

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES VIH SIDA DE LAS
ZONAS MARGINALES DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA

Cely Cristina Escobar
Laura Cecilia Rueda Carreño

PROGRAMA DE PSICOLOGIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

BUCARAMANGA, NOVIEMBRE DE 2007

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
ESTRATEGIAS DE APRONTAMIENTO ENPACIENTES VIH/SIDA DE LAS ZONAS MARGINALES Y CIUDADANOS DE BUCARAMANGA	5
Problema	7
Objetivo General	8
Objetivo Especifico	9
Antecedentes Investigativos	9
Marco Teórico	23
Infección por VIH/SIDA	27
Vulnerabilidad al VIH	27
El SIDA	28
La Ventana Inmunológica	31
Significado del Resultado	31
Modos de Transmisión	33
Patogénesis: Estructura y Función Viral	34
Diagnostico de la Infección por VIH/SIDA	34
Respuestas del Organismo al Virus	35
Cofactores	36
La Infección por VIH no es sinónima deSIDA	39
Actitud Frente al SIDA	41
Avances Biomédicos: El SIDA/VIH como enfermedad Crónica	42
El VIH/SIDA como Enfermedad Catastrófica	44
Epidemiología del VIH/SIDA	45
La situación epidemiológica del VIH/SIDA en elmundo	45
La situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Caribe y en América Latina	51
La situación epidemiológica del VIH/SIDA enColombia	54
La Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en Santander	68
Aspectos Biopsicosociales del VIH/SIDA	75

Estrategias de afrontamiento

El VIH/SIDA y la perdida de la Salud	76
El VIH/SIDA y las Reacciones psicológicas	80
Implicaciones Psicosociales de la Epidemia del VIH/SIDA	82
Aspectos psicosociales en Personas que Viven con VIH/SIDA	86
Afrontamiento	87
Método	100
Diseño	100
Participantes	101
Instrumento	103
confiabilidad	109
Validez	110
Procedimiento	119
Resultados	121
Discusión	129
Conclusiones	134
Referencias	137
Apéndices	

Lista de Figuras

Figura 1: Clasificación de los Departamentos de Colombia según la prevalencia media de casos de VIH/SIDA por cada 1.000 habitantes entre 1983 y 2004.	57
Figura 2. Casos notificados infección VIH/SIDA Santander. 1986-2006	69
Figura 3. Casos de VIH/SIDA Santander 1986- 2006	70
Figura 4 - Modos De Transmisión VIH-Santander 1986-2006	71
Figura No. 5 Distribución Por Sexo VIH/SIDA notificados en Santander 1986-2006.	72
Figura No.6 VIH/SIDA casos por edad.	73
Figura 7 VIH/SIDA casos por orientación sexual	74
Figura No. 8 estado total hasta el año 2006 de VIH/SIDA	74
Figura 9. Resultados de la estrategia Actitud Positiva según la prueba validación colombiana.	123
Figura 10. Resultados de la estrategia Preocupación Ansiosa según la prueba validación colombiana.	125
Figura 11. Resultados de la estrategia Orientación Positiva según la prueba validación colombiana	127
Figura 12. Resultados de la estrategia Sin Esperanza según la prueba validación colombiana.	129

Lista de Tablas

Tabla 1. Estadísticas y características regionales del VIH/SIDA 2005. 48

Tabla 2. Prevalencia media de casos de VIH/SIDA por cada mil habitantes en los Departamentos de Colombia entre 1983 y 2004 55

Tabla 3. Porcentaje de distribución de los casos de VIH/SIDA según el sexo en Colombia entre 1983 y 2003. (Fuente: ONUSIDA, 2003a) 59

Tabla 4. Porcentaje de distribución de los casos de VIH/SIDA según el mecanismo de transmisión en Colombia entre 1983 y 2003. (Fuente: ONUSIDA, 2003a). 60

Tabla 5. Porcentaje de distribución de los casos de VIH/SIDA según los grupos de edad en Colombia entre 1983 y 2003 61

Tabla 6. Porcentaje de distribución de los casos nuevos de VIH/SIDA según los grupos de edad en Colombia. Primer semestre 2004. 62

Tabla 7. Puntajes promedio, desviaciones estándar y confiabilidad de las sub-escalas de la escala MAC en la muestra de desarrollo de la prueba 106

Tabla 8. Descripción de media y desviación estándar, correspondiente a la segunda aplicación del MAC 107

Tabla 9. Estructuras factoriales de reportadas en el estudio original y en otros estudios. La escala MAC y en otros estudios. 108

Tabla 10. Clasificación de cada uno de los ítems por estrategias de afrontamiento de acuerdo a la versión colombiana del MAC. 112

Tabla 11. Comparación de estadísticos de la prueba estándar y los obtenidos en el estudio. 121

Tabla 12. Contingencia Actitud positiva, género, 122

ocupación, escolaridad y edad.

Tabla 13. Contingencia Preocupación Ansiosa, 124
género, ocupación, escolaridad y edad.

Tabla 14, Contingencia Orientación Positiva , género, 126
ocupación, escolaridad y edad.

Tabla 15, Contingencia Sin Esperanza, género, 128
ocupación, escolaridad y edad.

Lista de Apéndices

Apéndice A Consentimiento Informado	
Apéndice B Historia Personal	
Apéndice C Escala de Ajuste Mental Watson y Greer	
Apéndice D Escala de Ajuste Mental estandarizada en Colombia	
Apéndice E Prueba T	
Apéndice F Estrategias de Afrontamiento	

ESTRATEGIAS DE APRONTAMIENTO EN PACIENTES MARGINALES
VIH/SIDA DE LA CIUDAD DE RUCARAMANGA.

El VIH/SIDA, como el cáncer, es una enfermedad que se considera incurable y para la cual los tratamientos disponibles pueden ser muy costosos, a largo plazo, y casi nunca de resultados efectivos.

Desde que se diagnosticaron los primeros casos de VIH/SIDA en el mundo se han unido esfuerzos para desarrollar tecnologías que permitan no solo el diagnóstico precoz sino también el tratamiento antirretroviral mas óptimo de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) . La medicina es una de las disciplinas que ha tenido mayores avances en el abordaje de la infección por el VIH con la investigación de nuevos tratamientos antirretrovirales y de nuevas formulas terapéuticas que pretenden mejorar la calidad y cantidad de vida de las personas diagnosticadas.

Por otra parte Gordillo, Del Amo, Suriano y González-Lahoz, (1999) afirman que la evaluación y la intervención psicológica con las personas diagnosticadas con VIH/SIDA contribuyen significativamente a la calidad de vida y principalmente con la adherencia terapéutica. Existen contribuciones significativas en materia de investigación para el entendimiento de VIH/SIDA que han arrojado como resultado, intervenciones preventivas para controlar el impacto de la enfermedad, generando así, avances en el conocimiento de los factores de riesgo, la relación de la conducta con actitudes, normas y creencias y del impacto de la enfermedad en los pacientes portadores. También, se han alcanzado adelantos en el área de la prevención secundaria teniendo en cuenta que el estrés y la depresión afecta la

progresión de la enfermedad, el impacto del apoyo social sobre la adherencia al tratamiento y el desarrollo de enfermedades oportunistas.

Al presentarse una enfermedad crónica en la vida de un individuo, le genera un gran reto para su integridad psicológica, en la cual normalmente se presentarán situaciones de crisis ante la pérdida de la salud, que encara directamente al paciente con la muerte. Según Dreizzen (2003), el psicoanálisis tiene en cuenta el cuerpo propio como una vía directa para acceder a las problemáticas narcisistas y edípicas y a los dramas de la vida pulsional, la carne o masa somática se convierte así en fuente de sufrimiento. Desde esta perspectiva, el sentido y la extensión de la pérdida son percibidos de modo diferente por cada persona. Toda pérdida física conlleva a pérdidas simbólicas abstractas de naturaleza psicosocial. Una enfermedad origina además de la pérdida de la salud, pérdida de la autonomía, de las funciones corporales, de la identidad, la intimidad, los contactos sociales, la autoestima y la movilidad. Y también la pérdida de esperanzas, **sueños y expectativas** (Alicante 1997).

Goleman (1996) afirma que, la respuesta psicológica a una enfermedad particular es variable y depende de múltiples factores. Estos incluyen características de la enfermedad médica, personalidad, etapa de la vida, conflictos emocionales, estrategias de afrontamiento de cada individuo y la vulnerabilidad, así como el medio cultural y social del individuo afectado. También debe tenerse en cuenta que, desde el momento en que el estado psicológico de un individuo puede influir en el curso de enfermedades relacionadas con el sistema inmunitario, tales como infecciones, enfermedades auto inmunes y ciertos tipos de

cáncer, la investigación que se relaciona con los vínculos entre el psiquismo y la inmunidad adquiere tres importantes implicaciones clínicas: a) posibilidades de que los tratamientos psicológicos puedan usarse como terapia de apoyo para aumentar la respuesta inmunológica tanto en enfermedades amenazadoras para la vida como para trastornos menos graves, b) posibilidad de que tales tratamientos puedan usarse igualmente para mejorar el sistema inmune en particular en grupos vulnerables y finalmente, c) clarificación de la importancia de la protección que es capaz de proporcionar un enfoque positivo de la existencia (Bayés 1995)

Por lo tanto, investigar en torno a las estrategias de afrontamiento no solo sirve para describir las estrategias, obtener los datos demográficos de los pacientes VIH/SIDA, sino también brinda las pautas para que futuros investigadores interesados en el área, diseñen un programa de intervención psicológica que contribuya a mejorar la adherencia terapéutica, estrategias de afrontamiento que les permita sobrellevar mejor la enfermedad y por ende mejorar la calidad de vida de la población VIH/SIDA.

Problema

A pesar de la atención continua que debe prestar el equipo médico a las alteraciones orgánicas, no se deben olvidar los factores que alteran la salud psíquica, puesto que los conflictos afectivos y emocionales no solo afectan a la salud psíquica, sino que además condicionan la recuperación física del mismo (García, 2001). Partiendo del hecho que ante una situación estresante, el individuo

reacciona con una determinada emoción, es posible adoptar distintos tipos de afrontamiento.

Gómez (1996) , basado en la psicología de la salud, nos muestra que aunque la causa del SIDA sea biológica, se encuentra mediada por el comportamiento humano, y por esa razón se trata de un problema cuya solución no será exclusivamente medica sino también, en gran parte, psicológica, política y económica.

Si concebimos al ser humano como una entidad sistémica integrada por diversos componentes como lo son lo biológico, lo social, lo cognitivo y lo emocional y que están íntimamente relacionados entre sí, es fácil entender que las consecuencias y esos sucesos afectarán en diversa medida todos ellos, variando en función de la naturaleza y el alcance de lo que haya ocurrido (Yagüe, 2002).

Desde este punto de vista, es necesario, que los psicólogos realicen investigaciones que permitan identificar y describir las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes infectados con el virus del VIH. Para que a partir de estos datos se obtengan las pautas necesarias para diseñar e implementar programas de intervención acordes a los resultados de estas investigaciones que propendan por la mejor calidad de vida de esta población. Por lo tanto la pregunta de investigación es: ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento de los pacientes marginales VIH/SIDA de la ciudad de Bucaramanga?

Objetivos

Objetivo General

Describir las estrategias de afrontamiento en pacientes marginales diagnosticados con VIH/SIDA de la ciudad de Bucaramanga a través de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer de Watson & Greer adaptada al VIH/SIDA.

Objetivos Específicos

Aplicar La Escala de Ajuste Mental de Watson y Greer adaptada al VIH/SIDA.

Identificar cuales son las respuestas de afrontamiento ante el VIH/SIDA que se presentan con mayor frecuencia en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA.

Describir los resultados obtenidos en la aplicación de la escala de Ajuste Mental de Watson & Greer y de los datos recolectados de la historia personal.

Analizar los resultados obtenidos en la aplicación de la Escala de Ajuste Mental Adaptada al SIDA de Watson & Greer haciendo énfasis en la identificación de las respuestas de afrontamiento utilizadas en los pacientes de VIH/SIDA.

Antecedentes Investigativos

El presente estudio se sustenta en investigaciones referentes a las respuestas de afrontamiento en enfermedades crónicas y catastróficas como el cáncer, ya que, al igual que el VIH/SIDA son enfermedades a largo plazo que van deteriorando poco a poco la salud de los individuos diagnosticados.

UNA UNIVERSIDAD

Antoni et al. (1991) citado por Caballo (1998), informa sobre hallazgos con una intervención para el manejo del estrés. Se asignaron 47 hombres, bien a una evaluación-control o a una del manejo del estrés, antes de la notificación de su estado de VIH. En la condición de tratamiento, se llevaron a cabo estrategias cognitivo-conductuales (entrenamiento asertivo, reestructuración cognitiva, relajación y ensayo de conducta). Los sujetos de la condición de tratamiento mostraron aumentos significativos en el número de células CD4 y AN y en la proliferación de respuestas a la fitoemalutina después de la notificación del estado seropositivo. Los sujetos seropositivos de la condición control se diferenciaban significativamente de los sujetos en la condición experimental y manifestaban disminuciones de los parámetros inmunitarios después de la notificación. Además de los del grupo experimental se encontró que la reducción de la depresión correlacionaba con la práctica de la relajación. Los autores concluyeron que el manejo del estrés amortiguaba la reacción emocional y el compromiso inmunológico asociado a la prueba de VIH y a su modificación (p 466) .

De otro lado Valderrama, Carbellido y Domínguez (1995), desarrollaron una investigación sobre los efectos que la estimulación aversiva, física o simbólica, pueden tener sobre el funcionamiento psicológico de los individuos. Se evalúa el tipo y el nivel de ansiedad y los estilos de afrontamiento de un grupo de pacientes con cáncer cervicouterino. La muestra se conformo con 71 pacientes y se aplicó el cuestionario de ansiedad cognitiva-somática y el inventario de estilos de afrontamiento. Las reacciones mas altas fueron preocupación excesiva, falla en la

preocupación, sudoración, taquicardia, aislamiento social, negación y afrontamiento al problema.

De acuerdo con el modelo de estrés postulado por Lazarus y Folkman (1998), en el cual la valoración y el afrontamiento actúan como variables mediadoras entre la experiencia estresora y las relaciones afectivas asociadas, se desarrolló un instrumento para evaluar el afrontamiento en pacientes que habían sufrido un evento coronario y estaban hospitalizados en una unidad cardiovascular de tercer nivel en Bogotá. La investigación realizada por Novoa (2002), tenía como fin establecer una comparación entre los datos obtenidos mediante los formatos de registro y la teoría existente sobre enfermedad coronaria y aspectos psicológicos asociados. Los resultados mostraron que la relación entre factores psicológicos y enfermedad coronaria no está libre de contradicciones, ya que el 97% de los pacientes evaluados presentan patrón de conducta tipo B, al igual que mostró como las estrategias de afrontamiento cambian con el tiempo en la medida que se reestablece la función cardíaca en las fases postoperatorias y/o salida de la unidad cardiovascular a una habitación. Dentro de las variables asociadas con este tipo de hallazgos, se encuentra la edad de los pacientes, el nivel educativo y el tipo de labor desempeñada.

Debe señalarse que la mayoría de los datos que hasta el momento se poseen sobre los enfermos terminales se han obtenido con pacientes oncológicos. Y lógicamente, debe preguntarse: ¿Pueden estos datos y las conclusiones que de ellos se obtiene generalizarse a los enfermos de SIDA?

En líneas generales, Bayés (1995) considera, que la respuesta debe ser en principio afirmativa, puesto que el tipo de sintomatología que experimenta y preocupa a muchos

enfermos del SIDA es similar, en gran parte, al que sufren los enfermos de cáncer que se encuentran en la misma situación: dolor, insomnio, pérdida de apetito, depresión, debilidad general, ansiedad, entre otras.

Basándose en una idea original de Temosschok (1992), se presentaron a los sujetos tres historias diferentes, cada una de las cuales describían las relaciones de una persona que se veía confrontada con el diagnóstico de una enfermedad letal no especificada. Los sentimientos y sensaciones que se tomaban en consideración abarcaban aspectos tales como: relaciones con médicos, amigos y familiares, expectativas y planes para el futuro. Las actitudes que se desprendían de las tres historias podían conceptualizarse como: 1) espíritu combativo: 2) desamparo y desesperanza, 3) negación, represión. Después de leer cada historia se le pedía al sujeto que expresara en una escala de 1 a 10: a) hasta que punto sus reacciones personales consideraba que serían similares al protagonista de la historia y, b) hasta que punto le gustaría reaccionar como dicho protagonista. Teniendo en cuenta que en este estudio se confrontaba a la persona con el diagnóstico de cualquier enfermedad letal, es apenas lógico que algunos autores hayan adaptado al problema del SIDA uno de los instrumentos más difundidos en el mundo para evaluar la calidad de vida en enfermos oncológicos, tal es el caso de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC), el cual se encuentra traducido en diversos idiomas entre ellos el Castellano, y ha sido administrado a poblaciones muy diversas (Aaronson et al., citado por Bayés, 1995)

Por otro lado, en una investigación llevada a cabo por Ferrero y Toledo (1995) sobre la evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama, se reclutó una muestra de 68 pacientes recién diagnosticadas y evaluadas psicológicamente en tres ocasiones. Dicha evaluación incluyó la aplicación de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) , y el cuestionario de calidad de vida de la Asociación Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer. Las correlaciones entre las variables y los análisis de regresión sugirieron que entre las variables médicas, tan solo la sintomatología física contribuía a predecir el bienestar futuro. Por lo que en dicha investigación, los resultados indicaron que el "Espíritu de Lucha" de las pacientes y la "Negación" de la enfermedad se asociaba a mejores resultados psicosociales, mientras que el "Desamparo/Desesperanza" el "Fatalismo" y la "Preocupación Ansiosa" iniciales, se asociaban a mayor malestar concurrente en el futuro.

Greer et al, (citado por Bayés, 1995) han tratado de verificar si los hallazgos de los primeros investigadores en el campo del cáncer podían también hacerse extensivos al de la infección por VIH. Es decir, si las personas infectadas con el VIH que mostraban un afrontamiento positivo de su estado de portadoras eran, así mismo, las que presentaban una evolución más lenta y contenida de la infección en relación con aquellas cuya forma de actuar frente a la amenaza del SIDA podía considerarse como negativa.

Belloch, et al (1995) citan los autores que han realizado distintas investigaciones sobre las respuestas de afrontamiento y el estrés. Entre estos tenemos a:

1. Ender y Parker (1990) llevaron a cabo un estudio basado en la hipótesis que las personas tienen preferencias en el empleo de las estrategias de afrontamiento, es decir, que utilizan en mayor medida estrategias particulares independientemente en las situaciones de estrés.

2. Lo anterior ha sido abordado explícitamente por Roger y Cois (1993) basándose en un análisis sobre un conjunto de 78 modos de afrontamiento cuyo resultado apoya y extiende el modelo de Ender y Parker confirmando factorialmente la existencia de las tres dimensiones primarias sugeridas por estos autores: racional, emocional y evitación.

3. Por otra parte Roger y colaboradores (1993) amplían el modelo de estos dos autores porque aíslan un cuarto factor primario del afrontamiento relacionado con una sensación de separación afectiva respecto a los sucesos estresantes.

Carrobles (1996), toma como base el modelo multifactorial de proceso del estrés en el cual planteó la realización de un estudio con el objetivo de comparar distintos grupos de pacientes afectados de trastornos crónicos de salud (asma bronquial, diabetes mellitus y artritis reumatoide) entre sí, al igual que respecto de un grupo control de características sociodemográficas similares, pero no afectados por ningún trastorno crónico de salud, en relación con variables clínicas y psicológicas tales como personalidad, ansiedad, depresión, asertividad, reacción

social y de estrés, como acontecimientos vitales estresantes, estrés cotidiano, contrariedades y satisfacciones, autocontrol, modos de afrontamiento, solución de problemas y apoyo social. Los resultados muestran la existencia de diferencias significativas respecto a las distintas variables empleadas entre los diferentes grupos de trastornos crónicos de salud entre sí y entre éstos y el grupo control. Estas diferencias son significativamente mayores entre el grupo de asmáticos crónicos y los otros grupos respecto a un número considerable de estas variables.

Watson (1999) realizó un estudio retrospectivo sobre la influencia de las respuestas psicológicas en la supervivencia del cáncer de mama. El objetivo era conocer la relación entre las respuestas psicológicas y el ajuste a la enfermedad con el conocimiento de los factores clínicos asociados a la supervivencia. Se contó con una muestra de 578 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con estadios tempranos de la enfermedad. Los instrumentos utilizados para determinar la respuesta psicológica entre las 4 y 12 semanas y los 12 meses después del diagnóstico fueron la Escala Mental de Ajuste al Cáncer (MAC), la Escala de Control Emocional (CEC) y la Escala de Ansiedad y Depresión (HAD). El seguimiento a las mujeres fue por un periodo menor a los cinco años, encontrando que 395 mujeres estaban vivas sin ninguna recaída, 50 vivas pero con recaídas y 133 habían muerto. Este a su vez manifestó el incremento significativo en la recaída o muerte a los cinco años en mujeres con alta puntuación en la escala desesperanza e impotencia, comparado con otras mujeres con un puntaje bajo en esta categoría. En cuanto a la categoría de Espíritu de

Lucha no se encontraron resultados significativos. Un puntaje alto en la Escala de Depresión se ha enlazado a una disminución representativa de oportunidades de supervivencia.

La Red de Amigos de la Lucha (2001) realizó un estudio informal sobre los efectos que trae la terapia psicológica en la evolución de la enfermedad por VIH/SIDA. Para el desarrollo del estudio se desarrolló una encuesta y esta fue aplicada a pacientes que habían recibido atención psicológica y a pacientes que no la habían recibido, encontrando como resultado que los individuos que han recibido asesoría han evolucionado de manera mas favorable que los que no la han recibido, llegando a concluir que los efectos de la terapia contribuyen a la adaptación y la aceptación de la persona con relación a su padecimiento, la asesoría brinda el espacio de información, resolución de dudas y orientación en el control de las emociones, aspectos que son fundamentales en el desarrollo de la enfermedad y su favorable evolución. Los sujetos que no reciben asesoría carecen de posibilidades de retroalimentación con respecto al tema de la enfermedad.

Grulich et al (2002), en su investigación "Tasas de pacientes con cáncer no infectados de SIDA comparados con los pacientes infectados de SIDA antes y después de su diagnostico", identificaron 196 casos de pacientes con cáncer no infectados de SIDA, 8.351 personas notificadas con la infección del VIH y 8118 registrados con el SIDA (total de 13.067 individuos). En general, encontraron índices perceptiblemente crecientes del cáncer del labio, del ano, de la enfermedad de Hodgkin, del mieloma y de la leucemia. De estos canceres, en la gente con la infección

del VIH que no desarrollo el SIDA o estaba mas de 5 años antes del desarrollo del SIDA, solo el cáncer del ano ocurrió en tasas altas. Una tendencia significativa de aumentar el riesgo relativo del cáncer con el incremento del tiempo desde el diagnóstico del VIH fue encontrada con la enfermedad de Hodgkin y el mieloma múltiple. De esta manera, concluyeron que la gente con el VIH con deficiencia inmune baja, antes del SIDA estaba en riesgo creciente del cáncer anal, pero este puede reflejar otros factores de riesgo. Otros cánceres ocurrieron solamente mas adelante en el curso de la infección del VIH.

Piña y Obregón (2002), presentan resultados de un estudio piloto conducido para evaluar la confiabilidad y validez de un instrumento diseñado para variables psicológicas asociadas al VIH/SIDA, en una muestra de 300 estudiantes de la Universidad de Sonora al Noroeste de México. El instrumento esta conformado por poco más de 50 reactivos, agrupados en las escalas de conocimiento, creencias, comportamientos instrumentales del riesgo y/o prevención, motivo y situaciones facilitadoras o inhibidoras del ejercicio instrumental de ambos tipos de comportamientos. De los resultados destaca un importante nivel de confiabilidad, medido a través del alfa de Cronbach, en prácticamente todas las escalas, asi como validez para la mayoría de las escalas, exceptuando las situaciones interactivas.

Por otro lado, Krikorian (2002) plantea que la experiencia de dolor por la función de alarma que ejerce, genera una tendencia a focalizar la atención en los estímulos dolorosos llevando a una valoración cognitiva usualmente en el sentido negativo desencadenando así estados emocionales negativos de tipo tristeza, miedo e

ira. De acuerdo al proceso cognitivo que se haga de estos estados emocionales estos pueden ser elaborados o regulados llevando a una actividad cognitiva y comportamental adaptativa, o pueden ser inhibidos o maximizados generando una actividad cognitiva conductual desadaptativa. Por otra parte, las variables cognitivas se hacen esenciales como mediadoras de la experiencia emocional y las consecuencias conductuales del dolor. Las cogniciones pueden aparecer en diversos niveles como asunciones filosóficas básicas acerca de la naturaleza del sí mismo y del mundo (valores) . Como creencia generalizada estable que toman forma de rasgo de personalidad (Locus de control, estilos atribución a los, errores cognitivos, auto-eficacia, entre otros). Las creencias se agrupan en dimensiones cognitivas acerca del dolor crónico que aparecen para explicar fenómenos o asuntos alrededor del dolor tales como:

- A) la etiología del dolor:
 - o somático Vs. Azar.
- B) Las expectativas relativas al diagnóstico:
 - o Evaluación de la historia.
 - o exámenes clínicos.
 - o pruebas de laboratorio, exámenes radiológicos y,
 - o evaluación psicosocial.
- C) Las expectativas de tratamiento:
 - o paciente pasivo Vs. Activo.
 - o Invasivo Vs. No invasivo.
 - o Curar / Reparar Vs. Rehabilitación.
 - o Somático / médico Vs. Psicológico / y comportamental.
- D) Las expectativas frente al resultado del tratamiento:
 - o Cura Vs. Alivio.
 - o Cambio rápido Vs. Gradual.

- o Alivio completo del dolor Vs. Alivio Parcial,
- o Solo cambio sensorial Vs. Calidad de vida.

Otras Variables que contribuyen a la experiencia del dolor son el control percibido algunas características de personalidad y las comorbilidades con trastornos somatiformes, estas comorbilidades tienden a incidir de manera negativa en el afrontamiento del dolor. La experiencia de dolor es un fenómeno complejo, en el cual se observa la contribución de múltiples variables tanto biofísicas como psicológicas, socio-familiares y espirituales, entre otras.

Álvarez, M (2002) desarrolló un estudio de personalidad con 40 hombres diagnosticados con VIH+ en la Unidad Intermedia de Castilla, ubicado en la ciudad de Medellín, la edad de los pacientes oscilaba entre los 20 y los 40 años. Utilizó como instrumento el BFQ que evalúa cinco dimensiones las cuales son: energía (E) , Afabilidad (A), Tensión (T) Estabilidad Emocional (EE) y Apertura Mental (AM); además cuenta con una escala que mide la distorsión reactivacional (D) . El estudio fue de carácter descriptivo transversal, el muestreo fue no probabilística y la participación de los sujetos fue voluntaria. Se concluye en este estudio que los dos rasgos de personalidad comunes de los pacientes de VIH+ atendidos por la Unida Intermedia de Castilla de la ciudad de Medellín son energía y estabilidad emocional a los que se caracterizaron por una baja puntuación. Igualmente no se logró completamente el objetivo general ya que el método que uso no fue el mas conveniente; aunque hubiese sucedido esto, se realizaron aportes valiosos a la intervención terapéutica con este tipo de pacientes.

Dentro del proceso del afrontamiento se manifiestan pensamientos y sentimientos irracionales ante la perdida de salud en los pacientes con VIH/SIDA y otras enfermedades catastróficas es por ello que se referencia aquí la investigación de Castillo, S, Pérez, K y Vega (2002) , la cual se interesa por identificar los pensamientos y sentimientos irracionales que acompañan a los pacientes con VIH en fase SIDA en la liga de lucha contra el SIDA regional Santander. En este estudio se trabajo con una muestra de 6 pacientes con un rango de edad entre los 24 y 36 años, los instrumentos que se utilizaron fueron la entrevista cualitativa estructurada con guía e historia de vida este es un estudio con diseño cualitativo descriptivo transversal, en esta investigación se concluyó que las ideas, pensamientos y sentimientos irracionales definitivamente afectan al paciente en fase SIDA toda vez que el ser humano es producto de lo que piensa dependiendo de esto siente y en consecuencia actúa, si el paciente cuenta con el apoyo familiar, la aceptación de los amigos y compañeros, el acompañamiento medico y psicológico necesario en el proceso de enfermedad y tratamiento serán mas llevaderos y su afrontamiento será definitivamente adaptativo y eficaz, contribuyendo a mejorar la calidad de vida que se le puede ofrecer a un paciente con diagnostico positivo o a un paciente en fase SIDA.

Cabrales, L & Trujillo, L (2002) desarrollaron un estudio con 19 pacientes diagnosticados con cáncer de mama en el centro de oncólogos asociados en los tres primeros estadios desde enero del 2001 hasta marzo del 2002, cuyas edades oscilan entre 25 y 60 años, esto con el fin de describir

las estrategias de afrontamiento presente en esta población. El estudio fue de carácter descriptivo concluyente y la población fue establecida de acuerdo a la información suministrada por el centro. El muestreo fue no probabilística y su procedimiento fue por conveniencia, en donde se utilizó como instrumento la Escala de Ajuste Mental de Watson & Creer (MAC). Se concluyó que las estrategias de afrontamiento (actitud positiva, preocupación ansiosa, orientación positiva, y sin esperanza) presentan un manejo positivo de la situación como pacientes oncológicos, que conlleva a una mejor adaptación a los efectos y condiciones asociados al cáncer, logrando que la calidad de vida, así como los otros aspectos psicológicos no se vean afectados de manera negativa.

Higuera, M y Duran, C (2003) desarrollaron un investigación con 30 pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en la Liga de Lucha contra el SIDA, "El Hogar de la Misericordia" e individuos de la calle de la ciudad de Bucaramanga desde Junio del 2001 hasta Junio del 2002, las edades de los sujetos oscilaban entre los 20 y 47; este trabajo se desarrollo con el fin de describir las estrategias de afrontamiento que presenta esta muestra, el estudio fue de carácter descriptivo y transversal, con un muestreo no probabilística y su procedimiento fue por conveniencia, el instrumento que se utilizó fue la Escala de Ajuste Mental de Watson & Greer (MAC) adaptada al VIH/SIDA. Se concluyó que los sujetos que presentaron actitudes y conductas encaminadas a asumir una posición optimista frente al diagnóstico, presentaron a la vez una baja actitud positiva o de resignación frente a la

enfermedad. El mayor porcentaje de la población presentó una calificación baja en actitudes positivas mientras que sus actitudes y conductas para asumir una posición optimista se mantiene en un nivel medio. Por otra parte, se observó que cuando los sujetos asumen la enfermedad como una situación amenazante y estresante, sus creencias positivas sobre si mismos y las posibilidades de mantener controlada la situación es baja, por tanto, cuando estas creencias son altas, su preocupación ansiosa se ubica en una calificación también baja.

Otro aspecto que concluyeron en los resultados se refieren a puntuaciones iguales en ciertos factores, por ejemplo, cuando el paciente posee actitud y conductas que le permiten asumir de un modo optimista su diagnostico, también cree tener posibilidades de controlar su situación, pero también hay que tener en cuenta que aun cuando en el otro sujeto este control es alto, sienten el diagnostico y la enfermedad como una fuente estresante acompañada de una actitud pasiva de los sujetos frente a la enfermedad y a las expectativas negativas con respecto a su pronostico. Por otro lado puede decirse que los sujetos que presentaron niveles medios en estos factores, aunque tienden a asumir posiciones optimistas y creencias positivas frente a su diagnostico y enfermedad, no dejan de lado la presencia de amenazas, estrés y actitudes pasivas frente a su estado actual de salud lo cual les permite mantener una estabilidad entre el desarrollo de la enfermedad y su estado emocional con respecto de la misma.

Finalmente haciendo referencia a una calificación baja, puede inferirse que los sujetos que mostraron creencias positivas de si mismos a la vez que presentaron actitudes y conductas optimistas bajas frente al diagnostico, pueden

tener una mayor probabilidad del desarrollo de su enfermedad pues se observo en ellos la presencia tanto de síntomas como enfermedades concomitantes (el 7% y el 10% de los sujetos respectivamente) en contraposición de estos sujetos, también se logro observar que los individuos que consideran su enfermedad como una baja fuente de estrés junto con actitudes pasivas y de resignación baja con respecto a su pronostico, tienen así una mayor probabilidad de un lento desarrollo de la enfermedad, pues de estos sujetos, aun cuando se presentan sintomas, ninguno tiene enfermedades concomitantes.

Marco Teórico

Debido al aumento del VIH/SIDA a nivel regional, nacional y mundial, y observando que la población involucrada directamente es discriminada a causa del poco conocimiento de la enfermedad, así como el largo proceso físico, psicológico y social al cual debe enfrentarse, se considero indispensable una revisión de la enfermedad crónica con el fin de situar el VIH/SIDA en el aspecto médico y epidemiológico, para pasar a una visión Bio-psicosocial y finalmente comprender el proceso de afrontamiento en las personas que viven con el VIH/SIDA.

Las enfermedades crónicas han sido definidas desde la Psicología de la Salud como aquellos trastornos orgánicos funcionales que obligan a una modificación en el modo de vida del paciente y que es probable persistan a largo plazo (Latorre y Beneit, 1994). Además, las personas que padecen una enfermedad crónica deben asumir psicológicamente el papel de paciente crónico y adaptarse

asi a un trastorno que bien puede durar mucho tiempo y/o puede llevarlo a la muerte (Neimeyer, 1997; Rodríguez & Martínez, 1998; Rodríguez 1995). En el caso del VIH/SIDA, no solo se debe tener en cuenta como enfermedad crónica, ya que es una enfermedad que persiste durante un periodo prolongado de tiempo, y en la que los síntomas son generalmente menos intensos que los de la fase aguda de la misma enfermedad (Mosby, 1995), sino también como enfermedad catastrófica, entendiéndose por catástrofe en salud aquella situación en que un paciente se ve enfrentado a una enfermedad cuyo costo representa un valor que supera su capacidad de financiamiento, es decir, cuando la suma de los copagos que genere sea superior al deducible, además de ser una enfermedad que requiere hospitalización prolongada, y tratamientos exageradamente caros o cualquier existencia que acabarla con los recursos económicos de una familia si no estuviera cubierta por un seguro medico especial, como se mencionaba anteriormente (Mosby 1995) .

De otra parte, la psicología de la salud ha encontrado que en aspecto social, el paciente con enfermedad crónica suele sufrir importantes cambios a partir del momento del diagnostico (Alfonso, 1995; Franks, 1998; Rodríguez y Martínez, 1998; Simón, 1993): algunos pacientes tienden a aislarse socialmente, haciendo Cada vez más escasos sus encuentros sociales con otras personas. También en el área social o interpersonal del paciente crónico es importante tener en cuenta los estudios que muestran como aquellos pacientes con un mayor apoyo familiar o social presentan niveles mas adecuados de afrontamiento de su enfermedad y tratamiento que aquellos que carecen de este apoyo (Molina, 1999) .

Junto con las alteraciones en el área social o interpersonal, la enfermedad crónica, su diagnóstico y su tratamiento puede generar gran diversidad de alteraciones físicas o somáticas, estas son de dos tipos básicamente y su clasificación va de acuerdo con su etiología: las primeras son las que surgen como respuestas al impacto psicológico por el diagnóstico y el afrontamiento de los tratamientos. Algunos de estos síntomas pueden ser dolores de cabeza, dolores de estomago, taquicardias, perdidas de peso, tensión muscular, etc. Los segundos son aquellos síntomas que son consecuencia directa de la enfermedad que padecen y / o del tratamiento al que son sometidos, por ejemplo: perdida del cabello, nauseas, vómitos, somnolencia, dolores localizados o generalizados, etc., en el caso de un cáncer (Bakal 1996), o como en el caso del VIH/SIDA, diarrea crónica, perdida de peso, vomito, cefaleas, etc. (Ministerio de Salud, 1994). La enfermedad y especialmente su tratamiento, le imponen grandes limitaciones físicas, al tiempo que le suponen una fuente de malestar emocional o social, lo que tiene el potencial de generar grandes dificultades para la adhesión al tratamiento porque el paciente puede llegar a pensar que "Es más difícil la cura que la enfermedad" Obviamente esta actitud y la conducta generan grandes complicaciones en el pronóstico de su enfermedad, esta actitud puede llevarle a la muerte Rodríguez (1995).

Para Latorre y Beneit (1994) la enfermedad crónica tiene toda una potencialidad de generar una crisis circunstancial en el paciente por lo cual adoptan la teoría de crisis como un marco referencial para el análisis de este fenómeno. Según ellos, la teoría de la

crisis brinda importantes elementos para el análisis de las enfermedades crónicas.

El término crisis tiene connotaciones negativas, especialmente porque se haya relacionado con resultados o eventos trágicos en la vida de una persona, comunidad o grupo. Sin embargo, menos trágica y más benéfica para el desarrollo del individuo en la actualidad (Crisis Counselin, 1999; Saranson & Saranson, 1996; Slaikeu, 1996; Weiner, 1992).

Los problemas de salud mental se presentan con mayor frecuencia en pacientes portadores de VIH/SIDA, en comparación con otras enfermedades de pronóstico similares como el cáncer y otras enfermedades terminales. El que aparezca dichos trastornos puede deberse entre otras causas: A) Al impacto social que produce esta enfermedad, B) A que se da esta patología en personas generalmente jóvenes en su mayoría, C) A la gran vulnerabilidad psicológica de estas personas y D) A la posible afectación del Sistema Nervioso Central. Ante el diagnóstico de cero positividad la primera reacción de la persona afectada es por lo general la de una "reacción catastrófica" con una fuerte carga emocional por la percepción del miedo de una muerte cercana e inevitable tras un curso doloroso por la enfermedad. Además se suelen añadir preocupaciones entorno a la pérdida de soporte social y del afecto por parte de amigos y familiares, pensando que será una carga pesada para el entorno; e incluso al miedo a la alteración de su aspecto interno y a la posible pérdida de sus facultades mentales" (Gómez, 1996).

Infección por VIH

La infección de VIH es causada por un retrovirus denominado virus de la inmunodeficiencia humana, este microorganismo afecta directamente las células del sistema inmune o de defensa del organismo y que desencadena como consecuencia final en la aparición del cuadro clínico conocido como SIDA. Por lo demás, la infección por VIH comparte similitudes en la forma como se adquiere con otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), como la hepatitis B o la sífilis (Ministerio de Salud 1994),

Vulnerabilidad al VIH

Se concibe la vulnerabilidad biológica de un organismo al VIH como una variable que puede situarse a lo largo de un continuo que va desde un estado de vulnerabilidad mínimo en el cual la probabilidad de infección -o de activación del virus si este se encuentra ya en el organismo- es muy pequeña, a un estado de vulnerabilidad máximo, en la que la probabilidad de infección- o de activación del virus- es muy elevada (Bayés Arranz, como se cita en Bayés, 1995).

Con respecto a su forma de actuación, los factores potencialmente modulares de la vulnerabilidad son de tres tipos: A) los que pueden facilitar o dificultar la penetración del virus en el organismo, B) los que pueden alargar o acortar la vida del virus en el interior del organismo, antes de que sobrevenga la infección y, C) los que pueden debilitar, directa o indirectamente la acción del sistema inmunitario sobre el virus, una vez la infección ha tenido lugar.

Ciñéndose a este último punto, Bayés y Armas (citado en Bayés 1995) han señalado que existen 4 tipos de estímulos capaces de estimular a su vez el funcionamiento del sistema inmunitario y, consiguientemente, de incrementar la vulnerabilidad del organismo:

Estímulos capaces intrínsecamente, de producir este efecto, tales como, por ejemplo, determinados medicamento, drogas o vacunas.

1. Estímulos capaces de alterar el sistema endocrino, tales como, por ejemplo, un embarazo y afectar indirectamente a través de aquel el sistema inmunitario.
2. Estímulos capaces, en función del marco cultural e historia personal de cada uno de producir estrés psicológico o relajación y, a través suyo, alteraciones negativas o positivas, a nivel inmunológico.
3. Estímulos previamente neutros que se han visto asociados fortuitamente como los anteriores y que han adquirido propiedades estresantes o directamente perturbadoras o relajantes de los sistemas endocrino, nervioso o inmunitario a través de un proceso de acondicionamiento Pavloviano (Bayés, 1995)

El SIDA

La definición del SIDA ha sufrido varias modificaciones conforme avanzan los conocimientos sobre la enfermedad. Los Center for Disease Control and Prevention (CDC) describieron originariamente el SIDA como la presencia de "una enfermedad, al menos moderadamente predictiva en un defecto en la inmunidad celular, que aparece en individuos con una menor resistencia a esa enfermedad de causa desconocida. Entre estas enfermedades esta el

Sarcoma de Kaposi; (SK), La neumonía por Pneumocystis Carinii (NPC) y otras infecciones oportunistas serias" (Kaplan, 1996) .

Inicialmente los CDC dieron a este cuadro clínico la denominación de GRIB (Gay Related Immunodeficiency: deficiencia inmunitaria relacionada con la homosexualidad). Sin embargo, este nombre dejó rápidamente de ser apropiado pues a partir de Abril de 1982 se descubrieron trastornos similares en hemofílicos sin antecedentes de contactos homosexuales, en haitianos, en usuarios de drogas intravenosas en poli trasfundidos y en mujeres que eran parejas sexuales de enfermos. Los CDC abandonaron entonces la denominación GRIB y dieron a la enfermedad el nombre de SIDA.

El síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad viral caracterizada por un compromiso marcado de la inmunidad celular, con defecto primordial de los LT-A, o CD4. Clínicamente en las etapas tardías de la enfermedad hay infecciones graves por microorganismos oportunistas y aparición de Neoplasias, como el Sarcoma DE Kaposi. La enfermedad es hasta ahora siempre mortal, (Roj as 1995) .

"El agente que la produce es el denominado virus de inmunodeficiencia Humana (VIH) , el cual se transmite a través del contacto directo de fluidos corporales -como la sangre, el semen y las secreciones vaginales- de una persona infectada con la sangre o las mucosas de una no infectada, el análisis de la infección es pues, un intercambio sexual o sanguíneo tras el cual, algunas veces se producen síntomas inespecíficos", según Gutiérrez et al (como se cita en Harrison 1998).

Se debe presentar el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) como una enfermedad producida por el retrovirus VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) tan grave en el plano psicosociológico como en el plano biológico, una serie de circunstancias, como la especial identidad de los grupos de riesgo, la alta transmisibilidad a través del contacto sexual, el largo periodo de incubación, el carácter letal, la falta de un tratamiento eficaz, la inexistencia de una vacuna y la estigmatización implicada en el diagnóstico, han inyectado al SIDA una dosis de malignidad psicosocial tan alta como su malignidad biológica (Alonso 1989). La población en general sufre un gran impacto psico-afectivo caracterizado por el miedo irracional a la infección que se asocia con su carácter contagioso y mortal, y con la falta de información sobre los medios de transmisión del VIH (Velásquez Gómez 1996).

El VIH es capaz de insertarse en una serie específica de defensas orgánicas o glóbulos blancos conocidos como linfocitos T4. Estos linfocitos son células claves en la respuesta inmune o capacidad que tiene el organismo de defenderse contra agentes extraños o microorganismos capaces de producir infección. El VIH utiliza el material genético de la célula infectada para replicarse, mata al linfocito y pasa a otros, terminando así por destruir la serie celular y dejando por lo tanto a la persona afectada con especial susceptibilidad a adquirir infecciones graves. Puede darse además la aparición de lesiones de tipo neurológico debidas al ataque directo del virus al sistema nervioso.

Factores como la ventana inmunológica, los antecedentes epidemiológicos y la confiabilidad de las pruebas hacen

que la persona deba tener en claro que al llegar al laboratorio por primera vez, apenas esta iniciando un proceso diagnostico que puede requerir de otros exámenes posteriores, antes de dar un resultado definitivo.

La Ventana Inmunológica

El organismo infectado por el VIH tarda sin embargo un tiempo en producir los anticuerpos dirigidos contra el VIH. Una persona que haya adoptado conductas de riesgo deberá tener en cuenta dicho tiempo ya que, mientras este no trascorra, los anticuerpos no serán detectables mediante las pruebas estándar de laboratorio. Se sabe que la mayoría de las personas desarrollaran anticuerpos en un plazo de tres meses; a este lapso se le conoce como ventana inmunológica. En algunos casos este periodo puede prolongarse hasta seis meses y en muy raras ocasiones puede sobrepasar el año, según Miller (como se cita en Ministerio de Salud, 1994)

Asi una prueba tomada antes de tiempo darla un resultado "falso negativo" es decir que la persona pudiese considerarse como "cero negativa" aun estando infectada con el VIH. Ante esta situación, la persona ha de esperar un tiempo prudencial sin asumir conductas de riesgo, antes de ir en búsqueda de un diagnóstico (Ministerio de Salud 1994)

Significado del Resultado

Positivo:

Significa que la persona ha desarrollado anticuerpos contra el VIH y que por lo tanto, el virus está presente en su organismo.

Implica que la persona puede transmitir el virus a otras sino se toman las medidas de protección adecuadas.

No quiere decir que la persona tenga SIDA o que necesariamente vaya a desarrollar la enfermedad en el futuro.

Tampoco indica que tanto tiempo ha estado infectada la persona o que tan severo es el grado de infección.

Negativo:

Significa que no se hallaron anticuerpos con el VIH. Por lo tanto, la persona probablemente no ha estado expuesta al virus.

Implica que existe la posibilidad que la persona este infectada pero que la prueba no detectó anticuerpo contra el VIH. Esto se da si esta en periodo de ventana inmunológica.

No quiere decir que la persona no deba preocuparse, que pueda asumir conducta de riesgo durante la práctica sexual o que sea inmune a la infección. (Ministerio de Salud 1994)

Otro aspecto a tener en cuenta es que la prueba Elisa es altamente sensible. Sin embargo, como toda prueba de laboratorio, tiene sus limitaciones y puede dar resultados falsos así: a): Falsos positivos; el resultado puede indicar que la persona esta infectada cuando en realidad no lo esta. Tal lectura puede ser transitoria (Sulima citado en el Ministerio de salud 1994) . En pacientes asintomático, siempre se recomienda realizar una prueba suplementaria: b) Falsos negativos; significa que la prueba no ha detectado anticuerpos en la sangre a pesar de que la persona esta realmente infectada.

Esto puede ser por encontrarse la persona en periodo de "ventana inmunológica" (Ministerio de salud 1994)

Modos de transmisión

El virus es muy frágil al medio ambiente y no resiste la sequedad, el calor, ni las sustancias utilizadas tradicionalmente para la limpieza como detergentes o blanqueadores comunes. Básicamente se conocen tres formas de transmisión:

Transmisión sexual; el contacto sexual desprotegido con una persona infectada es la forma mas frecuente de adquirir la infección por VIH. El virus, aunque se ha aislado de casi todos los líquidos corporales, tan solo se haya en concentraciones infectadas en semen, secreciones vaginales y sangre. El contacto sexual con una persona infectada es posible y no representa riesgo mientras no existan intercambios de los fluidos corporales mencionados.

Transmisión sanguínea; a través de transfusiones ó productos de la sangre que no lleven el sello nacional de calidad. Igualmente a través de agujas contaminadas como en el caso de la compartida por los consumidores de drogas intravenosas o de instrumental sin la adecuada esterilización como jeringas hipodérmicas, agujas de acupuntura, equipo para perforar orejas o de tatuaje, material odontológico, cuchillas de afeitarse, cepillos de dientes, etc.

La donación de sangre no representa ningún riesgo para el donante. Se espera que las personas con conductas de alto riesgo se abstengan voluntariamente de donar sangre o tejidos para trasplantes.

Transmisión de la madre al feto; Durante el embarazo o el parto, el virus puede pasar de la madre infectada al hijo. Esto se presenta en un 30 - 50 % de los casos por lo que deben respetar las decisiones de la madre acerca de su derecho a tener o no el hijo y se debe *propender* porque las madres infectadas opten por no engendrar niños, que podrían nacer infectados (Pérez 1991)

Patogénesis: Estructura y Función Viral

El VIH, se caracteriza por producir una infección con un largo periodo de incubación es decir que pueden transcurrir años entre el momento de infección y la aparición de los primeros síntomas de SIDA. Del VIH se han caracterizado dos tipos, el VIH1 y el VIH2, diferenciándose levemente en uno de sus genes. Sin embargo, ambos virus son capaces de producir inmunodeficiencia.

El virus esta constituido básicamente por una envoltura de glucoproteínas (azucares y proteínas) que encierra a una estructura nuclear cilindrica que contiene en su interior las moléculas de RNA y a la encima transcriptaza inversa (Ministerio de salud 1994).

Diagnóstico de la Infección por VIH/SIDA.

Actualmente se utilizan tres criterios para llegar a un diagnóstico de infección por VIH/SIDA:

Criterio Epidemiológico: La exposición posible o comprobada a un factor de riesgo para la infección de VIH constituye el punto de partida del diagnóstico.

Criterio de Laboratorio: Por medio de técnicas de laboratorio se basa en la demostración del virus, sus

productos o los anticuerpos que produce contra las distintas proteínas virales. Los métodos diagnosticados pueden clasificarse en dos clases: a) detección de anticuerpos, en la que las pruebas de detección se pueden dividir en, presuntivas (llamada prueba de Elisa) y, suplementarias (son de mayor costo y complejidad técnica que permiten detectar anticuerpos contra partículas virales en forma muy específicas) : b) detección del virus o sus productos.

Criterio Clínico: La detección de signos y síntomas descritos en relación con el SIDA, constituye una segunda fuente de decisión diagnóstica, teniendo en cuenta que el periodo de incubación puede durar varios años y que no todas las manifestaciones clínicas se presentaran en todos los pacientes.

Respuesta del Organismo al Virus

La mayoría de las personas infectadas por el virus ni siquiera saben que lo están. Quizás solo después de algún tiempo decidan realizarse una prueba de laboratorio que les diga que han estado en contacto con el virus pero no mucho más. Sin embargo, se tiende a identificar a la persona portadora como enferma de SIDA así este aún en el periodo asintomático de la infección. Para aclarar dudas, digamos que el SIDA es tan solo la etapa de manifestaciones clínicas que puede presentar una persona que porta el virus.

Así, una persona a quien se haya transmitido el virus no notara ningún cambio o alteración de su salud de manera

inmediata; en algunos casos el individuo puede presentar un cuadro parecido a un estado gripal que por lo general pasa por desapercibido dada su corta duración, si es que este se presenta. Tales síntomas pueden aparecer alrededor de 8 a 12 semanas de infección y coinciden con la aparición de anticuerpos detectables en la sangre. Estos anticuerpos son simplemente sustancias químicas producidas por el sistema de defensa del organismo y son específicas para cada tipo de antígeno o sustancia extraña al cuerpo. Así, un anticuerpo contra el VIH es específico contra el virus y se diferencia de los anticuerpos producidos contra el sarampión o la tuberculosis.

Los anticuerpos no son capaces de neutralizar el virus pero sirven para detectar la infección. Una persona infectada puede gozar de pleno estado de salud, no referir ningún síntoma que haga sospechar la presencia del virus, pero puede transmitir el mismo a otras personas a través de relaciones sexuales desprotegidas. Si la persona es consciente de haber practicado conductas de riesgo puede querer realizarse una prueba que detecte los anticuerpos contra el VIH y así tomar conductas que le permitan optar por una mejor calidad de vida, por buscar tratamientos tempranos a los posibles síntomas de las enfermedades concomitantes, proteger a los demás.

Cofactores

En las personas infectadas con el VIH nos encontramos con una gran variabilidad en la evolución de la infección, por ello es preciso postular la existencia de factores que facilitan o dificultan la acción del VIH, es decir, que aumentan o disminuye la vulnerabilidad del organismo ante

la infección y el progreso de la enfermedad según Bayés y Arranz (como se cita en Bayés 1995) .

"Con independencia de la posible existencia de elementos facilitadores o inhibidores de tipo genético (Diamond 1987), idiosincrático (Nagera 1990) debidos a la edad (Gruttola y Bennett 1988), a la existencia de cepas más infecciosas (Cfr. Casabona 1992) o al hecho de que el virus posea mayor facilidad de transmisión en determinadas fases del proceso infeccioso en la que existe en mayor concentración (Fischl, Dickinson Scott, Limas, Fletcher y Parks 1997) (Bayés 1995) " Se elaboro la siguiente clasificación, en función de la forma de interacción del VIH con el sistema de defensa:

1. Factores capaces de facilitar la penetración del VIH en el organismo, en especial los que tienen en cuenta los fallos en la integridad de la piel y las mucosas

a) Ulceraciones, heridas o alteraciones que tienen su origen en enfermedades de transmisión sexual (Nájera, 1990;Piot et al., 1990; WHO, 1989 citado por Bayés,1995)

b) Las pequeñas fisuras o heridas que suelen producirse en determinadas prácticas sexuales, tales como el coito anal, homo o heterosexual (Piot et al., 1990; Pratt, 1987 citado por Bayés, 1995)

c) En el coito anal, dada la gran frecuencia con que, en los países occidentales, las personas sufren hemorroides (Bayés, Alvarado, Bergade, Balanzó Segura Y Tramunt, 1984 citado por Bayés, 1995)

d) Las heridas y desgarramientos que pueden producirse en las violaciones (Murphy, Kitchen, Harris y Foster, citado en Bayés, 1995)

e) La realización del coito durante la menstruación (Piot et el al., como se cita en Bayés, 1995).

f) Algunos efectos debidos al uso de determinados métodos anticonceptivos orales - especialmente los de aleo contenido de estrógenos - asociados a la ectopia de la cerviz, la cual puede producir pequeñas hemorragias durante el coito o los dispositivos intrauterinos (Cfr. Cassanova; Nájera, 1990 como se cita en Bayés 1995).

2. Factores capaces de prolongar la vida activa del VIH sobre la piel o las mucosas.

a. La falta de higiene después del coito en las partes del cuerpo que han entrado en contacto con fluidos de la persona contagiada.

b. La falta de circuncisión (Cfr. Nájera 1990, como se cita en Bayés, 1995). Ya que la misma dificultad la acumulación de secreciones.

3. Factores capaces de debilitar el sistema inmunitario, incrementar la facilidad de transmisión del VIH o perturbar la interacción entre el sistema inmunitario, el sistema endocrino y el sistema nervioso. Se han señalado los siguientes:

a. Presencia de infecciones piógenas, tanto en el hombre - prostatitis como en la mujer - cervicitis, bulbo vaginitis, las cuales convierten al semen y las secreciones vaginales en líquidos con una gran riqueza de linocitos y macrófagos, incrementando la presencia del VIH

b. Déficit nutritivo (Kotler, citado por Bayés, 1995) .

c. Consumo de opiáceos (Solomon y Temoshock, citado en Bayés 1995).

d. Consumo de tabaco (Royce y Winkelstein, como se cita en Bayés, 1995).

e. Administración de medicamentos o vacunas con efectos sobre el sistema inmunitario (Coatías, Stall, Mandel

Boccellari, Sorenson, Morales, Morin, Wiley Mckusick, como se cita en Bayés 1995).

f. Presencia de otras infecciones víricas latentes (Pratt, como se cita en Bayés 1995) .

g. Reinfecciones como el mismo virus o infecciones como otros microorganismos (Coates et al; 1987), en especial los implicados en las enfermedades de transmisión sexual (who, 1989) (Bayés 1995).

h. Los efectos de los estados emocionales negativos tales como la ansiedad y la depresión sobre el sistema inmunitario.

i. Estimulaciones inicialmente neutras asociadas casualmente a los estados emocionales anteriores podrían ser capaces también, eventualmente, de producir efectos similares a los suscitados por estos.

De la misma forma en que la quimioterapia del Cáncer produce náuseas y vómitos anticipatorios condicionados, también puede esperarse que en algunas personas se produzcan efectos inmunológicos, condicionados indeseables en presencia de estimulaciones aparentemente neutras pero que en el pasado se han encontrado temporalmente a estímulos inmunodepresores incondicionados.

Por todo lo mencionado anteriormente, se considera que se dispone de la información y medios necesarios para que las personas puedan controlar en alguna medida la vulnerabilidad del organismo al VIH, y que esta afirmación es válida en las personas todavía no infectada que practican comportamientos de riesgo como para las cero positivas asintomáticas o las que ya poseen un diagnóstico de SIDA

La infección por VIH no es sinónima de SIDA

Vivir CON el virus o el que se detecten los anticuerpos que el mismo genera, no es lo mismo que padecer la enfermedad de SIDA. La persona portadora puede permanecer asintomático y en lo que concierne y se sabe hasta el momento, no hay tiempos definidos ni plazos fijos para la aparición de los síntomas relacionados con el SIDA; por otra parte, atentar en contra de la dignidad del individuo, establecer sentencia, diagnósticos o pronósticos o médicos que, aunque estén basados en estadísticas o porcentajes sobre la población de afectados, pierden validez al aplicarlos individualmente y restringe las alternativas de recuperación o de sostenimiento de una salud estable.

Independientemente del tiempo que una persona pueda vivir con el virus sin manifestar síntomas y el cual es incierto para todos los humanos, la persona tiene derecho de buscar la relación en los aspectos de la vida que le interesen, a que no se le segregue o aparte de los mecanismos de producción social tales como estudio o trabajo, y a que se le respete igual que cualquier otro individuo en su creatividad y su capacidad de optar.

Existe una serie de síntomas a la aparición del SIDA que se presentan a medida que el sistema inmune se debilita por acción del virus; igualmente se pueden presentar enfermedades concomitantes que dependiendo de su naturaleza pueden responder a los tratamientos médicos o antibióticos que no permiten el desarrollo y la evolución de la enfermedad a la fase SIDA y referirse tan solo a infección por VIH.

SIDA, es tan solo el proceso clínico o sintomático de la infección por VIH, que como concepto de mayor envergadura incluye la etapa donde se hacen presentes las enfermedades

debilitantes que amenazan la vida del sujeto. Por diversas razones, la persona enferma de SIDA no solo necesita de mayor apoyo en esta etapa sino que dado su estado de salud prácticamente el riesgo de transmisión por vía sexual se nidifican; se suprimen así otra razón a quienes discriminan por considerar peligroso algo tan merecedor de nuestra atención y respeto como una enfermedad y el enfrentamiento de la muerte que se hace a través de la misma (Pérez, 1991).

Actitud frente al SIDA

Más allá de la cantidad de afectados, la enfermedad ha producido un enorme alarmismo entre la población. La falta de información objetiva ha hecho que se aumenten los mitos y prejuicios, conllevando a actitud de rechazo y marginación de los enfermos o de las personas que viven con VIH, que no están justificadas.

Ante tales perspectivas, la prevención se torna en la única arma a nuestro alcance para evitar no-solo la aparición de nuevos casos, sino para disminuir la inquietud social que puede generar pánico y sentimientos de descontrol. El separar ideas erróneas de las verdades y los hechos es una función de cualquier tarea preventiva.

Se debe insistir en la necesidad de no discriminar a portadores ni a enfermos. Solo una aproximación positiva al problema que combata el miedo en el grupo social, permitirá al individuo, tomar decisiones responsables y realizar los cambios de comportamiento que le permitan mantenerse sano, ya sea que haya sido adquirido o no la infección, en cuyo caso deberá recibir el apoyo y comprensión necesario (Pérez, 1991).

Avances Biomédicos: El VIH/SIDA como enfermedad crónica

En el último año ha habido un cambio drástico en el conocimiento de los conceptos clínicos relacionados a la infección por VIH. Bayés (1995), plantea que por primera vez en la epidemia del VIH/SIDA se está manejando el concepto de una enfermedad crónica controlable similar a muchas otras enfermedades crónicas comunes en nuestros países. Por primera vez también, se ha discutido la posibilidad de remisión virológica completa, así como la posibilidad de una cura biológica.

Según Bayés (1995), no hay duda que desde comienzo de la epidemia se han llevado a cabo avances importantes en el tratamiento biomédico de la misma. Si bien, ninguno de los medicamentos comercializados hasta el momento, se ha mostrado capaz de eliminar el VIH, si han sido eficaces bastantes de ellos para combatir las enfermedades oportunistas y frenar hasta cierto punto la evolución de la infección, todo lo cual ha redundado en la prolongación de la longitud y calidad de la vida de los enfermos de VIH/SIDA; en otras palabras, medicamentos capaces de prolongar la cantidad de vida propiciando al mismo tiempo una buena calidad de vida. De esta forma, puede considerarse la infección por VIH como un trastorno crónico similar a una diabetes, susceptible de compensarse con una medicación adecuada -una especie de insulina-, Pero aun se pudiera alcanzar un resultado de este tipo, la solución, solo lo será verdaderamente si, paralelamente, somos capaces de aportar respuestas satisfactorias a dos cuestionamientos importantes: a) cómo resolver el problema de la transmisión a otras personas -la diabetes, por

ejemplo no se trasmite - y; b) como conseguir que el tratamiento sea económica y físicamente asequible a todas las personas infectadas.

En el caso de VIH/SIDA, existe una paradoja de que lo que puede ser bueno a escala individual quizá pueda no serlo tanto a escala colectiva. En efecto, a menos que se consiga que las personas infectadas practiquen siempre, sistemáticamente, estrictos comportamientos de prevención y no de riesgo, la epidemia seguirá expandiéndose; es decir, al aumentar la cantidad de vida de las personas infectadas, incrementa el resorbió de virus de la comunidad humana; al aumentar su calidad de vida, aumentamos la posibilidad que se practiquen comportamientos de riesgo.

Como un elemento diferencial entre el cáncer- otras de las plagas que diezman nuestra sociedad - y el VIH/SIDA señalaremos, aparte del carácter infeccioso de este último, el hecho de que mientras el cáncer suele ser, en general una enfermedad que afecta predominantemente a las personas maduras y ancianas, el VIH/SIDA se observa principalmente en jóvenes y en adultos en sus primeras etapas de madurez, que ven así culminado de manera abrupta su proyecto de vida.

"Puede señalar que esas enfermedades crónicas no infecciosas comparten con el SIDA una característica común, ya que la mayoría de ellas actúan, bien como un veneno de efectos sumamente lentos, de sabor agradable y apariencia inofensiva, bien esperando agazapadas la oportunidad de que algunos de los factores, en general mal conocidos, faciliten su aparición" (Bayés 1995).

Los riesgos de los hábitos que pueden llegar a perjudicar a una persona son, en gran parte, conocidos. El VIH/SIDA, a pesar de ser una enfermedad infecciosa, no se diferencia

esencialmente de las otras enfermedades importantes de nuestro tiempo. También tiene su origen en los hábitos humanos; es una enfermedad conductual y también, como hemos visto, los comportamientos que nos conduce a ella se encuentran perfectamente delimitados.

Las enfermedades conductuales pueden revertirse evitando los comportamientos que las originan, Ante este tipo de enfermedades cuyo origen se encuentra en comportamientos voluntarios, es importante, investigar y conocer con la mayor precisión posible tanto los factores que facilitan o dificultan la adopción y mantenimiento de los comportamientos de prevención, como los procesos involucrados en los comportamientos de riesgo y las características de los contextos socioculturales concretos en que los mismos aparecen para comprender así las reacciones de las personas ante un diagnóstico positivo.

El VIH/SIDA como enfermedad catastrófica

La mejor forma de comprender la evolución de la infección por el VIH consiste en considerarla como una interrelación entre el virus y el sistema inmunitario. Pueden distinguirse tres fases que reflejan la dinámica de la interacción virus huésped: una fase aguda precoz, una fase crónica media y una fase final de crisis.

La fase aguda precoz representa la respuesta inicial de un adulto inmunocompetente a la infección por el VIH. Se caracteriza por un alto nivel de producción de virus, una viremia y una siembra generalizada en los tejidos linfoides. Esta fase se asocia a una enfermedad aguda autolimitada que aparece en el 50 a 70 % de los adultos infectados por el VIH.

Entre las tres y seis semanas después de la infección, aparecen síntomas inespecíficos, tales como: dolor de garganta, mialgias, fiebres, erupción y a veces una meningitis aséptica.

La fase crónica media representa un estadio de contención relativa del virus que asocia un periodo de latencia clínica. Los pacientes son asintomático o desarrollan adenopatías persistentes con síntomas generales suelen ser suaves o no manifestarse en absoluto. Las adenopatías con síntomas importantes (fiebre, erupción, fatiga) reflejan el comienzo de la descompensación del sistema inmunitario.

La fase final o de crisis; se caracteriza por las defensas del huésped con consiguiente reactivación de la replicación del virus y la aparición de una enfermedad clínica. Es típico que los pacientes sufran fiebres de larga duración (más de un mes) , fatiga, pérdida de peso y diarreas, el recuento de las células CD4+ descendiente. Tras un periodo variable, sobrevienen graves infecciones oportunistas, neoplaxias secundarias a una enfermedad neurológica clínica, momento en el que se dice que el paciente ha desarrollado el SIDA.

En ausencia el tratamiento la mayoría, sino todos, los pacientes con infección del VIH progresan hacia el SIDA después de una fase crónica que suele durar de 7 a 10 años. Esta fase clínica latentes es mas corta en los que reciben grandes inóculos par entérales del VIH, sucede en las transfusiones de sangre, y puede ser mas larga en personas que reciben una profilaxis antiretroviral (Robbins 1995) .

Epidemiología del VIH/SIDA

La situación epidemiológica del VIH/SIDA en el mundo.

En la actualidad, la infección por VIH y el SIDA son los principales problemas de Salud Pública a nivel mundial, por las consecuencias que genera a nivel personal, familiar, social y económico.

A continuación se realizara una descripción de la situación epidemiológica en diferentes regiones del mundo, con énfasis en América Latina, especialmente en Colombia y Santander.

Desde su aparición en el mundo a principios de los ochenta, la epidemia de VIH/SIDA ha sido la causa de más de 25 millones de muertes, tres millones de ellas en el último año. Se estima que actualmente 40.3 millones de personas (intervalo: 36,7-45, 3 millones) viven con VIH o con sida y que en 2005 cerca de 5 millones contrajeron la infección, 700,000 de ellas menores de 15 años. África subsahariana sigue siendo la región más afectada; en el último quinquenio se ha reportado un creciente número de casos a nivel global, con excepción del Caribe, donde en los últimos dos años se ha observado una relativa estabilización en las prevalencias de infección en población general ONUSIDA/OMS, (2005).

Actualmente, en los países del África subsahariana, la prevalencia de infección en mujeres menores de 25 años, es dos a tres veces mayor que en hombres de la misma edad, el 57% de las personas adultas infectadas son mujeres y el 75% de los casos reportados en menores de 25 años corresponde a mujeres. En América del Norte el porcentaje de casos reportados en mujeres pasó del 20% en 2001 a 23% en 2004; en Europa Oriental y Asia Central de 32% en 2001 a 33% en 2004; en el Caribe de 48% en 2001 a 49% en 2004 y en América Latina de 35% en 2002 a 36% en 2004 (Tabla 1).

En América Latina, alrededor de 1,8 millones de personas (intervalo: 1,4-2,4 millones) están viviendo con el VIH. En 2003, unas 59.000 personas (intervalo: 65.000-110.000) fallecieron a causa del sida y otras 200.000 (intervalo: 140.000-340.000) contrajeron la infección. Para finales de 2005, el número estimado de muertes por sida en la región asciende a 66.000 (intervalo 52.000 -86.000). Entre los jóvenes de 15-24 años de edad, el 0.5% de las mujeres (intervalo: 0.4-0.6%) y el 0.8% de los hombres (intervalo: 0.6-0.9%) estaban viviendo con el VIH a finales del mismo año.

La epidemia de VIH es concentrada cuando la prevalencia en grupos poblacionales de alta vulnerabilidad (hombres que tienen sexo con hombres, o trabajadores sexuales) supera el 5% y en mujeres gestantes no es superior a 1%. En América Latina y el Caribe la epidemia ha sido ampliamente diversa desde sus inicios. En los países del Caribe se ha propagado por contacto heterosexual mientras que en la mayoría de países de América Latina, la epidemia se considera aún de tipo "concentrado" ¹ y afecta mayoritariamente a grupos específicos de población: hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas y población vinculada al comercio sexual. En los países andinos la epidemia se concentra principalmente entre HSH. Sin embargo, en Colombia se observa una progresiva tendencia a la generalización de la epidemia, particularmente en las regiones donde la transmisión por contacto heterosexual predominaba ya desde comienzos de los noventa ONUSIDA, (2004) . Aunque el nivel de propagación de la epidemia en Latinoamérica y el Caribe dista mucho de lo observado en África, las tendencias en los países son muy variables y pueden serlo aún más las tendencias recientes. Hace diez

años, Sudáfrica registraba datos de seroprevalencia similares a los reportados hoy por algunos países de Centroamérica y el Caribe, particularmente Haití, Honduras y Belice, donde el contacto heterosexual ha sido la forma predominante de transmisión del VIH.

Tabla 1.

Estadísticas y características regionales del VIH/SIDA 2005.

	Adultos y niños que vivían con el VIH	Nuevas Infecciones por el VIH en adultos y niños	Prevalencia del VIH en adultos %	Defunciones de adultos y niños por SIDA
África	25.8 millones	3.2 millones	7.2	2.4 millones
Subsahara	(23.8- 28.9 millones)	(2.8-	(6.6- 8.0)	(2.1-2.7 millones)
Asia	7.4 millones	990.000	0.7	480.000
Meridional y Sudoriental	4.5- 11.0 millones	(480.000- 2.4 millones)	(0.4-1.0)	(290.000- 740.000)
América Latina	1.8 millones	200.000	0.6	66.000
	(1.4-2.4 millones)	(130.000- 360.000)	(0.5-0.8)	(52.000- 86.000)
Caribe	300.000	30.000	1.6	24.000
	(200.000- 510.000)	(17.000- 71.000)	(1.1- 2.7)	(16.000- 40.000)
Europa	1.6 millones	270.000	0.9	62.000
Oriental y Asia Central	(990.000-2.3 millones)	(140.000- 610.000)	(0.6- 1.3)	(39.000- 91.000)
Europa Occidental y Central	720.000	22.000	0.3	12.000
	(570.000- 890.000)	(15.000- 39.000)	(0.2-0.4)	15.000
América del Norte	1.2 millones	43.000	0.7	18.000
	(650.000-1.8 millones)	(15.000- 120.000)	(0.4-1.1)	(9.000- 30.000)

Fuente: Informe situación de la epidemia del SIDA, diciembre 2005. ONUSIDA

En función de los últimos informes de ONUSIDA (2005), se estableció que la incidencia del VIH en el mundo sigue aumentando. Con relación a los mecanismos de transmisión del VIH, estos varían de una zona geográfica a otra. Así, En África Subhariana y en América Latina la principal vía de transmisión es la sexual (homosexual, heterosexual y bisexual) , la más frecuente en España y Argentina es la transmisión sanguínea (vía parental por consumo de drogas); y por último, la transmisión de madre a hijo es la más frecuente en las poblaciones África Subhariana (Bastos, Strathdee, Derricoy Pina, 1999; Bermudez y Teva- Alvarez, 2003; Buena-Casel et al., 2001). Asia tiene niveles bajos de prevalencia de VIH/SIDA, sin embargo cuenta con una población muy elevada, lo que hace significativa la prevalencia. En China, la infección por VIH/SIDA se da principalmente por consumo de drogas intravenosas y por tener relaciones sexuales sin protección con trabajadores sexuales. En la India, la infección por VIH/SIDA es mucho más variada que en China, ya que se presenta principalmente en trabajadores sexuales (50% de prevalencia) y en mujeres embarazadas (1%), aunque actualmente abarca a toda la población de menor de 25 años que tienen mayor número de conductas sexuales de riesgo. En el Japón la infección por el VIH/SIDA se da entre hombres que tienen relaciones con hombres, y a la vez infectan a su pareja mujer (ONUSIDA, 2004-2005).

La infección por el VIH/SIDA en Europa Oriental y Asia Central varía en cada región. La federación de Rusia y Ucrania han sido las regiones más afectadas, aunque la infección por el VIH/SIDA se encuentra en su etapa inicial, afectando principalmente a personas menores de 30 años que

consumen drogas intravenosa y su principal medio de transmisión es la vía sexual (ONUSIDA, 2004-2005). De igual forma en la zona de Oceanía, Australia es el país en el cual ha aumentado progresivamente la infección por VIH/SIDA por la transmisión homosexual y el consumo de drogas intravenosas. En Papua, Nueva Guinea, la infección por el VIH se presenta principalmente entre mujeres trabajadoras sexuales y entre heterosexuales (ONUSIDA, 2004-2005) .

En el Oriente Medio y el África del Norte, el país mas afectado por el VIH es Sudan, siendo su principal medio de transmisión las relaciones homosexuales y el consumo de drogas. En Marruecos la principal vía de transmisión es la heterosexual, aunque actualmente se esta incrementando entre homosexuales y consumidores de drogas. En Marruecos hay una dificultad para describir epidemiológicamente la infección por el VIH/SIDA ante la falta de información sobre los casos de personas diagnosticadas (ONUSIDA, 2004-2005) . Finalmente en América del Norte, Europa Central y Occidental, la infección por VIH/SIDA, se dio principalmente en hombres homosexuales y en consumidores de drogas; sin embargo, como en otras regiones del mundo la infección se esta expandiendo a la población heterosexual de conductas sexuales de riesgo. En los Estados Unidos de América ha variado la infección por el VIH ya que esta afectando a las personas Afro-americana y a las mujeres. De igual forma, en Europa Occidental se ha incrementado la infección por el VIH entre heterosexuales. En Inglaterra la infección es un problema grave de salud. Y en los países como Portugal, Francia, Italia y los países Bajos el consumo de drogas es el principal mecanismo de transmisión de VIH ONUSIDA, (2004-2005).

A nivel mundial, el grupo de edad donde se presenta el mayor número de casos de VIH/SIDA es el comprendido entre los 15 y los 34 años. Este grupo es relevante, no solo por el aumento de casos de VIH/SIDA en la población adolescentes, sino por ser también la etapa de la vida económicamente mas productiva; en cuanto a las diferencias por sexo, la infección de VIH/ SIDA ha predominado en la población masculina, sin embargo, se incrementan los casos en las mujeres representando casi el 50% de las infecciones por VIH/SIDA a nivel mundial (ONUSIDA 2004, 2005). A su vez más de dos millones de personas que vivian en el 2004 con VIH/SIDA son menores de 15 años (ONUSIDA 2004).

La situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Caribe y América Latina.

El Caribe es el segundo lugar en el mundo que presenta mayor número de casos de VIH/SIDA, con una prevalencia superior al 2%. Finalizando el 2004 el 3,1% de las mujeres y el 1,7 de los varones entre 15 y 24 años tenían VIH, siendo mayor el riesgo para las mujeres por tener relaciones sexuales con personas de mayor edad, tener menor nivel educativo y económico, de igual forma, se establece que las regiones mas afectadas del caribe son las zonas mas turísticas como por ejemplo Jamaica y Republica Dominicana. La principal vía de transmisión del VIH es la sexual, concretamente entre personas heterosexuales, sin embargo, en Puerto Rico el mayor porcentaje de infección por el VIH se relaciona con el consumo de sustancias psicoactivas intravenosas (ONUSIDA, 2004). Las diferentes intervenciones como educativas para la prevención del VIH, como los controles a las mujeres embarazadas y el acceso a los

tratamientos antirretrovirales en la región del Caribe han logrado disminuir el número de casos de VIH/SIDA en los últimos tres años, aunque no se tiene controlado del todo la infección por el VIH. Entre los países que conforman el Caribe se dan diferencias en el acceso a los tratamientos y las intervenciones preventivas con base a sus condiciones socioeconómicas y políticas, como el caso de Cuba donde se tiene acceso gratuito al tratamiento antirretroviral para las personas diagnosticadas y la incidencia de casos de VIH no es tan alta como en otros países del caribe (ONUSIDA, 2004) .

En América Latina la infección por VIH afecta a casi dos millones de personas presentando diferencia entre los países, la principal vía de transmisión del VIH es la sexual, segunda del consumo de drogas (ONUSIDA, 2003b).

Otros estudios establecen que en América Latina la transmisión sexual del VIH se da predominantemente entre homosexuales a excepción de la zona sur y de Brasil, cuya principal vía de transmisión es el consumo de drogas intravenosas (García Abreu et al., 2004; García Calleja et al., 2002). ONUSIDA, (2004), estima que el 0,5% de las mujeres y el 0,8% de los varones entre los 15 y 24 años eran diagnosticados de VIH/SIDA a finales del 2004 en Colombia. Brasil es el país Latinoamericano con más casos de VIH/SIDA, siendo la infección por VIH cada vez menos homogénea, ya que se ha extendido a diferentes poblaciones homosexuales y heterosexuales, al igual que a los consumidores de drogas inyectables. En Argentina los casos se concentran en la capital y se ha relacionado el riesgo frente a la infección por el VIH a las creencias económicas y educativas de algunos sectores de la población, de igual forma, entre los principales mecanismos de transmisión del

VIH se encuentra el consumo de drogas inyectables y las relaciones sexuales sin protección entre homosexuales. En Uruguay la principal forma de transmisión del VIH se presenta entre consumidores de drogas intravenosas y sus parejas sexuales (ONUSIDA, 2004) . En otros países como el Perú, Costa Rica y Venezuela se han incrementado el número de casos del VIH principalmente por transmisión homosexual. En Bolivia la transmisión del VIH entre los trabajadores sexuales es alta porque el uso de preservativo no es frecuente en sus relaciones sexuales.

Las condiciones socioeconómicas de los países Latinoamericanos que en muchas regiones son bastante bajas, y la carencia de condiciones sanitarias adecuadas influyen tanto en el acceso de los análisis clínicos para el diagnóstico del VIH como para el inicio de los tratamientos antirretrovirales en la población en general. (ONUSIDA, 2004). Una de las principales preocupaciones con relación a la infección por VIH es la incidencia del VIH principalmente en las personas que están en edades reproductivas. Aunque la infección ha disminuido en grupos de alto riesgo como los hombres homosexuales y los consumidores de drogas, se sigue orientando las estrategias de intervención hacia otras poblaciones García Abreu et al, (2004); sin embargo en el informe de ONUSIDA (2004) se plantea que la infección por VIH se ha ampliado a la población en general, principalmente, a mujeres y adolescentes. Una de las dificultades en el control epidemiológico en América Latina es la deficiencia en los procesos de notificación de los casos de VIH/SIDA, al igual que los problemas políticos, técnicos y sociales causados por las reformas en el sector de la salud, que no permiten el fortalecimiento de una estructura integrada de

funcionamiento para el manejo adecuado de la infección por VIH García Abreu et al., (2004) .

Colombia es uno de los países donde no se cuenta con suficiente información epidemiológica sobre la infección por el VIH, según el informe de la epidemiología de SIDA del 2004 ONUSIDA, (2004); Buela-Casal, et al. (2001) analizan la situación del VIH/SIDA en Latinoamérica y establecen los niveles de prevalencia del VIH/SIDA y los principales mecanismos de transmisión del VIH en cada uno de los países; situando a Colombia entre los países con prevalencia media de casos de VIH/SIDA y siendo el principal mecanismo de transmisión del VIH el sexual, (hetero y homosexual). Con estos estudios se identifica la necesidad y la importancia de realizar un análisis epidemiológico del VIH/SIDA, principalmente en los países Latinoamericanos en los cuales existen pocos estudios y en especial en Colombia.

En Colombia se diagnosticaron los primeros casos del VIH/SIDA hace 23 años.

En los últimos estudios, Colombia se ha considerado como un país con infección concentrada, principalmente por el alto porcentaje de transmisión del VIH en un grupo de riesgo, (p.ej. homosexuales) y una baja incidencia de transmisión vertical del VIH García, 2003; Walker et al., (2001) . Sin embargo, en los últimos años ha aumentado la incidencia de VIH/SIDA entre heterosexuales, principalmente por el poco uso del preservativo en las relaciones sexuales con la pareja estable, al igual que por tener relaciones sexuales con varias personas sin el uso del preservativo, entre otras conductas de riesgo Ali, Cleland y Shah, (2004). Es importante mencionar que desde 1997 hasta el 2003 se han reportado entre 1500 y 2000 defunciones anuales a

causa del SIDA, sin embargo, en los años anteriores a 1997 no se encuentran registradas las defunciones por el SIDA (DAÑE, 2004a). De los casos diagnosticados de VIH/SIDA entre enero y junio del 2004 el 4% han fallecido MINSALUD, (2004). Según Buelva-Casel et al» (2001) en el año 1998 la prevalencia media de casos de VIH/SIDA en Colombia va en función de diferentes variables como son las regiones geográficas del país, el sexo, la edad y el mecanismo de transmisión del VIH.

Como se observa en la tabla 1. Colombia es un país con prevalencia media de casos de VIH/SIDA de 0,94, ubicándolo en un nivel de prevalencia muy superior según la clasificación establecida por Bermúdez y Teba, (2004b).

Tabla 2.

Prevalencia media de casos de VIH/SIDA por cada mil habitantes en los Departamentos de Colombia entre 1983 y 2004.

Departamentos	Población estimada 2004	Nº de casos	Prevalencia media por cada 1.000 habitantes
Amazonas	78.403	47	0,60
Antioquia	5.685.198	6.709	1,18
Arauca	273.136	104	0,38
San Andrés y Providencia	2.063.451	106	1,30
Atlántico	2.321.446	1.961	0,84
Bolívar	2.184.227	1.038	0,48
Boyacá	1.404.309	224	0,16
Caldas	1.159.779	393	0,34
Caquetá	455.508	144	0,32
Casanare	317.406	73	0,23
Cauca	1.344.487	137	0,10
Cesar	1.034.435	707	0,68
Chocó	413.905	31	0,07
Córdoba	1.381.851	523	0,38
Cundinamarca	9.335.463	11.312	1,21
Guainía	41.990	6	0,14
Guaviare	130.076	242	1,86
Hulla	982.263	814	0,83

La Guajira	517.359	213	0,41
Magdalena	1.380.971	354	0,2c
Meta	758.316	763	1,01
Norte de Santander	1.464.956	1.384	0,94
Marinõ	1.747.711	336	0,19
Pu turna yo	369.357	168	0,45
Quinõlo	603.185	850	1,41
Risaraída	1.009.556	1.479	1,47
Santander	2.063.451	1.600	0,78
Sucre	854.948	225	0,26
Tolima	1.312.703	540	0,41
Valle del Cauca	4.460.850	10.155	2,28
Vaupes	32.510	5	0,15
Vichada	93,745	14	0,15
Total	45.294.953	42.657	0,94

1 Población estimada 2004 (DAÑE, 2004b.) .

2 Número de Casos VIH/SIDA en Colombia 1983-2004 (ONUSIDA, 2003a; INSALUD, 2005) .

Nivel de Prevalencia Muy Superior	Valle del Cauca	2,28
	Guaviare	1,86
	Risaralda	1,47
	Quindío	1,41
	San Andrés y Providencia	1,30
	Cundinamarca	1,21
	Antioquia	1,18
	Meta	1,01
	Norte de Santander	0,94
	Atlántico	0,84
	Huila	0,83
Santander	0,78	
Nivel de Prevalencia Alta	Cesar	0,68
	Amazonas	0,60
	Bolívar	0,48
Nivel de Prevalencia Media	Ptutumayo	0,45
	Tolima	0,41
	Guajira	0,41
	Arauca	0,38
	Córdoba	0,38
	Caldas	0,34
	Cagueta	0,32
	Sucre	0,26
	Magdalena	0,26
	Casanare	0,23
	Nariño	0,19
	Boyacá	0,16
	Vichada	0,15
	Vaupés	0,15
	Guainía	0,14
Nivel de Prevalencia Baja	Cauca	0,09
	Chocó	0,07

Figura 1. Clasificación de los Departamentos de Colombia según la prevalencia media de casos de VIH/SIDA por cada 1.000 habitantes entre 1983 y 2004.

Como se muestra en la Figura 1, el 37,5% de los Departamentos de Colombia se encuentra en un nivel de prevalencia muy superior, un 9,4% en un nivel de prevalencia alto, un 46,8% en un nivel de prevalencia medio y un 6,3% con prevalencia baja. Los Departamentos con mayor prevalencia de casos de VIH/SIDA en Colombia son el Departamento del Valle del Cauca y el Departamento del Guaviare. La mayoría de los Departamentos de Colombia tienen una prevalencia del VIH/SIDA muy superior y media, lo cual es de alto riesgo para la mayoría de la población colombiana. Los Departamentos que presentan mayor prevalencia de casos de VIH/SIDA son el Valle del Cauca (2,28) y el Guaviare (1,86). Es importante mencionar que aunque el Guaviare en años anteriores ha tenido un incremento de casos de VIH/SIDA, no era uno de los Departamentos de Colombia de mayor prevalencia de casos de VIH/SIDA; sin embargo, el aumento de los aportes económicos en esta zona por parte del gobierno nacional permite acercarse a poblaciones mucho más alejadas geográficamente de la capital, incrementando el número de diagnósticos del VIH por el acceso gratuito a la prueba diagnóstica del VIH (Serna y Torres, 2003) . En el 2004, los Departamentos de Cundinamarca y el Valle del Cauca representan el 56,32% de los casos nuevos de VIH/SIDA en Colombia. La prevalencia en ciertos Departamentos puede cambiar debido a fallos en el sistema de notificación de casos de VIH/SIDA en Colombia (Prieto, 2003) . Por tanto, las diferencias encontradas en cada uno de los Departamentos de Colombia, sugieren tener un mayor control epidemiológico por medio del registro sistemático de casos de VIH/SIDA en todas las regiones y conocer con mayor profundidad las ideologías, las costumbres, los comportamientos de cada región ya que son

fundamentales en la efectividad de los programas de prevención de la infección por el VIH Netting y Burnett, (2004).

El análisis de la infección por el VIH/SIDA es fundamental realizarlo en función del sexo y en función del mecanismo de transmisión del VIH, ya que permite conocer dirigir las campañas preventivas y educativas. Como se observa en la Tabla 2, el 81,3% de los casos de VIH/SIDA corresponden a los varones, comparado con un 18% en las mujeres.

Tabla 3.

Porcentaje de distribución de los casos de VIH/SIDA según el sexo en Colombia entre 1983 y 2003.

Sexo	N° de casos	%
Mujeres	7.213	18
Varones	32.593	81, 3
Sin Dato	266	0, 66
Total	40.072	100

Fuente: ONUSIDA, 2003.

Con relación a los mecanismos de transmisión del VIH, en Colombia el 60% de los casos de VIH/SIDA, han sido por transmisión sexual: el 30,82% por transmisión heterosexual, el 17,12% por transmisión homosexual y el 10,18% por transmisión bisexual (Véase Tabla 3) . Es importante resaltar que en un 39,41% de los casos de VIH/SIDA no se tiene conocimiento del mecanismo de transmisión del VIH. Se presentan transmisiones del VIH por vía sanguínea siendo en el 0,47% de los casos de VIH/SIDA, en el cual predomina la transmisión del VIH por transfusiones (0,40%), y se dan pocos casos por transmisión parenteral (0,07%) (Véase Tabla 3) .

Las campañas preventivas frente a la infección por el VIH se han orientado principalmente hacia la población homosexual, por lo cual la población heterosexual solo se cubre con el programa de prevención de la transmisión vertical y las campañas de prevención del VIH que se han realizado por publicidad en radio y televisión.

Aunque la transmisión vertical reporte el 1,86% de los casos de VIH/SIDA en Colombia, se ha logrado, con el inicio de la medicación antirretroviral en mujeres embarazadas diagnosticadas de VIH/SIDA, disminuir la probabilidad de transmisión vertical García, (2003) . Por tanto, es importante mencionar que el inicio del tratamiento antirretroviral a menor tiempo de embarazo ha contribuido a que la infección del VIH de madre a hijo solo se de en el 30% de los casos de VIH/SIDA Boerman y Whitworth, 1998; Vidal et al., (2001).

Tabla 4.

Porcentaje de distribución de los casos de VIH/SIDA según el mecanismo de transmisión en Colombia entre 1983 y 2003.

Mecanismos de transmisión	Nº de casos	%
Sexual- Homosexual	6.864	17,12
Sexual- Heterosexual	12.352	30,82
Sexual- Bisexual	4.078	10,18
Vertical (Madre a Hijo)	747	1,86
Sanguínea (Transfusiones)	162	0,40
Sanguínea (UDI)	28	0,07
Accidente de trabajo	17	0,04
Desconocido	15.794	39,41
Otros	30	0,07
Total	40.072	100

Fuente: ONUSIDA, 2003.

En función de la edad, el mayor porcentaje de casos de VIH/SIDA se presenta en personas entre los 25 y los 34 años (36,71%), seguido del grupo de edad entre los 35 y 44 años (22,31%). De igual forma, el porcentaje de infección por el VIH en personas entre los 15 y los 24 años es de 16, 16% (Tabla 4) . En la actualidad, la población colombiana de mayor riesgo frente al VIH/SIDA es la comprendida entre los 15 y los 44 años, ya que el 75,12% de los casos de VIH/SIDA están en este rango de edad. En el primer semestre del 2004, el 78,7% de los casos nuevos de VIH/SIDA se da entre los 15 y los 44 años de edad, manteniéndose esta edad como de mayor número de casos de VIH/SIDA registrados. En esta etapa se encuentran los adolescentes que inician sus relaciones sexuales a temprana edad sin el conocimiento suficiente sobre los mecanismos de transmisión de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y las formas de prevención en algunas de ellas García, (2003). Por tanto, la adolescencia y la edad adulta temprana son las etapas de la vida en las cuales se dan la mayoría de las infecciones por el VIH, aunque sean diagnosticadas años más tarde Bermúdez y Teba- Álvarez, (2003).

Tabla 5.

Porcentaje de distribución de los casos de VIH/SIDA según los grupos de edad en Colombia entre 1983 y 2003.

Grupos de edad	N° de casos	%
De 0 a 4 años	1.266	3, 16
De 5 a 14 años	282	0, 70
De 15 a 24 años	6.475	16, 16
De 25 a 34 años	14.709	36, 71

De 35 a 44 años	8.940	22, 31
De 45a 59 años	3.774	9, 42
De 60 a mas años	680	1,47
Edad desconocida	3.946	9, 85
Total	40.072	100

Fuente: ONUSIDA, 2003.

En el primer semestre del 2004 se diagnosticaron 1.512 casos de VIH/SIDA entre los diferentes Departamentos de Colombia; y en función de la edad se distribuyen en mayor proporción entre los 15 y los 44 años, representando un 78,7% de los casos de VIH/SIDA, seguido de un 15,74% en las edades comprendidas entre los 45 y 64 años (Véase Tabla 5). No se obtuvo información sobre la distribución de los casos de VIH/SIDA en el primer semestre del 2004 según el mecanismo de transmisión del VIH, ya que la entidad responsable no tiene clasificada la información en función del mecanismo de transmisión. Adicionalmente, los datos sobre VIH/SIDA del segundo semestre del 2004 no están clasificados en función del sexo, la edad y el mecanismo de transmisión.

Tabla 6.

Porcentaje de distribución de los casos nuevos de VIH/SIDA según los grupos de edad en Colombia. Primer semestre 2004.

Grupos de edad	N° de casos	%
Menores de un año	23	1, 52
De 1 a 4 años	14	0, 92
De 5 a 14 años	25	1, 65
De 15 a 44 años	1. 190	78,70

De 45 a 64 años	238	15, 74
De 65 a mas años	18	1, 19
Edad desconocida	4	0, 26
Total	1.512	100

Fuente: INSALUD, 2004.

Según, en el informe de *United Nations Children's Foundation* UNICEF, (2003) en Colombia desde 1983 hasta el 2001, existen aproximadamente 836 adolescentes entre 10 y 19 años viviendo con VIH/SIDA y los 8.419 jóvenes entre los 20 y 29 años que también viven con el virus. Por tanto, a nivel mundial desde 1999, el principal énfasis de la prevención frente al VIH se orienta hacia la población adolescente ONUSIDA, (2003); Schwartländer et al., (2001); de igual forma, es una de las principales líneas de acción en Colombia aunque no se ha logrado un abordaje total y efectivo de los adolescentes sobre todo en adolescentes no escolarizados ONUSIDA y Ministerio de

Protección Social, (2004). A pesar de que las campañas educativas se realizan tanto en las entidades públicas como privadas, no se ha logrado una cobertura total de la población adolescente y mucho menos tener una medición sistemática del efecto de las estrategias preventivas del VIH sobre las conductas de los adolescentes. Según el Plan Intersectorial de Respuesta ante el VIH/SIDA 2004-2007, el principal énfasis en los próximos tres años se hará en la prevención de la infección por el VIH en la población adolescente y las mujeres embarazadas, vinculando a los sectores gubernamentales y no gubernamentales del país ONUSIDA y Ministerio de Protección Social, (2004).

El incremento de los casos de VIH/SIDA en cualquier población tiene implicaciones legales, económicas, sociales y psicológicas. La cobertura de los tratamientos

antirretrovirales para el VIH/SIDA es una de las principales preocupaciones de los organismos gubernamentales de cada país, teniendo en cuenta que solo el 7% de las personas diagnosticadas de VIH/SIDA en países subdesarrollados tiene acceso a los tratamientos (García Abreu et al., 2004; ONUSIDA, 2004a). Aunque no todos los países en América Latina cuentan con legislación específica para el diagnóstico y el tratamiento de la infección por el VIH/SIDA, Colombia es uno de los países Latinoamericanos que cuenta con la legislación (Decreto 1543, 1997) y con el establecimiento de la cobertura gratuita de los tratamientos antirretrovirales para las personas diagnosticadas de VIH/SIDA (Chequer, Cuchí, Mazin y García Calleja, 2002).

Sin embargo, se presentan muchas dificultades para el acceso a los tratamientos antirretrovirales, no solo por el desconocimiento de los derechos por parte de las personas diagnosticadas de VIH sino también por las trabas administrativas en las instituciones de salud para prescribir el tratamiento antirretroviral.

Otros autores como Opuni et al. (2002), al estimar los recursos necesarios para lograr una cobertura de la infección por el VIH/SIDA en América Latina y el Caribe para el 2005, establecen que el 51% del presupuesto para el VIH/SIDA se invertiría en los tratamientos antirretrovirales y solo un 5% estaría invertido en los adolescentes.

Teniendo en cuenta estas estimaciones, es fundamental continuar con las diferentes estrategias de prevención del VIH para contribuir a la reducción de la incidencia de casos por el VIH/SIDA, ya que no se cuenta con los recursos necesarios para una cobertura integral de la situación. Por

otra parte, el aumento de los casos de VIH en personas heterosexuales afecta la estructura familiar al perder en muchas ocasiones a alguno de los miembros de la familia, generando dificultades en el cuidado de los hijos o del cónyuge y la orfandad (Schwartländer et al., 2001). Por lo tanto, las personas diagnosticadas por el VIH/SIDA son un grupo poblacional importante para las intervenciones con relación al VIH.

Las implicaciones psicológicas de la infección por el VIH/SIDA son otra dificultad importante, principalmente, en las personas diagnosticadas de VIH/SIDA; ya que desde el momento del diagnóstico, están afrontando permanentemente la enfermedad, las enfermedades oportunistas y las consecuencias a nivel psicopatológico como la depresión y la ansiedad (Vera- Villarroel, Pérez, Moreno y Allende, 2004) . En la medida en que las personas diagnosticadas de VIH/SIDA se concienten de su situación y su participación en la generación de los nuevos casos de VIH, se tendría otra fuente de control de la epidemia. A su vez, al ser más rigurosa la notificación del mecanismo de transmisión del VIH, también se podría obtener información más fiable del comportamiento de las personas diagnosticadas y así reorientar las intervenciones preventivas frente al VIH/SIDA (Pisani et al., 2003).

El incremento del número de casos de VIH/SIDA en Colombia hace necesario el desarrollo e implementación de estrategias integrales de prevención e intervención, centrándose principalmente en la transmisión del VIH a nivel sexual y vertical (García, 2003; García Abreu et al., 2004; Míguez-Burbano et al., 2001). Sin embargo, en función de los resultados obtenidos es fundamental la reorientación de las políticas de prevención de la infección por el VIH

teniendo en cuenta el incremento de los casos en las personas heterosexuales. Adicionalmente, Cáceres (2002) subraya la importancia de diseñar una intervención acorde con las características socioculturales de los homosexuales; no solo porque han sido el grupo poblacional más afectado sino también por su trabajo activo en los procesos de prevención del VIH y defensa de los derechos humanos de las personas diagnosticadas de VIH/SIDA. En síntesis, no solo se deben focalizar las estrategias preventivas del VIH en poblaciones de alto riesgo sino que también se deben incluir estrategias orientadas a la población general enfatizando a su vez en la prevención del consumo de drogas y las conductas sexuales de riesgo.

La prevención de la transmisión vertical del VIH, es uno de los objetivos de mayor inversión y trabajo multidisciplinar. El incremento de los casos de VIH en las mujeres que reportan casi el 20% de la infección por el VIH, exige un cambio en las estrategias de educación y prevención del VIH, teniendo en cuenta las conductas de riesgo asumidas, principalmente con la pareja estable. A su vez, se ha identificado una relación entre las ETS y la infección por el VIH/SIDA en mujeres colombianas y su bajo uso del preservativo en las relaciones sexuales (Míguez-Burbano et al., 2002). Una de las estrategias de prevención es educar a la población sobre la combinación de métodos anticonceptivos y métodos que protejan de la infección por el VIH, como es el caso del preservativo (Ali et al., 2004) . Sin embargo, como lo plantean Miguez-Burbano et al. (2002) esto implica mayor claridad en los conceptos sobre los métodos anticonceptivos y el inicio de un trabajo interdisciplinario con los ginecólogos, que son los que más

se relacionan con las problemáticas sexuales de las mujeres.

Aunque el consumo de drogas no se había establecido como una forma de transmisión del VIH frecuente en algunos países de América Latina como es el caso de Colombia; en los últimos años, en Colombia se han incrementado el número de casos de

VIH/SIDA por consumo de drogas intravenosas, principalmente relacionado con los intercambios con turistas extranjeros (Magis Rodríguez, Marques y Touzé, 2002) . Con base en los datos aportados por ONUSIDA (2003a) la transmisión del VIH por consumo de drogas no es alto, aunque como lo plantean García Abreu et al. (2004) se deben continuar con los controles sobre el consumo de drogas por su relación con el VIH.

Otros autores como Ramisetty-Mikler, Caetano, Goebert y Nishimura (2004) enfatizan en la relación entre conductas sexuales de riesgo y el consumo de drogas, lo cual puede ser un foco de intervención preventiva en la población colombiana teniendo en cuenta que actualmente no se presentan muchos casos de transmisión del VIH por consumo de drogas y se pueden realizar campañas informativas y educativas sobre la relación del VIH y las drogas, y su prevención.

Colombia es uno de los países de América Latina considerado dentro del grupo con poca calidad en el registro epidemiológico del VIH/SIDA (García Abreu et al., 2004; Walker et al., 2001); es fundamental tener presente que en el 39,4% de los casos diagnosticados de VIH/SIDA en Colombia hasta el 2003 no se conoce el mecanismo de transmisión del VIH por fallos en el sistema de registro epidemiológico. En consecuencia, actualmente se asigna

mayor presupuesto al control epidemiológico y a la mejora del sistema de registro de los casos de VIH con las entidades responsables a nivel nacional. Esta ha sido una de las principales dificultades para tener datos más fiables y disminuir los sub-registros de la infección por el VIH/SIDA (Prieto, 2003). Se están realizando esfuerzos para vincular a los laboratorios clínicos en los informes epidemiológicos y brindarles capacitación técnica, teniendo en cuenta las inconsistencias encontradas en los casos sobre el VIH/SIDA (Aguirre, Buitrago, Salamanca, López y Prieto, 2004; García, 2003).

Finalmente, se deben generar estrategias de prevención del VIH mucho más efectivas y que se diferencien no solo por mecanismo de transmisión del VIH sino también teniendo en cuenta el sexo, la edad y las regiones geográficas, según las diferencias en prevalencia y las proporciones de los casos de VIH/SIDA en cada una de las regiones de Colombia. De igual forma, se deben continuar los controles epidemiológicos con informes sistemáticos, y con mayor cobertura para tener una caracterización de la infección por el VIH mucho más consistente entre las diferentes entidades responsables. La población adolescente se convierte en el centro de atención para la prevención de la infección por el VIH y para la atención integral en los adolescentes diagnosticados de VIH/SIDA.

En Santander los datos que se obtuvieron, son del año 2006, los cuales fueron suministrados por la Secretaría Municipal en la sección de prevención de infecciones de transmisión sexual y SIDA. (2007 Los datos obtenidos hacen referencia a los datos que se han notificado en Santander desde 19986 hasta el 2006, los casos de VIH/SIDA de las los municipios del departamento, los modos como estas se han

transmitido, la distribución por sexo, por edad, por orientación sexual y el estado actual del VIH/SIDA en la población Santandereana.

**CASOS NOTIFICADOS INFECCION VIH/SIDA
SANTANDER. 1986 - 2006**



ACUMULADO: 2378 CASOS NOTIFICADOS

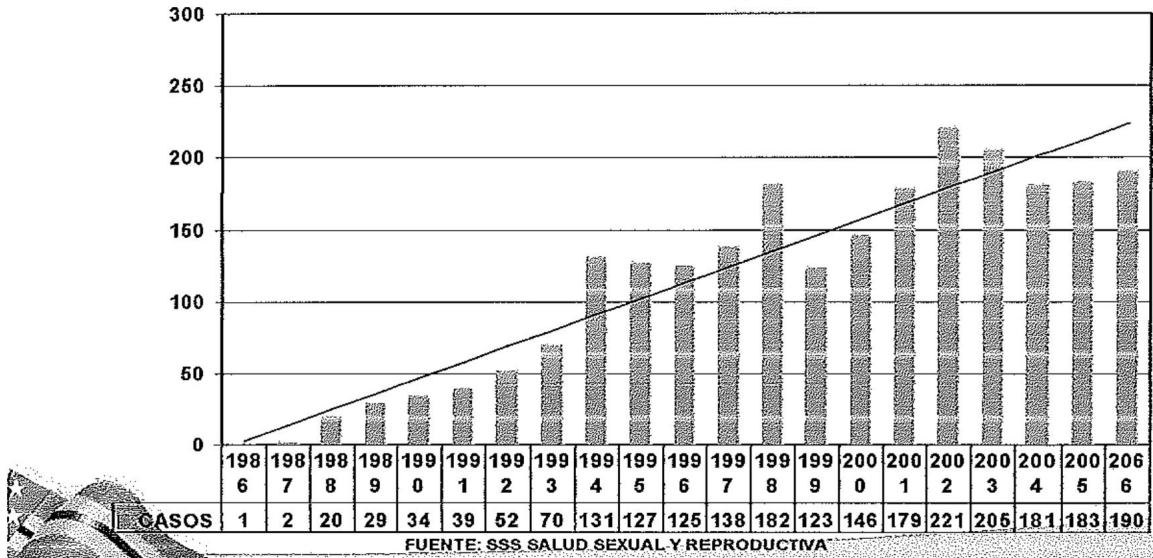
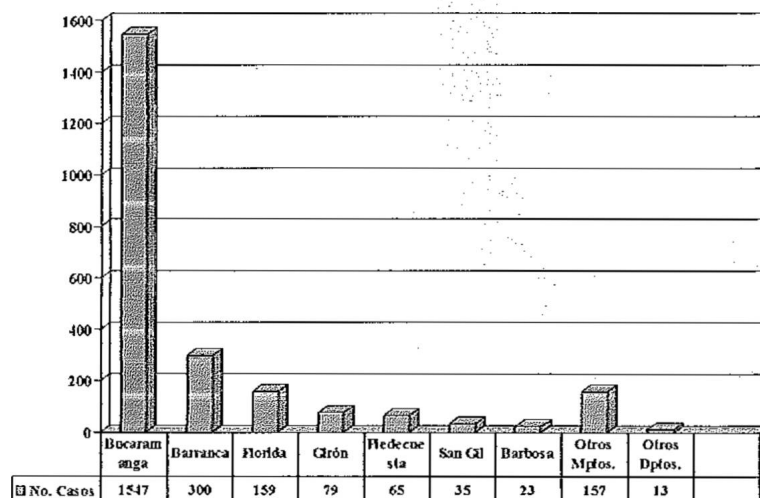


Figura 2. Casos notificados infección VIH/SIDA Santander. 1986-2006

Los datos que nos proporciona la Figura 2, presenta los 2.378 casos notificados de infección por VIH/SIDA en Santander a partir del año 1986 hasta el año 2006. En los primeros ocho años los casos notificados no pasan de 100, donde el índice menor es en el año 1986 con un caso oficializado y en el año de 1993 se notificaron aproximadamente 70 casos. En 1994 se dispara la tasa de notificación aproximadamente a 135 casos reportados de personas infectadas con VIH/SIDA, Además se observa que este promedio se mantiene hasta el año de 1997, en el año

de 1998 se observa un incremento de 47 casos reportados, en el siguiente año se observa que hay un descenso en los casos, bajando estos a 130 notificaciones aproximadamente, en los siguientes años ascienden nuevamente de manera progresiva hasta el 2001. En el año 2002 se observa el mayor índice de casos notificados de infección por VIH/SIDA en Santander, donde este se eleva a 221 casos, y los datos de los últimos cuatro años están en un promedio de 190 casos de infección por VIH/SIDA en el Departamento de Santander.

**CASOS DE VIH / SIDA
SANTANDER 1986 - 2006**



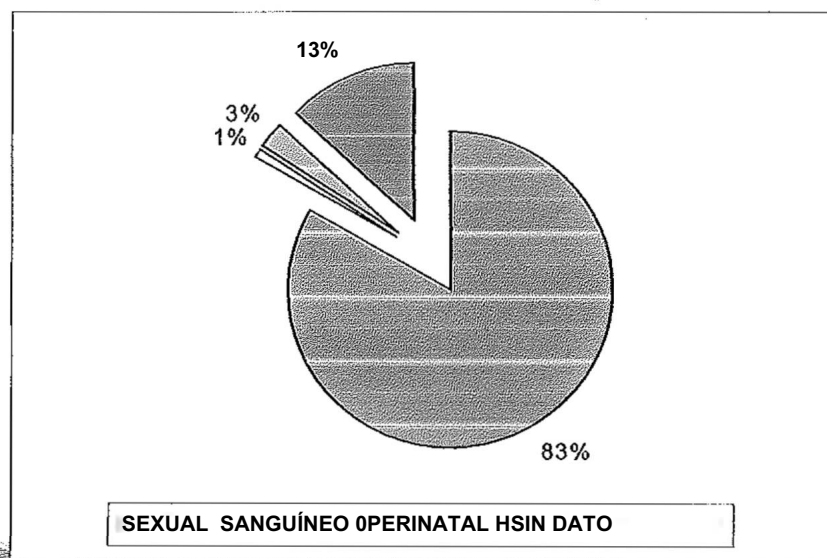
FUENTE: SSS SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Figura 3. Casos de VIH/SIDA SANTANDER 1986- 2006

Como podemos observar en la figura 3 el mayor número de casos reportados desde 1986 a 2006 fue en la ciudad de Bucaramanga con cifras realmente preocupantes de 1.547

casos reportados de manera igualmente alarmante se encuentran los municipios de Barrancabermeja con 300 casos reportados en este intervalo de años y Florida-blanca con 159 casos reportados; municipios como Girón y Piedecuesta registran un promedio de 72 casos reportados, San Gil con 35 casos y Barbosa con 23; el resto de los municipios de Santander reportaron en su totalidad 157 casos mientras que otros Departamentos reportaron 13 casos, nada más lo que deja al Departamento de Santander con unos niveles altísimos de contagiados con VIH/SIDA ocupantes los primeros puestos en Colombia en materia de este flagelo.

MODOS DE TRANSMISIÓN VIH- SANTANDER 1986-2006



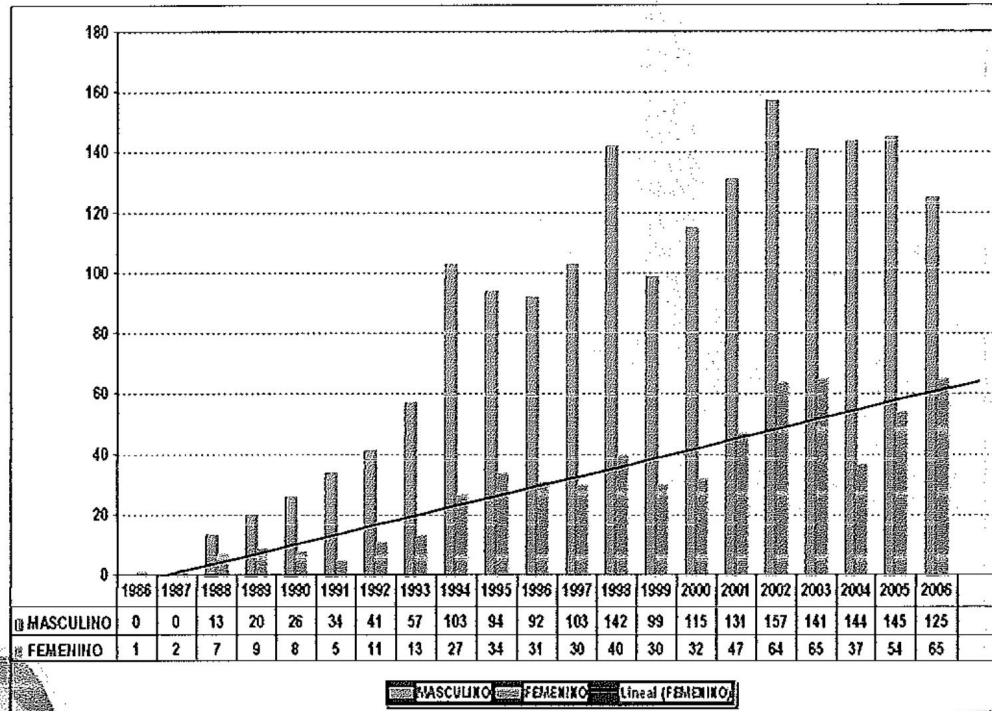
SSS. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Figura 4 - Modos de transmisión VIH-Santander 1986-2006

Como se puede apreciar en la Figura 4 el modo de transmisión del VIH más frecuente en Santander es el Sexual con un 83% lo que realmente amerita un programa de prevención y promoción para evitar sigan creciendo las

estadísticas en este aspecto. De manera significativa observamos que hay un 13% de contagiados sin datos de causa.

**DISTRIBUCION POR SEXO VIH/SIDA NOTIFICADO®
SANTANDER. 1986-2006**



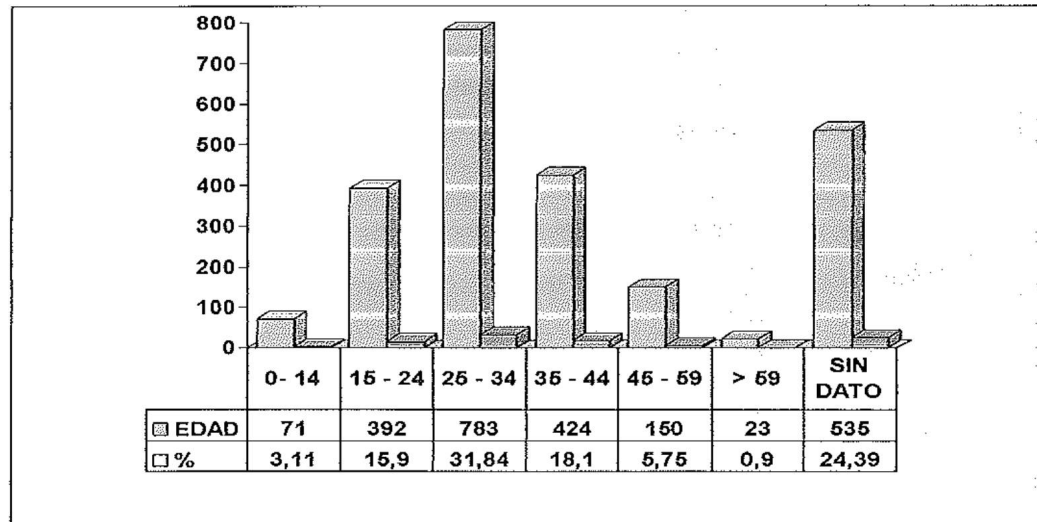
FUENTE: SSS SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Figura 5 Distribución por sexo VIH/SIDA notificados en Santander 1986-2006.

En la figura No.5 podemos denotar el nivel muy alto de hombres contagiados por VIH/SIDA comparado con las mujeres.

VIH/SIDA CASOS POR EDAD

SANTANDER 1986 - 2006

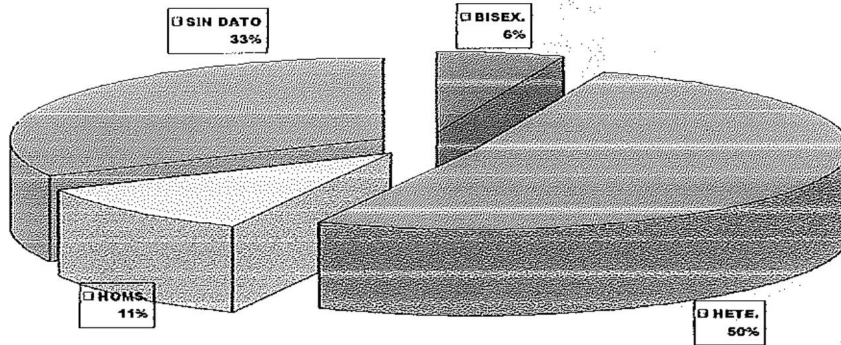


Fuente: SSS SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Figura No.6 VIH/SIDA CASOS POR EDAD.

En la figura No.6 podemos darnos cuenta que el intervalo de edades de 25 a 34 años de edad es el más vulnerable en registros oficiales estadísticos con aproximadamente 783 casos notificados entre 1986 y 2006; en segunda instancia siguen los que reposan sin datos que suman 535 casos, luego el intervalo de edades de 35 a 44 años con 424 casos reportados y muy seguidamente el intervalo de edades entre 15 a 24 años con 392 casos; así mismo vemos el intervalo de edades de 45 a 59 años con 150 casos reportados y sorprendente la suma de 71 casos en el intervalo de 0 a 14 años de edad.

**VIH-SIDA CASOS POR ORIENTACIÓN SEXUAL
SANTANDER 1986-2006**



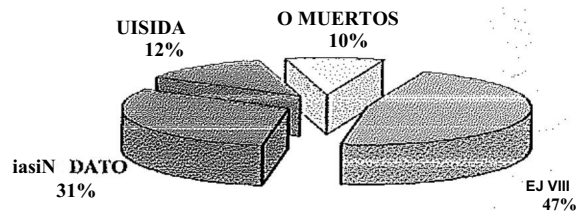
FUENTE: SSS SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Figura 7. VIH/SIDA casos por orientación sexual.

La figura No. 7 evidencia la incidencia de contagiados por VIH/SIDA en un 50% de la población heterosexual santandereana y sin datos un 33%; homosexuales en un 11% y bisexuales en un 6%.

**ESTADO ACTUAL VIH/SIDA
Santander 1986-2006**

Total casos: 2378



FUENTE: SSS SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Figura No.8 estado total hasta el año 2006 de VIH/SIDA

En la figura No. 8 vemos cifras realmente preocupantes hasta el año 2006 con un 47% de contagiados con VIH sobre un total de 2.378 notificados lo que corresponde a una población de 1.118 individuos. Igualmente hay un número significativo de individuos notificados de contagio de VIH/SIDA que no siguieron los registros pertinentes y por lo tanto no se sabe de su estado de evolución del VIH/SIDA alcanzando cifras de alto riesgo para la sociedad de un 31% lo que corresponde a 738 personas. Confirmados hasta el año 2006 un 12% de individuos con SIDA es decir 286 personas sobre el total registrado y finalmente un 10% de este número de notificados ha fallecido lo que corresponde a 238 personas.

Aspectos Biopsicosociales del VIH/SIDA

Toro (como se cita en Bayés 1995), plantea que: Toda enfermedad se constituye en fuente de estimulación estresora para el paciente. Los síntomas, las exploraciones, los diagnósticos, los pronósticos, todo cuanto queda implicado en un proceso morboso pueden ser apreciados como amenazadores. La situación hospitalaria es un ejemplo claro, a veces dramático de lo intenso de la estimulación favorecedora de estrés a que pueda estar sometido el paciente. Los cambios y la incertidumbre son dos hechos claramente nocivos. La enfermedad crónica complica las cosas y multiplica la estimulación causante de estrés. La amenaza de muerte se esconde tras la inmensa mayoría de los agentes de estrés presentes. Si los estímulos estresores pueden dar lugar a enfermedad toda enfermedad provoca estrés. Los

fenómenos psicológicos que inevitablemente suscitan la enfermedad en el enfermo pueden influir en el curso de la misma (p 105).

Antoni (citado por Bayés, 1995) en su revisión de gran parte de la literatura existente sobre las relaciones entre el estrés psicológico y el sistema inmune y su posible influencia en el proceso neoplásico, señala que se han recogido ya diversos datos empíricos que apoyan la hipótesis sobre la forma como un organismo afronta una situación estresante y como puede esta afectar diferencialmente al sistema inmune y facilitar o dificultar el proceso de un proceso neoplásico en marcha; Sin embargo en sus conclusiones este autor señala que es necesario todavía mucha investigación sobre las relaciones entre estrés psicológico, estrategias de afrontamiento e influencia neuroendocrina en el proceso neoplásico, antes de que puedan establecerse con seguridad terapias eficaces.

Bovbjerg, et al (citado en Bayés,1995), finalmente, muestran que, en la quimioterapia del cáncer además de los fenómenos de nauseas y vómitos condicionados que suelen producirse en algunos de los pacientes, también es posible observar un fenómeno de inmunosupresión anticipatoria de carácter condicionado atribuida a las asociaciones previas de los estímulos hospitalarios inicialmente neutros con fármacos que además de efectos secundarios eméticos, poseen también características inmunodepresoras.

El VIH/SIDA y la Pérdida de la Salud

Psicológicamente, la persona cero positivo se ve enfrentada a experimentar múltiples temores frente a mutilaciones, rechazo social de su identidad, de funciones mentales, a la compasión, invalidez, a no compartir estos sentimientos con su familia por el riesgo de hacerles daño y preocuparlos, igualmente, en el ámbito social el paciente se ve enfrentado a la desintegración de estructuras sociales como la familia, las parejas y sus diferentes grupos de referencia entre los que se incluye el lugar de trabajo (Velásquez et al, 1996) .

La problemática del VIH/SIDA permite plantear que la producción de un gran deterioro biológico, psicológico y social puede ocasionar muchas situaciones de pérdidas (Fonnegra 1989) no circunscritas que dejan a la persona con la sensación de ser despojadas o privadas de algo. En este caso el paciente pierde principalmente la salud y con ella viene implícita la pérdida de ilusiones y de expectativas y de situaciones reales o abstractas como la vida, las consecuencias de primeras infecciones, las relaciones interpersonales actuales, los hijos, el futuro, la auto-imagen, la sexualidad, la economía, la muerte de amigos, etc.

De la forma como la persona viva y asuma las pérdidas depende en gran parte su equilibrio emocional y el significado que le asigne a su vida. En este sentido es importante resaltar la individualidad de los sujetos que afrontan una nueva condición biológica y psicológica ya que la respuesta individual ante la crisis por la eminencia de la muerte esta determinada por cuatro tipos de variables que parcialmente corresponde a lo que influye en la calidad de respuesta al duelo (Fonnegra, 1989) de una persona.

De acuerdo con la perspectiva psicoanalítica, la materialidad del cuerpo es una organización compleja. El cuerpo es un espacio íntimo de experiencia. La singularidad de cada vivencia se relaciona con la cognición singular del cuerpo, la concepción del mismo y el grado de desarrollo de la mente (Alizade, 1995) . Si bien el yo es ante todo un yo corporal y el "ego" se basa en un ego corporal "por mas vida psicósomática individual" adquirida, el cuerpo habla un lenguaje propio. Este lenguaje código no ha sido develado en toda su dimensión. (Winicott, 1962).

Al esquema corporal y a la imagen inconsciente del cuerpo (Dolto, 1984) se agrega el carácter material del cuerpo, de incierta figuralidad. Con ello se logra decir que, "la interacción mente cuerpo se realiza a través de las emociones que luego se traducen en manifestaciones visibles en el cuerpo" (Kort, 1995 p 498).

"Para el año 1940 el bioquímico Selye trabaja la relación entre la enfermedad física y una serie de reacciones fisiológicas que denomino respuestas estrés" y muestra como el desajuste emocional provoca esas mismas reacciones que a su vez causan reacciones físicas (Kort 1995 p 498).

Como se sabe, "el sistema inmunológico es la primera defensa ante la enfermedad, y en la actualidad nuevas investigaciones científicas dicen que la mente: pensamiento, emoción, temperamento, personalidad afectan la salud (Kort 1995 p 499)".

Infinidad de cambios ocurren en el cuerpo como lo plantea las investigaciones realizadas por Pert sobre la química del cerebro. En particular, esta investigadora estudia como los neuropéptidos (sustancias químicas,

cadena de aminoácidos similares a un collar de perlas) interactúan con el sistema inmunológico, por eso ella dice que "aun utilizamos diferentes lenguajes para describir la mente o el cuerpo, no se interactúan. Esto no nos permite ver dos fenómenos que son realmente similares. La mente y el cuerpo son inseparables. Son un todo. "La mente es el cuerpo" por ello hay cambios específicos en el cerebro cuando se experimentan sentimientos, pensamientos e imágenes. (Kort 1995 p 499).

En el reino de la enfermedad, las emociones son soberanas y el temor es un pensamiento dominante. Se puede ser tan emocionalmente frágil mientras se está enfermo porque el bienestar mental se basa, en parte, en la ilusión de la invulnerabilidad. La enfermedad, sobre todo una grave, hace estallar esa ilusión, atacando la premisa de que el mundo privado está a salvo y seguro. De pronto nos sentimos débiles, impotentes y vulnerables, (Goleman 1996).

Como ha señalado asertivamente Cassel (como se cita en Bayés, 1995) por una parte, el sufrimiento humano es subjetivo y "no es posible tratar la enfermedad como algo que le sucede solo a un cuerpo sin por ello influir daño a la persona" y por otra, la persona es únicamente su "mente".

En efecto, se ha observado, por ejemplo: que la percepción subjetiva del dolor influye en la cantidad de medicación que se requerirá para controlarlo; que el estrés producido por un simple examen académico es capaz de alterar negativamente, de forma altamente significativa, importantes variables inmunológicas según Kiecolt et al (citado por Bayés 1995) ; que estímulos inmunológicamente neutros pero emocionalmente intensos son capaces de

producir reacciones alérgicas; que virus latentes dan lugar a enfermedades manifiestas; que algunas verrugas pueden desaparecer bajo hipnosis (Ader et al como se cita en Bayés 1995); que simples sesiones de psicoterapia de grupo parecen suficientes no solo para mejorar la calidad de vida de enfermedades de cáncer con cáncer de mama metastático sino también para alargar el doble su longitud de vida (Spiegel et al citado en Bayés 1995) etc.

Por ello, de la misma manera que todo ser humano presenta características anatómicas que en términos generales se conforman a las de la especie, pero que le confiere una singularidad, todo hombre o mujer tiene en el contexto de lo universal rasgos y tendencias especiales, formas específicas de ser y de reaccionar que le otorgan una singularidad biopsicológica (Brainsky , 1998).

Al respecto, Lazarus y Folkman (1986), plantearon una teoría por medio de la cual definen el afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y / o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo"

El VIH/SIDA y las Reacciones Psicológicas

Bayés (1995), plantea que en la medida en que los estados emocionales pueden influir en el origen y curso de la infección por VIH, se debe tener en cuenta que, además de los acontecimientos estresantes cotidianos con los que toda persona debe enfrentarse día a día, la infección por VIH y el SIDA proporciona un importante

estrés suplementario debido a las diversas situaciones específicas que pueden ir surgiendo en la persona que lleva acabo comportamientos de riesgo y con ello generar reacciones psicológicas como las siguientes:

1. Cuando una persona ha practicado o cree erróneamente que ha practicado un comportamiento de riesgo y se pregunta si a través de dicho comportamiento ha podido adquirir el VIH. O si alguien pone en duda la fidelidad de su pareja estable o sospecha que ha podido infectarse a través de ella.

2. Cuando valora la posibilidad de hacerse una prueba de anticuerpos para averiguar si se encuentra contagiado.

3. Cuando tras la realización de dicha prueba, espera la comunicación del resultado.

4. Cuando se le comunica un diagnostico de seropositividad.

5. Cuando, tras dicho diagnostico se plantea la posibilidad de darlo a conocer a su pareja o familia.

6. Cuando percibe o cree percibir que otras personas, especialmente si le importan, lo tratan de manera diferente o lo marginan porque conocen o sospechan su condición de portador.

7. Cuando ve enfermar o morir de SIDA a otra persona, especialmente si es conocida y /o querida.

8. Cuando oye hablar del SIDA en conversaciones o a través de medios de comunicación masiva.

9. Cuando percibe cualquier sintomatologia sospechosa que le induce a creer que la enfermedad empieza a desarrollarse en el organismo.

10. Cuando recibe un diagnostico de SIDA.

11. Cuando percibe o cree percibir signos de deterioro.

12. Cuando percibe que va a morir (el sentimiento más relevante de los enfermos de SIDA en situación terminal es el pánico).

De igual modo a estas reacciones debe unirse las ideaciones suicidas y el uso automedicado de sedantes en algunos casos. Pues a medida que las enfermedades crónicas han invadido el panorama de la salud de los países desarrollados, incluso de forma lenta pero progresiva enfermedades como en SIDA han incrementado el interés por la calidad de vida del enfermo y por el complejo entramado de factores Biopsicosociales que inciden sobre ella (Bayés 1995).

Implicaciones Psicosociales de la epidemia del VIH / SIDA

Percepción del riesgo

El individuo recibe de cualquier fuente- generalmente no calificada-, información sobre la infección por VIH/ SIDA; siguiendo los estados que a continuación se describen:

1. El individuo evalúa las circunstancias que presumiblemente lo pondrían en riesgo.

2. El individuo se evalúa físicamente, buscando detectar signos o síntomas de enfermedad que puedan orientar hacia la infección.

3. Estado de ansiedad: el individuo está intranquilo ante la situación de incertidumbre, puede asociar sudoración en las manos, sequedad en la boca, ahogo, palpitaciones, sensación de nudo en la garganta, de vacío en el estómago, de opresión en el pecho como cuadro que hace parte de la infección por VIH/ SIDA. Se hace mas intensa la ansiedad cuando se plantea la necesidad de practicar una prueba y la "inminencia" de confirmar un diagnóstico positivo.

A. El estado de ansiedad puede ser tal que el paciente haga un cuadro similar al descrito para el síndrome relacionado con la infección VIH/ SIDA, padeciendo diarrea, sudoración profusa, fiebre, y por ende, pérdida de peso.

B. El nivel de ansiedad determinará entonces la incidencia en las esferas: Sexual (inhibición, disfunciones), mental (nivel de competencia), emocional y por ende, en la relación interpersonal.

C. El individuo recurrirá en busca de información y ayuda para su situación particular y solo el control que logre de su nivel de ansiedad permitirá que evalúe su riesgo real, sus recursos de apoyo emocional, su capacidad de adaptación a las pérdidas y por ende, que - con objetividad- tome la decisión de practicarse o no una prueba (Ministerio de Salud, 1994)

Crisis diagnosticas

Se define como un estado transitorio del individuo en el cual, emociones intensas conllevan a una ansiedad mal-adaptativa, expresadas en comportamientos alterados tales como el mutismo, el llanto incontrolable, la angustia, la descarga de actividad incesante, el afecto plano: negación, la rabia; todas emociones que pueden conllevar riesgos para el individuo mismo o para su entorno, pues no hay juicio critico ni una percepción objetiva de la realidad; las soluciones o decisiones del individuo son compulsivas y momentáneas, pero, de no existir acompañamiento, puede llevarse a cabo.

Tal estado se genera en el momento de recibir el diagnóstico positivo para la infección del VIH-SIDA, igual

que otros eventos traumáticos que afectan en forma trascendental la vida del individuo.

Proceso de adaptación a la nueva condición de salud

Siempre se ha concebido el proceso de adaptación o de aceptación del diagnóstico positivo como patrimonio exclusivo del individuo directamente afectado, ahora, se tiene en cuenta a los familiares quienes viven las mismas fases que el paciente en el proceso de adaptación a la nueva condición de salud, tales etapas son:

A. crisis: caracterizadas por emociones intensas tales como:

a. Negación temor; b. Pérdida; c. Sensación de nocividad; d. Sensación de culpa; e. Vulnerabilidad; f. Ira; g. Actividad motora intensa; h. Intentos suicidas.

B. Transición: Las emociones descritas persisten pero menos intensas o larvadas. Se expresan indirectamente por la reducción de la actividad, el aislamiento, el mutismo, la interrupción de sus proyectos de vida.

C. Negociación. El individuo hace un balance mas objetivo de las implicaciones de su nueva condición de salud.

D. Adaptación: El individuo logra establecer sus capacidades emocionales, intelectuales y por ende, reconstruye sus lazos afectivos, interpersonales y sus entornos familiar, social y laboral (Ministerio de Salud, 1994) .

Consecuencias del Aislamiento

El individuo puede hacer crisis frecuentes, con severidad expresa en intentos deliberados de autodestrucción asociados con el daño inconsciente que se inflinge al no

buscar asistencia y por ende, no recibir tratamiento adecuado de las entidades para la infección que presente, y que seguramente serán más severas por el alto nivel de ansiedad y los escasos recursos para manejo del estrés, existentes (Ministerio de Salud, 1994)

Desde el ámbito social, en sus inicios se asoció el Síndrome con la muerte, "la promiscuidad", "las conductas pecaminosas", los "drogadictos", las personas haitianas (negros y latinos), las personas homosexuales. El estigma existente se hizo más patente para estos grupos y quien padecía el SIDA era inmediatamente clasificado, su privacidad violada, rechazado por su hogar, despedido de su empleo y / o abandonado sin asistencia alguna.

Posteriormente cuando se reconoció la existencia de personas portadoras del VIH sin signos de enfermedad, surgió el pánico de la comunidad, pues significaba la existencia de personas que sin saberlo podrían estar propagando la epidemia, sumándose a ello, la incredulidad, la desinformación y el temor a la transmisión del virus en la convivencia cotidiana.

La negación del derecho a la vida. a la salud, a la asistencia ética e idónea, a la privacidad, a la integridad, a la muerte digna, es un continuo para gran parte de los afectados.

Inherente a la entidad médica está el alto costo que implica para el paciente y su familia cualquier tipo de esfuerzo por mantenerse sano, los múltiples tratamientos a un tiempo y / o de manera permanente, los chequeos periódicos, que consumen económicamente las familias de los afectados (Ministerio de salud, 1994)

Aspectos Psicosociales en Personas que Viven Con VIH / SIDA

Según Santelices (1999) , el VIH y SIDA tiene una definición biológica, la cual se especifica en la infección por el VIH y al evolución del virus en el organismo humano, y una social, que implica el estatus o la identidad de los pacientes y la posibilidad de vivir con esta enfermedad en la sociedad; esta definición social, interactúa con la evolución de los tratamientos y las representaciones colectivas frente a la enfermedad.

La situación psicosocial del paciente con VIH/SIDA, abarca todos los ámbitos de la vida: el modo de vida, las relaciones familiares, las condiciones socio-económicas, cambio o pérdida de empleo, dolor físico, seguimiento de tratamientos, entre otros.

Igualmente presenta respuestas emocionales como negación, ira, rabia, (irritabilidad, hostilidad), estado transicional (vivir con una enfermedad crónica, reconocimiento de las propias limitaciones y reajuste a las situaciones sociales, y en algunos casos se logra una estabilidad psicológica).

Junto a esto, existen aspectos familiares, psicopatológicos y sociales. En los primeros, se encuentra la ruptura familiar (abandono, rechazo, aislamiento); apoyo familiar (fortalecimiento de los vínculos, la familia se vuelve "protectora"); los padres (enfrentamiento a una realidad ignorada, negada u ocultada) y la pareja (culpa y la ruptura amorosa) . También se pueden establecer alianzas de silencio o negación de realidades como adulterio y homosexualidad, las cuales dificultan la necesidad de aceptación e integración de tales pacientes.

En los segundos, están los trastornos de adaptación, reacciones emocionales desadaptativas (ansiedad, angustia, miedo, ira, frustración), depresión (ideación suicida), acentuación de algún trastorno de personalidad, síndromes orgánico cerebrales. En los pacientes VIH se presenta con mayor frecuencia, cuadros ansiosos y depresivos. Dentro de la ansiedad se presentan síntomas como percepción de pérdida de control; temor ante un futuro incierto; miedo frente al declinar físico, al rechazo y abandono social; ésta puede interferir con el cuidado general, con la adherencia a los tratamientos y con conductas saludables; el estrés permanecerá como un factor crónico y reaparecerá cada vez que la persona confronte sucesos derivados de la enfermedad. En la depresión, las reacciones variarán en intensidad, dependiendo de los antecedentes premórbidos de la persona, especial vulnerabilidad debido a posibles estigmas y rechazo social, mayor probabilidad de presentar ideación y riesgo suicida y disminución de la libido y de la vida afectiva en general.

En los últimos, se encuentra la importancia del significado social atribuido al VIH / SIDA; comportamiento de rechazo, temor al contagio, a perder el prestigio social y desconocimiento de la enfermedad; asociación a prácticas sexuales "desviadas" y a promiscuidad y, consecuencias laborales (deterioro de la autoestima) o "sobrecarga de pérdidas"

Afrontamiento

Afrontar la enfermedad crónica sería el comportamiento adecuado de una persona ante la crisis que le supone la enfermedad -tanto el diagnóstico como el tratamiento- (Franks, 1998). En el proceso de afrontamiento de la

enfermedad crónica intervienen múltiples variables, las cuales determinan el éxito o el fracaso del mismo y por ende, la adaptación del individuo a la enfermedad (Rodríguez y Cois., 1990) Estas variables pueden verse también como una serie de tareas que se clasifican en siete categorías (Rodríguez, 1995):

1. El paciente debe reconocer sus síntomas, controlarlos y prevenir sus consecuencias cuando sea posible.

2. Aceptar el tratamiento, decisión que depende de la naturaleza y las etapas de la enfermedad, la complejidad del tratamiento, la adaptación a los cambios comportamentales exigidos, los efectos secundarios del tratamiento, la estabilidad sociofamiliar del paciente y el grado de información con que cuenta el individuo.

3. Mantener relaciones adecuadas con el médico y demás personal sanitario

4. Tratar de establecer un equilibrio emocional. En el caso de la enfermedad crónica, el paciente y su familia deben afrontar los sentimientos de angustia asociados con la enfermedad.

5. Conservar el auto imagen, el sentido de autocontrol y competencia, en niveles satisfactorios. El paciente tratará de alcanzar un equilibrio personal entre la aceptación de ayuda y su acción participativa, al tiempo que debe llevar a cabo con éxito una vuelta a la independencia total después de un periodo de pasividad.

6. Conservar las relaciones con la familia y los amigos. En muchos casos, se deben superar las dificultades de comunicación y se deben encontrar métodos de adaptación para la familia.

7. Prepararse para posibles futuros inciertos y acostumbrarse a vivir con esa incertidumbre.

Según el mismo Rodríguez (1995), el afrontamiento y la adaptación a la enfermedad crónica cumplen una serie de características, al igual, que las anteriores tareas, las características del afrontamiento tienen la importancia de ser determinantes en la rehabilitación del enfermo y en el sufrimiento que tiene la enfermedad para el sujeto así como de las circunstancias o contexto que rodean a la enfermedad. Esas características son cuatro:

a) El afrontamiento o adaptación a la enfermedad crónica es un proceso dinámico, es una continua negociación entre la persona y sus circunstancias, donde se pueden observar períodos de gran progreso seguido de regresiones que dependen en muchas ocasiones de cambios en la enfermedad y / o cambios en los patrones de respuesta individual.

b) Un enfermo crónico puede reaccionar bien a nivel somático pero no llegar a ser capaz de realizar los cambios necesarios en su conducta social o puede estar psicológicamente equilibrado pero somáticamente alterado.

c) El afrontamiento es evaluado desde muchas perspectivas y por muchas personas -familiares, amigos, profesionales sanitarios, etc.-, cada uno de los cuales puede tener diferentes criterios o diferentes perspectivas.

d) El afrontamiento o adaptación a la enfermedad crónica está influido por la creatividad individual.

Dentro de las respuestas comportamentales más comunes para el afrontamiento de la enfermedad crónica se pueden destacar las siguientes categorías:

1. Negación o minimización de la gravedad de la crisis. La cual tiene tres formas básicas:

a) Negación del hecho de la enfermedad: el paciente actúa "normalmente", como si no estuviera enfermo. Lo cual lo puede llevar entre otras cosas a abandonar el tratamiento.

b) Negación del significado de la enfermedad: el paciente piensa que su enfermedad no representa peligro ni amenaza alguna para su vida.

c) Negación del estado emocional de la enfermedad: El paciente atribuye su estado emocional -depresión y ansiedad, por ejemplo- a factores independientes de su enfermedad (Rodríguez, 1995)

Es de vital importancia entender que la negación no tiene porqué ser necesariamente una respuesta desadaptativa, sino que en muchos casos puede considerársele como una respuesta adaptativa. Por lo que hace referencia a sus efectos, pueden ser tanto negativos como positivos.

2. Otra forma son las respuestas de acción directa de escape evitación del acontecimiento. Este es el tipo de respuestas que el paciente tiene cuando pospone sistemáticamente alguna cita médica o cuando sale corriendo de la sala de espera de algún centro asistencial.

3. Una tercera categoría es la búsqueda de información pertinente sobre la enfermedad, los procedimientos de tratamiento alternativos y sus posibles consecuencias.

4. Conductas confrontativas: son los esfuerzos activos centrales sobre los problemas, para aprender procedimientos específicos relacionados con la enfermedad, así como acciones más o menos directas que intentan cambiar la situación de alguna forma.

5. Mantenimiento regular de rutinas, tanto como sea posible y con métodos concretos limitados, es decir, la planificación de actividades.

6. Manejo de auto-presentación y la expresión de apoyo emocional de la familia, amigos y profesionales sanitarios. La expresión de las emociones es una forma importante de afrontamiento, la incapacidad para expresar dichas emociones puede incrementar la actividad fisiológica, ensayo de consecuencias alternativas, esto incluye: preparación psicológica y discusión de las alternativas posibles con familiares y amigos.

7. Instalación o mantenimiento del sentimiento de control: el sentimiento de control sobre la enfermedad deriva de la creencia en el poder para controlarlas o de la creencia en que tal control reside en otras manos.

8. Las acciones sobre el entorno para cambiar la situación, es decir, acciones de control.

9. Encontrar o dar sentido positivo a la enfermedad.

10. Búsqueda y obtención de apoyo social, se ha observado que el apoyo social tiene un papel beneficioso en el afrontamiento de la enfermedad.

11. Comparación social con otras personas que tengan o no, su enfermedad.

12. Resignación o aceptación de la enfermedad. Aquí como en el apoyo de la negación se puede distinguir entre:

- a) Aceptar el hecho de la enfermedad
- b) Aceptar la importancia de la enfermedad en la vida.
- c) Aceptar el impacto emocional de la enfermedad.

Para afrontar, el sujeto valorará su situación actual. En caso de juzgar algún elemento del suceso como "amenazador, este funcionará como señal de peligro y por lo general, las conductas que se presentan en este caso son la evitación y / o huida; en caso de evaluarlo como irrelevante, la respuesta es continuar funcionalmente la vida y si se juzga como "desafío", la respuesta es confrontar la situación

actual de un modo adecuado y adaptativo. Sin embargo, los teóricos aceptan una interrelación directa entre estas evaluaciones del sujeto en el afrontamiento de su enfermedad. (Bayes, 1991; Lazarus y Folkman, 1986; Matías y Lorca, 1998) .

El afrontamiento es un concepto que se ha empleado con diferentes sentidos. Se ha entendido como una reducción o supresión del estímulo de estrés, es decir, como un resultado. Tal significado es defendido por Levine et al (como se cita en Belloch, Sandin y Ramos, 1995).

Esta concepción del afrontamiento no suele ser empleada en el momento actual, pues como ha referido Lazarus actualmente se entiende el afrontamiento como los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés, es decir, para "manejar" tanto las demandas externas o internas generadoras del estrés, como el estado emocional desagradable vinculado al mismo (Belloch y cols., 1995).

En psicofisiología el término afrontamiento ha sido usado en un sentido bastante restringido, habitualmente para denotar formas de orientar la conducta hacia estresores de laboratorio según Virgerhoets (citado por Belloch, Sandin y Ramos, 1995)

El afrontamiento se relaciona de forma bastante estrecha con las dimensiones de evaluación cognitiva de la situación, de tal forma que a veces resulta difícil separar ambos componentes.

Actualmente parece haber suficiente consenso en el sentido de apoyar que el afrontamiento juega un papel muy importante como componente mediador entre las

circunstancias estresantes y la salud (Belloch, et al, 1995).

El planteamiento del afrontamiento como proceso tiene tres aspectos principales: primero, el que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente hace, o haría en determinadas condiciones. Segundo lo que el individuo realmente piensa o hace, es analizado dentro de un contexto específico, y tercero hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose (Lazarus & Folkman, 1986) .

El afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias, digamos defensivas y en otros, con aquellas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.

La dinámica que caracteriza el afrontamiento es consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo-entorno. Las variaciones pueden ser el resultado de los esfuerzos de afrontamiento dirigidos a cambiar el entorno o su traducción interior, modificando el significado del acontecimiento o aumentando su comprensión. También puede haber cambiado en el entorno, independientes del individuo y de su actitud para afrontarlo. A su vez, el proceso de reevaluación influye en la actitud de afrontamiento posterior.

Por tanto, el proceso de afrontamiento se halla constantemente influido por las reevaluaciones cognitivas que difieren de la evaluación en el hecho de que la siguen y la modifican.

El significado del afrontamiento como proceso puede observarse en la duración del duelo y de los cambios a largo plazo que tiene lugar desde el momento de la pérdida. También puede haber una actitud frenética, llanto o denodados esfuerzos por sobrellevar la situación social o laboralmente. En las etapas posteriores puede aparecer desinterés y depresión, seguido de la aceptación de la pérdida, la reanudación de las actividades habituales e incluso, a veces, adhesión a otras personas. El proceso completo puede durar muchos años y caracterizarse por múltiples formas de afrontamiento y por la aparición de problemas emocionales, o bien puede durar solo algunos meses. Para un observador, el proceso será completamente diferente en una etapa u otra.

Según Lazarus (1986), en las etapas del proceso de afrontamiento, muchos autores, han prestado atención a los aspectos temporales. Klinger (como se cita en Lazarus & Folkman, 1986) por ejemplo, sugiere que la pérdida o la amenaza de un compromiso origina en primer lugar un aumento del esfuerzo y del nivel de concentración, finalmente no conseguir el objetivo deseado o no lograr acercarse a el, conduce a la depresión, caracterizada por pesimismo y apatía.

Klinger considera esta secuencia como lo normal de las etapas de afrontamiento (Lazarus & DeLonguis, 1983). Por último, existe una recuperación psicológica de la pérdida y se disipan los pensamientos al respecto.

Del mismo modo, Shontz (citado por Lazarus & Folkman, 1986) propone la idea de que cuando el individuo se enfrenta a una enfermedad física importante o a una incapacidad, procederá de acuerdo a una serie de etapas de afrontamiento iniciadas a partir del momento en que le

informan de su estado. Para Shontz, la primera etapa es la de shock, que aparece principalmente cuando la crisis ocurre sin previo aviso. Esta etapa se manifiesta por un sentimiento de distanciamiento y, algunas veces, por una sorprendente lucidez y eficacia en el pensamiento y en la acción. A esto le sigue una fase de encuentro, un período extremadamente intenso en el cual el individuo puede experimentar desesperanza, pánico y desorganización. Ello va seguido de una tercera fase, la de retirada, que parece responder a la negación, la cual va siendo poco a poco abandonada a favor de una creciente comprobación de la realidad. El proceso de afrontamiento incluye un continuo ir y venir desde la confrontación o esfuerzo a la retirada o negación evitación y, como en el análisis de Klinger, la fase de retirada representa un importante recurso natural de prevenir temporalmente el desmoronamiento. Cuando el proceso de afrontamiento se ha completado satisfactoriamente, los ciclos se dan con menos frecuencia y prácticamente desaparecen. El proceso de afrontamiento descrito es considerado por Shontz como un recurso necesario para la maduración psicológica, en la que hay un sentimiento renovado del propio valor personal, una mayor sensación de satisfacción y una disminución de la ansiedad (Lazarus y Folkman, 1986).

Lo mencionado sugiere que el proceso de afrontamiento es más o menos una cuestión de etapas, parecida a las de la agonía de las que habla Kübler Ross. Sin embargo, debemos tener en cuenta si tales etapas se consideran invariables en su secuencia, como en las etapas de Piaget del Desarrollo Cognitivo, o simplemente representan una forma apropiada de descubrir ciertos modelos cognitivo-afectivo-

conductuales que predominan en función del momento del proceso en que se observe el sujeto.

Una razón para dudar de las formulaciones que proponen secuencias invariables en las etapas, reside en la observación clínica de que esta secuencia puede variar. Las enfermedades amenazantes para la vida, como el cáncer, permiten la observación de demandas cambiantes a lo largo de la enfermedad.

Por otra parte, el modelo por etapas crea expectativas tanto en el individuo como en los que le rodean respecto a lo que se supone que son sentimientos y actos apropiados. Los que adoptan el concepto de etapas de la agonía de Kübler-Ross, por ejemplo, sin darse cuenta pueden ejercer presión sobre sus pacientes para que cumplan con las etapas esperadas. Cuando su respuesta se desvia de la norma, los pacientes pueden cuestionarse la normalidad, saludabilidad o conveniencia de sus acciones.

Pero incluso la universalidad o frecuencia de las secuencias de afrontamiento, es la necesidad de información sobre la mayor o menor utilidad de determinados modelos para individuos, tipos de estrés psicológicos, momentos y condiciones así mismo determinadas (Lazarus & Folkman 1986) .

Una característica importante de esta conceptualización es que el afrontamiento incluye mucho más que la resolución de un problema y que su desarrollo efectivo sirve también a otras funciones. La función del afrontamiento tiene que ver con el motivo que persigue cada estrategia; el resultado del afrontamiento está referido al efecto que cada estrategia tiene. Existen funciones que pertenecen a contextos específicos, como salud enfermedad, exámenes, crisis políticas, bienestar. Junto a estas funciones existe

una diferenciación que se considera de extrema importancia: la diferencia que hay entre el afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar.

En general, las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema, son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio (Lazarus y Folkman, 1986)♦ Tanto el afrontamiento dirigido al problema como el dirigido a la emoción pueden interferirse entre sí en el proceso de afrontamiento, facilitando o impidiendo cada uno la aparición del otro; como sería el caso de una persona a la que se le ha diagnosticado recientemente una enfermedad e insiste en obtener más información que contribuiría a aumentar la ansiedad y la incertidumbre. Este individuo se encuentra atrapado en un ciclo de afrontamiento dirigido al problema (búsqueda de información y evaluación que exacerba su trastorno emocional e interfiere con los mecanismos como la evitación que, en otras circunstancias, podría utilizarse para reducir tal trastorno).

Por tal razón, el modo de afrontamiento también viene determinado por los recursos de que dispone (como la salud y la energía física), las creencias existenciales (como la fe en Dios), las creencias generales sobre el control, los compromisos que tiene una propiedad motivacional que puede ayudar al afrontamiento, los recursos para la resolución de

problemas, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales.

Pero es indispensable recalcar el importante papel desempeñado por el bienestar físico que se hace particularmente evidente cuando hay que resistir problemas e interacciones estresantes que exigen una movilización importante.

Muchas investigaciones planteadas por Lazarus (1986) sugieren que los individuos son capaces de afrontar las situaciones sorprendentemente bien a pesar de una escasa salud física y del agotamiento de su energía. Por tanto, mientras que la salud y la energía ciertamente facilitan el afrontamiento, las personas enfermas y debilitadas generalmente pueden movilizarse lo suficiente como para afrontar una situación cuando lo que se halla en juego es suficientemente importante para ellas (Lazarus & Folkman, 1998).

Pero así como se disponen recursos para el proceso de afrontamiento, existen limitaciones frente a tales, como son los condicionantes personales, los ambientales y los grados de amenaza que se pueden presentar.

Los condicionantes personales incluyen valores y creencias culturales interiorizadas que proscriben ciertas formas de conducta y el déficit psicológicos. Los condicionantes o, factores coactivos ambientales incluyen las demandas que compiten por los mismos recursos y las empresas o instituciones que impiden los esfuerzos de afrontamiento. Ya que el grado en que una persona se sienta amenazada depende, de su evaluación de los recursos de que dispone frente a las demandas internas o externas de una situación determinada y, de los condicionantes que tales recursos pueden aplicarse.

Sin embargo, conocer los recursos del individuo no es suficiente para predecir su modo de afrontamiento, puesto que la relación entre recursos y afrontamiento se halla mediada por las coacciones personales, ambientales y el grado de amenaza. Además, los recursos de afrontamiento no son constantes en el tiempo; tienen capacidad para expandirse y contraerse y algunos son más erráticos que otros en función de la experiencia, del momento de la vida y de los requerimientos para la adaptación correspondientes a los distintos periodos de la vida.

Por otro lado, el control en el sentido de creencias generales y/o situacionales actúa influyendo en los procesos de evaluación.

Es indudable, que la valoración que las personas hacen de su entorno es de suma importancia, ya que ésta influye en el afrontamiento subsiguiente. Dicho proceso se refiere a la evaluación cognitiva que el individuo hace respecto del significado personal de un evento dado y de los recursos de que esa persona dispone para afrontarlo. Entonces una persona que se encuentra frente a un posible estresor, por un lado tendrá que evaluar el grado de amenaza que éste significa para su bienestar, proceso que estará influido por un sistema de creencias, por los valores y el compromiso personal con la situación.

De otro modo deberá considerar los posibles recursos para afrontarlo, para poder dar respuesta a las demandas psicológicas y ambientales de tal encuentro.

Según el modo de la situación presentada el individuo implementará diferentes estrategias de afrontamiento. Para lo cual Folkman (1998) desarrolla tres categorías de estrategias. Por un lado distingue aquellas enfocadas en el problema, tal como la búsqueda de información, estrategias

de resolución, aproximación y acciones directas para resolver el problema, tal como una búsqueda de información, estrategias de resolución, aproximación y acciones directas para resolver el problema. Se refiere, concretamente al manejo del problema para manejar el distress. Por otro lado clasifica las estrategias de afrontamiento basadas en la emoción, tal como el escape, la evitación al problema, el distanciamiento. Por último distingue una tercera clase de afrontamiento basado en el significado, el cual tiene que ver con el mantenimiento del bienestar y el afecto positivo.

Contrariamente a ésta se puede desarrollar una pauta de apego ansioso resistente, frente a la cual el individuo se encuentra inseguro por la ambigüedad del vínculo con el progenitor, quién en ocasiones se muestra accesible y colaborador y en otras distante y rechazante. Los sentimientos y amenaza de abandono favorecen este tipo de relaciones generando fuerte ansiedad e irritación por quien la padece y obstaculizando la posibilidad de exploración del entorno (Ariel, 2001).

Método

Diseño

La investigación se llevó a cabo utilizando el tipo de investigación descriptiva. Un estudio descriptivo es un tipo de estudio epidemiológico en el que el investigador no interviene en el estudio, se limita a observar y describir la frecuencia de las variables que se eligieron en el diseño del estudio. En este tipo de investigación se persigue fundamentalmente describir de modo sistemático las

características de una población, situación o área de interés. Es decir, este tipo de estudio busca únicamente describir situaciones o acontecimientos; básicamente no está interesado en comprobar explicaciones, ni en probar determinadas hipótesis, ni en hacer predicciones. Estudian situaciones que ocurren en condiciones naturales, más que aquellos que se basan en situaciones experimentales. Son diseñados para describir la distribución de variables, sin considerar hipótesis causales o de otro tipo. De ellos se derivan frecuentemente eventuales hipótesis de trabajo susceptibles de ser verificadas en una fase posterior. (Tamayo, 1999).

El estudio es igualmente transversal, en la medida que busca conocer casos de personas con una cierta condición en un momento dado, sin importar por cuánto tiempo mantendrán esta característica ni tampoco cuando la adquirieron.

Participantes

El muestreo es no probabilístico, es decir la selección de la muestra no se hizo al azar, y el proceso es por conveniencia, basado en las características definidas por la investigadora. La muestra estuvo compuesta por 20 pacientes diagnosticados con VIH/SIDA, los cuales fueron ubicados por medio del "Programa para la prevención del uso y el abuso de drogas y violencia" de la Policía Nacional, en la ciudad de Bucaramanga y su zona metropolitana.

En relación a las características de género e identidad Sexual, la población de muestra se distribuyó así: el 70%

es masculino; de los cuales el 5% son Bisexuales; el 15% son Heterosexuales y el 50% son Homosexuales. En cuanto al género femenino encontramos el otro 30% distribuido así: el 10% son Bisexuales y el 20% son Heterosexuales.

Respecto a la edad en relación con el género la muestra estudiada estuvo distribuida así: entre 18 y 27 años se encuentra el 40% de la muestra, de los cuales el 15% son mujeres y 25% hombres. De 28 a 37 años un 35%, de los cuales el 10% son mujeres y el 25% son hombres. De 38 a 47 años un 25%, de los cuales el 5% son mujeres y el 20% son hombres.

Con relación al estado civil, los participantes se distribuyeron así: el 70% solteros; de estos el 60% son hombres y el 10% son mujeres. El 15% casados; de estos el 5% son mujeres y el 10% son hombres. El otro 15% se encontraban en unión libre y todas son mujeres.

Para el caso de la variable sociodemográfica escolaridad, el 10% son bachilleres siendo el 5% hombres y 5% mujeres; bachillerato incompleto con un 15%, de estos el 10% son hombres y el 5% mujeres; primaria completa con un 30%, de estos el 25% son hombres y el 5% son mujeres; primaria incompleta con un 15%, de esto el 10% son hombres y el 5% mujeres; formación técnica con un 10%, siendo 5% hombres y 5% mujeres; estudios universitarios el 20%, siendo el 15% hombres y el 5% mujeres.

En lo que respecta a la variable ocupación, encontramos que la mayor ubicación la hallamos en la labor de reciclaje con un 25%, distribuido así: 20% hombres y 5% mujeres. A la par el 10% son estilistas, de estos el 5% hombres y 5% mujeres; un 10% son meretrices todas mujeres; otro 10% son areneros todos hombres; otro 10% son vendedores todos hombres; un 5% son mujeres abogadas y amas de casa y el

otro 5% se distribuye en hombres obreros, psicopedagogos, administradores de empresas, carpinteros y ninguna ocupación.

Respecto al estrato socioeconómico la muestra se encuentra distribuida así: 30% estrato 0; seguido del estrato 1 con otro 30%; al estrato 2 corresponden un 20%; el estrato 3 con un 5% y el estrato 4 con un 15%.

Se realizó un consentimiento informado para que el participante conociera y decidiera si deseaba ser parte de la investigación o no. (apéndice A)

Instrumento.

Con el fin de obtener información necesaria para el desarrollo del estudio se emplearon dos instrumentos: la historia personal para cada paciente (apéndice B) y la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) adaptada al VIH/SIDA. (apéndice C)

El formato de historia personal fue elaborado por Rueda, L. et al (2003). En él se recopilan datos sociodemográficos, médicos y psicosociales. El formato fue sometido a consideración de la Ps. Elvira Franco de Umaña, quien dió su aprobación como instrumento válido para recopilar la información.

El instrumento empleado para obtener las respuestas de afrontamiento en los pacientes diagnosticados con SIDA, fue la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) desarrollado por Watson y Greer (1989), la cual fue adaptada por la investigadora al VIH/SIDA, previa validación de expertos.

La Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) es un instrumento realizado por Watson et al. (1989), que fue

desarrollado con el objetivo de medir respuestas específicas relacionadas con el ajuste psicológico a la neoplasia identificadas en estudios previos (Greer, Morris & Pettingale, 1979; Pettingale, Morris, Greer & Haybittle, 1985; Watson, Greer, Blake & Shrapnell. 1984: Citados por Watson et al., 1989). Estas respuestas adaptativas corresponden a las dimensiones de: Espíritu de Lucha Preocupación Ansiosa, Fatalismo, Desesperanza / Desamparo, y Negación.

Posteriormente, la escala MAC fue adaptada para medir las estrategias de afrontamiento frente al cáncer, de acuerdo con su orden de prioridades y su ajuste en los pacientes con cáncer, frente al diagnóstico y los tratamientos de la enfermedad; así mismo, el MAC viene siendo utilizado desde su creación en la identificación de aquellos pacientes que pueden requerir intervención psicológica para lograr un correcto afrontamiento de la enfermedad fisiológica que experimentan (Watson et al.1989).

Las dimensiones componentes de la escala MAC se obtuvieron a través de un análisis factorial realizado sobre las respuestas de 235 pacientes con distintos tipos de cáncer a una muestra de 58 ítems; estos últimos, fueron clasificados previamente (Watson y cois., 1989) de acuerdo a su relación con cuatro categorías de respuesta: Espíritu de Lucha, Negación, Aceptación Estoica, y Sin Ayuda / sin Esperanza. La técnica factorial empleada fue el análisis de componentes principales, con rotación ortogonal a través del procedimiento de varimax Kaiser, y los ítems retenidos fueron aquellos que cargaron al menos al nivel de 1% de acuerdo con la prueba Burt-Banks. Espíritu de lucha y Sin ayuda/sin esperanza cargaron para un único factor bipolar, en el primer caso positivamente y en el segundo

negativamente, y la correlación entre ambas escalas fue de -0.46 ($p < 0001$). Sin embargo. Los autores señalaron su expectativa de poder aislar ambos estilos de respuesta en la investigación posterior y por ello conformaron dos sub-escalas independientes.

En cuanto a la confiabilidad de las sub-escalas según el estudio de desarrollo, la consistencia interna de los factores, según el alfa de Cronbach (α), excluido Evitación/negación para el grupo de desarrollo de la prueba, estuvo entre 0.65 y 0.84. Los pacientes del primer grupo, 34 seleccionados aleatoriamente, completaron el cuestionario en dos ocasiones distintas, con un promedio de 24 días de diferencia. Las correlaciones entre los dos momentos de aplicación estuvieron entre 0.38 y 0.65. (Ver Tabla 6)

Los autores de la prueba reportan no haber hallado diferencias entre los puntajes de hombres y mujeres. En cambio, observaron una tendencia marginal no significativa de disminución con la edad para Preocupación Ansiosa, así como una asociación positiva altamente significativa entre Fatalismo y edad.

El valor promedio de las correlaciones entre sub-escalas fue de 0.15, y se presentaron correlaciones significativas entre Sin ayuda/sin esperanza y Preocupación ansiosa y entre la primera y Fatalismo (0.41, $p < 0.001$; 0.50, $p < 0.001$, respectivamente), además de la ya mencionada entre Espíritu de lucha y Sin ayuda/sin esperanza.

Tabla 7.

Puntales promedio, desviaciones estándar y confiabilidad de las sub-escalas de la escala MAC en la muestra de desarrollo de la prueba

Sub-escala	X	S	A de Cronbach	R test-re test
Espíritu de lucha	52.6	7.5	0.84	0.52
Preocupación ansiosa	20.3	5.0	0.65	0.56
Fatalismo	20.5	4.8	0.65	0.38
Sin ayuda/Sin esperanza	9.5	3.4	0.79	0.65
Evitación/Negación	—	—	—	0.41

Fuente: Watson, Greer y Bliss (1989).

Watson y cois. (1989) tomaron como indicador de la validez del instrumento, las correlaciones entre las sub-escalas resultantes y las sub-escalas equivalentes de una versión de la escala MAC para esposos/familiares de los pacientes. Esta última consistió de los mismos 58 ítems iniciales, redactados en tercera persona y fue aplicada a un esposo(a) o familiar en una muestra de 24 pacientes seleccionados aleatoriamente de los 235 iniciales. Al respecto de este análisis, los autores reportaron resultados satisfactorios.

Posteriormente llevaron a cabo una reducción de la escala quedando con 40 ítems; para ello fue necesario administrarla a una nueva muestra de 400 pacientes del Royal Marsden Hospital. (Tabla 8).

Los pacientes deben clasificar los 40 ítems (afirmaciones) de acuerdo con una escala Likert que presenta cuatro categorías de respuesta' "Definitivamente no se me aplica", "No se me aplica", "Se me aplica' y "Definitivamente se me aplica". (Apéndice B).

Tabla 8.

Descripción de inedia y desviación estándar, correspondientes a la Segunda aplicación del MAC

Estrategias de Afrontamiento	Media "X"	Desviación estándar "S"
Espíritu de lucha	51,7	6,1
Desesperanza/desamparo	20,6	4,2
Preocupación ansiosa	8,6	2,5
Fatalismo	17,7	3,7
Negación	-	—

Fuente: Watson, Greer y Bliss (1989).

Este grupo es el reportado como muestra normativa en el manual de aplicación, calificación e interpretación de la escala MAC, desarrollada por Watson et al. (1989). Con el fin de detectar aquellos pacientes que puedan requerir intervención psicológica, el manual presenta unos puntos de corte; de este modo, si un paciente se aleja más de una desviación estándar del puntaje promedio de su grupo, será considerado como un caso", por esta razón, los autores de la escala MAC han recomendado que para cada institución particular en la que se aplique el instrumento en cuestión, sean levantados puntos de corte propios de la muestra, de modo que el criterio sea más adecuado, labor que se llevó a cabo en esta investigación como se describe en los resultados.

Finalmente, una revisión para Colombia de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) (apéndice D), fue llevada a cabo por Bernal y Forero (2002) del departamento de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia. Con el fin de realizar la adaptación y validación del MAC, en pacientes oncológicos colombianos, ésta fue aplicada a una muestra heterogénea de pacientes con cáncer (n=95).

Empleando la estructura factorial original y las estructuras alternativas de la escala reportadas en las respectivas validaciones realizadas en Estados Unidos (Schwartz & cois. 1992; citados por Bernal y Forero, 2002), Suecia (Nordin & cois., 1999; citados por Bernal y Forero, 2002) y Australia (Osborne & cois., 1999, citados por Bernal y Forero, 2002) . (tabla 9) .

Tabla 9.

Estructuras factoriales de La escala MAC reportadas en el estudio original y en otros estudios.

Estudio y país	Factores y convenciones
<u>Watson y cois., 1988</u> <u>Inglaterra</u>	Espíritu de lucha (EL) Sin ayuda / sin esperanza (SS) Preocupación ansiosa (PA) Fatalismo (F) Evitación / negación (EN)
Schwartz y cois 1992	Actitud positiva (AP) Revaloración positiva (RP)
Estados Unidos	Participación vigilante (PV)
Nordin y cois. 1999	Desesperanza (D) Sin esperanza (SE)
Suecia	Positivo (P) Ansioso (A) Evitativo (E)
	Orientación positiva a la enfermedad (OPE) Minimización de la

Osborne y cois. 1999

enfermedad (ME)

Australia

Fatalismo-revisado (FR)

Pérdida del control (PC)

Angustia (An)

Sin ayuda / sin esperanza

(HH)

Fuente: Bernaly Forero (2002)

En adelante, los factores de la prueba, correspondientes a las diferentes estrategias de afrontamiento, serán denominados de acuerdo con las abreviaturas de la tabla 9.

La versión adaptada de la Escala MAC propuesta por Bernal y Forero fue la utilizada para el presente estudio. Al respecto, a continuación se exponen algunos datos estadísticos sobre la validación realizada en Colombia, resumidos del texto de Bernal y Forero (2002).

Confiabilidad

En la confiabilidad se estimaron los índices de consistencia interna para cada uno de los factores que componen la estructura utilizando el coeficiente alfa de Cronbach (α), igualmente se estimó la estabilidad en el tiempo de todos los factores a través del método test-retest aplicando la correlación de Pearson. Para la estimación de la consistencia interna de los factores colombianos. Aquellos ítems que presentaron correlaciones bajas con su respectivo factor fueron eliminados sistemáticamente con el fin de aumentar el valor del α de Cronbach, para mejorar la consistencia interna. Tras el procedimiento de depuración, se obtuvieron valores satisfactorios en cuanto a la consistencia interna de estos

factores. La mayor confiabilidad fue para el factor Actitud Positiva (APC) ($\alpha=0,79$), necesitando eliminar cinco ítems de la escala original, con lo que el número de ítems se redujo a tres. La consistencia interna para el factor Preocupación Ansiosa (PAC) ($\alpha=0,72$) y para el factor Sin Esperanza SEC ($\alpha=0,73$) eliminando en cada uno de los casos un solo ítem. Para el factor Orientación Positiva (OPC) la consistencia interna fue de ($\alpha=0,72$) sin necesidad de eliminar ítems.

Ahora bien, las correlaciones de Pearson entre los dos momentos de aplicación arrojaron los siguientes resultados, para el factor APC 0,31, lo que significa muy baja estabilidad; en tanto para los factores PAC 0,90; QPC 0,89 y SEC 0,91 se encontraron índices de correlación muy elevados.

Validez

Para la validez se utilizaron diversos procedimientos. Inicialmente, dado que se contó con cuatro estructuras factoriales distintas de la escala MAC, se llevó a cabo una serie de análisis factoriales de primer orden a través del método de componentes principales con rotación ortogonal tipo varimax, otro procedimiento fue el análisis de congruencia con las estructuras disponibles estimando correlaciones entre factores según las puntuaciones Z y coeficientes Kappa de Cohén. Y por último, se efectuó un análisis factorial de segundo orden por componentes principales con rotación varimax.

En el análisis factorial de primer orden, se tuvieron en cuenta las saturaciones de los ítems por encima de 0,30 y en cada uno de los factores obtenidos se procedió a un

análisis de contenido de forma que se pudiera establecer la composición final de los mismos. Los Ítems que finalmente conformaron los factores presentaron cargas factoriales superiores a 0,38. De esta estructura se prescindió de un factor que contuvo los ítems 1, 2, 8, 10, 16 y 37, los cuales hacían parte de diferentes factores en la estructura factorial original (Watson y cois., 1989); el conjunto de estos ítems presentó poca coherencia respecto a su contenido.

Al omitir este factor de la solución factorial definitiva, el porcentaje de varianza explicada por ella disminuyó de 42.02% a 36.16%. Esta estructura estuvo compuesta por un total de 27 de los 40 ítems originales de la escala MAC, y los factores arrojados por este análisis factorial fueron denominados Actitud Positiva (APC), Preocupación Ansiosa (PAC), Orientación Positiva (OPC) y Sin Esperanza (SEC) . Cada uno de estos factores explica un porcentaje similar de varianza, siendo el primero, Actitud Positiva, el más uniforme en cuanto a las saturaciones de los ítems que lo componen (todas sus saturaciones fueron mayores a 0.7). Igualmente, los ítems definitivos para cada factor después de los procedimientos de depuración por análisis de contenido y confiabilidad, presentaron cargas por encima de 0.40, lo cual señala la clara definición de estos factores.

El primer factor estuvo compuesto por los ítems 4, 6 y 31, y estaría evaluando respuestas de Actitud Positiva hacia la enfermedad. Excepto por el ítem 6 en un caso (factor D en la estructura estadounidense), estos reactivos hacen parte de factores de carácter positivo en todas las soluciones factoriales. Los ítems 3,14, 21, 22, 24, 30, 36 y 37 conformaron el factor 2, denominado como Preocupación

Ansiosa. En este caso, las formas de control de la enfermedad producen inquietud: también, el curso del cáncer genera intranquilidad. El factor de Orientación Positiva está constituido por los Ítems 11, 15, 19, 20, 27, 28, 29, 32, 39 y 40. Está referido a creencias positivas sobre sí mismo y sobre las posibilidades de control de la situación, por ejemplo, mediante mecanismos de comparación social (ítems 27 y 28) . El factor Sin Esperanza, el último de los aislados en este estudio, incluyó los ítems 7, 9, 17, 23, 33 y 35 y estaría asociado con una actitud pasiva o de resignación del paciente hacia la enfermedad; las expectativas sobre el pronóstico son negativas. (ver tabla 9)

Tabla 10.

Clasificación de cada uno de Los ítems por estrategias de afrontamiento de Acuerdo a la versión colombiana del MAC

Factores	Número de ítems
Actitud Positiva	4, 6, 31
Preocupación Ansiosa	3, 14, 21, 22, 24, 30, 36, 37
Orientación Positiva	11, 15, 19, 20, 27, 28, 29, 32, 39, 40
Sin esperanza	7, 9, 17, 23, 33, 35

La independencia entre factores de la estructura colombiana se estimó a través de la correlación, producto-momento de Pearson. Las correlaciones entre los factores resultaron ser muy bajas, por lo que se supone que se desviaron de cero como producto del azar, excepto para la reducida correlación positiva entre los factores SEO y PAO ($r=0,32$), lo cual puede deberse al carácter negativo de

estas dimensiones. Estos dos factores, además correlacionaron negativamente con el factor APC ($r=-0,23$ y $r=0,21$, respectivamente). De igual modo los factores APC y QPC presentaron una correlación positiva mínima ($r=0.22$).

En relación con la congruencia entre estructuras se consideraron tres aproximaciones diferentes. La primera de ellas consistió en estimar las correlaciones existentes entre factores de acuerdo con sus respectivas columnas de saturación factorial. El análisis de congruencia para la estructura colombiana se llevó a cabo en relación, con las estructuras inglesa y sueca, únicamente.

Para poder afirmar la congruencia entre dos factores, se estableció como criterio una correlación mayor o igual a 0,7. Como resultado de este procedimiento, se puede advertir que sólo tres correlaciones cumplen con este criterio. La primera de estas se registró entre el factor colombiano APC y el factor inglés EL, lo que indicaría que de alguna forma, APC estaría midiendo lo mismo que EL con sólo tres de los ítems originales. Son de señalar, no obstante, las correlaciones negativas entre el factor colombiano OPC y el inglés EL, y entre el factor colombiano SEO y el inglés SS.

También se presentó una alta correlación entre el factor EL/SS de la estructura inglesa y el factor APC de la estructura colombiana ($r = -0.76$). Esta correlación negativa, se debería a que en realidad el factor inglés combinado de EL/SS es interpretado como un factor de carácter positivo, ya que su calificación se obtiene restando el puntaje de SS al puntaje de EL, en tanto que el factor de PAC refleja una dimensión de carácter negativo.

La correlación entre el factor colombiano PAC y el factor sueco SE también se mostró bastante alta y significativa en

un sentido positivo ($r = 0.76$), señalando congruencia entre estos dos factores. Esto se puede justificar en la medida en que estas escalas comparten 5 ítems (3, 24, 30 y 36), y a que los

ítems 2 y 25 del factor sueco SE exhiben una alta saturación para el factor PAC en la solución factorial reportada en este estudio en el factor, así no hagan parte del mismo.

La segunda aproximación consistió en estimar las correlaciones entre los factores colombianos y los extranjeros según las puntuaciones Z para los participantes del estudio.

Al estimar correlaciones entre los factores aislados en la muestra colombiana y los factores de la estructura inglesa, según sus puntuaciones Z, se encontró congruencia en los siguientes casos: entre el factor colombiano PAO con el factor inglés PA ($r = 0.78$), entre el factor colombiano OPC y el factor inglés EL ($r = 0.71$), y entre el factor colombiano SEO y los factores ingleses SS y F. En tanto, el factor APC colombiano mostró altas correlaciones con los factores EL y EL/SS ingleses ($r = 0.64$ y $r = 0.63$, respectivamente), las cuales sin embargo no alcanzaron el criterio de congruencia establecido ($r \geq 0.70$),

Los mayores índices de congruencia entre los factores colombianos y los factores estadounidenses se presentaron entre el factor colombiano PAC y el factor D estadounidense ($r = 0.83$), el factor colombiano QPO y los factores estadounidenses PP y PV ($r = 0.75$ y $r = 0.74$, respectivamente), y el factor colombiano SEO y el factor estadounidense D ($r = 0.73$). Entre el factor colombiano APC y el factor estadounidense AP se observa una correlación de 0.69, muy cercana al criterio de congruencia.

En cuanto a la congruencia entre los factores colombianos y los factores suecos, el factor colombiano PAC se mostró como equivalente al factor sueco A ($r = 0.81$), mientras que el factor SEO colombiano demostró ser congruente con el factor sueco SE ($r = 0.80$), y el factor colombiano APC con el factor sueco P ($r = 0.72$). El valor de la correlación entre este último factor y el factor colombiano OPO ($r = 0.69$), indica una congruencia moderada. También, en los resultados de este análisis se revela alguna relación entre los factores PAC

(Colombia y SE (Suecia), los cuales muestran una correlación altamente significativa ($r = 0.66$), pero no suficiente para afirmar su congruencia total.

Con respecto a la congruencia entre los factores colombianos y los factores australianos, cada factor colombiano se mostró congruente con alguno de los factores australianos. El factor colombiano PAC presentó una elevada equivalencia con el factor australiano An ($r = 0.92$); entre el factor colombiano OPC y el factor australiano ME se estimó una correlación de 0.80; los factores APC colombiano y OPE australiano se mostraron congruentes ($r = 0.79$); y, el factor colombiano SEO resultó ser congruente con los factores australianos PC y HH.

Siguiendo con el proceso de validez, el análisis de congruencia por coeficiente de Kappa de Cohén se llevó a cabo con el fin de señalar en que medida dos factores distintos están detectando simultáneamente niveles elevados o muy bajos de un atributo en común entre los factores de la estructura colombiana y las otras.

Las comparaciones estuvieron basadas en los resultados de congruencia por correlación entre puntuaciones Z. Así, se estimó: la congruencia de los factores colombianos Actitud

positiva y Orientación positiva con los factores de carácter positivo aislados en las otras estructuras; la similitud del factor colombiano Preocupación Ansiosa con los factores de las otras estructuras referidos a ansiedad, así como con los factores relativos a sin esperanza de las otras estructuras y con el factor australiano Pérdida de control; la equivalencia del factor colombiano Sin esperanza con los factores de las otras estructuras referidos a Sin esperanza; y la conexión entre el factor colombiano Orientación positiva y el factor australiano Participación Vigilante. El criterio para afirmar la congruencia entre dos factores fue la existencia de valores K de Cohén superiores a 0.7. Si este valor presentaba un nivel de significancia superior a 0.01 se rechazaba la hipótesis. Nula, es decir, la no congruencia entre dos factores.

El factor colombiano APC resultó ser congruente con el factor inglés EL, con el factor sueco P y con el factor australiano OPE ($K = 0.71$, $K = 0.72$ y $X0.85$, respectivamente). En tanto, presentó una baja similitud con los factores australianos ME y RP, y una moderada similitud con el factor estadounidense AP. No se explica, sin embargo, el bajo nivel de similitud entre este factor colombiano y el factor sueco AP ($K = 0.58$).

Los resultados en lo relativo al factor colombiano PAC, revelaron su congruencia con el factor inglés PA y con el factor estadounidense An ($K = 0.75$ y $K = 0.80$, respectivamente), así como su poca similitud con el factor sueco A ($K = 0.55$). En lo relativo a la semejanza del factor colombiano PAC con los factores referentes a la dimensión *Sin esperanza* de las otras estructuras, los valores k de Cohén se encontraron en un rango entre 0.42 y

0.52, señalando un bajo nivel de acuerdo entre estos factores y el factor colombiano.

Los coeficientes K de Cohén tras comparar el factor colombiano OPC con los factores de carácter positivo de las otras estructuras. Este factor colombiano demostró ser poco congruente con todos los otros factores. Ninguno de los valores del coeficiente K de Cohén alcanzó el criterio de 0.7. Siendo los más elevados los producidos al comparar el factor colombiano QPC con el factor estadounidense PV y con el factor australiano ME ($K = 0.60$ y $K = 0.54$, respectivamente). El reducido valor para la comparación del factor colombiano OPC con el factor estadounidense AP ($K = 0.60$) señaló una baja equivalencia.

En los resultados de la congruencia entre el factor colombiano SEC y los factores relativos a *Sin esperanza* de las otras estructuras; en ningún caso se dio congruencia según el criterio establecido. Este factor presentó el mayor acuerdo con el factor sueco SE ($K = 0.65$). Los índices K de Cohén para los otros factores estuvieron entre 0.39 y 0.55, apuntando a una congruencia moderada.

Con el fin de determinar relaciones entre los factores de cada estructura, así como entre todos los factores de todas las estructuras, se llevó a cabo un análisis factorial de segundo orden con cada una de las soluciones factoriales.

Además de un análisis factorial de segundo orden con todas los factores de todas las estructuras. Estos análisis factoriales siguieron el método de componentes principales con rotación varimax.

Los resultados de los análisis factoriales de segundo orden realizados sobre cada una de las estructuras factoriales alternativas arrojaron que los factores de la estructura inglesa, explicando un 71.97% de varianza e

iterando tres veces, se agruparon en dos factores, uno con la dimensión positiva, y el otro con las dimensiones negativas. Es notable la alta saturación de los componentes de esta estructura (factor 1: EL, 0.96; factor 2: SS, 0.83, F, 0.76, PA, 0.67).

En el análisis factorial de segundo orden con la estructura estadounidense, los factores de carácter positivo RP (0.85) y PV (0.81) se reunieron en un único factor. Un segundo factor, de conformación bipolar, estuvo compuesto por los factores AP (-0.78) y D (0.84), es decir, un factor positivo y otro negativo. Esta solución factorial, tras iterar tres veces, explicó el mayor porcentaje de varianza en relación con las otras estructuras (75.97%).

Los factores de la estructura sueca se agruparon en un único factor bipolar, en el que el factor P cargó negativamente (-0.41), y los factores SE, A y E presentaron saturaciones positivas (0.79, 0.67 y 0.57 respectivamente). Esta solución explicó un 39.66% de la varianza. Por contener un único factor, no fue posible efectuar procedimientos de rotación.

A partir de los factores de la estructura australiana se aislaron dos Factores de segundo orden. El primero comprendió los factores HH (0.82), An (0.68) y PC (0.75), mientras que el otro incluyó los factores OPE (0.84), ME (0.69) y FR (0.72). Después de tres iteraciones, esta solución llegó a explicar un 65.51% de la varianza.

La solución factorial de segundo orden obtenida a partir de la estructura colombiana explicó un 68.64% de la varianza después de tres iteraciones. Un primer factor incluyó los factores negativos PAC (0.75) y SEC (0.78),

mientras que los factores de características positivas APC (0.71) y OPC (0.83) Constituyeron un segundo factor.

En el análisis factorial de segundo orden que incluyó los factores de todas las estructuras, fueron aislados 5 factores tras 8 iteraciones, que explicaron un 84.68% de varianza. Explicando el 21 84% de la varianza total, el primer factor comprendió los factores referidos a *Desesperanza* de las cinco estructuras factoriales: el inglés SS, el estadounidense D, el sueco SE, el australiano HH y el colombiano SEO. En el factor 2 se agruparon 7 factores que explicaron el 21 59% de a varianza total; todos estos factores son de características positivas: EL y EL/SS ingleses, el estadounidense AP, el factor sueco P, los dos factores australianos derivados del inglés EL (QPE y ME), y el factor colombiano APC. El tercer factor consta de 6 factores que explicaron el 1761% de la varianza total; estos fueron el factor inglés E, los factores estadounidenses RP y PV. Los factores australianos derivados de F (FR y PC), y el factor colombiano OPC. Todos los factores relacionados con *Ansiedad* se agruparon en el cuarto factor: el factor inglés PA, el sueco A, el australiano An, y el colombiano PAC EL último de los factores aislados explicó un 7.06% de la varianza total, y estuvo comprendido por los dos factores referidos a *Evitación*, es decir, el factor, inglés EN y el factor sueco E.

Procedimiento

Siguiendo los lineamientos propuestos por Tamayo (1999) se establecen cuatro (4) etapas de investigación:

1. Se definió en términos claros y específicos la variable: estrategias de afrontamiento ante ser portador de VIH/SIDA, característica que se desea describir.

2. Recolección de la información: El tamaño de la muestra fue de 20 sujetos participantes, determinación que se tomó por conveniencia, debido al difícil acceso a esta población. Se seleccionaron los instrumentos que se emplearían para la investigación, teniendo en cuenta los objetivos, tanto el general como los específicos; permitiendo describir las respuestas de afrontamiento en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA confirmado a través del instrumento MAC de Watson & Creer adaptado para conocer la influencias de éstas en el desarrollo de la enfermedad. Este instrumento fue aplicado con su respectivo consentimiento informado. Dicho instrumento fue utilizado, teniendo en cuenta que el VIH/SIDA guarda similitud con el cáncer al ser también una enfermedad, no solo catastrófica sino crónica, así como la aplicación de la historia personal para obtener datos Psicoafectivos, sociodemográficos y médicos.

3. Se realizó la aplicación del instrumento con base en la información suministrada por el grupo de la Policía Nacional, de la ubicación de un grupo de personas que presentaban la enfermedad y que fueron caracterizados como marginales, otra parte de la muestra fueron referidos por estos mismos, y otros por personas conocidas que presentan la enfermedad.

4. Análisis de resultados: se tomó la puntuación calificación de los resultados con el fin de obtener un puntaje individual de los sujetos. Por otro lado, se analizó el promedio de los datos obtenidos por los participantes en cada una de las respectivas categorías:

Actitud positiva, preocupación ansiosa. Orientación positiva y sin esperanza.

Resultados

La organización de los datos se realizó a través de tablas de frecuencia, gráficas en barras y en tortas por tratarse de distribuciones de la muestra (Hernández, Fernández y Baptista, 1999). Se establecieron tres rangos de edades: Rango uno de 18 a 27 años; rango dos de 28 a 37 años y rango tres de 38 a 47 años.

Los resultados más sobresalientes fueron los siguientes:

Tabla 11.

Comparación estadística del MAC estandarizado para Colombia y los datos obtenidos en el estudio.

Afrontamiento		XE	XC	DE	DC	DX	DDT
Actitud Positiva	3-12	8,50	10,97	2,63	1,67	-2,47	,96
Preocupación	8-32	21,90	17,55	5,82	5,00	4,35	.82
Orientación Positiva	10-40	26,60	32,12	6,08	4,74	-5,52	1.34
Sin Esperanza	6-24	13,75	12,03	4,54	4,30	1,72	.24

Nota: XE: Media estudio; XC: Media Prueba colombiana; DE: Desviación típica Estudio; DC: Desviación típica Prueba Colombiana; DX: Diferencia de medias; DDT: Diferencia de Desviaciones típicas.

Cabe resaltar que las dos estrategias de afrontamiento que presentan características inadecuadas arrojaron puntajes más altos que los de la estandarización colombiana. Por el contrario las estrategias que marcan afrontamiento positivo arrojaron resultados por debajo de lá media estandarizada en Colombia.

Tabla 12.

Tabla de contingencia Actitud Positiva (Prueba Col.) * Género * Estrato * Ocupación * Escolaridad * Edad

Edad	Escolaridad	Ocupación	Estrato		Género				Total	PdTC.
					Masculino		Femenino			
					Frac.	Pon%.	Frac.	Pon%.		
18-27	Bachillerato	Ninguna	i	Medio	1	100,0			1	100,0
				Total	1	100,0			1	100,0
	Bachillerato incompleto	Arenero	0	Medio	1	100,0			1	100,0
					Total	1	100,0			1
		Meretriz	1	Alto			1	100,0	1	100,0
					Total			1	100,0	1
	Primaria	Vendedor	2	Bajo	1	100,0			1	100,0
					Total	1	100,0			1
	Primaria incompleta	Ama de casa	1	Alto			1	100,0	1	100,0
					Total			1	100,0	1
		Carpintero	1	Medio	1	100,0			1	100,0
					Total	1	100,0			1
	Técnica	Estilista	2	Medio	1	100,0			1	100,0
					Total	1	100,0			1
Universitario	Abogado	4	Bajo			1	100,0	1	100,0	
				Total			1	100,0	1	100,0
28-37	Primaria	Meretriz	2	Bajo			1	100,0	1	100,0
				Total			1	100,0	1	100,0
		Obrero	1	Medio	1	100,0			1	100,0
					Total	1	100,0			1
	Recefefa	0	Bajo	1	50,0			1	50,0	
				Medio	1	50,0			1	50,0
				Total	2	100,0			2	100,0
	Técnica	Estilista	2	Bajo			1	100,0	1	100,0
					Total			1	100,0	1
	Universitario	Arenero	0	Medio	1	100,0			1	100,0
Total					1	100,0			1	100,0
Admón Fmp ...					3	100,0			1	100,0
33-47	Bachillerato	Recefefa	1	Medio			1	100,0	1	100,0
					Total			1	100,0	1
	Bachillerato incompleto	Vendedor	1	Medio	1	100,0			1	100,0
					Total	1	100,0			1
	Primaria	Recefefa	0	Alto	1	100,0			1	100,0
					Total	1	100,0			1
	Primaria incompleta	Recefefa	0	Medio	1	100,0			1	100,0
					Total	1	100,0			1
	Universitario	Psicoped'cgo	4	Alto	1	100,0			1	100,0
					Total	1	100,0			1

Gráfico. Actitud Positiva

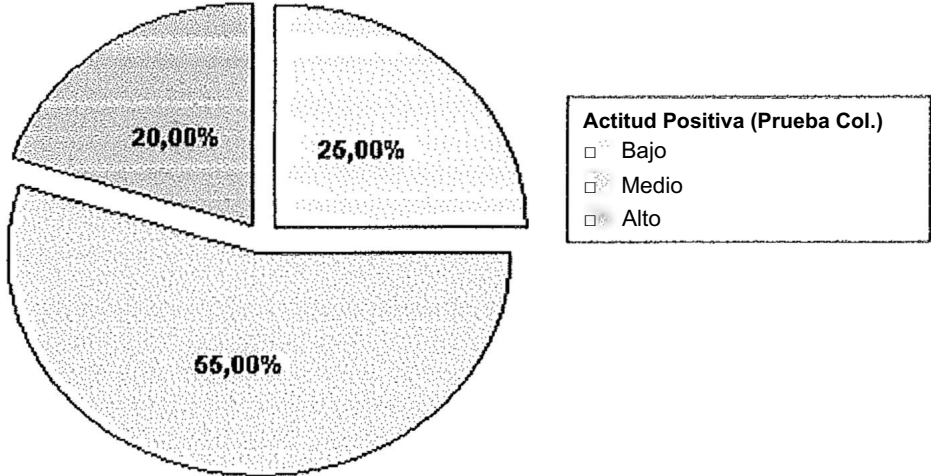


Figura 9. Resultados de la estrategia según la prueba validación colombiana

Actitud Positiva

.

Tabla 13.

Tabla de contingencia Preocupación Ansiosa (Prueba Cok) * Género * Estrato * Ocupación * Escolaridad * Edad

Edad	Escolaridad	Ocupación	Estrato		Género				Total	
					Masculino		Femenino		Freo.	Porc.
					Freo.	Porc.	Freo.	Porc.		
18-27	Bachillerato	Ninguna	4	Medio	1	100,0			1	100,0
				Total	1	100,0			1	100,0
	Bachillerato incompleto	Arenero	0	Medio	1	100,0			1	100,0
				Total	1	100,0			1	100,0
		Meretriz	1	Medio			1	100,0	1	100,0
				Total			1	100,0	1	100,0
	Primaria	Vendedor	2	Medio	1	100,0			1	100,0
				Total	1	100,0			1	100,0
	Primaria incompleta	Ama de casa 1		Medio			1	100,0	1	100,0
				Total			1	100,0	1	100,0
		Carpintero	1	Medio	1	100,0			1	100,0
				Total	1	100,0			1	100,0
Técnica	Estilista	2	Medio	1	100,0			1	100,0	
			Total	1	100,0			1	100,0	
Universitario	Abogado	4	Alto			1	100,0	1	100,0	
			Total			1	100,0	1	100,0	
28-37	Primaria	Meretriz	2	Medio			1	100,0	1	100,0
				Total			1	100,0	1	100,0
		Obrero	1	Bajo	1	100,0			1	100,0
				Total	1	100,0			1	100,0
	Reciclador	0	Medio	1	50,0			1	50,0	
			Alto	1	50,0			1	50,0	
			Total	2	100,0			2	100,0	
	Técnica	Estilista	2	Medio			1	100,0	1	100,0
				Total			1	100,0	1	100,0
	Universitario	Arenero	0	Medio	1	100,0			1	100,0
				Total	1	100,0			1	100,0
		Admon Emp.. 3		Alto	1	100,0			1	100,0
Total				1	100,0			1	100,0	
38-47	Bachillerato	Reciclador	1	Medio			1	100,0	1	100,0
				Total			1	100,0	1	100,0
	Bachillerato incompleto	Vendedor	1	Medio	1	100,0			1	100,0
				Total	1	100,0			1	100,0
	Primaria	Reciclador	0	Bajo	1	100,0			1	100,0
				Total	1	100,0			1	100,0
	Primaria incompleta	Reciclador	0	Alto	1	100,0			1	100,0
				Total	1	100,0			1	100,0
	Universitario	Psicopedagogo 4		Medio	1	100,0			1	100,0
				Total	1	100,0			1	100,0

Gráfico. Preocupación Ansiosa

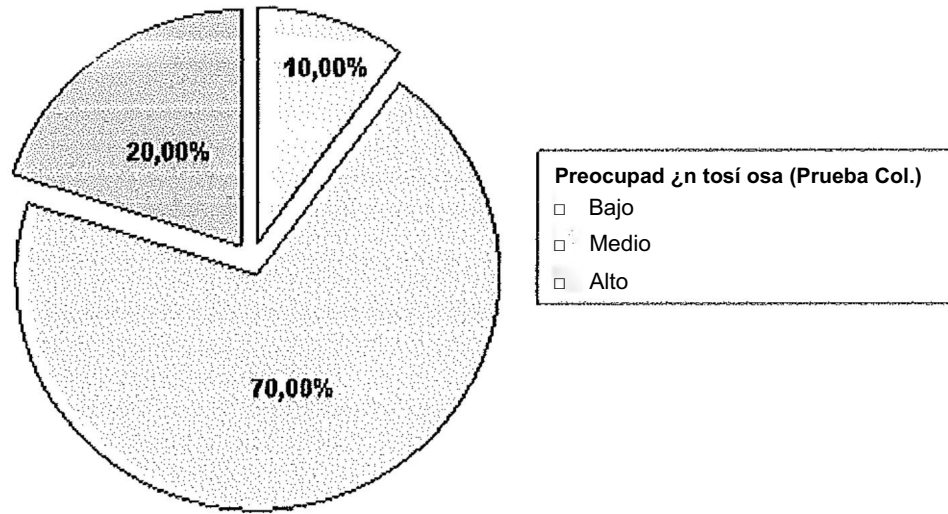


Figura 10. Resultados de la estrategia Preocupación Ansiosa según la prueba validada en Colombia.

Tabla 14.

Tabla de contingencia Orientación Positiva (Prueba Col.) * Género * Estrato * Ocupación * Escolaridad * Edad

Edad	Escolaridad	Ocupación	Estrato	Género							
				Masculino		Femenino		Total			
				Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.		
18-27	Bachillerato	Ninguna	4	Bajo	1	100,0			1	100,0	
				Total	1	100,0			1	100,0	
	Bachillerato incompleto	Arenero	0	Medio	1	100,0			1	100,0	
				Total	1	100,0			1	100,0	
		Meretriz	1	Alto			1	100,0	1	100,0	
				Total			1	100,0	1	100,0	
	Primaria	Vendedor	2	Medio	1	100,0			1	100,0	
				Total	1	100,0			1	100,0	
	Primaria incompleta	Ama de casa	1	Alto			1	100,0	1	100,0	
				Total			1	100,0	1	100,0	
			Carpintero	1	Medio	1	100,0			1	100,0
					Total	1	100,0			1	100,0
	Técnica	Estilista	2	Medio	1	100,0			1	100,0	
				Total	1	100,0			1	100,0	
Universitario	Abogado	4	Medio			1	100,0	1	100,0		
			Total			1	100,0	1	100,0		
28-37	Primaria	Meretriz	2	Medio			1	100,0	1	100,0	
				Total			1	100,0	1	100,0	
		Obrero	1	Bajo	1	100,0			1	100,0	
				Total	1	100,0			1	100,0	
		Reciclador	0	Bajo	1	50,0			1	50,0	
				Medio	1	50,0			1	50,0	
				Total	2	100,0			2	100,0	
	Técnica	Estilista	2	Bajo			1	100,0	1	100,0	
				Total			1	100,0	1	100,0	
	Universitario	Arenero	0	Alto	1	100,0			1	100,0	
Total				1	100,0			1	100,0		
		Admon Emp..	3	Medio	1	100,0			1	100,0	
				Total	1	100,0			1	100,0	
38-47	Bachillerato	Reciclador	1	Alto			1	100,0	1	100,0	
				Total			1	100,0	1	100,0	
	Bachillerato incompleto	Vendedor	1	Medio	1	100,0			1	100,0	
				Total	1	100,0			1	100,0	
	Primaria	Reciclador	0	Medio	1	100,0			1	100,0	
				Total	1	100,0			1	100,0	
	Primaria incompleta	Reciclador	0	Medio	1	100,0			1	100,0	
				Total	1	100,0			1	100,0	
	Universitario	Pskopedagogo	4	Medio	1	100,0			1	100,0	
				Total	1	100,0			1	100,0	

Gráfico. Orientación Positiva

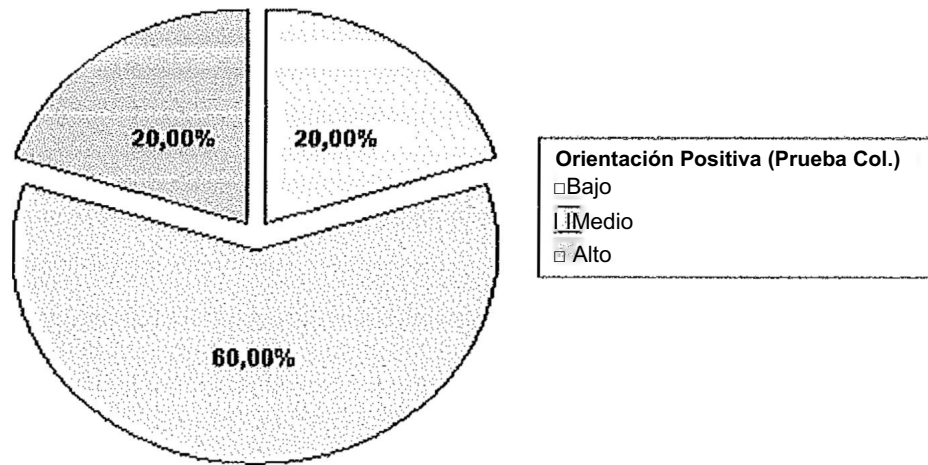


Figura 11. Resultados de la estrategia Orientación Positiva según la prueba validación colombiana.

Tabla 15.

Tabla de contingencia Sin Esperanza (Prueba CoL) * Género * Estrato * Ocupación * Escolaridad * Edad

Edad	Escolaridad	Ocupación	Estrato	Género							
				Masculino		Femenino		Total			
				Ficc.	Porc.	Freo.	l'orv.	Frec.	Porc.		
18-27	Bachillerato	Ninguna	4	Medio	1	100,0			1	100,0	
				Total	1	100,0			1	100,0	
	Bachillerato incompleto	Arenero	0	Bajo		1	100,0			1	100,0
					Total	1	100,0			1	100,0
		Meretriz	1	Medio				1	100,0	1	100,0
					Total			1	100,0	1	100,0
	Primaria	Vendedor	2	Medio		1	100,0			1	100,0
					Total	1	100,0			1	100,0
	Primaria incompleta	Ama de casa	1	Medio				1	100,0	1	100,0
					Total			1	100,0	1	100,0
		Carpintero	1	Medio		1	100,0			1	100,0
					Total	1	100,0			1	100,0
Técnica	Estilista	2	Medio		1	100,0			1	100,0	
				Total	1	100,0			1	100,0	
Universitario	Abogado	4	Medio				1	100,0	1	100,0	
				Total			1	100,0	1	100,0	
28-37	Primaria	Meretriz	2	Alto			1	100,0	1	100,0	
					Total			1	100,0	1	100,0
		Obrero	1	Alto		1	100,0			1	100,0
					Total	1	100,0			1	100,0
	Reciclador	0	Medio		2	100,0			2	100,0	
				Total	2	100,0			2	100,0	
	Técnica	Estilista	2	Medio				1	100,0	1	100,0
					Total			1	100,0	1	100,0
	Universitario	Arenero	0	Medio		1	100,0			1	100,0
					Total	1	100,0			1	100,0
		Admon Enip..	3	Medio		1	100,0			1	100,0
					Total	1	100,0			1	100,0
38-47	Bachillerato	Reciclador	1	Alto			1	100,0	1	100,0	
					Total			1	100,0	1	100,0
	Bachillerato incompleto	Vendedor	1	Medio		1	100,0			1	100,0
					Total	1	100,0			1	100,0
	Primaria	Reciclador	0	Bajo		1	100,0			1	100,0
					Total	1	100,0			1	100,0
	Primaria incompleta	Reciclador	0	Alto		1	100,0			1	100,0
					Total	1	100,0			1	100,0
	Universitario	Psicopedagogo	4	Bajo		1	100,0			1	100,0
					Total	1	100,0			1	100,0

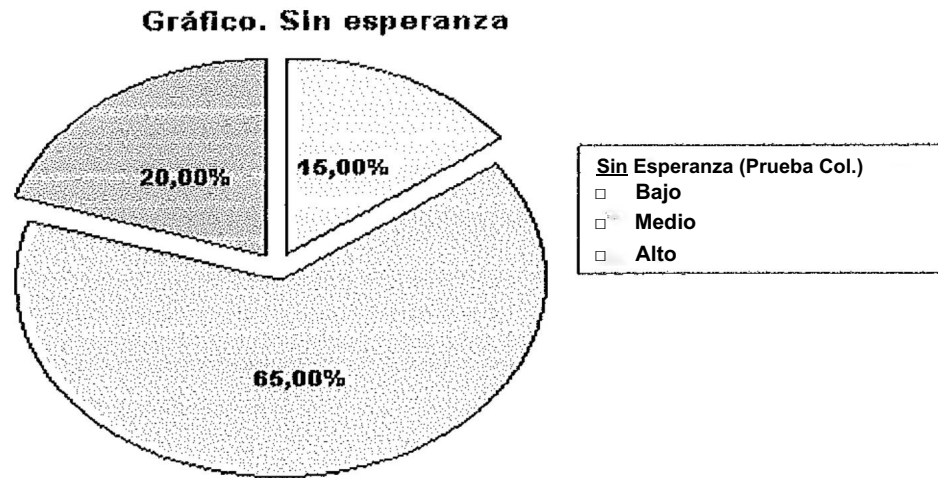


Figura 12. Resultados de la estrategia Sin Esperanza según la prueba validación colombiana

Discusión

Los resultados de este estudio denotan que el nivel de afrontamiento de la muestra poblacional en las cuatro categorías; actitud positiva, preocupación ansiosa, orientación positiva y sin esperanza se encuentran en el nivel medio, lo que sugiere que los participantes pueden fluctuar en sus estrategias de afrontamiento hacia un nivel superior como inferior. De ahí la importancia de una futura intervención psicológica clínica que permita a estas personas realizar un tipo de afrontamiento adecuado ante la enfermedad que le permita mejorar su calidad de vida.

En un estudio similar realizado por Higuera y colaboradores en el 2003, aplicando el mismo instrumento para recolección de información en 30 sujetos

institucionalizados se encontró que "el mayor porcentaje de la población presentó una calificación baja en actitudes positivas". A diferencia de los resultados arrojados en la presente investigación en la cual la distribución porcentual de la muestra se encuentra en un nivel medio de dicha escala. Solo el 25% presenta un nivel bajo para esta variable.

Por otra parte Ferrero et al (1995) en su estudio sobre evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama, al observar como la sintomatología física contribuye a predecir el bienestar futuro, y que en este estudio pudo observarse que no solo los síntomas, sino también la casi ausencia de enfermedades concomitantes en los pacientes con VIH/en el momento que no se manifiestan predicen su manejable bienestar futuro pues al igual que en el estudio de Ferrero y cois., los resultados indicaron que el "Actitud Positiva" de los pacientes y la "negación" de la enfermedad se asociaba a mejores resultados psicosociales, mientras que la "Sin Esperanza" y la "Preocupación Ansiosa" iniciales, se asociaban a un mayor malestar concurrente en el futuro. Ello explicaría el porqué los pacientes que tienen un apoyo social de sus amigos y un vínculo afectivo con sus familiares a pesar de conocer su estado de salud y presentar enfermedades concomitantes en general, obtuvieron un Medio significativo en "Actitud Positiva" en contraposición de aquellos que puntuaron Medio "Preocupación Ansiosa" y "Sin Esperanza", quienes a pesar de mantener vínculos afectivos con sus familiares, no conviven con ellos y prefieren tener poco contacto. Posiblemente por esta razón, los pacientes que han experimentado síntomas y/o enfermedades concomitantes

sienten mayor preocupación por su futuro, negando su situación, y a su vez no han informado a sus familiares de su estado real de la enfermedad.

Tendiendo en cuenta que, Watson & Greer (1989) definen Espíritu de Lucha como un reto asumido por el paciente cuando existe un puntaje elevado; es necesario decir que en la muestra sólo el 15% del total asume su enfermedad como un reto, y el 20% mostraron una Actitud Positiva en promedio baja, como la define Bernal y Forero (2002). Demostrando así que de la muestra en total, sólo el 20% de los individuos no están llevando a cabo un papel significativo en su proceso de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

La presencia activa en su propio tratamiento y pronóstico optimista frente a la enfermedad estuvo representado por un 75% de la muestra al asociar el nivel alto y medio de las estrategias de " Actitud Positiva" puede deberse al hecho de que son personas en su mayoría de escolaridad secundaria y profesional y que cuentan con el apoyo de familiares y amigos.

Por otra parte, en el factor de Afrontamiento "Preocupación Ansiosa" la puntuación Media es de 70%, Alto en 20% y Bajo 10%, mostrando con ello que, no existe una alta tendencia a presentar ansiedad como parte de su proceso de ajuste mental a la patología en lo referente al diagnóstico, tratamiento y evolución de la misma.

De igual manera, como lo plantea el Ministerio de Protección Social (1994), el nivel de ansiedad determinará la incidencia en las esferas: sexual (Inhibición, disfunciones), mental (nivel de competencia) y emocional.

En relación a la estrategia de afrontamiento "Orientación Positiva", caracterizada por Bernal y Forero (2002) como

las creencias positivas sobre si mismo y sobre las posibilidades de mantener el control de la situación, al igual que las anteriores estrategias o factores, el mayor porcentaje fue Medio en un 60%, mientras que los niveles Alto y Bajo obtuvieron un porcentaje del 20% respectivamente. Con ello se puede inferir que la mayor parte de los sujetos mantienen una creencia positiva moderada respecto al éxito y control de la enfermedad y de salir adelante con la misma.

Por eso, en el aspecto social e interpersonal, se puede retomar a Molina (1999), quien plantea que el paciente crónico con un apoyo familiar o social presenta niveles más adecuados de afrontamiento de su enfermedad y tratamiento con respecto a aquellos que carecen de este apoyo, puesto que los sujetos ubicados en una calificación alta en Actitud Positiva y Orientación Positiva, en su mayoría viven con familiares, amigos, padres, pareja u otros.

En cuanto al afrontamiento "Sin Esperanza", encontramos también que el máximo porcentaje fue Medio con el 65% seguido por el Alto con un 20% y el Bajo con un 10%. Estos muestran un comportamiento depresivo, quedándose en el lugar donde viven sin hacer nada, ni siquiera para ir a buscar el sustento del día, a pesar de no presentar ninguna enfermedad y no manifestar síntomas en el momento. Muchos de los sujetos que están sin servicio médico es porque presentan legales, por ende no pueden asistir a control ni tener un tratamiento antirretroviral. También pudo observarse que a mayor tiempo de diagnóstico, los pacientes presentaron una discontinuidad en el seguimiento de su tratamiento antirretroviral; además aún existe silencio o negación de realidades como adulterio y/o homosexualidad, las cuales dificultan las cuales dificultan la necesidad de

aceptación e integración de los pacientes puesto que en su mayoría adquirieron la enfermedad por vía sexual, y cuya identidad sexual en términos generales es desconocida por sus familiares y amigos, así como el caso de los individuos bisexuales cuyo estado civil es casado, y su pareja lo desconoce.

Es indudable que las estrategias o factores dependen directamente de cada persona, pues ésta funciona de acuerdo a su personalidad de base, determinando así sus reacciones de defensa frente a su estado de salud, que trae consigo exigencias enmarcadas en circunstancias específicas que modifican radicalmente su estructura social, cultural y psíquica integrada a lo largo de su vida. Con ello se ve igualmente enfrentado a la modificación de su realidad, a ser partícipe de cambios continuos y de re-evaluaciones de su tiempo, de las alteraciones de su entorno así como a las relacionadas con su esquema corporal, por eso las investigaciones comparten con Fonnegra su posición frente a la problemática del VIH/SIDA como una producción de un gran deterioro biológico, psicológico y social, y con Velásquez y Gómez pues también ve esta problemática como un factor que desintegra las estructuras sociales como la familia y las parejas de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA.

Otro aspecto que debe tenerse en cuenta, es que el VIH/SIDA genera unas secuelas físicas, generando una amenaza al auto concepto, al auto imagen, al sistema de valores, creencias, al equilibrio emocional, desenvolvimiento ocupacional y social.

Por otra parte, Carboles (1995-1996) plantea el efecto que causan las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas en la forma como se percibe el autocontrol, los modos de afrontamiento, la solución de problemas y

apoyo social. Por tal razón, el modo de afrontamiento también viene condicionado por los recursos de que dispone el paciente (como la salud y la energía física), las creencias existenciales (como la fe en Dios), las creencias generales sobre el control, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales.

Por esto, la investigadora afirma que al igual que Cassell, el sufrimiento humano es subjetivo y "no es posible tratar la enfermedad como algo que le sucede solo a un cuerpo, sin por ello infligir daño a la persona" y que la persona no es únicamente su "mente". De tal manera, sería imposible la evolución de la enfermedad en este tipo de pacientes si se lograra la ejecución de respuestas de afrontamiento adaptativas por medio de una intervención psicológica.

Para finalizar y a manera de conclusiones cabe resaltar que los objetivos de la investigación descriptiva se consiguieron en la medida en que se logró caracterizar de forma apropiada la muestra poblacional, además de examinar las tendencias de la población objeto de estudio en cuanto a sus estrategias de afrontamiento, proporcionando estimadores de prevalencia.

En la muestra sólo el 20% del total asume su enfermedad como un reto, y el 80% restante mostró una Actitud Positiva entre media y baja. Demostrando así que de la muestra la mayoría de los individuos no están asumiendo una actitud que favorezca un afrontamiento adecuado de la enfermedad.

En cuanto al factor de afrontamiento "Preocupación Ansiosa" solo el 10% de la muestra presenta una puntuación baja, lo que significa que el 90% restante presenta niveles de ansiedad entre medio y alto. Mostrando con ello que

existe una alta tendencia a presentar ansiedad como parte de su proceso de ajuste mental a la patología en lo referente al diagnóstico, tratamiento y evolución de la misma.

En relación a la estrategia de afrontamiento "Orientación Positiva⁷", al igual que las anteriores estrategias o factores, el mayor porcentaje fue Medio en un 60%, mientras que los en niveles alto y bajo se obtuvo un porcentaje del 20%. Con ello se puede inferir que la mayor parte de los sujetos mantienen una creencia positiva moderada respecto al éxito y control de la enfermedad y de salir adelante con la misma.

En cuanto al afrontamiento "Sin Esperanza" se encontró que el 65% de la muestra se encuentra en un nivel medio, seguido por el alto con un 20% y el Bajo con un 15%. Cabe resaltar que los individuos con puntajes bajos muestran un comportamiento depresivo, quedándose en el lugar donde viven sin hacer nada, ni siquiera para ir a buscar el sustento del día, a pesar de no presentar ninguna enfermedad y no manifestar síntomas en el momento.

Los sujetos ubicados en una calificación alta en Actitud Positiva y Orientación Positiva, en su mayoría viven con familiares, amigos, padres, pareja u otros.

A pesar que con este tipo de investigación transversal descriptivo no se puede establecer relaciones de causalidad, sí sirve como base fundamental para futuras investigaciones de tipo analítico que permitan medir el impacto de intervenciones psicológicas que promuevan estilos de afrontamiento adecuados frente a enfermedades crónicas y su efecto en la calidad de vida de estos pacientes.

Por otra parte el estudio es útil, en la medida en que permite el planeamiento y direccionamiento de servicios psicológicos de salud a poblaciones marginales diagnosticadas con el VIH/SIDA.

Referencias

- Aguirre, L., Buitrago, M., Salamanca, A., López, Y. y Prieto, F. (2004). Vigilancia por laboratorio de VIH, hepatitis B y sífilis gestacional. *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional*, 9, 36-40.
- Ali, M., Cleland, J. y Shah, I. H. (2004). Condom use within marriage: A neglected HIV intervention. *Bolletín of the World Health Organization*, 82, 180-186.
- Alicante. (1997). El duelo: Familia y donación. Recuperado de http://www.donación.órganos.va.es/.proceso/el_duelo.htm
- Alizade, A. (1995). *Clínica con la muerte*. Buenos Aires, Argentina; Amorrortu editores.
- Alonso, A. (1995) . *Evaluación en Psicología clínica y de la Salud*. Madrid, España: CEPE.
- Alonso, A. (1995). *Psicología médica y social*. (5ª. ed). Barcelona, España: Salvat Editores S.A.
- Alonso, F. (1989). *Psicología Médica y Social*. (5ª. ed). Barcelona, España: Salvat Editores S.A.
- Álvarez, M. (2002) *Rasgos de personalidad asociados con la infección por VIH en los pacientes tratados en la unidad intermedia de Castilla de la ciudad de Medellín*. Tesis de grado no publicada. Universidad Autónoma de Bucaramanga., Colombia.

Ariel, J. (2001). *Manejo e implicaciones de la salud*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Bakal, D. (1996) . *Psicología y salud*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Bastos, F. I., Strathdee, S. A., Derrico, M. y Pina, M. F. (1999). Drug use and the spread of HIV/AIDS in South América and the Caribbean. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 6, 29-49.

Bayés, R. (1991). *Psicología oncológica*. Madrid, España: Martínez Roca.

Bayés, R. (1995). *Sida y Psicología*. Barcelona, España: Martínez Roca.

Bermúdez, M. P. y Teva, I. (2004b). Situación actual del VIH/SIDA en México: Análisis de las diferencias por entidad federativa. *Psicología y Salud*, 14, 101-111.

Belloch, A.; Sanin, B; Ramos, F.; (1995), *Manual de Psicopatología* . Ciudad de México, México: Ed. Me Graw Hill.

Bernal, G; Forero, F. (2002) . *Adaptación y Validación de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) en una muestra de nacientes con cáncer colombianos*. Tesis de grado no publicada. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

- Boerman, J. T. y Whitworth, J.A. (1998). Mortality impact of the AIDS epidemic: Evidence from community studies in less developed countries. *AIDS*, 12, 3-14.
- Bonahann, P, Glazer, M. (1993) . *Antropología* (2ª ed) . Madrid, España: McGraw- Hill.
- Brainsky, S. (1998). *Manual de Psicología y Psicopatología*. Bogotá, Colombia: Carlos Valencia Editores
- Buela-Casal, G., Bermúdez S., M. P., Sánchez G., A. I. y De los Santos-Roig, M. (2001) . Situación del VIH/SIDA en Latinoamérica al final del siglo XX. Análisis de las diferencias entre países. *Revista Médica de Chile*, 129, 944-954.
- Caballo, V. E. (1998). Evaluación de las habilidades sociales. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. I. Carrobles (Eds.) *Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones* (pp. 553-595). Madrid, España: Pirámide.
- Cabrales, L & Trujillo, L (2002), *Descripción de las estrategias de afrontamiento en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama*. Tesis de grado no publicada. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.
- Cáceres, C. (2002) . HIV among gay and other men who have sex with men in Latin América and the Caribbean: A hidden epidemic? *AIDS*, 16 (Suppl. 3), 23-33.

Carrobles, A. (1996). Conferencia 11: Perfiles psicológicos y de estrés en los trastornos crónicos de salud. III Congreso Iberoamericano de Psicología.: Santa fe de Bogotá. Colombia.

Castillo, S, Pérez, K y Vega (2002) . *Pensamientos y sentimientos irracionales que acompañan los pacientes con VIH en fase SIDA en la Liga de Lucha contra el SIDA regional Santander*. Tesis de grado no publicada. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.

Chequer, P., Cuchi, P., Mazin, R. y García Calleja, J. M. (2002). Access to antiretroviral treatment in Latin American countries and the Caribbean. *AIDS*, 16 (Suppl. 3) , 50-57.

Crisis Counseling (1999). Crisis Theory and Crisis intervention. Recuperado de <http://www.crisiscounseliq.com>.

Dolto, F. (1984) . *La imagen inconsciente del cuerpo* Barcelona, España: Paidos.

Dreizzen, A. (2003) El duelo: Entre el dolor y el desafío. Recuperado de <http://www.psicomet.com.ar/efbatx04.htm>

Familia y Donación. Alicante (1997). Extracto de la Clase "el Duelo" preparada por J. Ripoll Espiau. Coordinadora Autónoma de Trasplantes de Navarra. Departamento de Salud.

Ferrero, J; Toledo, M (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las

pacientes con Cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 27, 87-102.

Fonnegra, I. (1989). *Aproximación Psicológica al mundo del paciente terminal*. Bogotá, Colombia. Fundación Omega

Franks, J. (1998). Aspectos psicológicos y comportamentales de la enfermedad y del Tratamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología: 20,1*, 45-54

García Abreu, A., Noguera, I. y Cowgill, K. (2004). El VIH/SIDA en países de América latina. Boletín Organización Panamericana de la Salud.

García Calleja, J. M., Walker, N., Cuchi, P., Lazzari, S., Ghys, P. D. y Zacarías, F. (2002). Status of the HIV/AIDS epidemic and methods to monitor it in the Latin América and Caribbean región. *AIDS*, 16 (Suppl. 3), 3-12.

García H. (2001) Afrontamiento al sufrimiento, la muerte y el duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencia y cuidados críticos. Recuperado de <http://www.melflbers.es.tflpod.de/socieda&aProx.htm>

García, R. (2003). Sida: Situación en el mundo y en Colombia veinte años después. *Revista Biomédica*, 23, 1-5.

Goldman, H. (1999). *Psiquiatría general* (4ª ed) . Ciudad de México, México: Manual Moderno.

Goleman, D (1996). *La inteligencia Emocional*. Bogotá, Colombia: Javier Vera Editor S.A.

Gómez, R. (1996). *SIDA y comportamiento humano*. Recuperado de http://www.vidahumana.org/vidafam/sida/aspectos_sida.html.

Gordillo, V., Del Amo, J., Soriano, V. y González-Lahoz, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13, 1763-1769.

Grulich, A; Li, Y; McDonald, A; Correll, P; Law, M; Kaldor, J (2002) . Rates of non AIDS-defining cancers in people with HIV infection before and after AIDS.

Harrison. (1998). *Principios de Medicina Interna*. Madrid, España: McGraw Hill.

Higuera. M & Duran, C (2003). *Descripción de las respuestas de afrontamiento en pacientes diagnosticados con VIH positivo confirmado y asintomático pertenecientes a la Liga de Lucha contra el SIDA regional Santander, el Hogar de la misericordia e individuos de la calle de la ciudad de Bucaramanga*. Tesis de grado no publicada. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.

Kaplan, H: (1996). *Sinopsis de Psiquiatría*. (7^a. ed) . Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.

Kinney, T; Taylor, J. (1989). *Investigación de mercados*. Ciudad de México, México: McGraw Hill.

Kort, F (1995). Interacción mente-cuerpo. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 27,3.

- Krikorian, A. (2002) . Aspectos psicológicos del dolor cónico.
Sesión temática, 4, 12-24.
- Latorre, J. , Beneit, P. (1994). *Psicología de Ja Salud. : Buenos Aires, Argentina . Lumen.*
- Lazarus & Delonguis. (1983) . *Psicología de Ja Salud.* Buenos Aires, Argentina : Lumen.
- Lazaras R, Folkman S. (1998) *Estrés y procesos cognitivos.* (10ª ed). Madrid, españa: Editorial Martínez Roca.
- Magis Rodríguez, C., Marques, L. F. y Touzé, G. (2002). HIV and injection drug use in Latin América. *AIDS, 16* (Suppl. 3), 34-41.
- Matías, J. Y Lorca, G. (1998). *Psicooncología.* Madrid, España: Universidad de Salamanca. Facultad de medicina y departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos.
- Miguez-Burbano, M. J., Page, J. B., Angarita, I., Rodríguez, N., Baum, M. K., Burbano, X. et al. (2001). High-risk behaviours in men from Bogotá, Colombia and the spread of HIV. *International Journal of STD & AIDS, 12*, 739-743.
- Miguez-Burbano, M. J., Navas, R., Forero, M. G., Burbano, X., Rodríguez, N. y Shor-Posner, G. (2002). Evaluation of HIV prevention and counseling practices of obstetrician/gynecologists in Bogotá, Colombia: Impact on

women's knowledge and risk practices. *AIDS Education and Prevention*, 14 (Suppl. A), 72-80.

Ministerio de Salud. (1994). *Manual de Aspectos Básicos y Manejo Clínico, Infección por VIH / SIDA: Protocolo Básico para el Equipo de Salud*. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud. (1994). *Manual para la promoción de los grupos de Autoapoyo*. Bogotá, Colombia.

Molina, M (1999). Aspectos emocionales y calidad de vida en pacientes con Tumores de cabeza y cuello. *Revista Colombiana de Cancerología: 3, 1, 31-32*.

Mosby. (1995). *Diccionario de Medicina y Ciencias de la Salud*. Madrid, España: Mosby / Doyma Libros.

Neimeyer, R. (1997). *Métodos de evaluación de ansiedad ante la muerte*. Barcelona, España: Paidós.

Netting, N. y Burnett, M. (2004). Twenty years of student sexual behavior: Subcultural adaptations to a changing health environment. *Adolescence*, 153, 19-39.

Novoa, M. (2002) . *Nuevas contribuciones de la psicología de la salud al acercamiento del enfermo cardiovascular: III Congreso Iberoamericano de Psicología*. Bogotá, Colombia: Centro Editorial Javeriano, CEJA, p.51

ONUSIDA (2003). Situación de la epidemia de SIDA Diciembre de 2003. Datos de la Vigilancia Epidemiológica. Recuperado el 13 de agosto de <http://www.unaids.org>

ONUSIDA (2004). Informe sobre la epidemia mundial del Sida 2004. Resumen analítico. Recuperado el 12 de septiembre 2007, de <http://www.unaids.org>.

ONUSIDA/OMS, (2005) .23 de Octubre 2007. Disponible en: http://www.onusida.org/vidafam/sida/aspectos_sida.html.

ONUSIDA y Ministerio de Protección Social (2004). *Plan Intersectorial de Respuesta ante el VIH/SIDA 2004-2007*.

Bogotá, Colombia.

Opuni, M., Bertozzi, S., Bollinger, L., Gutiérrez, J., Massiah, E., McGreevey, W. y Stover, J. (2002). Resource requirements to fight HIV/AIDS in Latin América and the Caribbean. *AIDS*, 16 (Suppl. 3) z 58-65,

Pérez, A. (1991) . *Programa La CASA: Atención a la Comunidad en las Áreas de Drogadicción, SIDA y Suicidio*. Bogotá, Colombia: Editorial Presencia.

Piña, J. Obregón, F. (2002). Sesión Temática 8: Diseño y Validación de un instrumento para medir variables psicológicas asociadas al VIH / SIDA. III Congreso Iberoamericano de Psicología. Santa fe de Bogotá. Disponible en <http://www.abacolombia.org/3cip/programa/clínica/resumenescl,../sesiontematica8clinica.htm>

Pisani, E., Garnett, G., Brown, T., Stover, J., Grassly, N. C., Hankins, C., Walker, N. y Ghys, P. D. (2003) . Back to

basics in HIV prevention: Focus on exposure. *British Medical Journal*, 326, 1384-1387.

Prieto, F. (2003). Veinte años del VIH en Colombia, 1983-2003. Datos de la Vigilancia Epidemiológica. *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional*, 8, 355-364.

Ramisetty-Mikler, S., Caetano, R., Goebert, D. y Nishimura, S. (2004). Ethnic variation in drinking, drug use, and sexual behavior among adolescents in Hawaii. *The Journal of School Health*, 1, 16-23.

Red de Amigos de la Lucha. (2001). Disponible en: [html//www.amigos.org/servicios.htm](http://www.amigos.org/servicios.htm).

Robbins, S. (1995). *Patología estructural y funcional*. Madrid, España: Interamericana.

Rojas, W. (1995). *Inmunología*. Medellín, Colombia: Corporación para investigaciones biológicas. CIB.

Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid, España: Síntesis.

Rodríguez, P. Y Martínez, F. (1998). *Reacciones Psicológica en pacientes somáticos: conducta de enfermedad*. Madrid, España: Universidad de Salamanca. Facultad de medicina y departamento de personal , evaluación y tratamientos psicológicos.

Rodríguez, I.; Pastor, M. Y López, 8. (.1990). *Estrategias de afrontamiento de la enfermedad*. Sevilla, España: Sedad.

- Santelices (1999) *Aspectos biológicos del sida*. Madrid, España: Pirámide
- Saranson, L. Y Saranson, B. (1996). *Psicología Anormal*. Ciudad de México, México: Prentice Hall.
- Schwartländer, B., Stover, J., Walker, N., Bollinger, L., Gutiérrez, J. P., McGreevey, W., Opuni, M., Forsythe, S., Kumaranayake, L., Watss, C. y Bertozzi, S. (2001). Resource needs for HIV/AIDS. *Science*, 292, 2434-2436.
- Sierra, J. (2001). Aspectos clínicos de la infección por VIH. Disponible en red: <http://www.sida.lac.org.mx/spanish/publicaciones/Vancouver/sierra.htm>.
- Secretaría Municipal en la sección de prevención de infecciones de transmisión sexual y SIDA (productor) . (2007). (disco compacto)
- Serna, M. T. y Torres, A. (2003). Comportamiento de la infección por VIH/SIDA en Guaviare, 1990-2002. *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional*, 8, 385-389.
- Simón, M. (1993). *Psicología de la salud: Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid, España: Pirámide.
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. Ciudad de México, México: Manual Moderno.
- Tamyó, M. (1999). *Aprender a investigar*. Bogotá, Colombia. ICFES.

Temoshock, L. (1992) Una comparación de hombres jóvenes y adultos en cuanto a las conductas de alto riesgo. *Acción en Sida*.

United Nations Children's Fund (UNICEF) (2003). *Situación de la infancia. Adolescentes. Infección por VIH/SIDA*. Recuperado el 18 septiembre, 2006, de <http://www.unicef.org.co/07-sida.htm>.

Valderrama, P ;Carbellido, S; Domínguez, B (1995). Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer cervicouterino. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 27, 73-86.

Velásquez G, Gómez R. (1996). *Fundamentos de Medicina. Sida Enfoque integral*. CIB (Corporación para investigaciones Biológicas). Medellín, Colombia.

Vera, P. Buela-casal, G .Psiconeuroinmunología: relaciones entre factores psicológicos e inmunitarios humanos. *Revista Latinoamericana de psicología*. 31, 2.

Vera-Villaruel, P., Pérez, V., Moreno, K. y Allende, F. (2004). Diferencias en variables psicosociales en sujetos VIH homosexuales y heterosexuales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 55-67,

Vidal, R., Coll, O. y Reverter, M. (2001). Transmisión vertical del VIH y su prevención. En V. Soriano y J. González-Lahoz

(Eds.), *Manual del Sida* (pp. 117-127). Barcelona, España:

Publicaciones Permanyer.

Walker, N., Garcia-Calleja, J. M., Heaton, L., Asamoah-Odei, E.,

Poumerol, G., Lazzari, S., et al. (2001) . Epidemiological analysis of the quality of HIV serosurveillance in the world: How well do we track the epidemic? *AIDS*, 15, 1545-1554 .

Watson, M. (1999). influence of Psychological response on survival in breast cancer: a population – based cohort study. Disponible en <http://www.findarticles.com>

Watson, M; Greer, S; Bliss, J. (1989). Mental Adjustment to Cáncer (MAC) .Scale Users Manual.

Weiner, L. (1992). *Métodos en psicología clínica*. Ciudad de México, México : Limusa.

Winnicott, D. (1962) *El proceso de Maduración del Niño*.

Barcelona, España: Laja.

Yagüe, M. (2002). Sesión Temática: El Contexto de la intervención psicológica en catástrofes y emergencias. III Congreso Iberoamericano de Psicología. Bogotá, Colombia.

APENDICES

Apéndice A

FACULTAD DE PSICOLOGIA UNAB

ESTRATEGIAS DE APRONTAMIENTO EN PACIENTES VIH/SIDA DE
LAS ZONAS MARGINALES Y CIUDADANOS DE BUCARAMANGA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Yo, en uso de mis facultades físicas y mentales, acepto participar en la investigación "estrategias de afrontamiento en pacientes VIH/SIDA de las zonas marginales y ciudadanos de Bucaramanga", que tiene como objetivo principal Describir las estrategias de afrontamiento en pacientes diagnosticados con SIDA pertenecientes a las zonas marginales y ciudadanos de Bucaramanga a través de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer de Watson & Greer adaptada al VIH/SIDA para conocer la influencia de estas en el desarrollo de la enfermedad.

Soy consciente de que la información se almacenará los resultados se agruparan en una base de datos que no contendrá ningún medio para la identificación de los participantes, que solo será conocida y analizada por la investigadora LAURA CECILIA RUEDA CARREÑO, manteniendo total confidencialidad de la información relacionada con mi privacidad, usándola únicamente para fines del estudio, y que estoy en libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar d participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios.

Participo en esta investigación con el fin de contribuir a la creación de nuevos programas y

estrategias que ayuden a mejorar las respuestas de
afrentamiento ante la enfermedad.

Se rae ha garantizado el recibir respuestas a cualquier
pregunta acerca de la prueba que me sea generada.

Habiendo leído en forma amplia este documento y
recibido las explicaciones pertinentes tal como lo exige
la ley (Artículo 15 Ley 10 de 1990), marco la decisión
tomada libremente en esta acta.

Acepto participar: SI NO

Apéndice B

HISTORIA PERSONAL

I. DATOS DEMOGRÁFICOS

Nombre y Apellido:
Dirección:
Teléfono
Fecha de Nacimiento:
Lugar de Nacimiento:
Edad actual:
Escolaridad:
Ocupación:
Estado civil:
Religión:
Estrato:

II. CONFORMACION FALMILIAR

Madre Padre____
Hermanos____ Cuantos?_
Lugar que ocupa
Relación con la Madre y / o padre:
Buena|^_ Regular Mala_ Indiferente_
Cómo la describiría más ampliamente? _____

Conocen su estado de salud? SI NO
Cómo reaccionaron? _____

Relación con los hermanos:
Buena Regular Mala Indiferente
Cómo la describiría? _____

Conocen su estado de salud? SINO.
Cómo reaccionaron?

III. INFORMACION PERSONAL

Con quien vive?

Tiene Pareja SI ___ NO

Relación con la pareja:

Buena Regular _____ Mala Indiferente_ _____

Cómo la describiría ? _____

Conoce su actual estado de salud? SI NO

Cómo reaccionó? _____

Cual fue la primera persona que conoció su estado actual de salud? _____

Cómo se siente en este momento? _____

Como cree que se infectó?

Considera necesario y/o importante que le brinden el servicio de asesoría y orientación psicológica, sociales, culturales) realizaba antes de ser paciente VIH ? _____

¿Asistiría a consulta psicológica? Si No _____

Porqué motivo asistiría o no asistiría?

Cómo se describiría a usted mismo?

Carga Viral _____

Medicamentos _____

. IV. ESTADO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD

Hace cuanto tiempo fue diagnosticado?

Síntomas (si los presenta o ha presentado)

Enfermedades concomitantes _____

Qué otros aspectos querría comentar y/o compartir?

Apéndice C

ESCALA DE AJUSTE MENTAL ADAPTADA AL VIH DE WATSON & GREER

Nombre:	Fecha:	H.C.:
---------	--------	-------

Instrucciones:

Las frases que va a leer a continuación describen reacciones de las personas que tienen VIH. Por favor rodee con un círculo

el número correspondiente en la escala que aparece a la derecha de cada frase, indicando en qué medida cada una de ellas se aplica a usted en este momento. Por ejemplo, si la frase definitivamente no se aplica, deberá colocar entonces un círculo en el número 1 de la primera columna.

	Definitivamente <u>no</u> se aplica a mi caso	No se aplica a mi caso	Se aplica a mi caso	Definitivamente se aplica a mi caso
1. He realizado tareas que creo mejoraran mi salud , por ejemplo cambiar de dieta .	1	2	3	4
2. Sient que mis problemas de salud me impiden hacer planes futuros	1	2	3	4
3. Siento que mis problemas de salud me impiden hacer planes futuros.	1	2	3	4
4. creo que mi actitud positiva beneficiará mi salud	1	2	3	4
5. No pienso mucho en mi enfermedad.	1	2	3	4
6. Creo firmemente que me voy a mejorar.	1	2	3	4
7. Siento que nada de lo que haga hará cambiar mi situación.	1	2	3	4
8. He dejado todo a cargo de los médicos.	1	2	3	4
9. Siento que en la vida no hay esperanza.	1	2	3	4

10. He estado realizando actividades que creo que mejoraran mi salud, por ejemplo, ejercicio físico.	1	2	3	4
11. Por mi diagnóstico de VIH, ahora me doy cuenta de lo valiosa que es la vida, e intento sacarle el mejor provecho	1	2	3	4
12. Me he puesto en manos de Dios.	1	2	3	4
13. Tengo planes para el futuro, por ejemplo, tomar vacaciones, trabajar, arreglar la casa.	1	2	3	4
14. Me preocupa que el VIH empeore.	1	2	3	4
15. He vivido bien y lo que me queda de vida es ganancia adicional.	1	2	3	4
16. Creo que mi estado mental puede producir grandes cambios en mi salud.	1	2	3	4
17. Siento que no puedo hacer nada para ayudarme a mi mismo.	1	2	3	4
18. Intento seguir viviendo como siempre lo he hecho.	1	2	3	4
19. Me gustaría conocer personas que se encuentran en la misma situación.	1	2	3	4
20. Estoy decidido/a a dejar todo en el pasado.	1	2	3	4
21. Me cuesta trabajo creer que esto me está sucediendo.	1	2	3	4
22. Sufro una gran angustia por esto.	1	2	3	4
23. No tengo mucha esperanza sobre mi futuro.	1	2	3	4
24. Por el momento vivo el día a día.	1	2	3	4
25. Siento que me estoy dando por vencido.	1	2	3	4
26. Intento mantener un buen sentido de humor frente	1	2	3	4

a esto.				
27. Otras persona se preocupan por mí más de lo que yo lo hago.	1	2	3	4
28. Pienso en otras personas que están peor que yo.	1	2	3	4
29. Estoy intentando conseguir tanta información como pueda sobre el VIH.	1	2	3	4
30. Siento que no puedo controlar lo que está sucediendo.	1	2	3	4
31. Intento tener una actitud muy positiva	1	2	3	4
32. Me mantengo bastante ocupado/a y de esta manera no tengo tiempo de pensar en esto.	1	2	3	4
33. Evito averiguar más acerca de mi enfermedad.	1	2	3	4
34. Veo mi enfermeda como un reto.	1	2	3	4
35. Me siento muy pesimista.	1	2	3	4
36. No tengo la menor idea de que puedo hacer.	1	2	3	4
37. Siento mucha rabia por lo que me ha sucedido.	1	2	3	4
38. Realmente no creo que tenga VIH/SIDA.	1	2	3	4
39. Reconozco mis fortalezas.	1	2	3	4
40. Intento luchar contra mi enfermedad.	1	2	3	4

Apéndice D

ESCALA DE AJUSTE MENTAL ADAPTADA AL VIH/SIDA DE WATSON & GREER VALIDADA EN COLOMBIA

Nombre:	Fecha:	H.C.:
---------	--------	-------

Instrucciones:

Las frases que va a leer a continuación describen reacciones de las personas que tienen VIH/SIDA. Por favor rodee con un círculo

el número correspondiente en la escala que aparece a la derecha de cada frase, indicando en qué medida cada una de ellas se aplica a usted en este momento. Por ejemplo, si la frase definitivamente no se aplica, deberá colocar entonces un círculo en el número 1 de la primera columna.

	Definitivamente <u>no</u> se aplica a mi caso	No se aplica a mi caso	Se aplica a mi caso	Definitivamente se aplica a mi caso
3. Siento que mis problemas de salud me impiden hacer planes futuros.	1	2	3	4
4. creo que mi actitud positiva beneficiará mi salud	1	2	3	4
6. Creo firmemente que me voy a mejorar.	1	2	3	4
7. Siento que nada de lo que haga hará cambiar mi situación.	1	2	3	4
9. Siento que en la vida no hay esperanza.	1	2	3	4
11. Por mi diagnóstico de VIH/SIDA, ahora me doy cuenta de lo valiosa que es la vida, e intento sacarle el mejor provecho	1	2	3	4
14. Me preocupa que el VIH/SIDA empeore.	1	2	3	4
15. He vivido bien y lo que me queda de vida es ganancia adicional.	1	2	3	4

17. Siento que no puedo hacer nada para ayudarme a mi mismo.	1	2	3	4
19. Me gustaría conocer personas que se encuentran en la misma situación.	1	2	3	4
20. Estoy decidido/a a dejar todo en el pasado.	1	2	3	4
21. Me cuesta trabajo creer que esto me está sucediendo.	1	2	3	4
22. Sufro una gran angustia por esto.	1	2	3	4
23. No tengo mucha esperanza sobre mi futuro.	1	2	3	4
24. Por el momento vivo el día a día.	1	2	3	4
27. Otras personas se preocupan por mí más de lo que yo lo hago.	1	2	3	4
28. Pienso en otras personas que están peor que yo.	1	2	3	4
29. Estoy intentando conseguir tanta información como pueda sobre el VIH/SIDA.	1	2	3	4
30. Siento que no puedo controlar lo que está sucediendo.	1	2	3	4
31. Intento tener una actitud muy positiva	1	2	3	4
32. Me mantengo bastante ocupado/a y de esta manera no tengo tiempo de pensar en esto.	1	2	3	4
33. Evito averiguar más acerca de mi enfermedad.	1	2	3	4
35. Me siento muy pesimista.	1	2	3	4
36. No tengo la menor idea de que puedo hacer.	1	2	3	4
37. Siento mucha rabia por lo que me ha sucedido.	1	2	3	4
39. Reconozco mis fortalezas.	1	2	3	4
40. Intento luchar contra mi enfermedad.	1	2	3	4

Apéndice E

Prueba T para el estudio con base en el Test Colombiano

Afrontamiento	T	Sig. (bilateral)
Actitud Positiva	-4,21	,00
Preocupación	3,34	,00
Orientación Positiva	-4,06	,00
Sin Esperanza	1,69	.11

Alfa = 0,05

Estadísticos de fiabilidad para datos (Prueba Col.)

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en ítems tipificados	N de elementos
,665	,658	27

Tabla. Estadísticos en Afrontamiento para el estudio con base en prueba Colombiana

Estadísticos	Actitud Positiva	Preocupación Ansiosa	Orientación Positiva	Sin Esperanza
Media	8,5	21,9	26,6	13,8
Desviación típica	2,6	5,8	6,1	4,5
Limite Inferior	5,9	16,1	20,5	9,3
Limite Superior	11,1	27,7	32,7	18,3
Puntaje Mínimo	3	8	10	6
Puntaje Máximo	12	32	40	24

Tabla, Niveles de calificación para Afrontamiento con base en prueba Colombiana

Afrontamientos	Niveles		
	Bajo	Medio	Alto
Actitud Positiva	<5,9	5,9-11,1	>11,1
Preocupación Ansiosa	<16,1	16,1-20,5	>20,5
Orientación Positiva	<20,5	20,5-32,7	>32,7
Sin Esperanza	<9,3	9,3-18,3	>18,3

Apéndice F

ESTRATEGIAS AFROATAMIENTO						
Rango	Sujetos	Act Pos	PA	OP	SE	Medica
1	Sujeto 14	Medio	Medio	Bajo	Medio	NO
1	Sujeto 5	Medio	Medio	Medio	Bajo	NO
1	Sujeto 6	Alto	Medio	Alto	Medio	SI
1	Sujeto 15	Bajo	Medio	Medio	Medio	NO
1	Sujeto 10	Alto	Medio	Alto	Medio	NO
1	Sujeto 12	Medio	Medio	Medio	Medio	NO
1	Sujeto 19	Medio	Medio	Medio	Medio	SI
1	Sujeto 1	Bajo	Alto	Medio	Medio	SI
2	Sujeto 16	Bajo	Medio	Medio	Alto	SI
2	Sujeto 7	Medio	Bajo	Bajo	Alto	SI
2	Sujeto 11	Bajo	Medio	Bajo	Medio	SI
2	Sujeto 17	Medio	Alto	Medio	Medio	NO
2	Sujeto 20	Bajo	Medio	Bajo	Medio	NO
2	Sujeto 9	Medio	Medio	Alto	Medio	SI
2	Sujeto 3	Medio	Alto	Medio	Medio	SI
3	Sujeto 18	Medio	Medio	Alto 1	Alto	NO
3	Sujeto 13	Medio	Medio	Medio	Medio	NO
3	Sujeto 4	Alto	Bajo	Medio	Bajo	NO
3	Sujeto 8	Medio	Alto	Medio	Alto	NO
3	Sujeto 2	Alto	Medio	Medio	Bajo	SI