se les deben fortalecer sus derechos..... ( )
45. Es seguro vivir con personas que tienen SIDA en unidades habitacionales..... ( )
46. Cuidar de una persona con SIDA es una pérdida de tiempo..... ( )
47. Es absurdo pensar que las personas con SIDA mantengan su enfermedad en secreto..... ( )
48. Una persona con SIDA no es culpable de su enfermedad..... ( )
49. Cuando me es posible, comparto mi mesa con personas que tienen SIDA..... ( )
50. Inyectar a las personas con SIDA es un acto de buena voluntad..... ( )
51. Inyectar a las personas con SIDA es un acto de buena voluntad..... ( )
52. Es justo restringir los medicamentos a personas que tienen SIDA..... ( )
53. Al tener contacto directo con personas que tienen SIDA es innecesario usar guantes..... ( )
54. Es inadecuado desperdiciar los medicamentos en personas que tienen SIDA..... ( )
55. Admiro la actitud ante la vida de los enfermos de SIDA..... ( )
56. Es normal despreciar a una persona que tiene SIDA..... ( )
57. Las personas con SIDA deben cuidarse entre ellos..... ( )
58. El SIDA es una enfermedad sin distinciones..... ( )

## Anexo 2.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

“ZARAGOZA”.

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.

Escuela: \_\_\_\_\_  
Carrera: \_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: Lea con atención cada una de las afirmaciones y coloque en el paréntesis el número de la opción que más se ajuste a su manera de pensar.

- 1.- TA = Totalmente de acuerdo.
- 2.- A = Acuerdo.
- 3.- I = Indiferente.
- 4.- D = Desacuerdo.
- 5.- TD = Total desacuerdo.

Ejemplo.

1. Al que madruga Dios lo ayuda.....( ).  
Sí usted está totalmente de acuerdo con la afirmación tendrá que poner el número 1 en el paréntesis, en cambio, si está en total desacuerdo el número que deberá poner será el 5; y así para cada una de las opciones de respuesta.

1. Me da miedo estar con una persona que tiene SIDA..... ( )
2. Me incomoda interactuar con una persona que tiene SIDA..... ( )
3. Me incomoda atender a personas que tienen SIDA..... ( )
4. Me molesta la actitud de los enfermos con SIDA..... ( )
5. Me incomoda cuidar a personas con SIDA..... ( )
6. Es conveniente aislar a las personas con SIDA en unidades habitacionales..... ( )
7. Es conveniente separar de su comunidad a las personas con SIDA..... ( )
8. La gente con SIDA no merece que comparta mis objetos personales con ellos..... ( )
9. Me incomoda trabajar en un hospital que atiende a personas con SIDA..... ( )
10. Evito abrazar a personas con SIDA que tienen erupciones cutáneas..... ( )
11. Me inquieta el comer cerca de una persona que tiene SIDA..... ( )
12. Dudo tomar en el mismo vaso que una persona con SIDA..... ( )
13. Es innecesario invertir dinero en la atención de personas con SIDA, cuando puede ser utilizado para otros fines..... ( )

14. Es prescindible disminuir la asistencia médica para las personas con SIDA..... ( )
15. Por el bien de todos las personas con SIDA deben abandonar su trabajo..... ( )
16. Las muestras de pacientes con SIDA deben ser manipuladas por personas  
que están en su misma condición..... ( )
17. Cuidar de una persona con SIDA es una pérdida de tiempo..... ( )
18. Es justo restringir los medicamentos a personas que tienen SIDA..... ( )
19. Es inadecuado desperdiciar los medicamentos en personas que tienen SIDA..... ( )
20. Es normal despreciar a una persona que tiene SIDA..... ( )

### **Anexo 3.**

#### **Directorio.**

A continuación se presenta un listado de Instituciones y organizaciones civiles de lucha contra el sida.

#### **Instituciones**

##### **CENSIDA/SSA Centros de Información**

###### **Zona Sur**

Calzada de Tlalpan No.4585, PB. Col. Toriello Guerra 14000, México, DF. Tel.: 5528-2103.

###### **Zona Norte**

Flora No.8 Col. Roma 06700, México, DF. Tel.: 5207-4503.

##### **Clínica Especializada Condesa**

Benjamín Hill No.24 Col. Condesa 06170, México, DF. Tel. /Fax: 5271-6439.

#### **Organizaciones civiles**

##### **Clínica para Niños con Inmunodeficiencia/ SIDA**

Dr. Balmis No.148 Col. Doctores 06720, México, D.F. Tels.: 5623-2659 y 5623-2668 Fax: 5623-2669. ptovar09@hotmail.com

##### **Albergues de México I. A. P.**

Saltillo No.39 altos Col. Hipódromo 06100, México, DF. Tel.: 5286-2622 Fax: 5286-7336. albergues@compuserve.com.mx  
<http://www.alberguesdemexico.org.mx>

##### **Amigos Contra el SIDA, A. C.**

Av. Universidad No.1330-1402 Edif. Versalles Col. del Carmen Coyoacan  
04100, México, D.F. Tel.: 5659-7531 Fax: 5659-0166. amigos@prodigy.net.mx  
<http://www.aids-sida.org>

**AMSAVIH, I. A. P.**

**Asociación Mexicana de Servicios Asistenciales en VIH/SIDA**  
Av. Insurgentes No.76-102 Col. Juárez 06600, México, DF. Tel.: 5514-6239  
Fax: 5525-7417. amsavih@uol.com.mx

**Árbol de la Vida, I. A. P.**

Clavería No.75 Col. Clavería 02080, México, DF. Tel: 5386-2180 y 5386 0034  
Fax: 5386-1347. arbol@ikarus.com.mx

**Ave de México, A. C.**

**Compañeros en Ayuda Voluntaria Educativa**

Tuxpan No.2-1004 Col. Roma Sur 06760, México, DF. Tel.: 5574-5309 Fax:  
5574-2891. avedemexico@prodigy.net.mx

**Brigada Callejera de Apoyo a la Mujer "Elisa Martínez", A.C.**  
Corregidora No.115-204 Col. Centro 15100, México, DF. Tel.: 5542-7835.

**Brigada Universitaria de Servicios Comunitarios para la Autogestión, A.C.**  
Soria No.127-9 Col. Álamos 03400, México, DF. Tel.: 5440-1568.

**Casa de La Sal, A. C.**

Córdoba No.76 Col. Roma 06770, México, DF. Tel.: 5514-0628 Fax: 5207-  
8042.

**CAPPSIDA, A. C.**

**Centro de Atención Profesional a Personas con Sida**  
Miravalle No.715 Col. Portales Oriente 03570, México, DF. Tel.: 5672-4642  
Fax: 5674-2796. [cappsida@cappsida.org.mx](mailto:cappsida@cappsida.org.mx)

**CECOVIH, A. C.**

Dr. Vértiz No.185 letra C Col. Doctores 06720, México, DF. Tel.: 5578-9751.

**Centro de Apoyo a Niños con SIDA, A. C.**

Prof. Ignacio Ramírez Martínez No.53 Lt. 14 Col. Ampliación Gabriel Hernández 07080, México, DF. Tel. 5714-5279 y 5693-9210.

**CITAIID, A.C.**

**Centro de Investigación y Terapéutica Avanzada en Inmunodeficiencia**  
Lago Ontario No.15 Col. Tacuba 11410, México, DF. Tel. 5527-0665 y 5399-7841 Fax: 5527-3223 <http://www.citaid.com.mx>

**CURAS, A. C.**

**Comunidad Unida en Respuesta al SIDA**

Manzanillo No.81 1er. piso Col. Roma Sur 06760, México, DF. Tel.: 5264-7363  
Fax: 5584-7577. [curasac@tutopia.com](mailto:curasac@tutopia.com) y [www.orbita.starmedia.com/curas.ac](http://www.orbita.starmedia.com/curas.ac)

**Fundación Casa Alianza, México**

Av. Paseo de la Reforma No.111 Col. Guerrero 06300, México, DF. Tel. 5521-4207 y 5510-9425 Fax: 5510-8530.

**Fundación Diarg, contra el SIDA, I. A. P.**

Monte Himalaya No.815 Lomas de Chapultepec 11000, México, DF. Tel.: 5202 7866. Lada sin costo: 01(800)712-7989 Fax: 5540-1512.  
[fundiarq@prodigy.net.mx](mailto:fundiarq@prodigy.net.mx)

**Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA, A. C.**

Calle 19 No.75 Col. San Pedro de los Pinos 03800, México, DF. Tel.: 5515-7913

Fax: 5273-3807. [sida@sidamexico.org](mailto:sida@sidamexico.org) /[www.sidamexico.org](http://www.sidamexico.org)

### **Fundación Ser Humano Internacional I. A. P.**

Fray Servando Teresa de Mier No.104 Col. Centro 06740, México, DF.  
Tel/Fax: 5588-7629 y 5578-7423. [serhumano@serhumano.org.mx](mailto:serhumano@serhumano.org.mx)  
<http://www.serhumano.org.mx>

### **Hope World Wide México**

Xocongo No.242 Col. Tránsito 06820, México, DF. Tel.: 5741-2288 Fax: 5741-1177. [hopemex@prodigy.com](mailto:hopemex@prodigy.com) <http://www.hopeworldwide.org>

### **HUM-SIDA**

#### **Humanos del Mundo Contra el SIDA, A. C.**

Gante No.11-101 Col. Centro 06000, México, DF. Tel. /Fax: 5510-0540

#### **La Manta de México, A. C.**

Guanajuato No.131-302 Col. Roma 06700, México, DF. Tel.: 8596-3535 Fax: 5564-9809. [lamanta@lamanta.org](mailto:lamanta@lamanta.org)

#### **Mujeres Contra el SIDA, A. C.**

Berriozábal No.39 Col. Morelos 15270, México, DF. Tel.5702-8717 y 5592-0382  
Fax: 5581-5041

#### **NICASI, Esperanza- Vida, A. C.**

Prosperidad No.71-22 Col. Escandón 11800, México, DF. Tel.: 5273-9134.  
[amtretega@hotmail.com](mailto:amtretega@hotmail.com)

#### **PositHIVos**

Av. Insurgentes Sur No.216-505 Col. Roma 06700, México, DF. Tel. / Fax: 5511-7445. [positivos@infosel.net.mx](mailto:positivos@infosel.net.mx)

### **Red Mexicana de Personas con VIH/SIDA**

Astrónomos No.38-1 Col. Escandón 11800, México, DF. Tel.: 5273-7308  
Fax: 5515-5583. redvihsida@laneta.apc.org

### **Teatro y SIDA, A. C.**

Manuel González No.302 Edif. Arteaga Entrada D Depto. 1016 Cd. Tlatelolco  
06900, México, DF. Tel.: 5597-8032 Fax: 5556-7761. teatroysida@hotmail.com

### **VOL-SIDA, A. C.**

### **Unión de Colectores Voluntarios Mexicanos**

Súper manzana No.3 Mza. 10 Edif. 2 Depto. A Col. Ejercito Constitucionalista  
09220, México, DF. Tel.: 5745:6283

### **Interior de la República.**

### **FALCONS**

### **Fundación Aguascalentense de Lucha Contra el Sida, A.C.**

Gral. Barragán No.409 Zona Centro 20000, Aguascalientes, Ags. Tel. /Fax:  
(449)918-4316. falcons@infosel.net.mx

### **Alianza Contra el SIDA Tijuana, A. C.**

Calle 1 No.7648 Zona Centro 22200, Tijuana, B.C.N. Tel.: (666)680-9963  
Fax: (666)680-4870

### **Grupo Ghandi de Educación Sexual, A. C.**

Padre Kino y 5 de febrero altos s/n Col. Los Olivos 23040, La Paz, B.C.S.  
Tel./Fax: (612)222-2031. grughandi@hotmail.com

### **Centro de Investigaciones en Salud de Comitán**

10a. Calle Sur Oriente No.13-30129 Comitán, Chis. Tel.: (963)632-3816 Fax:  
(963)632-5375. cedoc@comitan.com

**Programa Compañeros, A. C.**

Av. De la Raza No.2643 Frac. Silvia 32330, Cd. Juárez, Chih. Tel. /Fax:  
(656)611-3792 y 613-0257. pcompa@prodigy.net.mx

**Agua Kemada, A. C.**

Calle Tlalnepantla No.30 Col. Alta villa, Ecatepec 55390, Edo. Méx. Tel. /Fax:  
5714-9840

**ASPANE**

**Asociación de Prevención y Atención en VIH/sida, Nueva Era, A.C.**

Virgen del Camino No.44 Col. Virgencitas 57300, Cd. Netzahualcóyotl, Edo.  
Méx. Tel. 5735-1590 y 5606-7216. Fax: 5542-7835 C. aspane@laneta.apc.org

**ACASIDA, A. C.**

Balcones de la Luna No.110 casa 2 Frac. El guitarrón 39880, Acapulco, Gro.  
Tels.: (744)446-5719 y 484-1175 Fax: (744)484-8452. acasida@aca.quik.com

**León Actúa A. C.**

Sofía Álvarez No.1307 Col. Loma de los Olivos 37420, León, Gto. Tel/Fax:  
(477)777-2255

**Amigos Previniendo el SIDA**

Juan de Dios Robledo No.633 Col. Jardines Alcalde 44290, Guadalajara, Jal.  
Tel./Fax: (33)385-34214. ayraja@foreinger.class.udg.mx

**CHECCOS**

Coronel Calderón No.613 Col. Centro Barranquitas sector Hidalgo 44100,

Guadalajara, Jal. Tel. (3)614-4514 y 614-4515 Fax: (3)617-8301 y 654-0954.  
checcosac@hotmail.com /www.indesis.com.mx/checcos

### **MUSS**

#### **Michoacanos Unidos por la Salud y Contra el Sida, A.C.**

Ignacio López Rayón No.578 Col. Centro 58000, Morelia, Mich. Tel. /Fax:  
(443)317-0597. mussc@prodigy.net.mx

#### **Cadena Contra el SIDA, A. C.**

Paseo Cancún No.119 Col. Quintana Roo 62060, Cuernavaca, Mor. Tel.:  
(777)318-3984 Fax: (777)312-1577

#### **Movimiento Abrazo A. C.**

Platón Sánchez No.910 Nte. Col. Centro 64000, Monterrey, N.L. Tel. /Fax:  
(81)837-56889. abraxxo@hotmail.com

### **Humanitas**

#### **Movimiento Ciudadano de Vida y Lucha Contra el Sida, A.C.**

Abasolo No.1081-A Barrio Antiguo Centro 66450, San Nicolás de los Garza,  
N.L.

Tels./Fax: (81)834-24307. humanitasmtty@hotmail.com

### **ANANDAS**

#### **Asociación Nayarita en Apoyo de Enfermos de Sida y Seropositivos, A.C.**

Av. Insurgentes esq. 21 de marzo 63000, Tepic, Nay. Tel.: (311)213-2385  
Fax: (311)213-5547

#### **Tehuano Voluntarios Contra el SIDA**

Ocampo No.10 Barrio Laborío 70760, Tehuantepec, Oax. Tel. 01(971) 715-  
0074 tevosida@correoweb.com

#### **La Casa de la Sal, A. C.**

Albergue Puebla Río Lerma No.5932 Col. San Manuel 72570, Puebla, Pue. Tel.  
/Fax: (222)233-1221.

**Amigos Unidos por la Vida, A.C.**

Av. De la Torres Lt 11 Mza. 5 Región 502 Frac. Pehaltun 77500, Cancún, Q.  
Roo. Tel. (998)886-8375/ 880-7016 y 880 6333.

**Amigos Potosinos de Lucha Contra el Sida, A.C.**

Calle San Luis No.480 Zona Centro 78000, San Luis Potosí. S.L.P. Tel.:  
(444)812-7985. Fax: (444)815-1062. amigospotosinos@hotmail.com

**ACCSIDA**

**Acción Comunitaria Contra el Sida**

Gardenia No.124 B Col. Centro 83000, Hermosillo Son. Tel./Fax: (662)212-  
6313.

**Asistencial Tabasco, Grupo de Autoapoyo**

Andador Ruyan Ferrer No.103 Col. Infonavit Atasta 86100, Villahermosa, Tab.  
Tel.: (993)316-2521 Fax: (993)316-3213.

**Laredo Unidos, A. C.**

Privada Nuevo León No.4518 Col. San Rafael 88200, Nuevo Laredo, Tamps.  
Tel.: (867)714-7725 Fax: (867)717-0490.

**Patronato Veracruzano en la Lucha Contra el SIDA, A. C.**

Venustiano Carranza No.542 Col. Centro 91900, Veracruz, Ver. Tel. /Fax:  
(229)325-029.

**Vivir Con Dignidad A. C.**

Calle 68 No.470-A entre 55 y 57 Col. Centro 97000, Mérida, Yuc. Tel. /Fax:  
(999)928-2266.

**Líneas Telefónicas de Información**

### **Anticoncepción de Emergencia**

01(800)363-3427.

### **Centro de Información de Educación Sexual**

5627-7090 y 01(800)317-0500.

### **Planificatel**

01(800)010-3500.

### **Diversitel**

Línea de la diversidad sexual 5574-3012. [diversitel@hotmail.com](mailto:diversitel@hotmail.com)  
Lunes a viernes de 9:00 a 21:00 hrs.

### **CETATEL**

5575-5461 Ayuda en crisis en caso de violencia sexual. Las 24 horas del día.  
PGJDF.

### **Denuncia de Abusos Sexuales en Escuelas Públicas/SEP**

5328-1060. [operdgee@sep.gob.mx](mailto:operdgee@sep.gob.mx)

### **De Joven a Joven**

5658-1111 Servicio las 24 horas, todos los días del año.

### **Línea Lésbico, Gay y Bisexual de la Cd. De México.**

5272-0778 Lunes a viernes de 15:00 a 22:00 hrs.; sábados de 12:00 a 20:00 hrs.

### **SAPTEL**

5395-0660.

### **TelSIDA**

DF.: 5207-4077 y 5666-7432 Resto del país: 01(800)712-0886 y 01(800)712-0889

Lunes a viernes de 9:00 a 21:30 horas. [telsida@df1.telmex.net.mx](mailto:telsida@df1.telmex.net.mx)

### **Programas de Radio**

### **Dejemos de Ser Pacientes (salud)**

Radio Educación, 1060 AM Lunes de 11:00 a 12:00 Hrs. Tel. 5575-0756 y 5575-0919. Conduce: Rocío Méndez/Coproducción con SIPAM.

### **Voces en la Intimidad (sexualidad)**

Radio ACIR, 1260 AM Lunes a viernes de 22:00 a 00:00 hrs. Tel.: 5540-5702  
Conduce: Dra. Anabel Ochoa.

### **Triple G (Generación de Gente Gay)**

W Radical, 96.9 FM Martes de 21:00 a 23:00 Hrs. Conducen: Amós Díaz, Eduardo Iniesta y Renato Henkel.

### **De Cuerpo y Alma (SIDA)**

Radio Mil, 1000 de AM Viernes de 21:00 a 22:00 hrs. Conducen: Carlos García de León y José Antonio Izazola.

### **Programas de Televisión**

#### **Taller de Sexualidad**

Diálogos en Confianza Canal Once TV/IPN Miércoles de 11:00 a 13:00 hrs.  
Tel.: 5729-4341. [dialogos@mail.oncetv.ipn.mx](mailto:dialogos@mail.oncetv.ipn.mx) <http://www.oncetv.ipn.mx>

## REFERENCIAS.

- Academia Nacional De Medicina. (1994). *Tratado de medicina interna. Vol. II. Manual Moderno*. México. P.96-102.
- ACNUDH y ONUSIDA (2007) *Manual sobre el VIH para las instituciones Nacionales de los Derechos Humanos*. Publicación de las Naciones unidas. Ginebra, Suiza. P. 2-52
- Alfaro, J. Et al. (1999). *Psicología para el bachillerato*. Tomo II. UNAM. México. P.106-109, 135-145.
- Arias, F. (1980). *Actitudes, opiniones y creencias*. Trillas. México. P.9-52.
- Buceta, L. (1992). *Fundamentos psicosociales de la información*. Centro de Estudios Ramón Areces. 1º edición. Madrid, España. P 187-190.
- Cárdena, B; Ballesteros, S. (1998). *SIDA lo que todos debemos saber*. 2ª. Reimpresión. Trillas. México. P.15-59.
- Cárdenas, A. (2003). *Temas selectos de medicina interna*. Manual Moderno. México. P. 307-330.
- Cassuto, J.; Et al. (1987). *SIDA. Cómo se manifiesta, como prevenirlo, cómo tratarlo*. Paidós. Barcelona España. P. 11-40,74-77.
- CNDH, (2006). *El VIH/SIDA y los derechos humanos. Guía básica para Educadores en derechos humanos*. México. P. 1-34
- Cruz, M; Martínez, A; Pelayo, B. (1991). *Actitud sexual ante el SIDA*. Tesis. Psicología. UNAM.
- Daniels, V. (1988). *SIDA. Síndrome de inmuno-deficiencia adquirida*. Manual Moderno. México. P. 124-125
- Daudel, R.; Montagnier, L. (2003). *El SIDA. Una explicación para comprender. Un ensayo para reflexionar*. 3ª. Edición. Siglo XXI. México. P.13-91.
- Díaz-Loving, R.; Torres, K. (1999). *Juventud y SIDA: Una visión psicosocial*. Porrúa Grupo Editorial. México. P. 11-40.

- Farreras, P; Rozman, C. (2000). *Medicina interna*. Elsevier. 14<sup>a</sup>. Edición España. P.2870-2882.
- Feldman, R. (1995). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. 4° Ed. Mc Graw-Hill. México. P 510-570.
- Flores y Díaz (1991). *Actitud hacia la vida, muerte y SIDA*. Tesis Psicología. UNAM.
- Fuenzalido, H; Linares, A; Serrano, D. (1991). *Aportes de la ética y el derecho al estudio del SIDA*. PAO (Organización Panamericana de la salud). Washington, D. C. P. 271-286.
- Garrison, M.; Loredó, O. (1992). *Psicología*. 2<sup>a</sup>. Edición. Mc Graw-Hill. México.
- Gatell, A. Et al. (1992). *Guía práctica del SIDA*. 2<sup>a</sup>. Edición. Salvat. Barcelona, España. P. 299-316, 333- 341.
- Gatell, J.; Clotel, B.; Podzamczar, D.; Miró, J.; Mallolas, J. (2002). *Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. 7<sup>a</sup> Edición. Masson. Barcelona España. P. 59-93, 531-537.
- Gómez, M; Muñoz, M. (1993). *Actitud de los adolescentes hacia el SIDA y el uso del condón: percepción de riesgo*. Tesis Psicología. UNAM
- González, N.; Et al. (1994). *Infectología clínica pediátrica*. Trillas. México. P.594-610.
- Gross, R. (1998). *Psicología: la ciencia de la mente y la conducta*. 2°Edición. Manual Moderno. México. P. 455-475.
- Hernández, M; Hernández, E. (1999). *Conducta sexual y actitudes hacia la sexualidad y el VIH-SIDA en estudiantes de nivel medio básico*. Tesis Psicología. UNAM.
- Hortal, A. (2002). *Ética general de las profesiones*. Descleé de Brouwer. Bilbao, España. P. 20
- Lattman, C; García, S. (1992). *Management de los recursos humanos en la Empresa*. Díaz de Santos Editores. España. P 100-103.
- López, M. (1990). *Actitud del personal de conasida, zona centro y norte del d. f., ante pacientes infectados por el VIH*. Tesis Psicología. UNAM.

- La Jornada; Letra S (2008) *Nuevos fármacos anti sida*. Artículo mes de Mayo. Núm. 142 P. 10.
- Mann, L. (2001). *Elementos de psicología social*. Limusa. México. P.137-164.
- Miller, D. (1989). *Viviendo con SIDA y VIH*. Manual Moderno. México. P. 65-114.
- Miller, D; Weber, J; Green, J. (1989). *Atención a pacientes con SIDA*. Manual Moderno. México. P. 159-181.
- Myers, D. (1991). *Psicología social*. 2ª. Edición. Panamericana. Madrid. P.45-75.
- Muma, R.; Lyons, B.; Burocki, M.; Pollard, R. (2000). *Manual de HIV para profesores de la salud*. Manual Moderno. México. P12-13, 31-37, 219-265.
- Naghi, M. (2001). *Metodología de la investigación*. 6ª. Reimpresión. Limusa Y Grupo Noriega Editores. México.
- ONUSIDA y OMS. (2000). *VIH-SIDA: la epidemia mundial*.
- ONUSIDA (2007)
- Papalia, D. (1998). *Psicología*. Mc Graw-Hill. México. P.629-643.
- Parslow, T; Stites, D; Terr, A. (2002). *Inmunología básica y clínica*. 4º edición Manual Moderno. México. P 751-766
- Perlman, D. (1985). *Psicología social*. Interamericana. México. P.72-118.
- Reyes, A. (1998). *Actitudes y reacciones emocionales en el personal de salud ante el paciente infectado por el VIH*. Tesis Psicología. UNAM.
- Rodríguez, A. (1997). *Psicología social*. 3ª. Reimpresión. Trillas. México. P. 334-350.
- Romo, J; Salido, F. (1997). *Manejo del paciente con HIV*. Manual Moderno. 2º Ed. México. P. 167-178.
- Sepúlveda, A. (1989). *SIDA, ciencia y sociedad en México*. 1ª Reimpresión. Fondo de Cultura Económica. México. P. 54-64, 81-103.
- Summers, G. (1978). *Medición de actitudes*. Trillas. México. P.35-37,277-279, 368.

Tierney, L; Mc Phee, S; Papadakis, M. (2005). *Diagnóstico clínico y tratamiento.*

*Manual Moderno 4° ed. México. P. 1255-1283.*

Tomás, J; Aradilla, A. (2003). *Actitud ante el SIDA en estudiantes de enfermería. Escuela universitaria de enfermería gimbernat sant cugat del vallès.* Barcelona, España.

Wieten, W. (2006). *Psicología. Temas y variaciones.* Thomson 6° edición. México. P. 663, 670.

*www.cappsida.org.mx* Extraído Agosto de 2007.

*www.casadelasal.org.mx* Extraído Agosto de 2007.

*www.dw-world.de/dw/article/0,2144,2044162,00.html* Extraído Octubre 2008.

*www.wikipedia.org* Extraído Septiembre de 2007.

*www.webislam.com* Extraído Marzo de 2000, Septiembre de 2008.

<http://biblioweb.sindominio.net/escepticos/sida/> Extraído Septiembre de 2008.

<http://biblioweb.sindominio.net/escepticos/sida2.html> Septiembre 2008.

<http://laverdaddelsida.com/art-lamiradadisidente03.htm> Septiembre de 2008.

<http://www.pediatriaatlantico.org/articulos/sida.htm> Septiembre de 2008.

octubre 2008 ; [www.onisida.org/aidschronology](http://www.onisida.org/aidschronology) Agosto 2008.