

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DESCRIPCIÓN DE LAS RESPUESTAS DE APRONTAMIENTO EN
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH POSITIVO CONFIRMADO Y
ASINTOMÁTICO PERTENECIENTES A LA LIGA COLOMBIANA DE LUCHA
CONTRA EL SIDA, EL HOGAR DE MISERICORDIA E INDIVIDUOS DE LA
CALLE DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA

Ruth Marithza Higuera Ibañez

Carolina Durán López

Bajo la dirección de la psicóloga

Elvira Franco de Umaña

BUCARAMANGA, 30 DE MAYO DE 2003

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA	
FACULTAD DE PSICOLOGIA	
VENDEDOR	
Adores	
PRECIO = 00000	

Tabla de Contenido

	Pág.
Resumen	VIII
RESPUESTAS DE APRONTAMIENTO EN PACIENTES 7 DIAGNOSTICADOS CON VIH POSITIVO CONFIRMADO Y ASINTOMÁTICO	
Descripción de las Instituciones.....	8
^Problema	11
Objetivo General	12
Objetivos Específicos	13
•^Antecedentes Investigativos	13
Marco Teórico	20
{infección por VIH	23
Vulnerabilidad al VIH	23
[El SIDA	24
Ventana Inmunológica	26
Significado del resultado	27
Modos de Transmisión	28
Patogénesis: Estructura y función viral.....	28
Diagnóstico de la infección por VIH / SIDA.....	29
Respuesta del Organismo al virus	29
Cofactores	30
La Infección por VIH no es sinónimo de SIDA.....	33
Actitud frente al SIDA.....	34
Avances Biomédicos: El VIH como enfermedad crónica.....	35
El VIH como enfermedad catastrófica.....	37
Acceso a fármacos	40
[Epidemiología	43
Estimaciones Regionales	45
El SIDA en América Latina.....	47

Aspectos Biopsicosociales del VIH/SIDA.....	53
El VIH/SIDA y la Pérdida de la Salud	54
El VIH / SIDA y las reacciones psicológicas	57
Implicaciones Psicosociales de la Epidemia del VIH/ SIDA.....	58
Aspectos Psicosociales de las Personas que viven con VIH /	
SIDA	61
Afrontamiento	62
Definición de Variables	73
Método	75
Participantes	75
Instrumento	76
Historia Personal.....	76
Escala de Ajuste Mental.....	77
Procedimiento	84
Resultados.....	86
Variables Sociodemográficas.....	86
Variables Médicas.....	99
Variable Psicológica	106
Variables Respuestas de Afrontamiento.....	108
Análisis de Resultados	116
Discusión...	124
Sugerencias.....	133
Referencias	134
Apéndices	
Apéndice A: Historia Personal	
Apéndice B: Escala de Ajuste Mental al Cáncer de Watson &	
Greer	
Apéndice C: Escala de Ajuste Mental al Cáncer Validación	
Colombiana	
Apéndice D. Escala aplicada al os pacientes	

Apéndice E: Entrevista a Expertos en tratar pacientes con VIH

Apéndice F: Estandarización de los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba según la validación realizada para Colombia

Apéndice G: Variables sociodemográficas, información médica y familiar de los sujetos de investigación

Apéndice H: Estandarización de los resultados de obtenidos en la aplicación de la prueba según la escala original

Apéndice I: Distribución de estadígrafos complementarios de las respuestas de afrontamiento por sujetos

Apéndice J: Alfa de Crombach hallado según la muestra del estudio

Apéndice K: Tablas de contingencia obtenidas por el Programa Estadístico SPSS versión Windows 9.0

Apéndice L: Puntajes de la prueba T

Apéndice M: Grupo de Autoapoyo

Apéndice N: Programa de Intervención Psicológica

Apéndice O: Lista Pie de Página

UNIVERSIDAD DE LA PAZ

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1: Casos notificados Infección VIH/SIDA en Santander 1996-2002	49
Figura 2: Estado actual VIH/SIDA Santander 1986-2002	50
Figura 3: Casos de VIH/SIDA en Santander 1986-2002	50
Figura 4: Modo de transmisión VIH/SIDA Santander 1986-2002	51
Figura 5: Casos notificados infección de VIH/SIDA en Bucaramanga 1996-2002	51
Figura 6: Distribución por sexo VIH/SIDA notificados en Santander, 1986-2002	52
Figura 7: Distribución en porcentaje de los casos según género de la muestra	87
Figura 8: Número de casos según Identidad Sexual.	88
Figura 9: Distribución en porcentaje e intervalos de frecuencia según Edad.	89
Figura 10: Porcentaje y distribución de frecuencia según estado civil.	90
Figura 11: Porcentaje y distribución de frecuencia según Escolaridad	91
Figura 12: Distribución en porcentaje y frecuencia según Religión	93
Figura 13: Distribución en porcentaje y frecuencia según Estrato	94
Figura 14: Distribución en porcentaje según Ocupación	96
Figura 15: Distribución en porcentaje según las Personas con Quien vive	97
Figura 16: Distribución en Porcentaje según la Primer Persona que conoció el Diagnóstico	99
Figura 17: Distribución en porcentaje según Medio de Transmisión	100
Figura 18: Distribución en porcentaje según Tiempo de Diagnóstico	101
Figura 19: Distribución en porcentaje según Medicamentos	103
Figura 20: Distribución en porcentaje según Carga Viral	104
Figura 21: Distribución en porcentaje según la Cantidad de Síntomas	105

Figura 22: Distribución en porcentaje según Cantidad de Enfermedades Concomitantes	106
Figura 23: Distribución en porcentaje según Importancia de la Intervención y Asistencia a consulta Psicológica	107
Figura 24: Distribución en Porcentaje del Factor APC	111
Figura 25: Distribución en Porcentaje del Factor PAC	112
Figura 26: Distribución en Porcentaje del Factor OPC	113
Figura 27: Distribución en Porcentaje del Factor SEC	114

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1: Gastos en VIH/SIDA por tipo y fuentes de financiamiento. Estimaciones preliminares	41
Tabla 2: Gastos de tratamiento de VIH/SIDA por tipo y fuente de prevención de financiamiento México (1995)	42
Tabla 3: Casos comunicados a la OMS desde Noviembre de 1997	44
Tabla 4: Resumen Mundial sobre la epidemia de VIH/SIDA, diciembre de 1997.	45
Tabla 5: Estadística y características regionales VIH/SIDA, diciembre 1997	47
Tabla 6: Variables Independientes que conforman el estudio descriptivo Transversal	73
Tabla 7: Índice de Consistencia Interna estimada para los factores obtenidos en la muestra Colombiana	80
Tabla 8: Valores promedio de los puntajes obtenidos en la muestra Colombiana	81
Tabla 9: Indicadores a estudiar por agrupación de ítems	82
Tabla 10: Distribución de casos según género e identidad sexual	87
Tabla 11: Intervalos y distribución de frecuencia según Edad	88
Tabla 12: Distribución de frecuencia según Estado civil	90
Tabla 13: Distribución de frecuencia según Escolaridad	91
Tabla 14: Distribución de frecuencia según Religión	92
Tabla 15: Distribución de frecuencia según Estrato	94
Tabla 16: Distribución de frecuencia según Ocupación	95
Tabla 17: Distribución de frecuencia según Las Personas con Quien vive la muestra	97
Tabla 18: Distribución de frecuencia según la Primer persona que conoció el Diagnóstico	98
Tabla 19: Distribución de frecuencia según Medio de Transmisión	100

Tabla 20: Intervalos de Tiempo de Diagnóstico, Distribución de frecuencia y estadígrafos complementarios	101
Tabla 21: Distribución defrecuencia según Medicamentos	102
Tabla 22: Distribución defrecuencia según Carga viral	103
Tabla 23: Distribución defrecuencia según Cantidad de Síntomas	104
Tabla 24: Distribución defrecuencia según Cantidad de Enfermedades Concomitantes	105
Tabla 25: Distribución de frecuencia según la Respuesta a la Importancia de la intervención y asistencia Psicológica	107
Tabla 26: Distribución Comparativa entre los rangos de puntaje, Desviación típica y Media aritmética de la Validez Colombiana y los resultados obtenidos por el estudio	108
Tabla 27: Puntajes t y z obtenidos a partir de la comparación entre la validación Colombiana y los resultados del estudio	108
Tabla 28: Resultados cuantitativos brutos de las Respuestas de Afrontamiento	109
Tabla 29: Niveles de calificación de las respuestas de afrontamiento	110
Tabla 30: Comportamiento de los Factores de la Escala Ajuste Mental al VIH por razones según el número total de casos evaluados.	120

Resumen

La presente investigación de carácter descriptivo transversal se desarrolló con el fin de describir las respuestas de afrontamiento en pacientes diagnosticados con VIH pertenecientes a la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, el Hogar de Misericordia e individuos de la calle por medio de la Escala de ajuste mental al Cáncer de Watson & Greer adaptada al VIH, obteniendo como resultado un mayor porcentaje de la muestra en los niveles medios para cada factor (60% APC, 66% PAC, 66% OPC y 63% SEC). Contando con la participación de 30 sujetos femeninos (37%) y masculinos (63%), que presentan las siguientes características: edad entre los 34-40 años (34%), solteros, (50%), con una escolaridad secundaria (43%), católicos (74%), de estrato 2 (46%), comerciantes (30%), que viven solos (34%), con un tiempo de diagnóstico entre 2-15 meses (47%), que no presentan síntomas en su mayoría (34%), ni enfermedades concomitantes (53%), siendo un familiar la primera persona que conoció su diagnóstico (50%). Finalmente, se observó que en el proceso de afrontamiento intervienen múltiples variables sociodemográficas en pro y /o en contra de la adaptación del paciente con relación al diagnóstico, tratamiento y curso de la enfermedad. Por ello este estudio brinda un aporte relevante para la realización de estudios futuros que quieran plantear y ejecutar un programa de intervención psicológica con el fin de prevenir y promover la salud mental y física en este ámbito.

RESPUESTAS DE APRONTAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH POSITIVO CONFIRMADO Y ASINTOMÁTICO

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.

Pese a la gravedad de la situación, existen contribuciones significativas en materia de investigación para el entendimiento del VIH/ SIDA que han dado como resultado a 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 logrado adelantos en el área de la prevención secundaria mirando como el estrés y la depresión afectan la progresión de la enfermedad y el impacto del apoyo social sobre la adherencia al tratamiento y el desarrollo de enfermedades oportunistas. Otros estudios, han demostrado el impacto de políticas públicas como la distribución de jeringuillas sobre la disminución de las fuentes de infección.

Sin embargo, aún no se ha abordado la problemática de las respuestas de afrontamiento frente al diagnóstico del VIH / SIDA, teniendo en cuenta que al presentarse una enfermedad en la vida de un individuo llámese este SIDA, y /o Cáncer, se genera un gran reto para la integridad psicológica del individuo, en la cual normalmente se presentarán situaciones de crisis ante la pérdida de la salud, que encara directamente al paciente con la muerte (Aspectos psicológicos del Sida, 2000). Y al tener en cuenta, como lo hace el Psicoanálisis, el cuerpo propio 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 (Dreizen, Disponible en red: <http://www.psiconet.com.ar/efbatx04.htm>).

El sentido y la extensión de la pérdida es percibida de modo diferente por cada persona. Toda pérdida física conlleva pérdidas simbólicas abstractas de naturaleza psicosocial. Una enfermedad grave, 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. Disponible en red: http://www.donaei0n.organos.va.eS/.proceso/el_duelo.htm.)

La respuesta psicológica a una enfermedad particular es variable y depende de múltiples factores. Estos incluyen características de la enfermedad médica, personalidad, etapa de vida, conflictos emocionales y vulnerabilidad, así como el medio cultural y social del individuo afectado (Goldman, 1999).

También debe tenerse en cuenta que, desde el momento que el estado psicológico de un individuo puede influir 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/ o la inmunidad adquiere tres importantes implicaciones clínicas: a) posibilidades de que los tratamientos psicológicos puedan usarse como terapias de apoyo para suprimir la respuesta inmunológica tanto en enfermedades amenazadoras para la vida como en 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 eso, esta investigación no solo sirve para describir las respuestas de afrontamiento en este tipo de pacientes, sino también brindarían una pauta para los futuros investigadores interesados en el área, con miras a mejorar la calidad de vida de la población portadora de VIH a partir de una intervención psicológica que tenga como base los resultados obtenidos en el mismo.

Descripción de las Instituciones

Liga Colombiana de Lucha contra el Sida

La Liga Colombiana de Lucha contra el Sida, es una organización no gubernamental (ONG), creada el 11 de junio de 1991, con personería jurídica número 4672 del mismo año. La Liga está conformada por un grupo de

voluntarios profesionales de la salud, de las ciencias humanas sociales que aportan su experiencia para cumplir los objetivos trazados.

Misión

La Liga Colombiana de Lucha contra el Sida seccional Santander, tiene como fin mejorar la calidad de vida de las personas viviendo con VIH /SIDA ; prevenir el avance de la epidemia y controlar sus efectos sociales en la comunidad mediante programas de prevención, diagnóstico, atención y derechos Humanos con personal capacitado y tecnología apropiada.

Visión

La liga Colombiana de Lucha contra el Sida seccional Santander, será una ONG reconocida a nivel departamental y nacional por proteger la salud de las personas que viven con VIH/ SIDA y de la comunidad en general a través de programas de asistencia y estrategias preventivas, con el fin de evitar la expansión de dicha pandemia.

Objetivos

1. Prevenir la propagación de la Infección por VIH/ SIDA, mediante la implementación de proyectos y programas preventivos, campañas educativas dirigidas a la comunidad en general, grupos específicos y medios de comunicación.
2. Prestar atención integral (Apoyo clínico, mental, espiritual, etcétera) a personas viviendo con VIH/ SIDA, a su pareja, entorno familiar y social.
3. Promover y defender los derecho humanos de las personas viviendo con VIH/ SIDA y su entorno social, vigilando la aplicación de las normas de manera eficaz y promoviendo las acciones necesarias para tal fin.
4. Desarrollar y liderar acciones contra la discriminación de personas viviendo con VIH/ SIDA y las poblaciones más vulnerables, así como la sensibilización de la población general hacia la problemática.

Hogar La Misericordia para Mujeres y Niños Portadores del VIH y SIDA

El Hogar de Misericordia para Mujeres y Niños Portadores del VIH / SIDA, es una organización sin ánimo de lucro creada el 27 de enero de 1999, con personería jurídica número 4916 del Libro 1. El Hogar consta de una Junta directiva para la realización y ejecución de sus objetivos.

Misión

El Hogar de Misericordia para Mujeres y Niños portadores del VIH / SIDA, tiene como fin mejorar la calidad de vida de las Mujeres y niños que viven con VIH / SIDA mediante un acompañamiento emocional y ofrecimiento de servicios en pro de una salud física y mental.

Visión

El Hogar de Misericordia para Mujeres y Niños portadores del VIH / SIDA, será una organización sin ánimo de lucro que buscará proteger y apoyar a las Mujeres y Niños portadores con el fin de lograr su inserción en la sociedad a través de capacitaciones en algún arte u oficio que los ayude a ser personas productivas para la sociedad y a garantizar su propia subsistencia, así como una muerte digna.

Objetivos

1. Acoger, proteger y ayudar a mujeres y niños portadores del VIH que por pertenecer a estratos sociales bajos viven situación de extrema pobreza y por lo tanto requieren de este servicio.
2. Ofrecer a estas personas un ambiente de hogar, buena alimentación y garantizarles el tratamiento médico requerido para que puedan vivir y morir dignamente.
3. Brindar acompañamiento y asesoría a pacientes y familiares para una mejor aceptación del problema, pudiendo ofrecer a los beneficiarios del programa charlas especializadas tanto a nivel salud como Psicológico para lograr un mejor entendimiento del problema y aceptación del mismo.

4. Crear espacios para el esparcimiento y actividades intelectuales o manuales de acuerdo a la situación de cada paciente.
5. Con el apoyo de las Universidades ofrecer servicio de calidad a la población beneficiaría, a través de la suscripción de convenios para que con la ayuda de dichas entidades educativas se busque la asesoría tanto de salud, educación, psicológica y demás áreas requeridas en la atención de las personas beneficiarías.
6. Canalizar los recursos y aportes del Gobierno seccional y nacional, entidades y organizaciones sin ánimo de lucro para lograr los objetivos propuestos y lograr la consecución de los mismos cuando la Ley permita obtenerlos.
7. Garantizar la asistencia espiritual (sacramentos, etc) a quienes los solicite
8. Capacitar a los beneficiarios en actividades tendientes a lograr su esparcimiento enseñando diferentes arte y oficios *que* puedan ser útiles para ellos mismos y para la Institución.

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 y que tiene que enfrentar el paciente. Puesto que los conflictos afectivos y emocionales que éste debe enfrentar no solo afectan a la salud psíquica sino que además condicionan la recuperación física del mismo (García, 2001). Y, partiendo del hecho de que ante un situación estresante, o cuando el individuo reacciona con una determinada emoción, es posible adoptar distintos tipos de afrontamiento (sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés.1999), ésta investigación plantea, ¿cómo se pueden describir las respuestas de afrontamiento en los pacientes diagnosticados con VIH positivo confirmado y asintomático que se encuentran en la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, el Hogar de Misericordia para Mujeres y Niños portadores de VIH/ SIDA , e individuos de la calle de la ciudad de Bucaramanga?.

Teniendo en cuenta que a medida que ésta enfermedad es más conocida, se observa cómo los enfermos que la padecen presentan diversos trastornos psíquicos, que se añaden a las complicaciones médicas que conlleva esta infección (Gómez, 1996. Disponible en red: http://www.vidahumana.org/vidafam/sida/aspectos_sida.html), pero sobretodo, partiendo de cómo 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 médica, sino también, en gran parte, psicológica, política y económica (Ochoa, citado por Gómez, 1996)

Es obvio que cualquier tipo de circunstancia que afecte a la integridad vital o física, a la seguridad o bienes que poseen las personas produce en ellas distintos tipos de efectos tanto en cualidad como intensidad (Yagüe, 2002).

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

Desde este punto de vista, es necesario, desde nuestro rol de Psicólogos realizar una investigación que brinde las pautas necesarias para una intervención basada en las respuestas de afrontamiento que presenta la población con VIH con el fin de aminorar los daños emocionales y psicológicos que genera la enfermedad.

Objetivo General

Describir las respuestas de afrontamiento en pacientes diagnosticados con VIH Positivo confirmado y asintomático pertenecientes a la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA , El Hogar de la Misericordia e individuos de la calle a través de la aplicación de la Escala de Ajuste mental al Cáncer de Watson & Greer adaptada al VIH para conocer la influencia de éstas en el desarrollo de la enfermedad.

Objetivos Específicos

- A. Determinar las respuestas de afrontamiento que se presentan con mayor frecuencia en pacientes diagnosticados con VIH positivo confirmado y asintomático.
- B. Determinar la diferencia existente entre las respuestas de afrontamiento utilizadas por los pacientes con cáncer y los pacientes con VIH positivo confirmado y asintomático.
- C. Analizar los resultados obtenidos en la aplicación de la Escala de Ajuste Mental Adaptada al VIH de Watson & Greer haciendo énfasis en la identificación de las respuestas de afrontamiento utilizadas por los pacientes con VIH positivo confirmado y asintomático.
- D. Sugerir campos de intervención psicológica en pro de una mejor calidad de vida de los pacientes participantes en la investigación a partir de los resultados obtenidos.

Antecedentes Investigativos

Teniendo en cuenta la incidencia de las enfermedades crónicas, como el cáncer, en la actualidad que han generado numerosas investigaciones que apuntan no solo al conocimiento de la enfermedad para la prevención sino para la intervención de la misma, en pro de la mejor y mayor calidad de vida, se ha visto la necesidad de realizar una investigación relacionada con el VIH/ SIDA ya que en ésta no se han encontrado actualmente investigaciones relacionadas con las respuestas de afrontamiento a pesar del aumento vertiginoso de la epidemia en los últimos años, y las múltiples investigaciones del VIH / SIDA en otros campos.

Por ello, para el presente estudio se tomaron en cuenta 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 con estas y, son de un alto costo para los pacientes.

Tomando Como base el Modelo Multifactorial de proceso del estrés propuesto por Carrobles (1995, 1996) se 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 afectado por ningún trastorno crónico de la 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.

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

1. Endery Parker (1990) llevaron a cabo un estudio basado en la hipótesis que las personas tienen preferencias en el empleo de estrategias de afrontamiento, es decir, que utilizan en mayor medida estrategias particulares independientemente de 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. Lo apoya porque confirma factorialmente la existencia de las tres dimensiones primarias sugeridas por estos autores, es decir, 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.

Por otro lado, en una investigación llevada a cabo por Ferrero, et al (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.

Grerr et el al (como se cita en 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.

Los resultados señalan, un interesante camino metodológico que por su sencillez y las posibilidades que ofrece es, lo mas relevante de una línea de trabajo que se encuentra todavía en sus comienzos y en la que es difícil encontrar instrumentos de evaluación adecuados, por esta razón se describirá brevemente a continuación la técnica central utilizada por Solano y Colaboradores para valorar la estrategia de afrontamiento determinante utilizada por los sujetos de su Investigación.

Basándose en una idea original de Temosschok, se presentaron a los sujetos 3 historias diferentes, cada una de las cuales describían las reacciones 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; 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 del EORTC, el cual se encuentra traducido a diversos idiomas entre ellos el Castellano, y ha sido administrado a poblaciones muy diversas (Aaronson et al., citado en Bayés, 1995).

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 obtienen 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 de 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, etc.

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 reacciones 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 muestran que la relación entre factores psicológicos y enfermedad coronaria no está libre de contradicciones ya que el 97% de los pacientes evaluados presenta patrón de conducta tipo B, al igual que mostró como las estrategias de afrontamiento cambian con el tiempo; en la medida en que se restablece la función cardíaca y que en las fases del postoperatorio 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 actividad laboral desempeñada.

4<Watson (1999) realizó un estudio retrospectivo sobre la influencia de la respuesta psicológica 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 en 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 período menor a los cinco años, encontrando que 395 mujeres estaban vivas sin ninguna recaída, 50 continuaban vivas pero con recaídas y 133 habían muerto. Se observó un aumento significativo de riesgo de muerte producido por todas las causas en cinco años, con un porcentaje alto en la escala HAD. Este a su vez, fue un incremento significativo en la recaída o muerte a los cinco años en mujeres con alta puntuación en la escala de 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.

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, éstos 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 creencias generalizadas estables que toman forma de rasgo de personalidad (locus de control, estilos atribucionales, errores cognitivos autoeficacia, 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: 1) somático Vs. Interacción de múltiples factores, 2) Externo Vs. Interno y, 3) otro culpable VS. Azar.

B) Las expectativas relativas al diagnóstico: 1) evaluación de la historia, 2) Exámenes clínicos, 3) Pruebas de laboratorio, exámenes radiológicos y, 4) evaluación psicosocial.

C) Las expectativas de tratamiento: 1) paciente pasivo Vs. Activo, 2) Invasivo Vs. No Invasivo, 3) curar / reparar Vs. Rehabilitación y, 4) somático / médico Vs. Psicológico / comportamental.

D) Las expectativas frente al resultado del tratamiento: 1) Cura Vs. Alivio, 2) Cambio rápido Vs. Gradual, 3) Alivio completo del dolor Vs. Alivio parcial y, 4) 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 somatoformes, éstas 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.

De otro modo, 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 está conformado por poco más de 50 reactivos, agrupados en las escalas de conocimientos, creencias, comportamientos instrumentales de riesgo y/ o prevención, motivos 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, así como validez para la mayoría de las escalas, exceptuando las situaciones interactivas.

Finalmente, Grulich y cois. (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 diagnóstico" es necesario su mención puesto que el VIH / SIDA por ser una enfermedad que afecta el sistema inmune, permite que se generen distintos tipos de cáncer en los pacientes que lo portan, y teniendo en cuenta el alto índice de los cánceres de dichos individuos, puede agruparse al VIH/ SIDA y Cáncer no solo dentro del grupo de enfermedades crónicas, sino catastróficas al tener presente que una puede conllevar a la otra, tal como lo plantea este estudio. En él se identificaron 196 casos de pacientes con cáncer no infectados de SIDA en 8351 personas notificadas con la infección del VIH y 8118 registrados con el SIDA (total de 13 067 individuos). En total, encontraron índices perceptiblemente crecientes del cáncer del labio, del ano, de la enfermedad de Hodgkin, del mieloma y de la leucemia. De estos cánceres, en la gente con la infección del VIH que no desarrolló el SIDA, o estaban más de 5 años antes del desarrollo del SIDA, sólo 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 por 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 el riesgo creciente de cáncer anal, pero éste puede reflejar otros factores de riesgo. Otros cánceres ocurrieron solamente más adelante en el curso de la infección del VIH. (Del Centro Nacional de Epidemiología e investigaciones Clínicas en VIH de la Universidad del Sur de Galés, Sydney, Australia. Disponible en red: [URLhttp://www.aidsonline.com](http://www.aidsonline.com); AIDS2002; 16:1155-1161).

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 del largo proceso físico, psicológico y social al cual debe enfrentarse, se consideró indispensable una revisión de la enfermedad crónica con el fin de situar el VIH/ SIDA en el aspecto médico y epidemiológico, para pasar a un visión biopsicosocial y finalmente comprender el proceso de afrontamiento en las personas que viven con 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 así 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 período 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 para él un valor que supera su capacidad de financiamiento, es decir, cuando la suma de los copagos¹ que genere sea superior al deducible² (Disponible en red: www.isapre.cl/actu-eneroOO.htm), además de ser una enfermedad que requiere hospitalización prolongada, y tratamientos exageradamente caros o cualquier asistencia que acabaría con los recursos económicos de una familia si no estuviera cubierta por un seguro médico especial, como se mencionaba anteriormente (Mosby, 1995).

De otra parte, la Psicología de la Salud ha encontrado que en el aspecto social, el paciente con enfermedad crónica suele sufrir importantes cambios a partir del momento del diagnóstico (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 cómo aquellos pacientes con un mayor apoyo familiar o social presentan niveles más 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 pueden 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 estómago, taquicardias, pérdida de peso, tensión muscular, etc. Los segundos son aquellos síntomas que son consecuencia directa de la

¹ copago: monto de diferencia que se produce entre el valor cobrado por las atenciones médicas y la bonificación efectiva que otorga el Plan de Salud pactado.

² Deducible: suma de copagos que debe acumular el beneficiario para tener derecho a esta cobertura adicional. Su monto equivale a treinta veces la cotización pactada en el plan de salud con un mínimo de 60 unidades de fomento y un máximo de 126 unidades de fomento.

enfermedad que padecen y / o del tratamiento al que son sometidos, por ejemplo: pérdida del cabello, náuseas, vómitos, somnolencia, dolores localizados o generalizados, etc, en el caso de un cáncer (Bakal, 1996), o como en el caso de VIH / Sida; diarrea crónica, pérdida de peso, vómito, cefaleas, etc.(Ministerio de Salud, 1994) sensación que su 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 Counseling, 1999; Saranson y Saranson, 1996; Slaikeu, 1996; Weiner, 1992).

Muchos de los problemas de salud mental que presentan las personas con VIH son comunes a los ya descritos en pacientes con Cáncer o enfermedades terminales, aunque en el caso de los pacientes portadores, se dan con mayor frecuencia una serie de problemas psicológicos en comparación con otras enfermedades de pronóstico similar. El que aparezcan dichos trastornos puede deberse entre otras causas: a) al impacto social que produce esta enfermedad, b) a que se dé 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 seropositividad 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 a una muerte cercana e inevitable tras un curso doloroso por la enfermedad. Además se suelen añadir preocupaciones en torno 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 externo y a la posible pérdida de sus facultades mentales” (Gómez, 1996. Disponible en red: http://www.vidahumana.org/vidafam/sida/aspectos_sida.html)

Infección por VIH

La infección por VIH es causada por un retrovirus denominado Virus de la Inmunodeficiencia Humana, este microorganismo afecta directamente las células del Sistema Inmune o de defensas 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 el 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 estímulo capaces de estimular a su vez el funcionamiento del sistema inmunitario y, consiguientemente, de incrementar la vulnerabilidad del organismo:

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

b) Estímulos capaces de alterar el sistema endocrino, tales como, por ejemplo, un embarazo y afectar indirectamente a través de aquel el sistema inmunitario,

c) 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.

d) 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 Centers for Disease Control and Prevention (CDC) describieron originariamente el SIDA como la presencia de "una enfermedad, al menos moderadamente predictiva, de un defecto en la inmunidad celular, que aparece en individuos con una menor resistencia a esa enfermedad de causa desconocida. Entre estas enfermedades está 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 Immuno Deficiency: Deficiencia inmunitaria Relacionada con la

homosexualidad). Sin embargo, este nombre dejó rápidamente de ser apropiado, pues a partir de abril de 1982 se describieron trastornos similares en hemofílicos sin antecedentes de contactos homosexuales, en haitianos, en usuarios de drogas intravenosas, en politransfundidos 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 (Rojas, 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 período 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 psicoafectivo 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 clave en la respuesta inmune o capacidad que tiene el organismo de defenderse contra agentes extraños o micro-organismos 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 está iniciando un proceso diagnóstico 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 esto no transcurra, los anticuerpos No serán detectables mediante las pruebas estándar de laboratorio. Se sabe que la mayoría de las personas desarrollarán anticuerpos en un plazo de tres meses; a este lapso se le conoce como ventana inmunológica. En algunos casos este período puede prolongarse hasta seis meses y en muy raras ocasiones puede sobrepasar el año, según Miller (como se cita en Ministerio de salud, 1994).

Así una prueba tomada antes de tiempo daría un resultado “falso negativo” es decir que la persona pudiese considerarse como “seronegativa” aún 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.

A. 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 si no 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.

B. Negativo:

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

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

No quiere decir que la persona no deba preocuparse, que pueda asumir conductas 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 está infectada cuando en realidad no lo está. Tal lectura puede ser transitoria (Sulima, citado en Ministerio de Salud, 1994). En pacientes asintomáticos, 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 está realmente infectada.

Esto puede ser por encontrarse la persona en período 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:

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

B) Transmisión sanguínea; a través de transfusiones o productos de la sangre que no lleven el Sello nacional de Calidad. Igualmente a través de agujas contaminadas como en el caso de las compartidas por los consumidores de drogas intravenosas o de instrumental sin la adecuada esterilización como jeringas hipodérmicas, agujas de acupuntura, equipos para perforar orejas o de tatuaje, material odontológico, cuchillas de afeitar, 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 trasplante.

C) 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 período 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 VIH-1 y el VIH-2, diferenciándose levemente en uno de sus genes. Sin embargo, ambos virus son capaces de producir inmunodeficiencia.

El Virus está constituido básicamente por una envoltura de glucoproteínas (azúcares y proteínas) que encierra a una estructura nuclear cilíndrica que contiene en su interior las moléculas de RNA y a la enzima Transcriptasa 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 y de SIDA:

- a. Criterio epidemiológico: la exposición posible o comprobada a un factor de riesgo para la infección por VIH constituye el punto de partida del diagnóstico.
- b. 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 más específica): b) Detección del virus o sus productos.
- c. Criterio clínico: la detección de signos y síntomas descritos en relación con el SIDA, constituyen una segunda fuente de decisión diagnóstica, teniendo en cuenta que el período de incubación puede durar varios años y que no todas las manifestaciones clínicas se presentarán 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 sólo 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

progreso de la enfermedad según Bayes y Arranz (como se cita en Bayes 1995).

“Con independencia de la posible existencia de elementos facilitadores o inhibidores de tipo genético (Diamond, 1987), idiosincrático (Nájera, 1990, debidos a la edad (Gruttola & 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 infecciosos en las que existe en mayor concentración (Fischl, Dickinson, Scott, limas, Flechter y Parks, 1987)(Bayés, 1995)” se elaboró 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, Berga, De Balanzó, Segura y Tramunt, 1984 citado por Bayés, 1995), es de temer que las mismas pueden constituir también un factor de riesgo.
 - 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, tales como los anticonceptivos orales -especialmente los de alto contenido de estrógenos-, asociados a la ectopía de cerviz, la cual puede producir pequeñas hemorragias durante el coito o los

dispositivos intrauterinos (cfr. Casabona; Nájera, 1990 como se cita en Bayés 1995).

2. Factores capaces de prolongar a 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 dificulta 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, vulvovaginitis-, 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 & Temoshok, 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 (Coates, Stall, Mandel, Boccellari, Sorensen, Morales, Morin, Wiley y McKusick, como se cita en Bayés, 1995).
- f) Presencia de otras infecciones víricas latentes (Pratt, como se cita en Bayés, 1995).
- g) Re infecciones con el mismo virus o infecciones con 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 éstos.

De la misma forma en que la quimioterapia del cáncer se producen 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 asociadas 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 tanto en las personas todavía no infectadas que practican comportamientos de riesgo como para las seropositivas asintomáticas o las que ya poseen un diagnóstico de SIDA.

La infección por VIH no es sinónimo 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 asintomática 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, atender en contra de la dignidad del individuo, establecer sentencias, diagnósticos o pronósticos médicos que, aunque estén basados en estadísticas y porcentajes sobre la población de afectados, pierden validez al aplicarlos individualmente y restringen 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 a buscar la realización 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 al 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 la acción del virus; igualmente se pueden presentar enfermedades concomitantes, que dependiendo de su naturaleza, pueden responder a los tratamientos médicos o antibióticos tradicionales, permitiéndole al individuo entrar nuevamente en períodos de relativo bienestar que nos hacen referirlos sólo a infección por VIH.

SIDA, es tan sólo 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 sólo necesita de mayor apoyo en esta etapa, sino que dado su estado de salud, prácticamente el riesgo de transmisión por vía sexual se nulifica; se suprime 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 actitudes de rechazo y marginación de los enfermos o de las personas que viven con el VIH, que no están justificadas.

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

Se debe insistir en la necesidad de no discriminar ni a portadores ni a enfermos. Sólo 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 adquirido o no la infección, en cuyo caso deberá recibir el apoyo y comprensión necesarios (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 virológica.

Según Bayés (1995), no hay duda que desde el 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, sí 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 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 aún si pudiera alcanzarse 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 transmite- y; b) cómo conseguir que el tratamiento sea económica y físicamente asequible a todas las personas infectadas.

En el caso del 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, incrementamos el reservorio 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 los jóvenes y en los adultos en sus primeras etapas de madurez, que ven así culminado de manera abrupta su proyecto de vida.

“Puede ser interesante señalar que estas 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 prevenirse evitando los comportamientos que las originan. Ante este tipo de enfermedades cuyo origen se encuentran 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 O 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 se asocia a un periodo de latencia clínica. Los pacientes son asintomático o desarrollan adenopatías persistentes con síntomas generales suelen ser leves o no manifestarse en absoluto. Las adenopatías persistentes con síntomas generales importantes (fiebre, erupción fatiga) reflejan el comienzo de la descompensación del sistema inmunitario.

La fase final o de crisis: se caracteriza por derrumbamiento de 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 (mas de un mes), fatiga, pérdida de peso y diarreas, el recuento de las células CD4+ descendiente. Tras un periodo variable, sobrevienen graves infecciones oportunistas, neoplasias secundarias o una

¿S
 LULU
 MOC
 'oc
 [7]
 99
 C.C.3
 99
 C.C.3

enfermedad neurológica clínica, momento en el que se dice que el paciente ha desarrollado el SIDA.

En ausencia del tratamiento, la mayoría, si no todos, los pacientes con infección con VIH progresan hacia el SIDA después de una fase crónica que suele durar de 7 a 10 años. Esta fase clínica latente es mas corta en los que reciben grandes inóculos parenterales del VIH, como sucede en las transfusiones de sangre, y puede ser mas largas en personas que reciben una profilaxis antirretroviral (Robbins, 1995).

A nivel mundial se encuentra que a mayor numero de casos existe mas desigualdad social, es decir estamos frente a la pauperización de la epidemia.

En Latinoamérica existe cobertura completa para el tratamiento en Brasil, Argentina, Colombia, Venezuela y Cuba. 70% en México, 0% en Bolivia, el 80% en Chile, 20% en Ecuador, el 20% en Perú y el 60% en Uruguay. Son preocupantes las desigualdades en el precio de los antirretrovirales encofrando diferencias entre un País y otro hasta del 800%, lo mismo ocurre con los costos de la carga viral (En Panamá cuesta 280 dolares y en Brasil 70).

Entregar la terapia antirretroviral le ha ahorrado al Brasil mas de 70% en hospitalizaciones, mortalidad y más de 50 millones de dólares

A continuación se presentan los costos del tratamiento antirretroviral y las formas de cubrirlos en distintos países latinoamericanos:

1) Costa Rica: La obligación legal de la caja costarricense de seguro social implica de hecho la cobertura de la totalidad de pacientes con VIH/SIDA. porque la condición de aseguramiento es generalizada en Costa Rica. Al ser la vía legal la forma de lograr el acceso en el proceso en Costa Rica, el papel de manifestaciones publicas, tácticas de presión política, el emplazamiento de las autoridades y hechos similares fue de menor importancia. En mayo de 1998 se aprueba la Ley General del VIH/SIDA que formaliza y da base legal a los derechos y obligaciones no solo del asociaciones de paciente VIH/SIDA sino de la sociedad como un todo frente a la pandemia.

- 2) Panamá: El seguro social desde diciembre del 2001, 750 personas están recibiendo tratamiento antirretroviral. No tienen cobertura los que están recibiendo atención del Ministerio de Salud.
- 3) Honduras: De 1998 al 2000, hubo un periodo de "concientización" en el sentido que los pacientes VIH/SIDA. Se dan cuenta del derecho que tienen de recibir tratamiento medico. En el 2001, la coalición Nacional de personas con VIH/SIDA lleva a cabo dos manifestaciones públicas demandando sus derechos. Se prueba un presunto de emergencia por \$ 190.000 US. En noviembre de 2001 con el proceso de acceso acelerado de ONUSIDA: bajo el costo de la triple terapia³.
- 4) Nicaragua: El gobierno no provee medicamentos antirretrovirales. No existen medicamentos para enfermedades oportunistas. Supuestamente el gobierno esta tratando de conseguir un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo para la compras de los antirretrovirales.
- 5) Guatemala: Mas de 1.500 pacientes VIH/SIDA reciben tratamiento completo por parte del seguro social Guatelmateco, aunque el mismo solo cubre al 15% de la población. Del resto de los pacientes VIH/SIDA (3500), solo 200 reciben antirretrovirales
- 6) Salvador: Actualmente el gobierno esta entregando medicamentos a unas 200 personas que cuentan con Seguro Social y a un grupo muy reducido del Ministerio de Salud.
- 7) Experiencia Venezolana: Actualmente 11 mil personas se benefician de diferentes programas.
- 8) Brasil: actualmente 105.000 personas reciben tratamiento antirretroviral de las cuales el 95% son adultas y 5% menores de 3 años. Han reducido los precios de carga viral y medicamentos en un 48% y desde 1997 al 2000 han economizado mas de 677 millones de dólares.

³ combinación de tres tipos de medicamentos antiretrovirales que se formulan de acuerdo a cada paciente

9) Perú: Hugo Manrique en representación del Ministerio de Salud informo la decisión de entregar el tratamiento antirretroviral a partir del 2002 a 100 niños y niñas y en tercer lugar a quienes serán madres (Rincón, 2001).

10) En la experiencia Colombiana el sistema de seguridad social tiene una lista oficial de medicamentos dentro de los cuales no se encontraba los antirretrovirales. Para 1994 se presentaron múltiples acciones de tutelas o amparos en diferentes juzgados a un mismo tiempo con la unión entre el club de la alegría (Grupo de autoapoyo de las personas que viven con VIH o con SIDA del instituto de Seguros Sociales) y la liga colombiana de lucha contra el SIDA.

El abogado Germán Humberto Rincón Perfetti también sustentó en la definición de la OMS sobre la salud definida como "un estado de bienestar físico, mental y social y no simplemente como la ausencia de enfermedad" Con las acciones de Tutelas se han obtenido entrega de los antirretrovirales, protección a la exclusión laboral por VIH, realización de los exámenes de laboratorio de la carga viral, CD4, genotipo y fenotipo, asegurar seguros de vida para acceder a créditos y se ha guardado en la sentencia el derecho a la intimidad.

Acceso a fármacos

El avance continuo de la epidemia del VIH/SIDA, con un creciente número de casos de SIDA, presenta un conjunto complejo de desafíos para las personas infectadas y para los miembros de su familia, en el área de la atención integral. En este contexto, un elemento primordial es mejorar notablemente el "acceso a fármacos" , incluyendo anti-retrovirales y medicamentos eficaces y una distribución equitativa de ellos. La creciente disponibilidad de opciones de tratamiento también trae consigo una mayor demanda de fármacos por parte de las personas que viven con VIH/SIDA.

Hacer que los fármacos sean accesibles para aquellos que los necesitan es una tarea enorme. Los elevados precios de los fármacos para el VIH/SIDA se deben, en parte, al hecho que muchos de estos medicamentos están protegidos por patentes, las que de alguna manera son necesarias para permitir a las

compañías farmacéuticas recuperar sus inversiones en el desarrollo de estos productos.

La Secretaría de ONUSIDA apoya la protección de los patentes como incentivo para la investigación y el desarrollo innovadores de nuevos fármacos para el VIH/SIDA (Hecht, 2000)

Es importante que las decisiones medicas deban basarse con más frecuencia en aspectos económicos y no en aspectos científicos. Aunque esta polarización no es nueva en la epidemia de SIDA, ni es nueva en la medicina general, es importante mencionarla porque ahora mas que nunca la capacidad económica del individuo o del sistema de salud en su conjunto condicionará las diferencias que se encuentran más asociadas al control y tratamiento de la enfermedad.

Es por eso que el aspecto de Fármaco-economía ha recibido especial atención en la evaluación de la mayor parte de nuevas tecnologías e intervenciones terapéuticas (Sierra, 2001)

A Continuación se presentan los gastos en VIH / SIDA por Tipo y Fuentes de Financiamiento:

Tabla 1.

Gastos en VIH/SIDA por Tipo y Fuentes de financiamiento. Estimaciones preliminares. México, 1995 (millones de USD)

Tipos de Fondos gastos	Fondos		Fondos		Fondos		Total	
	públicos	privados	internacionales					
Prevención	16.6	21%	11.9	15%	0.9	1%	29.4	9%
Tratamiento	24.0	24%	25.9	32%	0.0	0%	49.4	85%
Mitigación	0.2	1%	0	0%	0	0%	0.2	6%
Total	40.8	52%	37.3	47%	0.9	1%	79	

Igualmente, se presentan a continuación los gastos de tratamiento por tipo y fuente de prevención de financiamiento:

Tabla 2. Gastos de tratamiento de VIH/SIDA por tipo y fuente de prevención de financiamiento México (1995)

	Hospital	Vistas clínica	Antirretroviral	Otros fármacos	Pruebas de laboratorio	Total
Público	4.8	0.6	9.9	5.4	3.3	24.0
	10%	1%	20%	11%	7%	4%
Gobierno	0.5	0.2	0.2	1.2	1.8	3.9
	1%	<1%	<1%	2%	4%	8%
Seguro	43	0.4	9.7	4.2	1.5	20.1
social	9%	1%	20%	9%	3%	41%
Privado	1.8	1.1	10.6	7.3	4.8	25.4
	3%	2%	21%	15%	10%	51%
Gasto de	1.5	0.9	10.6	7.3	4.8	25.2
bolsillo	3%	2%	21%	15%	10%	51%
ONG'S	0	0.2	0	0	0	0.2
	0%	<1%	0%	0%	0%	<1%
Total	6.3	1.7	20.5	12.7	8.1	49.4
	13%	3%	41%	26%	16%	100%

Epidemiología

Según Kaplan (1996) El primer caso de SIDA se identificó en 1981; sin embargo, los análisis de muestras de personas fallecidas con anterioridad han detectado casos de infección por VIH desde 1959, lo que sugiere que en la década de los 60 y los 70, los trastornos relacionados con el VIH y el SIDA fueron incrementando poco a poco, aunque no se reconocían, especialmente en África y Norteamérica. A finales de 1993 se habían contabilizado 340.000 casos de SIDA -incluidas más de 185.000 muertes-, y se estimaba que un millón de personas estaban infectadas en los Estados Unidos. La proporción hombre- mujer se estima en 8 a 1, pero el número de mujeres infectadas está creciendo cuatro veces más de prisa que el de los hombres.

El primer informe científico sobre el SIDA como enfermedad, fue publicado en junio de 1981 por los Centros de clasificación de Enfermedades de Atlanta y correspondía a la aparición de cinco extraños casos de neumocystosis descritos por M. Gottlieb en los Ángeles y a 26 casos igualmente inusuales, de sarcoma de kaposi y neurocystosis, descritos por Friedman- Kien en Nueva York y California. (Velásquez & Gómez 1996).

La infección del VIH / SIDA es una pandemia global, habiéndose publicado casos prácticamente en todos los países. Actualmente se calcula que 22 millones de adultos y 1 millón de niños, aproximadamente, están infectados por el VIH en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1997) estima que desde el comienzo de la pandemia han nacido 2.6 millones de niños, aproximadamente, con infección por el VIH, y que alrededor de la mitad han enfermado de SIDA y han fallecido. Las perspectivas para el año 2000 indicaban que en esa fecha el número total de individuos con infección por el VIH oscilaría entre 40 y 100 millones, y en la actualidad se cobró más de tres millones de vidas, estimándose a su vez, que cinco millones de personas contrajeron el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a lo largo del año 2002, lo que eleva a 42 millones el número de personas que viven con el virus en todo el mundo. La epidemia de VIH se ha producido en forma de «ondas» en distintas regiones del mundo, teniendo esas ondas características algo

diferentes según la demografía del país y la región estudiada, y según el momento en que se produjo la penetración del VIH en la población. Es de destacar el hecho de que en las distintas regiones del mundo prevalecen diferentes subtipos del VIH, La posible trascendencia de estas diferencias está vinculada en parte a la elaboración de las vacunas. Es poco probable que una sola vacuna sea eficaz en todas las regiones del mundo, dadas las considerables variaciones que muestran los subtipos virales repartidos por todo el mundo (Harrison, 1998).

Los casos de SIDA publicados hasta ahora en todo el mundo constituyen una subestimación de la verdadera prevalencia, debido principalmente a que muchos casos no se declaran a las autoridades dada la falta de medios de ciertos países subdesarrollados. En la tabla 3 se presentan los casos de SIDA comunicados a la Organización Mundial de la Salud desde noviembre de 1996.

Tabla 3.

Casos comunicados a la OMS desde noviembre de 1993

PAIS - REGION	CASOS
África	553.291
Continente Americano	749.800
Canadá	13.81
Caribe-Bahamas	17.444
Centro América	9.997
México	29.954
Suramérica	113.498-
EEUU	565.097
Asia	53.974
Europa	179.339
Oceanía	7.596
TOTAL	1.544.000

Nota: se encuentra el número de casos de SIDA por continentes.

Estimaciones regionales

Es cada vez más evidente que, aunque casi todos los países están afectados por el VIH, el virus se propaga de forma muy diferente en las distintas partes del mundo. Se dan incluso grandes diferencias en las modalidades de propagación entre comunidades y zonas geográficas de un mismo país.

Tabla 4.

Estadísticas y características regionales del VIH/ SIDA, diciembre de 1997

Región	Inicio de la Epidemia	Adultos y Niños que viven con el VIH/SIDA	Adultos y Niños infectados por el VIH	Prevalencia entre adultos *	Porcentaje de los adultos VIH positivos (Mujeres)	Principales modalidades de transmisión
Africa Subsahariana	Finales 70 comienzos 80	29,4 millones	3.5 millones	8.8%	58%	Heterosexuales
Africa del Norte y oriente medio	Finales 80	550.000	83.000	0.3%	55%	Heterosexuales, CDI
Asia Meridional y Suboriental	Finales 80	6,0 millones	700.000	0,6%	36%	Heterosexuales, CDI
Asia oriental y pacífico	Finales 80	1,2 millones	270,000	0,1%	24%	CDI, heterosexuales, VSV
América Latina	Finales 70 comienzos 80	1,5 millones	150.000	0,6%	30%	VSV, CDI, Heterosexuales
Caribe	Finales 70 comienzos 80	440.000	60.000	2,4%	50%	Heterosexuales, VSV
Europa oriental y Asia central	Comienzos 90	1,2 millones	250.000	0,6%	27%	CDI

Europa Occidental	Finales 70 comienzos 80	570.000	30.000	0,3%	25%	VSV, CDI
América del Norte	Finales 70 comienzos 80	980.000	45.000	0,6%	20%	VSV, CDI, Heterosexuales
Australia y Nueva Zelanda	Finales 70 comienzos 80	15.000	500	0,1%	7%	VSV
TOTAL		42 millones	5 millones	1,2%	50%	

Nota. La proporción de adultos es de 15 a 49 años de edad que viven con el VIH/SIDA en 2002, basándose en las cifras demográficas de 2002. VSV = varones que tienen relaciones sexuales con varones; CDI = consumo de drogas intravenosas.

En Europa oriental y Asia central, el número de personas que vivían en 2002 se elevó a 1.2 millones. El VIH / SIDA se está propagando rápidamente por los Estados Bálticos, la Federación de Rusia y diversas repúblicas del Asia Central

En Asia y el Pacífico, 7.2 millones de personas viven actualmente con el VIH. El avance del virus en ésta región se debe en gran medida a la epidemia creciente en China, donde un millón de personas viven hoy día con el VIH y las estimaciones oficiales prevén que esa cifra se multiplique inexorablemente durante la próxima década. También persiste un potencial considerable de crecimiento en la India, donde casi cuatro millones de personas están viviendo ya con el VIH.

La mejores proyecciones actuales indican que, entre 2002 y 2010, otros 45 millones de personas contraerán el VIH en 126 países de ingresos bajos o medianos (ver tabla 5).

Tabla 5.

Número Estimado de casos nuevos de infección por el VIH en adultos y niños en 2002

País	Número de personas infectadas
América del Norte	45.000
Caribe	60.000
América Latina	150.000
Europa Occidental	30.000
Europa oriental y Asia central	250.000
Asia oriental y Pacífico	270.000
Asia del sur y Sudoriental	700.000
Africa del Norte y oriente medio	83.000
Africa Subsahariana	3.500.000
Australia y nueva Zelandia	500
TOTAL	5.000.000

El SIDA en América Latina

El análisis epidemiológico de las pruebas serológicas realizadas en la actualidad muestra una tendencia preocupante y se ha demostrado una progresión similar en las tasas de incidencia de la enfermedad. Si bien la infección en América Latina apareció varios años más tarde que en Norteamérica, es cuestionable que una vez introducida en uno de nuestros países avanza de manera desproporcionada y con tasas aun superiores a las de Estados Unidos (Instituto de Seguros Sociales, 1990).

En 1991, el número de casos de SIDA en América Latina, se estimaba en 100.000 y el de personas portadoras del VIH debía encontrarse alrededor del millón. A mediados de 1993, se calculaba que el número de adultos infectados se encontraba cerca del millón y medio, siendo Brasil uno de los más perjudicados, según WHO (como se cita en Velásquez y Gómez, 1996).

La pauta epidemiológica está evolucionando en América Latina con rapidez y a partir de la transmisión inicial a través de varones homosexuales y bisexuales, existe, en muchos países, una creciente transmisión heterosexual (Rojas, 1995). Se calcula que en la región hay 1.9 millones de adultos y niños que viven con el VIH; esta cifra incluye a las 210.000 personas que, según las estimaciones contrajeron el virus en el 2002.

12 países de esta región tienen una prevalencia estimada del 1% o superior en mujeres embarazadas. En varios países caribeños, las tasas de prevalencia del virus en adultos solo se distancian un poco de las existentes en África Subsahariana, lo que convierte a esta región en la segunda más afectada del mundo.

Durante la década pasada, la relación entre varones infectados y mujeres infectadas se ha estrechado considerablemente, hasta 3:1 en América latina y 2:1 en el Caribe.

Un estudio reciente de dos ciudades hondureñas reveló un nivel de prevalencia del virus del 13%, tasas muy bajas del uso del preservativo, un gran número de parejas sexuales y una baja recepción de riesgo. Un estudio en siete países de América central ha constatado tasas de prevalencia entre el ocho y el 18% en varones que tienen relaciones sexuales con varones. También se han observado evidencias de prácticas sexuales peligrosas en varios estudios efectuados en países andinos de Sudamérica. En esta zona, las tasas de prevalencia entre varones que tienen relaciones sexuales con varones han variado desde el 14% en Lima (Perú), hasta el 20% en Bogotá (Colombia) y el 28% en Guayaquil (Ecuador).

Colombia se ubica en el cuarto lugar entre los países continentales de América Latina después de Brasil, México y Argentina, en cuanto al número de casos reportados de VIH y SIDA. El primer caso de SIDA registrado en el país, fue diagnosticado en la ciudad de Cartagena de Indias en 1983, correspondiendo a una mujer, vinculada a la prostitución (Revista Detectable, 2002).

El sistema de notificación y vigilancia epidemiológica del VIH y el SIDA, fue implementado por el Ministerio de Salud en 1986 mediante el registro nacional de casos y / o muertes por VIH y SIDA. Posteriormente se incluyó también en la notificación semanal a través del SAA, sistemas que continúan siendo las principales fuentes de información para el monitoreo de la epidemia. A continuación se presenta la información relacionada a las estadísticas de la enfermedad en Santander hasta diciembre del 2002.

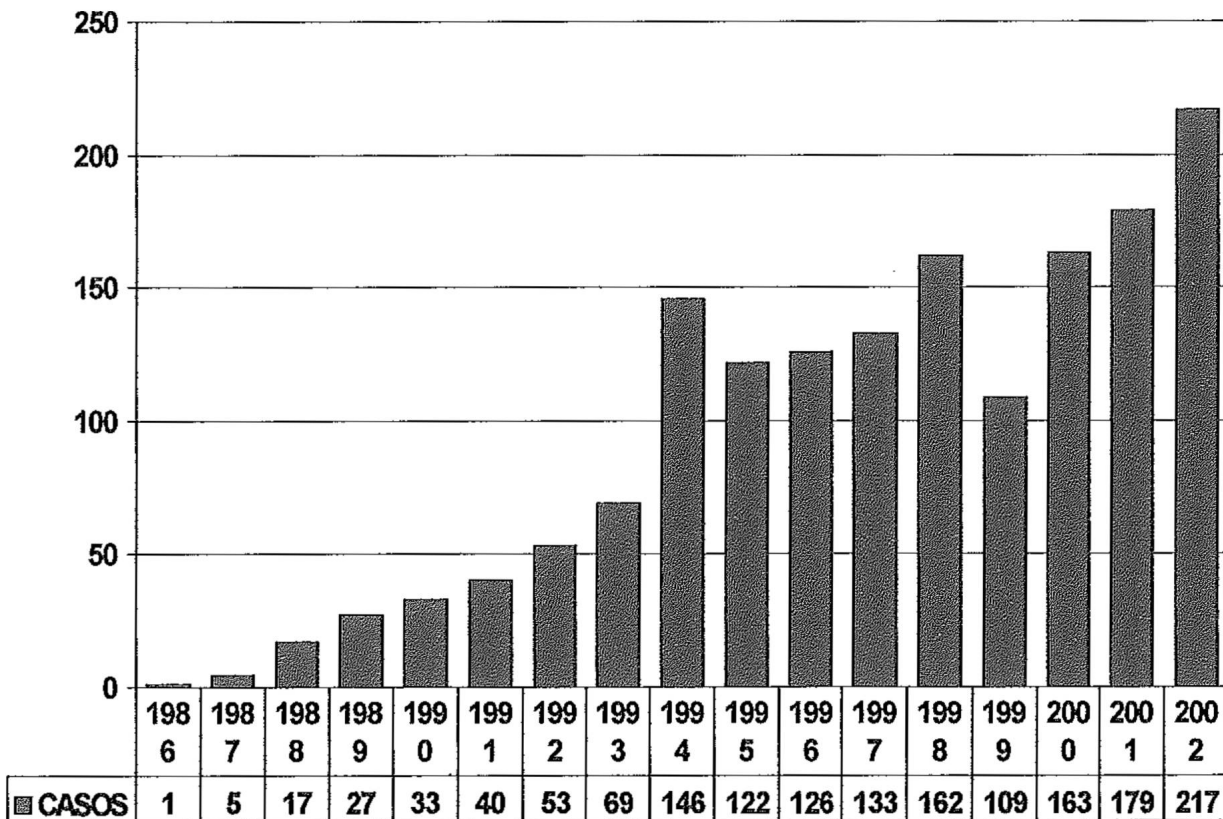


Figura 1. Casos Notificados Infección VIH / SIDA en Santander. 1996-2002.
 Fuente: programa ETS_VIH/ SIDA Secretaria de Salud de Bucaramanga.

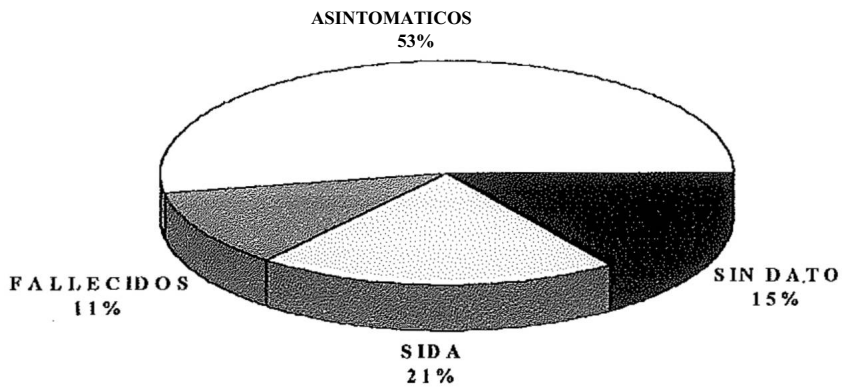


Figura 2. Estado actual VIH / SIDA Santander 1986-2002. Fuente: Secretaria de Salud Bucaramanga.

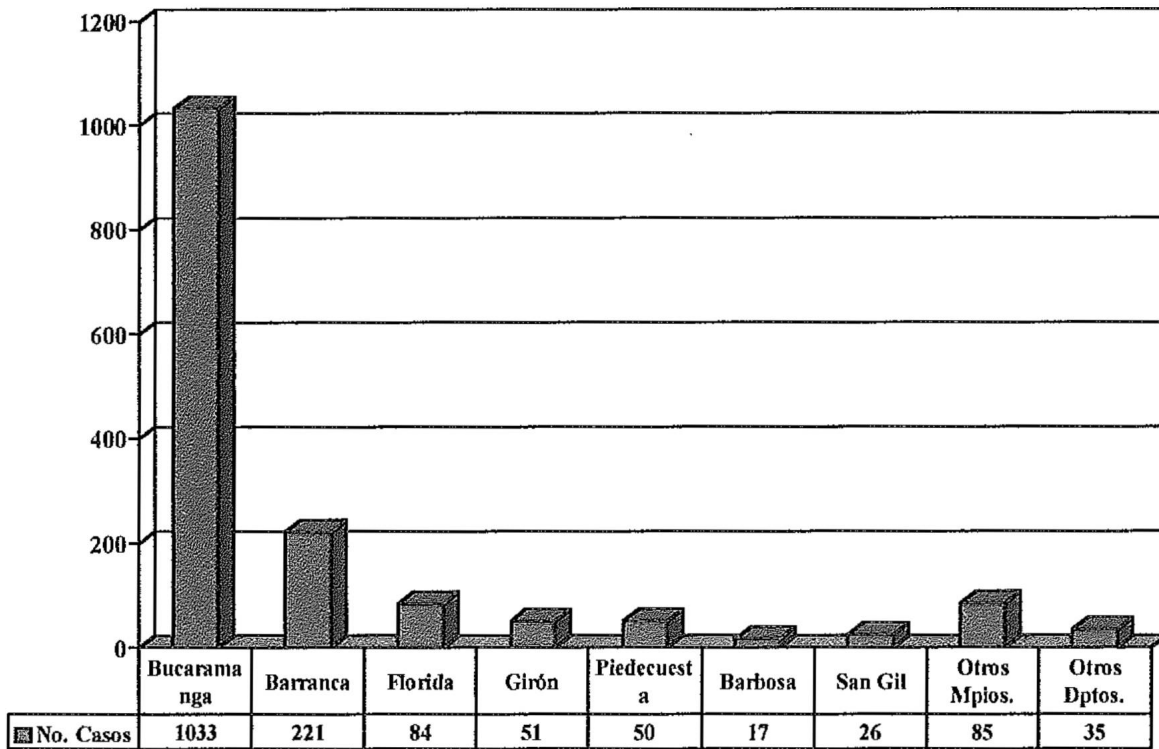


Figura 3. Casos de VIH / SIDA en Santander 1986-2002. Fuente: Secretaría de Salud Bucaramanga.

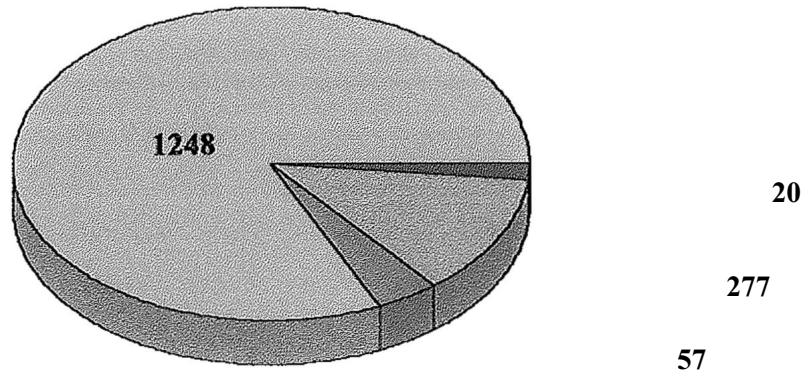


Figura 4. Modos de Transmisión VIH / SIDA Santander 1986-2002. Fuente: Secretaría de Salud Bucaramanga.

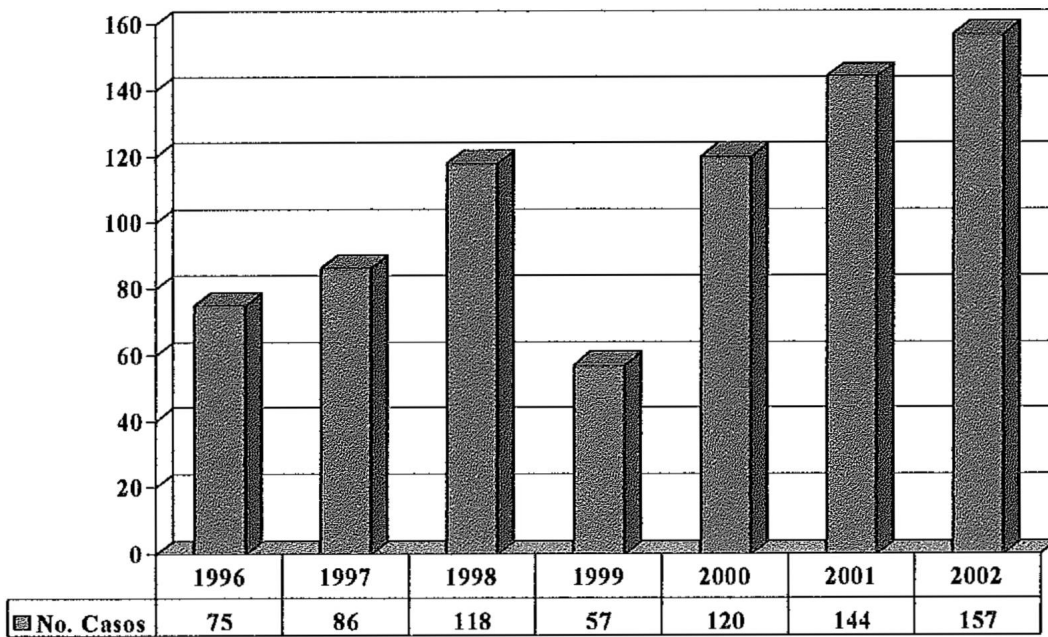


Figura 5. Casos Notificados infección VIH / SIDA Bucaramanga, 1996-2002. Fuente: Secretaría de Salud.

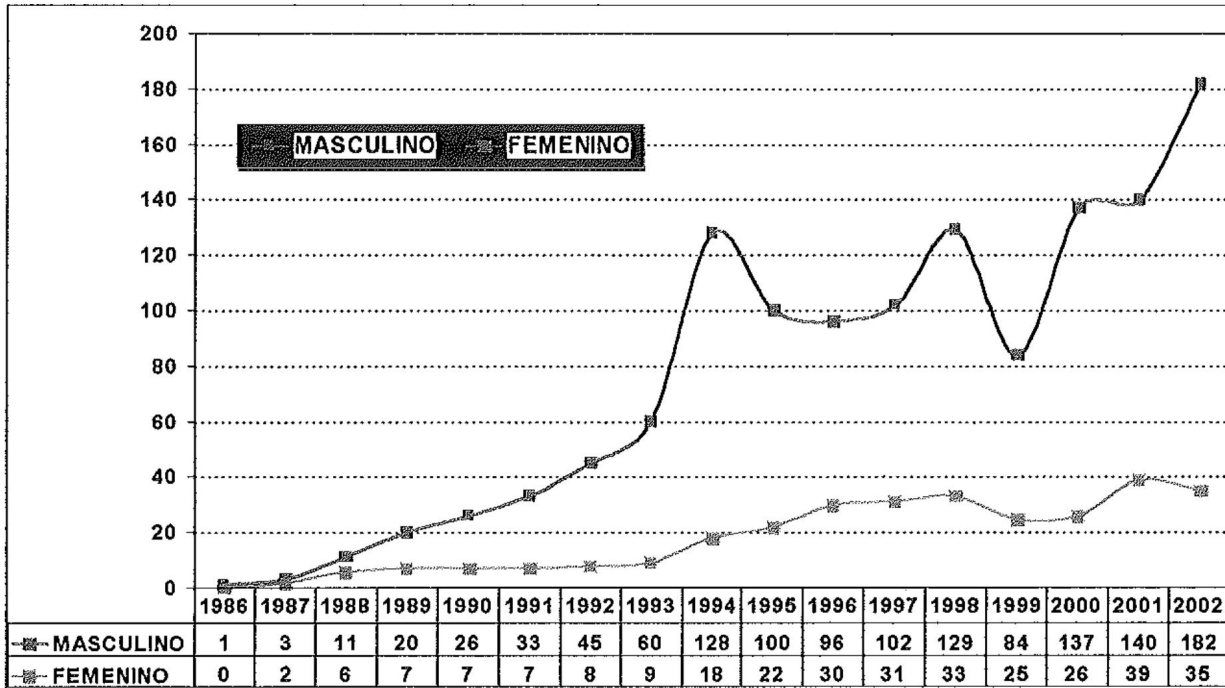


Figura 6. distribución por sexo VIH / SIDA notificados Santander, 1986-2002.

Fuente: programa ETS, VIH/ SIDA Secretaría de Salud Bucaramanga.

Finalmente, por la relación que tiene esta infección con la sexualidad, la sangre, las drogas ilegales y la muerte, el SIDA causa temores y profundas inhibiciones en el ser humano, además de reacciones mezquinas e irracionales, ya que la identificación del Virus y sus formas de transmisión, aún siendo científicamente demostradas, no son suficientes para disipar completamente la sensación de misterio y el temor de las personas (Velásquez y Gómez, 1996).

Según Velásquez y Gómez (1996), las reacciones del paciente frente al diagnóstico de infección por el VIH o el SIDA están determinadas por una serie de variables personales desarrolladas a lo largo de su vida, como son: edad, género, personalidad, religión, habilidades, antecedentes culturales, salud mental, estilo de vida e inteligencia, aspectos sociales como: familia, relaciones interpersonales y habilidades de comunicación, y aspectos relacionados directamente con la enfermedad, como: social y asistencia, deterioro físico,

complicaciones, seguridad social y asistencia, deterioro físico y psicológico y tiempo de sobrevida.

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 puede ser apreciado como amenazador. La situación hospitalaria es un ejemplo claro, a veces dramático de lo intenso de la estimulación favorecedora de estrés a que puede estar sometido un 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 ésta afectar diferencialmente al sistema inmune y facilitar o dificultar el progreso 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 (coping) e influencia neuroendocrinas 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 náuseas 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 seropositiva 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 ó . 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).

María Teoría

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 sus 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 inminencia de la muerte está determinada por cuatro tipos de variables que parcialmente corresponden 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 más “vida psicosomática individual’ adquirida, el cuerpo habla un lenguaje propio. Este lenguaje- código no ha sido develado en toda su dimensión. (Winnicott, 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 denominó " respuesta de estrés", y muestra cómo el desajuste emocional provoca esas mismas reacciones que a su vez causan lesiones 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 cómo los neuropéptidos (sustancias químicas, cadenas de aminoácidos similar a un collar de perlas) interaccionan con el sistema inmunológico, por eso ella dice que "aún utilizamos diferentes lenguajes para describir la mente o el cuerpo. No se interaccionan. 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, *sobretudo 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 acertadamente 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 infligir 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 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 confieren una singularidad, todo hombre o mujer tiene en el contexto de lo universal, rasgos y tendencias especiales, formas específicas de ser y 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 de la vida y de los acontecimientos estresantes cotidianos con los que toda persona debe enfrentarse día a día, la infección por VIH y el SIDA proporcionan un importante estrés suplementario debido a las diversas situaciones específicas que pueden ir surgiendo en la persona que lleva a cabo 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 diagnóstico de Seropositividad.

5. Cuando, tras dicho diagnóstico, 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 por que 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 sintomatología sospechosa que le induce a creer que la enfermedad empieza a desarrollarse en su organismo.

10. Cuando recibe un diagnóstico 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 deben 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 el 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 maladaptativa, 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
 - b. Temor
 - c. Pérdida

- d. Sensación de nocividad
- e. Sensación de culpa
- f. Vulnerabilidad
- g. Ira
- h. Actividad motora intensa
- i. Intentos suicidas.

B. Transición: Las emociones descritas persisten pero menos intensas o lanzadas. 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 ai 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 / 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 al 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 /o ruptura amorosa). También se pueden establecer alianzas de

silencio o negación de realidades como adulterio y /u 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” (Disponible en red: <http://www.cfg.uchile.cl/sjda/modulo1/textos/contagio.htm#1>).

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 la 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 período 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, Sandín y Ramos, 1995).

Esta conceptualización 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 cois., 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, Sandín 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 él, conduce a la depresión, caracterizada por pesimismo y apatía.

Klinger considera esta secuencia como lo normal de las etapas de afrontamiento (cf. 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 desvía 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, 1986).

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 los 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 períodos 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 otra 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 (1986) 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).

Definición de Variables

Partiendo de que el presente estudio es descriptivo de carácter transversal, las variables que lo conforman son de tipo independiente, puesto que cada una de ellas se observan en su contexto sin dar lugar a una manipulación de las mismas.

Sin embargo, se agrupan según su naturaleza en común, es decir, en variables sociodemográficas, variables médicas, Psicológicas y estrategias de afrontamiento como se ilustra en la tabla 6.

Tabla 6. Variables independientes que conforman el estudio descriptivo-transversal.

Tipo de variable independiente	Variables independientes que la conforman
Sociodemográficas	Género e identidad sexual, edad, estado civil, escolaridad, religión, estrato social, ocupación, personas con quien vive, primera persona que conoció el diagnóstico
Médicas	Diagnóstico de VIH / SIDA positivo confirmado, tiempo de diagnóstico, enfermedades concomitantes, vía de infección, síntomas, carga viral, medicamentos
Psicológicas Respuestas de afrontamiento	Importancia y asistencia a psicólogo Actitud Positiva (APC), Preocupación Ansiosa (PAC), Orientación Positiva (OPC) y Sin Esperanza (SEC)

Por otra parte, es importante resaltar que las respuestas de afrontamiento son definidas según Lazarus & Folkman (1986), quienes las plantean como aquellas actitudes que se pueden desarrollar ya sea de tipo cognitivo o de tipo conductual, que pueden ir encaminadas a modificar la situación que provoca una emoción desagradable o incluso a reducir la intensidad de la reacción emocional.

Al compartir el VIH / SIDA similitudes con el cáncer, como se plantea en el marco teórico, se parte de autores como Greer Et al (1989), al plantear que el modo en que los pacientes evalúan y afrontan un diagnóstico de cáncer, puede puntuarse sobre cinco dimensiones a las que subyacen un esquema cognitivo relativo al significado del diagnóstico, a las posibilidades de control sobre la enfermedad y a la visión del pronóstico y que, partiendo de la validación en Colombia realizada por Bernal y Forero (2002), finalmente se tendrán en cuenta las dimensiones enunciadas en la tabla 6. Entre los factores planteados por estos autores tenemos: a) Actitud Positiva (APC); hace referencia al conjunto de actitudes y conductas encaminadas a asumir una posición optimista frente al diagnóstico, así como activa por parte del paciente en su propio proceso de tratamiento y recuperación, por ello tiene la creencia de control sobre el curso de la enfermedad, b) Preocupación Ansiosa (PAC); consiste en la visión de la enfermedad como una amenaza, cuyos modos de control o tratamientos generan inquietud y cuyo pronóstico desencadena incertidumbre, c) Orientación Positiva; caracterizado por las creencias positivas del paciente sobre sí mismo y sus posibilidades de mantener controlada la situación, por ello el diagnóstico es percibido como una amenaza mínima y, d) Sin Esperanza; actitud pasiva o de resignación del individuo frente a la enfermedad, caracterizado por expectativas negativas frente al pronóstico y visión de la enfermedad como una pérdida irreparable con percepción baja de control.

Finalmente, es relevante aclarar que el virus de inmunodeficiencia humana es un agente que produce el SIDA a través del contacto de fluidos corporales, la transfusión de sangre u órganos o de la madre al feto ya sea en período de gestación, momento del parto o lactancia (Rojas, 1995).

Las pruebas de laboratorio son confiables, sin embargo como en otras pruebas de sangre, algunos resultados pueden ser falsos positivos. Es decir, que la prueba presuntiva (ELISA) fue positiva, pero que la prueba confirmatoria (Western Blot o inmunofluorescencia) fue negativa. En este caso lo que sucede es que la prueba presuntiva indica que hay anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no los hay. Así mismo puede presentarse con resultados “falsos Negativos”, generándose con ello, la necesidad de confirmar los resultados de la prueba ELISA (+). Por tal motivo, se trabaja con pacientes VIH positivos confirmados asintomáticos (que no presentan síntomas).

Método

El estudio llevado a cabo es de tipo Descriptivo puesto que, pretende analizar cómo son y se manifiestan las respuestas de afrontamiento en pacientes con VIH positivo confirmado y asintomático. A su vez es transversal ya que la recopilación de los datos se da en un solo momento del tiempo (Hernández et al, 1999).

El muestreo es no probabilístico y el procedimiento, por conveniencia, con base en las características definidas por los investigadores en el presente estudio (Kinnear et al, 1989).

Participantes

El estudio contó con la participación de 30 pacientes diagnosticados con VIH positivo confirmado y asintomático pertenecientes a la liga Colombiana de lucha contra el SIDA seccional Santander, el hogar de la misericordia para niños y mujeres portadores de VIH / SIDA e individuos de la calle de la ciudad de Bucaramanga, puesto que la persona en un estado más avanzado de la enfermedad, posiblemente no se encuentre en las condiciones físicas, cognitivas y anímicas necesarias para hacer parte de la investigación.

Los sujetos de la investigación poseen las siguientes características sociodemográficas:

Es una población femenina en un 36.67%, y masculina en un 63.33%, cuyo rango de edad oscila entre los 20 y 47 años, pertenecientes al grupo de los pacientes activos de la Liga Colombiana de Lucha contra el Sida, asistentes al Hogar de Misericordia para Mujeres y Niños con VIH e individuos de la calle y que se encuentran actualmente viviendo en la ciudad de Bucaramanga.

Instrumentos

Con el fin de obtener la información necesaria para el desarrollo del estudio, se emplearon dos instrumentos: la historia personal para cada paciente y la Escala de ajuste mental al cáncer (MAC) adaptada al VIH / SIDA.

Historia Personal

El formato de Historia personal (Ver apéndice A), se elaboró teniendo en cuenta la información que se debía recolectar por cada paciente, por ello en él se recopilan datos sociodemográficos, médicos y otros en pro de un mejor análisis de los resultados obtenidos.

El formato de Historia personal desarrollado por los investigadores, fue sometido a la consideración de la Ps. Elvira Franco de Umaña, quien brindó la aprobación para su uso como herramienta de recolección de datos.

Para dar mayor facilidad al uso de la información adquirida por este formato, se elaboró una tabla en la que se resumen todos los datos de cada uno de los sujetos (ver apéndice G).

Finalmente, la interpretación de los resultados del Formato consistió en la distribución porcentual con respecto a la muestra, así como al empleo de estadígrafos complementarios para posteriormente realizar la relación entre variables del formato y de la Escala.

Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) Adaptada al VIH / SIDA

Watson & cois (1988) desarrollaron la escala MAC con el fin de proporcionar un cuestionario que evaluara respuestas específicas de afrontamiento sin importar el tipo y etapa del cáncer. Este intenta medir respuestas específicas identificadas en estudios previos, y en los cuales dichas respuestas corresponden a las dimensiones: Espíritu de lucha, Preocupación ansiosa, Fatalismo, Sin Ayuda/ Sin esperanza y Evitación, de igual modo intenta evaluar el grado en que los pacientes adoptan estas respuestas en su ajuste al diagnóstico y tratamiento del cáncer (Watson & cois. 1988, 1989). Estos investigadores se basan en el supuesto de que a cada una de estas dimensiones de respuesta subyace un esquema cognitivo relativo al significado del diagnóstico, a las posibilidades de control sobre la enfermedad y a la visión del pronóstico.

A su vez, cada una de las dimensiones de la escala corresponde a una subescala independiente dentro de la escala MAC. Espíritu de lucha consta de 16 ítems, 9 ítems corresponde a Preocupación ansiosa, 8 a Fatalismo, 6 a Sin ayuda / Sin esperanza y un ítems a Evitación / negación. Los pacientes deben clasificar los 40 ítems con base en 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".

Según Watson & cois (1988), la principal utilidad de la escala MAC está en la evaluación de las actitudes de los pacientes al diagnóstico y tratamiento del cáncer, y en la identificación de aquellos que puedan requerir intervención psicológica.

Las dimensiones componentes de la escala, se obtuvieron en un principio a través de un análisis factorial realizado sobre las respuestas de 235 pacientes con distintos tipos de cáncer con una muestra de 58 ítems, y de acuerdo a cuatro categoría de respuesta: Espíritu de lucha, Negación, Aceptación estoica y Sin ayuda / Sin esperanza. La técnica factorial que se empleó fue el análisis de componentes principales, con rotación ortogonal a través del procedimiento varimax Kaiser. Por otra parte, la confiabilidad de las subescalas se obtuvo

según el estudio de desarrollo, la consistencia interna de los factores, según el alfa de cronbach, excluido evitación / negación.

Watson y cois (1988) tomaron como indicador de la validez del instrumento, las correlaciones entre las subescalas resultantes y subescalas equivalentes de una versión de la escala MAC para esposos/familiares.

Finamente, la escala obtenida fue aplicada a 400 pacientes de distintos tipos de cáncer, con un pronóstico de vida mayor a un año en una muestra de 40 ítems. Este es el grupo reportado como nuestra normativa en el manual de aplicación, calificación e interpretación de la escala MAC desarrollado por Watson y Cois (1989).

A continuación se mencionan cuatro estructuras factoriales de la escala MAC, alternativas a la propuesta original. La primera estructura corresponde a un estudio de Schwartz y cois (1992) realizado en Estados Unidos con 239 pacientes, quienes llevaron a cabo un análisis factorial sobre el conjunto total de ítems de la escala y obtuvieron cuatro factores que incluyeron 32 ítems: Desesperanza (15 ítems), Actitud positiva (5 ítems), Revaloración positiva (7 ítems) y Participación vigilante (5 ítems).

Por otra parte, Nordin & Cois en Suecia para 1999 dividieron su muestra (N= 868) en dos subgrupos llevando a cabo un análisis factorial confirmatorio sobre uno de ellos (N= 438). Hallaron cuatro factores con 28 ítems de escala a los cuales denominaron: Sin esperanza (12 ítems), Positivo (10 ítems). Estos factores presentaron coeficientes alfa de cronbach entre 0,58 y 0,81 replicando la estructura factorial en el segundo grupo.

El tercer estudio factorial de la escala fue realizado por Osborne & cois en 1999 en Australia, con mujeres que tenían cáncer de seno, dividieron la muestra de pacientes (N= 632) en dos grupos teniendo en cuenta 39 de los 40 ítems, excluyendo el ítem de evitación / negación.

El cuarto estudio, se trata de un análisis de segundo orden por Ferrero y cois en 1994 con el objeto de hacer posible el estudio de distintas correlaciones significativas halladas entre las subescalas originales.

Por otra parte, una primera versión en español de la escala fue realizada por Isabel Caro y Elena Ibáñez, la cual se modificó en su redacción y presentación del formato, posteriormente fue aplicada a un grupo de 67 pacientes, de los que se excluyeron 10 por presentar omisión en cualquiera de los factores, dando como resultado una muestra constituida de 57 pacientes, con esta aplicación preliminar y bajo sugerencias de los cuatro jueces que realizaron la evaluación de la modificación del formato para el estudio de validación del instrumento en Colombia.

Estudio de validación : Confiabilidad

Los análisis de confiabilidad comprendieron dos procedimientos: se estimaron índices de consistencia interna para cada uno de los factores que componen las distintas estructuras, también se estimó la estabilidad en el tiempo de todos los factores para hallar la consistencia interna, se empleó el coeficiente alfa de cronbach por el hecho de trabajarse con escalas no dicotómicas. La confiabilidad de las diferentes escalas se estimó también mediante el método de la estabilidad en el tiempo (test-retest), para comprobar la estabilidad se realizó una segunda aplicación a 15 sujetos de la muestra, en los que las condiciones de tratamiento médico permanecieron constantes entre las dos aplicaciones, con un promedio de 27.4 días de diferencia. Así, la estabilidad se estimó según los resultados de la correlación producto-momento de Pearson entre las puntuaciones de estos 15 individuos.

Validez

Inicialmente, al contar con cuatro estructuras factoriales diferentes de la escala MAC, se realizaron una serie de análisis factoriales de primer orden siguiendo el método de componentes principales con rotación ortogonal tipo Varimax, teniéndose en cuenta las saturaciones de ítems por encima de 0,30. El grado de validez de la solución resultante se estimó a través de la

independencia entre sus factores. También se realizaron análisis factoriales de segundo orden sobre cada una de las soluciones. A través de este método fueron eliminados aquellos ítems que al ser excluidos aumentaban el valor del coeficientes alfa de cronbach, quedando establecida la composición definitiva de cada factor (Ver tabla 7).

En relación con la congruencia entre estructuras se consideraron tres aproximaciones diferentes. El análisis de congruencia para la estructura colombiana se llevó a cabo en relación con la estructura inglesa (Watson & cois, 1988) y Suecia (Nordin & Cois, 1999) puesto que no se contó con información de las saturaciones correspondientes a los diferentes factores para las estructuras estadounidenses y australiana. Una segunda aproximación consistió en estimar las correlaciones entre los factores colombianos y los extranjeros según puntuaciones Z para los participantes del estudio.

Finalmente se estimaron los coeficientes Kappa de Cohén (K) como indicadores de la congruencia entre factores.

Tabla 7. índices de consistencia interna estimados para los factores obtenidos en la muestra colombiana

Factor	Alfa Cronbach	# Casos	Items	
			Eliminados	# de Items final
APC	0.79	92	12, 18, 25, 26, 3 34	
PAC	0.72	90	13	8
OPC	0.72	90	-	10
SEC	0.73	88	5	6

Por último, se realizó una serie de análisis factoriales de segundo orden por componentes principales con rotación varimax, donde los factores de todas las

estructuras fueron las variables y las puntuaciones Z de los individuos fueron los datos.

La tabla 8 resume los valores promedio para los puntajes brutos obtenidos por los 95 participantes en los distintos factores. Los factores obtenidos en la muestra mediante análisis factorial fueron denominados: Actitud positiva (APC), Preocupación ansiosa (PAC), Orientación positiva (OPC) y Sin Esperanza (SEC).

Tabla 8. Valores promedio de los puntajes obtenidos en la muestra colombiana

Factor	Rango de puntajes	X	S
APC	3-12	10.97	1.67
PAC	8-32	17.55	5.00
OPC	10-40	32.12	4.74
SEC	6-24	12.03	4.30

Nota: X hace referencia a la media aritmética y S a la desviación estándar

Es importante situar éstas respuestas de afrontamiento a partir de las Enfermedades Catastróficas y Crónicas, como se observa en el marco teórico, puesto que el VIH / SIDA al ser una enfermedad de alta complejidad técnica en su manejo, alto costo y baja efectividad en su tratamiento, obligan a una modificación en el modo de vida del paciente que probablemente persistirá a largo plazo (LaTorre & Beneit, 1994). Además, las personas con VIH deben asumir psicológicamente el papel de paciente crónico y adaptarse así a un trastorno que bien puede durar mucho tiempo y que puede llevarlo a la muerte (Neimeyer, 1997; Rodríguez y Martínez, 1998; Rodríguez, 1995), compartiendo así similitudes importantes con el cáncer. Por otro lado, las investigaciones realizadas por Solano y Colaboradores (1993), y Bayés (1995) indican la aplicación de instrumentos para el Cáncer extendidos a Enfermedades como el VIH/SIDA.

Por tal motivo, el instrumento empleado es la Escala de Ajuste mental al Cáncer desarrollado por Watson et al en 1988 (ver apéndice B), pero teniendo en cuenta la validación colombiana; finalmente se tendrá presente la planteada por Bernal y Forero (2002) (Ver apéndice C). Esta evalúa estrategias de afrontamiento partiendo de cuatro categorías: Actitud positiva (APC), Preocupación ansiosa (PAC), Orientación positiva (OPC) y Sin esperanza (SEC).

Los ítems de acuerdo a las categorías se especifican en la tabla 9 que se presenta a continuación, y que han sido modificados teniendo en cuenta al tipo de población que va dirigida, es decir, se cambió el término de cáncer por VIH bajo la supervisión de la Ps. Elvira Franco de Umaña y el visto bueno del Doctor Chinchilla, la Ps. María Consuelo Corzo del Hospital Militar y el Bacteriólogo Víctor Manuel Cuadros, Director de la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA Seccional Santander (ver Apéndice D)

Tabla 9. Indicadores a Estudiar por Agrupación de Ítems.

Factor	Ítems	# Ítems
Actitud	Creo que mi actitud beneficiara mi salud	4
Positiva	Creo firmemente que voy a mejorar	6
	Intento tener actitud muy positiva	31
Preocupación	Siento que mis problemas de salud me impiden hacer	3
Ansiosa	planes futuros	
	Me preocupa que el VIH vuelva a aparecer o empeore	14
	Me cuesta trabajó creer que esto me esta	21
	Sucediendo	
	Sufro una gran angustia por esto	22
	Por el momento vivo día a día	24

	Siento que no puedo controlar lo que esta sucediendo	30
	No tengo ni la menor idea que debo hacer	36
	Siento mucha rabia por lo que me ha sucedido	37
Orientación Positiva	Por mi diagnostico de VIH me doy cuenta de lo valiosa que es mi vida, e intento sacarle el mejor provecho	11
	He vivido bien y lo que me queda de vida es ganancia adicional	15
	Me gustaría conocer personas que se encuentren en la misma situación	19
	Estoy decidido /a a darle la espalda a esta situación	20
	Otras personas se preocupan mas por mi mas de lo que yo lo hago	27
	Pienso en otras personas que están peor que yo	28
	Estoy intentando conseguir información como pueda del VIH	29
	Mantengo bastante ocupado /a y de esta manera no tengo tiempo de pensar en esto	32
	Reconozco mis fortalezas	39
	Intento luchar contra la enfermedad	40
Sin Esperanza	Siento que nada de lo que haga hará cambiar mi situación	7
	Siento que en la vida no hay esperanza	9
	siento que no puedo hacer nada para ayudarme a mi mismo	17
	No tengo mucha esperanza sobre mi futuro	23
	Evito averiguar acerca de mi enfermedad	33
	me siento muy pesimista	35

Procedimiento

El desarrollo y consecución de este proceso investigativo, se describe a continuación con el fin de facilitar la ejecución de otras investigaciones que trabajen con individuos diagnosticados con VIH.

Los pasos en los cuales se desarrolla el estudio se pueden enumerar de la siguiente manera:

1. Definición de la propuesta investigativa: se planteó el problema, se definieron los objetivos de la investigación, se realizó la revisión teórica-conceptual con el fin de estudiar las posibles investigaciones realizadas sobre el tema, y así obtener de la mejor manera el proceso investigativo.
2. Recolección de la información: se determinó el instrumento a ser empleado para la investigación teniendo en cuenta el objetivo general que busca describir las respuestas de afrontamiento en pacientes diagnosticados con VIH positivo confirmado y asintomático a través de la aplicación del instrumento MAC de Watson & Greer adaptado para conocer la influencia de éstas en el desarrollo de la enfermedad. 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 recolectar datos sociodemográficos y médicos.
3. Para dar mayor validez al punto anterior, se consultaron a tres expertos en el manejo de pacientes con VIH (Ver apéndice E), los cuales no solo están de acuerdo en la utilización de la Escala, sino en que el VIH puede considerarse como una enfermedad Catastrófica y Crónica.
4. Determinación del tamaño de la muestra de sujetos participantes, a partir de los 120 pacientes activos pertenecientes a la Liga . Dado que es muy difícil el acceso a la Población con VIH, se buscaron otros tipos de comunidades y / o asociaciones. Por tal motivo, se integraron como parte de la muestra, pacientes con VIH pertenecientes al Hogar de Misericordia para Mujeres y Niños con VIH, e individuos de la calle

portadores, que han solicitado los servicios de la liga por lo menos una sola vez, y así completar las 30 personas que harán parte del estudio

5. Determinación de las características sociodemográficas de la población: se tuvo en cuenta la edad, la escolaridad , ocupación, sexo y estrato. No se estableció límite alguno de tiempo en la ejecución de la misma, y al entregarla se revisó de que no falte por seleccionar ningún ítem. De igual modo, se buscó tener las condiciones de luz, aire y ambiente en general adecuado para la realización y / o aplicación de la Escala a todos los sujetos que hacen parte de la muestra poblacional.
6. De igual modo, se procedió a la conformación de Grupos de Autoapoyo con el fin de acceder a la población portadora de VIH.
7. Se ofreció los servicios de asesoría psicológica e intervención en la población con el propósito de completar la muestra.
8. Realización de un censo de salud para la obtención de portadores pertenecientes a la calle de la ciudad de Bucaramanga
9. Aplicación y captura de datos: a cada sujeto se le dio la siguiente instrucción: "Las frases que a continuación leerá describen reacciones de las personas portadoras de VIH / SIDA . Por favor marque la respuesta que considere necesaria", así como un cuestionario sociod etnográfico.
10. Análisis de resultados: Se tomó la puntuación y calificación de los resultados con el fin de obtener un puntaje individual de cada uno 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.
11. Elaboración del informe final: terminado el análisis de los resultados, se procedió a la redacción del informe final de la investigación según el manual de Estilo de Publicaciones de la American Psychology Association (1997).

Finalmente, en el siguiente apartado se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos en pacientes diagnosticados con VIH positivo confirmado.

Resultados

A continuación, se describen los resultados recolectados durante el desarrollo de la investigación con la muestra tomada entre los sujetos pertenecientes a la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, el Hogar de misericordia e individuos de calle de la ciudad de Bucaramanga.

Para la presentación de los datos obtenidos en este estudio se elaboraron tablas de frecuencia con el fin de realizar el análisis de los resultados. Para ello se procedió a la organización de los datos, categorización de datos sociodemográficos, y análisis de los datos más relevantes para el estudio.

La organización de los datos se realizó a través de tablas de frecuencia, las gráficas en tortas por tratarse de distribuciones de la muestra (Hernández, Fernández y Baptista, 1999) y finalmente, su respectiva explicación.

Variables Sociodemográficas

Dentro de este grupo se tuvo en cuenta el género, identidad sexual, Edad, Estado Civil, Escolaridad, Religión, Estrato, Ocupación, Persona con quien vive y Primer persona que conoció el diagnóstico. Se tendrá presente tanto género como identidad sexual, puesto que aún cuando un sujeto sea hombre o mujer, para efectos de análisis de resultados es conveniente conocer su orientación sexual (heterosexual, homosexual, bisexual).

Variable Género e Identidad Sexual

Tabla 10. Distribución de casos según Género e identidad sexual

Género	Identidad Sexual	Frecuencia Total
Masculino	Heterosexual	5
Masculino	Homosexual	10
Masculino	Bisexual	4
Femenino	Heterosexual	11
TOTAL		30

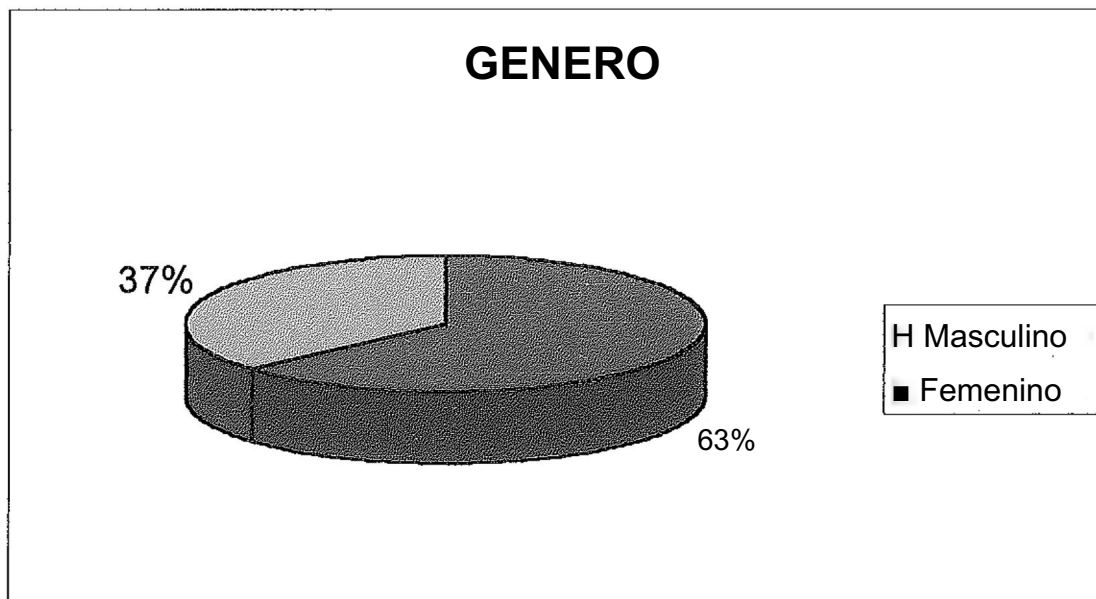


Figura 7. Distribución en porcentajes de los casos según género de la muestra.

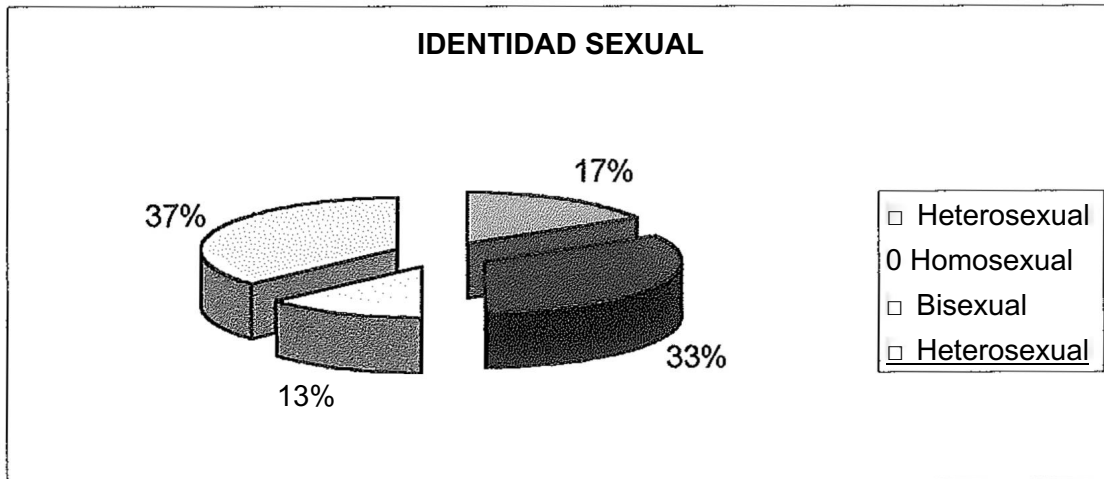


Figura 8. Número de casos según identidad sexual

Con referencia a la característica sociodemográfica Género e Identidad Sexual, los participantes se distribuyeron así: 63% son hombres, de los cuales el 17% son heterosexuales, 33% homosexuales y 13% son bisexuales; y un 37% de la población son mujeres heterosexuales, lo cual demuestra la prevalencia de una población masculina con una identidad homosexual (Ver figura 7 y 8)

Variable Edad

Tabla 11. Intervalos y distribución de frecuencia según Edad

Rango	Mujeres	Hombres	Frecuencia Total
20-26	2	5	7
27-33	3	6	9
34-40	4	6	10
41-47	2	2	4
Total	11	19	30

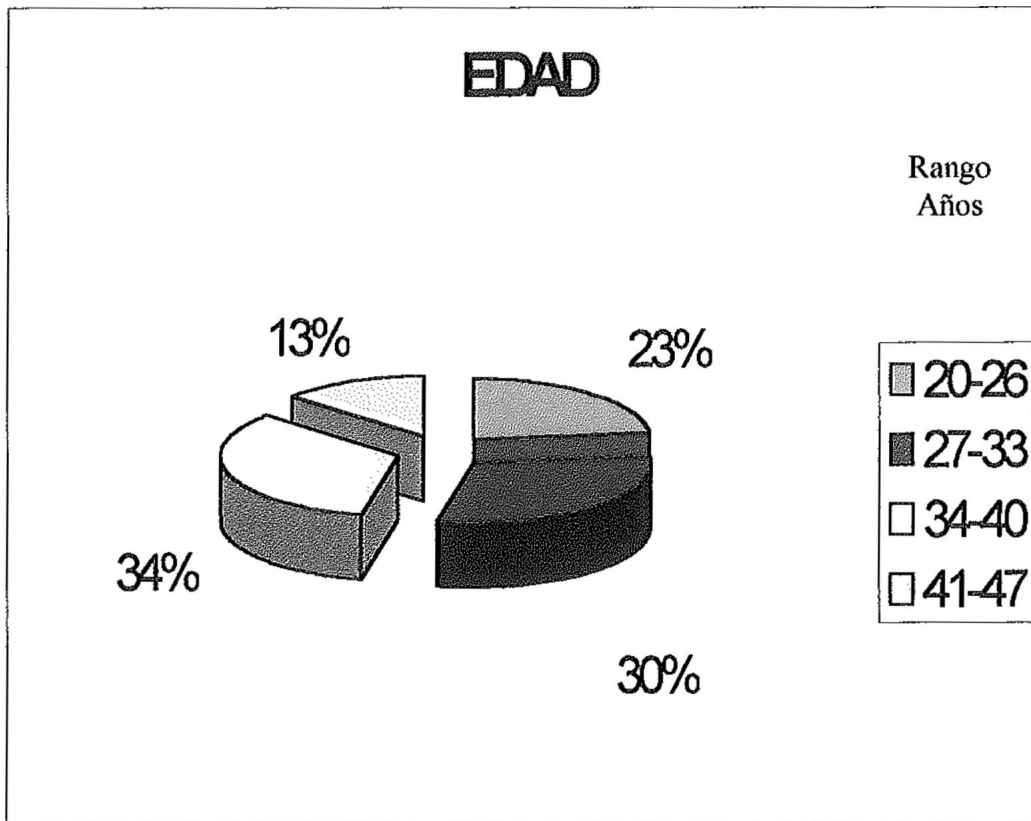


Figura 9. Porcentaje e intervalos de frecuencia según edad.

Con respecto a la Edad, los participantes están distribuidos así: el 23% en un rango de edad de 20-26 años, de los cuales 17% eran hombres y 6% mujeres; el 30% de la muestra en un rango de 27-33 años, 20% eran hombres y 10% eran mujeres; el 34% de los sujetos entre un rango de 34-40 años, 20% eran hombres y 14% eran mujeres; finalmente, el 13% estuvo dentro de un rango de 41-47 años, 6.5% eran hombres y 6.5% eran mujeres. Lo anterior indica que la mayor parte de los sujetos tienen edad entre los 34-40 años (Ver figura 9).

Variable Estado Civil

Tabla 12. Distribución de frecuencias según estado civil

Estado Civil	Mujeres	Hombres	Frecuencia Total
Soltero /a	4	11	15
Madre Soltera	2	0	2
Separado /a	0	2	2
Casado /a	1	5	6
Unión Libre	3	1	4
Viudo /a	1	0	1
Total	11	19	30

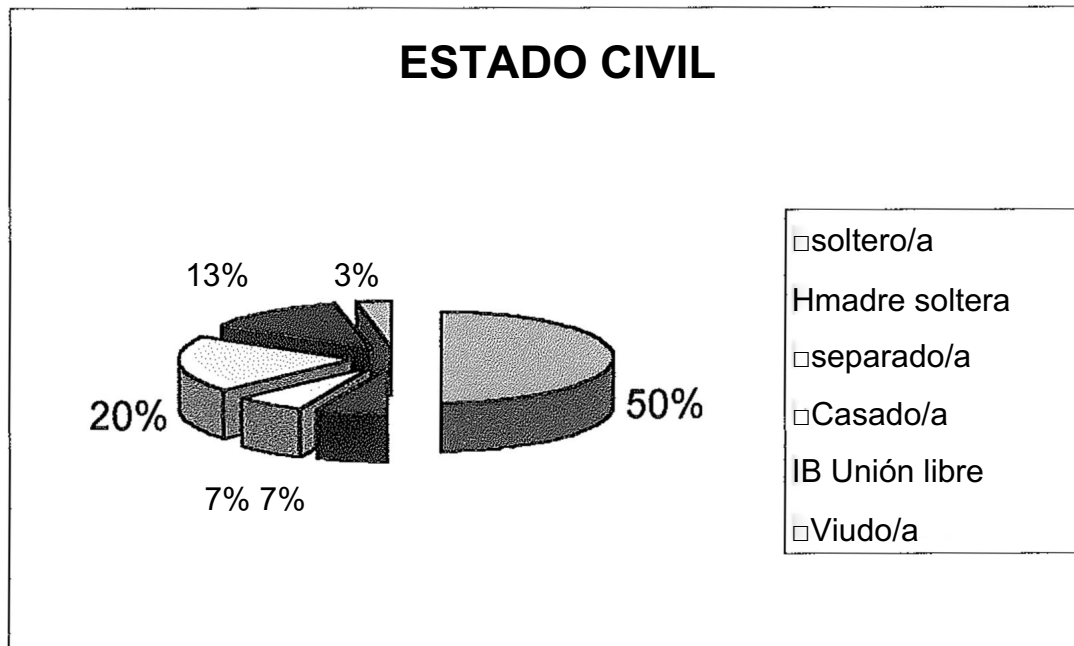


Figura 10. Distribución en Porcentaje según estado civil

Con relación a la característica sociodemográfica Estado Civil, los participantes se distribuyeron así; el 50% están solteros, de éstos 37% son

hombres y 13% son mujeres; el 7% de los sujetos masculinos están separados, y el 7% son madres solteras; 20% son casados, de ellos 17% son hombres y 3% una mujer; los sujetos que conviven en unión libre representaron el 13% de los cuales 3% son hombres y 10% son mujeres; el 3% restante está representado por una mujer viuda. Lo anterior indica que la mayoría de los sujetos de la muestra son solteros.

Variable Escolaridad

Tabla 13. Distribución de frecuencias según la escolaridad

Escolaridad	Mujeres	Hombres	Frecuencia Total
Primaria	2	3	5
Secundaria	5	8	13
Técnica/ tecnológica	2	5	7
Universitaria	1	2	3
Ninguna	1	1	2
Total	11	19	30

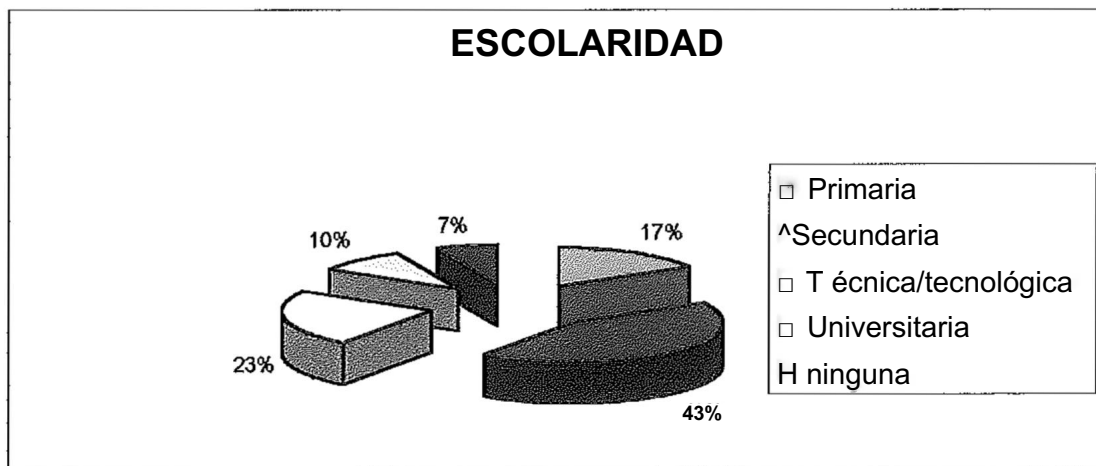


Figura 11. Distribución en Porcentaje según escolaridad

Para la variable sociodemográfica escolaridad, el 17% tienen una educación primaria (10% son hombres y el 7% son mujeres); el 43% de la muestra tienen educación secundaria (26% son hombres y 17% son mujeres); el 10% educación universitaria (3% son mujeres y el 7% son hombres); el 23% una educación técnica/ tecnológica (16% son hombres y el 7% son mujeres), y; el 7% de la muestra no tienen nivel educativo (3.5% son hombres y 3.5% son mujeres). Lo anterior indica que el nivel predominante es la educación secundaria (ver figura 12).

Variable Religión

Tabla 14. Distribución de frecuencias según religión

Religión	Mujeres	Hombres	Frecuencia Total
Católica	11	11	22
Evangélica	-	2	2
Ninguna	-	4	4
Cuadrangular Unidas	-	1	1
Testigo de Jehová	-	1	1
Total	11	19	30

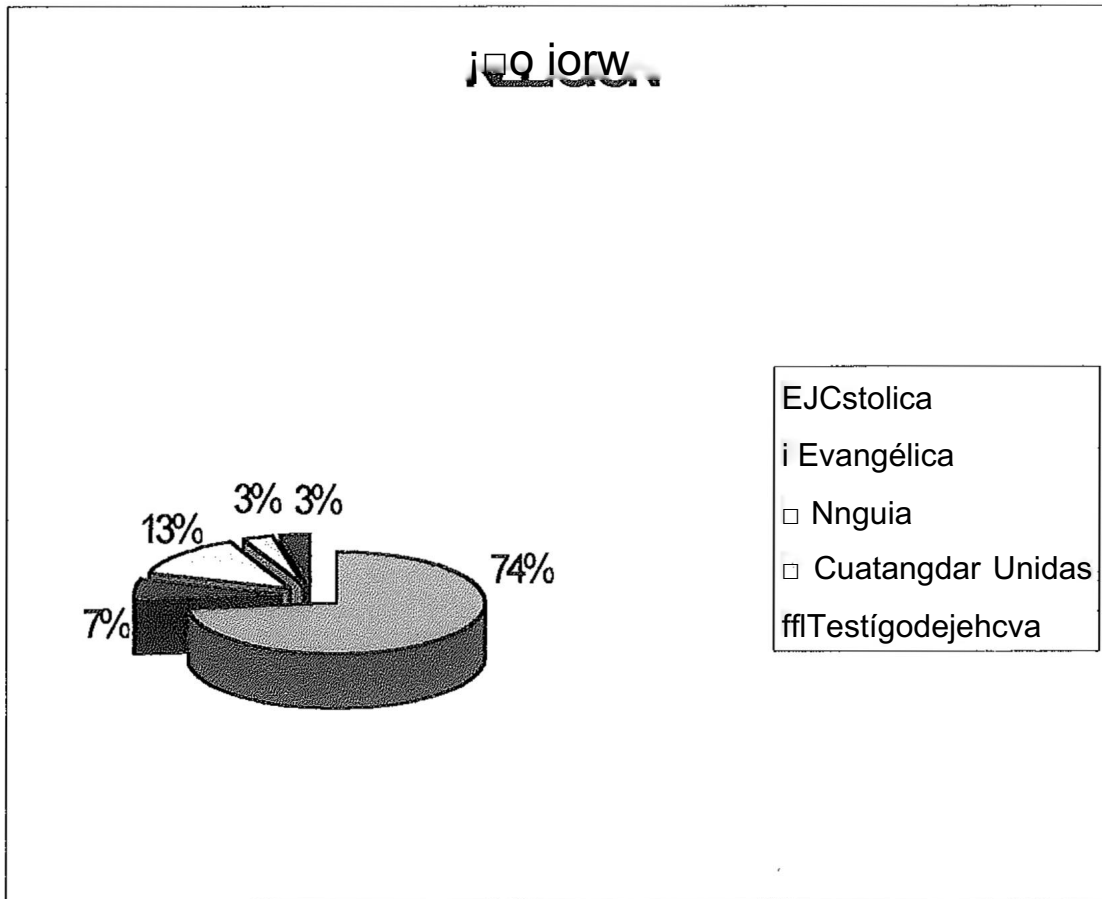


Figura 12. Distribución en porcentaje según religión

En lo referente a la característica sociodemográfica religión, los participantes se distribuyeron así: 37% son mujeres y 37% son hombres que pertenecen a la religión católica, conformando el 74% de la muestra; el 7% son hombres evangélicos; el 13% de los hombres no pertenecen a ninguna religión, y el 3% de los hombres pertenecen a la religión cuadrangular unida, al igual que el 3% de los hombres son testigos de Jehová. Lo anterior nos indica que la mayoría de los sujetos son católicos.

Variable Estrato

Tabla 15. Distribución de frecuencia del Estrato

Estrato	Mujeres	Hombres	Frecuencia
			Total
1	-	5	5
2	8	6	14
3	1	7	8
4	2	1	3
Total	11	19	30

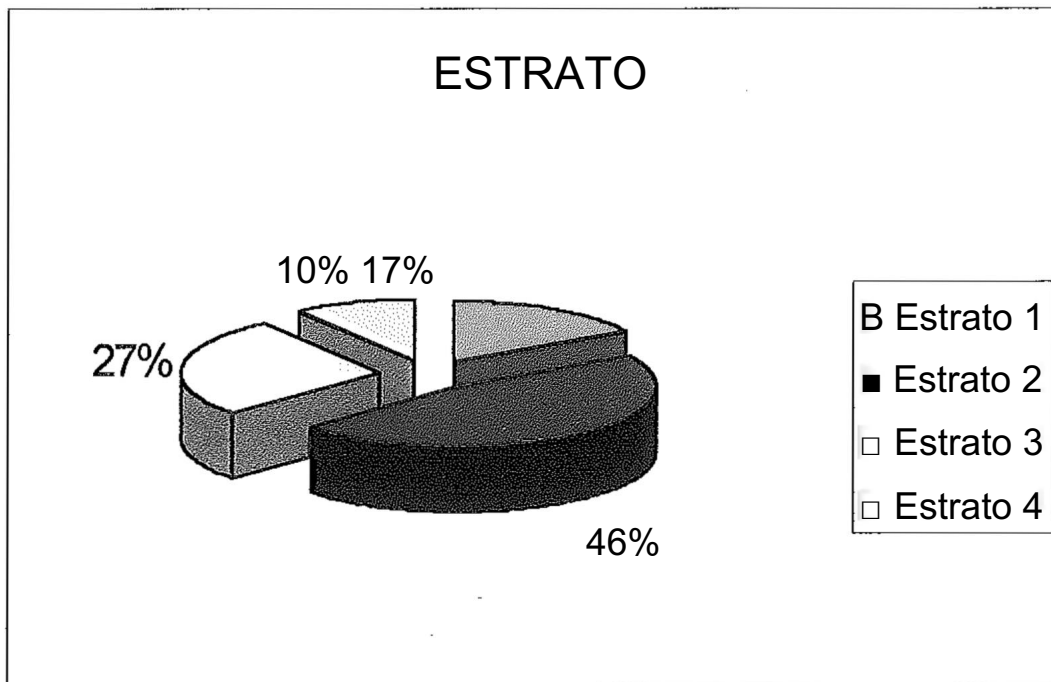


Figura 13. Distribución en porcentaje y frecuencia según estrato.

En cuanto a la variable estrato, el 17% de los hombres viven en estrato 1; el 46% viven en estrato 2 de los cuales el 20% son hombres y el 26% son mujeres; el 24% de los hombres y el 3% de las mujeres que viven en estrato 3 corresponden a un 27% de la muestra, y ; el 10% viven en estrato 4 (3% son hombres y 7% son mujeres). Con ello se observa que la mayor parte de la muestra vive en estrato 2.

Variable ocupación

Tabla 16. Distribución de frecuencia según ocupación

Ocupación	Frecuencia		
	Hombres	Mujeres	total
Profesional	3	2	5
Comerciante	5	4	9
Maestros	2	0	2
Microempresarios	2	0	2
Hogar	0	4	4
Empleados	3	0	3
Estudiante	1	0	1
desempleado	3	1	4
Total	19	11	30

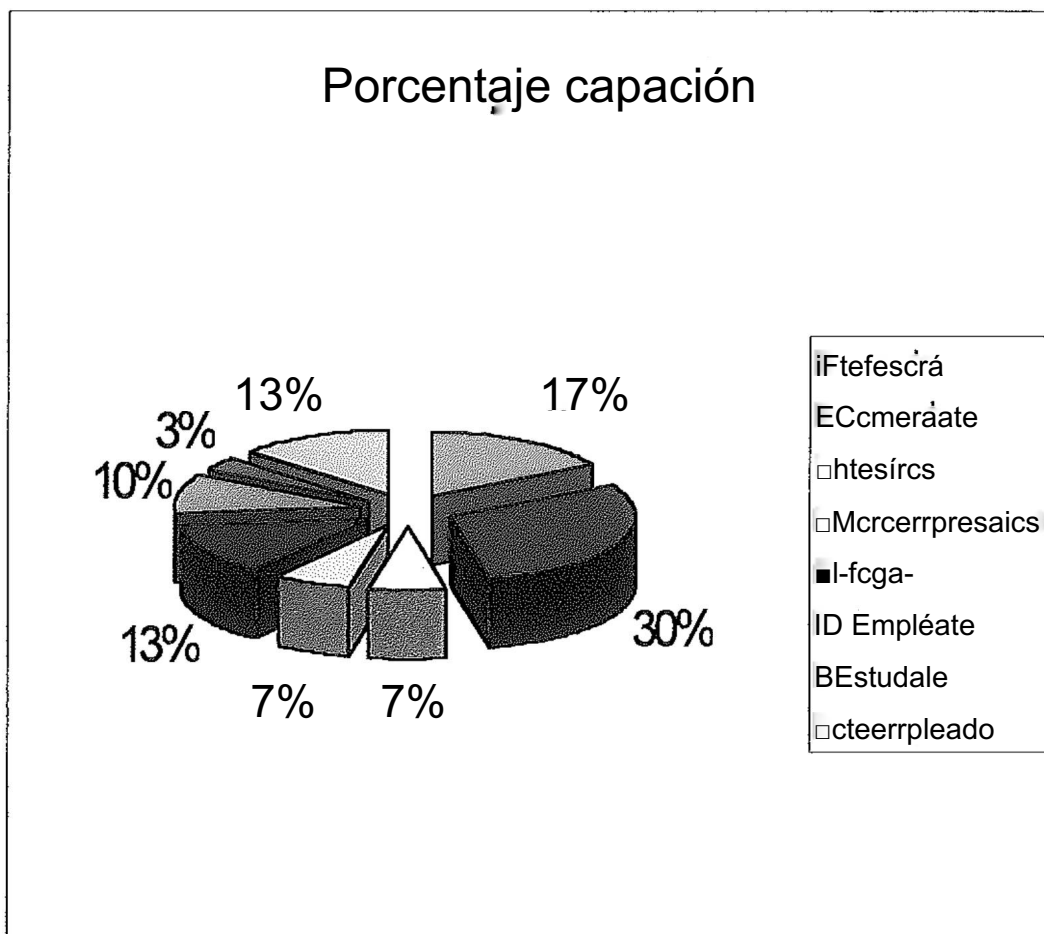


Figura 14. Distribución en porcentajes según ocupación

En lo que respecta a ocupación, los datos se distribuyeron de la siguiente manera: el 17% son profesionales (10% son hombres y 7% son mujeres); el 30% de la muestra son comerciantes, de los cuales 17% son hombres y 13% son mujeres; el 13% están desempleados (10% son hombres y el 3% son mujeres) y, el 40% realizan oficios varios (27% son hombres y el 13% son mujeres), indicando con ello que la mayor parte de la población realiza subempleos para conseguir el sustento diario.

Variable Personas con quien vive

Tabla 17. Distribución de frecuencia según las personas con quien vive la muestra

Personas con quien vive	Frecuencia		
	Hombres	Mujeres	total
Solo	7	3	10
Pareja	0	1	1
Pareja-hijos	1	2	3
Pareja-familiares	2	0	2
Padres	2	1	3
Otros familiares*	6	3	9
Amigos	1	0	1
Otras personas	0	1	1
Total	19	11	30

* Hace referencia a tíos, abuelos, primos, sobrinos

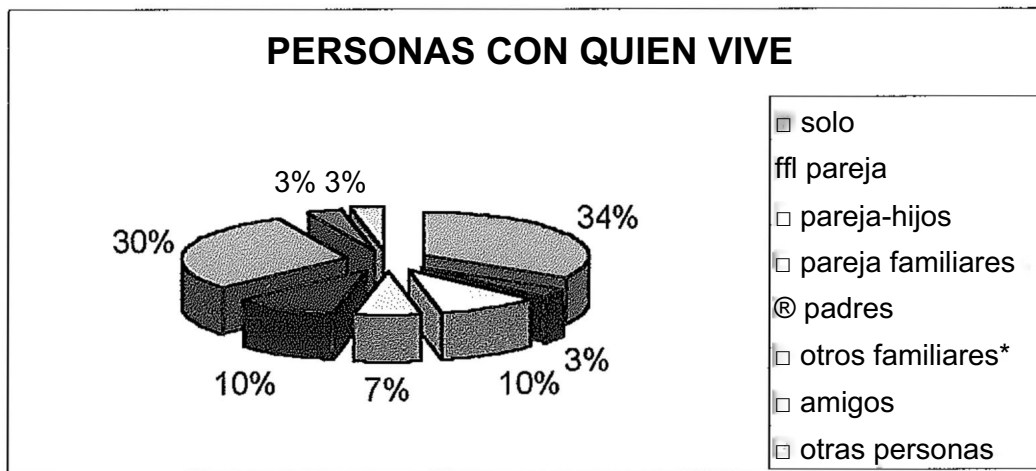


Figura 15. Distribución en porcentaje según las personas con quien vive

En lo referente a la característica sociodemográfica de las personas con quien vive el paciente, se obtuvo que: el 33% viven solos (23% son hombres y 10% son mujeres); el 30% conviven con otras personas(20% son hombres y 10% son mujeres); el 10% viven con sus padres (7% son hombres y 3% son mujeres); 10% viven con su pareja e hijos (3% son hombres y 7% son mujeres); un 7% con su pareja y familiares (hombres); el 3% viven con personas ajenas a su familia nuclear; el 3% con sus amigos y el 3% restante con su pareja. Los datos anteriores indican que los pacientes en su mayoría solos.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 INSTITUTO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS

Variable Primer persona que conoció el diagnóstico

Tabla 18. Distribución de frecuencia según la primer persona que conoció el diagnóstico

Primer persona que conoció el diagnóstico	Frecuencia		
	Hombres	Mujeres	total
Pareja	3	1	4
Otros familiares	8	7	15
Amigo /a	0	2	2
Padres	6	0	6
Médico	2	1	3
Total	2	1	30

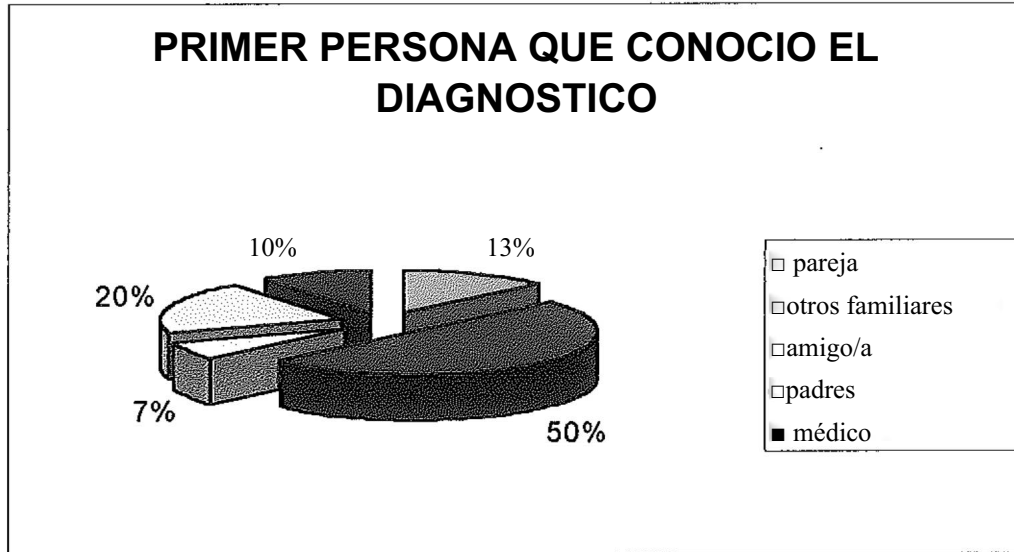


Figura 16. Distribución en porcentaje según la primer persona que conoció el diagnóstico.

Con referencia a esta variable, la muestra se distribuyó de la siguiente manera: para el 50% de la muestra (27% hombres y 23% mujeres), el diagnóstico fue conocido en primera instancia por algún familiar; para el 20% (hombres), fue conocido por sus padres; en el 13% la pareja fue la primer persona que conoció el diagnóstico (10% hombres y el 3% mujeres); seguido por un 10% (7% hombres y 3% mujeres) que corresponde al médico como esa primer persona según los pacientes (aún cuando este caso siempre se dará al ser ésta persona quien trate al paciente en un primer momento). Finalmente, con un porcentaje de 7% (mujeres) el amigo más cercano fue quien lo conoció. Concluyendo de esta manera, que la mayor parte de la muestra dio a conocer primero a un familiar su estado actual de salud.

Variables médicas

En este grupo se encuentran las variables médicas relacionadas al medio de transmisión, el tiempo de diagnóstico, los medicamentos, la carga viral, los síntomas y enfermedades concomitantes.

Variable Medio de transmisión

Tabla 19 . Distribución de Frecuencia según medio de transmisión

Medio de transmisión	Frecuencia		
	Hombres	Mujeres	total
Relación Sexual	18	10	28
Transfusión sanguínea	1	0	1
otros	0	1	1
Total	19	11	30

Nota. Otros hace referencia a “unas pastillas que le cayeron mal”

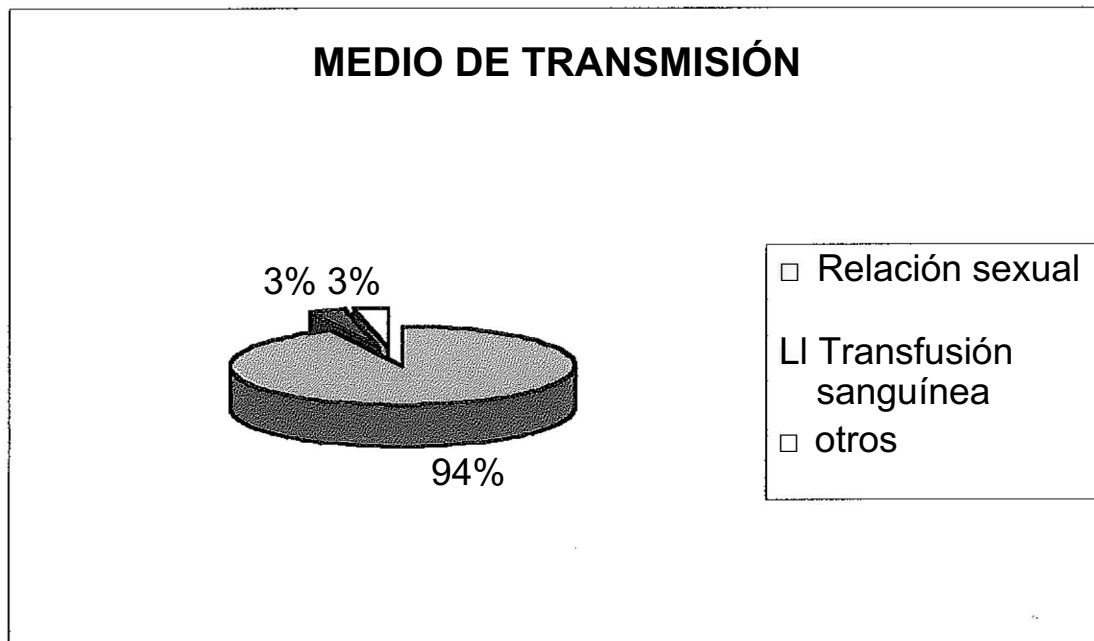


Figura 17. Distribución en porcentaje según medio de transmisión

Con relación a esta variable, el 94% de la muestra (60% son hombres y 34% son mujeres) se infectaron por vía sexual, mientras que un 3% (hombre) se infectó por transfusión sanguínea, y el 3% restante (mujer) por “inferencias personales” (pastillas que tomó). Estos datos indican, que el mayor riesgo para contraer la infección de VIH/ SIDA es a través de las relaciones sexuales sin protección.

Variable Tiempo de Diagnóstico

Tabla 20. Intervalos de tiempo de diagnóstico, distribución de frecuencia y estadígrafos complementarios

Rango Meses	Hombres	Mujeres	Frecuencia Total
2-15	9	5	14
16-29	6	2	8
30-43	2	2	4
44-57	1	1	2
58-71	1	0	1
72-85	0	1	1
Total	19	11	30

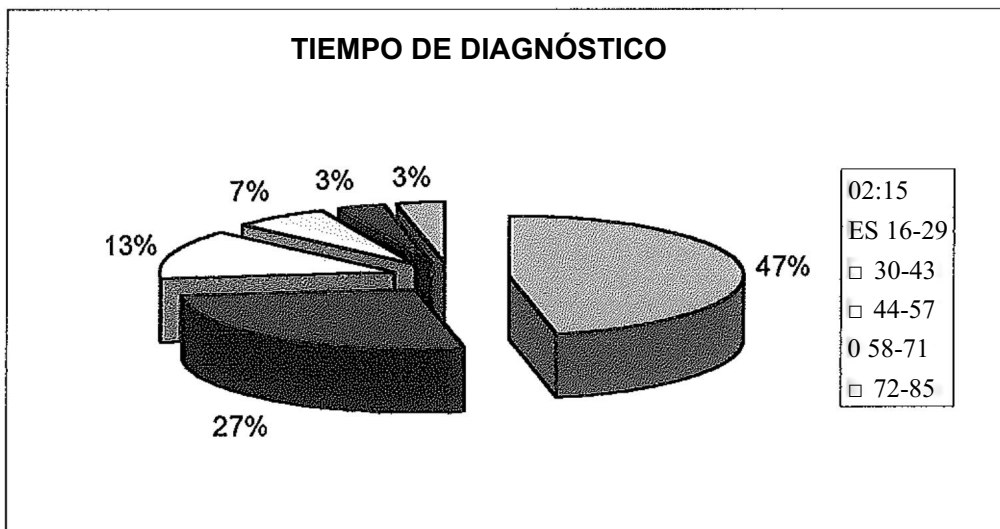


Figura 18. Distribución en Porcentaje según tiempo de diagnóstico.

En cuanto al tiempo de diagnóstico, los participantes se distribuyeron así: el 47% en un rango de 2 a 15 meses (30% son hombres y 17% son mujeres); el 27% se ubicaron en un rango de 16 a 29 meses de diagnóstico (20% son hombres y 7% son mujeres), mientras que 13% estuvo en un rango de 30 a 43 meses (6.5% son mujeres y 6.5% son hombres); un 7% con rango de 44 a 57 meses (3% son hombres y 4% son mujeres); un 3% (hombre) en el rango de 58 a 71 meses y el 3% (mujer) restante en el rango de 72 a 85 meses. Con los anteriores resultados se pudo observar que la mayor parte de la muestra se ubicó en el rango de los 2 a los 15 meses de diagnóstico.

Variable Medicamentos

Tabla 21. Distribución de Frecuencia según medicamentos

Medicamentos	Frecuencia		
	Hombres	Mujeres	total
No tiene tratamiento	7	5	12
En proceso de tutela	3	2	5
Con medicamento*	9	4	13
Total	19	11	30

Nota. El asterisco hace referencia a la diversa combinación de: kaletra, convivir, nelfinabir, coratadina, zerit40, kaletra330, videx30, trimetropil, kritivan, retraceril, falenar, epamil, afalimico.

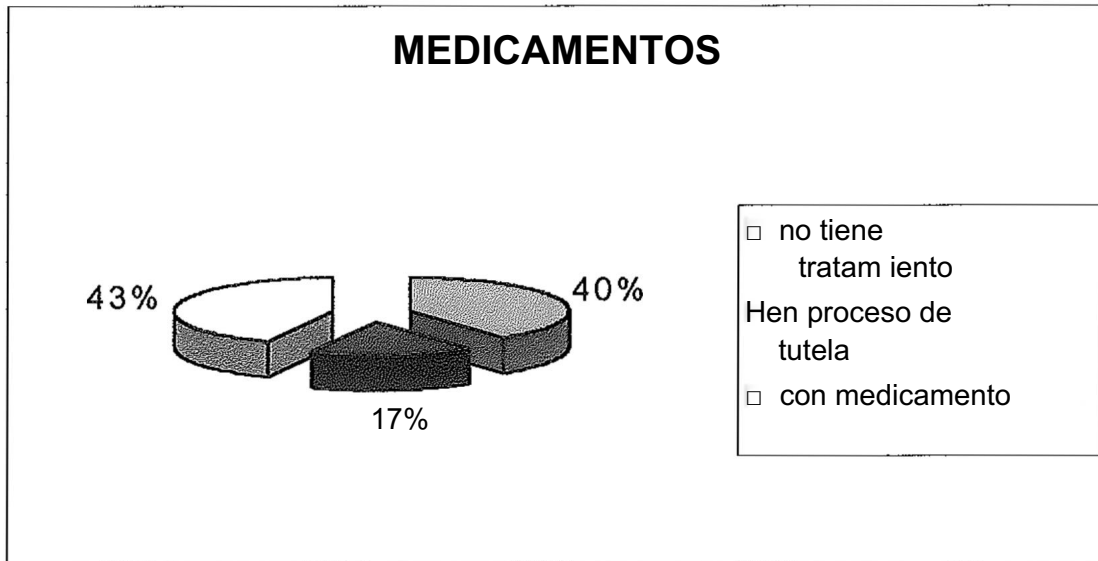


Figura 19. Distribución en porcentaje según medicamentos

En esta variable médica se encontró que el 43% tienen algún tipo de medicamento (30% son hombres y 13% son mujeres), mientras que el 40% de la muestra no tienen tratamiento (23% son hombres y 17% son mujeres); junto a esto, se encuentra el 17% que entabló proceso de tutela para conseguirlos (10% son hombres y 7% son mujeres). Lo anterior, indica que a pesar de un alto porcentaje de pacientes que reciben medicamentos, más de la mitad de la muestra no tienen tratamiento para el control de la enfermedad.

Variable Carga viral

Tabla 22. Distribución de frecuencia según carga viral

Carga Viral	Frecuencia		
	Hombres	Mujeres	Total
La conoce	11	4	14
La desconoce	8	7	15
Total	19	11	30

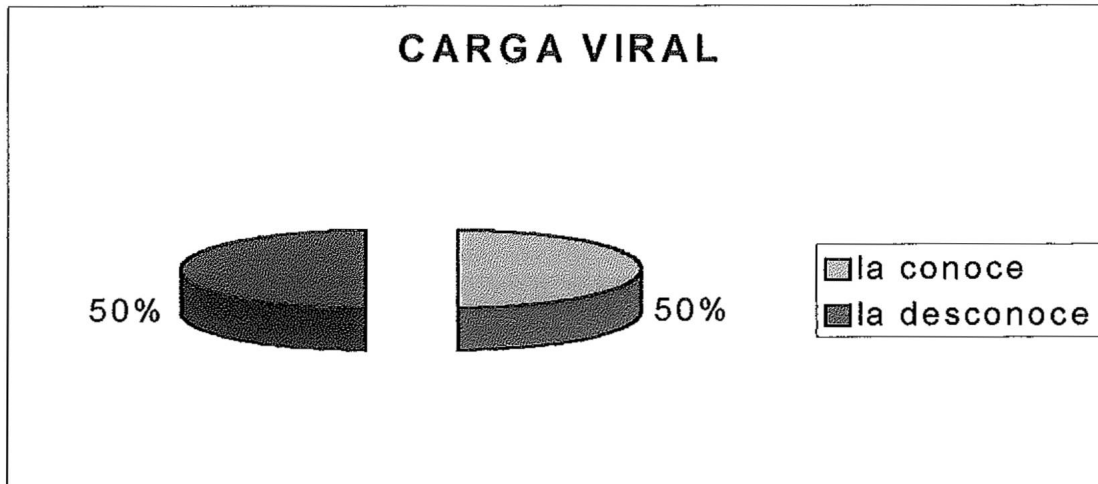


Figura 20. Distribución en porcentaje según carga viral

Esta característica médica que hace referencia a la cantidad del VIH circulante que se encuentra en el plasma o la cuantificación del RNA vírico existente, dio como resultado lo siguiente: un 50% de la muestra desconoce su carga viral (27% hombres y 23% mujeres), mientras que el otro 50% (37% hombres y 13% mujeres) la conoce. Esto indica que, a pesar que el 50% de la muestra no sabe o no recuerda su carga viral, no existe gran diferencia entre el restante 50% que si la conoce.

Variable Síntomas

Tabla 23. Distribución de frecuencia según la cantidad de síntomas

Síntomas	Frecuencia		
	Hombres	Mujeres	Total
0	5	5	10
1	2	2	4
2	5	2	7
3	5	1	6
4	2	0	2
5	0	1	1
Total	19	11	30

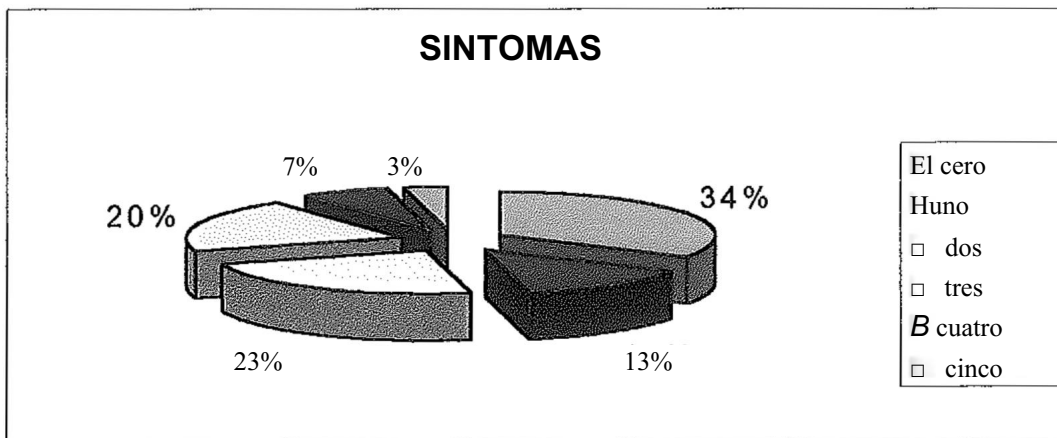


Figura 21. Distribución en porcentaje según la cantidad de síntomas

Respecto a la variable Síntomas, el 34% (distribuido en igual proporción de hombres y mujeres) no han presentado síntomas; seguido por un 23% de la muestra (16% hombres y 7% mujeres) que han presentado dos síntomas durante el tiempo en que han tenido la enfermedad. Con porcentajes menores, se encuentra un 20% que han presentado 3 síntomas (17% hombres y 3% mujeres); un 13% han tenido un síntoma a lo largo de su enfermedad (6.5% hombres y 6.5% mujeres); el 7% (hombres) han presentado cuatro, y el 3% (mujeres) cinco síntomas. Estos datos indican que la mayor parte de la muestra, presentan entre dos síntomas o ninguno.

Variable Enfermedades Concomitantes

Tabla 24. Distribución de frecuencia según la cantidad de enfermedades concomitantes

Cantidad de Enfermedades Concomitantes	Frecuencia		
	Hombres	Mujeres	Total
0	10	6	16
1	3	4	7
2	5	0	5
4	1	1	2
Total	19	11	30

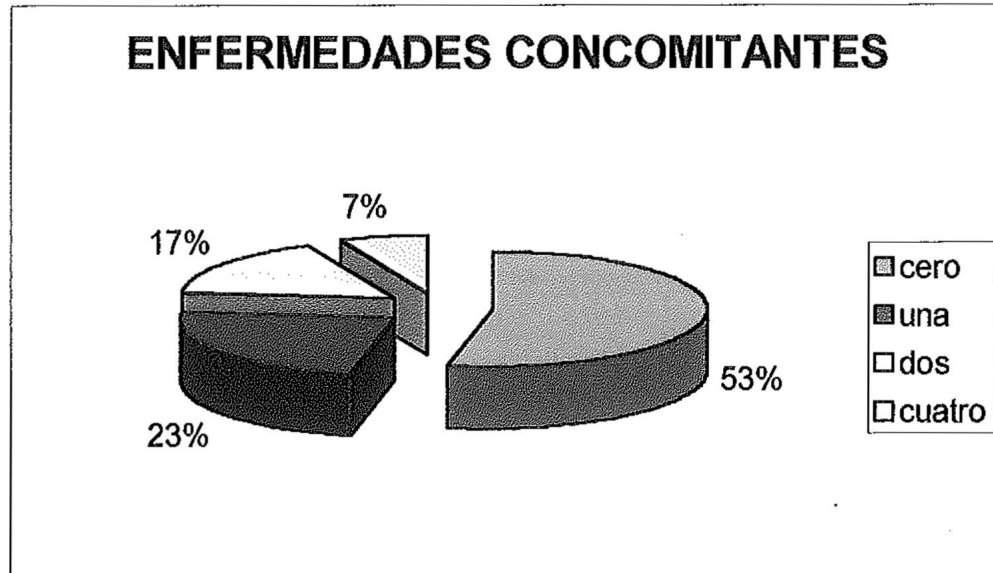


Figura 22. Distribución en porcentaje según cantidad de enfermedades concomitantes

En la presente variable el 53%, presentaron ninguna enfermedad concomitante (33% hombres y 20% mujeres); 23% de la muestra mostraron una (10% hombres y 13% mujeres); mientras que el 17% (hombres) desarrollaron dos, y el 7% restante (un hombre y una mujer), presentaron cuatro , indicando de esta manera, la ausencia de enfermedades concomitantes en la mayor parte de la población.

Variable Psicológica

En este grupo se encuentra la respuesta que dieron los sujetos de investigación respecto a la importancia de la intervención y la asistencia a consulta psicológica.

Variable Intervención Psicológica

Tabla 25. Distribución de frecuencia según la respuesta a la importancia de la intervención y asistencia a consulta Psicológica

Importancia y asistencia	Frecuencia		
	Hombres	Mujeres	total
Si	17	10	27
No	2	1	3
Total	19	11	30

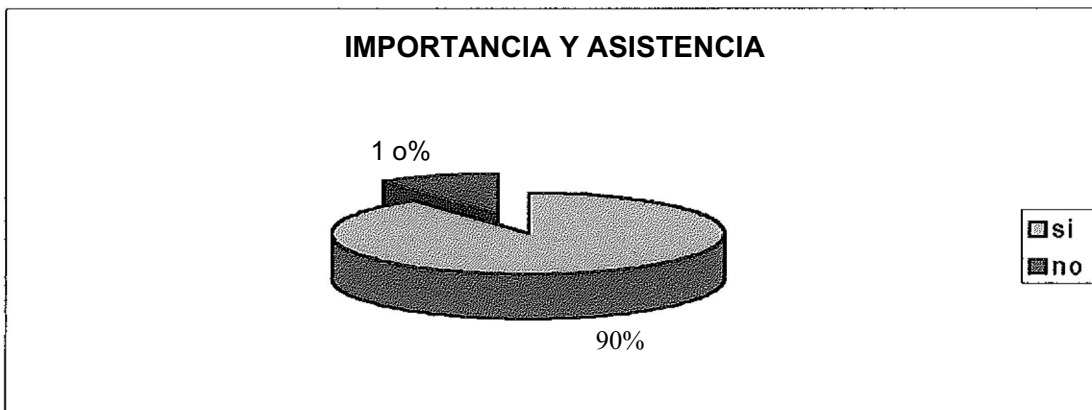


Figura 23. Distribución en porcentaje según importancia de la intervención y asistencia a consulta Psicológica.

Dentro de esta variable se tuvo en cuenta si el paciente consideraba importante la intervención psicológica y si asistiría a consulta; según los resultados arrojados, 57% de los hombres y 33% de las mujeres, es decir, el 90% de la muestra, consideran importante la intervención psicológica en su tratamiento y asistirían a consulta, mientras que 7% de los hombres y 3% de las mujeres, representando el 10% restante brindan una respuesta negativa frente a esta variable.

Variable Respuestas de Afrontamiento

En este grupo de variables se encuentran los resultados obtenidos de la aplicación de la Escala de ajuste mental al VIH según la validación realizada en Colombia por Bernal y Forero (2002) según las dimensiones: Actitud positiva (APC), Preocupación ansiosa (PAC), Orientación positiva (OPC) y Sin esperanza (SEC) (Ver apéndice F).

Tabla 26. Distribución comparativa entre los Rangos de puntaje, desviación y media de la validación colombiana y los resultados obtenidos por el estudio

Respuestas de afrontamiento	Rango de puntaje	XC	XE	Dx	SC	SE	DS
APC	3-12	10.97	9.65	1.32	1.67	2.05	-0.38
PAC	8-32	17.55	23.74	-6.19	5.00	4.42	0.58
OPC	10-40	32.12	30.59	1.53	4.74	5.13	-0.39
SEC	6-24	12.03	14.21	-2.18	4.30	3.48	0.82

Nota: XC hace referencia a la media de la validación colombiana

XE hace referencia a la media del estudio en cuestión

SC hace referencia a la desviación estándar de la validación colombiana

SE hace referencia a la desviación estándar del estudio en cuestión

Dx hace referencia a la diferencia entre las medias

DS hace referencia a la diferencia entre las desviaciones estándar

Tabla 27. Puntajes t y z obtenidos a partir de la comparación entre la validación Colombiana y los resultados del estudio

Respuesta de Afrontamiento	T	z
APC	3.21	3.56
PAC	-6.44	-6.01
OPC	1.44	1.5
SEC	-2.83	-2.50

Nota: t hace referencia a los resultados de la t de student, y Z a los puntajes obtenidos por comparación entre la muestra del estudio y los resultados obtenidos de la validación en Colombia.

El Alfa se halló con el fin de obtener el coeficiente de confiabilidad, dando por resultado 0.6802; con ello, se puede decir que los datos obtenidos por este estudios son confiables (ver apéndice J).

Teniendo en cuenta que los autores de la Escala recomiendan el establecimiento de puntos corte para cada aplicación que se realice, con el fin de que el criterio de evaluación sea más adecuado, en este estudio se tomaron los límites máximo y mínimo del rango de calificación denominado medio. Calculados mediante las siguientes fórmulas:

$$Li = X - S$$

$$Ls = X + S$$

En donde X hace referencia a la media aritmética y S a la Desviación estándar, así como Ls es el límite superior del rango medio y Li es el inferior del rango medio (ver tabla 28).

Tabla 28. Resultados cuantitativos brutos de las respuestas de afrontamiento

	APC	PAC	OPC	SEC
X	9,65	23,74	30,59	14,21
S	2,05	4,42	5,13	3,48
Punt. Mín	4	10	14	6
Punt. Max	12	30	38	18
Li	7,6	19,32	25,46	10,73
Ls	11,7	28,16	35,72	17,69

Nota: X hace referencia a la media aritmética, S a la desviación estándar, Li al límite inferior y Ls al límite superior.

De este modo, se logró establecer los niveles bajo, medio y alto para las cuatro respuestas de afrontamiento. (Ver tabla 29).

Tabla 29. Niveles de calificación de las respuestas de Afrontamiento

Factor	Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel alto
Actitud positiva	Menor que 7,6	Entre 7,6 y 11,7	Mayor que 11,7
Preocupación ansiosa	Menor que 19,32	Entre 19,32 y 28,16	Mayor que 28,16
Orientación positiva	Menor que 25,46	Entre 25,46 y 35,72	Mayor que 35,72
Sin esperanza	Menor que 10,73	Entre 10,73 y 17,69	Mayor que 17,69

Partiendo de estos niveles de valoración cuantitativos, en el factor Actitud Positiva (APC), que según Bernal y Forero (2000) hace referencia al conjunto de actitudes y conductas encaminadas a asumir una posición optimista frente al diagnóstico, así como activa por parte del paciente en su propio proceso de tratamiento y recuperación, el 13% presentaron una Actitud Positiva alta, en contraposición de 27% que mostraron una Actitud Positiva baja. Por otro lado, el 60% presentaron una Actitud Positiva media (ver figura 24). Lo anterior indica que la mayoría de los sujetos no muestran conductas extremas de optimismo y participación activa en su recuperación; sin embargo, es relevante decir que los porcentajes relacionados a los niveles alto y bajo indican que entre estos dos, la población presenta un mayor nivel bajo en sus respuestas, es decir, un sesgo negativo en este aspecto.

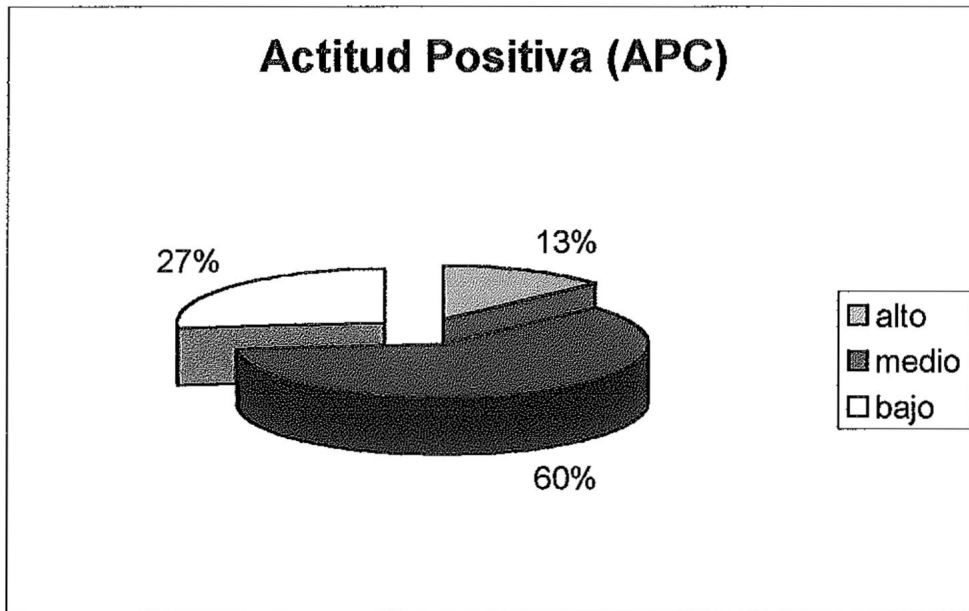


Figura 24 . Distribución en porcentaje del factor APC

Dentro de las características de los sujetos que puntuaron un APC medio se encontró que: el género predominante fue el masculino (40%), la mayoría homosexuales (27%), en un rango de edad de 34-40 años(23%), la mayoría son solteros(33%) y viven con otros familiares (hermanos, primos, tíos) (23%), cuya escolaridad en términos generales fue secundaria (23%), la principal ocupación es ser comerciantes (20%), la religión predominante es la católica (47%), y se encuentran en su mayoría en estrato dos (23%); así como la primer persona que conoció su diagnóstico fueron otros familiares (30%), el medio de transmisión por vía sexual, el tiempo de diagnóstico de 2 a 15 meses (27%), la carga viral es conocida y desconocida en igual proporción de los sujetos de la muestra total (30% respectivamente), y de los cuales en general no tienen medicamentos (27%), presentando ningún síntoma (20%), al igual que ninguna enfermedad concomitante (40%) y que consideran importante la intervención psicológica.

Por otra parte, en el factor Preocupación Ansiosa (PAC) que consiste en la visión de la enfermedad como una amenaza, cuyos modos de control o

tratamientos generan inquietud y cuyo pronóstico desencadena incertidumbre, el 7% de los sujetos puntuaron un nivel alto de Preocupación Ansiosa, y 27% un nivel bajo en este factor. De otro lado, el 66% presentaron una Preocupación Ansiosa media de la muestra total (ver figura 25).

Lo anterior indica que la mayoría de los sujetos no muestran conductas extremas de preocupación ansiosa, siendo éste un rasgo positivo en la población al poderse interpretar como la tendencia a no asumir la enfermedad como un factor generador de estrés superior al que existe en promedio, de acuerdo a los puntos de corte establecidos en este estudio; aunque es notorio que el porcentaje relacionado al nivel bajo es superior al nivel alto, se observa así que el puntaje de la población en este nivel predice una baja de ansiedad frente al diagnóstico de su enfermedad, tratamiento y pronóstico.

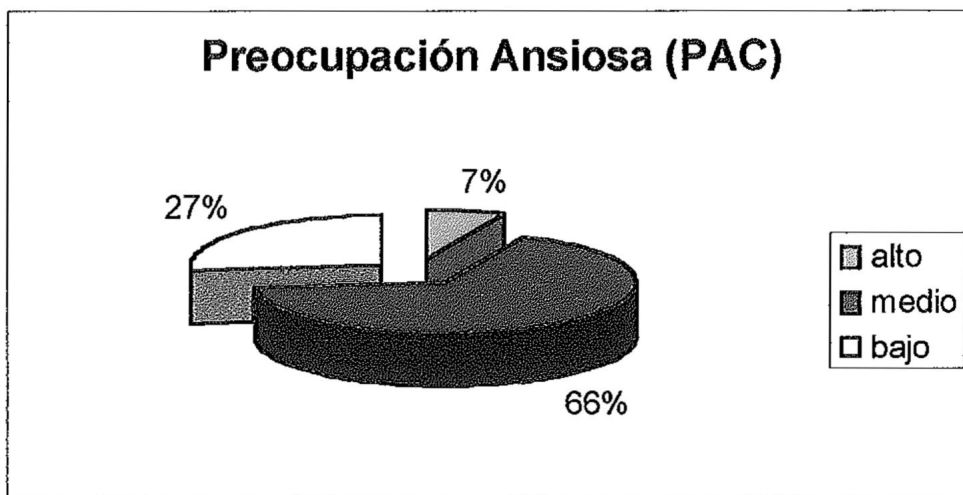


Figura 25. Distribución en porcentaje del factor PAC

Las características de los sujetos que mostraron un puntaje medio con respecto al total de la muestra para el factor Preocupación Ansiosa fueron los siguientes: el género predominante fue el masculino (43%), la mayoría son heterosexuales (17%) y homosexuales (17%), se encontraron en el rango de edad entre los 34-40 años (26%), la mayoría son solteros (23%) y viven solos (23%) cuya escolaridad en términos generales fue secundaria (23%), la principal ocupación está entre comerciantes (17%) y profesionales (17%), la

religión predominante es la católica (46%) y se encuentran en su mayoría en estrato dos (30%). Así como la primer persona que conoció su diagnóstico fueron otros familiares (36%), el medio de transmisión por vía sexual, el tiempo de diagnóstico de 2 a 15 meses (11%), la carga viral es conocida y desconocida en igual proporción de los sujetos de la muestra total (11% respectivamente), y de los cuales en general, también en igual proporción , tienen y no tienen medicamentos (26% cada uno), presentando ningún síntoma (20%) así como ninguna enfermedad concomitante (11%) que consideran importante la intervención psicológica.

Otra estrategia de afrontamiento, es el factor Orientación Positiva, caracterizado por las creencias positivas del paciente sobre sí mismo y sus posibilidades de mantener controlada la situación. En este factor la muestra se comportó de la siguiente manera: el 66% mostraron un nivel de Orientación Positiva medio; el 17% un nivel alto y el mismo porcentaje estuvo en un nivel de Orientación Positiva bajo (Ver figura 26). De igual forma, se aprecia en este factor una distribución poblacional superior en el nivel medio en comparación con el nivel bajo y alto, que también se observa en las escalas correspondientes a Preocupación Ansiosa y Actitud Positiva.

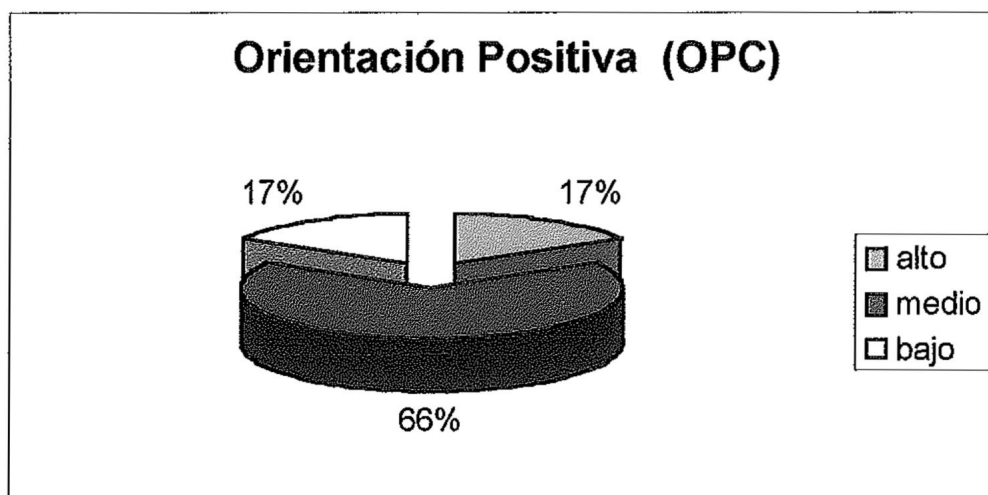


Figura 26 . Distribución en porcentaje del Factor OPC

Las características de los sujetos que presentaron Orientación Positiva media fueron: El género predominante fue el masculino (46%), la mayoría homosexuales (23%), se encontraron con un rango de edad entre los 34-40 años (26%), la mayoría son solteros (26%), y viven solos (23%), cuya escolaridad en términos generales fue secundaria (23%) la principal ocupación es ser comerciantes (20%), la religión predominante es la católica (46%), y se encuentran en su mayoría en estrato 2 (30%). Así como la primer persona que conoció su diagnóstico fueron otros familiares (30%), el medio de transmisión por vía sexual, el tiempo de diagnóstico de 2 a 15 meses (33%), la carga viral es conocida (40%), que en general tienen medicamento (30%), presentando dos síntomas (23%), sin enfermedades concomitantes (43%), al igual que consideran importante la intervención psicológica.

Por último, en la estrategia de afrontamiento Sin Esperanza, que consiste en una actitud pasiva o de resignación del individuo frente a la enfermedad y caracterizado por expectativas negativas frente al pronóstico, 63% de los sujetos puntuó en el nivel medio, 10% estuvo en un nivel alto y 27% en Sin Esperanza bajo (ver figura 27).

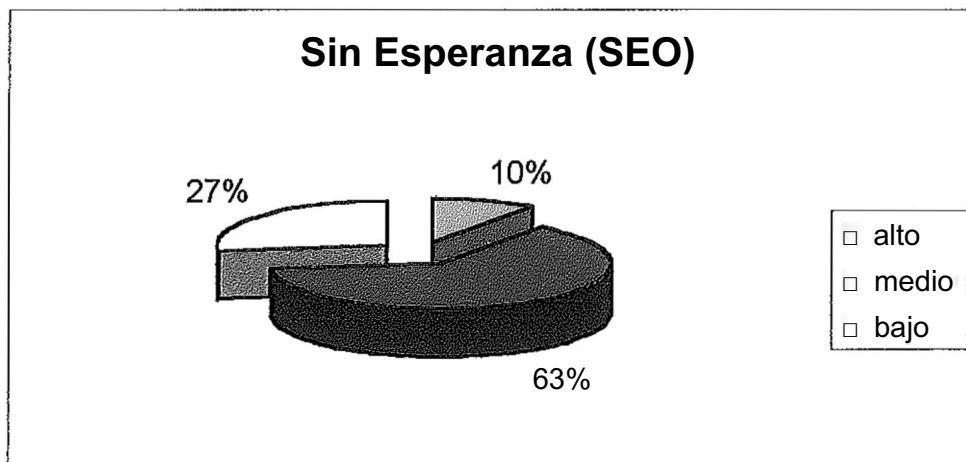


Figura 27. Distribución en porcentaje del Factor SEC

Entre las características de los sujetos con nivel medio tenemos que: el género predominante fue el masculino (43%), la mayoría homosexuales (26%),

con un rango de edad entre los 27-33 y 34-40 años (cada uno con 20% de los sujetos respectivamente), la mayoría son solteros (36%) y viven solos o con otros familiares (26% respectivamente), cuya escolaridad en general fue secundaria (30%), la principal ocupación fue comerciante (17%), la religión predominante la católica (43%) y se encuentran entre los estratos 2 y 3 (23% de sujetos en cada uno). Junto a esto, se observa que la primer persona que conoció su diagnóstico fueron otros familiares (40%), el medio de transmisión fue sexual, el tiempo de diagnóstico de 16-29 meses (26%), la carga viral es desconocida (40%), de los cuales no tienen medicamentos (33%), presentando ningún síntoma (23%), así como ninguna enfermedad concomitante (26%), considerando importante la intervención psicológica.

Con lo anterior, se afirma que al igual que en los factores Actitud positiva, Preocupación ansiosa y Orientación positiva, la mayoría de la muestra se ubicó en el nivel medio, así mismo al comparar este factor (SEC) con Actitud positiva y preocupación ansiosa hubo un mayor número de sujetos en el nivel bajo y menor en el nivel alto. Comportándose así de una manera inversamente proporcional, es decir, a un nivel alto menor número de sujetos la representan, y aun nivel bajo, mayor número de sujetos la conforman. De igual modo, puede interpretarse la puntuación media como un indicador que los sujetos tienden a no mostrar una resignación total ante la enfermedad, así como a no manifestar una negativa definitiva de ser portadores de VIH.

Para terminar este apartado, pudo observarse que en términos generales las características predominantes en cada factor son muy similares, por ejemplo: tanto para Actitud Positiva, Preocupación ansiosa, Orientación positiva y Sin esperanza, los sujetos tenían las siguientes características: masculinos, homosexuales, solteros con un nivel de escolaridad secundaria, comerciantes, católicos, de estrato dos, diagnóstico conocido por otros familiares en un primer momento, no presentan síntomas, ni enfermedades concomitantes, y consideran la intervención psicológica importante. Con respecto a las diferencias tenemos: para Actitud positiva, los sujetos viven con otros familiares (característica compartida con el factor Sin esperanza, aún cuando en este

factor algunos sujetos viven solos), para los otros factores (PAC y OPC), los sujetos viven solos. Para Preocupación ansiosa de los sujetos, algunos tienen medicamentos y otros no, para Actitud positiva y Sin esperanza, los sujetos no tienen tratamiento, pero esto no aplica para el factor Orientación positiva. Con relación al conocimiento de la carga viral, para Actitud positiva y Preocupación ansiosa, es tanto conocida como desconocida, mientras en el Factor Sin esperanza es desconocida y para Orientación positiva es conocida; de igual modo es importante resaltar que en éste último factor (OPC) los sujetos presentan dos síntomas. Y, finalmente en Sin esperanza, los sujetos se encuentran en el rango de 16-29 meses de diagnóstico (los factores restantes estuvieron de los 2-15 meses). Estas características se retomarán en el análisis de los resultados.

Para la obtención de los resultados, tanto de la historia personal como de la escala, se procedió a realizar tablas de contingencia a través del paquete estadístico SPSS 9.0 para Windows, mediante el cual se logró describir conjuntamente a dos o mas variables para este estudio y que pueden verse en detalle en el Apéndice K.

Análisis de Resultados

Este apartado plantea el análisis de los resultados del estudio de investigación para su posterior discusión. De tal modo, se analizará cada Respuesta de afrontamiento, así como el comportamiento de la muestra.

Con relación a la Respuesta de Afrontamiento Actitud positiva, los sujetos que lograron un nivel alto en este factor, presentan un adecuado manejo de la enfermedad, debido tal vez a la responsabilidad en la adquisición y seguimiento del tratamiento antiretroviral (todos tienen medicamento) y a la realización de actividades distintas a su ocupación. También ven a la Psicología como un apoyo moral, orientación, guía, autoescucha y auto evaluación de sí mismo, generando así el interés en su crecimiento personal, y la necesidad de este espacio si en un momento dado se sienten deprimidos.

Conllevándolos posiblemente a considerarse personas con ganas de seguir adelante, optimistas, alegres y que buscan lo mejor.

Por el contrario, para los sujetos que obtuvieron una calificación baja en este factor (27%), el diagnóstico de la enfermedad puede considerarse como un evento estresante que redujo su capacidad de acción y decisión obstaculizando así mismo el seguimiento y adquisición del tratamiento antiretroviral (solo el 7% tienen medicamento) ya sea por cuestiones legales (7%) o por que no les interesa adherirse al tratamiento (13%).

Para ellos, la intervención psicológica es una forma de no estar solos y, un medio de apoyo cuando se necesita. Sin embargo, al mismo tiempo consideran esa ayuda poco fructífera e innecesaria pues creen que "no se puede hacer nada por ellos". Tienden a describirse como "personas temperamentales, introvertidas, agresivas, tristes, reservadas, poco sociables, egocéntricas, imprudentes y avergonzadas", aún cuando dicen ser "organizadas, respetuosas, activas, creyentes y fervorosas", presentando así un pensamiento mágico. Por eso, en términos generales se sienten insatisfechos, solos, deprimidos, con rabia y miedo de ser descubiertos a pesar de querer asimilar el diagnóstico de la enfermedad, sentirse diferente y hablar con alguien (Ver apéndice G).

Respecto a la variable Preocupación ansiosa, puede decirse que los sujetos que mostraron un nivel alto en esta respuesta fue generado tal vez por el cambio en las actividades que realizaban a partir del conocimiento de su enfermedad, aún cuando no presentan síntomas ni enfermedades concomitantes.

En este nivel, la importancia de la intervención psicológica radica en saber cómo se pueden desenvolver con su estado actual de salud, y también como un medio para poder desahogarse, describiéndose a si mismos como individuos de pocas palabras pero expresivos. Sin embargo, se pudo observar que no desean ser conocidos como portadores, sintiéndose "tristes, torpes, llorones, agresivos y mentirosos".

Por el contrario, los sujetos que obtuvieron una calificación baja en Preocupación Ansiosa, considera útil y necesaria la intervención psicológica

para la expresión de la incertidumbre, las dudas y el sufrimiento que genera el diagnóstico, así como un apoyo moral y orientación útil, observado en la asistencia al psicólogo por más de dos sesiones. Igualmente, se describen a sí mismos como personas que “han tenido que sobrevivir, decentes, tercas, introvertidas, reservadas, pacíficas, responsables, serias, poco sociables y que creen tener poca valía, aunque con muchas ganas de saber y conocer muchas cosas”. De igual forma, poseen interés en su crecimiento personal, teniendo presente la importancia de tener tranquilidad para finalmente asumir su situación actual que les brinde una razón de vivir.

Se observa además que estos pacientes viven con otros familiares, amigos o padres , así como poseen un nivel de escolaridad ubicado entre secundaria y técnico/ tecnológico en su mayoría, lo que posiblemente les permite una mayor comprensión de la enfermedad, aún cuando su diagnóstico como portadores se encuentre entre los rangos de los 2-29 meses, generando probablemente un nivel bajo de ansiedad frente a su diagnóstico.

En comparación de estos sujetos con los que obtuvieron una puntuación alta en Preocupación Ansiosa se observó que en estos últimos aún cuando poseen secundaria y educación básica primaria, lo cual posiblemente facilitaría una mejor comprensión de su estado de salud, se preocupan además por no ser reconocidos como portadores desencadenando un sentimiento de inconformidad con su situación actual, tal vez por ello, estos sujetos presentan una calificación alta y no baja, lo cual indica un ajuste inadecuado al proceso de la enfermedad, y por ende al tratamiento del VIH, aun cuando su tiempo de diagnóstico sea muy similar a los sujetos de puntuación baja en este mismo factor, y en los cuales logra observarse que han aprendido a convivir con su salud actual

Con relación a los sujetos que mostraron un nivel alto en Orientación Positiva posiblemente fue generado por su adherencia al tratamiento antiretroviral, por la continuidad en la realización de actividades varias, presentando de una a ninguna enfermedad concomitante, sin la presencia de síntomas. De igual modo, consideran la intervención psicológica como una

ayuda, guía y orientación que se necesita para lograr desenvolverse con la enfermedad, sobrellevando depresiones y superando pérdidas. Se describen igualmente, como “expresivos, sinceros, detallistas, sencillos, amables y cariñosos”.

Por el contrario, para los sujetos que obtuvieron una puntuación baja en Orientación Positiva, los aspectos que han sido posibles influencias para que no orienten sus actitudes y acciones de un modo positivo con relación a la enfermedad son la fecha de diagnóstico (16-29 meses en su mayoría), el compartir su vida con otros familiares y no con su núcleo familiar directo (padres, hermanos) aún cuando éstos han conocido primero su situación, así como el considerar sin importancia la intervención psicológica puesto que no desean que otros conozcan su situación, creyendo que “no se puede hacer nada por ellos y que han asimilado su enfermedad”.

Como puede observarse, al igual que en la escala de PAC alto, los sujetos no desean que se conozca su estado actual de salud, coincidiendo este aspecto con el presentado en el factor OPC. Esta característica es muy relevante en la medida en que tanto esta puntuación alta como la baja puntuación en Orientación Positiva obstaculizan un adecuado ajuste de la persona con respecto a su enfermedad, tratamiento y pronóstico.

Por otro lado, en los sujetos que mostraron un nivel alto en Sin Esperanza pudo observarse que se debe posiblemente a que antes llevaban a cabo diversas actividades, mientras que ahora prefieren quedarse en casa o hacer nada, aún cuando no presentan enfermedad alguna, ni manifiestan síntomas. De igual forma, su tiempo de diagnóstico está en un rango de los 2-15 meses, y en general no tienen medicamentos puesto que esperan la respuesta a la acción de tutela que entablaron. De igual modo, la intervención psicológica en este grupo se orienta principalmente en la búsqueda de un sentido a la vida, ayuda y apoyo, pues se encuentran insatisfechos por lo sucedido, se sienten solos y tienen dificultades con su pareja, describiéndose como “personas tímidas, inseguras, temperamentales e imprudentes”.

Todos estos aspectos, posiblemente influyen en que estos sujetos tiendan a mantener una posición dirigida a la pérdida de la expectativa de vida, por eso estos resultados brindan una visión negativa frente a la percepción de su futuro.

En cuanto a los sujetos que mostraron un nivel bajo en este factor, se observó que han variado las actividades que realizaban a partir del diagnóstico de su enfermedad pues, en su mayoría presentan dos síntomas con un tiempo de diagnóstico de 2-15 meses aún cuando no presentan enfermedades concomitantes pero teniendo tratamiento antiretroviral en términos generales. De igual forma, en su totalidad consideran la intervención psicológica muy importante pues según ellos, brinda apoyo moral y permite que las personas expresen sus incertidumbres y dudas, obteniendo una adecuada orientación. Así mismo, se describen como "personas sencillas, alegres, con ganas de salir adelante a pesar de los obstáculos, tranquilas, abiertas, reservadas, creyentes, amables y cariñosas", sin dejar de lado que a veces son "tercas y algo malgeniadas". Estas características influyen posiblemente en el hecho de que estos sujetos posean una visión positiva de su propio futuro.

La interpretación de estos resultados permite inducir el hecho de que los factores de la Escala de Ajuste Mental se comportan en términos generales de la siguiente manera como se ilustra en la tabla 30.

Tabla 30. Comportamiento de los factores de la Escala de Ajuste Mental al VIH por razones según el número total de casos evaluados

Comportamiento de los Factores de la Escala				Razones	
Factor	Nivel	Factor	Nivel	Casos presentados	No. total de casos
APC	Alto	SEC	Bajo	3	30
SEC	Alto	APC	Bajo	2	30
APC	Medio	SEC	Bajo	4	30

SEO	Medio	APC	Bajo	5	30
PAC	Bajo	OPC	Bajo	1	30
OPC	Bajo	PAC	Medio	4	30
OPC	Bajo	APC	Alto	2	30
PAC	Bajo	OPC	Alto	1	30
PAC	Bajo	SEC	Alto	1	30
APC	Medio	OPC	Medio	14	30
PAC	Medio	OPC	Medio	14	30
PAC	Medio	SEC	Medio	14	30
PAC	Medio	APC	Medio	12	30
OPC	Medio	SEC	Medio	12	30
SEC	Medio	APC	Medio	13	30
OPC	Bajo	APC	Bajo	4	30
PAC	Bajo	SEC	Bajo	4	30
APC	Bajo	PAC	Bajo	2	30
APC	Bajo	SEC	Bajo	1	30

Con las anteriores descripciones del comportamiento de los factores, se puede finalmente concluir que los sujetos que presentaron actitudes y conductas encaminadas a asumir una posición optimista frente al diagnóstico presentaron igualmente una baja actitud pasiva o de resignación frente a la enfermedad, pero el mayor porcentaje de la población presenta una calificación baja en actitudes pasivas mientras que sus actitudes y conductas para asumir una posición optimista se mantiene en un nivel medio.

Por otra parte, cuando los sujetos muestran una alta visión de la enfermedad como una amenaza y estrés, sus creencias positivas sobre sí mismo y sus posibilidades de mantener controlada la situación es baja, pero cuando estas creencias son altas, su preocupación ansiosa se ubica en una calificación baja.

Otro aspecto para concluir en los resultados, se refiere a puntuaciones iguales en ciertos factores, por ejemplo, cuando el paciente posee actitudes y

conductas que le permiten asumir de un modo optimista su diagnóstico, también cree tener posibilidades de controlar su situación, pero , también hay que tener en cuenta que aun cuando en otros sujetos este control es alto, sienten el diagnóstico 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 pronóstico.

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 diagnóstico 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 a 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 diagnóstico, pueden tener una mayor probabilidad del desarrollo de su enfermedad pues se observó en ellos la presencia tanto de síntomas como de enfermedades concomitantes (7% y 10% de los sujetos respectivamente). En contraposición de estos sujetos, también se logró observar que los sujetos que consideran su enfermedad como una baja fuente de estrés junto con actitudes pasivas y de resignación bajas con respecto a su pronóstico, tienen así una mayor probabilidad de un lento desarrollo de la enfermedad, pues de éstos sujetos, aún cuando presentan síntomas, ninguno tiene enfermedades concomitantes.

De otro modo, cuando los sujetos poseen actitudes y conductas positivas bajas frente al diagnóstico y a la vez consideran su enfermedad como una fuente baja de estrés, presentaron poco interés de tomar parte activa en el tratamiento de su enfermedad, lo cual puede observarse en el desconocimiento de su carga viral aún cuando su tiempo de diagnóstico se encontró en rangos de 16-29 y 58-71 meses.

Por último, cuando los sujetos mostraron actitudes y conductas positivas bajas frente a su diagnóstico y enfermedad, junto con unas expectativas

negativas bajas frente a su pronóstico, es probable que se presente la evolución de su enfermedad puesto que en este sujeto se observó la presencia de síntomas (2) y enfermedades concomitantes (2), así como el no seguimiento de un tratamiento antiretroviral y por ende, el desconocimiento de su carga viral, aún cuando su tiempo de diagnóstico se encontró en el rango de los 58-71 meses.

Por otra parte, dentro de las respuestas comportamentales más comunes para el afrontamiento de la enfermedad crónica pudo observarse que estos pacientes presentaron respuestas de acción directa de escape / evitación del acontecimiento, relacionados al factor orientación positiva (baja) debido a que posponen sistemáticamente alguna cita médica, de igual modo no asisten a la consulta con su Psicólogo, aún cuando expresan la importancia del mismo en pro de la aceptación de su situación actual.

Otro comportamiento presentado, es la búsqueda de información pertinente sobre la enfermedad, los procedimientos de tratamientos alternativos y sus posibles consecuencias, generando una respuesta de Actitud Positiva, pues todos los pacientes han asistido por lo menos una vez a la Liga de lucha contra el SIDA para la obtención de información acerca de la enfermedad y / o procedimiento legal.

De otro modo, también presentan conductas confrontativas que intentan cambiar la situación de alguna forma, y que también están relacionadas a una Actitud Positiva, esto pudo observarse en la constancia y persistencia de la asistencia médica a través del proceso de tutela que entablan, así como el seguimiento de su tratamiento antirretroviral con su respectivo especialista. De igual forma, mantienen regularmente las rutinas, pues la mayoría tiene una ocupación para su propio sostenimiento.

Otra conducta presentada es la instalación o mantenimiento del sentimiento de control sobre la enfermedad pues se observó que sólo dos sujetos del total de la muestra presentaron una Preocupación Ansiosa alta.

Finalmente, un comportamiento observado fue la búsqueda y obtención de apoyo social, sobretodo con los pacientes del Hogar de misericordia demostrando así una Actitud Positiva frente a la enfermedad.

Otro comportamiento observado fue, que a mayor tiempo de diagnóstico de la enfermedad, los pacientes creen en la no evolución de la misma, presentando desinterés en el seguimiento de su tratamiento antirretroviral, y que se encuentra relacionado a una respuesta de Orientación positiva (alta).

Discusión

Este apartado plantea la discusión teórica de los resultados obtenidos por medio de la Historia personal y la Escala de ajuste Mental al Cáncer adaptada al VIH relacionando dichos datos con los referentes teóricos tenidos en cuenta en este estudio para lograr así, describir las respuestas de afrontamiento de los pacientes portadores de VIH de la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, el Hogar de Misericordia e individuos de la calle de la ciudad de Bucaramanga.

Por ello se describe cada estrategia de afrontamiento con los respectivos resultados obtenidos para cada una de las variables en este estudio, así como los referentes teóricos junto con los aportes que plantean las investigadoras. Es importante resaltar que las conclusiones en este estudio son a manera de hipótesis, puesto que el diseño descriptivo- transversal del mismo no permite el establecimiento de relaciones ni causales ni fenomenológicas.

En cuanto a la Estrategia de Afrontamiento "Actitud Positiva" correspondiente en la escala original de Watson & Greer (1989) a Espíritu de lucha (EL), Bernal y Forero (2002) la describen como el conjunto de actitudes y comportamientos destinados a asumir una posición positiva frente al diagnóstico y por ende, al deseo de participar activamente en el proceso de tratamiento.

En este factor, la muestra obtuvo una mayor distribución porcentual en el nivel medio (60%), indicando con ello que los pacientes no presentan actitudes y conductas extremas frente a su papel determinante dentro de su proceso de diagnóstico y tratamiento. Aquí cabe señalar a Ferrero et al (1995) en su estudio sobre la evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del

bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama, al observar cómo la sintomatología física contribuye a predecir el bienestar futuro, y que en este estudio pudo observarse que no solo los síntomas, sino también la ausencia de enfermedades concomitantes en los pacientes con VIH predicen su bienestar futuro pues al igual que en el estudio de Ferrero y cols., los resultados indicaron que el "Espíritu de lucha" de los 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 un mayor malestar concurrente en el futuro. Ello explicaría el por qué 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 alto APC y bajo OPC, en contraposición de aquellos que puntuaron alto PAC y SEC, quienes a pesar de mantener vínculos afectivos con sus familiares, no les han informado de su estado actual de salud, aún cuando no presentan ni síntomas ni enfermedades concomitantes. Posiblemente por ello, los pacientes que ya han pasado por estados que afectan su estado físico no niegan su enfermedad y tienen una actitud activa frente a la misma, mientras que los pacientes que aún no han experimentado ni 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 enfermedad.

Teniendo en cuenta que, Watson & Greer (1989) definen Actitud Positiva como un reto asumido por el paciente cuando existe un puntaje elevado en éste, es necesario decir que en la muestra sólo el 13% del total asume su enfermedad como un reto, y el 27% mostraron una Actitud Positiva baja, como la define Bernal y Forero (2002). Demostrando así que de la muestra en total, sólo el 27% de los sujetos no están llevando a cabo un papel significativo en su proceso de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

La presencia de una participación activa en su propio tratamiento y pronóstico optimista frente a la enfermedad estuvo representado por un 73% de la muestra al asociar el nivel alto y medio de la estrategia de "Actitud Positiva",

puede deberse al hecho de que son sujetos en su mayoría con un nivel de escolaridad secundaria y que cuentan con el apoyo de otros familiares.

Por otra parte, en la Estrategia de Afrontamiento "Preocupación Ansiosa" de Bernal y Forero (2002), los sujetos puntuaron un 66% en un nivel medio, 7% en un nivel alto y 27% en un nivel bajo, mostrando con ello que, no existe una alta tendencia a presentar ansiedad como parte de su proceso de ajuste mental a la enfermedad en lo referente al diagnóstico, tratamiento y evolución de la misma, contrario a lo afirmado por Watson (1999), quien en su estudio retrospectivo sobre la influencia de la respuesta psicológica en la supervivencia al cáncer de mama encontró, que el incremento significativo en recaídas y muertes se debe a un aumento significativo de riesgo de muerte al incrementar la depresión y ansiedad; junto a altas puntuaciones en la escala de desesperanza e impotencia y, comparado con otros sujetos que obtuvieron un puntaje bajo en esta categoría, se confirma la inferencia de que las puntuaciones altas en "Sin Esperanza y Preocupación Ansiosa" conllevarían a una evolución significativamente negativa de la enfermedad en los pacientes portadores de VIH; pero resaltando que en la población estudiada la puntuación significativa se relaciona con la presencia moderada (media) o mínima (baja) de ansiedad y de resignación frente al diagnóstico, enfermedad y pronóstico de la misma, la mayor parte de la población no presentaría dicha evolución.

De igual manera, como lo plantea el Ministerio de Salud (1994), el nivel de ansiedad determinará la incidencia en las esferas: sexual (Inhibición, disfunciones), mental (nivel de competencia), emocional y por ende, en la relación interpersonal como pudo verse en el hecho que los sujetos con puntuación Alta en "Preocupación Ansiosa" no tenían ninguno o tenían débiles vínculos afectivos con su pareja a partir del diagnóstico de la enfermedad (no siendo éste porcentaje relativamente significativo en comparación con la muestra)

Con referencia a la estrategia de afrontamiento "Orientación Positiva", caracterizada por Bernal y Forero (2002) como las creencias positivas sobre sí mismo y sobre las posibilidades de mantener el control de la situación, al igual

que las anteriores estrategias, el mayor porcentaje de la muestra se ubicó en un nivel medio (66%), mientras que el nivel bajo y alto obtuvieron un 17% de representación del total de la muestra 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 o 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.

La Cuarta estrategia de afrontamiento "Sin Esperanza", también obtuvo un mayor porcentaje en una puntuación media (63%) seguida por el nivel bajo con un 27% del total de la muestra y con un nivel alto representado por el 10%.

Estos resultados mostraron que 10% del total de los participantes presentaron una alta incidencia de pesimismo con relación a todos los aspectos implicados por su enfermedad, en contraposición de los otros sujetos que mantienen la esperanza de recuperar la salud. Esto pudo observarse en que los sujetos antes del diagnóstico llevaban a cabo diversas actividades, mientras que posterior a éste, prefieren quedarse en casa o no hacer nada, a pesar de no presentar ninguna enfermedad y no manifestar síntomas en su mayoría aún cuando no tienen un tratamiento antirretroviral pues, en general, esperan la respuesta a la acción de tutela que entablaron para obtener la atención médica.

Teniendo en cuenta el comportamiento de cada una de las estrategias de afrontamiento planteadas por Bernal y Forero (2002), se puede decir que:

Es indudable que en el proceso de afrontamiento de la enfermedad crónica intervienen múltiples variables que permiten la adaptación del individuo a la enfermedad y que pueden verse como una serie de tareas tal como lo plantea Rodríguez y cois. (1990). De tal modo, en los sujetos participantes de la investigación se observó que reconocen sus síntomas, tratan de controlarlos y

prevenir sus consecuencias en lo posible, de tal manera que aceptan el tratamiento aún cuando éste se encuentra en proceso de tutela; también comparten su situación actual con algún familiar, tratando así de establecer un equilibrio emocional, pues tratan de conservar las relaciones con la familia y los amigos. También pudo observarse que a mayor tiempo de diagnóstico, los pacientes presentaron una discontinuidad en el seguimiento de su tratamiento antirretroviral.

De otro modo, según el mismo Rodríguez (1995), el afrontamiento cumple una serie de características en pro de la rehabilitación del enfermo y por ende, en el sufrimiento que genera la enfermedad para el sujeto; por eso es relevante mencionar que un enfermo 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. Este aspecto se observó en que los sujetos con una puntuación alta en la estrategia de afrontamiento Sin Esperanza, no presentan enfermedades concomitantes. También se pudo observar que aún existe silencio o negación de realidades como adulterio y / u homosexualidad, 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 en el caso de los pacientes bisexuales cuyo estado civil es casado, y su pareja lo desconoce.

Retomando a Lazarus y cois (1986), las formas de afrontamiento dirigidos a la emoción tienen mayor probabilidad de aparecer cuando ha habido una evaluación en la cual se cree que no se puede hacer nada para modificar las condiciones del entorno por ello, puede inferirse que los sujetos que obtuvieron una calificación baja en Actitud Positiva al creer importante la intervención psicológica, pero considerar que no se puede hacer nada por ellos, presentan un afrontamiento dirigido a la emoción. Mientras que el afrontamiento dirigido al problema puede observarse en los pacientes que buscan información sobre la enfermedad para conocer en qué etapa de la misma se encuentran.

Muchas investigaciones planteadas por Lazarus (1986) sugieren que los individuos son capaces de afrontar situaciones sorprendentemente bien a pesar de una escasa salud física y del agotamiento de su energía, logrando movilizarse cuando lo que se halla en juego es suficientemente importante para ellos, pues pudo observarse que los sujetos ubicados en una calificación alta en Actitud Positiva y Orientación Positiva, presentan en su mayoría síntomas y enfermedades concomitantes.

Al igual que Lazarus y Folkman, se considera el afrontamiento como un proceso de cambio continuo, en el cual el individuo cuenta con estrategias que le permiten adaptarse a su situación, pero que en ocasiones le sirven para resolver el problema o por lo menos para defenderse de las consecuencias que dicho problema genera en su entorno. Por ello, la dinámica que caracteriza a este proceso es resultado de las evaluaciones y re-evaluaciones que el individuo hace de su entorno, con el fin de cambiarlo, y así modificar el significado del acontecimiento en su propio yo.

Es por eso, que el proceso de afrontamiento puede relacionarse a las etapas de la agonía que plantea Kübler-Ross (1969, Disponible en red: <http://members.estripod.de/sociedad/aprox.htm>), pero con la diferencia que, en el coping no deben considerarse como invariables en su secuencia, sino que dependiendo del momento en que sea observado el individuo, se van descubriendo continuos esquemas cognitivo-afectivo-conductuales que le posibilitan una reacción específica de adaptación.

Por eso el afrontamiento, incluye más aspectos que la simple resolución a un problema, pues su desarrollo, de ser efectivo sirve a otras funciones relacionadas con el objetivo que persigue cada estrategia situada en los distintos ámbitos que conforman la vida del individuo.

Es indudable que las estrategias 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 Investigadoras 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. Sin dejar de lado que, posteriores hospitalizaciones pueden deteriorar más su vida y su actitud necesaria para adaptarse adecuadamente a la situación desencadenada por su enfermedad.

Por ello, su proceso de adaptación está condicionado por múltiples factores provenientes de su entorno, de su estado físico y por supuesto, de su estado emocional, que son visibles en sus conductas y hábitos, el tratamiento al que se somete para controlar su enfermedad, la participación de su grupo social en todo el proceso de evolución de la misma, su nivel cultural, sus creencias religiosas, y las experiencias que adquiera en cada hospitalización. Pero un factor que indudablemente le afectará es su expectativa con respecto a su futuro, pues será éste el desencadenante de una preocupación constante.

Otro aspecto que debe tenerse en cuenta, es que el VIH / SIDA genera unas secuelas físicas, generando una amenaza al autoconcepto, a la auto imagen, al sistema de valores, creencias, al equilibrio emocional, al funcionamiento ocupacional y social, además de resaltar la restricción que la enfermedad produce en el espacio vital del individuo, al aminorar la necesidad de expresión emocional en el paciente, por eso también se concuerda con Alizade y Kort en que el cuerpo es un espacio íntimo de experiencia en el cual se plasman ideales culturales, produciendo así vivencias de satisfacción o dolor.

Por otra parte, Carrobles (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

determinado 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. Todos ellos vistos, en las variables sociodemográficas que caracterizan a los sujetos que no presentaron conductas extremas en cada uno de los factores de la escala de ajuste mental (calificación obtenida en un nivel medio) y que les permite así mismo, aceptar la situación generada por su enfermedad desempeñando un papel importante en su propia evolución.

Por eso, las investigadoras afirman 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 posible la no 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 integral e interdisciplinaria con el fin no solo de generar la aceptación de la enfermedad en el paciente sino la participación del mismo en su tratamiento y en la promoción y prevención de la salud física y mental.

Por ello, la presencia de apoyo y vínculo social es de gran importancia para un mejor afrontamiento de la enfermedad, sin dejar de lado la implicación médica y terapéutica que contribuye igualmente en el control de tal estado de salud, aumentando así la calidad de vida del portador de VIH.

De tal manera, se concuerda con Reevé que la secuencia estrés-afrontamiento- bienestar físico, es un campo de estudio relevante en la Psicología de la salud y en la cual aunque el estrés no cause la enfermedad física o psicológica sí deteriora de forma significativa la habilidad del individuo para recuperarse de su enfermedad.

Para terminar, durante el desarrollo de la Investigación se pudo apreciar las principales fortalezas y limitantes presentadas para la ejecución de este estudio como:

1. La determinación del tamaño de la muestra fue una limitante, pues para realizar una investigación descriptiva el tamaño de la muestra no

es lo suficientemente representativa en comparación de los datos estadísticos de la región (epidemiología).

2. La ubicación de los pacientes, debido a que es una población de difícil acceso y de trato delicado.
3. Otra limitante fue la poca población profesional experta en el tema, pues a pesar de existir un alto número de portadores en la Ciudad de Bucaramanga, el servicio y el personal profesional adecuado no se presenta en igual proporción.
4. El tiempo implementado al servicio de asesoría e intervención psicológica con el propósito de acceder a la población, fue tanto limitante como fortaleza, pues permitió la obtención de más información para el estudio, a pesar que refrenó la culminación temprana del proyecto de grado
5. Con respecto a las mayores fortalezas del estudio se puede indicar que se contó con la colaboración del Hogar de misericordia e individuos de la calle de la ciudad de Bucaramanga, quienes como punto en común tenían el haber solicitado al menos una vez ayuda y servicios de la Liga Colombiana de lucha contra el SIDA.
6. También se contó con el juicio de expertos que trabajaran con este tipo de población, y que apoyaran la implementación de la Escala de ajuste mental al Cáncer para los pacientes portadores de VIH / SIDA, así como el planteamiento de esta enfermedad desde el punto de vista crónico y catastrófico.
7. Igualmente, está la contribución de los resultados tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, al contar con una prueba confiable tanto en su diseño como validación para Colombia.
8. Las conclusiones generadas a partir del análisis de los datos obtenidos tanto por la Historia personal como por la Escala de ajuste mental, pues dará pie a la realización de futuras investigaciones en la Línea Clínica y de la Salud de la Facultad de Psicología.

Sugerencias

Estas sugerencias tienen como fin dar pauta a la realización de futuras investigaciones generadas a partir de la reflexión de la investigadoras durante el desarrollo del estudio.

1. Para comprender en una mayor profundidad las respuestas de afrontamiento en los pacientes portadores de VIH, sería bueno la aplicación de un test de personalidad con el fin de encontrar los rasgos de personalidad resistentes de compromiso, control y reto que plantea Kobala (1982) , que logra contrarrestar el impacto negativo del estrés puesto que los sujetos que la presentan evalúan a un estresor más como un reto que como una amenaza, de creer que el cambio y no la estabilidad es lo normal y de evaluar el cambio como una oportunidad para el crecimiento.
2. Aún cuando los resultados descriptivos arrojan la presencia de un afrontamiento adecuado en la mayoría de los pacientes portadores de VIH, es importante plantear una intervención psicológica a través de un programa que les brinde la posibilidad de reforzar las estrategias empleadas en el afrontamiento de las situaciones difíciles relacionadas con su enfermedad, así como ajustar en los pacientes que presentan un afrontamiento inadecuado, aquellas respuestas necesarias para su adaptación no solo al diagnóstico sino al tratamiento, evolución y pronóstico de la enfermedad. Por ello en el apéndice (N), se plantea una pauta para el programa de intervención psicológica a partir de los resultados que se obtuvieron en este estudio.
3. Por ello recomendamos la ampliación de éste estudio con el fin no solo de mejorar la salud física y mental de toda una comunidad sino de abrir mayores espacios a la práctica del conocimiento en pro de una mejor prevención y promoción de la salud.

Referencias

- Alicante. (1997). El duelo: Familia y donación. (En red). Disponible en: http://www.donaci0n.organos.va.eS/.proceso/el_duelo.htm.
- Alizade, A. (1995). Clínica con la muerte. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Alonso, F. (1989). Psicología Médica y Social. (5ª edición). Barcelona: Salvat Editores S.A.
- Alonso, A. (1995). Evaluación en Psicología clínica y de la Salud. Madrid: CEPE
- American Phychological Association. (1994). Manual de Estilo de Publicaciones. Santa Fe de Bogotá: Ed. Manual Moderno.
- Arraztoa, J. (1997). Cáncer, Diagnóstico y Tratamiento. Santiago de Chile: Mediterráneo Ltda.
- Aspectos Psicológicos del SIDA. (En red). Disponible en: <http://www.Miexamen.com.mx.aspectos/psicológicos/del/sida>.
- Brainsky, S. (1998). Manual de Psicología y Psicopatología. Bogotá: Carlos Valencia Editores.
- Bakal, D. (1996). Psicología y salud. Descleé de Brouwer: Bilbao.
- Bayes, R. (1991). Psicología oncológica. Madrid: Martínez Roca.
- Bonahann, P, Glazer, M. (1993). Antropología (2da edición). España: McGraw- Hill.
- Bayés, R. (1995). Sida y Psicología. Barcelona: Martínez roca.
- Bernal, G; Forero, F. (2002). Adaptación y Validación de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) en una muestra de pacientes con cáncer colombianos. Tesis de grado. Universidad Nacional de Colombia.
- Boletín de la SPMI. Volumen13 número 1 2000.Disponible en: <http://www.spmi.net/boletin/soci/31t02.htm>.
- Crisis Counseling (1999). Crisis Theory and Crisis interventión. www. Crisiscounselig.com
- Carrobles, A. (1995,1996). Conferencia 11: Perfiles psicológicos y de estrés en los trastornos crónicos de salud. III Congreso Iberoamericano de Psicología.: Santa fe de Bogotá.

Detectable. Revista de carácter científico educativo. No. 5. (2002). Bogotá:
Abbott Laboratories de Colombia S.A.

Disponible en red: <http://www.cfg.uchile.cl/sida/modulo1/textos/contagio.htm#1>.

Dolto, F. (1984). La imagen inconsciente del cuerpo Barcelona: Piados

Dreizen Adriana. El duelo: Entre el dolor y el desafío. Disponible en:
<http://www.psiconet.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.
Fundación Omega, Santafe de Bogotá.

Freud, S. (1979) Nuestra actitud hacia la mente, (tomo XVI). Buenos Aires:
Ammorortu editores.

Freud, S. (1925). Inhibición síntoma angustia. Apéndice C angustia, dolor y
tristeza: (tomo II)

Freud, S. (1915). Introducción al Narcisismo. OC:BN: (Tomo I) ,

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

García H. Alfonso. Afrontamiento al sufrimiento, la muerte y el duelo en pacientes
y familias en situaciones de urgencia y cuidados críticos. Disponible en:
<http://www.members.es.tripod.de/sociedad/aprox.htm>.

Goleman, D (1996). La inteligencia Emocional. Colombia: Javier Vera Editor
S.A. Goldman, H. (1999). Psiquiatría general (4ta edición). México: Manual
Moderno.

Gómez, R. (1996). (En red). Disponible en red: http://www.vidahumana.org/vidafam/sida/aspectos_sida.html.

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

- diagnosis. Centro Nacional de Epidemiología e investigaciones Clínicas en VIH de la Universidad del Sur de Galés, Sydney, Australia. (En red). Disponible en red: <http://www.aidsonline.com>; AIDS 2002;16:1155-1161
- Haistead, M. Y Fernsler, I. (1994). Coping strategies of long term cáncer survivors. Cáncer nurs: 17, 94-100
- Harrison. (1998). Principios de Medicina Interna. España: McGrawHill.
- Hecht, R.(2000). Lanzamiento de la iniciativa para “facilitar el acceso de fármacos para las personas VIH/SIDA”. (En red). Disponible en red: <http://77www.unaids.org.whatsnew/speeches/spn/hecht120100s.html>.
- Hernández, R: Fernández, C; Baptista, P. (1991). Metodología de la Investigación. México: Me Graw Hill.
- Hinton, A (1989). The relationship of uncertainly, control, commitment, and threat of recurrence to coping strategies used by women diagnosed with breast cáncer. Journal of Behavioral Medicine: 12, 39-54.
- Holland, J. (1998). Psycho-oncology. Oxford University press: New York.
<http://www.isapre.cl/actu-eneroOO.htm>.
<http://www.normedica.cl/utilidades/CoberturaAdicional/Catastrof>.
- Instituto de Seguros Sociales. (1990). Tribuna Médica. Revista Latinoamericana de Educación Médica Continuada. Vol. 81 No. 5.
- Kalejman. Ariel. Teoría del apego. Disponible en: <http://www.psicolatina.com/s-apego.htm>
- Kaplan, H: (1996). Sinopsis de Psiquiatría. (7ª. Edición). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Kort.F(1995).Interacción mente-cuerpo. Revista Latinoamericana de Psicología. VOL.27 N°3.
- Kinnear, T; Taylor, J. (1989). Investigación de mercados. México: Me Graw Hill.
- Krikorian, A. (2002). Sesión temática: Aspectos psicológicos del dolor cónico. III Congreso Iberoamericano de Psicología santa fe de Bogotá. (En red). Disponible en red: <http://www.Abacolombia.org/3cip/programa/clinica/resumenc I../sesiontematica4clinica.htm>

Kubler-Ross. (1969). Etapas del Duelo. (En red). Disponible en red: <http://members.es.tripod.de/sociedad/aprox.htm>.

LaTorre, J., Beneit, P. (1994). Psicología de la Salud. Lumen: Buenos Aires.

Lazarus, R. (2000). Estrés y Emoción: Manejo e Implicaciones Nuestra Salud. Bilbao: Desclée de Brower.

Lazarus R, Folkman S. (1986) Estrés y procesos cognitivos. (10 Edición). Editorial Martínez Roca.

Matías, J. Y Lorca, G. (1998). Psicooncología. Madrid: Universidad de Salamanca. Facultad de medicina y departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos.

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

Ministerio de Salud. (1994). Manual para la promoción de los grupos de Autoapoyo. Santa fe de Bogotá: República de 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: Mosby/ Doyma Libros.

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

Ortega y Gasset, J. (1971), Historia como Sistema. España: Espasa-Calpe S.A.

Pérez, A. (1991). Programa La CASA: Atención a la Comunidad en las Areas de Drogadicción, SIDA y Suicidio. Santa fe de Bogotá: 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. (En red). Disponible en red: [http://www.abacolombia.org/3cip/programa/clinica/resumenes cl.../sesionematica8clinica.htm](http://www.abacolombia.org/3cip/programa/clinica/resumenes-cl.../sesionematica8clinica.htm)

Preguntas y respuestas frecuentes. (En red). Disponible en:

<http://www.ucm.es/info/seas/fag/afrontam.htm>.

Reveé, J. (1999). Motivación y Emoción. Madrid: Me Graw Hill.

Rincón, G ,(2001). Resumen de las presentaciones llevadas a cabo dentro del primer simposio llevado en la ciudad de Lima (Perú) los días 11 y 12 de diciembre del 2001. (En red). Disponible en red: <http://www.convencion.org.uy/menu2-050.htm>

Robbins, S (1995). Patología estructural y funcional. España: Interamericana Me Graw Hill

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

Rodríguez, J. ; Behen, J. Y Tumlin, T. (1994). Multidimensional determinants of Psychological Adjustment to Cáncer. *Psycho-Oncology*: 3, 205-214.

Rodríguez, J. Y Behen, J. (1994). Predictors of coping strategies among adults with cáncer. *Psychological Reports*, 74, 43-48

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

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

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

Saranson, I. Y Saranson, B. (1996). Psicología Anormal. México: Prentice may

Sierra, J. (2001). Aspectos clínicos de la infección por VIH. (En red). Disponible En red: <http://www.sida lac.org.mx/spanish/publicaciones/Vancouver/sierra.htm>.

Simón, M. (1993). Psicología de la salud: Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención. Madrid: Pirámide.

Slaikau, K. (1996). Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación. México: Manual Moderno.

Unaid.26 de Noviembre 1997. Epidemiología mundial del VIH-SIDA. (En red).

Disponible En: <http://www.unaids.org/publications/documents/epidemiology/sun/>

eillanced/wad1997/informe97.htm

- Velásquez G, Gómez R. (1996), Fundamentos de Medicina. Sida Enfoque integral. Medellín: CIB(Corporación para investigaciones Biológicas).
- Vera, P. Buela-casal,G .Psiconeuroimmunología: relaciones entre factores psicológicos e inmunitarios humanos. Revista Latinoamericana de psicología. Vol. 31,2.
- Watson, M. (1999). Influence of Psychological response on survival in breast cancer: a population - based cohort study. (En red). Disponible en : www.findarticles.com
- Watson, M; Greer, S; Bliss, J. (1989). Mental Adjustment to Cáncer (MAC) Scale Users Manual.
- Weiner, I. (1992). Métodos en psicología clínica. México: Limusa.
- Winnicott, D. (1962) El proceso de Maduración del Niño. Barcelona: Laia.
- Yagüe, M. (2002). Sesión Temática: El Contexto de la intervención psicológica en catástrofes y emergencias. III Congreso Iberoamericano de Psicología. Santa fe de Bogotá.

APENDICES

Apéndice A

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?

Carga Viral

Medicamento s

Síntomas (ESTADO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD)

Enfermedades concomitantes

Qué otros aspectos querría comentar y/o compartir?

Hace cuanto tiempo fue diagnosticado?

Apéndice B: Escala de Ajuste mental al Cáncer 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	<u>No</u> se aplica a mi caso	Se aplica a mi caso	Definitivamente se aplica a mi caso
1. He realizado actividades que creo mejorarán mi salud, por ejemplo, cambiar mi dieta.	1	2	3	4
2. Siento que no puedo hacer nada para animarme.	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 mis 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 mejorarán mi salud, por ejemplo, ejercicio físico.	1	2	3	4

	Definitivamente <u>no</u> se aplica a mi caso	<u>No</u> se aplica a mi caso	Se aplica a mi caso	Definitivamente se aplica a mi caso
11. Por mi diagnóstico de Cáncer, 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 mi casa.	1	2	3	4
14. Me preocupa que el Cáncer 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 mí 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 del humor frente a esto.	1	2	3	4

	Definitivamente <u>no</u> se aplica a mi caso	<u>No</u> se aplica a mi caso	Se aplica a mi caso	Definitivamente se aplica a mi caso
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 Cáncer.	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 enfermedad 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 Cáncer.	1	2	3	4
39. Reconozco mis fortalezas.	1	2	3	4
40. Intento luchar contra mi enfermedad.	1	2	3	4

Apéndice C Escala de Ajuste Mental al Cáncer validación Colombiana

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

Instrucciones:

Las frases que va a leerá 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	<u>No</u> 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 Cáncer, 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 Cáncer 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

	Definitivamente no se aplica a mi caso	No se aplica a mi caso	Se aplica a mi caso	Definitivamente se aplica a mi caso
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 Cáncer.	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

*Bemal y Forero (2002)

Apéndice D: Escala Aplicada a los Pacientes

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	<u>No</u> se aplica a mi caso	Se aplica a mi caso	Definitivamente se aplica a mi caso
1. He realizado actividades que creo mejorarán mi salud, por ejemplo, cambiar mi dieta.	1	2	3	4
2. Siento que no puedo hacer nada para animarme.	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 mis 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 mejorarán mi salud, por ejemplo, ejercicio físico.	1	2	3	4

	Definitivamente <u>no</u> se aplica a mi caso	<u>No</u> se aplica a mi caso	Se aplica a mi caso	Definitivamente se aplica a mi caso
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 mi 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 del humor frente a esto.	1	2	3	4

	Definitivamente <u>no</u> se aplica a mi caso	<u>No</u> se aplica a mi caso	Se aplica a mi caso	Definitivamente se aplica a mi caso
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 enfermedad 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.	1	2	3	4
39. Reconozco mis fortalezas.	1	2	3	4
40. Intento luchar contra mi enfermedad.	1	2	3	4

Apéndice E

Entrevista a Expertos en tratar pacientes con VIH

VICTOR MANUEL CUADROS

Director Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA Seccional Santander

Hace cuanto trabaja con pacientes VIH?

Con pacientes de VIH estoy trabajando desde 1987, puedo decir, pues en ese año se iniciaron las pruebas aquí en Bucaramanga, exclusivamente aquí en la Cruz Roja y me tocó enfrentar a los primeros pacientes seropositivos; enfrentar en el sentido de tenerles que decir que su prueba ameritaba ser confirmada, repetida y luego confirmada, que era lo que se hacía antes.

Qué lo motivó a hacerlo?

A ver. En mi profesión como bacteriólogo somos quienes estamos cerca al diagnóstico infeccioso y segundo, la consideración de la epidemia me hacía un llamado a que debía trabajar en él, especialmente en la parte de prevención...educación para la prevención.

Actualmente se hablan de enfermedades crónicas y catastróficas; cual considera usted que es la diferencia entre la una y la otra?

Crónica, aquella que tiene una duración en el tiempo, por ejemplo la diabetes; y catastrófico es aquel que, considero en mi opinión, que es aquello que va deteriorando al paciente o que ya el paciente está deteriorado, como en el caso del VIH. Sin embargo, no podemos apartarnos de que una diabetes no controlada lleva a una catástrofe al paciente.

Entonces, podríamos considerar el VIH como una enfermedad crónica y catastrófica?

Exactamente. Ese es el comportamiento que tiene el VIH en este momento. El VIH al no tener una curación definitiva es una enfermedad

crónica, es una infección que el paciente va a tener instaurada por mucho tiempo y que puede llegar al final a SIDA. El SIDA puede llegar ya que es la parte final, como sabemos, y eso es catastrófico para todo el mundo, para la sociedad que hace parte de ese individuo.

Considera usted que el VIH y el Cáncer presentan similitudes?

En el sentido que desde luego no tenemos una cura definitiva, ahí sería definitiva la similitud, pero en cuanto a una connotación social, un paciente preferiría tener un Cáncer y no un VIH, no un SIDA.

Para la realización del estudio de Respuestas de Afrontamiento en pacientes con VIH se aplicó la escala de Ajuste Mental al Cáncer de Watson & Greer, modificando solo el título de la enfermedad, es decir, Cáncer por VIH. Considera usted válido éste ajuste desde su perspectiva como experto?

Es válido en el sentido en que las personas que lo hallan realizado hayan hecho los ajustes necesarios para poder comparar una afección con otra.

Cual es la necesidad más apremiante de los pacientes con VIH a su modo de ver?

En este momento no tenemos una inscripción a un servicio de salud que les pueda atender oportunamente cada vez que el paciente lo necesite; uno de los problemas más graves del paciente con VIH y SIDA es no estar afiliado a un servicio de salud que le pueda dar sus exámenes, su droguita y desde luego, la asistencia médica, la asistencia de enfermería y de otros profesionales que puedan ayudarle a disminuir su carga, su enfermedad.

Y en cuanto a la intervención psicológica qué?

Es fundamental. Yo creo que si la mente está tranquila, el cuerpo también, y lo sabemos en las crisis que nos presentan los pacientes cuando se les da el diagnóstico por primera vez. Si un paciente no se le asesora

psicológicamente, es un paciente que vamos a tener nosotros con SIDA muy prontamente.

CONSUELO CALDERON CORZO

Psicóloga HOSMIR

Hace cuanto trabaja con pacientes VIH?

Desde hace dos años aquí en Bucaramanga, que es donde tenemos el programa a nivel nacional.

Qué la motivó a hacerlo?

Para mejorar la parte de prevención de la enfermedad, así como también para ayudar a estos muchachos en un seguimiento clínico cuando ellos se les informa que tienen el VIH, puesto que se desmotivan mucho para vivir; Es importante hacer el seguimiento, estar hablando con ellos, preocuparnos por ellos y ayudarlos en todo lo que podamos en la parte médica y psicológica.

Actualmente se hablan de enfermedades crónicas y catastróficas; considera que existe similitud entre una y otra?

Considero que hay similitud; las enfermedades catastróficas pueden ser enfermedades crónicas y agudas; las podemos catalogar como el infarto, por ejemplo. Las enfermedades crónicas no son catastróficas, y6 dentro de estas podemos hablar de los hipertensos o diabéticos; éstas personas con tratamiento pueden salir adelante, pueden durar mucho tiempo y no mueren de la enfermedad.

Entonces, podríamos considerar el VIH como una enfermedad crónica y catastrófica?

Si. El VIH lo catalogamos como catastrófica y crónica, porque estas personas cuando no tienen un tratamiento continuo, cuando no se preocupan por hacerse un tratamiento, a los dos años pueden morir; catastrófica por que las secuelas de esta enfermedad lo llevan a la muerte...entonces lo clasificaría como ambas.

Considera usted que el VIH y el Cáncer presentan similitudes?

Si; pienso que en ambos casos se involucra a la familia, pues presenta preocupación al tener en casa a cualquier familiar que padezca alguna de las dos enfermedades. En las dos enfermedades se genera un desequilibrio emocional, económico así como fallas en el sistema inmunológico ya que éstas personas son muy vulnerables a cualquier clase de virus.

Esta escala es para medir Respuestas de Afrontamiento en pacientes con VIH, inicialmente era para medir en pacientes con Cáncer La única variante que se ha hecho es cambiar el nombre de la enfermedad, es decir, Cáncer por VIH. Considera usted válido éste ajuste desde su perspectiva como experta? Por qué?

Pienso que esta escala para medir las respuestas de afrontamiento en pacientes con VIH y Cáncer, puede utilizarse para ambas clases de pacientes, siempre y cuando se utilice la instrucción adecuada para cada grupo de pacientes, es decir, cuando sea para cáncer se lleve cáncer y cuando sean portadores lleve VIH.

Que tipo de cambios o modificaciones le haría usted? Por qué?

Me parece que es una prueba que esta bien elaborada en cada una de las preguntas puesto que se logra indagar acerca de cómo se siente el paciente, cómo ha llevado la enfermedad, entre otras,

DOCTOR CHINCHILLA
Médico General HOSMIR

Hace cuanto trabaja con pacientes VIH?

Lo que lleva del año.

Qué lo motivó a hacerlo?

Es una forma diferente de poder ayudar a prevenir la enfermedad, y mejorar la calidad de los programas.

Actualmente se hablan de enfermedades crónicas y catastróficas; considera que existe similitud entre una y otra?

Si, claro que si, por que por lo general en las enfermedades catastróficas, un porcentaje muy alto son de polaridad crónica; no todas las crónicas son catastróficas pero dentro del grupo de las enfermedades catastróficas hay bastante porcentaje de enfermedades crónicas. Hay enfermedades catastróficas agudas, mas de veinte aproximadamente, pero en el término general hay una similitud en ambas.

Entonces, podríamos considerar el VIH como una enfermedad crónica y catastrófica?

Para mi, una enfermedad crónica, definitivamente es una enfermedad crónica, y en algunas casos catastrófica, cuando el paciente no sigue las indicaciones médicas, por tolerancia a la droga o mal recetado, se convierte en catastrófica en poco tiempo.

Esta escala es para medir Respuestas de Afrontamiento en pacientes con VIH, inicialmente era para medir en pacientes con Cáncer La única variante que se ha hecho es cambiar el nombre de la enfermedad, es decir, Cáncer

por VIH. Considera usted válido éste ajuste desde su perspectiva como experta? Por qué?

Si por que esta tratando de enfrentar al paciente con lo que realmente tiene: la realidad de la enfermedad; por que hay muchas cosas que tiene que ver con relación a su manejo, a sus sentimientos, afecto a su propia vida, entre otras.

Que tipo de cambios o modificaciones le haría usted? Por qué?

Ninguno, por que se adapta a situaciones de enfermedad crónica o catastrófica en un momento dado.

Apéndice F

Estandarización de los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba según la validación realizada para Colombia

SUJETO	ITEM3	ITEM4	ITEM6	ITEM7	ITEM9	ITEM11	ITEM 14	ITEM 15	ITEM 17	ITEM19
1	4	4	4	2	1	4	4	3	1	3
2	1	4	4	3	3	3	4	1	3	1
3	3	2	2	2	1	3	4	1	2	4
4	4	3	4	3	3	3	4	3	2	3
5	1	4	4	1	1	4	2	2	1	3
6	4	3	1	1	4	3	4	1	4	1
7	1	4	4	1	1	4	3	4	1	3
8	1	3	2	1	1	3	3	2	1	3
9	3	3	3	2	1	3	4	2	2	3
10	3	1	1	3	2	2	4	2	2	4
11	4	1	3	4	2	1	1	2	4	1
12	4	4	4	1	1	4	2	4	2	4
13	3	3	4	1	4	3	2	2	2	3
14	3	4	1	2	1	4	4	3	3	4
15	4	4	4	2	2	3	2	3	2	2
16	3	3	4	1	2	4	3	2	3	3
17	2	3	1	2	1	3	4	4	3	3
18	3	4	2	2	1	4	4	4	1	3
19	3	2	1	4	4	1	4	1	1	1
20	3	3	3	2	2	4	3	3	2	2
21	3	2	2	3	3	2	3	2	3	1
22	1	1	1	1	1	4	1	2	3	4
23	4	4	4	4	2	4	4	4	2	4
24	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4
25	4	4	3	2	1	4	3	3	1	4
26	3	3	1	2	3	3	4	2	2	4
27	3	3	3	2	2	2	2	3	2	1
28	1	4	4	2	2	4	4	2	4	4
29	3	3	3	2	3	3	4	3	4	4
30	3	3	3	2	2	4	4	2	3	3

Apéndice F

Estandarización de los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba según la validación realizada para Colombia

ITEM20	ITEM21	ITEM 22	ITEM23	ITEM24	ITEM27	ITEM28	ITEM29	ITEM30	8TEM31	ITEM 32
4	1	2	1	4	1	3	4	2	3	1
4	4	4	1	4	1	4	4	2	3	3
2	4	4	3	2	4	2	4	3	4	4
3	3	3	4	3	4	3	2	3	3	4
1	1	1	1	2	1	2	4	1	4	3
1	4	4	4	3	4	4	4	4	1	1
3	4	3	4	4	2	4	4	2	4	3
2	2	2	2	4	2	3	4	2	4	3
2	1	3	3	4	2	2	3	3	3	2
4	3	4	3	2	4	4	3	4	2	2
2	1	1	3	2	1	3	3	2	3	4
4	4	2	1	4	1	4	4	3	4	4
4	2	3	2	2	4	3	3	1	4	3
4	4	4	2	3	3	4	4	4	4	3
4	4	1	2	4	1	1	3	3	3	1
4	4	3	3	3	1	3	3	2	3	2
2	4	4	3	4	1	2	2	2	2	2
3	4	4	3	2	3	3	3	3	4	4
1	4	4	4	4	1	3	1	3	2	2
2	3	3	2	2	2	2	3	2	3	3
3	2	3	3	2	3	2	1	3	2	1
4	2	2	2	3	1	4	4	4	4	3
4	3	4	4	4	2	4	4	3	4	4
4	3	2	3	4	4	4	4	3	4	3
3	3	3	2	3	3	4	4	2	4	3
3	3	4	3	3	1	4	4	4	3	4
1	1	2	2	2	4	4	1	3	3	3
4	1	3	1	4	3	3	3	3	3	4
1	4	3	3	3	4	3	4	3	3	2
3	2	3	3	3	3	2	3	4	3	2

Apéndice F

Estandarización de los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba según la validación realizada para Colombia

ITEM33	ITEM35	ITEM 36	ITEM37	ITEM39	ITEM40	APC	PAC	OPC	SEC
1	1	1	1	4	4	11	19	31	7
1	2	3	4	4	4	11	26	29	13
1	2	4	4	4	4	8	28	32	11
4	3	3	2	3	3	10	25	31	19
1	1	1	1	4	4	12	10	28	6
1	4	1	4	4	3	5	28	26	18
1	1	1	2	4	4	12	20	35	9
1	4	2	3	3	4	9	19	29	10
1	1	1	2	3	4	9	21	26	10
1	4	2	4	1	2	4	26	28	15
1	2	1	4	2	1	7	16	20	16
1	1	3	3	3	4	12	25	36	7
3	2	1	1	4	4	11	15	33	14
4	4	4	4	4	4	9	30	37	16
3	4	4	4	4	4	11	26	26	15
1	2	2	1	3	1	10	21	26	12
2	3	3	4	2	2	6	27	23	14
2	2	2	1	3	4	10	23	34	11
4	4	4	4	1	2	5	30	14	21
2	2	2	4	3	4	9	22	28	12
2	3	3	2	2	3	6	21	20	17
2	1	1	1	4	3	6	15	33	10
3	1	1	4	4	4	12	27	38	16
2	2	2	3	3	4	11	24	37	18
2	1	2	2	4	4	11	22	36	9
1	3	3	4	4	4	7	28	33	14
4	2	2	2	3	3	9	17	25	14
1	3	1	2	4	4	11	19	35	13
1	2	3	4	3	2	9	27	29	15
1	3	3	2	3	3	9	24	28	14

Apéndice G
 Variables Sociodemográficas e información médica y familiar de los sujetos de investigación

SUJETO	GENERO	IDENTIDAD SEXUAL	EDAD ACTUAL	LUGAR DE NACIMIENTO	ESCOLARIDAD
1	M	Homosexual	38 años	bucaramanga	quinto primaria
2	M	heterosexual	44 años	bucaramanga	técnico
3	M	Bisexual	28 años	san gil	8vo bachillerato
4	M	Bisexual	36 años	Málaga	bachillerato
5	M	Homosexual	23 años	malaga	técnica
6	F	heterosexual	29 años	bucaramanga	universidad
7	M	heterosexual	30 años	bucaramanga	universidad 6to semestre
8	F	heterosexual	27 años	bucaramanga	técnica
9	F	heterosexual	23 años	bucaramanga	bachiller comercial
10	M	heterosexual	23 años	bucaramanga	universidad
11	F	heterosexual	44 años	bucaramanga	7mo bachillerato
12	F	heterosexual	36 años	chaparral, tolima	ninguna
13	M	Homosexual	20 años	bucaramanga	bachillerato
14	F	heterosexual	29 años	barranquilla	quinto primaria
15	F	heterosexual	34 años	bucaramanga	3ro primaria
16	M	Homosexual	27 años	rionegro	3ro primaria
17	M	Homosexual	45 años	bucaramanga	7mo bachillerato
18	F	heterosexual	39 años	Bucaramanga	tecnologa secretariado
19	F	heterosexual	23 años	sincelejo	bachiller
20	M	Homosexual	39 años	barrancabermeja	tecnólogo en sistemas
21	F	heterosexual	47 años	cucuta	bachillerato
22	M	Bisexual	34 años	bucaramanga	bachillerato comercial
23	M	heterosexual	40 años	Tolima	2do bachillerato
24	M	Homosexual	31 años	bucaramanga	técnico empresarial
25	M	heterosexual	23 años	bucaramanga	5to primaria
26	M	Bisexual	31 años	bucaramanga	ninguna
27	M	Homosexual	23 años	bucaramanga	bachiller
28	M	Homosexual	27 años	Zapatoca	7mo bachillerato
29	F	heterosexual	40 años	Bucaramanga	bachiller
30	M	Homosexual	35 años	Bucaramanga	Técnico

Apéndice G
Variables Sociodemográficas e información médica y familiar de los sujetos de investigación

OCUPACION	ESTADO CIVIL	RELIGION	ESTRATO	RELAC, PADRES	CONOCEN SALUD
vendedor indep	soltero	católico	2	ninguna (padres muertos)	no
vendedor	separado	evangélico	2	indiferente	no
comerciante indep	casado	católico	3	madre-buena	no
zapatero	casado	católico	2	buena	si
maestro artesano	soltero	ninguna	3	buena	si
administradora	casada	católica	2	regular	no
taxista	casado	católico	2	buena	no
independiente	soltera	católica	4	buena	si
vendedora	unión libre	católica	4	regular	no
estudiante	soltero	católico	3	mala	no
rifas	soltera	católica	2	indiferente	si
jardinera	madre soltera	católica	2	ninguna (padres muertos)	no
ayudante de mecánica, ebanistería, dibujo	soltero	católico	1	buena	si
comerciante	soltera	católica	2	buena	si
hogar	madre soltera	católica	2	buena	si
desempleado	soltero	católico	2	mala	si
desempleado	casado	católico	1	ninguna (padres muertos)	no
secretaria	viuda	católica	3	buena	no
ninguna	unión libre	católica	2	buena	no
tecnologo	unión libre	evangélico	3	regular	si
"vendedora de empanadas"	soltera	católica	2	buena	no
independiente	casado	ninguno, solo cree en Dios	2	buena	si
vendedor ambulante	soltero	ninguna, cree en Dios	1	ninguna (padres muertos)	no
administrador	soltero	testigo de jehova	4	regular	no
bodeguero	soltero	católico	1	buena	si
artesano	separado	cuadrangular unidas	1	indiferente	si
ninguna	soltero	católico	3	buena	si
Profesor de danza	soltero	católico	3	Buena	sí
Ama de casa	unión libre	católica	2	regular	si
Diseñador de modas	soltero	ninguna	3	mala	si

Apéndice G
Variables Sociodemográficas e información médica y familiar de los sujetos de investigación

RELAC. HERMANOS	CONOCEN SALUD	VIVE CON	PAREJA ACTUAL	RELAC. PAREJA	CONOCE SALUD
regular	si (un hermano)	una amiga	no	ninguna	no
mala	si (solo una hermana)	solo	no	indiferente	si
buenas con dos	si	solo	si	regular	si
indiferente	no	esposa y mamá	si	buenas	si
buenas	si	solo	no	ninguna	no
buenas	no	esposo e hijo	si	regular	si
regular	no	esposa e hijo	si	buenas	si
regular	si	sola	no	ninguna	no
buenas	si	el novio	si	buenas	si
regular	no	padres	no	ninguna	no
buenas	si	hermana y familia e hijo menor	no	ninguna	no
indiferente	no	con una vecina	no	ninguna	no
regular	no	los padres	no	ninguna	no
buenas	si	sola	no	ninguna	no
indiferente	si	con la mamá y sus tres hijos	no	ninguna	no
no tiene	no	solo	si	indiferente	si
mala	si	solo	no	ninguna	no
buenas	si	sola	no	ninguna	no
regular	no	los padres	si	mala	si
buenas	si	hermano	no	ninguna	no
buenas	si	una sobrina	no	ninguna	no
mala	si	hermana, mamá, esposa y 4 hijos	si	mala	si
ninguna	si (un hermano)	solo	no	ninguna	no
regular	si	madre y hermano	no	ninguna	no
buenas	si	mamá, 2 hermanos, sobrina	no	ninguna	no
regular	si	solo	no	ninguna	no
indiferente	no	abuela	no	ninguna	no
buenas	si	con la familia	no	ninguna	no
regular	si	los hijos y la pareja	si	regular	si
buenas	si	los hermanos	no	ninguna	no

Apéndice G
Variables Sociodemográficas e información médica y familiar de los sujetos de investigación

1° PERSONA- DX	SE INFECTO POR	ACT. ANTES
la pareja	vía sexual	trabajaba
exesposa	via sexual	cheff de cocina, hacia deportes
la esposa	via sexual	trabajo como comerciante y en transporte urbano
mi mamá y mi esposa	vía sexual	zapatería
padres	vía sexual	caminaba, cine, exposiciones, trabajo, estudio
amiga oficina	vía sexual	deportes, reuniones
madre	via sexual	ninguna, mirar tv
mejor amiga	via sexual	natación, correr, basket
hermano mayor	via sexual	basket y trotar
el medico	via sexual	cine, jugaba micro
hermana	via sexual	deporte, jugar balón
el médico	via sexual	hogar, agronomía (cítricos)
mama	via sexual	baloncesto, natación, dibujo
una hermana	via sexual	deportes, reuniones
los hermanos	via sexual	prostitución
tía	via sexual	travestí, peluquero, ayudante de cocina
el hijo mayor	via sexual	trabajaba, consumía drogas y buscaba prostituta?
hermana	via sexual	en el trabajo y reunirse con la familia
novio	via sexual	estudiaba y muchas cosas
hermano	via sexual	ir a la finca con la familia, jugar fútbol
la sobrina	"unas pastillas que le cayeron mal"	trotar, cantar y hablar
una tia(rosa)	vía sexual	trabajaba en vigilancia, le gustaba el fútbol
familia-hermano	vía sexual	fútbol, vendedor ambulante
el medico	vía sexual	trabajar y estar con su pareja
mama-familia	via sexual	microfutbol y bailar
la cruz roja (hermana menor)	via sexual	trabajar
mama	via sexual	bailar, trotar, nadar, estar en las actividades
mama/hna menor	vía sexual	trabajaba, rumbeaba, era bromista
hermana mayor	vía sexual	en la casa con los hijos y haciendo los oficios
mamá	vía sexual	rumbear, tomar trago y salir con muchas mujeres

Apéndice G

Variables Sociodemográficas e información médica y familiar de los sujetos de investigación

ACT. AHORA

trabajo como puedo
dieta, caminar poco, trabajo
no trabaja
zapatería
han variado por el proceso de recuperación
ninguna
aprovecha cada oportunidad
camina de vez en cuando, paseos
ninguna
cine
misa con la hermana
lo mismo; obras de caridad
"todo siguió igual"
tiene una chasa
ayudo en la casa
ninguna
ninguna
trabajo
quedarse en casa
hace lo mismo pero con menor frecuencia
nada, solo estar acostada
no juega nada por que se fatiga mucho
vendedor ambulante
solo trabaja
basket, bailar
nada
las mismas
sigue trabajando en danza, pero es mas calmado
en casa, pero no con la misma dedicación que antes
escuchar música, pasear de vez en cuando

Apéndice G
Variables Sociodemográficas e información médica y familiar de los sujetos de investigación

DESCRIPCION DE SI MISMO

como una persona que le tocado sobrevivir a pesar de todas las cosas malas que se le han presentado
Como luchador, aunque generalmente pierdo las ganas de vivir
como una persona que le ha tocado vivir muy duro para conseguir lo que necesita
como una persona tímida y un poco inseguro
con sed de conocimiento
temperamental, emocional franca e imprudente, profesional y respetada
sencillo, con ganas de salir adelante, alegre, optimista, intolerante, malgeniado, perfeccionista y terco
alguien que quiere saber muchas cosas, conocer y disfrutar al 100%
tranquila, aprovecha las oportunidades y conciente de la necesidad de ser responsable en todo lo que hace
introversa, algo expresiva, se me dificulta relacionarme con la gente, en especial las mujeres (me da miedo dejarlas embarazadas)
me gusta ayudar mucho a las personas, a veces creo que no se valorarme, que hago mal y cuando me acuerdo de la enfermedad pienso en suicid;
antes, ogra y egocentrista; ahora, abierta, dialoga, expresa lo que siente, busca lo bueno, invoca a Dios
persona activa, comprensiva, seria y apasionada
buena, como una mujer de pocas palabras pero expresiva
callada, tímida, no me gusta hablar con la gente, le gusta la música y estar alegre
desorientado, triste por el trato, angustiado pero siente que todo puede salir adelante
maldito y avergonzado
fuerte, con ilusiones y generosa
torpe, triste, llorona, agresiva y mentirosa
inteligente, impulsivo, descuidado, desprevenido y capaz de salir adelante
antes, expresiva, activa, divertida, ahora, calmada, quieta, fervorosa
introversa, tímido y reservado, creyente y no muy sociable
una persona normal
inteligente, expresivo, le gusta hablar bastante, sincero y detallista
sencillo, amable y cariñoso
supermalgeniado, me gusta hacer bastantes amistades, peleo mucho con ellos, es super organizado, fanático del aseo
sincero, responsable, amigable, cansón, consentido, terco
una persona pacífica, decente, amorosa
generalmente tranquila, dedicada, algo callada y delicada de salud
impulsivo, que le gusta tener todo lo que quiere en el menor tiempo posible

Apéndice G

Variables Sociodemográficas e información médica y familiar de los sujetos de investigación

IMPORTANTE PSICOLOGIA	POR QUE	ASISTIRIA
si	es una forma de hablar con alguien distinto a uno	si
si	me siento muy culpable	si
si	de pronto me puede ayudar a mejorar como me siento	si
si	quiero ayuda, solo no he visto la salida, quizá con ayuda la encuentre	si
si	es útil en la medida que me permite oirme y autoevaluarme	si
si	a veces no le encuentro sentido a lo que hago	si
si	le brindan apoyo moral que es lo que mas se necesita	si
si	es un espacio necesario para la expresión de muchas incertidumbres y dudas que se puede tener como person	si
si	en este momento es importante tratar de mejorar las relaciones con todas las personas que no conoce	si
si	para conocer otras personas con el mismo problema y no morir solo	si
si	hay cosas que lo desesperan a uno y es el psicólogo el que orienta	si
si	uno necesita orientación	si
si	hay cosas por las que sufrimos y vemos que no entendemos	si
si	quiero saber como puedo desenvolverme con esta enfermedad	si
si	para hablar de vih	si
si	es mucho lo que necesito en este sentido	si
no	por mi ya no se puede hacer nada	no
si	hasta ahora mi psicoiogo me ha ayudado mucho	si
no	no quiero que nadie sepa mi situación	no
si	asi puedo afrontar mejor mi enfermedad	si
si	es muy conveniente el apoyo cuando se necesita	si
si	es duro pero sirve	si
si	ayuda y guía	si
si	es bueno tener a alguien que lo escuche	si
si	es una ayuda que uno necesita	si
si	creo que lo necesito	si
no	ya asimile mi enfermedad	no
si	permite encontrar personas que lo entiendan, comprendan y compartan con uno	si
si	es bueno que alguien le pueda ayudar con lo suyo	si
si	puede ayudar a ver las cosas de otra manera	si

Apéndice G
Variables Sociodemográficas e información médica y familiar de los sujetos de investigación

MOTIVO	CARGA VIRAL
por curiosidad	429
se siente mal consigo mismo	400
Mi hermana me recomendó asistir ya que no quiero empezar mi tratamiento y así me concientice del cuidado de mi salud	la desconoce
prob. Con la pareja	323
interes de crecer personalmente	<50
insatisfacción por lo que le ha sucedido; se siente sola y egoísta	la desconoce
lo necesita	315
mucahs cosas por responderse	300
poder resolver dificultades con sus padres	320
dependiendo de la primera impresión	410
se siente deprimida y sola; quisiera que alguien la escuchara	la desconoce
por las hijas y por que a veces se deprime	la desconoce
para seguir mas tranquilo; no sufrir con cosas sencillas	la desconoce
quiere desahogarse	la desconoce
para estar con la hermana alix	la desconoce
cree que necesita mucho apoyo en este momento	la desconoce
ya no se puede hacer nada y no quiere recordar	la desconoce
el seguro le ofrece el servicio y siente que es de mucha ayuda	la desconoce
por que los padres podrían sospechar	415
es bueno que lo orienten y lo escuchen, no a todo el mundo se le puede hablar de esto	la desconoce
le gustaría saber como hacer para sentirse diferente	la desconoce
para poder asimilar bien las cosas,cuando tiene un problema le dan ganas de suicidarse	la desconoce
para aprender mas (si tengo tiempo)	66
quiero superar la perdida de mi pareja (asiste a psicólogo por aparte)	la desconoce
a veces me deprimó y asistía con rabia	922
por que me gusta hablar con los psicólogos	294
ya asimile mi enfermedad	la desconoce
quiero encontrar la razón de vivir/ quiero conseguir verdaderos amigos	240
me siento intranquila e incomoda...me hace falta hablar con alguien	300
la inseguridad en sí mismo no le permite progresar ni en el plano laboral ni personal, además le gusta elaborar muchas fantasías sobre su vida;	150

Apéndice G
Variables Sociodemográficas e información médica y familiar de los sujetos de investigación

MEDICAMENTOS	SINTOMAS
kaletra + conbivir	perdidad de peso, milagoas
en proceso de tutela	pérdida de peso, diarrea y debilidad
ninguno	granos con materia, perdida de peso
kaletra	perdida de peso, diarrea
nelfinavir + conbivir	ninguno
en proceso de tutela	ninguno
conbivir	diarrea y mareo
conbivir	perdida de peso, diarrea
no ha iniciado tratamiento	perdida de peso, gripas largas
coratadina 10 mg + aciclovir crema	diarrea, malestar parecido al de gripa
ninguno	diarrea
zerit40; kaletra330; videx30; trimitropil antibiótico	diarrea crónica, piernas hinchadas, caída de cabello, lengua agrietada, manchas blancas en la pie
no ha iniciado tatamienot	ninguno
convivir	ninguno
ninguno	diarrea
ninguno	ninguno
ninguno	diarrea
no tiene tratamiento	ninguno
en proceso de tutela	ninguno
no tiene tratamiento	ninguno
no tiene tratamiento	ninguno
no tiene tratamiento	herpes en piernas, tobillos, ingles, cuando se intoxicó con patilla le salieron placas
kritivan-conbivir	agrieras, diarrea, escalofrío
en proceso de tutela	ninguno hasta ahora
retracril, falcedar, epamil,afalimico	diarrea, fiebre, sudoracion, tos
convivir e indinavir	insomnio,dolor de huesos, cabeza,desorientado
ninguno	vomito, diarrea y pérdida de peso
convivir+trimetropil	gastritis, diarreas, fiebre
conbivir	fiebre, diarrea, perdida de peso
en proceso de tutela	pérdida de peso

Apéndice G
Variables Sociodemográficas e información médica y familiar de los sujetos de investigación

ENFERM. CONCOMITANTES	TIEMPO DE DX
ninguna	3 años 10 meses
ninguna	dos años
ninguna	dos años y tres meses
ninguna	6 meses
ninguna	6 meses
ninguna	3 meses
ninguna	7 meses
ninguna	1 año
ninguna	6 meses
rinitis alérgica, gastritis, ganglio inflamado en la axila derecha, y cuello, herpes labial	3 meses
tuberculosis, fiebre, escalofío y vómitos	1 año y 4 meses
"el páncreas no le funciona"; esta en dieta	4 años (con tratam desde ha ce 5 meses)
ninguna	1 año
ninguna	3 años
gripa	3 años
epilepsia y diarrea	1 año
tiroide, genitales, estomago y galglios del cuello inflamados	2 años
enferma de jos riñones	7 años
ninguna	6 meses
ninguna	3 años
le dio un derrame cerebral y no puede moverse bien	1 año
neumonía, adenopatias inginales tratadas con drenajes	5 años
bronquilectasion pulmonar (secuela de TBC)	2 años y medio
ninguna	2 meses y medio
toxoplasmosis, neumonía, tos tremenda con cuagulos	9 meses
gripas, fiebres	2 años
meningitis (estaba hospitalizado)	2 años
fisura del ano	año y medio
ninguna	año y medio
ninguna	1 año

Apéndice H
estandarización de los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba según la escala original

ITEM11	ITEM 12	ITEM13	ITEM14	ITEM 15	ITEM 16	ITEM17	ITEM18	ITEM19	ITEM20	ITEM21
4	4	3	4	3	3	1	3	3	4	1
3	4	4	4	1	3	3	1	1	4	4
3	4	4	4	1	2	2	4	4	2	4
3	3	2	4	3	3	2	2	3	3	3
4	4	4	2	2	4	1	1	3	1	1
3	1	1	4	1	4	4	1	1	1	4
4	4	4	3	4	4	1	3	3	3	4
3	3	3	3	2	3	1	3	3	2	2
3	2	2	4	2	3	2	3	3	2	1
2	1	1	4	2	1	2	4	4	4	3
1	1	1	1	2	2	4	2	1	2	1
4	4	4	2	4	3	2	4	4	4	4
3	4	3	2	2	4	2	2	3	4	2
4	4	3	4	3	4	3	1	4	4	4
3	4	3	2	3	4	2	3	2	4	4
4	4	2	3	2	4	3	2	3	4	4
3	4	1	4	4	3	3	1	3	2	4
4	4	4	4	4	4	1	4	3	3	4
1	4	1	4	1	3	1	1	1	1	4
4	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3
2	4	1	3	2	2	3	2	1	3	2
4	4	4	1	2	2	3	2	4	4	2
4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	3
4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3
4	4	4	3	3	3	1	4	4	3	3
3	2	3	4	2	3	2	3	4	3	3
2	4	4	2	3	3	2	4	1	1	1
4	4	3	4	2	4	4	3	4	4	1
3	4	4	4	3	2	4	3	4	1	4
4	4	2	4	2	3	3	2	3	3	2

Apéndice H
estandarización de los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba según la escala original

ÍTEM22	ÍTEM23	ITEM24	ITEM25	1ITEM26	ITEM27	ITEM28	ITEM29	ITEM30	ITEM31	ITEM32
2	1	4	1	4	1	3	4	2	3	1
4	1	4	3	1	1	4	4	2	3	3
4	3	2	4	4	4	2	4	3	4	4
3	4	3	3	3	4	3	2	3	3	4
1	1	2	1	3	1	2	4	1	4	3
4	4	3	4	4	4	4	4	4	1	1
3	4	4	1	4	2	4	4	2	4	3
2	2	4	2	3	2	3	4	2	4	3
3	3	4	2	3	2	2	3	3	3	2
4	3	2	4	3	4	4	3	4	2	2
1	3	2	1	3	1	3	3	2	3	4
2	1	4	1	4	1	4	4	3	4	4
3	2	2	2	3	4	3	3	1	4	3
4	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3
1	2	4	3	3	1	1	3	3	3	1
3	3	3	2	3	1	3	3	2	3	2
4	3	4	3	2	1	2	2	2	2	2
4	3	2	2	4	3	3	3	3	4	4
4	4	4	3	1	1	3	1	3	2	2
3	2	2	2	3	2	2	3	2	3	3
3	3	2	3	2	3	2	1	3	2	1
2	2	3	3	3	1	4	4	4	4	3
4	4	4	1	4	2	4	4	3	4	4
2	3	4	2	3	4	4	4	3	4	3
3	2	3	2	4	3	4	4	2	4	3
4	3	3	3	4	1	4	4	4	3	4
2	2	2	3	3	4	4	1	3	3	3
3	1	4	1	3	3	3	3	3	3	4
3	3	3	4	2	4	3	4	3	3	2
3	3	3	3	3	3	2	3	4	3	2

Apéndice H
estandarización de los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba según la escala original

ITEM33	1ITEM34	1ITEM35	ITEM36	ITEM37	ITEM38	ITEM39	1ITEM40	E	D	p
1	1	1	1	1	3	4	4	50	7	27
1	4	2	3	4	4	4	4	48	15	26
1	4	2	4	4	2	4	4	53	17	30
4	2	3	3	2	2	3	3	46	17	26
1	4	1	1	1	1	4	4	50	6	20
1	1	4	1	4	1	4	3	37	21	31
1	4	1	1	2	1	4	4	59	9	28
1	3	4	2	3	1	3	4	47	10	25
1	2	1	1	2	1	3	4	41	11	27
1	1	4	2	4	2	1	2	34	16	27
1	2	2	1	4	1	2	1	32	13	19
1	4	1	3	3	4	3	4	58	10	31
3	3	2	1	1	3	4	4	53	13	23
4	4	4	4	4	4	4	4	51	15	34
3	4	4	4	4	4	4	4	47	15	23
1	2	2	2	1	2	3	1	44	15	26
2	2	3	3	4	2	2	2	30	15	28
2	3	2	2	1	1	3	4	55	11	30
4	1	4	4	4	3	1	2	24	19	25
2	3	2	2	4	1	3	4	46	12	28
2	2	3	3	2	3	2	3	33	18	17
2	1	1	1	1	4	4	3	45	13	17
3	4	1	1	4	4	4	4	62	11	34
2	3	2	2	3	3	3	4	59	18	30
2	3	1	2	2	2	4	4	56	9	29
1	2	3	3	4	1	4	4	49	18	32
4	2	2	2	2	2	3	3	48	13	16
1	4	3	1	2	2	4	4	56	12	26
1	3	2	3	4	3	3	2	44	21	29
1	3	3	3	2	2	3	3	43	18	24

Apéndice H
estandarización de los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba según la escala original

F	N
18	3
19	4
19	2
26	2
15	1
19	1
21	1
18	1
16	1
19	2
18	1
19	4
17	3
28	4
26	4
18	2
24	2
21	1
25	3
18	1
20	3
20	4
27	4
23	3
19	2
20	1
22	2
22	2
21	3
22	2

Apéndice I

Tabla 28. Distribución de estadígrafos complementarios de las respuestas de afrontamiento por sujetos

sujeto	Respuestas de Afrontamiento							
	APC		PAC		OPC		SEC	
	X	S	X	S	X	S	X	S
1	3.73	0.47	3.11	1.24	3.52	0.81	1.29	0.49
2	3.73	0.47	3.62	0.80	3.48	0.95	2.4	0.84
3	3.0	1.07	3.64	0.62	3.56	0.84	2.09	0.70
4	3.4	0.72	3.24	0.60	3.19	0.54	3.32	0.67
5	4.0	0.0	1.4	0.52	3.29	0.98	1.0	0.0
6	3.25	1.04	3.79	0.63	3.31	1.09	3.67	0.97
7	4.0	0.0	3.0	1.03	3.63	0.60	2.33	1.58
8	3.22	0.83	2.68	0.89	3.07	0.70	2.4	1.43
9	3.0	0.0	3.10	0.94	2.77	0.71	2.0	0.82
10	1.5	0.58	3.46	0.76	3.21	0.99	2.87	0.92
11	2.71	0.76	2.75	1.34	2.5	1.05	3.13	1.02
12	4.0	0.0	3.32	0.75	3.83	0.56	1.29	0.49
13	3.73	0.47	2.2	0.77	3.42	0.61	2.71	0.99
14	3.67	1.0	3.8	0.41	3.46	0.43	3.13	1.02
15	3.73	0.47	3.62	0.80	3.15	1.01	2.73	0.88
16	3.4	0.52	2.90	0.77	3.0	0.89	2.33	0.79
17	2.33	0.82	3.59	0.75	3.57	0.84	2.57	0.65
18	3.6	0.84	3.26	0.92	3.47	0.51	2.09	0.70
19	1.8	0.45	3.8	0.41	1.71	0.83	3.86	0.65
20	3.0	0.0	2.91	0.68	3.0	0.77	2.0	0.0
21	2.0	0.0	2.71	0.46	2.3	0.73	2.89	0.33
22	3.0	1.55	2.47	1.19	3.61	0.75	2.0	0.82

Respuestas de Afrontamiento 2

23	4.0	0.0	3.67	0.68	3.89	0.45	3.13	1.02
24	3.73	0.47	3.17	0.70	3.76	0.43	3.22	0.81
25	3.73	0.47	2.91	0.68	3.67	0.48	1.67	0.5
26	2.71	0.76	3.57	0.50	3.61	0.75	2.57	0.65
27	3.0	0.0	2.29	0.59	3.0	0.96	2.57	0.94
28	3.73	0.47	3.0	1.11	3.63	0.60	2.96	1.11
29	3.0	0.0	3.44	0.51	3.21	0.82	2.87	0.92
30	3.0	0.0	3.17	0.70	2.93	0.60	2.57	0.65
Total	9.65	2.05	23.74	4.42	30.59	5.13	14.21	3.48

Apéndice J

RELIABILITY

ANALYSIS

SCALE

(ALPHA)

Item-total	Statistics		Corrected	Alpha
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Item- Total Correlation	if Item Deleted
ITEM1	107,0000	163,3793	,2237	,7667
ITEM2	107,4333	172,1161	-,0917	,7776
ITEM3	106,9667	165,2057	,1595	,7694
ITEM4	106,7333	156,4782	,5568	,7536
ITEM5	107,5333	161,7057	,2474	,7658
ITEM6	107,0667	166,4782	,0928	,7731
ITEM7	107,7333	171,5816	-,0690	,7772
ITEM8	107,2667	162,7540	,2506	,7655
ITEM9	107,8000	170,2345	-,0218	,7769
ITEM10	107,1667	162,0747	,2417	,7660
ITEM11	106,6000	158,3172	,5154	,7560
ITEM12	106,3667	162,6540	,2759	,7645
ITEM13	106,9667	155,0678	,4934	,7540
ITEM14	106,6000	162,4552	,2974	,7637
ITEM15	107,3333	161,6092	,3471	,7620
ITEM16	106,7000	161,8034	,3977	,7610
ITEM17	107,5000	170,0517	-,0129	,7762
ITEM18	107,2000	160,8552	,3125	,7628
ITEM19	106,9333	155,5126	,4985	,7541
ITEM20	106,9667	159,0678	,3629	,7604
ITSM21	107,0000	157,3103	,4088	,7530
ITEM22	106,9000	163,3345	,2582	,7653
ITEM23	107,2667	169,5816	,0094	,7748
ITEM24	106,7333	164,2023	-,2701	,7651
ITEM25	107,4333	172,5299	-,1052	,7794
ITEM26	106,7667	163,0126	,3344	,7630
ITEM27	107,4667	162,7402	,2038	,7680
ITEM28	106,7333	162,9609	,3108	,7635
ITEM29	106,6000	159,6966	,4124	,7592
ITEM30	107,0667	165,2368	,2171	,7669
ITEM31	106,6333	161,9644	,3978	,7611
ITEM32	107,0667	161,7885	,3111	,7631
ITEM33	108,0000	166,6897	,1033	,7719
ITSM34	107,1333	156,0506	,4980	,7545
ITEM35	107,5000	173,8448	-,1433	,7824
ITEM36	107,6333	165,6885	,1441	,7700
ITEM37	107,0667	165,7885	,1105	,7724
ITEM38	107,5333	161,1540	,2943	,7636
ITEM39	106,6000	159,6276	,4555	,7582
ITEM40	106,5000	158,9483	,4507	,7578

RELIABILITY ANALYSIS

- SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 30,0

N of Items = 40

Alpha = ,7703

(página 115)

RELIABILITY ANALYSIS - S C A L E (ALPHA)

Reliability Coefficient

N of Cases " 30,0

U ai Itarta «27

Alpha = ,6802

RELIABILITY

ANALYSIS

- SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	ITEM1	2,8333	1,0854	30,0
2.	ITEM2	2,4000	,8944	30,0
3.	ITEM3	2,8667	1,0743	30,0
4.	ITEM4	3,1000	,9595	30,0
5.	ITEM5	2,3000	1,2077	30,0
6.	ITEM6	2,7667	1,1943	30,0
7.	ITEM7	2,1000	,9229	30,0
8.	ITEM8	2,5667	1,0726	30,0
9.	ITEM9	2,0333	1,0662	30,0
10.	ITEM10	2,6667	1,1842	30,0
11.	ITEM11	3,2333	,8976	30,0
12.	ITEM12	3,4667	1,0080	30,0
13.	ITEM13	2,8667	1,1666	30,0
14.	ITEM14	3,2333	,9714	30,0
15.	ITEM15	2,5000	,9377	30,0
16.	ITEM16	3,1333	,8193	30,0
17.	ITEM17	2,3333	1,0283	30,0
18.	ITEM18	2,6333	1,0981	30,0
19.	ITEM19	2,9000	1,1250	30,0
20.	ITEM20	2,8667	1,1366	30,0
21.	ITEM21	2,8333	1,1769	30,0
22.	ITEM22	2,9333	,9803	30,0
23.	ITEM23	2,5667	,9714	30,0
24.	ITEM24	3,1000	,8449	30,0
25.	ITEM25	2,4000-	1,0034	30,0
26.	ITEM26	3,0667	,3277	30,0
27.	ITEM27	2,3667	1,2452	30,0
28.	ITEM28	3,1000	,8847	30,0
29.	ITEM29	3,2333	,-9714	30,0
30.	ITEM30	2,7667	,8584	30,0
31.	ITEM31	3,2000	,8052	30,0
32.	ITEM32	2,7667	1,0063	30,0
33.	ITEM33	1,8333	1,0854	30,0
34.	ITEM34	2,7000	1,0875	30,0
35.	ITEM35	2,3333	1,0933	30,0
36.	ITEM36	2,2000	1,0635	30,0
37.	ITEM37	2,7667	1,2229	30,0
33.	ITEM38	2,3000	1,1188	30,0
39.	ITEM39	3,2333	,8976	30,0
40.	ITEM40	3,3333	,9589	30,0

* X * íarning *

** Determinant of matri

x is zero

Statistics based on inverse inatrix
ars n\eaninglass and pringad as

for scaLè ALPHA

RELIABILITY ANALYSIS

- SCALE (ALMA)

Reliability Coefficients

40 items

Alpha = ,7703

Standardized Item alpha = ,7767

RELIABILITY ANALYSIS

- SCALE (ALPHA)

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	109,8333	170,7644	13,0677	40

RELIABILITY

ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 30,0

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min Variance	
	2,7458	1,8333	3,4667	1,6333	1,8909	,1562

Apéndice K

Tablas de Contingencia obtenidas por el Programa Estadístico SPSS versión
Windows 9.0

Tablas de contingencia

Resumen <lej procesamiento do los oasos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
PAC* APC	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
PAC* OPC	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
PAC* SEC	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

Tabla de contingencia PAC * APC

Recuento

	APC			Total
	alto	bajo	medio	
WC alto		1		1
bajo	1	2	5	8
medio	3	6	12	20
Total	4	8	18	30

Tabla de contingencia PAC* OPC

Recuento

	OPC			Total
	alto	bajo	medio	
PAC alto	1	1		2
bajo		2	6	8
medio	4	2	14	20
Total	5	5	20	30

Tabla de contingencia PAC* SEC

Recuento

	SEC			Total
	alto	bajo	medio	
T* AC alto	1		1	2
bajo		4	4	8
medio	2	4	14	20
Total	3	8	19	30

Tablas de contingencia

Resumen del procesamiento de los COROS

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
OPC*APC	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
OPC*SEC	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
OPC*PAC	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

Tabla de contingencia OPC * APC

Recuento

	APC			Total
	alto	bajo	medio	
OPC alto	2		5	5
bajo		4	1	5
medio	2	4	14	20
Total	4	6	18	30

Tabla de contingencia OPC' SEC

Recuento

	SEC			Total
	alto	bajo	medio	
OPC alto		2	3	6
bajo	1		4	5
medio	2	6	12	20
Total	3	8	19	30

Tabla de contingencia OPC* PAC

Recuento

	PAC			Total
	alto	bajo	medio	
OPC alto	1		7	8
bajo		2	2	6
medio		6	14	20
Total	2	6	20	30

» % to/o (16, 18, 20, 26, 29, 30)

Tablar d® contingencia

Resumen del proceaemiento de lo» OGBO?

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	I-I	Porcentaje
SEC* APC	30	100.0%	0	0%	30	100.0%
SEC* PAC	30	100.0%	0	0%	30	100.0%
SEC* OPC	30	100.0%	0	0%	30	100.0%

Tabla de contingenoln SEC * APC

Recuento

	APC			Total
	alto	bajo	medio	
SEC alto		2	1	3
bajo	3	CL1-) 1	4	8
medio	1	6	13	19
Total	4	8	18	30

Tabla de oontingencia SEC* PAC

Recuento

	PAC			Total
	alto	bajo	medio	
SEC alto	(.Hji-		2	2
bajo		(1,5,18,22) 4	4	8
medio	1	4	14	19
Total	2	8	20	30

S»1», <6,7019, 1,23, 14, 26, 29, 30)

Tabla de oontingenola SEC* OPC

Recuento

	OPC			Total
	alto	bajo	medio	
SEC alto		1	2	3
bajo	2		8	10
medio	3	4	15	22
Total	5	6	20	31

(2,3,10, 13, 15, 16, 18, 20, 19, 24, 28, 29, 30)

rabias de contingencia

Resumen dd procesamiento de ios casos

	Casos					
	VáSdos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Pwcantaje
WT C?PC	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
APC'ScC	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
APC ^T PAC	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

Tabla de contingencia A PC" OPC

Recuento

	OPC			Total
	a@?	bajo	medio	
APC alto	1	1	2	4
bajo	1	1	1	3
medio	1	1	1	3
Total	5	5	20	30

(1, 2, 3, 4, 5, 13, 14, 15, 16, 18, 29, 29, 29, 30)

Tabla de contingencia APC * SEC

Recuento

	SEC			Total
	ato	bajo	medio	
APC áito	1	3	1	4
bajo	2	1	5	8
medo	1	4	12	18
Total	3	3	19	30

(2, 3, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 28, 29, 29, 30)

Tabla de contingencia APC * PAC

Recuento

	PAC			Total
	ato	bajo	medio	
APC arto	1	1	2	4
bajo	1	1	6	8
medc	1	5	7	13
Total	2	3	20	30

(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 28, 29, 30)

Apéndice L

Puntajes de la Prueba T de validación

Prueba T

Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
T?W""	30	2.87	1.07	.20
ITEM4	30	3.10	.96	.18
ITEMS	30	2.77	1.19	.22
ITEM7	30	2.10	.92	.17
ITEMS	30	2.03	1.07	.19
ITEM11	30	3.23	.90	.16
ITEM14	30	3.23	.97	.18
ITEM15	30	2.50	.94	.17
ITEM17	30	2.33	1.03	.19
ITEM 10	30	2.90	1.12	.21
ITEM20	30	2.87	1.14	.21
ITEM21	30	2.83	1.18	.21
ITEM22	30	2.93	.98	.18
ITEM23	30	2.57	.97	.18
ITEM24	30	3.10	.84	.15
ITEM27	30	2.37	1.25	.23
ITEM28	30	3.10	.88	.16
ITEM29	30	3.23	.97	.18
ITEM30	30	2.77	.86	.16
ITEM31	30	3.20	.81	.16
ITEM32	30	2.77	1.01	.18
ITEM33	30	1.83	1.09	.20
ITEM35	30	2.33	1.09	.20
ITEM36	30	2.20	1.06	.19
ITEM37	30	2.77	1.22	.22
ITEM39	30	3.23	.90	.16
ITEM40	30	3.33	.96	.18

Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 0					
	t	g'	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Inten/alo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
ITEM3	14.816	29	.000	2.87	2.47	3.27
ITEM4	17.696	29	.000	3.10	2.74	3.45
ITEMS	12.688	29	.000	2.77	2.32	3.21
ITEM?	12.463	29	.000	2.10	1.76	2.44
ITEM9	10.446	29	.000	2.03	1.64	2.43
ITEM11	19.729	29	.000	3.23	2.90	3.67
ITEM14	16.231	29	.000	3.23	2.87	3.60
ITEM15	14.603	29	.000	2,60	2.15	2.85
ITEM17	12.426	29	.000	2,33	1.95	2.72
ITEM19	14.120	29	.000	2.90	2.48	3.32
ITEM20	13.814	29	.000	2.87	2.44	3.29
ITEM21	13.136	29	.000	2,93	2.39	3,27
ITEM22	16.390	29	.000	2.93	267	3.30
ITEM23	14.472	29	.000	267	2.20	2.93
ITEM24	20.097	29	.000	3.10	2.76	3.42
ITEM27	10.410	29	.000	2.37	1.90	2.83
ITEM28	19.191	29	.000	3.10	2.77	343
ITEM29	18.231	29	.000	3.23	2.87	3.80
ITEM30	17.654	29	.000	2.77	2.45	3.09
ITEM31	21.769	29	.000	3.20	2.90	3.50
ITEM32	15,059	29	.000	2.77	2.39	3.14
ITEM33	9.251	29	.000	1.83	1.43	2.24
ITEM35	11.689	29	.000	2.33	1.93	2.74
ITEM36	11.330	29	.000	2.20	1.80	2.60
ITEM37	12.392	29	.000	2.77	2.31	3.22
ITEM39	19.729	29	.000	3.23	2.90	3.57
ITEM40	19,039	29	.000	3.33	2.98	3.69

Apéndice M

Grupo de Auto apoyo

La mejor manera de resolver los problemas es prevenirlos o construir defensas y técnicas con miras a resolver aquellos que probablemente puedan aparecer. Si los problemas existen, los podemos usar como oportunidades de "vacunación" y crecimiento personal y social (Disponible en red: cedalp.com/autoayuda.htm).

En respuesta a la problemática que presenta el hecho de ser portador de VIH /SIDA, se vio la necesidad de desarrollar un grupo de auto apoyo para los pacientes tanto de la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA , como del Hogar de Misericordia e individuos de la calle, buscando a través de éste brindarle herramientas que le permitan comprender, aceptar y adaptarse a su nuevo estado de salud, es decir, aprehender actitudes específicas para lograr cambios en su comportamiento así como el lograr acceder a una población de difícil manejo.

La intervención grupal de dicha población, se desarrolló mediante módulos y sesiones con temáticas específicas en cada uno de ellos; temáticas que se escogieron teniendo en cuenta la revisión bibliográfica realizada, la observación directa del comportamiento y entrevistas con los pacientes, y la información obtenida por los equipos encargados en cada institución, organizándola de tal manera que fuera específica, amena, interesante y de fácil comprensión y manejo para los pacientes, dirigiéndose una vez por semana con el fin de poder mantener un hilo conductor y una secuencia lo suficientemente cercana para alcanzar a observar los resultados deseados.

Igualmente, se puede indicar que a través de estos grupos de guía y orientación se buscaba incentivar el interés en el manejo de situaciones de vida que sin una atención especial, podrían posiblemente escaparse de sus propias manos, interviniendo en este punto mediante el compartir de situaciones, experiencias y asuntos comunes o que podrían competirle a todos los presentes.

A continuación se presenta el programa aplicado a los pacientes portadores de VIH perteneciente al Hogar de Misericordia , en el cual se desarrolló el

módulo I, II y III (en éste último solo se abarcó el estilo de vida y motivación). Por otra parte, no fue posible reunir a los pacientes directos de la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, por lo cual sólo se logró realizar una intervención psicológica individual a cada uno de los pacientes tratados.

UNIVERSIDAD DE LA SALLE

• TEAM TEACHING

El presente programa dará iniciación a grupos de ayuda mutua a partir de la tenacidad y crecimiento personal de cada uno de sus integrantes que darán ejemplo de vida a nuevos pacientes VIH/ SIDA en cuanto su adherencia y constancia en la aplicación y seguimiento del tratamiento antirretroviral dado por parte del personal médico y de la salud. En general que servirán de guía y apoyo a los miembros del programa a realizarse en pro del bienestar físico y psicológico.

Objetivo General

Brindar un programa de intervención psicológica de ayuda mutua que permita la conformación e integración de pacientes VIH bajo condiciones similares que ayuden a la prevención, control y reducción del impacto social de la epidemia, promocionando así la salud física y psicológica

- para la población afectada.

Objetivos Específicos ■

- * Facilitar un espacio de reflexión- que favorezca el cambio adaptativo a la .nueva circunstancia de vida.
- ® Generar 'crecimiento, personal de-los integrantes del grupo de ayuda mutua a partir de la. experiencia grupal
- ® Sensibilizar a los participantes de la- importancia de la continuidad del .tratamiento, médico para -mejorar sus condiciones de vida '
- « Capacitar a los participantes para que sean multiplicadores de la información.

Destinatarios

Los grupos de ayuda mutua estarán conformados por pacientes con VIH recién diagnosticados y/ o que tengan experiencia dentro de -éstos y que puedan' compartir positivamente su experiencia para el crecimiento del grupo. Estos destinatarios se organizarán de acuerdo a perfiles previamente /establecidos, que. permitirán brindar-

condiciones similares para mantener un equilibrio u homeostasis dentro del mismo, evitando así, posibles inconvenientes y desavenencias entre los mismos.

Estrategias Metodológicas

- Dinámicas de integración
 - » Dinámicas de autoconocimiento
- ® Dinámicas preestablecidas dentro de cada módulo
- ® Area conceptual a través de seminarios-taller
- ® Area Kidica: manualidades

Módulos

- I. Inducción
- II. ■' Area Médica
- III. Estilo de Vida, Nutrición y Motivación
- IV. Conviviendo en Sociedad
- V. Proyecto de Vida
- VI. Aprendiendo a sentir
- VII Abriendo Fronteras

NORMAS Y REGLAS DEL TEAM TEACHBG:

-COMUNIDAD DE APRENDIZAJE -

Además de ser voluntario, es necesario que cada uno de nosotros ponga al menos un grano de arena para que funcione el grupo, por tanto las normas serán establecidas por "nosotros mismos".

Este espacio, es para que cada uno escriba, lo que considere que ayudará a la gestión, crecimiento y consolidación del Team Teaching:

Es importante que sea el grupo quien decida lo que quiere hacer y marque su propia finalidad. Las actividades que hagan en el grupo dependerán de los intereses y aspiraciones de sus miembros. Nosotras, solo seremos guías y / mediadoras del proceso.

PUNTOS A CONSIDERAR

- a) Hace cuánto tiempo sabe de la existencia del Hogar de Misericordia?**

- b) Cuánto tiempo después de que supo que era positivo /a conoció al Hogar de Misericordia?**

- c) Cómo entró en contacto con el Hogar de Misericordia?**

- d) Qué servicios o beneficios esperaba obtener cuando se puso en contacto con el Hogar de Misericordia?**

- e) Desde hace cuánto tiempo recibe servicios o beneficios de este Hogar? Qué tipo de servicios o beneficios le han dado?**

- f) Recibe apoyo de otra /s fundaciones u hogares? Qué tipo de apoyo le han dado?**

- g) Cómo descubrió que tenía VIH?**

- h) Qué pasó cuando se enteró de los resultados de la prueba de VIH?**
- i) A quien le pidió ayuda?**
- j) Ha tenido problemas de salud en algún momento?**
- k) A quién consultó para esto? Cuando fue?**
- l) Ha cambiado algo en su vida desde que está en contacto con el Hogar de Misericordia?**
- m) Qué le gusta más de lo que el Hogar hace por usted?**
- n) Como mujer viviendo con el VIH, tiene necesidades específicas? Cuáles?**
- o) Qué le hace falta en en su vida que podría mejorarla?
¿que por ejemplo?**
- p) Cómo ve personalmente al VIH / SIDA con relación a otras enfermedades?**

UNA - 3220711
C. J. R.
Uj
r
ü
po

**q) Aquí en Bucaramanga, cómo se perciben a las
pacientes VIH / SIDA?**

**r) Cuál es la imagen de las pacientes VIH / SIDA en los
medios de comunicación?**

HOJA DE TRABAJO

- ¿Cómo es mi vida actual en relación conmigo mismo?
- ¿Cómo es mi vida actual en relación con mi familia?
- ¿Cómo es mi vida actual en relación con mi trabajo?
- ¿Cómo es mi vida actual en relación con el mundo?
- ¿Qué interrelaciones guardan entre sí las cuatro áreas anteriores?

Apéndice N
Propuesta Programa de Intervención

Programa de

Intervención

Psicológica
COPES
INTEC
Psicológica

Justificación

Es indudable la existencia de grandes avances de la ciencia en cuanto a tratamiento y prevención del VIH / SIDA, sin embargo, en el plano social no han existido grandes cambios, puesto que la enfermedad sigue siendo estigmatizada. Se suele hablar mucho de las medidas de prevención del SIDA y de los avances de la terapia de dicho Síndrome, pero un aspecto relegado y de mayor importancia son las consecuencias psíquicas que produce tal diagnóstico en esa persona, así como en su entorno familiar y social, ya que las personas infectadas pueden pasar por un proceso de cambios en sus vivencias, proyectos, percepciones, expectativas y hábitos, poniendo a prueba sus capacidades de adaptación y su equilibrio psicológico.

A medida que avanza el conocimiento de ésta enfermedad, se observa como los enfermos que la padecen presentan diversos trastornos psíquicos, que añaden complicaciones médicas que trae consigo el VIH /SIDA. Muchos de los problemas de salud mental presentes en los portadores de VIH /SIDA, son comunes y parecidos a los observados en pacientes con cáncer, aunque en el caso de los enfermos en cuestión se presenta con mayor frecuencia una serie de problemas psicológicos que los que ocurren en otras enfermedades de pronóstico similar. Estos pueden deberse entre otras causas al impacto social que produce la enfermedad[^] a que se encuentre en personas jóvenes principalmente, a la gran vulnerabilidad psicológica de éstos individuos, así como a la posible afectación del Sistema Nervioso Central.

Ante el diagnóstico de seropositividad, la primera reacción de la persona infectada es generalmente de tipo catastrófica, inmersa en una carga emocional y derivada a sus vez por la percepción del miedo de una muerte cercana e inevitable tras un curso doloroso de la enfermedad. Además, se suelen añadir preocupaciones en torno a la pérdida de soporte social y de afecto por parte de familiares y amigos, incluso al miedo de la alteración de su imagen corporal y a la posible pérdida de sus facultades mentales.

Por ello, es importante brindar una intervención psicológica, que facilite los mecanismos adaptativos para afrontar la enfermedad, y que orientada de

manera adecuada logre resolver los conflictos presentes en estos enfermos, contando con un apoyo social para sobrellevar mejor la situación y cumplir las prescripciones terapéuticas.

El presente programa dará iniciación a grupos de ayuda mutua a partir de la tenacidad y crecimiento personal de cada uno de sus integrantes que darán ejemplo de vida a nuevos pacientes VIH / SIDA en cuanto a su adherencia y constancia en la aplicación y seguimiento del tratamiento antirretroviral dado por parte del personal médico y de la salud en general que servirán de guías y mediadores dentro del programa a realizar en pro de su bienestar físico y psicológico.

Objetivo General

Brindar un programa de intervención psicológica de ayuda mutua que utilizado, facilite la conformación e integración de pacientes VIH con el fin de prevenir, controlar y reducir el impacto social de la epidemia, promocionando así la salud física y psicológica para la población afectada.

Objetivos Específicos

1. Facilitar un espacio de reflexión que favorezca el cambio adaptativo a la nueva circunstancia de vida
2. Generar crecimiento personal de los integrantes del grupo de ayuda mutua a partir de la experiencia grupal
3. Sensibilizar a los participantes de la importancia de la continuidad del tratamiento médico para mejorar sus condiciones de vida
4. Capacitar a los participantes para que sean multiplicadores de la información

Destinatarios

Los grupos de ayuda mutua estarán conformados por pacientes diagnosticados con VIH y que se organizarán de acuerdo a perfiles previamente establecidos por los resultados arrojados por la Escala de Ajuste mental al VIH, con el fin de brindar una intervención terapéutica acorde a las necesidades de cada participante.

Estrategias Metodológicas

1. Dinámicas de integración
2. Dinámicas de autoconocimiento
3. Dinámicas de relajación
4. Dinámicas preestablecidas dentro de cada módulo
5. Área conceptual a través de seminarios-taller
6. Área Lúdica: manualidades

Módulos

- I. Inducción
- II. Área médica
- III. Estilo de Vida, Nutrición y Motivación
- IV. Conviviendo en Sociedad
- V. Proyecto de Vida
- Vi. Aprendiendo a Sentir
- Vii. Abriendo Fronteras

Contenido del Programa

Introducción

Desde los modelos cognitivos de la emoción no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino que la variable desencadenante de tal reacción es la interpretación que el individuo haga de tales situaciones o estímulos. Dentro de los modelos cognitivos, el modelo de la valoración cognitiva ha alcanzado una relevancia sobresaliente. En este contexto y desde el modelo de Lazarus (Lazarus y Folkman, 1984), la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza, primero sobre las consecuencias que la situación tiene para el mismo (valoración primaria) y posteriormente, si el saldo de la valoración es de amenaza o desafío, el sujeto valora los recursos de que dispone para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria).

Lazarus y Folkman (1984, p.141) 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". Ellos plantean el afrontamiento como un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias defensivas, y en otros con estrategias que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.

Por ello, aun cuando podamos asegurar que en nuestros días el dolor antes intratable puede ser dominado, y que la incomodidad y la angustia de morir pueden ser aliviadas por una asistencia interdisciplinaria y multidimensional apropiada, la negación de la muerte y su inversión persistirán como un reflejo de esos profundos cambios en la conciencia colectiva. El problema no es tanto el dolor físico, más bien es el dolor de tener que morir.

El valor de morir, es seguir viviendo, apurando la vida, sabiendo que se tiene la muerte muy cerca, sea la de un ser amado o la de uno mismo. Y, en el tránsito por ese gran dolor, si se tiene tiempo, uno aprende la urgencia de la felicidad, la

lucidez de la pena, el valor Inolvidable de los momentos, con la conciencia de que cada uno de ellos es también el último. Si hay una felicidad primaria, que es la de disfrutar de la vida *sin* (saber de) la muerte; y una felicidad secundaria que sería vivir a *pesar de* (que ya conocemos) la muerte, diríamos -apurando- que hay una tercera felicidad, que sería vivir *con* la muerte: felicidad tercera, pero no terciaria - si por terciaria se entendiera la inferior o más arcaica-, porque, por el contrario, es la más sublimada, o la más condensada, la destilada como las depuradísimas gotas de un extraño y escaso elixir.

Por eso, el convencimiento de nuestra muerte nos impulsa a trabajar, a hacer, a producir, sin posponer inútilmente nuestro destino. La presencia de la muerte nos pone frente a nuestra responsabilidad, que es la de hacer de la vida el sentido mismo de la existencia.

Módulo I:

Inducción

Sesión 1

Ficha de uso personal

Dinámica de presentación

Aplicación de la escala

Diligenciamiento de la Historia Personal

Presentación del programa I parte

Cierre

Sesión 2

Dinámica

Presentación del programa II parte

Solución "Hoja de trabajo"

Establecimiento de normas y reglas

Solución puntos a considerar

Cierre

Módulo II: Área Médica

Sesión 1

Dinámica

Seminario taller: "lo que todos debemos saber sobre el VIH /SIDA" Parte I

Definición de VIH., sida, sistema inmunológico, células T, anticuerpos, enfermedades oportunistas, carga viral, medios de transmisión, personas involucradas, síntomas

Cierre

Sesión 2

Dinámica

Parte II seminario taller "lo que todos debemos saber sobre VIH /SIDA "

Tratamiento antirretroviral, cooperación con el tratamiento, practicas de conductas que aumentan el riesgo de enfermar, recomendaciones

Cierre

Sesión 3

Evaluación del módulo

Dinámica

Conclusiones

Módulo III: Estilo de vida, nutrición y motivación

Sesión 1

Dinámica

cuestionario sobre afrontamiento

Seminario que es el estilo de vida, el rol del enfermo, el cambio de actividades

Dinámica

Test de autoconocimiento

Cierre

Quilán O

Dinámica

Seminario: cuidados generales, medidas de higiene y recomendaciones para

la alimentación

Dinámica, ejercicios de relajación

Cierre

Sesión 3

Evaluación del módulo

Dinámica

Conclusiones

Módulo IV: conviviendo en sociedad

Dinámica

Seminario "importancia de la convivencia y adaptación social", la familia también sufre, miedo al que dirán

Taller de expresión

Cierre

Módulo V: proyecto de vida

Dinámica de motivación

Que es un proyecto de vida, importancia del Proyecto de Vida, dimensiones involucradas

Técnicas de visualización

Establecimiento de! proyecto de vida

Dinámica

cierre

Módulo Vi: aprendiendo a sentir

Dinámica

Que son las emociones, cuales son, el costo de no conocer las emociones;
emociones y sentimientos de las personas con VIH /SIDA

Educación emocional

Dinámica

Test de autoconocimiento

Cierre

sf.lr»//1
!Vj00U!O VI!

Dinámica

Test: como son de buenas sus destrezas

Actividad manual

Test quien contraía su destino

Dinámica

Contrato consigo mismo

Cierre

El Bosquejo del anterior programa de intervención se realizó teniendo como base las observaciones, entrevistas y resultados obtenidos por el Estudio: Descripción de las respuestas de afrontamiento en pacientes portadores de VIH de la liga colombiana contra el SIDA, el Hogar de misericordia e individuos de la calle de la ciudad de Bucaramanga. Pero sobretodo, por las actividades realizadas en el trabajo de grupo de autoapoyo con los pacientes del Hogar de misericordia.

Referencias Bibliográficas

Goleman, D. (1996). La Inteligencia Emocional. Buenos Aires: Javier Vergara Editor.

Janda, L. (1998). Los Test de autoconocimiento y superación. Bogotá: Robín Book ediciones.

Jennigs, C. (1994). Qué es el SIDA y cómo prevenido. Bogotá: Norma.

Lineros, A. (2002). Guía para el cuidado en casa de personas que viven o conviven con VIH / SIDA. Santa fe de Bogotá: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud. (1994). Manual para la promoción de los grupos de
Audroano yo. Santa fe de Bogotá: República de Colombia.

Ministerio de salud. (1994). Manual de Aspectos básicos y Manejo Clínico
Infección por VIH / SIDA: Protocolo Básico para el Equipo de Salud. Santa Fe
de Bogotá: República de Colombia.

Newstrom, J y Scannell, E. (1989). 100 Ejercicios para Dinámicas de
grupos. México: Me Graw Hill.

Océano. (2002). Enciclopedia de la Psicología (Tomo III). Barcelona:
Océano.

Tiempo B. (2001). Psicología práctica de la vida cotidiana. Bogotá:
Ediciones temas de Hoy.

Apéndice O
Lista Pie de Página

	Pág.
1. www.isapre.cl/actu-eneroOO.htm	21
2. www.normedica.cl/utilidades/CoberturaAdicionalCatastrofic.htm	21
3. www.convencion.org.uy/menu2-050.htm	39