

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

Casa abierta al tiempo

✓ CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
UNIDAD IZTAPALAPA

✓ El Médico Internista y su actitud hacia el Paciente con Sida
en una Institución de Salud (Estudio de Caso)

T E S I S

✓ Que para obtener el Título de Licenciatura en

PSICOLOGIA SOCIAL

p r e s e n t a n

✓ AMERICA BARRA GOMEZ y

GABDY BOUCHAN RAMIREZ

México, D.F. a 30 de abril de 1998

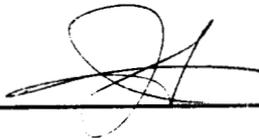
**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
IZTAPALAPA
CSH**

**EL MEDICO INTERNISTA Y SU ACTITUD HACIA EL
PACIENTE CON SIDA EN UNA INSTITUCION DE SALUD
(ESTUDIO DE CASO)**

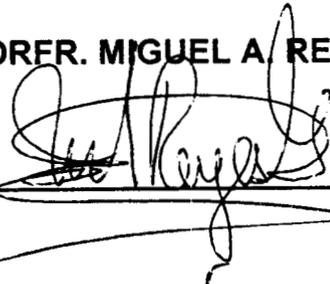
ALUMNAS:

**BARRA GOMEZ AMERICA
BOUCHAN RAMIREZ GABDY**

ASESOR: PROFR. JAIME PEÑA



LECTOR: PORFR. MIGUEL A REYES



**PSICOLOGIA SOCIAL
ABRIL, 1998**

*Agradecemos profundamente al Profesor **Jaime Peña Sánchez** su experiencia y asesoría así como el apoyo incondicional y constante que nos brindó pacientemente a lo largo de este trabajo de investigación, sin el cual, no hubiésemos obtenido tal satisfacción*

Gracias al Profesor Miguel Angel Reyes Garcidueñas por sus amables comentarios

Gracias a Aarón Marentes por la ayuda prestada en la fase del procesamiento estadístico

Gracias, mil gracias a todas y a cada una de las personas que de manera amable y desinteresada nos apoyaron durante este trabajo y que de manera definitiva facilitaron su conclusión

*Gracias a tí, mamá
Gracias a tí, papá*

por la fé depositada en mí, por su apoyo incondicional, por su amor, por su comprensión y por la confianza que siempre me han brindado, ya que sin su ayuda, este sueño jamás se hubiese cumplido

Gracias a todos aquellos amigos que creen en mí y que de alguna manera me impulsaron a concluir esta empresa

*Nena
esto y mis futuros logros son para tí*

Mamá:

***La dedicación, el amor y la tolerancia que has demostrado a lo largo de mi vida. Gracias
Por estar conmigo cuando te he necesitado y porque gracias a ti esto se cumplió.
Te quiero mucho***

Karla:

***Por el cariño, la paciencia y el apoyo incondicional que has demostrado siempre. Te quiero mucho
Gracias***

Gabriel:

***Por creer en mí, por tu apoyo desinteresado y por ser mi gran motor.
Gracias mi amor***

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

DIVISION CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

CARRERA: PSICOLOGIA SOCIAL

SEMINARIO DE INVESTIGACION

**TITULO: EL MEDICO INTERNISTA Y SU ACTITUD HACIA
EL PACIENTE CON SIDA EN UNA INSTITUCION DE
SALUD (ESTUDIO DE CASO)**

ABRIL, 1998

**ALUMNA: BARRA GOMEZ AMERICA
MATRICULA: 89231458**

**ALUMNA: BOUCHAN RAMIREZ GABDY
MATRICULA: 89231390**

ASESOR: PROFR. JAIME PEÑA SANCHEZ

LECTOR: PROFR. MIGUEL A. REYES GARCIDUEÑAS

INDICE

	Página
INTRODUCCION	
PROBLEMA DE INVESTIGACION	8
JUSTIFICACION	10
CAPITULO I. HISTORIA DEL SIDA	19
1.1 ANTECEDENTES	
1.2 MECANISMOS DE TRANSMISION DEL SIDA	
1.3 ULTIMOS AVANCES EN INVESTIGACION SOBRE EL SIDA	
1.4 SITUACION DEL SIDA EN MEXICO	
1.5 SITUACION MUNDIAL DEL SIDA	
CAPITULO II. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL SIDA	55
2.1 ACTITUDES SOCIALES	
2.2 ORIGEN Y CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES DEL SIDA	
2.3 LA ATRIBUCION CAUSAL	
2.4 PREJUICIO-SIDA-ESTIGMA	
CAPITULO III. EL MEDICO INTERNISTA FRENTE AL SIDA	98
3.1 LA RELACION MEDICO-PACIENTE	
3.2 ETICA MEDICA	
3.3 ASPECTOS ETICOS DEL SIDA	
METODOLOGIA	123
-TIPO DE INSTRUMENTO	
-POBLACION DE ESTUDIO	
-MUESTRA. CRITERIOS DE INCLUSION	
-VARIABLE DEPENDIENTE	
-VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	
-VARIABLES INDEPENDIENTES	
-VARIABLES INDEPENDIENTES	
-CATEGORIAS	
-ANEXO. ESQUEMA DE VARIABLES Y CATEGORIAS	
RESULTADOS	130
-TABLA 1. BASE DE DATOS TRANSPUESTA	
-TABLA 2. ANALISIS DE CORRELACION (CORRELACION DE ITEMS)	
-ITEMS SELECCIONADOS CON UNA SIGNIFICANCIA MAYOR A .75 QUE SE CORRELACIONAN CON MAS DE 3 ITEMS	
-ITEMS SELECCIONADOS PARA ANALISIS SEGÚN LA CATEGORIA A LA QUE PERTENECEN	
-ANALISIS DE ITEMS POR CATEGORIA	

-LIMITACIONES
-CONCLUSIONES

ANEXOS

147

ANEXO. FRECUENCIAS GENERALES (ESTADISTICAS DE EDAD, SEXO, AÑOS DE SERVICIO, ESTADO CIVIL, INGRESOS MENSUALES) DE LA MUESTRA.

ANEXO I. Escala Piloto

ANEXO II. Instrumento Final

BIBLIOGRAFIA

160

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

163

INTRODUCCION

El presente trabajo pretende dar a conocer el panorama de uno de los ámbitos en el cual necesariamente debe existir tolerancia y un ambiente amable donde el médico, como principal interactador con el paciente, desempeña un papel fundamental en la atención.

Se ha considerado a la *Medicina Interna* como una de las especialidades que atiende esta enfermedad y creemos necesario dar un panorama informativo acerca de sus antecedentes, su evolución, su situación actual y las consecuencias sociales; ya que no es un problema individual donde sólo el paciente es afectado, sino que en su calidad de ser social afecta a gran parte de la sociedad.

En este sentido, en la justificación se hace un esbozo general de la problemática actual del sida y su gran impacto a nivel mundial mencionando la manera en que diversos agentes sociales han intervenido desde su perspectiva profesional, asimismo el papel de la *Psicología Social* en el estudio de los factores psicosociales que intervienen en la problemática, la relevancia que estos tienen en la interacción social entre los pacientes con sida y la sociedad, y de manera concreta la relación médico-paciente.

El cuerpo teórico de la investigación abarca la historia del sida para introducir de manera general e informativa al estudio que se realizará a partir del capítulo II. En este capítulo nos remitimos a los antecedentes, se mencionan los mecanismos de transmisión, por ser un aspecto inherente y relevante para la comprensión del alcance y de las repercusiones que tiene el problema del sida actualmente, y que a pesar de esto hoy en día muchas personas no los conocen o tienen información equivocada. En cuanto a la información recuperada sobre los últimos avances en la investigación sobre sida, probablemente al momento de que se consulte el presente trabajo de investigación resulte caduca ya que como es sabido, día con

día aparecen resultados de investigaciones efectuadas de las cuales aún no surge la cura definitiva, sin embargo no se demerita ésta información como parte de la misma historia que ha ido acumulando la pandemia del sida.

La situación del sida en México forma parte de esta historia y es ésta precisamente el marco de referencia que motiva la inquietud de la realización de este estudio. Finalmente se presentan datos mundiales de la propagación del sida así como algunos datos proyectivos de las infecciones a nivel mundial.

En el capítulo II se explica a través de los anteojos de la Psicología Social la problemática que vive la persona infectada con el VIH a partir de la interacción social. Para ello, se tomó como eje de la investigación, el estudio de las *actitudes*, explicándolas desde la teoría de la atribución causal, mediante aquellas consecuencias sociales que consideramos se derivan del proceso de atribución.

En el capítulo III hablamos del médico internista frente al problema del sida desde un punto de vista social en la relación médico-paciente, considerándola de gran importancia para la calidad de vida del paciente, haciendo énfasis en lo que el médico "debe", llevar a la práctica según sus aspectos éticos.

En la metodología mencionamos el instrumento utilizado, la muestra de la población de estudio, las variables (dependiente, independientes y sociodemográficas) así como las categorías que se consideraron importantes para medir lo que se pretendía. Nos dimos a la tarea de analizarlas, nos precisaban resultados con los que podíamos aceptar o rechazar las hipótesis planteadas, sin embargo nos encontramos que no eran suficientemente significativos, por lo que sólo fueron tendencias.

Finalmente podemos hablar de una tendencia negativa por parte del médico internista hacia los pacientes con sida en el grupo de más edad, esto por ser la

variable más relacionada aunque también tomamos en cuenta el sexo, estado civil, años de servicio e ingresos. Esto no se ve claramente en los resultados porque hubo cierta manipulación en la encuesta, nos pudimos percatar de esto por las respuestas en ítems negativos que significaban lo mismo y que sin embargo no pudieron esconder ciertas tendencias actitudinales demostrando así que existe rechazo, temor al contagio, indiferencia con el paciente y estereotipos.

Concluimos pues que los médicos internistas no se sienten lo suficientemente empatizados con sus pacientes, por lo que estos reciben una atención deficiente que puede crearles más conflictos de los que trae consigo la enfermedad, en medida de la atención que reciban será la actitud que tenga el paciente respecto a su enfermedad.

Esperamos que este trabajo sirva para cuestionamientos posteriores e investigaciones en pro a esta epidemia que lleva consigo problemas principalmente de salud y sociales que están modificando actitudes en todos los niveles.

I. ACTITUD DEL MEDICO INTERNISTA HACIA EL PACIENTE CON SIDA. ESTUDIO REALIZADO A MEDICOS INTERNISTAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Conocer la actitud del médico internista adscrito al IMSS con respecto a su paciente con sida, y determinar el origen de la misma.

2. HIPOTESIS

- HIPÓTESIS CONCEPTUAL.

La actitud del médico internista está determinada en función de la relación que existe entre la atribución causal, estigma, empatía y prejuicios sociales (factores psicosociales) con el sexo, edad, años de servicio, estado civil e ingresos mensuales (variables intervinientes) del médico.

- HIPÓTESIS DE TRABAJO

- La actitud del médico internista hacia el paciente con sida es más favorable si el médico es menor de 34 o mayor de 46 años
- La actitud del médico internista hacia el paciente con sida es positiva a mayor años de servicio.
- La actitud del médico internista es negativa si percibe menos de 4 salarios mínimos
- La actitud del médico internista hacia el paciente con sida se determina en función del sexo del médico

El marco de referencia que nos permite sustentar el planteamiento de las 3 primeras hipótesis de trabajo anteriores, son los resultados obtenidos del estudio "La actitud del cuerpo médico y paramédico ante el paciente con SIDA", realizado

por un grupo de médicos de la Subdirección de Medicina del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" S.S.A., y cuyo objetivo consistió en detectar si existe actitud negativa por parte del grupo médico y paramédico hacia el paciente con sida.

En este estudio se evaluaron 3 aspectos fundamentales: Temor al contagio, privación de contacto y prejuicios. Los resultados obtenidos arrojan que existe una actitud con tendencia a ser positiva en el grupo médico explicado por el nivel de información el cual provoca menos prejuicios y menos discriminación hacia el paciente con SIDA. Así mismo, se demostró que los sujetos encuestados de nivel socioeconómico alto (mejor preparación) tienen una actitud más positiva que el nivel medio y bajo. Se hace énfasis en que el grado de educación determina la actitud positiva.

Volviendo a las hipótesis de trabajo de la presente investigación, en la 1ª, se incluyó la variable que considera al médico menor de 34 años de edad, ya que se parte del supuesto de que el médico "joven" tiene una mentalidad más abierta, resultado de las situaciones sociales con las que las nuevas generaciones hemos interactuado, quizás un poco independiente de la profesionalización académica y de la experiencia. La 2ª hipótesis se sustenta principalmente en la profesionalización dada por la experiencia y la educación. La tercera, se basa en la suposición de que a partir del grado de satisfacción económica que el desempeño de la profesión proporcione al médico ésta se ve reflejada en la calidad de atención que proporcione.

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Dar a conocer las actitudes de los médicos internistas que atienden a pacientes con sida del Instituto Mexicano del Seguro Social, y poder determinar si existe rechazo en la atención del paciente.

- Conocer cuál es la o las variables sociodemográficas (sexo, edad , años de servicio, estado civil e ingresos mensuales del médico), que en mayor grado determinan su actitud.
- Determinar la relación que existe entre los factores psicosociales y las variables sociodemográficas presentes en el estudio.
- Establecer la relación que existe entre los factores psicosociales señalados con la actitud.

JUSTIFICACIÓN

El Sida es un problema actual y social que pone en alerta a toda una sociedad. En nuestro país esta enfermedad se ha convertido en la cuarta causa de muerte, según las cifras estadísticas. El impacto social que ha tenido su desarrollo ha motivado a estudiosos e investigadores de las Ciencias más disímiles a trabajar directamente con los problemas relacionados con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Los médicos formulan diagnósticos e intentan tratamientos, los matemáticos han desarrollado modelos epidemiológicos para preveer el número de casos de personas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana, los economistas tratan de establecer cuál será el monto que deba asignar el gobierno al sector salud para gastos hospitalarios, considerando que habrá un número mucho mayor de enfermos en un futuro cercano. Se han realizado un sinnúmero de investigaciones que giran alrededor de las personas con sida cuyos enfoques varían. Existen las que se evocan al estudio de educación sexual entre las que destacan las de uso de condón, educación sexual en adolescentes, entre otras, prevención, Calidad de vida para los niños de la calle con sida, manuales a capacitadores, estudios sobre tanatología, religión y sida, estudios sociojurídicos, perfiles socioeconómicos, estudios de actitudes a estudiantes en diferentes niveles, y en un número cada vez mayor el estudio de actitudes dirigido al personal de salud.

Por la propia naturaleza, es necesario y apremiante atacarlo a nivel social, y como un problema de salud pública. Son muchos los tópicos que encierra este problema, así como múltiples, variadas y diferentes las situaciones de las miles de personas que hoy en día están infectadas y que se tienen que enfrentar a muy particulares situaciones. De todo un universo de grupos y personas que se han visto afectadas de manera directa e indirecta por la enfermedad del siglo, nos hemos dado a la tarea de analizar un tipo de población que, como otras muchas, trata directamente con enfermos de SIDA, sin embargo, esta población, lo hace desde su diagnóstico hasta su muerte, y para nuestro punto de vista tiene un enfoque y un papel particular en la vida del enfermo: El médico. Este, así como el resto del grupo de referencia del paciente con SIDA (familia, amigos, pareja) es susceptible a cualquier tipo de información que pueda influenciar su actitud ante su paciente, esta información puede estar llena de toda una serie de prejuicios, estereotipos, etc. que se generan en la sociedad.

Los psicólogos sociales examinan las áreas de la conducta que entrañan la interacción y relaciones entre el individuo y las demás personas, no se centra en un individuo específico, sino en los individuos en general. Precisamente por esto, que en la medida en que somos como todos y como algunos, la Psicología Social puede contribuir a la comprensión y predicción de nuestra conducta, la cual puede tener lugar a niveles interpersonales en donde suelen ocurrir los acontecimientos de nuestra vida que tienen significación inmediata o bien en el nivel del grupo mayor en donde se generan fuerzas que tienen un efecto importante y de largo alcance en nuestra vida, y es este sentido, que por la condición de ser social inmerso en la dinámica estructural de un grupo (familia, escuela, grupo laboral, etc.) la persona con Sida no puede ser ajena, ni extraña a toda una serie de situaciones generadas por su condición y que se vean reflejadas casi en su totalidad en su grupo de referencia, y en el caso concreto del paciente, el médico forma parte de él.

En el vasto panorama de la Psicología Social, el estudio de las actitudes ayuda al esclarecimiento de muchas de las situaciones sociales que se gestan en el ámbito social, ya que de esta manera se esclarecen las tendencias específicas o generalizadas que guían la interpretación de determinadas situaciones o hechos y la respuesta frente a estos. La esencia de la actitud radica en su tendencia a la acción, es una respuesta anticipada, la cual puede predecir casi totalmente la conducta. El estudio de la actitud se ocupa de la naturaleza de las actitudes medidas, por los factores que han influido en esas actitudes y las maneras en que pueden ser modificadas. Es en este sentido, que para abordar dentro del problema social que ha generado el sida, al médico que trata a personas afectadas de este mal, resulta conveniente hacerlo desde los conceptos que guían su conducta, y de esta manera encontrar una explicación

"El concepto de actitud constituye, sin duda, una de las nociones características y más importantes de la Psicología Social. Una actitud es esencialmente una forma de respuesta anticipatoria, el comienzo de acción que no necesariamente se completa. En este sentido resulta más dinámica y permite predecir más fácilmente las tendencias del comportamiento de una mera opinión o idea."
(1)

Si bien, se han logrado grandes adelantos en el conocimiento de la enfermedad, su forma de transmisión, los medios para controlar su diseminación, el SIDA aún está rodeado de grandes errores y deformaciones de la realidad que se han reflejado injustamente en las "víctimas" de este padecimiento. (Miller, 1989).

Para muchos, el SIDA es ahora el cáncer gay, el cáncer lila, la enfermedad de los negros, el mal de los haitianos para los japoneses, un mal occidental, etc. Parece ser que el depositar el mal en otros nos libra automáticamente no sólo de cargar con la responsabilidad sino también del posible contagio. Es por esta razón que resulta indispensable y apremiante el desarticular el hecho de pensar que el SIDA sólo se

puede contraer entre homosexuales, grupos de alto riesgo, o a través de prácticas de alto riesgo.

Hablar de homosexualidad, o grupos y prácticas de alto riesgo conlleva a tocar el tema de prejuicio, estereotipos, estigmatización y por tanto rechazo social. El paciente con sida pertenece a un grupo de minorías dentro de la sociedad, la cual se encarga de emitir juicios apriori que afectan a este grupo. El prejuicio ha existido desde siempre en todas las sociedades en diferentes aspectos de la vida social, en especial cuando hablamos de enfermedades contagiosas; las razones que lo explican son primeramente el temor al contagio, el valor que se le da al grupo de referencia, y la falta de información para atacar el mal, en el caso del sida a la primera información que se difundió sobre el origen de su diseminación, la cual se ha convertido en un fuerte rumor social que aún con sólidas bases científicas sobre su origen y forma de contagio, persiste.

“...a este respecto escribe A. N. J. den Hollander: ‘en cuanto se ha configurado una de estas ideas, deja de tener algo que ver con la realidad cambiante; a pesar de ello, tal idea, difundida y superada no desaparece nunca’ ”. (2)

El prejuicio se puede definir como juicios emitidos sobre miembros de determinadas categorías o grupos, en un nivel más general estos juicios se dan sin comprobar su validez por los hechos.

“La idea estereotipada es compartida acto seguido por un gran número de personas de cualquier ingroup en relación a un determinado outgroup, con lo cual puede contribuir igualmente a que aquella siga viva” (3)

La desarticulación del binomio SIDA-HOMOSEXUALIDAD ha sido una de las prioridades desde la aparición de esta epidemia. En cierta forma lo sigue siendo, si tomamos en cuenta que los sectores más retrasados de la sociedad todavía consideran que estos dos términos desembocan en un mismo concepto.

Debido al trabajo de las asociaciones y de grupos civiles parece vislumbrarse un cambio en el que la realidad probablemente se imponga sobre el prejuicio y se desarrolle una visión del SIDA más responsable, y lo que nos interesa más: una visión más humana. Se está empezando a tomar conciencia de que no sólo los grupos gay's están expuestos a la transmisión del VIH, sino toda la sociedad, es decir, una conciencia colectiva acerca del problema social que implica ser portador del VIH.

En el contexto de los problemas psicosociales originados por el SIDA, el problema debe ser enfrentado tanto por los pacientes y médicos, así como por los compañeros, amantes, familiares, amigos, etc. Entre ellos, deben coordinar la información que de alguna manera a todos les concierne y estar pendientes de todos los adelantos subsecuentes, alterando el énfasis de intervenciones según cambien las circunstancias, ya que el elevado índice de abandono de algunos pacientes (la mayoría) por sus familiares en hospitales y la elevada mortalidad en los mismos, así como la indiferencia por parte del médico, son un factor decisivo en la respuesta emocional de aquellos que siguen con vida.

"El panorama de la intolerancia y la arbitrariedad: personas despedidas de sus empleos por su condición de seropositivos, maltrato y vejaciones múltiples en los hospitales, rechazos de enfermos, escasez o ausencia de medicinas, miedo y desprecio de un sector de médicos y enfermeras, rechazo y hostigamiento en las familias, pruebas forzadas de Elisa en numerosas empresas y satanización al pie de la letra por gran parte del clero, campañas a favor del ocultamiento y el silencio en torno a las medidas preventivas, hipocresía a raudales de las autoridades de salud en

todo el país, escamoteo de cifras de muertos, enfermos y contagiados...” (4)

El enfermo de sida no deja nunca de ser humano y por tanto tiene percepciones, actitudes y un nivel de cognición que se va deteriorando conforme avanza la enfermedad, sin embargo mucho se ha hablado de la prohibición de un servicio médico humano, de la estigmatización, del mal trato a estos enfermos y de la poca disponibilidad que tiene el médico para su tratamiento. Definitivamente el médico o el grupo de médicos que tratan a pacientes con sida, son parte esencial de la vida de éste y por tanto tienen responsabilidad para su mejor calidad de vida. Del tratamiento que den estos, así como de la relación que lleven con los pacientes determina la manera en que se desarrollará la enfermedad:

“Sólo un médico que comprende la increíble complejidad del SIDA puede ser lo suficientemente idóneo para ser de real ayuda para el paciente. Algunos médicos que se especializan en SIDA pueden ser excesivamente precavidos. Un profesional que no se aparte de los rígidos lineamientos que establecen centros estatales de salud; o que no recete sino AZT o drogas similares, o que se niegue a considerar la inclusión de terapias alternativas o “complementarias” que suelen ser sugeridas por el paciente o por último, que se niegue a estar al tanto de los últimos avances científicos, ese profesional no está calificado para atender a un paciente con SIDA”. (5)

Por tanto, el médico, desempeña un papel primordial en la atención del paciente, donde se establece una relación recíproca y bilateral entre ambos, convirtiéndose en una constante la adecuada relación entre el personal de salud y los pacientes afectados por VIH/SIDA.

“La salud del paciente debería, por supuesto, ser de interés principal para el médico: tendría que estar dispuesto, al menos, a

considerar seriamente la implementación de algunas nuevas ideas o tratamientos que un paciente puede sugerir, por más inusitados que éstos puedan parecer...Es que los pacientes con SIDA necesitan un médico que esté dispuesto a ser su socio para diseñar una terapia coherente. Una relación de este tipo puede llegar a ser un arma poderosa para combatir la enfermedad.” (6)

En relación a su papel y al vínculo que se establece se han realizado investigaciones dirigidas al personal de salud que reportan datos significativos que dejan ver contradicción entre la actitud que tienen los médicos y el código ético que los rige.

En un estudio realizado en 1991 en la Cd. de Guatemala, dirigido a 360 médicos al azar, donde se pretendió analizar las actitudes, conocimientos y ética del médico ante el SIDA, se obtuvieron resultados significativos y cuestionables en donde sólo el 39% demostró tener un adecuado conocimiento sobre las formas de transmisión del SIDA y su diagnóstico, un 33 % respondió correctamente a preguntas en cuanto al manejo ético a pacientes con SIDA. El 39% respondió que los pacientes con SIDA deben ser aislados de la sociedad, un 46 % de los médicos aseveran que no admitirían a pacientes con sida, si ellos fueran dueños de los hospitales.

Sin duda, estos datos demuestran la incoherencia entre el código ético de los profesionales de la salud y su práctica, la cual debería estar totalmente apegada a él.

Haciendo un poco de historia, en Europa en el s. XIV los médicos huyeron cuando se presentó la “muerte negra”, lo mismo sucedió en el s. XVII por la gran plaga de Londres. Sin embargo, desde el nacimiento de los antibióticos se han formado generaciones de médicos acostumbrados a proporcionar atención médica en un ambiente casi totalmente libre de riesgo personal. Ante la situación actual del SIDA, valdría la pena subrayar los principios de la medicina, así como la actitud

que los médicos desarrollan (al parecer algunos) hoy en día ante la presencia de enfermedades letales transmisibles como el SIDA.

En el trabajo de investigación que nos ocupa se consideró al médico internista como sujeto de estudio debido a su formación académica, por ser un médico especialista en la atención integral de adultos, con enfermedades de alta prevalencia, por ejemplo SIDA, por poseer una preparación formal para realizar acciones de prevención diagnóstico y tratamiento, así como por tener la responsabilidad de proporcionar una vigilancia constante al paciente lo que conlleva a una relación más estrecha, entre ambos.

En relación a esta población de estudio, se presenta a continuación el análisis de un estudio realizado en 1993 por el Consejo de Medicina Interna en el cual se solicitó explorar las expectativas de los internistas que acudían al Consejo para certificarse como especialistas. Para este fin se aplicó a 107 mujeres y 299 hombres una encuesta semiestructurada cuyo objetivo fue el obtener información que permitiera enriquecer y/o modificar, según el caso, algunos aspectos relacionados con la formación del internista a partir de una visión retrospectiva de los egresados respecto a su proceso educativo de especialización.

Uno de los ítems seleccionados en esta encuesta y que representa parte del interés de estudio de la investigación, es el referente al "Desarrollo de la actitud para desempeñarse como especialista en medicina interna".

El 16% de la muestra consideró a la Medicina Interna como la especialidad en la que existe más contacto con el paciente; el 5% piensa que ésta es la especialidad que más se apega al ideal de médico. Analizando un poco el anterior resultado referente al 16%, se podría hacer notar que tomando como punto de referencia la definición de médico internista, *"...es un médico especialista en la atención integral de pacientes adultos con enfermedades de alta prevalencia, con preparación*

formal para realizar acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento médico...”, existe un porcentaje muy bajo de médicos conscientes de la interacción que se genera entre ellos y el paciente, de su responsabilidad en esta interacción, así como del papel primordial que juegan en la atención de un paciente.

En lo que se refiere a la actitud, el 13.54% considera tener la suficiente capacidad para ponerse en el lugar del otro (empatía con el paciente); el 27.33% tiene la capacidad de aceptar al paciente tal como es (respeto-aceptación); y el 55.41% tiene la cualidad de ser auténtico como persona y como profesional de la medicina (integridad).

Lo cuestionable de estos resultados recae en el contraste que se da entre la definición de médico internista, los lineamientos que proporciona la ética médica y el bajo porcentaje de médicos que tienen una actitud de empatía, de respeto-aceptación y de integridad.

Cabe señalar que a pesar de que el instrumento aplicado en esta investigación realizada en 1993 fue revisado por expertos, no fue posible someterlo a verificación, lo que limita su validez, sin embargo a nivel de “opiniones”, no se demeritan los resultados globales.

Con este panorama, nos encontramos por delante algunas interrogantes, por lo que se espera que al concluir esta investigación referente a la actitud del médico internista ante el paciente con sida, sean posibles de esclarecer.

A continuación, se presenta la reseña histórica de la enfermedad del siglo para de esta manera introducimos y comprender el motivo de los prejuicios y estereotipos que se han generado en torno a este mal ; la evolución y trayectoria que ha ido tomando a partir de su origen en una sociedad que no estaba preparada para ello.

CAPITULO I

HISTORIA DEL SIDA

1.1 ANTECEDENTES

Hacia 1980, los médicos se dieron cuenta de la existencia de una enfermedad que les pareció nueva, porque aparentemente nunca antes se había visto y porque para comprenderla debían recurrir a modelos desconocidos en la patología y la epidemiología clásicas.

Una nueva "peste" atacaba a la humanidad, una infección imposible de controlar se extendía inexorablemente y los afectados morían a pesar de los tratamientos más perfeccionados. Desde que se supo que la transmisión de esa enfermedad estaba obligada a la sexualidad, a la sangre y a las drogas, se produjeron reacciones históricas colectivas.

La enfermedad fue vista como extraña debido a sus singulares características epidemiológicas y clínicas, así como esencialmente "extranjera" porque irrumpía en un mundo ordenado, procedente de los países subdesarrollados y por intermedio de subgrupos marginales y moralmente reprobables. Su causa no podía ser sino: un virus extraño venido de fuera.

A finales de 1979, el doctor Joel Weisman, médico de Los Angeles había observado entre sus pacientes el incremento de casos del Síndrome Mononucléico, con lapsos febriles, adelgazamiento y tumefacciones linfáticas. Los enfermos eran hombres jóvenes que pertenecían al movimiento gay, que entonces estaba en plena expansión en las ciudades de California. Su estado difícilmente mejoraba, sin verdaderas curaciones. Al principio el diagnóstico de enfermedad de inclusiones citomegálicas encajaba bien con el cuadro clínico. Desde 1956 se sabía que esa enfermedad era provocada por el citomegalovirus (CMV), del grupo herpes, muy común, que puede causar lesiones celulares mortales en los recién nacidos sin

defensas inmunológicas, aunque no presente ningún peligro para los adultos. Las pruebas serológicas mostraban que la mayor parte de los homosexuales norteamericanos estaban infectados. Se atribuía a ese virus un Síndrome Mononucléico febril. No había tratamiento eficaz, pero en general los enfermos sanaban espontáneamente.

Los pacientes del doctor Weisman sufrían tanto de diarreas como de muguet oral y anal. Evidentemente, en el origen de semejante cuadro clínico tenía que haber una falla del sistema inmunológico. Dos de esos pacientes, en tratamiento desde el otoño de 1980, iban de mal en peor. Uno perdía peso y empezó a tener dificultades respiratorias. Fue hospitalizado en febrero de 1981 en el Servicio de Inmunología Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de California en los Angeles, donde el doctor Michel Glottlieb relacionó el caso con una observación hecha en el mismo servicio en diciembre de 1980: en un paciente con síntomas similares, el exámen de sangre había revelado una disminución del número de linfocitos T auxiliares. El mismo fenómeno apareció en el paciente de Weisman. El examen microscópico de las materias obtenidas por raspado bronquial reveló en ambos casos el diagnóstico de neumocistosis (neumonía debida a *Pneumocystis carinii*) Además los dos pacientes tenían en común la pertenencia al movimiento gay.

El primer anuncio oficial fue publicado el 5 de junio de 1981 por la agencia epidemiológica federal llamada Centers for Disease Control (CDC), de Atlanta, Georgia. El boletín semanal de esa agencia, (*Morbidity and Mortality Weekly Report*) dió la descripción de cinco casos graves de neumonía observados entre octubre de 1980 y mayo de 1981 en tres hospitales de los Angeles. Dos hechos justificaban esa alerta: todos los enfermos eran hombres jóvenes (entre 29 y 36 años) y homosexuales practicantes, y sus neumonías se atribuían al *Pneumocystis Carinii*. Ese protozooario es prácticamente oblicuo. Vive como parásito en numerosos animales. Se encuentra con frecuencia en el cuerpo humano, pero no provoca perturbaciones serias a menos que se vea favorecido por una deficiencia

inmunológica, ya sea en niños de pecho o en adultos sometidos a tratamientos inmunodepresores. El diagnóstico de neumocistosis había sido confirmado por la biopsia pulmonar (estudio de muestras obtenidas ya sea por vía transbronquial o por intervención quirúrgica en los pulmones).

Los cinco pacientes sufrían además de Candiolosis, afección benigna de las mucosas debida a un hongo. Los tests serológicos habían confirmado la infección por el citomegalovirus. Los cinco inhalaban poppers (nitrito de anillo o de butilo preparado en ampollas que hacen un ruido característico al romperse) uno de ellos utilizaba drogas intravenosas. La gravedad de la enfermedad era impresionante: a pesar de una quimioterapia intensiva dirigida principalmente contra el *Pneumocystis carinii* y otros agentes vírales, dos de los enfermos sucumbieron rápidamente, y ninguno de los otros tres parecía en vías de restablecerse. El primero murió en marzo de 1981. En ese paciente se había diagnosticado en 1978 la enfermedad de Holdkin, tratada con éxito mediante radioterapia solamente.

La historia del descubrimiento del VIH es interesante. Cuando se presentó la epidemia de SIDA en San Francisco y Nueva York en 1981, se especuló intensamente por qué cánceres de la piel e infecciones oportunistas antes raros estaban afectando a una población de varones básicamente sanos. A medida que se afectaron trágicamente otros grupos, como los toxicómanos que usan drogas intravenosas y los hemofílicos, fue más obvio que la causa de esta devastación era un agente transmisible - la aparición de la enfermedad en hemofílicos que utilizaban factores de coagulación sanguínea de sangre donada lo comprobaron-. Se buscaron muchos posibles agentes como causas factibles, incluyendo citomegalovirus (CMV), virus Epstein-Barr (EBV), virus de hepatitis B (HBV) y VAFC. El problema era que si bien en algunas personas con SIDA se encontraban varios o todos estos virus, muchos pacientes no mostraban signos de infección por ellos.

La marcha se aceleró cuando se descubrió que en gatos infectados con el virus de leucemia felina aparecía una enfermedad tipo SIDA. Si bien no era posible pasar este virus al hombre, la atención se enfocó en la posibilidad de que un retrovirus fuera la causa del SIDA humano. En 1983, un estudio en Harvard en Estados Unidos demostró que 40% de los pacientes de SIDA investigados tenían anticuerpos para HTLV-I. Ello sugirió que si la causa era un retrovirus humano, sus anticuerpos podrían estar "reaccionando de manera cruzada" con la prueba de anticuerpo HTLV-I. Los anticuerpos descubiertos en las pruebas utilizadas en el estudio se relacionaban con la envoltura de los virus HTLV conocidos. Casi al mismo tiempo, a mediados de 1983, un grupo de investigadores del Instituto Pasteur en París, dirigido por el Dr. Luc Montagnier, anunció que había aislado un nuevo retrovirus de un varón homosexual con linfadenopatía generalizada persistente (LGP) (que, en esa época, se pensaba sugería el inicio inevitable de SIDA). Este nuevo virus era diferente de los otros retrovirus humanos conocidos y se denominó LAV (del inglés, Lymphadenopathy-Associated Virus). La confirmación de que esto era en realidad lo que los investigadores habían estado buscando vino poco después de América, en donde el Dr. Robert Gallo anunció que en varios centros diferentes se había aislado un nuevo retrovirus de personas con SIDA. El problema fue que no pudieron compararse, ya que no había sido posible desarrollarlos en cantidades suficientes ni reproducir la transmisión del virus a otras células. En consecuencia, no fue factible determinar si eran en realidad diferentes aislados del mismo virus o de hecho se trataba del virus que originaba el SIDA.

El último paso para caracterizar al agente causal del SIDA surgió cuando el grupo estadounidense desarrolló una línea celular permisiva, que permitía así cultivar el nuevo virus III linfotrópico T humano (HTLV-III). Una vez que se dominaron la posibilidad de desarrollar el nuevo intruso y de probar su actividad en el laboratorio, se estudió la sangre de muchos pacientes y se confirmó la noticia del descubrimiento de la causa del SIDA.

Hasta el 10 de diciembre de 1993 se había notificado un total de 783,786 casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en todo el mundo. De ese total, 435,978 casos (56%) correspondía a la región de las Américas. La OPS estima que el número real y actual se acerca al doble del número de casos notificados, y que en las Américas existen entre 2.5 y 3 millones de personas afectadas por el virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH): más de un millón en América del Norte y más de un millón y medio en América Latina y el Caribe.

La epidemia del VIH en América está cambiando rápidamente de una transmisión predominante en varones homosexuales y bisexuales hacia una acelerada transmisión en la población heterosexual. Las evidencias epidemiológicas señalan que las infecciones nuevas se presentan principalmente entre los 15 y 25 años de edad, y que las mujeres adolescentes son particularmente vulnerables. Además, se observa una tendencia creciente hacia la asociación del VIH con la pobreza y la falta de acceso a los servicios básicos de educación y salud pública.

EPIDEMIOLOGIA

Probablemente el VIH se originó en Africa aunque aún no se sabe a ciencia cierta este hecho, esto se presume debido a que el familiar más cercano a este virus se encuentra en algunas especies de monos africanos. También se piensa que no es una enfermedad del todo "nueva", ya que existen argumentos basados en reportes médicos, como se mencionó anteriormente, que indican que el VIH ha existido quizá desde hace unos 10 o 15 años atrás, o incluso más, de tal forma que en términos generales puede considerarse como un viejo virus que sólo hasta fecha reciente se manifestó en una enfermedad.

La diseminación de VIH desde Africa coincidió probablemente con la migración de personas de estas áreas urbanas en desarrollo. Los años 60s y 70s han sido épocas de grandes cambios económicos en muchos estados de Africa, no menores que las industrias de turismo crecientes. En muchas partes, la vida de la clase

media en las ciudades se acompaña de cifras relativamente altas de compañeros sexuales, varones jóvenes en particular, que acuden a prostitutas de manera regular cuando están lejos de sus esposas y familiares que viven en la zona rural. Es obvio que en algunas ciudades de África hay grandes proporciones de prostitutas infectadas con VIH y que la prevalencia de la infección en muchas ciudades africanas ya es atemorizantemente alta. En este contexto de una industria sexual establecida y un turismo creciente, es fácil imaginar la posibilidad de diseminación de la infección de VIH a muchos otros países.

Durante un tiempo se consideró que Haití era la fuente de la infección de VIH en Estados Unidos - los ingresos bajos y la gran pobreza originaron una subindustria de prostitución masculina que abastecían ahí a los turistas estadounidenses -. Sin embargo, al contrario de las primeras suposiciones, parece más probable que el virus haya provenido de África y entrado en América y de ahí haya sido exportado a Haití por turistas extranjeros. La seroprevalencia creciente en Europa indicó al inicio los amplios patrones de uniones coloniales entre algunos países europeos y africanos (por ejemplo, Francia y Bélgica).

Un hecho que ha sido obvio para muchos investigadores que han trabajado sobre la experiencia africana por algunos años es que la epidemiología de la epidemia en África indica claramente que el VIH se disemina a través del sexo heterosexual, de varones a mujeres y con la misma facilidad de mujeres a varones. Sólo hasta fecha reciente se está considerando seriamente este hecho crucial en el occidente, en donde en muchos sitios la pandemia de VIH (una epidemia mundial) descarta ya el anterior juicio de ser diseminada sólo por una "plaga de homosexuales".

EL VIRUS

El agente causal del SIDA - Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)- es un retrovirus. Significa que pertenece a una familia de virus que tiene una capacidad

única, elaboran DNA (la "copia" para la replicación genética) a partir del RNA. Los virus "comunes" no la llevan a cabo; en ellos el proceso de la replicación viral ocurre en forma inversa, el DNA produce RNA. Como esta familia única trabaja en la forma opuesta, se denomina retrovirus. El VIH aparte de pertenecer a la familia de los retrovirus, pertenece a la subfamilia lentiviridae (los lentivirus se caracterizan por provocar infecciones con periodos largos y variables de latencia, sin dañar a la célula y sin inducir enfermedad, de ahí su nombre).

Tal vez, el retrovirus animal más cercano al del SIDA en el hombre es el virus III linfotrópico de células T de los simios (STLV-III) (del inglés, Simian T-cell Lymphotropic Virus-III) que ha originado afecciones en monos. Dicho virus surge de los monos verdes y macacos de Africa.

Se sabe que el VIH es un microorganismo visible al microscopio electrónico, con una estructura esférica de 90 a 120 nanómetros de diámetro, que puede vivir y reproducirse únicamente en el interior de una célula y cuya información se encuentra almacenada en dos cadenas sencillas e idénticas de ARN unidas por enlaces covalentes y de hidrógeno. El virus posee la información genética necesaria para la síntesis de todos los componentes virales y cuenta con una enzima denominada reversotranscriptasa (ADN polimerasa dependiente de un ARN viral).

El hecho de que el VIH destruya el sistema inmunológico (células), encargado de las defensas del organismo trae como consecuencia un estado de inmunosupresión, por lo que la persona infectada queda expuesta a toda clase de microorganismos patógenos (bacterias, virus, hongos, etc.), ya que no se encuentran con ningún obstáculo para poderse desarrollar libremente.

1.2 MECANISMOS DE TRANSMISION DEL SIDA

Desde mediados de 1981, cuando la epidemia aún se encontraba en su relativa infancia, los principales grupos de riesgo de infección eran hemofílicos y receptores de transfusiones sanguíneas. Sin embargo, nuevamente en 1981 y 1982, a medida que se desenredó trágicamente el registro de las víctimas los grupos de riesgo se ampliaron:

- Varones homosexuales y bisexuales.
- Hemofílicos y receptores de transfusiones sanguíneas.
- Toxicómanos que utilizan drogas inyectadas.
- Compañeros sexuales de personas de los grupos anteriores.

El riesgo de transmisión sexual (aproximadamente 1%) depende de varios factores a saber : el tipo de acto sexual, la probabilidad de que uno de los miembros de la pareja esté infectado, la cantidad de virus presente en la sangre o en las secreciones genitales de la persona infectada, y la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual o de lesiones en la piel o en mucosas en uno o en ambos miembros de la pareja. La presencia de otras enfermedades de transmisión sexual ulcerativas o que se acompañan de secreción genital puede aumentar hasta 20 veces el riesgo de transmisión sexual del VIH.

Para que el VIH pueda parasitar a una célula del organismo humano es necesario que ingrese al torrente sanguíneo, y esto sólo es posible mediante tres mecanismos:

1.- *Transmisión sexual.* Cuando existe intercambio de líquidos corporales principalmente el semen, secreciones vaginales y sangre entre una persona infectada y otra sana, ya sea en relaciones homo y heterosexuales, más aún si éstas son con parejas múltiples y frecuentes. Se ha comprobado particularmente que tanto el esperma como las secreciones vaginales, son los vectores principales de la transmisión del VIH. En cuanto a otros líquidos corporales como la orina, lágrimas y saliva, las cantidades del VIH halladas en estos fluidos son mínimas, por

ello se cree que son inoperantes para la transmisión. El VIH puede ser transmitido sexualmente por vía directa mediante:

a) Coito anal.- Cualquier práctica sexual que implique laceraciones de la mucosa rectal es considerada de alto riesgo. La penetración peneana por el recto se convierte en un acto peligroso en cuanto a la transmisión del VIH.

b) Coito vaginal.- En este tipo de coito existen menos riesgos de contagio debido a las características anatomofisiológicas de la propia mucosa vaginal. Es probable que el riesgo de infección aumente durante el periodo menstrual, ya que la composición de las secreciones vaginales, que durante los días que no hay sangrado pueden impedir el paso al VIH, cambian durante estos días. En consecuencia a condición que la mujer esté menstruando, parecería ser más probable que en el coito vaginal la transmisión del VIH ocurra de un hombre infectado a una mujer no infectada que viceversa. Esto podría deberse a que se han encontrado en las mucosas vaginales de mujeres infectadas por VIH anticuerpos contra el virus que dificultan su transmisión de mujer a hombre. (Richardson, 1990).

Los doctores Forest y O'Hagan (citados por Lu, Belec, Martín y Pillot, 1991) realizaron varias investigaciones sobre esto y enfatizan la necesidad de investigar más ampliamente sobre la inmunidad existente en las mucosas vaginales de mujeres infectadas por VIH.

c) Transmisión orogenital.- En una publicación de 1987 de la Revista "The Lancet", se comenta el caso de una bailarina de 24 años nacida en Filipinas quien fue sometida a una prueba de detección del VIH al entrar en un país mediterráneo. Al comunicársele que la prueba era positiva, se le pidió que regresara a su país donde se realizó otro estudio de detección que también resultó positivo. Esta mujer era homosexual, había tenido una compañera estable y relaciones sexuales con un gran número de mujeres de diferentes nacionalidades practicando el contacto

orogenital entre otros. Negó cualquier tipo de contacto heterosexual así como el consumo de drogas intravenosas y no tenía antecedentes de transfusión sanguínea. La explicación de infección VIH en este caso es una transmisión entre mujeres (Monzón y Capellan, 1987)

2.- *Transmisión sanguínea.* En investigaciones se señala que la aparición de casos de SIDA en receptores de productos sanguíneos y la incidencia de la infección en donantes fue uno de los primeros indicadores de la naturaleza infecciosa de la enfermedad. Esta forma de transmisión, es muy eficiente (superior al 90%), se demostró con los casos detectados en hemofílicos y en personas que habían recibido transfusiones de sangre de donadores infectados. De igual manera cuando una persona infectada por VIH se inyecta droga, la jeringa y la aguja con lo que lo hace se contaminan con su sangre. si otra persona utiliza estos mismos instrumentos sin esterilizar, parte de la sangre del primer usuario, contaminada con el VIH, entra en la circulación sanguínea de la siguiente persona y la infecta.

3.- *Transmisión perinatal.* Se acepta que la transmisión del VIH de una madre a su hijo puede ocurrir por tres mecanismos y en tres momento distintos (Sepúlveda, 1989):

a) Vía de transmisión placentaria.- En recién nacidos, se descubrió que algunos de ellos desarrollaban SIDA y al reporte de casos de niños infectados que presentaban una apariencia dismórfica característica, que hacía sospechar la transmisión temprana en el útero, se ha podido demostrar la infección por VIH en los tejidos de un feto de 15 semanas de gestación, y el virus ha sido aislado de la placenta y el líquido amniótico.

b) Durante el parto.- Sucede al haber contacto de la sangre materna con la del niño; el virus ha sido aislado de las secreciones cervicales y vaginales, por lo que se

plantea la posibilidad de que la transmisión ocurra durante el parto. Este mecanismo es difícil de comprobar ya que la transmisión pudo haber ocurrido antes, a través de la placenta.

c) Transmisión por lactancia.- El virus se ha aislado de la fracción celular de la leche en portadoras sanas. Sin embargo, el riesgo de transmisión por lactancia se desconoce, pero parece ser muy bajo comparado con las anteriores.

Recientemente se ha propuesto cambiar el término transmisión perinatal por el de transmisión vertical el cual cubre la transmisión que ocurra en cualquier momento del embarazo, el parto o posteriormente al nacimiento. Se han reportado casos de madres infectadas que dan a luz niños sanos así como de madres positivas en detección de anticuerpos, pero negativas al cultivo que dan a luz a niños infectados. Esto depende, entre otros factores, de la evolución de la infección en la madre y el estado de maduración del sistema inmunológico del niño en el momento que ocurre la transmisión.

MANIFESTACIONES DE ACUERDO CON LOS CDS (CENTERS FOR DISEASE CONTROL)

Para esquematizar el espectro clínico de la infección por el VIH. Los Centros para Control de Enfermedades de los Estados Unidos han establecido una clasificación para describir las diferentes etapas de la enfermedad.

El momento en que el VIH penetra al organismo no es detectable por cuadro clínico ni por estadios de laboratorio, tampoco es posible, en la gran mayoría de los casos, definir en forma retrospectiva el momento en que la infección ocurrió.

Sepúlveda (1989) proporciona la clasificación de las manifestaciones de la infección por VIH según los CDS.

Fase I (Infección Aguda).

Aproximadamente, entre 10 y 15% de los pacientes presentan síntomas algunas semanas después de adquirida la infección (malestar general, fiebre, dolor articular, erupción cutánea generalizada. Al conjunto de estos síntomas se le denomina: "Infección Aguda". Pueden presentarse otros síntomas como es el crecimiento de ganglios y falta de apetito. En pocos casos el cuadro puede ser severo con manifestaciones a nivel de sistema nervioso, con pérdida de estado de alerta y desorientación, o inclusive un cuadro de meningitis.

Habitualmente la sintomatología cede espontáneamente 2 a 4 semanas después de haber iniciado, sin dejar secuelas, salvo en algunos casos el crecimiento ganglionar.

Fase II (Infección asintomática - latencia).

Independientemente de que hayan presentado un cuadro de infección aguda o no, todos los pacientes infectados por VIH pasan por una etapa en la cual no tienen ninguna manifestación clínica, y en ellos la infección es detectable únicamente mediante pruebas serológicas.

Fase III (Linfadenopatía generalizada)

El término linfadenopatía se refiere a enfermedad en los ganglios linfáticos que habitualmente se manifiesta por crecimiento, dolor y cambios en la consistencia de los mismos al tacto. En esta fase hay pérdida de peso, fiebre persistente, diarrea y dificultad para concentrarse.

Fase IV (Otras enfermedades relacionadas con la infección por VIH)

a) Enfermedad constitucional (Síndrome de desgaste).- Se basa en la presencia de ataques importantes al estado general, pérdida de peso particularmente grave (mayor del 10%), fiebre, sudoración nocturna, palidez y diarrea.

b) Enfermedades neurológicas.-

1.- Encefalopatía por VIH.- Se caracteriza por una constelación de alteraciones en las funciones cognitivas motoras y conductuales. El deterioro quizá lleve a un estado de mutismo total, a cuadros de manía o psicosis, y a la debilidad muscular extrema que conduce a inmovilidad total, incluyendo incontinencia de esfínteres.

Thomas (1987) menciona que a medida que se va develando la historia natural del SIDA, se aprecia que el VIH infecta a menudo la sustancia neuronal y ello puede constituir la primera y a veces la única manifestación de la enfermedad.

Debe sospecharse un SIDA en cualquier paciente que presente una psicosis de origen desconocido y unos antecedentes de práctica homosexual o abuso de drogas intravenosas. En estos casos es necesario practicar una prueba de anticuerpo contra el VIH.

2.- Mielopatía por VIH.- El término se refiere al daño a nivel de la médula espinal. Cuanto más cerca del cráneo ocurra el daño, mayor será la zona comprometida.

3.- Neuropatía periférica.- Existe daño únicamente a nivel de las terminaciones nerviosas. Se puede dañar a los nervios sensoriales (produciendo adormecimiento, hormigueos y dolor); también se pueden afectar los nervios autónomos que regulan los órganos que no se pueden controlar a voluntad, como el corazón y los intestinos.

4.- Meningitis aséptica.- (Inflamación de las meninges). Se le denomina aséptica cuando los cultivos para bacterias son negativos. El principal síntoma es dolor de cabeza persistente.

c) Infecciones secundarias:

Categoría c1: Infecciones clásicas del sida.

- 1.- Neumonía por *Pneumocystis carinii*.- Se trata de una infección oportunista provocada por un parásito y que suele provocar neumonía llevando en ocasiones a los enfermos de SIDA a la muerte. Enfermedades oportunistas son aquellas poco comunes en la gente saludable, pero que se encuentran con frecuencia en las personas cuyo sistema inmunológico se encuentra debilitado.
- 2.- Criptosporidiasis crónica.- Es una infección provocada por un parásito protozooario que se encuentra en el intestino de los animales. Se puede transmitir al hombre, alojándose en su intestino y causándole una severa diarrea. Este parásito se transmite también de humano a humano, frecuentemente en personas cuyo sistema inmunológico no se encuentra en óptimas condiciones.
- 3.- Toxoplasmosis.- Ocasiona crisis periódicas de fiebre.
- 4.- Estrongiloidiasis Extra-Intestinas.- Es una enfermedad parasitaria causada por un estrongilo (frecuente en los animales y raro en el hombre). Usualmente habita en el riñón y puede caminar en el uréter provocando hemorragias.
- 5.- Candidiasis (esofágica, bronquial o pulmonar).- Un hongo llamado candida Albicans provoca este tipo de infección.
- 6.- Criptococosis.- El hongo criptococcus Neoformans es causante de una infección oportunista que se adquiere por vía respiratoria.
- 7.- Infección crónica por citomegalovirus (CMV).- Es un virus emparentado con la familia de los herpes virus. Las infecciones por CMV pueden ocurrir sin sintomatología o con síntomas inespecíficos como escalofríos, fiebre, irritación de garganta, debilidad y crecimiento ganglionar, hepatitis o neumonía. En casos con Inmunodeficiencia puede haber alteraciones de la visión.
- 8.- Herpes simple crónico mucocutáneo diseminado.- Esta infección viral se manifiesta por medio de vesículas agrupadas sobre la superficie de la piel o de las mucosas.

Categoría c2: Otras infecciones.

- 1.- Herpes Zoster multifocal.
- 2.- Bacterias recurrentes por Salmonella

3.- Nocardiosis

4.- Tuberculosis

d) Cánceres secundarios relacionados directamente con el VIH:

1.- Sarcoma de Kaposi. Es una forma de cáncer en la piel que suele manifestarse con la aparición de manchas violetas y tumores. Anteriormente a la aparición de la epidemia del SIDA, esta enfermedad solía presentarse únicamente en personas de edad avanzada. Brooks (1987) investigó acerca del Sarcoma de Kaposi describiendo características inhabituales de la enfermedad, por ejemplo un notable predominio en varones y la fuerte asociación con la Inmunodeficiencia.

2.- Linfoma no Hodgkin. El término Linfoma se refiere a cáncer de los ganglios linfáticos. La forma más característica de los pacientes con SIDA es la variedad denominada no Hodgkin, que tiende a comportarse de manera agresiva, y a atacar primero en localizaciones extralinfáticas, y posteriormente los ganglios.

3.- Linfoma cerebral primario. Este tipo de cáncer, puede afectar, aparte de los ganglios, al Sistema Nervioso Central, la médula ósea, la piel y los intestinos. Es extremadamente raro que los pacientes que no tienen SIDA presenten el Linfoma primario del S.N.C. (es decir, el que se manifiesta únicamente a ese nivel).

DETECCION DEL VIH

Actualmente se ofrecen tres tipos de pruebas de detección a la gente que desea saber si está infectada por el VIH (Hein y Digerónimo, 1991).

1) Pruebas de detección de anticuerpos.

2) Pruebas de antígenos.

3) Cultivos virales.

1) Pruebas de detección de anticuerpos:

El individuo infectado por el VIH desarrolla anticuerpos específicos contra el virus, es decir, se convierte en seropositivo (situación en la que existe presencia de anticuerpos en la sangre producidos por el organismo como respuesta a alguna enfermedad y que se detecta por medio de un estudio de laboratorio de suero) (Sepúlveda, 1989).

a) Prueba de ELISA (Ensayo Inmunoenzimático).- Detecta los anticuerpos que han sido producidos cuando el cuerpo está infectado con el VIH.

b) Prueba Western Blot.- Se suele usar para la comprobación de las muestras de sangre que resultaron positivas con la prueba de ELISA.

2) Pruebas de antígenos:

Detectan el VIH en sí, y no tanto sus anticuerpos. Un antígeno hace que el cuerpo genere anticuerpos. Hay diferentes tipos de pruebas de antígenos, y cada una detecta diferentes partes del virus. Las pruebas de antígenos junto con las de detección de anticuerpos pueden dar a conocer si una persona está infectada, así como el periodo de infección en que se encuentra.

En julio de 1988, se anunció una prueba de antígenos llamada PCR (cuya finalidad es detectar la reacción en cadena de la polimerasa). La PCR (Polymerase Chain Reaction) puede detectar el VIH antes de que el cuerpo empiece a generar anticuerpos, y a pesar de que el virus se encuentre escondido en las células.

Dicha técnica da la posibilidad a los médicos de separar las células de sangre de moléculas de DNA permitiéndoles, de esta manera, aislar el virus del VIH con un 94% de exactitud. Así mismo, esta técnica hace posible la detección del virus una semana después de la infección. El uso de esta prueba es restringido debido a que requiere una tecnología muy especializada, sin embargo, se pretende que poco a poco se vaya incrementando su uso.

3) Cultivos virales:

Un cultivo viral es una prueba de laboratorio en la que los laboratoristas hacen crecer el VIH proveniente de las células o de los líquidos corporales de una persona infectada. Sin embargo, aún cuando una persona esté definitivamente infectada, el virus no siempre crece. Es por ello que los cultivos se usan sólo en combinación con otros tipos de pruebas.

RESULTADOS DE LA PRUEBA DE DETECCION DEL VIH

Resultado Falso-Positivo.

Algunas veces, los resultados de la prueba, pueden ser positivos cuando en realidad, la persona en cuestión no tiene el VIH. A este resultado se le denomina falso-positivo y es más probable que éstos ocurran en el caso de personas que no llevan a cabo ninguna de las actividades que se consideran de alto riesgo, a saber:

- 1) Quienes tengan vida sexualmente activa con varias personas, o lo hayan tenido de 1981 a la fecha.
- 2) Quienes han sufrido infecciones transmitidas sexualmente.
- 3) Quienes sean o hayan sido receptores de sangre o productos derivados de la sangre a partir de 1981.
- 4) Quienes sean hemofílicos.
- 5) Quienes practiquen la prostitución (femenina o masculina)
- 6) Quienes tengan actividad sexual con individuos que se dedican a la prostitución.
- 7) Mujeres que se encuentren en edad gestacional y que posean algún factor de riesgo como:
 - a) haber usado drogas por vía intravenosa.
 - b) haber practicado la prostitución.
 - c) haber tenido compañeros sexuales infectados o que posean un factor de riesgo.

8) Quienes han tenido relaciones sexuales con hombres bisexuales, homosexuales o consumidores de drogas intravenosas.

Cuando la gente que ha llevado a cabo actividades de alto riesgo se somete a las pruebas de detección, en más de 99 de 100 casos los resultados positivos corresponden a una situación real de infección.

1.3 ULTIMOS AVANCES EN INVESTIGACIÓN SOBRE SIDA

A) VACUNAS:

Como es sabido, la tarea de una vacuna consiste en proteger a la gente no infectada, y tiene como finalidad prevenir una enfermedad, no curarla. El objetivo de tener una vacuna debe conferir protección contra todas las cepas y de preferencia contra ambos tipos de VIH. Debe también inducir la producción de anticuerpos que actúen sobre los virus libres, para evitar que penetren a las células, y debe además promover la producción de linfocitos T citotóxicos (CD8), capaces de reconocer y matar las células infectadas por el VIH.

En la actualidad está en avanzado grado de desarrollo una vacuna preventiva contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que es capaz de neutralizar la multiplicación del virus, en el Instituto Finlay de Cuba. El Dr. José de la Fuente de origen cubano, investigador de Centro de Ingeniería y Biotecnología de Cuba, destaca que a través de esta vacuna se pretende no sólo despertar una respuesta inmune en el organismo, sino que esta sea neutralizante, es decir, capaz de contrarrestar la multiplicación del virus del SIDA. Después de pruebas preclínicas exitosas en diciembre de 1996 se inició la fase clínica uno, con 24 voluntarios sanos; se espera que para la segunda mitad de este año se tengan resultados disponibles sobre esta fase de investigación clínica

B) MEDICAMENTOS ANTIVIRALES:

Los medicamentos antivirales atacan el virus en una persona infectada. Algunos antivirales que se están desarrollando intentan bloquear el virus antes de que haga daño a otras células; otros intentan impedir que el virus se siga produciendo dentro de las células, por lo que ayudaría en gran medida a prevenir enfermedades relacionadas con el VIH, que por lo general son fatales.

Es difícil encontrar medicamentos antivirales que combatan el VIH. Aún cuando pudiera ser bloqueada la producción de nuevos virus, los que ya existen seguirían estando en las células infectadas, por lo que los tratamientos tendrían que administrarse de por vida. Otro de los problemas es que puede pasar del torrente sanguíneo al cerebro; es difícil desarrollar medicamentos que sean suficientemente fuertes como para que alcancen a las células del cerebro sin ocasionar daños a otras partes del cuerpo.

Desde 1987 el único medicamento para el SIDA que formalmente se ha probado es una medicina líquida o en forma de cápsula llamada Azidotimina o AZT, el cual evita que una célula infectada produzca más VIH, por lo que ofrece el sistema inmunológico una oportunidad para combatir las enfermedades que afectan a la gente con SIDA.

Por lo general las personas que toman AZT se sienten mucho mejor, estas personas han fortalecido su sistema inmunológico; muchos vuelven a subir de peso y presentan menos fiebres e infecciones. El AZT no constituye una cura para el SIDA pero ayuda a mejorar la vida a las personas infectadas. Su uso se difunde cada vez más, en un principio, se suministró sólo a aquellos que se encontraban en etapas terminales; posteriormente se descubrió que era más eficaz cuando se tomaba en etapas tempranas del desarrollo del SIDA. Actualmente se suministra a personas asintomáticas infectadas con el VIH. Esto permitirá a los científicos valorar

su capacidad de combatir las enfermedades oportunistas y de mantener a la gente infectada con VIH lo más sana posible.

Sin embargo, el AZT presenta algunos problemas en muchas personas: tienen efectos colaterales. Estos pueden ir desde una náusea hasta alteraciones muy peligrosas en la médula ósea o en algunos órganos como en el hígado. Así mismo los efectos del AZT duran sólo unas pocas horas, por lo que es necesario suministrarla continuamente a través de la vena, o bien, en forma oral cada cuatro o seis horas. El AZT afecta las células saludables tanto como las infectadas por lo que pueden existir otros efectos hasta ahora desconocidos. El AZT ha mejorado la calidad de vida de muchas personas con SIDA; otras desafortunadamente no han podido resistir sus efectos colaterales.

Como ya se sabe, hasta el momento no se cuenta con ningún tratamiento capaz de eliminar el VIH. Por lo general los tratamientos son de tipo sintomático, es decir, están dirigidos a combatir la infección o patología presente en cada paciente específico. Por ejemplo: a un paciente con cuadros de *Pneumocystis Carinii* se le recomienda Trimetropina con Sulfametoxazol independientemente que se le haya diagnosticado SIDA o no.

En nuestro país los enfermos de SIDA no se encuentran en las mejores condiciones para su tratamiento, por lo que el gobierno hace lo que más puede para brindar una atención hospitalaria a un gran número de personas infectadas por este virus.

Como es de esperarse, los pacientes que se enfrentan a esta situación sufren de manera física y emocional, por lo que se sienten desalentados al no encontrarse con los medios para un tratamiento efectivo, además de que los existentes tratamientos antivirales son muy costosos.

El paciente con SIDA necesita de una atención hospitalaria especializada, su tratamiento es muy complejo y costoso tanto por los medicamentos como por el trabajo interdisciplinario de diferentes especialistas: neurólogos, psicólogos, dermatólogos, neumólogos, etc.

Se estima que para tratar a todos los pacientes de SIDA en América Latina y el Caribe, para 1999 el costo sobrepasará los USD 2,000 millones. El impacto económico del SIDA es enorme, porque la mayoría de las personas afectadas se encuentran en los grupos de edad más productivos. Esto es especialmente significativo si se tiene en cuenta que muchos países atraviesan una grave crisis económica que, a su vez, limita la posibilidad de importar medicamentos y otros suministros para combatir la enfermedad.

Es importante señalar que el SIDA no solo afecta al paciente y a sus familiares, allegados y amigos, sino que tiene efectos significativos sobre toda la sociedad. Sus consecuencias repercuten sobre las instituciones religiosas, políticas y sociales, así como sobre los sistemas de seguros médicos y de vida, y obligan a reevaluar constantemente la mejor manera de prevenir y enfrentar esta enfermedad.

Existen altas tasas de mortalidad, pues un paciente con SIDA fallece a más tardar en un periodo de cinco a diez años a partir del diagnóstico. Además de tratamiento médico, el tratamiento psicológico se considera fundamental para el paciente infectado con el VIH, así como para los familiares de éste.

1.4 SITUACIÓN DEL SIDA EN MEXICO

Como es sabido, en 1983 se describió el agente etiológico y en 1984 se produjeron los primeros reactivos para la detección de anticuerpos contra este virus, lo que permitió que en 1985 se iniciaran las encuestas serológicas en un

grupo con prácticas de riesgo en el Distrito Federal, y después se extendieron, transformándose en encuestas "centinela" para determinar seroprevalencia, factores de riesgo e incidencia en grupos poblacionales, y de esta manera se hizo el diseño de un programa para intervenir en la cadena de transmisión de la enfermedad.

En 1986 la Secretaría de Salud, con fines de vigilancia epidemiológica, adicionó el SIDA a la lista de enfermedades sujetas a notificación inmediata de casos y se estableció la obligatoriedad de investigar anticuerpos contra el VIH en todos los donadores de sangre. En 1988 se realizaron estudios serológicos transversales para el VIH en ocho ciudades del país y en cinco grupos poblacionales: homosexuales, prostitutas, prisioneros, hemofílicos y embarazadas. Hasta marzo de 1995 se habían realizado 55,000 estudios serológicos centinela de infección por VIH.

Hasta el mes de abril de 1995 se habían notificado 22,312 casos de SIDA, de los cuales sólo el 39% permanecía con vida (tasa de letalidad a esa fecha de 61%).

Para esta misma fecha, la SSA estimaba que había 86,000 infectados que permanecían asintomáticos; 13,000 enfermos vivos, y que en el primer semestre de 1996 morirían por esta causa la mitad de los pacientes de ese momento.

De los casos reportados, 83.7% fueron adultos del sexo masculino; 13.5% mujeres adultas; y 2.8% menores de 15 años.

Es necesario hacer notar que existe una importante subnotificación de la defunciones por SIDA.

De los adultos masculinos con factor de transmisión conocido, el 65.9% eran homosexuales o bisexuales. Heterosexuales eran 22.9%. Llama la atención que

por transfusión sanguínea la había adquirido el 5.7% y que hubo 2.1% que fueron donadores de sangre por paga. En porcentos bajos aparecen los hemofílicos (1.2%) y drogadictos (2.5%). Es fácil apreciar que seguramente algunas personas podrían caer en dos o más categorías.

Por distribución geográfica la entidad con mayor número de casos fue el Distrito Federal (tasa de 78 por 100.000) segundo por Jalisco (48.5), Morelos (38.2) y Baja California (37.0). Por ciudades, las tasas más elevadas fueron: Guadalajara (97.0), Cuernavaca (78.7) y el Distrito Federal (75.8).

Los estados con las tasas más bajas fueron Hidalgo (9.1), Tabasco (6.8), Zacatecas (6.6) y Chiapas (6.0).

En los adultos, hombres o mujeres, los grupos de edad de 25 a 44 y de 45 a 64 fueron, en ese orden, los más frecuentes. En los hombres, el tercer grupo fue de 15 a 24 años, pero en las mujeres corresponde al de menores de 15 años.

La curva de morbilidad por SIDA en México puede dividirse en tres etapas: La inicial de la epidemia se presentó en crecimiento lento. En 1986 se inició la etapa de rápido crecimiento hasta 1990. Rápido crecimiento a nivel nacional está ajustado a una curva de crecimiento exponencial con periodos de 6 meses para la duplicación del número de casos acumulados. A partir de 1991 se presentó en México al igual que en otros países occidentales, un fenómeno de desaceleración o de crecimiento amortiguado con periodos de duplicación de 12 meses; y a partir de 1993 descendió a 16 meses.

TENDENCIAS EN MÉXICO



Es difícil caracterizar al SIDA en México de manera global, pues existen a lo largo del país regiones que, por la magnitud del problema y los patrones epidemiológicos que las distinguen, indican la existencia de diversas subepidemias, sin embargo se puede afirmar que a nivel nacional y a lo largo del tiempo, la epidemia ha presentado tres tipos de tendencia en cuanto a su magnitud:

- de 1983 a 1986 el crecimiento fue lento
- de 1987 a 1990 fue de tipo exponencial
- a partir de 1991 ha sido un crecimiento exponencial amortiguado, con una tendencia a la estabilización.

Las principales tendencias actuales de la epidemia de SIDA en México son :

- Heterosexualidad progresiva : si bien al inicio de la epidemia había un caso en mujeres por cada 25 hombres, esta razón ha tendido al equilibrio, y en la actualidad, hay un caso de mujer por cada 6 casos en hombres ;
- Aumento en el número de casos pediátricos : durante los primeros años los pocos casos de SIDA pediátricos ocurrieron en niños que habían recibido transfusiones con sangre contaminada ; sin embargo, a partir del control de la sangre se ha observado un aumento de casos pediátricos infectados por vía perinatal ;
- Disminución del número de casos por transfusión sanguínea : actualmente se nota una importante diferencia entre el número de casos esperados y los observados pro transmisión sanguínea, lo cual es resultado de las medidas adoptadas en 1986 y 1987 referentes a la obligatoriedad de la prueba de

detección de anticuerpos contra el VIH en toda unidad de sangre o hemoderivados, así como a la prohibición de la comercialización de la sangre ;

- Ruralización de la epidemia : si bien el mayor número de casos de SIDA se concentra en las grandes ciudades, se ha observado una mayor proporción de casos a lo esperado en zonas rurales de estados del interior de la República con alto flujo de población migrante a los Estados Unidos de Norteamérica.

En cuanto a las características de las formas de transmisión y sus tendencias, en términos generales podemos decir que el SIDA en México se continúa heterosexualizando, ruralizando, y que la transmisión sanguínea se encuentra bajo control. Así, pasó de ser una epidemia predominante de hombres homosexuales y mujeres transfundidas, a ser cada vez más un padecimiento de transmisión heterosexual. De hecho en mujeres adultas la transmisión heterosexual corresponde actualmente a la mitad de todos los casos acumulados (50.2%), pero si consideramos los casos notificados durante los cuartos trimestres de 1990 y 1994, vemos que el porcentaje aumentó de 34.4% a 67.4% en esta categoría. La transmisión sexual en hombres sigue siendo predominantemente homo/bisexual, pero también ha aumentado la transmisión heterosexual.

La mortalidad por SIDA en hombres entre 25 a 44 años se ha desplazado rápidamente a los primeros lugares y las tasas de mortalidad por esta causa son cada vez mayores. De hecho en 1992 fue la sexta causa de muerte en este grupo a nivel nacional y la cuarta en el Distrito Federal.

Hasta el 30 de abril de 1996, el Registro Nacional de Casos de SIDA contaba con 26,977 casos. En los casos notificados durante el presente año se continúa observando retraso en la notificación. La estimación del número real de casos de SIDA en México es de 36,790 al corregir por subnotificación y retraso en la notificación.

Edad y sexo

Durante los cuatro trimestres de 1990, 1994 y 1995 la mayor parte de los casos notificados ocurrió en los grupos de 20 a 49 años. En esos grupos entre el 87.1% y el 80.0% de los casos acumulados tanto en hombres como en mujeres en 1995, el 86.8% pertenece a estos grupos de edad, correspondiendo el 30.3% al grupo de 20 a 29 años, al de 30 a 39 años el 38.6% y al de 40 a 49 años el 18.0%.

Los resultados del análisis por tasa indican que los hombres están seis veces más afectados que las mujeres. Uno de cada 637 hombres del grupo de edad de 30 a 34 años se ha visto afectado por la enfermedad, en comparación con una de cada 4,425 mujeres de este mismo grupo; en el grupo de 35 a 39 años uno de cada 691 hombres se ha visto afectado, comparación con una de cada 4,444 mujeres. La razón hombre/mujer es diferente según los grupos de edad. Para los grupos más afectados (25 a 39 años) esta razón varía entre 6 y 8 hombres por cada mujer afectada, mientras que es de 2:1 en el grupo de menores de 10 años.

Distribución Geográfica

Al comparar los casos acumulados para este trimestre entre 1990 y 1995, se aprecia que en 21 estados el número de casos notificados en 1995 fue mayor; sólo en 8 fue menor y dos entidades permanecieron sin cambio. En contraste, la comparación entre 1994 y 1995 muestra que sólo en 11 estados se notificaron más casos de SIDA; 19 reportaron menos, y un estado permaneció igual.

Del total acumulado de casos, 14,399 (56.0%) se concentran en el Distrito Federal, Estado de México y Jalisco. Las mayores tasas de incidencia por millón de habitantes se encuentran en el Distrito Federal (750) y Morelos (446). Las entidades con menor incidencia son: Zacatecas (86), Chiapas (91), y Guanajuato (98).

Es necesario aclarar, que las tasas por estado, fueron calculadas utilizando las cifras poblacionales ajustadas de acuerdo al Banco de Datos Sociodemográficos 1980-2010 (Secretaría de Gobernación/CONAPO).

Las entidades con mayor razón de casos por habitante son: el Distrito Federal, en donde uno de cada 1,333 habitantes tiene SIDA o ha fallecido por este padecimiento; el estado de Baja California con uno de cada 1,669, y el estado de Jalisco con uno de cada 1,792 habitantes.

CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN EN ADULTOS

El análisis de las tendencias por factor de riesgo en adultos, indica un importante descenso en la transmisión sanguínea, que representó el 22.3% de los casos acumulados hasta el cuarto trimestre de 1990 y descendió a 10.4% en los casos acumulados hasta ese trimestre de 1994 para el cuarto trimestre de 1995 el 7.8% de los casos en adultos, cuyo mecanismo de transmisión se conoce, adquirieron la infección por esta vía. La proporción de casos atribuibles a transmisión heterosexual en cambio, aumentó de 21.0% de los casos acumulados hasta el cuarto trimestre de 1990 a 35.0% en 1994. Para el último trimestre de 1995 fue de 35.2%.

Si tomamos en cuenta la transmisión sexual en su conjunto, las cifras son de 76.7%, 88.3% y 91.8% para 1990, 1994 y 1995 respectivamente. Una de las cifras que más ha cambiado es la de los casos en donde el factor de riesgo no fue documentado, que fue de 13.8% en 1990 y de 39.1% en 1994; para 1995 fue de 42.3%.

Hombres

Se observa una tendencia al aumento de los casos adquiridos por vía sexual. En 1990 fue de 84.8% y para 1995 fue de 94.0%.

Hasta el 1º de enero de 1996, se notificaron un total de 21,648 casos en hombres adultos: 6,006 (38.6%) son homosexuales; 4,232 (27.2%) bisexuales y 3,692 (23.7%) heterosexuales. En total para la categoría de transmisión sexual, se reportaron 13,930 casos.

Mujeres

En los casos atribuibles a transmisión heterosexual hubo un incremento considerable; cuando en 1990 el porcentaje de personas infectadas por esta vía fue del 34.4%, en 1995 aumentó a 74.2%.

CATEGORIAS DE TRANSMISION EN NIÑOS

En los casos acumulados de SIDA pediátrico las tendencias por factor de riesgo son las siguientes: por vía sanguínea se presente una disminución importante: de 40.7% en 1990a 15.9% en 1995; por el contrario, por transmisión perinatal de 56.8% en 1990 aumentó a 82.6% en 1995. Este incremento se asocia al aumento de casos de SIDA en mujeres heterosexuales

Durante el último trimestre se notificaron 19 casos nuevos de SIDA en niños, de los cuales 6 fueron niñas y 13 niños. Ninguno de los casos es atribuible a transmisión sexual.

Los casos acumulados para finales de este trimestre en menores de 15 años son 703; 449 (63.87%) en niños y 254 (36.13%) en niñas. Esta diferencia por sexo podría estar dada en parte por las características propias de la hemofilia.

De los casos pediátricos acumulados hasta el 1º de enero de 1996, el 60.4% se transmitió por vía perinatal; el 23.2% por transfusión sanguínea; el 14.6% en hemofílicos y el 1.8% por abuso sexual. No fue documentada la categoría de transmisión en 135 casos (19.2%).

CATEGORIA DE TRANSMISION POR ENTIDAD FEDERATIVA

Hombres

Los factores de riesgo asociados a la transmisión del VIH en los casos de SIDA presentan diferentes proporciones según la entidad federativa. Por ejemplo, los porcentajes más altos de transmisión en hombres adultos homosexuales se encuentran en Yucatán (44.5%), Nuevo León (37.6%) y Colima (37.0%), en contraste con Tlaxcala (16.3%) y Puebla (17.5%).

En los casos reportados por transmisión bisexual se observa también un fuerte contraste entre Yucatán (32.9%) y San Luis Potosí (32.5%), con respecto a Tlaxcala (12.6%).

Para transmisión heterosexual, Chiapas y Puebla presentan los porcentajes más altos con 43.4% y 40.6% respectivamente. En cambio, en esta categoría Yucatán es el más bajo con 6.8% y Baja California Sur con 8.5%.

Por transfusión sanguínea Puebla y Jalisco reportan los porcentajes más altos con 7.5% y 6.9% respectivamente.

Los estados con mayor proporción de casos en donde el factor de riesgo no fue documentado son el Estado de México (43.2%) y el distrito Federal (35.3%). Puebla en cambio tiene sólo el 3.8% de casos en esta categoría. Sonora y Baja California Norte son los estados que reportan mayor número de casos asociados a drogadicción intravenosa con 5.5% y 4.5% de sus casos en esta categoría.

Mujeres

En mujeres, los estados que reportan mayor proporción de casos asociados a transmisión heterosexual son Durango (75.0%) y Tabasco (64.7%), mientras que Zacatecas y Jalisco tienen en esta categoría las menores proporciones, con 16.7% y 18.2% respectivamente.

Para transfusión sanguínea Zacatecas y Nayarit reportan el 75% y el 63.5%, en contraste con Tabasco, que presenta el 11.8% y con Quintana Roo y Durango con 12.5% de sus casos asociados a esta categoría de transmisión.

Quintana Roo y el Estado de México son los estados que tienen mayor proporción de casos en mujeres cuya categoría de transmisión no fue documentada, con 43.8% y 42.9% respectivamente. En cambio Puebla sólo tiene 3.5% de sus casos femeninos no asociados con ninguna categoría de transmisión.

También para mujeres, los estados que presentan mayor proporción de casos asociados a drogadicción intravenosa son Sonora (3.7%) y Baja California (2.8%).

CATEGORIA DE TRANSMISION POR EDAD Y SEXO

La mayor proporción de casos atribuibles a transmisión sexual en hombres se presenta en los grupos de 20 a 44 años de edad, que son los de mayor actividad sexual. Para esta misma categoría de transmisión, pero en mujeres, los grupos de edad más afectados también están entre los 20 y los 44 años (edad reproductiva).

En relación a los casos por transfusión sanguínea, éstos se observan en todos los grupos, pero la mayor proporción para el caso de los hombres se encuentra entre los 25 y los 34 años, mientras que para las mujeres es entre los 20 y 44 años.

Los casos en hemofílicos se encuentran mayoritariamente entre escolares y adolescentes. En cuanto a los casos en drogadictos intravenosos, existen 9.6 casos en hombres por cada caso en mujeres.

Para el sexo masculino el mayor problema se encuentra entre los 20 y 39 años de edad. En los casos de hombres ex-donadores remunerados de productos sanguíneos, la mayor proporción de casos se sitúa entre los 20 y 49 años, al igual que en las mujeres.

En los casos perinatales no se observan diferencias importantes por sexo y la mayor proporción de casos se encuentra en lactantes y preescolares.

INSTITUCIONES NOTIFICANTES

La institución que acumula la mayor proporción de casos registrados es la SSA con 12,305 casos (47.8%); el IMSS ha notificado 8,934 casos (32.6%); 3,264 casos (12.7%) han sido notificados por otras instituciones y el ISSSTE ha notificado 1,783 casos (6.9%).

EVOLUCION DE LOS CASOS

Del total de casos, 14,679 han fallecido y corresponden al 57.0%; continúan vivos 9,196 (35.7%) y se desconoce la evolución de 1,871 (7.3%).

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE SIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA, es un padecimiento sujeto a vigilancia epidemiológica obligatoria en México a partir del año 1986. La definición de caso de SIDA se ha modificado a lo largo de la epidemia incluyendo cada vez un espectro más amplio de padecimientos indicadores de SIDA, según se especifica en la **Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA-1993**, publicada el 17 de enero de 1995 en el Diario Oficial.

PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DEL SIDA EN MEXICO (CONASIDA)

Antecedentes

En 1985 se iniciaron acciones aisladas dirigidas a prevención de la infección por HIV/SIDA, destinadas a la prevención de la transmisión sanguínea pruebas de detección en donadores, cursos de capacitación en trabajadores de bancos de sangre y a la prevención de la transmisión sexual (diseño, elaboración y difusión de folletos) así como a la realización de encuestas serológicas en hombres y homosexuales y bisexuales.

En 1986 se creó el Comité Nacional de Prevención de SIDA, CONASIDA, con el objeto de evaluar la situación nacional en lo relativo al SIDA y a la infección por HIV, así como de establecer criterios para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control; apropiados, teniendo en cuenta otros problemas prioritarios y a los recursos de salud del país.

El Comité evolucionó por la magnitud y complejidad del problema y la necesidad de impulsar el programa, hasta convertirse en un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud, denominado Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, creado por acuerdo presidencial en agosto de 1988, preservando las siglas de CONASIDA.

Este organismo cuenta con la representación de diversas instituciones del sector salud, así como de otras instancias públicas, sociales y privadas, ya que busca promover la intervención de los distintos sectores de la sociedad en aras de lograr congruencia y consenso en las medidas que se adopten ante la pandemia.

El principal reto ha sido la necesidad de fortalecer la infraestructura de procesamiento y análisis del Sistema de vigilancia, tanto a nivel local como nacional, con el objeto de mejorar la calidad de la notificación. También es necesario realizar la revisión de expedientes hospitalarios y la de certificados de defunción, con el objeto de llevar a cabo una evaluación de la sensibilidad y especificidad de la definición. Asimismo se requiere mantener e incrementar la

capacitación de los epidemiólogos locales en los diferentes procedimientos de vigilancia. Es necesario llevar a cabo la sistematización de los estudios de vigilancia centinela e incrementar los grupos estudiados.

Los principales logros han sido la elaboración de la campaña de comunicación social para público en general, poblaciones con prácticas de alto riesgo y personal de salud, se han producido impresos para el público en general y población con prácticas de alto riesgo, programas de radio, televisión, boletines de prensa, folletos, impresos y audiovisuales.

Existe la necesidad de ampliar la cobertura de la campaña tanto a la población general como a grupos específicos. Es necesario incrementar los mensajes difundidos. Se requiere incrementar y descentralizar la acción de los centros de detección y consejería a todo el país. Asimismo, es necesaria la elaboración de mensajes educativos adaptados a las necesidades locales. Es necesario difundir los productos que han sido evaluados a través de estudios focales así como continuar con la producción de los mismos.

En 1990 se extendió por primera vez el Día Mundial del SIDA a una semana denominada "Jornada Nacional de Lucha contra el SIDA", durante la cual se consolidaron programas de acción para 1991 y se acordó la coparticipación de comunidades artísticas, universitarias, sindicales, de beneficencia pública y de organismos no gubernamentales.

a) En ese mismo año se evaluó todo el trabajo, previo sistematizando y diseñando estrategias educativas más adecuadas para cada grupo de la población. Se proporcionaron cursos dirigidos al personal del Sector Salud y del Sector Educativo. En julio de 1990 se inició el Programa Nacional de Prevención del SIDA en el magisterio y en colaboración con la SEP, con un curso de capacitación para capacitadores seleccionados los cuales a su vez capacitaron "en cascada" a

1800 profesores de la SEP entre julio y diciembre de 1990. Se inició asimismo la capacitación del magisterio en el interior de la República en los estados de Hidalgo y Jalisco.

b) Se inició la capacitación de personal médico y paramédico del sector salud (IMSS, ISSSTE, Instituto Nacional de Ortopedia, Servicios Coordinados del Estado de Guanajuato).

c) Se diseñó, con base en una investigación previa una estrategia educativa para prostitución, que se llevó a cabo en 1991, que a la fecha sigue vigente.

Actualmente se han considerado los siguientes retos como apremiantes para poder abarcar lo mas posible la necesidad de capacitación y participación por parte de la sociedad:

a) Capacitar a un grupo de personal médico y paramédico en cada una de las cinco regiones del país, para la atención integral de los infectados y enfermos.

b) Promover la participación de un grupo del sector educativo por estado o cuando menos por región para el trabajo de prevención del SIDA.

c) Evaluar nuevas estrategias educativas que sean adecuadas para el abordaje de la sexualidad y la prevención de enfermedades sexualmente transmisibles.

d) Diseñar y evaluar material educativo que permita ampliar la cobertura de los servicios del centro, utilizando nueva tecnología en comunicación (videos, etc.)

e) Diseñar y evaluar estrategias educativas para grupos específicos: médicos, prostitutas, niños de la calle, amas de casa, etc.

1.5 SITUACION MUNDIAL DEL SIDA

Hasta el primer semestre de 1995, se habían reportado a la Organización Mundial de la Salud 1,169,811 casos acumulados de SIDA en todo el mundo. Esta cifra representó un incremento del 19% con respecto al año anterior.

Tomando en cuenta el subregistro y el retraso en la notificación, se estima que el número real de casos debe ser de más de 4.5 millones; es decir, casi cuatro veces mayor al reportado. El continente africano es en el que se estima un mayor subregistro.

De hecho, tomando en cuenta los casos notificados contribuye con el 35.5%, pero en la estimación corregida por subregistro, se calcula que contribuye con algo más del 70% de los casos mundiales.

Para este mismo periodo de 1995, se estima que alrededor de 18.5 millones de adultos y más de 1.5 millones de niños, han sido infectados con el VIH, de los cuales entre 14 y 15 millones continúan vivos.

Para el año 2000, los niveles de infección por el VIH alcanzarán índices alarmantes, lo que indiscutiblemente determinará el incremento de recursos en el área de salud de los países en desarrollo, suscitando grandes impactos entre las mujeres y sus niños.

	1994	2000
AFRICA	435,000	710,000
ASIA	65,000	375,000
AMERICA LATINA	110,000	150,000
EUROPA/USA	61,000	40,000

Proyección de personas contaminadas por el VIH para el año 2000.

Síntesis de la Agenda 21

El documento generado a partir de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo celebrada en Río de Janeiro, Brasil, en junio de 1992, denominado **Agenda 21**, establece un plan de acción en el ámbito mundial referente a los temas de medio ambiente y recursos naturales, esto con el propósito de mejorar la calidad de vida de todas las personas del planeta Tierra. Cabe señalar que la Agenda 21 abarca muchos de los problemas que

actualmente enfrenta la humanidad en diferentes ámbitos, y entre ellos se hace mención a la pandemia del SIDA en el apartado titulado PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD HUMANA en el cual se establece como compromiso mundial el “promover campañas de vacunación y de control del SIDA”.

CAPITULO II ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL SIDA

2.1 ACTITUDES SOCIALES

"Para comprender la conducta social de una persona debe entenderse la psicología del sentido común que la guía." (7)

La conducta de los individuos puede ser estudiada según las actitudes, los valores, creencias y hábitos característicos de ciertos individuos o de los individuos en general. Nosotros los psicólogos sociales, solemos interesarnos más en los individuos en general, ya que esta estrategia es propia de nuestra disciplina. La comprensión de los principios generales de la conducta humana nos permite formular mejores pronósticos sobre los individuos, mientras que el análisis de la conducta de una sola persona puede aportar datos que sólo sean pertinentes para ella. Las ligeras diferencias o cambios de la conducta de uno o dos individuos pueden tener escaso valor en lo que respecta a establecer teorías generales de la conducta, pues las pequeñas variaciones pueden ser muy significativas si se observan en todas o la mayoría de las personas incluidas en una encuesta bastante amplia.

Debemos observar también que la predicción de la conducta de un individuo es más incierta que la del grupo, incluso cuando se cuenta con datos basados en tendencias normativas; también, la predicción de la conducta de las personas es parte necesaria de la experiencia cotidiana y cuanto mejor comprendamos los principios que afectan la conducta, más probabilidades tendremos de acertar en nuestros pronósticos.

Los acontecimientos más importantes de nuestra vida suelen ocurrir en la interacción que se establece entre nosotros y otros individuos. Estos son los sucesos que nos proporcionan alegría o pena, que conforman nuestra conducta y

contribuyen a hacer de nosotros los individuos que actualmente somos y que dan a la vida la mayor parte del sentido que puede tener para cada cual. Los grupos (sociedades, culturas, organizaciones, etc.) tienen también un significativo efecto en nuestra vida. pero su influencia suele expresarse en forma de acontecimientos interpersonales. Las creencias y valores que determinan la conducta individual derivan, en gran parte de la cultura, pero tienen que **aprehenderse**.

“Un hombre podría sentirse incómodo al ver un grupo de homosexuales descarados. Su propio autodictámen incluirá la incomodidad, pero no mencionaría la causa. El no puede aceptar su propia inquietud, su identidad sexual indefinida o quizá sus esperanzas y temores en relación con la abierta hostilidad. Distorsionando sus percepciones él puede, a su vez, reaccionar con abierta hostilidad ante los homosexuales tratándolos como una amenaza externa en lugar de aceptar su conflicto interno.”(8)

El autor Carl Rogers, hace mención de este hecho para señalar la tendencia reactiva de este hombre al observar a un grupo de homosexuales, los cuales no le hacen ningún daño, sin embargo su reacción es negativa hacia ellos aunque no lo manifieste en ese momento. Esta reacción, es una manifestación de sus **actitudes** hacia los homosexuales, aunque él ignore el origen de esta tendencia hacia ellos. Este ejemplo, no pretende hacer ningún tipo de relación entre los homosexuales y el tema que nos ocupa en esta investigación; sin embargo, con él, se introducirá al estudio de las actitudes y en particular, de la actitud que se origina por el desarrollo de una enfermedad como el SIDA.

Primeramente, se hablará de las características propias de "las actitudes", de esas identidades y definiciones que aprendemos y que a su vez nos llevan a escoger determinados modelos de reforzamiento y a evitar otros.

El concepto de actitud es probablemente el concepto más distintivo e indispensable en la Psicología Social contemporánea. El interés en su estudio se debe al rol principal que desempeña en la dirección y canalización de la conducta social.

Kimball Young (1977), en su Psicología de las actitudes, define a las actitudes como "las tendencias reactivas específicas o generalizadas, que influyen sobre la interpretación de nuevas situaciones y la respuesta frente a éstas". Aunque aún se sigue considerando que los términos de actitud y opinión son sinónimos, nosotros consideraremos el término de actitud en su sentido más estricto, el cual indica una tendencia a la acción.

Las actitudes, al menos las más significativas, están vinculadas con sentimientos y emociones, por lo que hemos considerado que el estudiarlas contribuirá enormemente al estudio de el "perfil" (por decirlo de alguna manera) del médico que atiende a enfermos de SIDA, ya que como es sabido, éstos por su situación se encuentran inmersos en un torbellino de emociones y sentimientos originados por el estigma que es inherente a su enfermedad.

Kimball Young afirma que el tono emocional que se denomina sentimiento está relacionada con los rasgos y las actitudes. Se utiliza este término para enunciar las combinaciones de emoción e idea similares a los rasgos tales como el amor, el odio, la pena, la alegría y el pesar; y son provocados por objetos particulares.

"Los sentimientos son producto del condicionamiento cultural; pueden tener un estrecho vínculo con nuestros valores fundamentales o una fuerza e importancia relativamente pasajeras."(9)

Otro concepto producto del condicionamiento cultural y el cual consideramos parte primordial en el desarrollo de las actitudes, es el concepto de valor. Young

considera que el desarrollo de los valores es una fase de la internalización en la que tiene que ver el condicionamiento cultural.

Los valores representan objetos hacia los cuales dirigimos nuestros deseos y actitudes a través de la socialización, los investimos de racionalizaciones morales y éticas. Esas justificaciones morales permiten la realización de acciones que las personas que poseen otro condicionamiento cultural pueden no comprender. (Young, 1969)

"El mismo autor a esta noción del valor, lo denomina valor social, concepto que manejaremos y consideramos muy importante ya que lo proponemos como el eje del concepto de actitud. El valor social lo define como "toda información que contenga un significado empírico accesible a los miembros de algún grupo social y un significado con relación al cual sea o pueda volverse objeto de actividad." (10)

La actitud se define en función de los valores sociales; en base a esto, ahora, por actitud entendemos un proceso de la conciencia individual que determina una actividad real o posible por parte del individuo, en el mundo social. El objeto de una actitud es siempre un valor. De este modo, se considera a la actitud como contrapartida de los valores sociales, la actividad, en todas sus formas, es el nexo entre ellos.

Como se puede apreciar, la actitud posee un carácter social no solo por su objeto - el valor -, sino también por su forma; en ella, influye de manera decisiva la sociedad, que impone modelos específicos de "actitud" en todas las esferas de la vida social, define la situación para el individuo y la define de manera coactiva. De este modo, las actitudes de una persona dada, en determinado momento, son el resultado de su temperamento originario (el conjunto de sus disposiciones originarias independientes del influjo de la sociedad), de las definiciones de las situación proporcionadas por la sociedad durante el curso de su vida y de sus personales

definiciones de situación derivadas de la experiencia y la reflexión. Kimball Young, interpreta el concepto de actitud como la "encarnación de la representación colectiva" (1977). Al encontramos dentro de un sistema de interacción, esa representación colectiva, al asimilarla la individualizamos y la autografiamos (con nuestra marca personal). De esta manera, al pensar en el mundo sensible, cada uno de nosotros la coloca de un modo individual y como sujetos diferentes nos adaptamos en forma distinta dentro del mismo medio físico.

La difusión de una creencia puede ser investigada en función de las características del grupo social que la sustentan (morfología del grupo, caracteres económicos, demográficos, etc.) o bien, en función de características individuales (herencia, personalidad, edad, sexo, inteligencia, etc.).

Consideramos de gran importancia el estudio de las actitudes en este terreno tan escabroso que nos ha dejado la actual pandemia del SIDA, ya que nos parece evidente que las acciones humanas deben ser interpretadas en función de significados y no en la mera observación que el acto exterior no proporciona. Por otra parte, la actitud no se agota en la acción misma, sino que es una forma relativamente estable que se reproduce cada vez que se presenta la correspondiente configuración.

La actitud representa el mecanismo individual a través del cual las influencias biosociales y socioculturales se traducen en la conducta manifiesta de un individuo.

Evidentemente, toda actitud supone una relación de sujeto a objeto, siendo este último siempre un objeto sociocultural; material o inmaterial (auto, estatua, norma, valor, símbolo), personal (un individuo, un grupo), o un complejo de todos ellos (instituciones).

Como las actitudes son adquiridas, tales adquisiciones implican siempre un contacto con su objeto en una situación perceptiva. En este punto se puede observar que existe una etapa perceptiva en la formación de las actitudes, vinculada a factores caracterológicos y socioculturales. Estos esquemas van formándose desde el nacimiento y son los que llegan a constituir el tejido mismo en el que se va a recortar el yo, la autoidentidad del individuo.

FACTORES SOCIALES DE LA ACTITUD

Kimball Young (1977) afirma que las expresiones de las actitudes de la conducta tienen varios aspectos básicos comunes, y los clasifica de la siguiente manera:

1. Todas las actitudes se expresan como reacciones afectivas provocadas por las personas y las situaciones, y así es como las ve el observador.
2. El significado que tiene una situación para el individuo depende menos de sus factores reales "objetivos", que de la forma en que aparecen ante él y de la impresión que le produce, o sea de la actitud que el individuo asume ante la situación.
3. Las actitudes se desarrollan. Unas veces el origen se ve claramente, pero en otras ocasiones está incrustado tan profundamente en relaciones anteriores, que se requiere un gran esfuerzo y mucha habilidad para comprender el "tema" total.
4. Las actitudes son creadas por las actitudes de los demás, que influyen en ellas y pueden modificarlas, favorable o desfavorablemente; éstas son, por consiguiente, determinantes esenciales del desarrollo de la personalidad y de la conducta.

EL SIGNIFICADO DE LA CONDICION DEL PACIENTE Y LA CONDICION DE SER MEDICO DE UN PACIENTE CON SIDA

La actitud que las personas asumen ante tal o cual situación, está determinada de manera directa por el tipo de interacción que se establezca con el entorno social, ya que las disposiciones conductuales y el entorno no son entidades separadas, puesto que cada una determina la operación de la otra. Sin embargo, el entorno es sólo una potencialidad hasta que es actualizado por las acciones adecuadas; no es una propiedad fija que de forma inevitable se imponga a los individuos.

De hecho, el paciente se encuentra inmerso en un determinado entorno del cual recibe toda una serie de pautas que le obligan a conformar un singular tipo de actitudes que, probablemente si se encontrará en diferente situación no tendría. De igual forma, el médico a partir de su marco de referencia y de su entorno está obligado a conformar todo un esquema de actitudes, el cual fuera diferente, si no existiera *el paciente VIH/SIDA*, y toda la serie de grupos sociales con características muy particulares, que de algún modo han conformado su esquema de conocimiento.

Lo que intentamos explicar es que la persona, desde el conocimiento de su enfermedad y durante el desarrollo de la misma ha ido generando todo un tipo de reacciones afectivas provocadas por su situación y por las personas que se encuentran cerca de ellas. Este tipo de reacciones afectivas las traducen en esquemas conductuales los cuales nos ayudarán a conocer la actitud que tiene el paciente hacia su condición, y el médico hacia la condición del paciente.

Resulta muy importante para éste y en general para todos los estudios que impliquen las actitudes, el poner énfasis en la manera en que los hechos han aparecido ante el paciente, es decir, cómo ha sido infectado, cómo ha asimilado su situación y cómo ha repercutido todo esto en su vida social y afectiva.

Al considerar que las actitudes se van desarrollando a partir de un primer contacto con el objeto (la enfermedad del SIDA), en este caso es fácil apreciar el inicio del desarrollo de determinada actitud, buscándolo en la primera visión que el médico como ser humano y miembro de la sociedad tuvo de la enfermedad, aunque ésta se haya dado cuando la persona aún no ejercía como médico, o en caso contrario, cuando ya lo era, es conveniente señalar que esta primera visión se pudo dar a partir de la actitud de otras personas e inconscientemente se fue desarrollando de algún modo en sí misma.

Se sabe que las actitudes son determinantes esenciales del desarrollo de la personalidad y de la conducta; es decir, que funcionan como un eje que dirige nuestras acciones. Esto explica en gran medida la actitud que una persona con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida desarrolla cuando por el tipo de prácticas sexuales que tiene éstas se consideran de riesgo. El problema está en que si esa persona las considera así o al menos tiene conocimiento de lo que son prácticas de riesgo; pero existe un problema mayor en este cuestionamiento sobre el desarrollo de las actitudes ante el SIDA, cuando el paciente se encuentra infectado por causas totalmente ajenas a su voluntad; es decir, cuando se ha infectado por ejemplo debido a una transfusión sanguínea. Con esto se trata decir que no puede desarrollar el mismo tipo de actitud una persona que, sabiendo el peligro que corría al tener prácticas sexuales de riesgo es infectada, a otra que tenía total desconocimiento de este peligro, o a una tercera que se contagió en una transfusión sanguínea.

La utilidad de manejar el concepto de actitud se debe a que una actitud dada permite predecir confiablemente el camino de la conducta del individuo; sin embargo, ¿es razonable que una persona con el conocimiento previo de la existencia del SIDA, no sea precavida en sus relaciones?. Por supuesto que no lo es. La explicación a esto la da la conclusión general de muchos estudios que indica que no existe una relación uno a uno entre la conducta y las actitudes.

Definitivamente existe un nexo, pero éste es débil. Se pueden hacer predicciones, pero éstas rara vez son precisas en un caso individual. La Teoría de la Disonancia Cognoscitiva explicaría esta situación a partir de que no se produce en el sujeto un estado de disonancia evidente porque posiblemente decide rechazar o ignorar la información recibida.

Se puede hablar de que existe una situación de conflicto entre las actitudes, como ocurre en diversos tipos de adicción, en los que la gente incurre conscientemente en conductas autodestructivas en las que el placer inmediato del acto es más importante que las consideraciones intelectuales acerca de las consecuencias negativas a largo plazo.

La explicación que proponemos ante este fenómeno es que las personas que manifiestan una actitud y cuyas acciones no concuerdan con la misma, se debe a que desarrollan un esquema cognoscitivo ambivalente en el cual aunque dos posturas pertenezcan a una misma clase de actitud, no lo piensan así y abren dos senderos de un mismo camino. Esto definitivamente responde a una falla en el sistema conceptual. Zimbardo, (1982) lo explica así:

"(...)Una acción particular puede ser producto de muchas actitudes distintas; una actitud dada puede influir en una variedad de conductas en diversas maneras. Las actitudes varían en muchos aspectos, tales como qué tan intensamente se manifiestan y qué tan centrales o periféricas son con respecto a otras actitudes y valores que forman un grupo o síndrome."(11)

En la actualidad existe preocupación por conocer los avances en la investigación sobre VIH-SIDA en cuanto a estudios de actitudes. De una recopilación de investigaciones presentados en el 5o. Congreso Nacional sobre SIDA (1983-1995) se observó centralización de trabajos enfocados principalmente a actitud y al conocimiento general de la enfermedad. Los resultados dieron a conocer como

constante la preocupación de la relación del personal de salud y las personas afectadas por el VIH-SIDA. Hay una marcada diferencia por la temática abordada en Congresos y lo publicado, pues mientras en las publicaciones periódicas la preocupación principal se centra en el riesgo ocupacional, en los congresos se destaca el problema del conocimiento y las actitudes. (Ortiz, Magis, Ruiz et-al 1995)

LA ACTITUD Y LA ADAPTACION, UN FACTOR IMPORTANTE PARA PODER VIVIR CON EL VIH

El interés del estudio de las actitudes en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, no responde sólo al impulso de conocer qué es lo que se piensa de la enfermedad, tiene un interés más práctico. Este es el reflejo no sólo del interés por conocer esos pensamientos, sino del interés que despierta nuestra curiosidad natural como científicos sociales de, precisamente conocer cómo piensa la gente para poder no sólo explicar, sino ayudar a que se dé un cambio de vida en las personas infectadas.

Se puede afirmar que el individuo como ser social se encuentra entre las instituciones que modelan y dirigen su adaptación al mundo exterior, y las necesidades biológicas que le exigen satisfacción. No es gratuita la importancia que se le da a las instituciones y el valioso papel que desempeñan en la creación de los mecanismos de adaptación de las personas.

Partiendo de este concepto de adaptación, se ha manejado mucho la controversia sobre la forma más eficaz de mejorar la adaptación y se piensa que ésta se da mediante una reorientación interna que modifique las actitudes frente a la experiencia, o modificando las condiciones externas con miras a reducir las tensiones. Consideramos que la mejor forma de lograr una adaptación a las situaciones que se presentan en la vida cotidiana, se da a partir de una reorientación buscando cambiar el punto de vista del médico, de modo que asimile las experiencias de la vida encaminándolas a una existencia más fructífera.

Apoyando esta idea, La Dirección de Investigación del CONASIDA hizo una recopilación de trabajos que se encontraban en el Registro de Investigaciones Mexicanas sobre SIDA (1984-1995), titulada el USO DE LA MEDIDA DE ACTITUDES EN LA INVESTIGACION SOBRE SIDA EN MEXICO: 1984-1988. En ésta, se seleccionaron los trabajos, proyectos de investigación o artículos que se referían al uso de la medición de actitudes. De un total de 1236 registros consultados se detectaron 42 (3.39%) trabajos que contenían medidas de actitud, para 1990 se presentó el máximo número de trabajos (11) a partir de ese momento anualmente se realizan de 4 a 6 trabajos. Sobre el objeto actitudinal que miden, destacan actitud hacia el SIDA (64.29%) y hacia personas con VIH (9.25%).

La conclusión a la que se llegó es que el cambio de actitudes es una de las estrategias que se ha planteado para la lucha VS el SIDA, su objetivo es conocer patrones de comportamientos (de riesgo, de rechazo, entre otros) y posteriormente modificarlos. De ahí se deriva el interés por trabajar con jóvenes que, en general pueden tener más riesgos, y con el personal de salud en busca de una mejor atención y trato a personas con VIH. Sin embargo se observa una importante carencia de estos estudios a nivel nacional y en diversos grupos como: empleadores, migrantes y el sector salud aunque hace falta mayor comunicación y trabajo interdisciplinario que podría incrementar la efectividad del uso de esta herramienta. (Ruíz, Magis, Ortíz 1995)

2.2 ORIGEN Y CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES DEL SIDA

A lo largo de la historia de la humanidad, las enfermedades han tenido un papel esencial en el desarrollo de las sociedades. La manera de atender y afrontar el riesgo de enfermar, a nivel individual o en lo colectivo, es decir "la enfermedad" como suceso personal, como fenómeno biológico o como un asunto social, ha caracterizado las distintas épocas de los grupos humanos desde sus primeras congregaciones tribales hasta la compleja red de interrelaciones que caracterizan al mundo moderno.

Algunas epidemias han sido superadas gracias al avance científico del hombre y la disposición de técnicas para prevenirlas o combatirlas, por ejemplo la viruela, otras sin embargo persisten, por ejemplo la tuberculosis y otras surgen con condiciones nuevas para lo que aún no estamos preparados.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida pertenece al último grupo antes mencionado, y al igual que como otras epidemias como la viruela o la lepra ya es hito en la historia de la humanidad y en la historia de la salud pública.

Al igual que las enfermedades antiguas, el SIDA va acompañado de una serie de prejuicios, actitudes sociales, estigmatización del enfermo, de una visión cultural del mal que dificultan su tratamiento y eventual cura; pero a diferencia de ellas, el SIDA aparece en un contexto en el que el conocimiento científico y la tecnología han alcanzado un alto grado de desarrollo. Esto, necesariamente determina una distinta manera de enfrentar el problema sanitario.

Esta situación especial de no estar preparados para una enfermedad como el SIDA, no lo hace un asunto sólo a nivel médico y de salud pública, sino también un asunto social que concierne al individuo, a la familia, a los grupos específicos y al Estado como responsable de conducir el desenvolvimiento de los asuntos públicos.

En poco tiempo el SIDA se convirtió en epidemia y posteriormente en una pandemia afectando su estudio en ámbito clínico mundialmente, no sólo en los países industriales sino también en aquellos en proceso de desarrollo y su naturaleza modificó por igual la conciencia de grupos progresistas y liberales, conservadores y religiosos. La incertidumbre y el deseo por encontrar una vacuna para este mal ha agudizado la conciencia de todos, porque no sólo es la magnitud de los casos ocurridos, sino fundamentalmente, de lo que pueda ocurrir a la vuelta de unos cuantos años.

En 1983 fue cuando nos enteramos en México de la existencia de la nueva enfermedad. Los pocos casos que para ese tiempo habían aparecido, todos en contagio fuera de nuestro país, no podían anticipar las características de una epidemia de proporciones tan severas.

El SIDA, lo hemos afirmado en distintas ocasiones, es un problema grave de salud pública, por la rapidez de diseminación del virus que lo causa; porque hasta ahora es letal; porque afecta de manera directa al Sistema Inmunológico; porque una de sus tres vías de transmisión, la más importante en relación con el número de casos, es el contacto sexual por lo que se requiere de medidas públicas de prevención, ya que no se prevee de inmediato, ni en los próximos años el descubrimiento de una droga efectiva, o de una vacuna que pueda prevenirlo; porque su combate requiere y requerirá de cuantiosos recursos económicos; porque su ocurrencia específica en personas tiene serias repercusiones sociales de segregación y estigmatización.

En México, al igual que en otros países se han conjuntado esfuerzos, propios y externos, para luchar con este desafío. No sólo se ha reforzado el quehacer clínico para atender los casos presentados; se ha reformado la Ley General de Salud, y se han puesto en práctica normas y criterios para la atención en situaciones de riesgo. Los grupos sociales también se han mantenido activos, tanto los que aprueban las

medidas sanitarias aplicadas, como los que se oponen rotundamente a ellas. Por otro lado se ha puesto en marcha una campaña educativa para prevenir el riesgo de contagio, la cual se ha topado con una serie de obstáculos por parte de grupos moralistas.(Sepúlveda, 1989).

En el libro La Enfermedad y sus metáforas, Susan Suntag dice:

"Basta ver a una enfermedad cualquiera como un misterio, y temerla intensamente, para que se vuelva moralmente, si no literalmente, contagiosa." (12)

En efecto, el SIDA encierra infinitos misterios no sólo en cuanto a su origen y a diversos aspectos médicos, sino sobre todo por las implicaciones futuras que tendrá sobre la humanidad. El misterio que envuelve a la enfermedad de transmisión sexual ha determinado, por un lado, que esté rodeada de mitos sobre su contagiosidad, y por otro, el hecho de negar el fenómeno y después buscar culpables y estigmatizar poblaciones o grupos sociales. Esta reacción, por lo demás muy humana, se ha visto en otras epidemias como la peste, la viruela, la sífilis e incluso la influenza que históricamente han favorecido respuestas sociales basadas en inculpar a los "desviados", como responsables de la diseminación del mal.

Pero no hay que perder de vista que el culpar a otros puede ser en sí mismos, un proceso psicológico contagioso que conduce al estigma y a la persecución.

El origen del VIH se ha prestado mucho para este fenómeno: los países occidentales han culpado al Africa de ser la cuna y el foco de diseminación del SIDA; así mismo en Estados Unidos se consideró a los haitianos como "grupo de alto riesgo" y foco de diseminación de la infección, con la consecuente persecución y estigmatización de los residentes de ese origen en Estados Unidos, y así por el estilo en otros casos desafortunados. Mirko-D. Garmek hace la siguiente afirmación al respecto.

"Parece haber poca duda de que la epidemia del VIH se originó en África, aunque aún es rechazado. Con frecuencia algunos gobiernos africanos consideran que el virus fue llevado a ese continente por turistas estadounidenses promiscuos. La principal prueba de su origen africano es que el familiar más cercano conocido del virus del SIDA es STLVIII, que se encuentra en los monos verdes y macacos de África. Es muy probable que el VIH y el VIH2 hayan cruzado en alguna forma al hombre." (13)

A pesar de la desgracia que para la humanidad ha significado este mal, es motivo de alivio reconocer que ocurrió en un momento histórico caracterizado por un gran adelanto tecnológico, que en muy corto tiempo permitió el aislamiento del agente etiológico y el desarrollo de las pruebas de diagnóstico, y por facilidades sin precedentes para la comunicación y cooperación internacionales.

Además de la extraordinaria respuesta científica (que ha permitido en unos cuantos años identificar el agente etiológico, aspectos de la relación que establece con las células a las que infecta y las características clínicas, lo cual para otras enfermedades ha costado siglos), debe existir una respuesta firme y sostenida en lo relativo a las necesidades sociales, económicas y políticas de la enfermedad por parte de las autoridades competentes y de la propia sociedad.

Desde el punto de vista de las autoridades sanitarias existen dos concepciones antagónicas sobre las estrategias.

La primera plantea que dadas las formas de diseminación del virus, éste ataca a ciertos grupos antes que a otros, y que la protección de la sociedad se lograra tomando medidas contra los grupos o individuos afectados por el SIDA. El ejemplo extremo de esta tendencia es el de quienes proponen crear "sidatarios", y poner en cuarentena a todos aquellos individuos infectados con el VIH.

La segunda postura considera que el enemigo a vencer es el VIH, y que la acción sanitaria para proteger a la sociedad en su conjunto implica proteger a todos sus miembros. En esta forma, no se puede dividir a la sociedad en los que están o pudieran estar infectados y en aquellos que no lo están.

La postura de la Organización Mundial de la Salud, vanguardia de la lucha internacional contra el SIDA, coincide con la segunda postura. En este sentido las palabras de Jonathan Mann en la IV Conferencia Internacional sobre SIDA celebrada en junio de 1988 en Estocolmo son esclarecedoras:

"Al pensar en el SIDA, algunos intentan poner los derechos que tiene la mayoría de permanecer libre de infección, a los derechos de la minoría que ya se encuentra infectada. Este es un falso dilema, pues la protección de la mayoría no infectada depende y está inexorablemente ligada, precisamente, a la protección de los derechos y a la dignidad de las personas infectadas." (14)

En México los estudios realizados en mujeres y hombres dedicados a la prostitución, aunque muestra una seroprevalencia distinta, siendo mucho mayor en los hombres dedicados a esta actividad, señalan a la prostitución como una actividad poco riesgosa. Sin embargo, y toda vez que el SIDA es una enfermedad de transmisión sexual, sabemos que quienes ejercen la prostitución (hombres y mujeres), están en alto riesgo de adquirir la infección, y a su vez, de transmitirla a sus clientes. Por lo tanto, estamos ante una oportunidad única de intervenir para atajar un vehículo que, como se sabe; es altamente eficaz en la propagación del VIH. Se requieren reformas legales que permitan un régimen jurídico reglamentarista de la prostitución que disponga su mejor control sanitario, al mismo tiempo que vele por impedir su explotación.

El Conasida ha realizado un trabajo importante y muy valioso a nivel social con respecto a este grupo de personas por ejemplo el sindicato formado por prostitutas de la colonia Merced las cuales reciben apoyo por parte de esta institución.

El SIDA ha provocado una respuesta social intensa, la cual se ha extendido a casi cualquier parte del mundo. A la fecha, 180 países han reportado casos a la OMS.

Dicha respuesta ha sido diversa desde un principio, pero en términos generales ha ido evolucionando de una respuesta violenta y persecutoria hacia los grupos que se consideraban al inicio de la epidemia como los únicos responsables a una más comprensiva.

2.3 LA ATRIBUCION CAUSAL

Al integrar la teoría de la atribución en el estudio de las relaciones entre grupos, de la influencia y de las representaciones sociales, podemos ver que, en Psicología Social, las atribuciones causales desempeñan un papel a muchos niveles. Al poner el acento en los fundamentos, las funciones y las consecuencias sociales de la atribución, reconocemos la pertinencia de los fenómenos de atribución; el desarrollo de los estudios en este campo debería permitir que la teoría de la atribución abarcarse toda la amplitud y la diversidad de las explicaciones propuestas por el sentido común de los acontecimientos sociales que encontraremos en nuestra vida diaria.

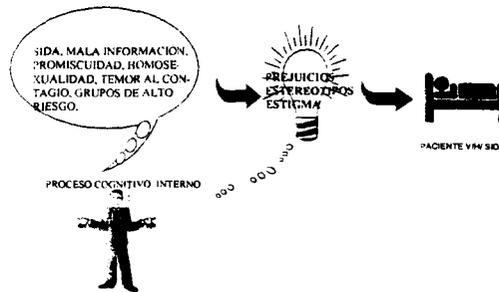
En este sentido es importante retomar aunque de manera un tanto general el estudio de la Atribución Causal, ya que consideramos que es la explicación de muchas de las consecuencias sociales del SIDA que se describirán en este capítulo, debido a que esta teoría, como se explicará más adelante, representa para la Psicología Social un enfoque de explicación del comportamiento social y de las redes que se entrelazan en su desarrollo.

La teoría de la atribución de causa es, hoy en día, uno de los contenidos clásicos de la Psicología y, por origen y dedicación, de la Psicología Social.

"Se acostumbra considerar esta teoría como uno de los componentes representativos de la Psicología Social psicológica, es decir de aquel enfoque que parte de los procesos psicológicos, más o menos generales, para explicar el comportamiento social y, en algunos casos, el funcionamiento social."(15)

En la propia denominación de la teoría aparece el término atribución, haciendo referencia al proceso (cognitivo interno) mediante el cual un determinado individuo establece el origen causal de un hecho. Evidentemente, no se trata tanto de percepción de causalidad o de identificación de la causalidad en el entorno, que estarían directamente relacionados con las propiedades de los estímulos, muy al contrario, el proceso de atribución parece mucho más vinculado a mecanismos propios de funcionamiento cognitivo y la disposición de informaciones previas en la memoria. Uno de los principios cognitivistas que se pueden considerar como implícito o subyacente a los grandes postulados de la teoría de la atribución, es el de modelización mental del entorno y utilización de este modelo mental como referente de conducta. En efecto, la incorporación de informaciones a lo largo de las diferentes interacciones con el entorno, sean de orden social o no, permite o, de hecho, conduce inexorablemente a la construcción de un modelo o representación mental de dicho entorno.

PROCESO DE ATRIBUCION CAUSAL



(Hewstone, 1989) El procedimiento cognitivo que parece estar implicado en la realización de atribuciones causales podría describirse genéricamente como constituido por los siguientes elementos:

- información procedente del entorno,
- información residente en memoria (modelo o representación mental de la realidad), y procesos de manipulación de estas informaciones, los cuales son responsables de las conexiones, asignación de pesos, establecimiento de conclusiones, etc.

Se puede afirmar que el material residente ya ha pasado por diversos procesos de filtro, selección y manipulación a los que cabría añadir los diversos ajustes sufridos al contrastarlo con la realidad. En estas condiciones, la información elaborada puede resultar más válida para la persona que la información procedente del entorno, en la asignación de pesos a las informaciones ya existentes (en memoria) o a las que proceden del entorno, se sobrevaloran las primeras en detrimento de las segundas.

Existen muchas maneras de utilizar el término "social" en relación con la atribución. La atribución es social **en origen**, ya que una atribución puede basarse en información social, o estar influenciada por la interacción social.

La atribución es social **en su referencia u objeto**, es decir, se hace la atribución de un suceso que concierne a una persona y no a objetos físicos, o de un resultado social, como pueda ser el desempleo.

La atribución es social en tanto que **es común a los miembros de una sociedad o grupo**. es decir, los miembros de grupos o sociedades diferentes pueden compartir explicaciones diferentes de los mismos sucesos.

Heider, con su "psicología ingenua", pretendía formular los procesos a través de los cuales un observador no cualificado o psicólogo ingenuo, entiende las acciones ajenas.

"Heider, influido por los principios de organización perceptiva de Weirtherimer, se interesó especialmente por los grados variables de similitud entre las dos partes de la unidad, considerando así que los factores como similitud y proximidad determinan el lugar de la atribución. Si dos sucesos son importantes, lo más probable será que uno se contemple como la causa del otro."(16)

Heider hacía referencia a una serie de experimentos de Zillig (1928) en los que un "mal" acto parecía ser conectado más fácilmente con una "mala" persona que con una buena. Otra consecuencia del nexo entre actor y acto es su influencia recíproca, a la que se refirió Heider como "la influencia de la integración causal en las relaciones entre las partes" (1944, pág. 363), afirmando que los actos están imbuidos de las características de la persona a la que se atribuyen.

DESARROLLOS RECIENTES Y CUESTIONES CLAVES EN RESPUESTA A LAS TEORIAS PRINCIPALES.

A) ¿Cuándo se realizan atribuciones?

Las atribuciones causales son sin duda un aspecto importante de la vida cotidiana y pocos de nosotros negaríamos que llevamos a cabo dichos juicios.

La suposición de que no buscamos una explicación en todos los casos de comportamientos que observamos, sino que, más probablemente, buscamos las causas de un comportamiento inesperado parece de acuerdo con el sentido común.

En las atribuciones causales, el estudio de las explicaciones del sentido común se ha integrado con éxito en una Psicología Social predominantemente experimental. Se ha prestado atención a la cuestión de saber "por qué" alguien se comporta de cierta manera, dejando a un lado la pregunta "¿por qué razón" ha tenido lugar este mismo comportamiento?

Reconocemos que una teoría general de las explicaciones del sentido común debería incluir el estudio de las "causas" (lo que implica un efecto) y de las "razones" (aquello por lo que se desencadena un efecto) y, sobre todo, cuando se pide a la gente que explique sus propios actos.

B) ¿Ha ignorado la teoría de la atribución la dimensión social?

Algunos de los primeros desafíos contra la creciente popularidad de la teoría de la atribución han surgido de psicólogos europeos. Apfelbaum y Herzlich (1970-1971) han criticado algunos de los primeros estudios, debido a que dejaban a un lado las creencias sociales de los observadores, su implicación personal en las experiencias y sus relaciones con los otros participantes. Han afirmado que la teoría de Jones y Davis (1965) ha puesto demasiado acento sobre lo que diferencia a un actor de los demás.

Esto puede producir una laguna respecto a las atribuciones relacionadas con la pertenencia de un individuo a un grupo y que explican el comportamiento en función de estereotipos de grupo (por ejemplo, "es un desviado, como todos los hippies"). La utilidad de la teoría se encuentra considerablemente reducida, ya que la atribución a la persona se convierte en sinónimo de etiquetar a la persona desviada:

"La atribución de características individuales se identifica así con la atribución de características desviadas, puesto que la teoría no permite ninguna inferencia ante los otros tipos de comportamientos. (Apfelbaum y Herzlich, 1970-1971, p 963)." (17)

Esta teoría de la atribución parece aplicarse a un sujeto aislado, separado de todo contexto social, pasivo ante el mundo que le rodea. No toma en consideración la dimensión social de la atribución (Deschamps, 1973).

Estos autores, al parecer no toman en consideración el interés que tiene el estudio de la atribución en tanto que proceso cognitivo intrapersonal, enfoque que se justifica, en cierta medida, cuando se pretende que la comprobación sistemática de las teorías en un marco realista - como lo hace la psicología clínica y la medicina preventiva - deberíamos estar seguros de que "nuestras teorías son correctas".

La percepción de la persona y, en particular la percepción del otro siempre ha sido considerada como una de las piedras angulares de la Psicología Social (Bruner y Tagiuri, 1954)

Los juicios sociales están llenos de supuestos errores e ideas preconcebidas. Sería difícil explicar la acción humana y sin duda, el comportamiento social sin un conocimiento de los procesos cognitivos que sirven como mediadores entre la realidad física u objetiva y la reacción de un individuo.

La gente cree por lo general que las enfermedades comunes no son graves y que las enfermedades graves no son frecuentes. Al considerar si una enfermedad puede evitarse (por ejemplo, una enfermedad contagiosa o infecciosa), las personas toman en consideración estas estimaciones subjetivas de riesgo y gravedad lo que puede resultar, de hecho, absolutamente erróneo. Según Herzlich (1973), dichas creencias son inseparables de nuestras representaciones sociales de salud y enfermedad.

El juicio que hacemos sobre los demás y sobre nosotros mismos puede ser erróneo. El efecto de **primus inter pares (PIP)** explicado por Codol (1976). Codol mostró en una serie de estudios que al parecer todos nosotros nos consideramos mejores que la media de los demás, lo que evidentemente resulta imposible.

Según este autor, este efecto es una manifestación de la tendencia humana, muy fundamental y motivada, consistente en ser al mismo tiempo similar a los demás y diferente de ellos.

Lo que quisiéramos saber es qué procesos intervienen en los juicios sociales realizados por las personas. Nadie ha contribuido más que Heider a la comprensión del juicio social. Heider intentó descubrir cómo percibimos y explicamos nuestro propio comportamiento y el de los demás en la vida cotidiana. Su análisis y su conceptualización, basados en gran medida en la manera como hablamos de los acontecimientos ordinarios y la manera como lo explicamos por escrito, concede una gran importancia a las "propiedades importantes" del carácter y de la Psicología de otra persona, como pueden ser sus acciones, sus motivos, sus afectos, sus creencias, etc. Si no se atribuye el comportamiento de una persona a estos rasgos latentes, sus actos seguirán siendo en gran parte incomprensibles.

Para que el observador llegue a un juicio definitivo de conjunto es necesario que integre todas las informaciones disponibles ya sean inconsistentes o no. Una vez integrada la información aparece una representación que sobreentiende una teoría (de la personalidad) implícita completa por parte del observador. Lo que interesa es analizar el proceso fundamental de explicar el comportamiento y el del otro en función de las características de la persona y/o de las características de la situación.

La teoría de la atribución desde este enfoque se puede resumir en estos puntos principalmente:

- El tratamiento activo de la información

- El papel de las expectativas y de las comparaciones respecto a la percepción
- La organización de la experiencia a través de la selección y la simplificación
- Y las funciones de la organización en la medida en que ésta guía la acción y facilita la previsión.

Se espera que los observadores tomen decisiones correctas cuando disponen de tiempo suficiente, a menos que su visión sea "deformada" por influencias sociales o tenga otros móviles.

Adoptar una posición más orientada hacia las motivaciones respecto a los fenómenos de atribución significa que el investigador examina con mayor detenimiento por qué y cómo se producen los juicios. Desde este punto de vista, las atribuciones se realizan a fin de cumplir ciertas funciones y satisfacer diversas necesidades y no simplemente para alcanzar la "exactitud". El enfoque funcional parece ampliar el campo de aplicación de los estudios sobre la atribución y abre nuevas posibilidades de utilización para los conocimientos psicosociológicos. Este enfoque también nos ayuda a comprender ciertos resultados que parecen sumamente extraños sin él. Por ejemplo, varios estudios han ilustrado el mismo modelo de atribución de una culpabilidad propia entre las víctimas de cáncer, los enfermos que tienen lesiones en la médula espinal y los padres de niños afectados por enfermedades graves. ¿Por qué se deberían hacer dichas atribuciones autopunitivas? ¿Por qué un hombre o una mujer enfermos de cáncer habrían de sentirse culpables de haber contraído esta enfermedad? Una explicación plausible es que este género de atribución representa una tentativa de dominar un acontecimiento inexplicable y calamitoso. De este modo las explicaciones del sentido común pueden proporcionar un sentimiento (o quizás una ilusión) de dominio. Dichos resultados pueden prestarse a diversas interpretaciones, parecen tener sentido si los consideramos como una función de dominio. El individuo que se explica la calamidad tiene por motivación llegar a cierto grado de dominio de su mundo social y físico, sobre todo al comprender las causas del comportamiento y de

los acontecimientos. Se han identificado otras funciones que incluyen la protección del amor propio de la persona y el hecho de presentarse a los demás de manera de provocar reacciones favorables de su parte.

La explicación de las cuestiones sociales no es una cuestión sencilla. Y sin embargo, esta explicación tiene lugar con mucha frecuencia y casi cada día nos vemos obligados a hacer un juicio de este tipo. Es posible que podamos utilizar algunos aspectos de las teorías estudiadas con anterioridad - como la información sobre el consenso de Kelley - para justificar una concentración en los factores causales internos o externos.

En otras palabras, toda explicación de un caso determinado, exigiría una enorme cantidad de conocimientos sobre la sociedad.

C) Las dimensiones sociales de la atribución

La categorización social.

Hemos partido de la afirmación de que la teoría de la atribución, al intentar explicar el comportamiento de los individuos, había manifestado una tendencia más bien individualista, en lugar de examinar las atribuciones a nivel intergrupar (Deschamps, 1973-1974).

Como ya se ha indicado (Heustone y Jaspars, 1982), la investigación a este nivel se preocupa por saber cómo explican los miembros de los diferentes grupos sociales el comportamiento de los miembros de su propio grupo y de los otros grupos sociales. Esta preocupación ha dado lugar a abundantes estudios sobre las atribuciones presentadas por los individuos que actúan en tanto que miembros de un grupo y sobre los modelos de atribución presentados por diferentes grupos. Numerosos

estudios han atraído la atención sobre un equivalente, basado en el grupo, de los prejuicios individuales utilizados por la persona en la atribución.

2.4 PREJUICIO-SIDA-ESTIGMA

Aún con los intentos de imponer sobre el prejuicio la realidad científica, este prevalece ante los enfermos seropositivos y pacientes con sida, son perseguidos, estigmatizados y víctimas de múltiples agresiones. A continuación trataremos de definir lo que es la teoría de los prejuicios a nivel social, y poder entender las causas de esta persecución y este rechazo que sufren los enfermos de sida.

El prejuicio se entiende como todo juicio emitido sin comprobar su validez por los hechos, nos acercamos al concepto restringido de prejuicio social si partimos del hecho de que a ciertas categorías de personas más o menos arbitrariamente descritas, les atribuimos y suponemos ininterrumpidamente determinadas propiedades.

“El prejuicio es, específicamente, el conflicto entre grupos caracterizado por marcados rasgos endogrupales y exogrupales. El aspecto esencial consiste en dar y aplicar un nombre estereotipado o rótulo de referencia a los miembros de un grupo particular” (18)

Existe una gran cantidad de categorías sociales a las que se refieren cualesquiera tópicos convencionales o ideas estereotipadas que indican qué tipos de comportamiento deben adquirir ciertas personas que se encuentran en determinados grupos. El prejuicio se refiere a la relación entre los miembros de un determinado ingroup y uno o varios de los outgroups correspondientes a dicho grupo frente al que el individuo mantiene una relación estrecha que al referirse a él dice “nosotros” o “nos” mientras que al hablar del “outgroup” dice siempre de “ellos”. De ahí que el ingroup se caracterice por la existencia de “sentimientos referidos a

nosotros", a éste grupo también se le conoce como *grupo de referencia*, el cual ayuda a establecer la identidad propia del individuo.

En este sentido, la relación ingroup-outgroup constituye un sistema social de referencia frente a grupos o categorías sociales; en otras palabras el marco de referencia del prejuicio existe por la relación entre dos grupos, uno que se adjudica un mayor valor ante el otro. Es bueno señalar que la organización social misma está íntimamente ligada con la pauta de vida de ingroup-outgroup. Un orden social muy complejo está ligado con una variedad de agrupamientos diferentes, una vez que desarrollamos diferencias de función como la división del trabajo y de distinciones de Status como las propias de nuestra estructura de clases, no podemos evitar la aparición de actitudes ingroup-outgroup. En otras palabras, el prejuicio, la discriminación y el sentimiento de ser diferente están estrechamente vinculados con la misma variedad de las funciones de los grupos y, por lo tanto, con las mutuas actitudes resultantes.

Hollander formula esta interdependencia para el caso especial de prejuicio social como sigue:

"El orgullo nacional sería inconcebible si no hubiera más que una sola nación. El concepto sería de suyo una imposibilidad. Nadie puede imaginar una 'bandera de la humanidad'.

Una de las influencias culturales de mayor importancia para la formación del prejuicio es el ordenamiento de las relaciones ingroup y outgroup a lo largo de la escala de superioridad e inferioridad. Este ordenamiento de las diferencias entre grupos representa esencialmente diferencias de Status. Este hecho está claramente ilustrado en el origen de la palabra "prejuicio". Proviene de la palabra latina *prejudicium*, que significa un juicio anterior.

El prejuicio es también una norma social. Cumple una función protectora al mantener a las personas segregadas y en niveles o lugares adecuados o apropiados, de acuerdo con ciertas convenciones o expectativas, en otras palabras el prejuicio también cumple una función de aislamiento social.

Cuando hablamos de prejuicio nos lo imaginamos de manera siempre negativa, esto deriva del aumento positivo que se le da a un grupo y en esta medida aumenta el sentido negativo en el otro grupo, estos prejuicios tienen su origen en la relación que surge entre el ingroup y outgroup.

Las dos clases de prejuicios se diferencian por el hecho de que el acento recaiga sobre el aspecto positivo o el negativo, no están tan directa y claramente asociadas como a primera vista pudiera parecer. Por ejemplo, todo depende de que el individuo se sienta seguro o no del prestigio de su ingroup. Cuando se está seguro de que su ingroup goza de un cierto prestigio relativamente elevado, del que participa automáticamente por su calidad de miembro, es muy probable que no sienta ninguna necesidad o la sienta con menor vigencia, de comparar el prestigio de cualquier otro outgroup con el suyo, dado que aquel prestigio le parece inferior al del ingroup. Y viceversa, la inseguridad con respecto al prestigio del grupo propio puede vigorizar la inclinación a desprestigiar al otro grupo creando así un prejuicio negativo.

Necesariamente en esta investigación hablaremos del prejuicio negativo que afecta a los pacientes con sida, el cual se manifiesta siempre en una forma específica independiente de que su objeto sea más o menos específico; que siempre está dirigido contra un grupo social delimitado con mayor o menor precisión; que trabaja en todo caso con argumentos específicos; que no recomienda siempre las mismas intervenciones discriminatorias y que en su forma específica posee en cada ocasión distinta una historia propia.

Este último hace que las manifestaciones de discriminación sean distintas, pues la manifestación del prejuicio social hace que los fenómenos sean absolutamente distintos.

El prejuicio social constituye un fenómeno que se refiere a la relación entre diferentes categorías sociales, sin olvidar que la relación ingroup-outgroup indica sólo el marco de referencia pero no caracteriza la auténtica relación entre grupos objetivamente determinables, la relación auténtica coincide, aunque no siempre, con la relación entre una mayoría y una minoría dentro de la misma sociedad, atribuyéndose entonces a ciertos miembros de la mayoría un prejuicio negativo con respecto a los de la minoría. En consecuencia, se puede considerar la problemática de los prejuicios sociales como la de la relación entre distintas categorías sociales.

Por lo general las víctimas del prejuicio social dentro de una sociedad constituyen una minoría cuantitativa, en este caso son los pacientes con sida los que son objeto de actitudes de prejuicio.

Cuando hablamos de una minoría cuantitativa, no precisamente nos referimos a una cifra estadística, sino a una relación de poder, de acuerdo con lo cual lo que existe es una superioridad en el poder de la mayoría y una inferioridad en el poder de la minoría. Si se sigue esta tendencia encaja muy de acuerdo en el marco conceptual una relación como la existente entre el médico y los pacientes infectados VIH-SIDA.

Es indudable que visto desde el aspecto del poder es muy distinto que una mayoría dominante albergue prejuicios contra la minoría sometida a que ocurra lo contrario, es decir, a que sea la minoría la que albergue prejuicios contra la mayoría, sin embargo la fuerza de la minoría que consideramos, tiene connotaciones, y cierto poder de presencia, que le hace tener actitudes de "x" manera frente a la mayoría. Estas actitudes pueden manifestarse en agresión como mecanismo de defensa.

Las ideas sobre las que un individuo actúa, determinan no solo a las personas o cosas con las que tiene contacto, sino que también comprenden a personas y cosas con las que no han tenido experiencia o un trato directo, de aquí que las categorías sociales están cimentadas en atribuciones que se dan a cierto tipo de personas o grupos. En principio se puede suponer que encontraremos especialmente tal caracterización general al formarnos un juicio sobre personas o cosas que no entren en nuestro personal e inmediato campo de experiencia.

En este caso se piensa en una enfermedad que trae implicaciones sociales y que arrastra ciertas categorías que originan el rechazo, una de ellas y la que más pesa es la forma de transmisión, si bien es sabido que el mayor número de personas contagiadas de sida se genera a través de las relaciones sexuales, situación que trae cargas a nivel afectivo y conductual que expresan por un lado la poca educación sexual que se tiene al respecto y por otro, el desorden en las prácticas sexuales. En México existen métodos de educación sexual que raramente se aplican de manera correcta, lo que afecta en cada individuo la concepción correcta o errónea que tiene acerca del sida.

Se puede afirmar que los prejuicios sociales en determinadas ocasiones se manifiestan como tales en las sociedades creando tensiones. Según Heintz:

1. Los prejuicios sociales pueden manifestarse como tales en tanto se ponga de relieve clara y reiteradamente en la práctica de la vida que las ideas en cuestión han dado a la actuación humana una orientación falsa, que la actuación por ellas dirigida se malogra por haber sido proyectada bajo premisas falsas.
2. Los prejuicios pueden manifestarse como tales cuando la idea que los demás tienen de uno y la propia discrepan entre sí, pudiéndose llegar a veces al conflicto abierto sin que sea posible comprobar en principio cual de las dos se acerca más a la realidad de acuerdo con modelos efectivos.

3. Finalmente, los prejuicios pueden manifestarse como tales cuando existen dentro del ingroup diferencias claramente visibles, que adquieren expresión en la interpretación emocional de las correspondientes ideas estereotipadas.

EL PREJUICIO Y SUS VALORES

En los agrupamientos sociales existe una tensión que depende de la participación y los valores comunes en contraste con la adquisición, por parte del individuo o del grupo a lo que se le ha llamado “bienes escasos”.

En todo sistema social las personas actúan con una orientación hacia determinados valores que pueden ser compartidos por todos, y que no son escasos en el sentido de que la participación de un individuo en ellos reduzca el goce que otros tengan de ese valor. Las principales clases de “bienes escasos” son: riqueza, poder y prestigio dentro de un grupo o cultura dados; en cualquier estado particular de una economía, cuanto mayor es la cantidad de bienes económicos poseídos o consumidos por un individuo, menos bienes de ese tipo quedan para los demás. (Williams, 1947)

Este autor considera al prejuicio grupal como una actitud común (compartida) de naturaleza hostil orientada hacia un grupo social, cuyas manifestaciones están en conflicto con algunos aspectos del marco de valores básico de la sociedad en que tiene lugar, es decir, lo considera como una forma de comportamiento que se desarrolla precisamente a partir del sistema conflictivo de valores señalados.

LAS CARACTERISTICAS DE LOS PREJUICIOS SOCIALES.

El prejuicio lo restringimos a juicios sobre los miembros de determinadas categorías, el prejuicio negativo afecta a la idea de los demás y no a la que uno tiene de sí mismo, motivo por el que los prejuicios negativos de un grupo con respecto a sí

mismo no habrían de ser tenidos en cuenta sino en cuanto constituyen el reflejo de una idea extraña de sí mismo; y no sólo hay que considerar las ideas estereotipadas como tales, en sus rasgos neutrales, sino también la ponderación y la emotividad que las acompañan.

Las ideas estereotipadas están en condiciones de influir esencialmente en nuestra percepción, se centran en nuestra atención en una dirección determinada, actúan como un filtro que nos lleva a percibir sólo aquello que corresponde a la idea que nos hacemos de la realidad. Cuando nos dice un tópico que un enfermo de sida es homosexual y promiscuo, nos llama la atención especialmente aquellos hechos que confirman nuestro prejuicio, pasando desapercibidos aquellos que contradicen nuestra opinión.

Los tópicos dentro de los estereotipos, hacen que el prejuicio tome fuerza en una sociedad, y que el tiempo los vaya reforzando, hasta hacer una deformación en la percepción de algo o de alguien. La idea estereotipada de ciertas categorías de personas no se ratifica sólo por el hecho de que influya directa y selectivamente sobre nuestra percepción sino también por el hecho de que otras personas nos lo confirman al comunicarnos experiencias confirmatorias.

LOS COMPONENTES DE LA CULTURA

“... Los individuos adultos de una sociedad son el producto terminado de un largo proceso de condicionamiento previo. Por ello cuenta con un gran repertorio de respuestas uniformes para enfrentar a las situaciones que su sistema sociocultural les presenta. Las sociedades sufren un continuo cambio de personal, mientras mantienen una relativa estabilidad en la cultura y la estructura sociales. La clave de esta continuidad está en gran parte, en el hecho de que las generaciones sucesivas aprenden su cultura con toda su complejidad.” (Inkeles, 1963). (19)

Las formas en que la cultura define la conducta son muchas, en ocasiones resultan asombrosas y sin lugar a dudas guían la forma de socialización entre los individuos. El aprendizaje de los códigos morales y las pautas de conducta de la propia sociedad es uno de los objetivos fundamentales de la preparación temprana. Kimball Young (1969) hace énfasis en que una de las principales funciones de los roles sociales es la represión de los impulsos más primitivos y menos socializados. En este sentido el aspecto moral tiene una importante responsabilidad en las pautas conductuales y una de sus funciones es la fortalecer al individuo contra tales impulsos. Los controles morales de la sociedad se desarrollan en gran medida a través de instituciones que son mecanismos externos coercitivos y persuasivos destinados a regular la conducta, precisamente esa es su función social.

En este sentido, los actos y las personas son definidos como buenos o malos, propios o impropios. Dentro de los niveles adultos hemos construido definiciones positivas y negativas que definen a las personas. En el aspecto negativo adscribimos características desagradables y de reprobación a los miembros del outgroup, esas expresiones despectivas son parte de nuestro bagaje cultural. En nuestra sociedad tenemos dos códigos morales, uno derivado del cristianismo y el otro del mundo superficial y cotidiano en el que reinan las transacciones tramposas, la competencia, el mundo de consumo, la vanidad y todos esos factores que nosotros mismos hemos construido y que representan una disociación entre nuestros valores inculcados por los padres y maestros. Inmerso en este contexto cultural, se debate la polémica en torno al SIDA.

"Es conveniente recordar que la cultura misma es portadora de millares de actitudes que nos transmiten nuestros padres, maestros y otras personas."(20)

En nuestra cultura existen dos vertientes exactamente contrarias en cuanto a la posición que la sociedad tiene hacia el SIDA. La primera se refiere a la moralidad, dicta lo que se debe y lo que no se debe hacer, de lo que es reprobable e "imperdonable". Desgraciadamente esta postura que debiera darle solución al problema o por lo menos una manera eficaz de controlarlo y prevenirlo, asombrosamente y sin lugar a dudas resulta no ser la más adecuada debido a la forma en que diversos grupos "moralistas" lo han manejado, ya que en su afán de prevenir y controlar este mal que se disemina a pasos agigantados entre las sociedades del mundo, ha propiciado exactamente lo contrario, mediante campañas de prensa y presiones políticas encaminadas a prohibir la educación sexual, a desacreditar el uso de condón, a evitar el sexo seguro y el uso de métodos anticonceptivos.

Es así como algunos grupos y organizaciones se dedican a promover este tipo de situaciones, al promover "redadas homofóbicas", en campañas de "moralización"; al negar el apoyo a diversos grupos dedicados a la lucha contra el SIDA, con el argumento: de que reparten condones y que en sus filas se cuentan homosexuales, al prohibir los programas educativos de la Fundación Mexicana de Planificación Familiar, como sucedió en San Luis Potosí; al restringir los programas de Mexfam en las escuelas y al propiciar que no se vendan condones en las farmacias de Guadalajara, así como la expedición de anticonceptivos solo bajo la estricta prescripción médica.

La otra postura es la que afirma que en la lucha contra una enfermedad transmitida por vía sexual, tienen que ventilarse abiertamente las cuestiones sexuales y las medidas preventivas, es decir, fomentar la educación sexual; para lo cual el grupo moralista argumenta que la educación sexual no respeta ni toma en cuenta los principios morales de los padres de familia y promueve el "libertinaje sexual".

Apoyando la segunda postura, es prudente señalar que los estudios que se han llevado a cabo muestran que la educación sexual no tiene ningún efecto sobre la iniciación de la relación sexual ni sobre la continuación de las mismas. Las personas que tenían relaciones sexuales siguen teniéndolas, y las que no las tenían siguen sin tenerlas. En lo único que sí influye es que cuando las tienen aumenta de manera significativa el que las tengan de manera protegida. La educación sexual debe ser a nivel formal e informal. Formal a través de las escuelas e informal a través de los medios de comunicación y de la familia. Debe de empezar desde la cuna y conceptualizarse dentro de un marco muy amplio de educación para la vida. No se debe de dar de manera aislada, sino de manera abierta, natural y en respuesta a las necesidades de cada grupo de edad, dando las alternativas para que las personas puedan tomar una decisión cuando estén listas para ello. Es importante dar información con anterioridad, porque **es más fácil ir formando conductas que cambiarlas.**

Regresando al marco de referencia del problema, los diversos objetos del prejuicio están determinados en gran medida por la situación social y cultural particulares del momento. Es indudable que los objetos más evidentes del prejuicio serán las relaciones de grupo particulares que se caracterizan por la competencia u otras formas de oposición.

El prejuicio se eterniza porque se autorratifica con ayuda de la distorsión perceptual con lo que la persona afectada por él se corrobora en su falsa opinión o no se ve obligada a modificarla. La idea estereotipada es compartida por un gran número de personas de cualquier ingroup en relación a un outgroup; por lo cual contribuye a que ésta siga viva. Hollander dice:

“En cuanto se ha configurado una de estas ideas, deja de tener algo que ver con la realidad cambiante; a pesar de ello, tal idea, difundida y superada, no desaparece nunca” (21)

Esto sucede con la enfermedad del siglo, que aún con toda la serie de elementos científicos publicados, la primera difusión pobre que se hizo acerca del sida, se ha convertido en un rumor social en el que todos creen y el cual está arraigado en una sociedad que le teme al contagio, y que es válido hasta cierto punto, mientras no se afecte a personas directamente con maltratos y rechazos que puedan afectar su salud. Esta idea Young la confirma al declarar que determinadas clases de prejuicio en modo alguno no descansa directamente en el contacto, sino en elementos que perduran en el pasado.

Sin embargo cuando un individuo se adhiere a una opinión, puede no estar de acuerdo o no estar convencido con respecto a la realidad, pero tiene que apropiarse de dicha opinión para pertenecer al grupo de referencia, llámese familia, empleo, amigos, etc.

“La conformidad con la opinión del grupo constituye sin duda alguna un factor de importancia en la aplicación de la amplia difusión y unilateralidad de las ideas estereotipadas” (22)

Si se consideran a las ideas estereotipadas bajo el aspecto de opiniones de grupo, se nos muestran como componentes de la cultura social, las cuales pueden ser transmitidas como tales de generación en generación y cuya explicación hay que remontarla consecuentemente a la historia de dichas ideas.

Se afirma pues que las ideas estereotipadas tienen que ser consideradas como componentes de la tradición cultural, nos estamos colocando en el punto de vista que no son congénitas, sino adquiridas, y en consecuencia culturalmente condicionadas.

ESTEREOTIPOS

La forma estereotipada de los prejuicios sociales

Las actitudes de prejuicio hacia cualquier grupo son con frecuencia justificadas y reforzadas por los estereotipos, o las impresiones generalizadas y cargadas de valor que las personas de un grupo (ingroup) utilizan para caracterizar a las de otro grupo (outgroup).

Se ha considerado a los estereotipos como indispensables en casi toda la interacción social, debido a que como es imposible saber todo de todas las personas, entonces el estereotipo funciona como un atajo, como una forma de abstraer determinado número de características de una persona o grupo, organizándolas dentro de un marco de expectativas y en consecuencia poder reaccionar hacia determinada persona. En este sentido, sería imposible establecer relación alguna con las personas sin tener que recurrir a los estereotipos. Este término se ha venido utilizando en sentido peyorativo (Walter Lippmann lo utilizó por primera vez en 1922), aunque existen posiciones que argumentan se debería neutralizar, ya que las relaciones intergrupales de cualquier tipo, solo se efectúan a través de un marco de referencia que permite a los miembros de los grupos alternar con otros.

El sentido que para fines de esta investigación se utiliza, es el común, por lo que retomando: **estereotipo** se le puede llamar a las ideas y formulaciones de que se sirven los prejuicios para calificar por regla general, en tal concepto, no sólo son componentes de la cultura social, sino que está consolidada de valoración y emocionalidad.

“Los estereotipos proporcionan al individuo un horizonte suficiente como para proyectar sobre los outgroups sus problemas

específicos, tales como la agresión la debilidad subyacente o la preocupación por el sexo. Por consiguiente, al parecer los diferentes grupos minoritarios se prestan para diferentes tipos de acusaciones" (23)

La forma estereotipada por los prejuicios sociales no es sorprendente en cuanto que las formulaciones estereotipadas son en general especialmente fáciles de retener en la memoria y, por tanto, gozan normalmente de una repercusión relativamente grande. Otra de las razones por las que la forma estereotipada de los prejuicios no puede sorprender es que el prejuicio se opone por principio a toda tentativa de desenmascararlo y se resiste a toda formulación matizada personalmente, en esto juega un papel importante el hecho de que la estereotipación va acompañada de una materialización de palabras y símbolos que hace la posible construcción de un instrumento de medición de especial sensibilidad para personas con prejuicios de una cultura y sociedad.

Gerald Friedland en un ensayo sobre SIDA y compasión (Sepúlveda, 1989), propone tres razones por las cuales existe una falta de consideración y compasión hacia los enfermos de SIDA.

La primera de ellas se refiere al miedo al contagio; la segunda ocurre por el escaso valor social que se concede a los mal llamados "grupos de alto riesgo" (a través de los estereotipos) finalmente, la tercera explicación tiene que ver con el rechazo a todo aquello que nos recuerde nuestra vulnerabilidad, nuestra susceptibilidad a "la peste". En efecto, a pesar de las grandes campañas para combatir los mitos sobre la transmisión del SIDA, todavía mucha gente se rehusa a saludar de mano a un homosexual, y no se diga a un infectado por VIH. Hay quienes han llegado a proponer el marcaje distintivo e indeleble de los portadores del virus, para detectar su presencia a tiempo, a semejanza de lo que ocurría en la antigüedad con los leprosos con su campanilla obligatoria.

En los países industrializados, la mayoría de los casos de SIDA se asocian a personas homosexuales, o con prácticas de drogadicción intravenosa. Puesto que ambas prácticas son consideradas como reprobables, muchos de quienes las condenan encuentran justificado que sus practicantes adquieran SIDA y mueran en consecuencia. Así con base en este razonamiento se divide a los enfermos en "culpables" es decir, a aquellos que adquirieron el mal por ejercer su sexualidad o por utilizar drogas intravenosas, y en "víctimas inocentes" a quienes lo contrajeron por vía perinatal o por transfusión de sangre o hemoderivados infectados.

EL ESTIGMA EN LA IDENTIDAD SOCIAL

La sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías. El medio social establece las categorías de personas que en él se pueden encontrar. El intercambio social rutinario en medios preestablecidos nos permite tratar con "otros" previstos sin necesidad de dedicarles una atención o reflexión especial.

Desde la época de los griegos se crea el término "**estigma**" para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba, en la actualidad, la palabra es ampliamente utilizada con un sentido bastante parecido al original, pero con ella se designa preferentemente al mal en sí mismo y no a sus manifestaciones corporales.

Goffman habla de la "identidad social", se refiere a las primeras apariencias que demuestre la persona y que nos permita prever en qué categoría se halla y cuáles son sus atributos.

Por lo general, no somos conscientes de haber formulado esas demandas ni tampoco de su contenido hasta que surge una interrogante de índole práctica, es

cuando probablemente se advierte que se ha estado catalogando sin cesar determinados supuestos sobre el individuo que tenemos ante nosotros. Por lo tanto, a las demandas que formulamos se les podría llamar con mayor propiedad demandas enunciadas "en esencia", y el carácter que atribuimos al individuo debería considerarse como una imputación hecha con una mirada retrospectiva en potencia - una caracterización "en esencia" una identidad social virtual -. La categoría y los atributos que, de hecho, según puede demostrarse, le pertenecen, se denominarán su identidad social real.

Mientras el extraño está presente ante nosotros puede demostrar ser dueño de un atributo que lo vuelve diferente de los demás (dentro de la categoría de personas a la que él tiene acceso) y lo convierte en alguien menos apetecible - en casos extremos, en una persona casi enteramente malvada, peligrosa o débil -. De ese modo, dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un semiaficionado y menospreciado . Un atributo de esa naturaleza es un estigma, en especial cuando él produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio; a veces recibe también el nombre de defecto, falla o desventaja. Esto constituye una discrepancia especial entre la identidad social virtual y la real.

Es posible que nosotros, conozcamos la contradicción existente entre la identidad social real y la virtual de un individuo antes de entrar en contacto con él, o que este hecho se ponga de manifiesto en el momento en que dicha persona se presenta ante nosotros.

Una posibilidad fundamental en la vida de la persona estigmatizada es la colaboración que presta a los normales al actuar como si su diferencia manifiesta careciera de importancia y no fuera motivo de una atención especial. Sin embargo, la segunda posibilidad importante en la vida de una persona estigmatizada aparece cuando su diferencia no se revela de modo inmediato, y no se tiene de ella un conocimiento previo (o, por lo menos, él no sabe que los demás la conocen), es

decir, cuando no se trata en realidad de una persona desacreditada, sino desacreditable. El problema no consiste en manejar la tensión que se genera durante los contactos sociales, sino más bien el manejar la información que se posee acerca de su deficiencia. Exhibirla u ocultarla, expresarla o guardar silencio; revelarla o disimularla; mentir o decir la verdad; y en cada caso ante quién, cómo, dónde y cuándo. Por ejemplo, mientras el enfermo mental está internado, o cuando se encuentra con los miembros adultos de su propia familia, se lo trata con mucho tacto, como si estuviera cuerdo, cuando en realidad se sabe que hay ciertas dudas al respecto, aun cuando él pueda no tener ninguna; o bien se lo trata como a un insano, cuando él sabe que eso no es justo. Pero para el ex-enfermo mental el problema puede ser bastante diferente: no se trata de hacer frente a un prejuicio dirigido contra su persona, sino, por el contrario, a la aceptación inconsciente de individuos llenos de prejuicios contra las personas de la misma clase a la que él puede revelar pertenecer. A donde sea que vaya, su conducta confirmará falsamente a los demás están en compañía de lo que reclaman - una persona mentalmente sana -, pero que, según pueden descubrir, no consiguieron. En forma deliberada o no, el ex-enfermo mental oculta información sobre su identidad social real, recibiendo y aceptando un trato basado en suposiciones falsas respecto de su persona.

El manejo de la información oculta que desacredita al yo en una palabra el "encubrimiento".

La información social

En el estudio del estigma, la información más relevante tiene determinadas propiedades. Es información acerca de un individuo. Está referida a sus características más o menos permanentes, contrapuestas a los sentimientos, estados de ánimo e intenciones que el individuo puede tener en un momento particular. La información, al igual que el signo que la transmite, es reflexiva y corporizada: es transmitida a través de la expresión corporal, en presencia de

aquellos que reciben la expresión. Goffman denomina "social" a la información que reúne todas estas propiedades. Algunos signos portadores de información social pueden ser accesibles en forma frecuente y regular, y buscados y recibidos rutinariamente, estos signos los nombra "símbolos".

La información social transmitida por cualquier símbolo particular puede confirmarnos simplemente lo que otros signos nos dicen del individuo, completando la imagen que tenemos de él de manera redundante y segura. Los símbolos de prestigio pueden contraponerse a los símbolos de estigma, es decir, a aquellos signos especialmente efectivos para llamar la atención sobre una degradante incongruencia de la identidad, y capaces de quebrar lo que de otro modo sería una imagen totalmente coherente, disminuyendo de tal suerte nuestra valoración del individuo.

El encubrimiento

Cuando el estigma es sutilmente invisible y conocido solo por la persona que lo posee, la cual mantiene el secreto ante los demás, el hecho presenta un interés secundario para el estudio del encubrimiento. El grado en que se da esta posibilidad es difícil de determinar.

Existen estigmas importantes tales como la prostitución, la homosexualidad, la drogadicción, el sida, etc. que el individuo debe ocultar cuidadosamente ante determinada clase de personas - médico - y exponer en forma cuidadosa - pareja, familia, amantes -; es decir en medida en que a él se le hace necesario hablar de su problema lo contará de manera paulatina según las circunstancias, pero entre más oculto se tenga será mejor para su prestigio y para su desenvolvimiento personal. Se da por hecho, y es aparentemente correcto que la persona que se encubre prestará atención a aspectos de la situación social que otros abordan sin un cuidado especial. Aquello que para los normales son actos rutinarios puede convertirse en

problemas de manejo para los desacreditables. No siempre es posible manejar estos problemas con la experiencia anterior, pues en todo momento aparecen nuevas eventualidades, que vuelven inadecuados los recursos de ocultamiento previos. La persona que tiene un defecto oculto debe, pues, estar atenta a la situación social examinando todas posibilidades, razón por la cual es posible que se sienta ajena a cierto grupo. Lo que para ellos es el fondo, para él es la forma.

“La tensión que me provocaba engañar a mi familia y a mis amigos se volvió a menudo intolerable. Era necesario que controlara todas mis palabras y todos mis gestos, por temor a traicionarme” (24)

CAPITULO III

EL MEDICO INTERNISTA FRENTE AL SIDA

“ El internista es un médico especialista en la atención integral de pacientes adultos con enfermedades de alta prevalencia, con preparación formal para realizar acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento médico, con el apoyo de la fisiopatología de las enfermedades independientemente de la localización del padecimiento en los distintos órganos, aparatos o sistemas, con dominio de las interrelaciones entre distintas enfermedades, de las interacciones de diferentes tratamientos y con criterio para solicitar la participación de otros especialistas cuando el caso lo requiera” (25)

La definición anterior abarca el campo de trabajo de este tipo de especialista, y **L**cabría agregar que 10 años atrás, el médico internista era considerado además, como un especialista que pudiera laborar complementariamente en un consultorio privado. Hoy en día se asegura que el médico internista puede ejercer la especialidad en un consultorio privado de tiempo completo y aún así cumplir con los lineamientos bajo los cuales fue instruido. En el medio privado, el ejercicio del internista se suele convertir en una especie de médico familiar, con lo cual es frecuente que atienda a niños y adolescentes y no sólo a pacientes adultos, tal como se menciona en la definición. En este sentido se ha tratado de establecer los límites entre el internista general y el médico familiar:

“...A los internistas se les capacita en el modelo de razonamiento deductivo clásico del diagnóstico diferencial.(...) los médicos familiares...en la práctica a menudo actúan con un enfoque del razonamiento clínico menos estructurado y más empírico que se basa en la epidemiología clínica”. (26)

Mucho se ha dicho y escrito sobre la actividad del internista en el ámbito clínico, aunque pocos trabajos han analizado en forma objetiva su actividad. En

referencia a este punto, a continuación se analizará un trabajo presentado en la Revista de la Asociación de Medicina Interna de México, en el cual se realizó un análisis descriptivo de la consulta externa del internista en el ejercicio privado. En éste se analiza la labor del médico internista en el consultorio, es decir en una consulta particular, y los motivos más frecuentes de consulta. Este análisis pretende construir un marco referencial que permita ubicar la importancia y la relación que el médico internista tiene en su práctica, o en su caso, la relación que puede llegar a tener con los pacientes con SIDA. Es preciso recalcar, que este estudio fue realizado en un consultorio privado, por lo que los motivos de consulta son variados y con un rango de edad muy amplio lo que convierte a esta situación diferente para el internista que labora en una institución de salud.

Los resultados arrojaron que existen 65 principales motivos de consulta, que van desde gastroenteritis infecciosa, hipertensión arterial, embarazos y complicaciones, obesidad, hasta quemaduras y padecimientos hematológicos. En el lugar No. 40 de la lista de los principales motivos de consulta, se encuentran las enfermedades de transmisión sexual, y en éstas, el SIDA/infección por VIH. Como se puede observar, este tipo de enfermedades y en particular el síndrome de Inmunodeficiencia adquirida, no representa un alto índice en cuanto a su consulta particular, lo que pudiera significar, tal como lo explica el estudio, y en caso de que se quisiera hacer alguna comparación con una investigación similar pero dentro de alguna institución pública, que se podría comprobar que el tipo de población que suele acudir al consultorio privado es de un nivel socioeconómico de cierto nivel y que por lo general para este tipo de padecimientos se prefiere acudir a las instituciones del sector oficial. Un dato importante que cabe mencionar es el hecho de que, cuando se hizo este estudio de referencia, no estaba contemplado en la lista preliminar de los principales motivos de consulta, por lo que fue preciso incluir en el diseño original el SIDA/VIH.

Se consideró pertinente mencionar el anterior estudio con el fin de dejar en claro que el médico internista que atiende a pacientes con sida casi no se encuentra en la consulta privada, lo que se puede explicar a partir del costo de la atención. Es por esto que resulta apremiante conocer la actividad del internista concretamente en el ejercicio que preste en el sector público y en concreto al atender a pacientes con SIDA.

3.1 LA RELACION MEDICO-PACIENTE

La relación médico-paciente es una habilidad compleja. Se fundamenta en el interés auténtico del médico por los problemas del paciente y se apoya en atributos personales del propio médico, como su prestancia, su lenguaje, su cultura o su simpatía. Por ello se ha cuestionado qué tan susceptible es el alumno de medicina para aprenderlo; qué tanto se puede enseñar a interesarse por el paciente o a mejorar las características personales. En varios momentos durante la enseñanza de la clínica, surge el cuestionamiento sobre los límites de la función docente, incapaz a veces de incidir sobre valores y predisposiciones.

Hay que admitir que la relación médico-paciente es el evento crítico de la medicina clínica del que depende todo el resto del acto médico, y al que se debe la supervivencia de una profesión que, durante siglos careció de eficacia terapéutica. A pesar de su trascendencia, no ha sido abordada con seriedad en muchos programas educativos, asumiendo erróneamente que tan sólo se trata de dominar una técnica y que el resto depende del propio estudiante de medicina.

Hay que aceptar que los esfuerzos para propiciar el aprendizaje de la relación médico-paciente han sido más bien modestos, y que varios de los problemas de la práctica clínica contemporánea radican en esta insuficiencia formativa. Los alumnos de medicina aprenden a ver síntomas o enfermedades y no a ver hombres; se les capacita para interrogar, no para conversar; se les orienta a

satisfacer las propias necesidades y no las del paciente. Se les adiestra para llenar historias clínicas y no para establecer relaciones humanas.



A continuación, se pretende "ilustrar" cómo se siente un paciente, a esto, cabría agregarle una deficiente relación médico-paciente:

"... los pacientes sufren una "medicalización" intensiva después del diagnóstico. Su vida posterior al diagnóstico se centra en un principio alrededor del hospital y el personal médico y para permitirlo se interrumpen de manera considerable los programas sociales, domésticos y de trabajo. En consecuencia, muchos pacientes comienzan a pensar que se han tomado en "cobayos" y se ha perdido su identidad y control personal detrás de las pruebas, estudios, observaciones y medicaciones que origina la relativa novedad de su enfermedad. Algunos se sienten muy complacidos por cooperar con este escrutinio intensivo, en tanto que otros se tomarán inquietos por lo que pueden finalmente considerar como una experiencia intrusiva." (27)

Al paciente no siempre se le ve como un ser humano que necesita ayuda, sino como un demandante de servicios, un objeto de estudios, una carga laboral o un proveedor de recursos. En muchos casos la relación médico-paciente se ha estancado en un modelo paternalista o autoritario, o bien se ha transformado en un modelo contractual, que vulnera seriamente las relaciones afectivas. La aspiración es hacia un modelo de asociación en el que el paciente y el médico juntos buscan la solución a los problemas. El elemento fundamental de la relación médico-paciente, como de cualquier relación humana, es el respeto mutuo. El médico se obliga a conocer y respetar los derechos, las necesidades, las expectativas y las demandas del paciente.

En una investigación realizada en la Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA A.C., cuyo objetivo era presentar un modelo con un enfoque integral en las diferentes disciplinas de atención para personas que viven con VIH y SIDA, tras seguir los casos de una muestra de 100 personas, se obtuvo como conclusión lo siguiente: "es frecuente encontrar profesionales de la medicina que prescinden de una actitud de empatía, y por lo tanto impiden una coatención de pacientes, recurriendo al psicólogo sólo ante situaciones de angustia intensa en los consultantes limitando con esta actitud el desarrollo profesional del psicólogo y la salud física y emocional del paciente" (Ramírez, Palacios, Guerra, 1993).

Empatía en la relación médico-paciente

La empatía se refiere a la habilidad para captar el rol de otro y tener la capacidad de vivenciar los sentimientos, actitudes, valores y creencias, se podría decir que es la habilidad para hacer la misma definición acertada de la situación como la haría el otro (Weinstein, 1969). Esta habilidad perceptual interpersonal, requiere de agudeza sensitiva, así como sensibilidad hacia las diferencias interpersonales.

La empatía se obstaculiza por las actitudes autoritarias, pero se facilita por el desempeño de gran número de roles. El contacto con la persona objetivo, en este caso la persona con SIDA, también puede ayudar, pero no siempre. El que va a empatizar (el médico) debe *desear comprender* los sentimientos de la persona objetivo y no debe arriesgarse a cometer errores por medio de la información falsa que consciente o inconscientemente esté transmitiendo de él mismo. Es por esto que las personas dogmáticas o con prejuicios tienden a ser menos empáticas (tal como se explicó en el Capítulo II).

La empatía es un factor importante en la retroalimentación, ya que proporciona información que puede cambiar nuestro criterio, al tratar de comprender al otro. En

este orden de ideas, se puede afirmar que la manera de aumentar el prejuicio sobre un individuo es evitar el contacto con él, y la mejor manera de reducirlo es establecer contacto con él y llegar a conocerlo.

La experiencia de la Universidad de Harvard muestra que se requiere un serio esfuerzo propositivo por parte de los profesores y de la institución educativa, que no se satisface si se considera a la relación médico-paciente como una actividad marginal o un simple requisito para obtener información diagnóstica. El humanismo no puede quedar sólo en el discurso o en objetivos cognoscitivos, sino que tiene que trascender a la actitud y a la conducta. Los contenidos básicos del curso de Harvard se centran en la entrevista, en la capacidad de entender el modelo de enfermedad que tiene el paciente, en las relaciones interpersonales y en la ética médica.

La salud del paciente debería por supuesto ser de interés principal para el médico: tendría que estar dispuesto al menos a considerar seriamente la implementación de algunas nuevas ideas o tratamientos que un paciente puede sugerir, por más inusitados que éstos puedan parecer. Aquellos médicos que rápidamente desechan estas variantes, sin escuchar siquiera al paciente no son los más calificados para tratar a un enfermo que presenta un cuadro de SIDA. Los pacientes con SIDA necesitan un médico que esté dispuesto a ser su socio para diseñar una terapia coherente. Una relación de este tipo puede llegar a ser una buena arma para combatir la enfermedad. Los elementos que forman parte de esta relación son: flexibilidad, imaginación y equilibrio.

Entendamos por **flexibilidad** la capacidad de cambio con respecto al consentimiento para dar nuevos enfoques al tratamiento es de vital importancia tanto para el paciente como para el médico por la increíble diversidad del virus y la variabilidad de su curso que difiere en cada caso partícula. Cada infección por VIH

es completamente diferente en lo que atañe a efectos en el cuerpo humano en dos personas diferentes.

Los médicos deben recurrir al **equilibrio** en la lucha contra la enfermedad lo que significa prudencia y confianza. Los médicos deben ser capaces de confiar en la opinión de sus pacientes y construir en conjunto, una estrategia coherente para lograr un tratamiento óptimo. Por otra parte los médicos deben estar claramente dispuestos para asumir algunos riesgos con los pacientes. Los riesgos deberán considerarse con antelación y ser adecuadamente elevados, el consentimiento del paciente es imprescindible como si se tratara de un protocolo o un programa de acceso expandido.

El paciente debe lograr su propio equilibrio. Debe saber de antemano que no puede esperar milagros de su médico: eso no sucederá. Debe ser realista en sus expectativas para saber que se puede o no esperar de un tratamiento. Por eso el paciente debe estar informado con respecto al VIH, no puede curarse aquello que no se conoce.

El término **imaginación** debe aplicarse tanto al médico como al paciente. Los pacientes portadores de VIH sufren la influencia, por una parte de creencias, fuerza y confianza; por otra parte temor, depresión y fantasías. Para quien padece SIDA, la confianza en el médico se transforma en una suerte de línea de vida que mantiene intacta la actitud positiva del paciente.

El médico jamás debe creer que sus pacientes saben lo suficiente como para no preguntar lo que necesitan de su médico. La mayor parte por desgracia no lo sabe. Los pacientes desean desesperadamente creer que los médicos están llenos de sabiduría y tienen el poder suficiente como para curarlos. Cuando descubre que los médicos son impotentes como para curar la infección por VIH, el

paciente comienza a sentir la incertidumbre, la inseguridad que sólo puede ser aliviada aprendiendo en profundidad cómo es la enfermedad.

El término imaginación implica riqueza espiritual, lo cual puede estar o no presente en un paciente. La cooperación entre médico-paciente, dada la naturaleza de la enfermedad, es de fundamental importancia. El médico debe aprender a “ponerse en el lugar del enfermo”, como si se tratara de un psicoterapeuta. Al mismo tiempo tiene que mantener una distancia (mental) para asegurarse de decisiones correctas en materia de tratamiento. En suma, el médico debe estar capacitado para sentir el dolor y temor de su paciente, en profundidad, sin sentir el pánico que siente él mismo.

3.2 ETICA MEDICA

El terreno de la ética médica tradicionalmente se ha considerado un campo resbaladizo en el que es menos difícil hablar que actuar. Las infecciones por VIH, de la misma manera que han contribuido al avance de la inmunología, la virología, la farmacología y otras disciplinas científicas, dieron origen a un progreso en el terreno de la ética médica. Los aspectos éticos del SIDA abarcan muchos otros cuestionamientos. Algunos de los cuales aún no tienen respuestas racionales.

Cabe esperar que el miedo al contacto con los individuos infectados en relaciones sociales, educativas o de empleo vaya disminuyendo gradualmente conforme los esfuerzos educativos se expandan; que probablemente se identifiquen como invalidas las personas infectadas para que reciban las consideraciones sociales que merecen y que el personal de salud en todas las profesiones pueda utilizar la experiencia ganada con el sida para reforzar su actitud de servicio y su compasión por los enfermos.

3.3 ASPECTOS ETICOS DEL SIDA

*“Puesto que las acciones humanas sólo pueden juzgarse de acuerdo con las circunstancias - *Actiones humanae secundum circumstantias sunt bonae vel malae* - decía Santo Tomás de Aquino,¹ no falta quien considera que la Ética es una materia subjetiva y relativista. No obstante, en cualquier discusión teórica vale más asumir que la Ética es una disciplina metódica y objetiva; de lo contrario sólo podrían analizarse casos individuales, no podrían definirse principios, normas o leyes...” (28)*

Durante los últimos dieciséis años la pandemia del SIDA se ha llevado a plantear a los médicos la calidad de atención a las personas con VIH, si inicialmente la respuesta fue de miedo y desconocimiento de la enfermedad, lo que ha significado incluso el rechazo y violación de los derechos humanos en hospitales o servicios privados, con el tiempo han surgido grupos de profesionistas que trabajan en instituciones públicas, privadas y no gubernamentales, que han contribuido con su práctica médica a ofrecer un servicio de calidad.

La práctica médica en VIH/SIDA se puede considerar como un reto, enfrentando los límites que plantea la vida ante la enfermedad y recreando la atención no sólo como un asunto que signifique recetar medicamentos al paciente. Desde esta perspectiva, la atención médica de calidad plantea un manejo integral del paciente recuperando al individuo en su contexto psicosocial de vida.

Una de las partes más importantes de aquellos médicos que atienden a pacientes con VIH es desarrollar una relación de comprensión y entendimiento a partir de preguntarse ¿cómo está viviendo y enfrentando el VIH?. A ello se agrega la necesidad de generar la confianza del paciente con una actitud médica de respeto, abierta, sin juicio y si quiere, con amor. Con todo esto, un servicio de calidad puede combinar un manejo médico eficaz con un trato cálido.

Como se ha mencionado, la epidemia del VIH ha puesto al personal de salud y a la sociedad entera en evidencia, pues ha desenmascarado una serie de problemas relacionados con la ética médica que, aunque relacionados con la enfermedad, la trascienden y ponen en entredicho a las profesiones de salud en su conjunto. La época en la que vivimos ha generado cuestionamientos que exigen soluciones nuevas aunque también ha revivido viejas preguntas que han podido resolverse con base en la casuística o en normas universales.

La ética médica se fundamenta en los ideales morales, religiosos y filosóficos de la sociedad de la que la medicina es una parte; pero además los médicos se ajustan a ciertos patrones específicos que se relacionan con la naturaleza de las decisiones que se tienen que tomar. La magnitud de la responsabilidad frecuentemente ahuyenta a los pusilánimes, en cierta medida, la tendencia que se observa hoy en día por parte de los aspirante a especialista al seleccionar preferentemente disciplinas médicas relacionadas con el dominio de técnicas específicas y el manejo de artefactos, más que con la atención integral de los enfermos, se relaciona con intensa carga afectiva que acarrea esta última, sobre todo en estas épocas, y que atenta contra la propia estabilidad emocional del médico.

En el paciente con infección por el virus de la Inmunodeficiencia humana el catálogo de situaciones que requieren de una decisión ética que aún no se completa, y que en muchos casos, tampoco es posible definir principios universales. Sin embargo, hay circunstancias que ya se plantean con cierta claridad; bien sea porque se han presentado reiteradamente o porque han sido lo suficientemente impactantes, de modo que han propiciado las debidas reflexiones por quienes tienen la autoridad moral para definir lineamientos. En algunos sentidos, los lineamientos éticos que se aplican a los pacientes con infección por VIH no difieren tanto de los que se aplican a casos similares: las reglas para el paciente terminal, el infectocontagioso, y las consideraciones sobre calidad de

vida, los ensayos clínicos controlados, los tratamientos innovadores, etc. son similares para los enfermos con sida y para los que padecen otras enfermedades; pero en muchos otros casos, el paciente con infección por VIH representa una situación única que requiere un enfoque particular.

No hay que perder de vista que en muchos cuestionamientos éticos está involucrada toda la sociedad y no sólo el personal de salud. En efecto la atención de los enfermos, el acceso a fuentes de trabajo, la segregación de los individuos infectados, el manejo de la información, por ejemplo son acciones que trascienden la responsabilidad del personal de salud.

El conflicto fundamental se centra entre los derechos del individuo enfermo o infectado y los de la sociedad, los que frecuentemente entran en pugna.

C. Manuel, editor de *Journal of Medical Ethics* (1990), clasifica los aspectos éticos del SIDA de la siguiente manera:

1. Medidas que intentan proteger a la sociedad, que incluyen, en orden regresivo según su grado de coerción:

- a) aislamiento y cuarentena
- b) medidas discriminatorias relacionadas con grupos específicos,
- c) respeto a la confiabilidad de la información médica,
- d) aplicación de leyes penales,
- e) escrutinio
- f) obligatoriedad de la declaración y el registro,
- g) exámen de sangre donada para transfusión,
- h) vacunación e innovaciones médicas incluyendo ensayos terapéuticos,
- y) información y educación

2. Medidas que intentan proteger al individuo

- a) derechos fundamentales del paciente: a la confidencialidad, a la información y al tratamiento,
- b) derechos civiles: libertad civil, derecho a la educación, al trabajo, etc.
- c) derechos de los individuos sanos: de aquellos que tienen contacto con el paciente, del personal de salud, de quienes reciben transfusiones, etc.

El Dr. Lifshitz, médico internista, analiza los aspectos relacionados con la actuación del médico.

La confidencialidad y sus límites

La mayoría de los pacientes en un principio tiene miedo de hablar sobre la enfermedad y en especial de su propia seropositividad, esto provoca que sean renuentes a recibir atención médica oportuna, debido a que algunos médicos tienen prejuicios, desconocen la enfermedad y las estrategias de atención. El paciente manifiesta una actitud que denota miedo al rechazo, pero al ser tratado amablemente y al no ser cuestionado en su vida personal respecto a su sexualidad; y al darle diferentes opciones de cómo puede mejorar su calidad de vida se abre al diálogo, logrando así que se interese en su salud. De esta manera se lograría que los pacientes colaboren y se adhieran a su tratamiento responsabilizándose entonces de su situación.

En este terreno, el conflicto entre los derechos del paciente y los de la sociedad se plantea muy claro. Puesto que la experiencia demuestra que existe una amenaza de discriminación para los individuos infectados, ya que la infección se suele vincular con otras condiciones que muchas sociedades no han aceptado, e incluso, han perseguido. La confidencialidad adquiere una importancia crítica. Más aún si la garantía de la confidencialidad en el manejo de los datos, difícilmente se someterían muchos pacientes a pruebas de detección o de diagnóstico. El paciente exige su derecho a que no se divulgue la naturaleza de su enfermedad, y

el médico se afilia a la vieja institución del *secreto profesional* muchas pruebas se realizan en condiciones de anonimato, utilizando sistemas de identificación que no son personales. Los laboratorios han ideado códigos para referir los resultados de manera que no puedan ser interpretados más que por los expertos, se suelen utilizar las palabras “reactivo” o “no reactivo” en lugar de positivo y negativo respectivamente o bien términos cuantitativos que solo entienden los conocedores. Como siempre, los resultados se entregan en sobre cerrado, pero también como siempre, el sobre suele ser abierto por el paciente o sus familiares.

La confidencialidad no tiene solo el propósito de evitar la discriminación en cuestiones de empleo, vivienda o seguro sino también de evitar un pánico innecesario y la adopción de actitudes de rechazo por parte de familiares o amigos. Aún cuando este rechazo no manifieste claramente, el paciente lo percibe a veces de manera paranoide, de tal forma que el principio de la confidencialidad tiene un fundamento práctico para el bienestar del enfermo.

La importancia de la confidencialidad en el encuentro clínico se deriva de dos fuentes distintas. Por un lado, la obligación moral de respetar la dignidad y la autonomía del paciente; pero, por el otro, existe una razón más práctica.

La confidencialidad es esencial para que el paciente tenga confianza en el médico y en el sistema de salud y pueda revelar toda información importante. Si el paciente no tiene la seguridad de que se van a manejar confidencialmente, no va a aportar ciertos datos que pueden ser indispensables para que se le atienda debidamente.

Pero, obviamente, la confidencialidad tiene sus límites. El primero es de orden legal o reglamentario, pues es indispensable que se conozca la epidemiología de la enfermedad para poder tomar decisiones de alto nivel, de manera que los gobiernos, incluyendo el de México, han legislado acerca de la obligatoriedad de

informar cada caso a las autoridades sanitarias. Puesto que éstas difunden tan sólo la información relacionada con poblaciones, el principio de confidencialidad se mantiene, pues nunca divulgan la identidad de los pacientes, aunque no se puede negar los riesgos de que esto ocurra.

Existen grupos que proponen que esta confidencialidad es inconveniente y que, puesto que lo importante es proteger a la sociedad, más bien deberían hacerse públicos los nombres de los individuos infectados para que cualquier persona pudiera consultarlos y tomar sus propias medidas para evitar ser contagiada. Es decir, que hubiese una lista de referencia para cotejarla, por ejemplo con las parejas sexuales o con los aspirantes a un empleo. Este es uno de los puntos difíciles en la pugna entre los derechos individuales y los de la sociedad, pero es muy probable que, si se tomara la decisión de divulgar ampliamente la identidad de los pacientes infectados las consecuencias sociales también serían muy serias, como que los pacientes dejaran de asistir a la atención médica o se negaran a practicarse los exámenes.

Un asunto difícil es el de manejar el derecho a la confidencialidad y el derecho a la información relacionados con los contactos directos del enfermo, en particular sus parejas sexuales. El riesgo de transmisión de la infección a una pareja sexual es prácticamente absoluto si no se toman las medidas de prevención, de manera que casi es incuestionable la necesidad de que las parejas sexuales de los individuos infectados estén informadas. En estos casos lo mejor es convencer al propio enfermo para que sea él quien proporcione esta información a su pareja. Sin embargo, es posible que se niegue a ello o incluso, como ya ha ocurrido, que deliberadamente se proponga contagiarla. Los expertos conceden, en estos casos, autoridad al médico para transmitir esta información, aunque no se ha establecido aún como un deber, de modo que es más bien un asunto de discreción profesional.

La advertencia a otros contactos del enfermo que también corren un riesgo de contagio, como ocurre con el personal de salud (enfermeras que van a manejar sus secreciones y excreciones, químicos y técnicos que van a manipular su sangre, endoscopistas que van a penetrar en sus cavidades, cirujanos que van a invadir sus tejidos), representa una alta probabilidad de que la confidencialidad termine. No es fácil mantener un secreto compartido por muchos. A pesar de que la recomendación aprobada es la de utilizar las medidas de protección ante todos los pacientes a los que se enfrenta el personal de salud, puesto que los seropositivos no podrán ser reconocidos por sus síntomas, cuando se ha enterado un miembro del personal de salud que el paciente que atendió tenía una infección por VIH y que esta información se le ocultó por razones de confidencialidad, se han generado conflictos a veces violentos.

Aunque hay mucha controversia sobre los límites de la confidencialidad a nivel legislativo, la idea básica que guía las acciones del médico se concreta en la protección firme de la confidencialidad y, a partir de allí establecer las excepciones que determine el criterio médico, salvo la responsabilidad legal de informar a la autoridad sanitaria.

El derecho del paciente a recibir atención médica

Esta es también una ley universal que no se restringe a los pacientes con infección por VIH. Sin embargo, la experiencia de estos años ha mostrado que no es excepcional que el personal de salud se niegue a proporcionarles atención, no sólo por el temor a ser contagiados sino porque suelen, consciente o inconscientemente, estigmatizar a los enfermos considerándolos culpables de su enfermedad y merecedores del castigo que representa. Se ha observado, por ejemplo, que la actitud del personal de salud ante el paciente que es un homosexual promiscuo o un drogadicto, es diferente de la que adopta ante un paciente hemofílico. En esta actitud diferencial está presente un sentimiento

fundamentalmente religioso, que asocia el pecado con el castigo en el primer caso, mientras que en segundo se expresa la compasión ante quien, además de la carga que representa su enfermedad de base, ha sufrido la desgracia de la transmisión incidental e inocente de la infección.

Puesto que ya se demostró que, aunque mínimo, existen riesgos de contagio para el personal de salud, quienes se niegan a dar atención a los pacientes con infección por VIH tienen ya un argumento epidemiológico en su favor, pero nunca tendrán un argumento deontológico.

La obligación de proporcionar atención a todos los pacientes, independientemente del riesgo personal, sea éste real o percibido, está profundamente arraigada en la historia médica y en la ética médica. La observación de este imperativo ético en el pasado, ha sido no obstante inconsistente. Se sabe que muchos médicos huyeron de la muerte negra en Europa en el siglo XIV y de la gran plaga de Londres en el siglo XVII. En los últimos cien años sin embargo aparentemente los médicos no habían vacilado en proporcionar atención a los pacientes cuyas enfermedades se sabía que los ponían en riesgo personal. Desde el advenimiento de los antibióticos, una generación entera creció acostumbrada a proporcionar atención médica en un ambiente esencialmente libre de riesgo personal de una enfermedad infecciosa seria. La llegada del VIH rememora las épocas heroicas y confronta las generaciones actuales por primera vez con un riesgo para su propia salud física. Las anécdotas sobre médicos y otros grupos de personal de salud que perdieron su vida al ser contagiados por los enfermos, más que justificar los temores engrandece a sus profesiones.

El American College of Physicians y la Infectious Disease Society of America fijaron una posición al respecto diciendo que:

“...los médicos, otros profesionales de la salud y los hospitales están obligados a proporcionar cuidado humano y competente a todos los pacientes, incluyendo a los pacientes con sida y condiciones relacionadas, así como a pacientes con infecciones por VIH con problemas médicos no relacionados. El negarse a proporcionar cuidado apropiado por cualquier razón no es ético.”
(29)

Los médicos que tienen la responsabilidad primaria del bienestar de los pacientes deben proporcionar cuidados de alta calidad, sin juicios e independientemente de su riesgo personal, real o percibido. Los médicos están inevitablemente comprometidos por la ética de sus profesiones de salud para tratar pacientes con todas las formas de enfermedad. Es inapropiado para cualquier personal de salud comprometer el tratamiento de cualquier paciente, incluyendo aquellos con enfermedades letales transmisibles como el sida, con base en que dichos pacientes representan un riesgo médico inaceptable. El principio fundamental de la ética médica no puede comprometerse.

Una relación médico-paciente se establece cuando un paciente escoge a su médico y el médico acepta hacerse cargo de él. El médico contrae, entonces, una responsabilidad moral de proporcionar el mejor cuidado posible. Si un médico se siente inadecuado o incapaz de proporcionar tal atención en una circunstancia determinada, está éticamente obligado a referir al paciente a un colega competente que sea capaz y desee proporcionar tal atención. La negativa de un médico para atender a una categoría específica de pacientes como en el caso del sida y las infecciones por VIH por cualquier razón, es moral y éticamente indefendible.

La práctica de la medicina es un deber social y acarrea una responsabilidad social. Si la medicina desea mantener su estado de respeto como profesión, los médicos deben continuar proporcionando la mejor atención posible a los

pacientes, independientemente del riesgo personal. No hacerlo así atenta contra la verdadera naturaleza de la relación médico-paciente, hace mofa de la herencia profesional y viola la auténtica esencia de ser médico.

Ciertamente, no se trata de arriesgarse torpemente, sino de adoptar las medidas de protección precisas. Los hospitales deben proporcionar a su personal tanto la información como los insumos que permitan hacer efectiva esta protección. Cuando esto no ocurre, el personal médico tiene derecho a exigirlo, pero no puede poner condiciones para atender a un enfermo sin atentar contra una tradición que ha enaltecido a las profesiones de salud.

Los médicos y el resto del personal de salud, deben hacer conciencia de que su profesión representa riesgo para su salud; aunque este peligro ha estado implícito siempre, no se había hecho tangible hasta la epidemia del sida. La selección vocacional de la profesión implica la aceptación tácita de este riesgo, lo mismo que sucede con cualquier otro oficio peligroso.

El paciente terminal

"Un diagnóstico de SIDA tiene profundas implicaciones para el paciente. La predicción de la muerte que la mayor parte establece aunada al diagnóstico, el reconocimiento escalofriante de que aún no existe curación y que los amigos y otros están muriendo de SIDA y la respuesta no agradable, muy difundida por parte del público hacia los homosexuales afectados origina un sentimiento de atrapamiento para la mayoría de los pacientes, en especial en los primeros meses después de las noticias" (30)

La atención de pacientes en estado terminal reúne muchas de las decisiones más difíciles para el médico de hoy en día.

La atención del paciente terminal con sida no debiera representar un problema distinto del de otros enfermos terminales, pero lo cierto es que, también la experiencia ha mostrado lo contrario. En un estudio en el que se analizaron pacientes con enfermedades diferentes, pero con un pronóstico similar, la proporción de casos que recibieron indicaciones de "no resucitar" fue mayor para los pacientes con sida que para los pacientes con cáncer, cirrosis o insuficiencia cardíaca.

El sida es, todavía, una enfermedad incurable, por más que se ha logrado prolongar la vida y mejorar un tanto su calidad. Los esfuerzos del paciente y del personal de salud se justifican fundamentalmente por la esperanza legítima de que, en cualquier momento, surja algún tratamiento definitivo. Mientras tanto, se siguen planteando interrogantes acerca de la ética de prolongar la vida ante las expectativas tan inciertas. Por ejemplo, varias de las condiciones que tradicionalmente se han considerado válidas para no resucitar a un enfermo se suelen dar en muchos pacientes con sida, entre ellas, que no se vaya a alcanzar ningún beneficio médico real, que la calidad de vida que se espera será muy pobre o que la calidad de vida previa ya era muy pobre, ya sea por daño cerebral irreversible o por sufrimiento o incapacidad extrema, o simplemente se valora el costo enorme en relación a la probabilidad de recuperación.

Uno de los principios éticos que se van perfilando como fundamentales ante el paciente terminal es el de respetar su **autonomía**. Se entiende por autonomía la facultad de gobernarse a sí mismo, o la de rehusar cualquier procedimiento o escoger entre diversos tratamientos, el concepto se limita a los tratamientos benéficos y no se extiende a los inútiles o dañinos. Aunque no existe un antónimo absoluto para la autonomía desde el punto de vista ético, el concepto que más se acerca es el de paternalismo, que se define como una forma de liderazgo que depende del criterio y el comportamiento del que manda, limitado sólo por su propia bondad. El modelo de relación médico-paciente ha discurrido del antiguo

modelo hipocrático a uno contractual y se encamina a uno más moderno, de asociación, en el que el problema del enfermo es resuelto por ambos, médico y paciente. En este modelo, las decisiones del propio paciente son fundamentales.

Desde luego, la autonomía tiene sus restricciones, que pueden ser externas como la coerción, el engaño físico, o emocional y la privación de la información indispensable, o internas por una pérdida de la competencia. Para que se ejerza plenamente la autonomía es necesario que el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento no tengan duda, que el paciente sea competente y esté informado, que el médico sea auténticamente un experto y tenga suficiente sensibilidad humana y que no existan restricciones económicas graves. Se entiende por competencia la capacidad de comprender y asimilar la información acerca de las pruebas, los tratamientos, los riesgos, beneficios, resultados probables y alternativas. Las situaciones de incompetencia incluyen la muerte cerebral, el estado vegetativo persistente, la demencia severa e irreversible y algunos estados transitorios, en cuyo caso no puede respetarse la autonomía del paciente por lo que se debe buscar un decisor subrogado entre los familiares y amigos, de acuerdo con ciertos lineamientos legales y morales. Un punto controvertido es: ¿qué tan competente será un paciente deprimido? Los psiquiatras aconsejan que los individuos no tomen decisiones trascendentales hasta en tanto no salgan de la depresión; los pacientes con infección por VIH frecuentemente están deprimidos y habría que analizar si no tienen restringida su autonomía por cierta incompetencia que les propicia la respuesta emocional a su enfermedad. El asunto es aún motivo de opiniones mas que de reglas; un elemento útil para la decisión es la valoración clínica de cada caso con énfasis en el reconocimiento de la capacidad del enfermo para tomar decisiones responsables.

Otro concepto que conviene precisar a propósito de las decisiones ante el paciente terminal es el de **proporcionalidad**, que se define como la relación entre la calidad y la duración de la vida. La apreciación sobre la calidad de vida es muy

compleja; sin embargo en los procedimientos para calcular índices costo-utilidad se han definido criterios cuantitativos de la calidad de vida que pueden aplicarse a los pacientes con SIDA, y hasta se ha propuesto la unidad de calidad de vida: el "qaly", definido como un año de vida en perfecta salud.

Con el fin de respetar lo más posible la autonomía, existe una tendencia ahora a promover lo que se ha llamado "directrices anticipadas" que son las declaraciones previas de un paciente incompetente, pero realizadas cuando era competente.

Para estos propósitos se le informará al individuo lo que es una enfermedad crítica: condición de extrema gravedad que puede mejorar con tratamiento médico enérgico; una enfermedad terminal, condición en la que el paciente se está muriendo y no va a mejorar, independientemente de lo que el médico haga; y coma permanente, condición en la que la persona nunca despertará; y se le solicita una declaración escrita sobre sus instrucciones en el caso de que llegue a encontrarse en alguna de estas condiciones. Las directrices anticipadas deben llenar los requisitos de un consentimiento informado, es decir, que el paciente tenga la capacidad de razonar y hacer juicios, que la decisión sea voluntaria sin coerción, y que tenga una clara información y comprensión de los riesgos y beneficios de cada una de las alternativas de tratamiento y de no tratamiento. así como de la naturaleza de la enfermedad y del pronóstico. El sujeto tendría que decidir entre los siguientes niveles de tratamiento:

1. Resucitación de emergencia.
2. Cuidado intensivo y apoyo vital avanzado.
3. Cuidados médicos generales
4. Cuidados generales de enfermería (apoyo vital básico).

En todos los casos, el médico no debe olvidar que su actuación será en favor de los intereses del paciente y, no de los intereses propios o de la familia.

Dado que el paciente con infección por VIH tiene, al menos por ahora, muchas probabilidades de enfrentar una situación que obligue a tomar decisiones sobre pacientes en estado terminal, una política útil podría ser la de promover que, tempranamente en la evolución de la enfermedad, el paciente definiera sus directrices anticipadas. La idea no es tan grata en el sentido en que anticipan también un tanto el sufrimiento que se prevé, pero puede resultar práctica.

La American Thracic Society ha definido unos cuantos principios relacionados con la deontología médica ante el paciente terminal los que, aunque no especialmente diseñados para pacientes con SIDA se pueden aplicar muy bien a ellos:

- I. El respeto a la autonomía del paciente es la base principal para mantener o retirar la terapia para mantener la vida.
- II. Cuando un paciente carece de la capacidad de tomar decisiones, debe identificarse un decisor subrogado.
- III. Las intervenciones médicas para sostener la vida pueden limitarse sin el consentimiento del paciente o del decisor subrogado si se considera que la intervención va a ser útil.
- IV. Las instituciones de salud tienen la responsabilidad de promover decisiones válidas relacionadas con la terapéutica para sostener la vida.

El derecho del paciente a la información. La importancia de la verdad.

Casi nadie ignora hoy en día, el pronóstico del sida, cualquier noticia diagnóstica lleva implícita la sentencia de muerte. Confrontar al paciente con esta realidad es, por un lado imperativo, y por el otro, una auténtica agresión emocional, por ello, el principio fundamental de hablar siempre con la verdad se tambalea un tanto. Vale la pena citar las palabras del Dr. Horacio Jinich al respecto:

“La verdad es la meta de la ciencia y la filosofía y es el puente entre las conciencias humanas, y todo trato sólo con ella tiene validez, firmeza y esencia. Todo esto es cierto, pero también lo es que la verdad desnuda puede ser fría, implacable y despiadada, a veces inmoral. La verdad es deseable casi siempre, pero no cuando daña, destruye y mata. No hay que olvidar que la meta de la medicina es: curar a veces; aliviar a menudo; consolar, alentar, e inspirar fé y esperanza siempre. He sido testigo, a lo largo de mi vida de médico, del inmenso bien que puede proporcionar la mentira piadosa, y del efecto devastador de la verdad desnuda”
(31)

La responsabilidad del propio enfermo para con sus contactos obliga a que esté perfectamente informado, tanto de la naturaleza de su enfermedad como de los riesgos de transmitirla; pero también es posible informar sin desalentar la esperanza que, al fin y al cabo, no es del todo ilusoria.

En algunos estudios realizados en el terreno del paciente terminal, los hallazgos encontrados, concuerdan generalmente en cuatro puntos cruciales:

1. A pesar de lo que se pensaba en relación al ocultamiento de la verdad a los pacientes terminales, la mayoría de ellos conocen el fin de su enfermedad.
2. El conocimiento de la realidad poco agradable de una enfermedad terminal no destruye necesariamente la esperanza ni provoca desesperación.
3. En sí, el miedo a la muerte raras veces se expresa, más bien es el miedo al proceso de muerte lo que produce tensión.
4. La mayoría de los pacientes no preguntan directamente sobre su diagnóstico, lo hacen en forma indirecta.

Como se puede ver, todos los puntos giran al rededor de la comunicación. Evidentemente, la realidad de la muerte afecta a todos y es un error pensar que la vejez de un paciente le libera del miedo a la muerte. Disminuir el dolor es una de las últimas metas, pero la tranquilidad de la mente puede ser difícil de conseguir si el paciente y la familia no conocen los cambios psicológicos que se derivan del diagnóstico de una enfermedad terminal.

Decir al paciente la verdad sobre su diagnóstico y pronóstico no necesariamente destruye la esperanza o induce la depresión severa. El ser humano es capaz de responder con mayor fuerza y entereza de lo que se piensa a las adversidades. Predecir que los factores sombríos de un pronóstico van a destruir la esperanza representa olvidar la capacidad que tiene el ser humano para soportar y perseverar, aún en situaciones extremas. Tal pronóstico constituye una expresión del miedo proyectado de quien lo realiza, en vez de una verdadera valoración de la situación. Las personas que tienen alguna relación con los pacientes terminales, deben considerar que la enfermedad afecta de diversas maneras a los pacientes, las reacciones particulares imaginadas pueden ser totalmente diferentes a la del propio paciente; es más, no cuenta tanto la verdad como la forma en que se dice.

No importa tanto qué tan avanzada esté la enfermedad, el paciente necesita saber que se halla en manos de alguien que no se dará por vencido y luchará hasta el último momento.

El hallazgo de que el miedo a la muerte (extinción personal) es menos importante que el miedo a morir, no es tan sólo un juego de palabras como parece, la paradoja de la muerte es que, no se puede imaginar la propia muerte, aunque a la vez se conoce que llegará ineludiblemente. Por otro lado, el proceso de muerte ocasiona un número de sentimientos desagradables tales como el dolor, una multitud de incomodidades causadas por el tratamiento y la separación de los

seres queridos, el miedo con mayor frecuencia expresado por el paciente terminal, más que el miedo a la tumba, es el miedo a sufrir la soledad. Cuando se le asegura mediante palabras y hechos que el abandono no ocurrirá, su situación se vuelve más fácil.

El médico debe tratar de crear una atmósfera de esperanza y fomentar sentimientos de pertenencia y confianza, al responder al paciente todo lo que quiere saber y compartir con él, algunos de sus miedos y pesares.

Considerando la importancia que tienen las consecuencias psicosociales que se detallaron a lo largo de la investigación y la correlación significativa de estas con la actitud que el médico presenta ante el paciente con sida, en el próximo capítulo enunciamos los aspectos metodológicos utilizados en la selección y tratamiento de la muestra, posteriormente hacemos un análisis de los ítems significativos para cada categoría, así como también el análisis de los resultados y conclusiones obtenidos.

METODOLOGIA

TIPO DE INSTRUMENTO

Se realizó un estudio "ex post facto" a través del diseño y aplicación de una escala ordinal de actitudes tipo Likert.

Este tipo de escala no otorga distancia a partir de un punto cero, sino solamente orden, ni arbitrario ni real. La medición se realizó con cinco medidas que van del 5 al 1, desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo.

Se realizaron 59 reactivos positivos con sus respectivos negativos, de los cuales se eliminaron los que el estudio piloto descartó por no reportar lo que se pretendía, es decir permanecieron los que tuvieron una significancia mayor a 0.5 (ver tabla 2)

POBLACIÓN DE ESTUDIO

MÉDICO INTERNISTA. El internista es un médico especialista en la atención integral de pacientes adultos con enfermedades de alta prevalencia, con preparación formal para realizar acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento médico, con el apoyo de la fisiopatología de las enfermedades independientemente de la localización del padecimiento en los distintos órganos, aparatos o sistemas, con dominio de las interrelaciones entre distintas enfermedades, de las interacciones de diferentes tratamientos y con criterio para solicitar la participación de otros especialistas cuando el caso lo requiera.

MUESTRA. Criterios de Inclusión

La dimensión de la muestra estudiada fue de tipo no probabilístico, y estuvo delimitada por los siguientes criterios de inclusión:

- 1) Médicos internistas. Médicos especialistas en el tratamiento integral del paciente adulto con enfermedades de alta prevalencia.

- 2) Pertenecientes a la Asociación de Medicina Interna de México, A.C. Los miembros que pertenecen a dicha asociación, están certificados ante el Consejo Mexicano de Medicina Interna, A.C., que es un organismo colegiado que extiende un certificado que avala la preparación del médico, además de hacer evaluaciones periódicas que certifican su actualización permanente.

- 3) Que presten sus servicios en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el Distrito Federal. Se consideró esta institución por su naturaleza y magnitud, ya que según datos actualizados a septiembre de 1996, el IMSS atiende a una población de 50 millones de mexicanos, lo que representa más del 60% de la población total y en la especialidad de medicina interna, conglomerada al 34.67% del total de médicos internistas en el D. F.

De 6155 médicos internistas asociados a la AMIM en el territorio nacional, 2134 pertenecen al IMSS en el D.F. La muestra fue estratificada y se pensó aplicar a 213 médicos internistas, es decir al 10% (Datos obtenidos de la Asociación de Medicina Interna, 1997). Sin embargo, debido a la delicadeza del tema y al tiempo que los médicos quisieron otorgar al llenado de la escala, aunado esto a que se obtuvieron muchas escalas inconclusas, sólo se calificaron 71 escalas contestadas.

En el estudio piloto se congregó a un grupo de especialistas en el tema (médicos con amplia experiencia en la atención a pacientes con sida, principalmente del área de infectología del Hospital General de México, SS), y de esta manera se discriminaron los ítems que definitivamente desde un principio no se consideraron útiles para esta investigación, ya que en muchos casos fueron demasiado obvios.

VARIABLE DEPENDIENTE:

- *ACTITUD*

Se define la actitud como:

“Una tendencia, adquirida o aprendida y firme, para reaccionar en relación con o en contra de alguna cosa o alguna persona. Se manifiesta como tipos de conducta favorable o desfavorable y el objeto de la reacción adquiere con ello un valor positivo o negativo, respectivamente, de acuerdo con el punto de vista del sujeto.” (32)

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

- *SEXO*

Femenino

Masculino

- *EDAD: (rangos)*

De 28 a 33 años (Se eligió a partir de 28 años de edad, por ser el promedio en que un médico internista termina su especialidad y ya ha trabajado con enfermos de sida, por lo menos durante 3 años)

De 34 a 39 años

De 40 a 45 años

De 46 a 50 años

- AÑOS DE SERVICIO

De 3 a 6 años

De 7 a 10 años

De 11 a 14 años

De 15 a 18 años

- ESTADO CIVIL

Soltero

Casado

Divorciado

Viudo

Otro

- INGRESOS MENSUALES

DE 2 A 4 SALARIOS MINIMOS (Desde \$1,812.00 hasta \$3,623.00)

DE 4 A 6 SALARIOS MINIMOS (Desde \$3,624.00 hasta \$5,436.00)

MAS DE 6 SALARIOS MINIMOS (Desde \$5,437.00)

VARIABLES INDEPENDIENTES

ATRIBUCIÓN CAUSAL. Heider define:

En la propia denominación de la teoría aparece el término atribución, haciendo referencia al proceso (cognitivo interno), mediante el cual un determinado individuo establece el origen causal de un hecho. Evidentemente, no se trata tanto de percepción de causalidad o de identificación de la causalidad en el entorno que estarían directamente relacionados con las propiedades de los estímulos, muy al contrario, el proceso de atribución parece más vinculado a mecanismos propios

de funcionamiento cognitivo y la disposición de informaciones previas en la memoria.

PREJUICIO: Entendiéndolo como el juicio que se emite positiva o negativamente con respecto a una persona o grupo de personas que representan una minoría. Su empleo se ha generalizado en forma negativa. El marco de referencia de un prejuicio es idéntico a la relación ingroup-outgroup que le corresponde.

ESTIGMA: En la antigüedad se creó este término para referirse a signos corporales en las persona, los cuales intentaban exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quienes los presentaban. En la actualidad este término se utiliza con un sentido parecido al original, pero con él se designa preferentemente al mal en sí mismo y no a sus manifestaciones corporales.

EMPATIA: Se considera como la habilidad del médico para captar el rol de su paciente y ser capaz de vivenciar sus sentimientos, actitudes, valores y creencias. Dada la naturaleza de la enfermedad, el médico debe “ponerse en el lugar del enfermo”, como si se tratara de un psicoterapeuta, y al mismo tiempo debe mantener una distancia mental para asegurarse de decisiones correctas en materia de tratamiento.

CATEGORIAS

TEMOR AL CONTAGIO. Abarcaría el miedo a verse contagiado al tener contacto con el paciente, manifestado por actitudes de rechazo o indiferencia ante él, originado por la desinformación y la falta de preparación del médico.

ESTEREOTIPO: Son las impresiones generalizadas y cargadas de valor que las personas de un grupo utilizan para caracterizar a las de otro grupo. Las actitudes

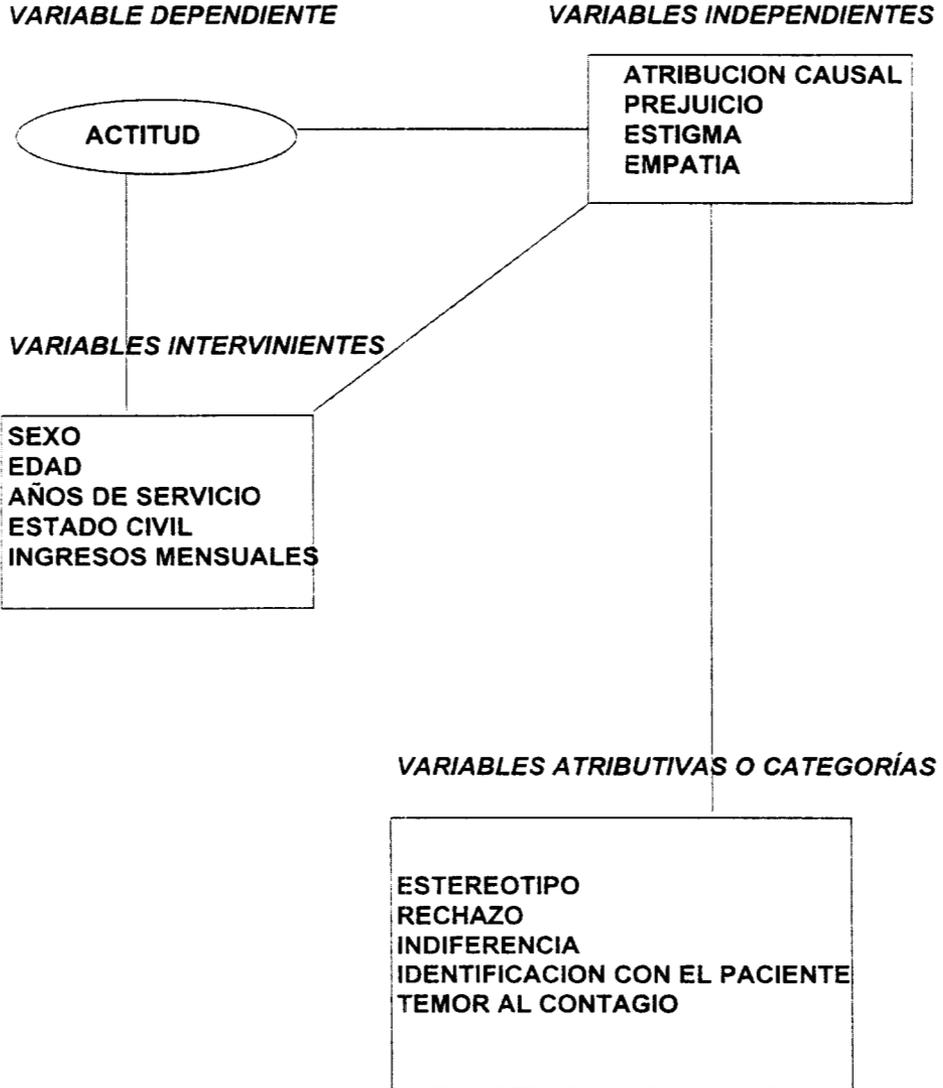
de prejuicio hacia cualquier grupo son frecuencia justificadas y reforzadas por los estereotipos.

RECHAZO. Se considera aquí la predisposición negativa o negación para atender a pacientes con sida.

INDIFERENCIA: Abarcaría la neutralidad y falta de interés por parte del médico ante los pacientes y sus problemas.

IDENTIFICACIÓN CON EL PACIENTE: Nos referimos a la habilidad de sensibilizarse que debe poseer el médico en la relación con su paciente.

**ANEXO
ESQUEMA DE VARIABLES Y CATEGORIAS**



RESULTADOS

FOLIO	SEXO	EDAD	MOS DE S	ESTADO CIVIL	INGRESOS	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	Item 15	
1	M	20	1	1	1																
2	M	21	1	1	1																
3	M	22	1	1	1																
4	M	23	1	1	1																
5	M	24	1	1	1																
6	M	25	1	1	1																
7	M	26	1	1	1																
8	M	27	1	1	1																
9	M	28	1	1	1																
10	M	29	1	1	1																
11	M	30	1	1	1																
12	M	31	1	1	1																
13	M	32	1	1	1																
14	M	33	1	1	1																
15	M	34	1	1	1																
16	M	35	1	1	1																
17	M	36	1	1	1																
18	M	37	1	1	1																
19	M	38	1	1	1																
20	M	39	1	1	1																
21	M	40	1	1	1																
22	M	41	1	1	1																
23	M	42	1	1	1																
24	M	43	1	1	1																
25	M	44	1	1	1																
26	M	45	1	1	1																
27	M	46	1	1	1																
28	M	47	1	1	1																
29	M	48	1	1	1																
30	M	49	1	1	1																
31	M	50	1	1	1																
32	M	51	1	1	1																
33	M	52	1	1	1																
34	M	53	1	1	1																
35	M	54	1	1	1																
36	M	55	1	1	1																
37	M	56	1	1	1																
38	M	57	1	1	1																
39	M	58	1	1	1																
40	M	59	1	1	1																
41	M	60	1	1	1																
42	M	61	1	1	1																
43	M	62	1	1	1																
44	M	63	1	1	1																
45	M	64	1	1	1																
46	M	65	1	1	1																
47	M	66	1	1	1																
48	M	67	1	1	1																
49	M	68	1	1	1																
50	M	69	1	1	1																
51	M	70	1	1	1																
52	M	71	1	1	1																
53	M	72	1	1	1																
54	M	73	1	1	1																
55	M	74	1	1	1																
56	M	75	1	1	1																
57	M	76	1	1	1																
58	M	77	1	1	1																
59	M	78	1	1	1																
60	M	79	1	1	1																
61	M	80	1	1	1																
62	M	81	1	1	1																
63	M	82	1	1	1																
64	M	83	1	1	1																
65	M	84	1	1	1																
66	M	85	1	1	1																
67	M	86	1	1	1																
68	M	87	1	1	1																
69	M	88	1	1	1																
70	M	89	1	1	1																
71	M	90	1	1	1																
72	M	91	1	1	1																
73	M	92	1	1	1																
74	M	93	1	1	1																
75	M	94	1	1	1																
76	M	95	1	1	1																
77	M	96	1	1	1																
78	M	97	1	1	1																
79	M	98	1	1	1																
80	M	99	1	1	1																
81	M	100	1	1	1																

TABLA 1. BASE DE DATOS TRANSPUESTA
 En esta tabla se presenta la codificación de datos del instrumento aplicado.

Item 16	
Item 17	
Item 18	
Item 19	
Item 20	
Item 21	
Item 22	
Item 23	
Item 24	
Item 25	
Item 26	
Item 27	
Item 28	
Item 29	
Item 30	
Item 31	
Item 32	
Item 33	
Item 34	
Item 35	
Item 36	

TABLA 1. BASE DE DATOS TRANSPUESTA
 En esta tabla se presenta la codificación de datos del instrumento aplicado.

Item 18	
Item 17	
Item 16	
Item 15	
Item 14	
Item 13	
Item 12	
Item 11	
Item 10	
Item 9	
Item 8	
Item 7	
Item 6	
Item 5	
Item 4	
Item 3	
Item 2	
Item 1	

TABLA 1. BASE DE DATOS TRANSPUESTA
 En esta tabla se presenta la codificación de datos del instrumento aplicado.

item1	item2	item3	item4	item5	item6	item7	item8	item9	item10	item11	item12	item13	item14	item15	item16	item17	item18	item19	item20	item21	item22	item23	item24	item25	
item1	1																								
item2		1																							
item3			1																						
item4				1																					
item5					1																				
item6						1																			
item7							1																		
item8								1																	
item9									1																
item10										1															
item11											1														
item12												1													
item13													1												
item14														1											
item15															1										
item16																1									
item17																	1								
item18																		1							
item19																			1						
item20																				1					
item21																					1				
item22																						1			
item23																							1		
item24																								1	
item25																									1
item26																									
item27																									
item28																									
item29																									
item30																									
item31																									
item32																									
item33																									
item34																									
item35																									
item36																									
item37																									
item38																									
item39																									
item40																									
item41																									
item42																									
item43																									
item44																									
item45																									
item46																									
item47																									
item48																									
item49																									
item50																									
item51																									
item52																									
item53																									
item54																									

TABLA 2. ANALISIS DE CORRELACION

Esta tabla representa la correlación entre ítems > .5

**ITEMS SELECCIONADOS CON UNA SIGNIFICANCIA > 0.75 QUE SE
CORRELACIONAN CON MAS DE 3 ITEMS**

No. 3: Si estuviera a cargo de una clínica no aceptaría a pacientes con sida

- Me desagrada atender a homosexuales.
- Prefiero que la enfermera se haga cargo de la inspección física de pacientes con sida.
- El sida es una enfermedad de homosexuales.
- Los pacientes que solicitan una prueba de VIH son homosexuales.

No. 4: Me desagrada atender a homosexuales.

- Si estuviera a cargo de una clínica no aceptaría a pacientes con sida.
- Prefiero que la enfermera se haga cargo de la inspección física de pacientes con sida.
- Los pacientes que solicitan una prueba de VIH son homosexuales.
- Prefiero atender a pacientes con sida mujeres que a hombres.
- Me desagrada atender a pacientes con sida.

No. 8: Prefiero que la enfermera se haga cargo de la inspección física de pacientes con sida

- Si estuviera a cargo de una clínica no aceptaría a pacientes con sida.
- Me desagrada atender a homosexuales.
- Evito tener interconsulta con pacientes con sida.
- Es necesario aislar a la sociedad homosexual.
- Es preferible atender a pacientes con sida heterosexuales que a bisexuales.
- Prefiero atender a pacientes con sida mujeres que a hombres.
- No es necesaria la comunicación recíproca entre el médico y el paciente con sida.
- Me desagrada atender a pacientes con sida.

No. 11: Evito tener interconsulta con pacientes con sida

- Prefiero que la enfermera se haga cargo de la inspección física de pacientes con sida.
- Es necesario aislar a la sociedad homosexual.
- Es preferible atender a pacientes con sida heterosexuales que a bisexuales.
- Procuero no tener contacto físico con pacientes con sida.
- Me desagrada atender a pacientes con sida.

No. 12: Se utiliza el tiempo necesario para darle una adecuada atención al paciente con sida

- El médico internista comprende la problemática social del paciente y lo apoya.
- La relación médico-paciente es la misma para cualquier tipo de paciente.
- La homosexualidad no implica haber contraído sida.

No. 14: El médico internista comprende la problemática social del paciente y lo apoya

- Es necesario ampliar el número de instituciones exclusivas para pacientes con sida.
- Las personas con sida deben reprimir su sexualidad.
- La homosexualidad no implica haber contraído sida.

No. 16: Es necesario aislar a la sociedad homosexual

- Prefiero que la enfermera se haga cargo de la inspección física de pacientes con sida.
- Evito tener interconsulta con pacientes de sida.
- Los homosexuales representan un mal social.
- La bisexualidad es un mal social.
- Los homosexuales no tienen que ser segregados de la sociedad.

No. 18: El sida es una enfermedad de homosexuales

- Si estuviera a cargo de una clínica no aceptaría a pacientes con sida.
- Los pacientes con sida tienden a exigir más de lo que se merecen.
- Los homosexuales originaron el sida.

No. 20: La relación médico-paciente es la misma para cualquier tipo de paciente

- Se utiliza el tiempo necesario para darle una adecuada atención al paciente con sida.
- El paciente establece una relación de confianza con el médico.
- La labor del médico internista termina con el diagnóstico y tratamiento clínico.

No. 21: Los homosexuales representan un mal social

- Es necesario aislar a la sociedad homosexual.
- Los pacientes con sida crean conflictos al personal médico.
- Procuero no tener contacto físico con pacientes con sida.
- La vergüenza de un paciente con sida está justificada.

No. 25: Los pacientes que solicitan una prueba de VIH son homosexuales

- Si estuviera a cargo de una clínica no aceptaría a pacientes con sida.

- Me desagrada atender a homosexuales.
- Prefiero atender a pacientes con sida mujeres que a hombres.

No. 30: Es preferible atender a pacientes con sida heterosexuales que a bisexuales

- Prefiero que la enfermera se haga cargo de la inspección física de pacientes con sida.
- Evito tener interconsulta con pacientes de sida.
- Las personas con sida deben reprimir su sexualidad.
- Prefiero atender a homosexuales que a heterosexuales.
- Prefiero atender a pacientes con sida mujeres que a hombres.
- No es necesaria la comunicación recíproca entre el médico y el paciente con sida.
- Me desagrada atender a pacientes con sida.
- La atención médica a pacientes con sida es independiente de su forma de contagio.
- El ejercicio de la sexualidad es exclusivo de las personas sanas.
- Las situaciones de riesgo en pacientes con sida debe afrontarlas el médico.
- Si fuera dueño de algún hospital aceptaría a cualquier tipo de paciente.
- Los homosexuales no tienen que ser segregados de la sociedad.

No. 33: Procuero no tener contacto físico con pacientes con sida

- Evito tener interconsulta con pacientes de sida.
- Me desagrada atender a pacientes con sida.
- La atención a pacientes bisexuales es la misma que a heterosexuales.
- La atención médica a pacientes con sida es independiente de su forma de contagio.

No. 34: Los pacientes con sida tienden a exigir más de lo que se merecen

- El sida es una enfermedad de homosexuales.
- La relación médico-paciente es la misma para cualquier tipo de paciente.
- La bisexualidad es un mal social.
- No tengo preferencia en atender a pacientes homosexuales o heterosexuales.
- Me agrada atender a homosexuales.
- El médico internista no tiene que apoyar al paciente en su problemática social.

No. 36: Prefiero atender a homosexuales que a heterosexuales

- Las personas con sida deben reprimir su sexualidad.
- Es preferible atender a pacientes con sida heterosexuales que a bisexuales.
- No es necesaria la comunicación recíproca entre el médico y el paciente con sida.

- Si fuera dueño de algún hospital aceptaría a cualquier tipo de paciente.

No. 45: Prefiero atender a pacientes con sida mujeres que a hombres

- Me desagrada atender a homosexuales.
- Prefiero que la enfermera se haga cargo de la inspección física de pacientes con sida.
- Los pacientes que solicitan una prueba de VIH son homosexuales.
- Es preferible atender a pacientes con sida heterosexuales que a bisexuales

No. 46: Los homosexuales originaron el sida

- El sida es una enfermedad de homosexuales.
- La bisexualidad es un mal social.
- Los homosexuales no tiene que ser segregados de la sociedad.
- La bisexualidad no es un problema social.

No. 47: La bisexualidad es un mal social

- Las trabajadoras sexuales son un grupo nocivo para la sociedad.
- Es necesario aislar a la sociedad homosexual.
- Los pacientes con sida tienden a exigir más de lo que se merecen
- Los homosexuales originaron el sida.
- Me desagrada atender a pacientes con sida.
- Para el médico internista sólo es importante diagnosticar y dar tratamiento al paciente con sida.

No. 48: La homosexualidad no implica haber contraído sida

- Se utiliza el tiempo necesario para darle una adecuada atención al paciente con sida.
- El médico internista comprende la problemática social del paciente y lo apoya.
- El tener sida no debe originar vergüenza en el paciente.

No. 52: No es necesaria la comunicación recíproca entre el médico y el paciente con sida

- Prefiero que la enfermera se haga cargo de la inspección física de pacientes con sida.
- Es preferible atender a pacientes con sida heterosexuales que a bisexuales.
- Prefiero atender a homosexuales que a heterosexuales.
- No dispongo de suficiente tiempo para atender a un paciente con sida.

No. 54: Me desagrada atender a pacientes con sida

- Prefiero atender a pacientes heterosexuales que a homosexuales.
- Me desagrada atender a homosexuales.
- Prefiero que la enfermera se haga cargo de la inspección física de pacientes con sida.
- Evito tener interconsulta con pacientes con sida

- Es preferible atender a pacientes con sida heterosexuales que a bisexuales.
- Procuero no tener contacto físico con pacientes con sida.
- La bisexualidad es un mal social.
- Para el médico internista sólo es importante diagnosticar y dar tratamiento al paciente con sida
- La atención médica a pacientes con sida es independiente de su forma de contagio.
- No me disgusta valorar a un paciente con sida.
- No dispongo de suficiente tiempo para atender a un paciente con sida.
- No tengo preferencia en atender a pacientes homosexuales o heterosexuales.
- Los homosexuales no tienen que ser segregados de la sociedad.
- El médico internista no tiene que apoyar al paciente en su problemática social.

No. 55: La relación de confianza la inicia el médico con su paciente con sida

- No se justifica la indiferencia del médico internista ante su paciente con sida.
- No tengo preferencia en atender a pacientes homosexuales o heterosexuales.
- Los homosexuales no tienen que ser segregados de la sociedad.
- El médico internista no tiene que apoyar al paciente en su problemática social.

No. 59: Para el médico internista sólo es importante diagnosticar y dar tratamiento al paciente con sida

- La bisexualidad es un mal social.
- No dispongo de suficiente tiempo para atender a un paciente con sida.
- Me desagrada atender a pacientes con sida.
- No es necesaria la atención psicológica para un paciente con sida.
- Es tan importante dar apoyo al paciente como diagnosticarlo y darle tratamiento.

No. 61: Es lo mismo atender a pacientes con sida mujeres que hombres

- La atención a pacientes bisexuales es la misma que a heterosexuales.
- Brindo el mismo servicio a pacientes con diabetes que a pacientes con sida.
- Dado el caso prefiero atender primero a un paciente heterosexual que a un homosexual.

No. 64: La atención a pacientes bisexuales es la misma que a heterosexuales

- Me da lo mismo hacer la exploración física a un paciente con sida que a otro tipo de paciente.
- Brindo el mismo servicio a pacientes con diabetes que a pacientes con sida.
- Procuero no tener contacto físico con pacientes con sida.
- Es lo mismo atender a pacientes con sida mujeres que hombres.
- La atención médica a pacientes con sida es independiente de su forma de contagio.

No. 65: La atención médica a pacientes con sida es independiente de su forma de contagio

- Es preferible atender a pacientes con sida heterosexuales que a bisexuales.
- Procuero no tener contacto físico con pacientes con sida.
- Me desagrada atender a pacientes con sida.
- La atención a pacientes bisexuales es la misma que a heterosexuales.
- El ejercicio de la sexualidad es exclusivo de las personas sanas.
- No tengo preferencia en atender a pacientes homosexuales o heterosexuales.
- Si fuera dueño de algún hospital aceptaría a cualquier tipo de paciente.
- El contacto que tengo con el paciente con sida es de tipo verbal.
- Dado el caso prefiero atender primero a un paciente heterosexual que a un homosexual.

No. 67: El ejercicio de la sexualidad es exclusivo de las personas sanas

- Si fuera dueño de algún hospital aceptaría a cualquier tipo de paciente.
- La atención médica a pacientes con sida es independiente de su forma de contagio.
- Es preferible atender a pacientes con sida heterosexuales que a bisexuales.

No. 74: No dispongo de suficiente tiempo para atender a un paciente con sida

- Es preferible atender a pacientes con sida heterosexuales que a bisexuales.
- Me desagrada atender a pacientes con sida
- Si fuera dueño de algún hospital aceptaría a cualquier tipo de paciente.
- Para el médico internista sólo es importante diagnosticar y dar tratamiento al paciente con sida
- El sida es el resultado de la promiscuidad heterosexual.

No. 85: No tengo preferencia en atender a pacientes homosexuales o heterosexuales

- Los pacientes con sida tienden a exigir más de lo que merecen.
- Me desagrada atender a homosexuales.
- Me desagrada atender a pacientes con sida.
- La atención médica a pacientes con sida es independiente de su forma de contagio.

No. 89: Si fuera dueño de algún hospital aceptaría a cualquier tipo de paciente

- Es preferible atender a pacientes con sida heterosexuales que a bisexuales.
- Prefiero atender a homosexuales que a heterosexuales

- No es necesaria la comunicación recíproca entre el médico y el paciente con sida.
- Para el médico internista sólo es importante diagnosticar y dar tratamiento al paciente con sida.
- La atención médica a pacientes con sida es independiente de su forma de contagio.
- El ejercicio de la sexualidad es exclusivo de las personas sanas.
- No dispongo de suficiente tiempo para atender a un paciente con sida.

No. 90: Brindo el mismo servicio a pacientes con diabetes que a pacientes con sida

- Es lo mismo atender a pacientes con sida mujeres que hombres.
- La atención a pacientes bisexuales es la misma que a heterosexuales
- Me da lo mismo hacer la exploración física a un paciente con sida que a otro tipo de paciente.

No. 91: Me agrada atender a homosexuales

- Los pacientes con sida tienden a exigir más de lo que se merecen.
- No tengo preferencia en atender a pacientes homosexuales o heterosexuales.
- Es agradable atender a pacientes con sida.
- El médico internista no tiene que apoyar al paciente en su problemática social.

No. 92: Los homosexuales no tienen que ser segregados de la sociedad

- Prefiero que la enfermera se haga cargo de la inspección física de pacientes con sida.
- Es necesario aislar a la sociedad homosexual.
- Es preferible atender a pacientes con sida heterosexuales que a bisexuales.
- La bisexualidad es un mal social.
- Me desagrada atender a pacientes con sida.

No. 93: El médico internista no tiene que apoyar al paciente en su problemática social

- Me desagrada atender a homosexuales.
- Los pacientes con sida tienden a exigir más de lo que se merecen.
- Me desagrada atender a pacientes con sida.
- Para el médico internista sólo es importante diagnosticar y dar tratamiento al paciente con sida.

No. 97: Dado el caso prefiero atender primero a un paciente heterosexual que a un homosexual

- Procuro no tener contacto físico con pacientes con sida.
- Es lo mismo atender a pacientes con sida mujeres que hombres.
- La atención médica a pacientes con sida es independiente de su forma de contagio.

ITEMS SELECCIONADOS PARA ANALISIS SEGÚN LA CATEGORIA A LA QUE PERTENECEN

RECHAZO

- Si estuviera a cargo de una clínica no aceptaría a pacientes con sida
- Evito tener interconsulta con pacientes con sida

ESTEREOTIPO

- Me desagrada atender a homosexuales
- La atención médica a pacientes con sida es independiente de su forma de contagio

TEMOR AL CONTAGIO

- Prefiero que la enfermera se haga cargo de la inspección física de pacientes con sida
- Procuero no tener contacto físico con pacientes con sida

IDENTIFICACION CON EL PACIENTE

- El médico internista comprende la problemática social del paciente y lo apoya
- La relación de confianza la inicia el médico con su paciente con sida

INDIFERENCIA

- Los pacientes con sida tienden a exigir más de lo que se merecen
- Para el médico internista sólo es importante diagnosticar y dar tratamiento al paciente con sida

"Si estuviera a cargo de una clinica no aceptaria a pacientes con sida"

Este ítem mide la variable "rechazo" del médico hacia su paciente. En la gráfica se presenta una distribución normal en la opción totalmente en desacuerdo, por lo que se puede decir entonces que no hay un rechazo "significativamente" determinante, sin embargo existe cierta tendencia positiva en los médicos del rango 28-33 años con un 20.17% y en el rango de los médicos que se encuentran entre 46 a 50 años se observa un 3.36%.

Cabe resaltar que un 8.40% de los médicos entre 28 y 33 años están totalmente de acuerdo en no aceptar a pacientes con sida, en caso de estar a cargo de una clínica.



Suma de ítem3		EDAD				
Ítem3		1	2	3	4	TOTAL
1	37.82%	20.17%	10.08%	4.20%	3.36%	
2	26.89%	15.13%	6.72%	5.04%	0.00%	
3	7.56%	0.00%	2.52%	2.52%	0.00%	
4	6.72%	0.00%	0.00%	0.00%	6.72%	
5	21.01%	8.40%	12.61%	0.00%	0.00%	
TOTAL	100.00%	43.70%	31.93%	11.76%	12.61%	

ANOS DE SERVICIO	(Todas)
ESTADO CIVIL	(Todas)
INGRESOS	(Todas)
SEXO	(Todas)

AÑOS DE SERVICIO	(Todas)
ESTADO CIVIL	(Todas)
INGRESOS	(Todas)
SEXO	(Todas)

Suma de item11	EDAD				
item11	1	2	3	4	TOTAL
1	14.50%	3.82%	2.29%	2.29%	22.90%
2	19.85%	16.79%	6.11%	1.53%	44.27%
3	2.29%	2.29%	4.58%	2.29%	11.45%
4	6.11%	9.16%	0.00%	6.11%	21.37%
TOTAL	42.75%	32.06%	12.98%	12.21%	100.00%



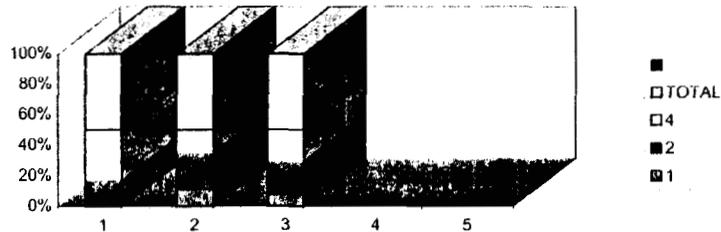
En este ítem los rangos de edad entre los 28 y 39 años, los médicos internistas muestran un mayor porcentaje en desacuerdo al respecto, lo que no sucede tanto con los médicos mayores, lo cual indica que los médicos jóvenes tienen una mejor disposición en atender a pacientes con sida. Esto está representado con un 14.50% para los médicos entre 28 y 33 años y con un 3.82% para los médicos entre 34 y 39 años.

"Evito tener interconsulta con pacientes con sida"

ITEM 4

AÑOS DE SERVICIO	4
ESTADO CIVIL	(Todas)
INGRESOS	(Todas)
SEXO	(Todas)

Suma de ítem4	EDAD		TOTAL
	3	4	
1	0.00%	15.79%	15.79%
2	10.53%	31.58%	42.11%
4	21.05%	21.05%	42.11%
TOTAL	31.58%	68.42%	100.00%

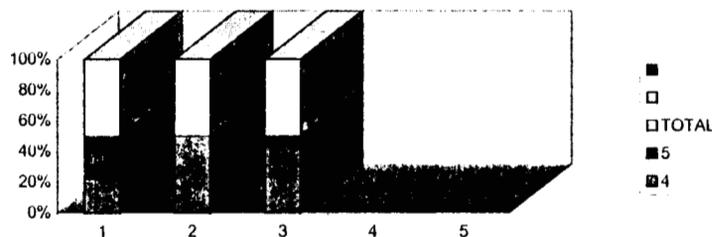


La presente gráfica muestra que el 15.79% de los médicos de la muestra, del rango 46-50 años, están totalmente en desacuerdo. Solamente en desacuerdo, existe un 31.58% en el mismo rango de edad. Mientras tanto en el rango 40-45 se observa una mayor resistencia en atender a homosexuales, representada con un 10.53%. En ambos rangos de edad están de acuerdo con este ítem, lo que indica que ciertamente, existe resistencia en atender a pacientes homosexuales sobre todo en el rango 40-45 años, aunque esto no es significativamente representativo.

"Me desagrada atender a homosexuales"

AÑOS DE SERVICIO	3
ESTADO CIVIL	(Todas)
INGRESOS	(Todas)
SEXO	(Todas)

Suma de item65	EDAD		
item65	2	3	TOTAL
4	10.81%	75.68%	86.49%
5	13.51%	0.00%	13.51%
TOTAL	24.32%	75.68%	100.00%

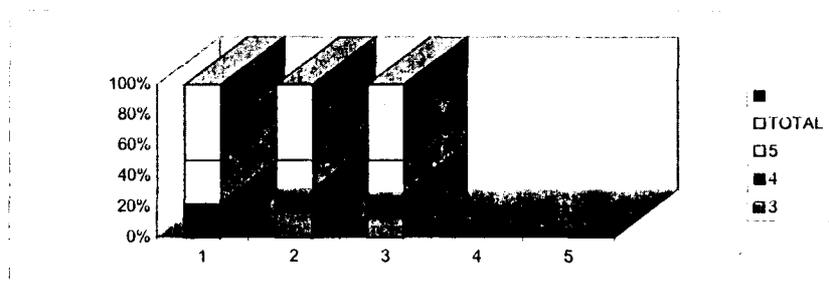


Considerando la variable años de servicio, en el rango de 11 a 14, los médicos de 34 39 años están de acuerdo el 10.81%. Totalmente de acuerdo, el 13.51%, mientras que en el rango 40-45 están de acuerdo un 75.68%, lo que indica que a mayor edad, menor es la resistencia en atender a pacientes con sida.

"La atención médica a pacientes con sida es independiente de su forma de contagio"

ANOS DE SERVICIO	4
ESTADO CIVIL	(Todas)
INGRESOS	(Todas)
SEXO	(Todas)

Suma de item65	EDAD		
item65	3	4	TOTAL
3	0.00%	25.00%	25.00%
4	11.11%	22.22%	33.33%
5	13.89%	27.78%	41.67%
TOTAL	25.00%	75.00%	100.00%



La interpretación de los datos graficados indica que los médicos de la muestra que están en el rango 11-14 años de servicio y mayores de 46 años, son indiferentes. En mayor proporción, (22.22%) están de acuerdo en el mismo rango de edad, mientras que los que se encuentran en el rango 40-45 sólo representan el 11.11%. Los que están totalmente de acuerdo representan el (27.78%) en el rango mayores de 46 años.

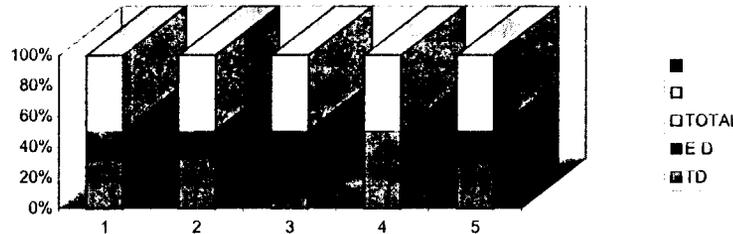
En conclusión, no hay una diferencia significativa entre los dos rangos de edad con cualquier ingreso en ambos sexos.

"La atención médica a pacientes con sida es independiente de su forma de contagio"

ITEM 8

ANOS DE SERVICIO	(Todas)
ESTADO CIVIL	(Todas)
INGRESOS	(Todas)
SEXO	2

Suma de item8	EDAD					
item8	1	2	3	4		TOTAL
TD	31.82%	18.18%	2.27%	6.82%		59.09%
E D	18.18%	9.09%	13.64%	0.00%		40.91%
TOTAL	50.00%	27.27%	15.91%	6.82%		100.00%



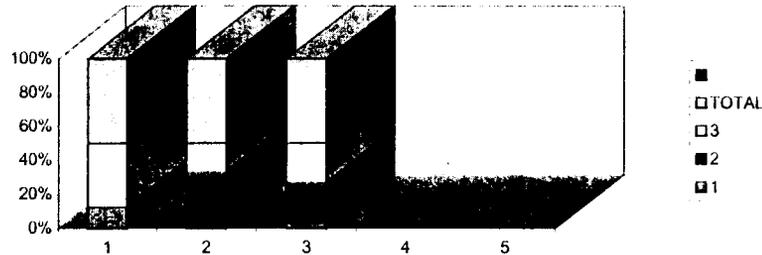
Este ítem mide el temor al contagio de la muestra, para lo cual se tomaron las variables de sexo y edad. Considerando los datos de la gráfica, se encontró que en el gpo. de edad 28-33 años, el 31.82% de la muestra, está totalmente en desacuerdo mientras que en el rango 46-50 se observa un 6.82% que está en total de acuerdo.

De estos resultados se puede inferir que el grupo que presenta mayor temor al contagio es el de médicos mayores a 46 años del sexo masculino, independiente de su estado civil, ingresos mensuales y años de servicio.

"Prefiero que la enfermera se haga cargo de la inspección física del paciente con sida"

ANOS DE SERVICIO	4
ESTADO CIVIL	(Todas)
INGRESOS	3
SEXO	(Todas)

Suma de ítem33	EDAD		
ítem33	3	4	TOTAL
1	7.69%	0.00%	7.69%
2	0.00%	46.15%	46.15%
3	23.08%	23.08%	46.15%
TOTAL	30.77%	69.23%	100.00%

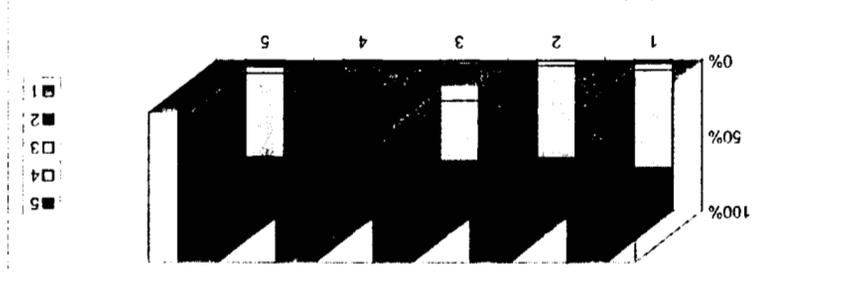


La variable a medir en este caso es el temor al contagio, en donde se puede observar que en el grupo que se encuentra en el rango de edad 40-45, el 7.69% está totalmente en desacuerdo, mientras que en el rango 46-50, el 46.15% está en desacuerdo. La diferencia no es tan significativa, sin embargo la tendencia indica en este caso, que a mayor edad y mayor el tiempo de servicio, es relativamente menor el rechazo.

"Procuro no tener contacto físico con pacientes con sida"

“El médico internista comprende la problemática social del paciente y lo apoya”

En el rango 28-33 se observa un 14.29% que está totalmente de acuerdo en apoyar al paciente con sida en su problemática social. En el rang de edad 46-50, el 7.14% está totalmente de acuerdo. Con estos datos se infiere que hay mayor identificación con el paciente entre los médicos más jóvenes. Esto es independiente de su estado civil, ingresos mensuales y sexo.

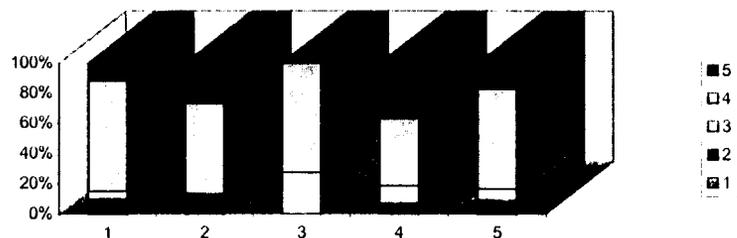


Suma de ítem14	1	2	3	4	TOTAL
EDAD	50.36%	30.36%	10.71%	8.57%	100.00%
Item14	0.36%	0.71%	1.07%	4.29%	1.43%
	2.14%	0.00%	1.43%	0.71%	2.86%
	32.86%	18.57%	4.29%	0.00%	4.29%
	14.29%	10.71%	3.57%	7.14%	35.71%
TOTAL	50.36%	30.36%	10.71%	8.57%	100.00%

ANOS DE SERVICIO	(Todas)
ESTADO CIVIL	(Todas)
INGRESOS	(Todas)
SEXO	(Todas)

ANOS DE SERVICIO	(Todas)
ESTADO CIVIL	(Todas)
INGRESOS	(Todas)
SEXO	(Todas)

Suma de item55	EDAD				TOTAL
item55	1	2	3	4	
1	0.38%	0.00%	0.00%	0.00%	0.38%
2	4.62%	3.85%	0.00%	0.77%	9.23%
3	2.31%	0.00%	3.46%	1.15%	6.92%
4	35.38%	16.92%	9.23%	4.62%	66.15%
5	5.77%	7.69%	0.00%	3.85%	17.31%
TOTAL	48.46%	28.46%	12.69%	10.38%	100.00%



En el rango de edad 28-33 años el 5.77% está totalmente de acuerdo con el ítem en cuestión, en el rango 34-39, el 7.69% también está totalmente de acuerdo. Mientras tanto, en el rango 46-50 se reporta sólo un 3.85% en esta misma respuesta.

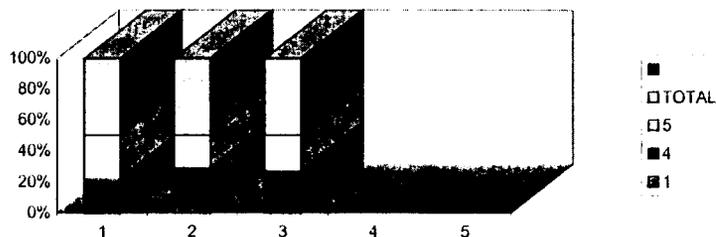
Estos datos significan que los médicos jóvenes están más dispuestos a iniciar la relación de confianza con su paciente, esto, independiente de el sexo, ingresos, estado civil y años de servicio.

"La relación de confianza la inicia el médico con su paciente con sida"

ITEM 34

AÑOS DE SERVICIO	4
ESTADO CIVIL	(Todas)
INGRESOS	(Todas)
SEXO	(Todas)

Suma de item34	EDAD		
item34	3	4	TOTAL
1	0.00%	6.06%	6.06%
4	12.12%	36.36%	48.48%
5	15.15%	30.30%	45.45%
TOTAL	27.27%	72.73%	100.00%



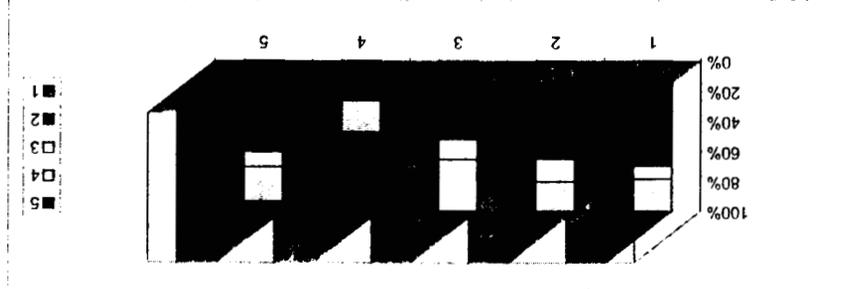
En ambos sexos y con 15 a 18 años de servicio, en el rango de edad 46-50 de médicos internistas, el 6.06% están totalmente en desacuerdo, mientras que en los mismos rangos mencionados, el 30.30% está totalmente de acuerdo.

Este resultado es muy significativo, lo que demuestra que existe indiferencia en la atención al paciente con sida.

"Los pacientes con sida tienden a exigir más de lo que se merecen"

"Para el médico internista sólo es importante diagnosticar y dar tratamiento al paciente con sida"

Para este ítem, entre los médicos del rango de edad 28-33 existe un 4.52% que está totalmente en desacuerdo, mientras que en los mayores a 46 años existe un 6.45% que está de acuerdo. Estos datos indican que los médicos jóvenes se preocupan un poco más por el bienestar del paciente, esto independiente del sexo, ingresos mensuales y estado civil.



Suma de ítem59		EDAD				
ítem59	1	2	3	4	TOTAL	
1	4.52%	3.87%	0.00%	1.94%	10.32%	
2	28.39%	12.90%	7.74%	1.29%	50.32%	
3	3.87%	3.87%	1.94%	0.00%	9.68%	
4	10.32%	5.16%	5.16%	2.58%	23.23%	
5	0.00%	0.00%	0.00%	6.45%	6.45%	
TOTAL	47.10%	25.81%	14.84%	12.26%	100.00%	

ANOS DE SERVICIO	(Todas)
ESTADO CIVIL	(Todas)
INGRESOS	(Todas)
SEXO	(Todas)

LIMITACIONES

A lo largo de ésta investigación, nos dimos cuenta de que la problemática que encierra la enfermedad del sida no se limita sólo al paciente, al familiar, al amigo, e incluso al médico, ya que uno de los grandes problemas al que nos enfrentamos (entre tantos) fue el difícil acceso a los pacientes con sida y sus familiares, sin contar, lo difícil que fue acceder al grupo de médicos a cargo de los pacientes.

En un principio esta investigación estaba dirigida a los problemas que enfrentan los pacientes con sida, tal situación nos llevó a un retraso en la investigación por lo difícil (por no decir imposible) de entrar en contacto con ellos. De ahí que después de muchos protocolos, citas, entrevistas, con diversas autoridades hospitalarias, decidimos darle un giro al estudio, fue entonces cuando la investigación se enfocó al médico, pero ¿por qué el médico internista?.

Como se mencionó anteriormente, el médico internista es un médico con especialidad en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades en adultos, donde uno de estos es el tratamiento a enfermos con sida, lo cual les permite estar muy relacionados con este tipo de pacientes y sus familiares. Bajo estas condiciones, así como la facilidades de accesibilidad con médicos internistas, se pensó en la posibilidad de conocer la actitud del médico internista ante el paciente con sida. En concreto, el punto de enlace para acceder a este grupo, fue la Asociación de Medicina Interna de México, A.C., y el Consejo Mexicano de Medicina Interna, las cuales nos proporcionaron datos fidedignos a través de un directorio que permitió establecer una relación directa con el médico internista.

A pesar de las facilidades otorgadas y de la disposición de algunos médicos internistas, nos vimos limitadas para acceder a una muestra mayor de este grupo en cuestión, situación que dió por resultado una muestra de 71 cuestionarios

aplicados, y considerando el número total de médicos, los resultados obtenidos son tendenciales.

Creemos necesario mencionar que los resultados obtenidos presentan cierta manipulación, esto se debe a la imagen del médico ante los demás, y más aún ante la presencia de un psicólogo, representación importante para el médico, situación que se explica con más detalle en el siguiente apartado. Sin embargo creemos que el instrumento aplicado reporta resultados reales dejando entrever la actitud tendencial real que tiene el médico internista ante su paciente con sida.

CONCLUSIONES

Tal y como se mencionó anteriormente, se efectuó un análisis por cada uno de los ítems que se seleccionaron a partir de la correlación realizada, los cuales fueron agrupados según la categoría a la que pertenecen. Estas categorías son: *rechazo, estereotipo, temor al contagio, identificación con el paciente e indiferencia.*

El motivo que sustenta el haber considerado estas categorías, se base en el hecho de que el análisis de la actitud se puede estudiar a partir de estos parámetros, es decir, si se demuestra que existe temor al contagio, rechazo e indiferencia por parte del médico; si el médico demuestra tener identificación con el paciente, así como si se deja ver que las ideas estereotipadas influyen esencialmente en su percepción y por ende en su desempeño, se podrán comprobar las hipótesis planteadas.

Para efecto de análisis, se seleccionaron dos ítems representativos por cada una de ellas y se correlacionaron con las variables sociodemográficas explicadas en el apartado de metodología, así mismo se pretendió relacionarlas con las hipótesis de trabajo del problema de investigación. Las hipótesis de trabajo están fundamentadas en los aspectos sociodemográficos de la muestra, para de esta manera poder comprobar la hipótesis conceptual.

El análisis de ítem por categoría está representado por el porcentaje total de la muestra (*ver gráficas de análisis de ítems por categoría*), y está realizado a partir de las variables que se consideraron significativas para alcanzar el objetivo planteado en el problema de investigación.

En este análisis se puede observar que los médicos internistas jóvenes presentan mayor identificación con su paciente, situación que se da en menor grado con los

médicos mayores de 46 años. En cuanto a la categoría de indiferencia, se observa que el grupo que la reportó en mayor grado es el de 34 a 39 años, siguiéndole el grupo de médicos de 46 a 50 años, y en los médicos jóvenes ésta es casi nula.

Los grupos que presenta mayores actitudes estereotipadas están representados en el rango de edad de 34 a 39 años, posteriormente el grupo de 40 a 45 años.

Los datos anteriores no quieren decir que los grupos de edad no mencionados no presentan algún tipo de identificación con las categorías en cuestión, pero esta se da en menor grado, lo cual no los descarta del análisis.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION EN RELACION A LAS HIPOTESIS DE TRABAJO

Con base al análisis efectuado y tendencialmente se puede concluir que efectivamente, **la actitud del médico internista hacia el paciente con sida es más favorable si el médico es menor de 34 años**, sin embargo, contrariamente a lo planteado en la primer hipótesis de trabajo, esta situación no se da en los médicos mayores de 46 años. Es por esto que **esta hipótesis se acepta solo parcialmente y se rechaza la segunda parte de ella**.

Los grupos de médicos en edades de 34 a 45 años, son lo que presentan una actitud más negativa en relación con las categorías planteadas, situación contemplada en esta primer hipótesis, por lo que también en este sentido nos permite aceptarla.

En relación a las hipótesis restantes se pueden hacer las siguientes aseveraciones:

Se rechaza la hipótesis: **“la actitud del médico internista hacia el paciente con sida es positiva a mayor años de servicio”**. Aunque no se hizo el análisis específicamente para la variable “años de servicio”, esta viene implícita en la variable edad.

Se rechaza la hipótesis: **“la actitud del médico internista es negativa si percibe menos de 4 salarios mínimos”**. Esta variable se rechaza automáticamente, al haberse aceptado parcialmente la primer hipótesis, ya que la variable “ingresos”, aunque no está contemplada como tal en el análisis de ítems por categoría, se contempla en la variable edad, como en el caso anterior.

En relación a la hipótesis: **“la actitud del médico internista hacia el paciente con sida se determina en función del sexo del médico”**, también se rechaza porque no existe una diferencia significativa entre los sexos, por lo que se concluye que esto no determina significativamente su actitud.

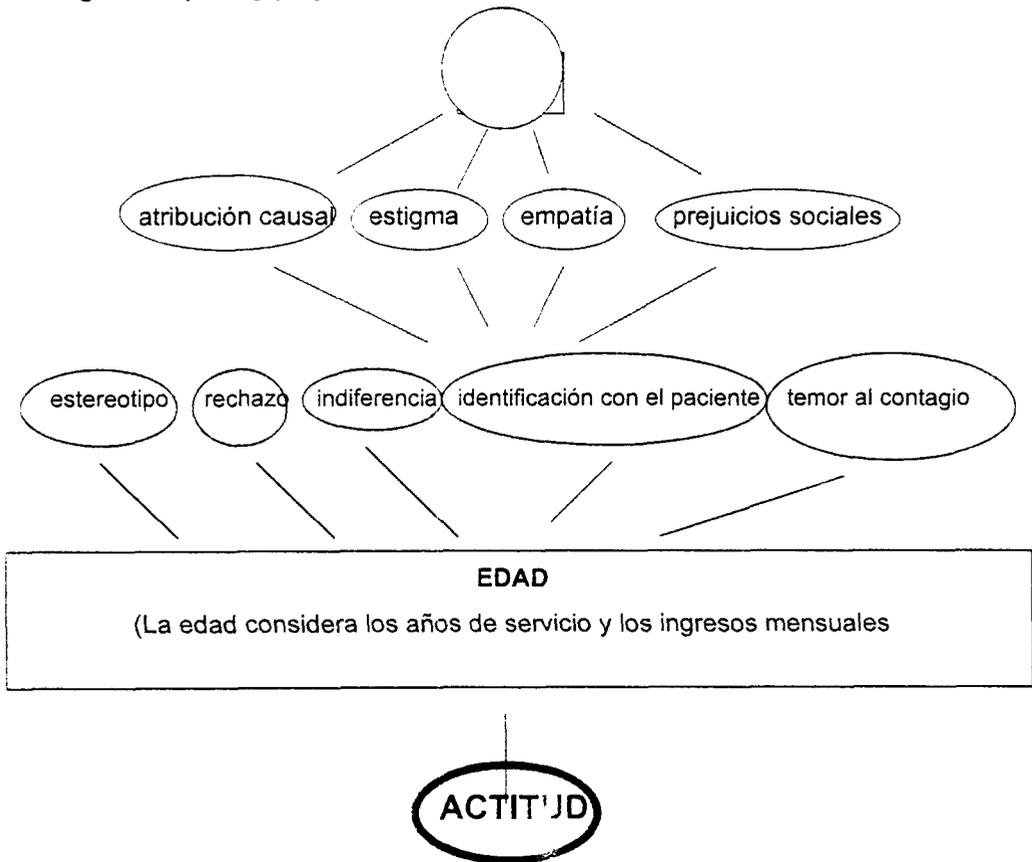
Es importante subrayar que estas conclusiones son tendenciales ya que es indiscutible que se presentó cierta manipulación por parte de los médicos al responder, esto se demuestra por el hecho de que en algunos ítems, se dieron respuestas contrarias a otras siendo que los éstos pertenecían a la misma categoría y por lo mismo medían lo mismo. Esto se puede explicar a partir de los principios éticos que el médico posee y que se ven representados en su autoimagen y en particular en la imagen que deben dejar ver hacia los demás, sin embargo, a pesar de esa manipulación, no pudieron ocultar ciertos rasgos que para los objetivos de esta investigación fueron relevantes y significativos.

Definitivamente, se puede concluir que en efecto, la actitud del médico internista está determinada en función de la relación que existe entre la atribución causal, estigma, empatía y prejuicios sociales, lo cual se ha comprobado en el análisis de las categorías por el peso que cada una de ellas aportó a los resultados

obtenidos; asimismo es indiscutible que la variable edad tiene una relación significativa con la actitud presente en el grupo médico, relación que también se puede ver con las variables "años de servicio" e "ingresos mensuales", con las cuales se correlaciona directamente. En cuanto a las variables "sexo" y "estado civil" no existe una relación realmente significativa.

Considerando el análisis anterior, la Hipótesis Conceptual, puede quedar asentada como sigue:

La actitud del médico internista hacia su paciente con sida está determinada en función de la relación directa que existe entre la atribución causal, estigma, empatía y prejuicios sociales con la edad del médico.



Finalmente se puede responder al problema de investigación por el cual se realizó el presente trabajo de la siguiente manera:

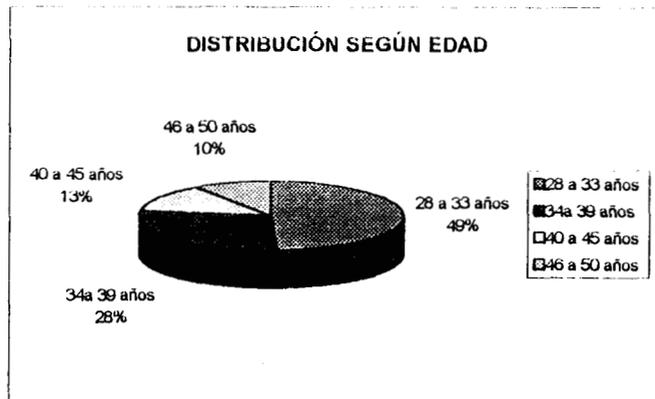
La actitud del médico internista adscrito al IMSS con respecto a su paciente con sida es tendencialmente negativa sobre todo en los médicos internistas cuyas edades fluctúan entre los 34 y 45 años de edad, disminuyendo gradualmente en los médicos mayores de 46 años, y tiende a ser positiva en los médicos menores de 34 años de edad. Asimismo, el origen de esta actitud (por el carácter social que posee) se da a partir de los procesos de atribución causal derivados de los valores sociales (prejuicio social, estigma) que se han desarrollado en nuestra cultura, situación de la cual no ha escapado el cuerpo médico, apesar de la naturaleza de la función que este grupo desempeña al interior de esta sociedad y de cualquier otra. Es importante señalar que la actitud también está determinada por el grado de empatía que el médico es capaz de desarrollar en relación a su paciente. Este grado de empatía determina directamente la relación médico-paciente.

Este resultado puede considerarse satisfactorio si se toma en cuenta que los médicos internistas jóvenes gradualmente irán siendo el grueso total de la población de médicos internistas, en cuyas manos se pondrán los futuros pacientes con sida de México (situación que esperemos sea paulatinamente menor día con día).

ANEXOS

Cuenta de EDAD			
EDAD	Total		
1	35	49.30%	
2	20	28.17%	77.46%
3	9	12.68%	90.14%
4	7	9.86%	100.00%
TOTAL	71		

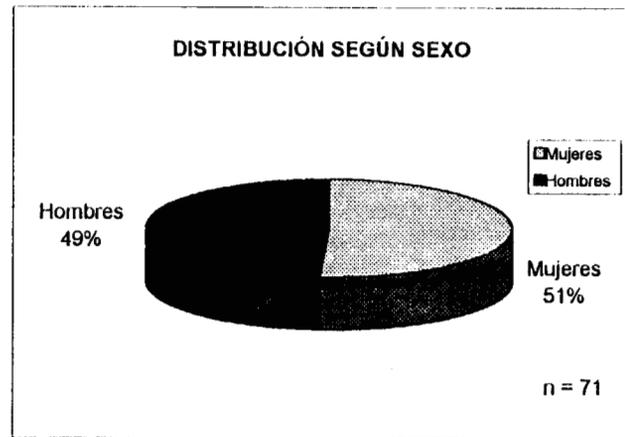
28 a 33 años	49.30%
34a 39 años	28.17%
40 a 45 años	12.68%
46 a 50 años	9.86%



FRECUENCIAS GENERALES DE LA MUESTRA. Estadística de edad.

Cuenta de SEXO	
SEXO	Total
1	36
2	35
TOTAL	71

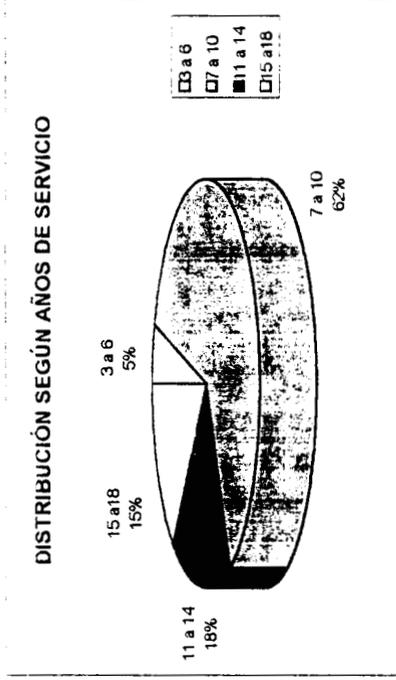
Mujeres 36
Hombres 35



FRECUENCIAS GENERALES DE LA MUESTRA. Estadística de sexo

Cuenta de AÑOS DE SERVICIO		Total
AÑOS DE SERVICIO		
0	3	4.23%
1	39	54.93%
2	11	15.49%
3	9	12.68%
4	9	12.68%
TOTAL	71	

3 a 6	4.23%
7 a 10	54.93%
11 a 14	15.49%
15 a 18	12.68%

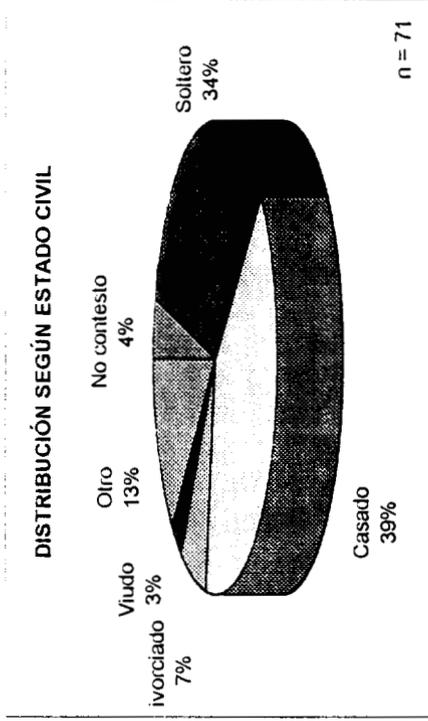


FRECUENCIAS GENERALES DE LA MUESTRA. Estadística de años de servicio.

Cuenta de ESTADO CIVIL	
ESTADO CIVIL	Total
0	3
1	24
2	28
3	5
4	2
5	9
TOTAL	71

4.23%
33.80%
39.44%
7.04%
2.82%
12.68%

No contesto 3
Soltero 24
Casado 28
Divorciado 5
Viudo 2
Otro 9



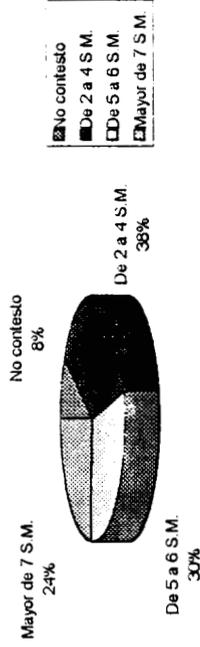
FRECUENCIAS GENERALES DE LA MUESTRA. Estadística de estado civil.

Cuenta de INGRESOS		Total
0		6
1		27
2		21
3		17
TOTAL		71

8.45%
38.03%
29.58%
23.94%

No contesio 8.45%
De 2 a 4 S.M. 38.03%
De 5 a 6 S.M. 29.58%
Mayor de 7 S.M. 23.94%

DISTRIBUCIÓN SEGÚN INGRESOS MENSUALES



ANEXO I

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA IZTAPALAPA

PSICOLOGÍA SOCIAL

ESCALA PILOTO

Buenas tardes, la presente escala pretende conocer la actitud del personal médico hacia el sida, por lo que se solicita su colaboración respondiendo las siguientes afirmaciones, marcando con una "X" la respuesta con la que mejor se identifique, cabe señalar que sus respuestas son totalmente confidenciales y con fines estadísticos.

El significado de las opciones es el siguiente:

TA	Totalmente de Acuerdo
DA	De Acuerdo
NA/ND	Ni de acuerdo ni en Desacuerdo
ED	En desacuerdo
TD	Totalmente en desacuerdo

Antes de comenzar con la escala, marque el rubro correcto:

SEXO:

FEMENINO _____
MASCULINO _____

EDAD:

DE 28 A 33 AÑOS _____
DE 34 A 39 AÑOS _____
DE 40 A 45 AÑOS _____
DE 46 A 50 AÑOS _____

AÑOS DE SERVICIO:

DE 3 A 6 AÑOS _____
DE 7 A 10 AÑOS _____
DE 11 A 14 AÑOS _____
DE 15 A 18 AÑOS _____

ESTADO CIVIL:

SOLTERO _____
CASADO _____
DIVORCIADO _____
VIUDO _____
OTRO _____

INGRESOS MENSUALES

DE 2 A 4 SALARIOS MÍNIMOS (Desde \$1,812.00 hasta \$3,623.00)
DE 4 A 6 SALARIOS MÍNIMOS (Desde \$3,624.00 hasta \$5,436.00)
MAS DE 6 SALARIOS MÍNIMOS (Desde \$5,437.00)

1. Prefiero atender a pacientes heterosexuales que homosexuales

TA DA NA/ND ED TD

2. Brindo el mismo servicio a pacientes con sida que a pacientes con cáncer

TA DA NA/ND ED TD

3. Si estuviera a cargo de una clínica no aceptaría a pacientes con sida

TA DA NA/ND ED TD

4. Me desagrada atender a homosexuales

TA DA NA/ND ED TD

5. Es imprescindible conocer la forma de contagio del paciente

TA DA NA/ND ED TD

6. Las trabajadoras sexuales son un grupo nocivo para la sociedad

TA DA NA/ND ED TD

7. La preferencia sexual de un paciente con sida no debe ser obstáculo para hablar de su enfermedad

TA DA NA/ND ED TD

8. Prefiero que la enfermera se haga cargo de la inspección física de pacientes con sida.

TA DA NA/ND ED TD

9. Utilizo guantes cuando atiendo a un paciente con sida.

TA DA NA/ND ED TD

10. Se establece una relación de confianza sólo si el paciente la inicia.

TA DA NA/ND ED TD

11. Evito tener interconsulta con pacientes de sida.

TA DA NA/ND ED TD

12. Se utiliza el tiempo necesario para darle una adecuada atención al paciente con sida

TA DA NA/ND ED TD

13. Si un familiar cercano padece sida, me sentiría avergonzado

TA DA NA/ND ED TD

14. El médico internista comprende la problemática social del paciente y lo apoya.

TA DA NA/ND ED TD

15. Se brinda el tiempo suficiente al paciente para que este pueda comentar sus temores y dudas.

TA DA NA/ND ED TD

16. Es necesario aislar a la sociedad homosexual

TA DA NA/ND ED TD

17. Los pacientes con sida crean conflictos al personal médico

TA DA NA/ND ED TD

18. El sida en una enfermedad de homosexuales

TA DA NA/ND ED TD

19. Por seguridad de las personas que lo rodean, el paciente estará aislado

TA DA NA/ND ED TD

20. La relación médico-paciente es la misma para cualquier tipo de paciente

TA DA NA/ND ED TD

21. Los homosexuales representan un mal social

TA DA NA/ND ED TD

22. El médico indicado para tratar a pacientes con sida es el infectólogo.

TA DA NA/ND ED TD

23. Es necesario ampliar el número de instituciones exclusivas para pacientes con sida.

TA DA NA/ND ED TD

24. La preferencia homosexual del paciente crea conflictos al médico

TA DA NA/ND ED TD

25. Los pacientes que solicitan una prueba de VIH son homosexuales.

TA DA NA/ND ED TD

26. Las personas con sida deben reprimir su sexualidad

TA DA NA/ND ED TD

27. En situaciones de riesgo el médico puede transferir al paciente a otro especialista

TA DA NA/ND ED TD

28. Los pacientes con sida representan un grupo de alto riesgo para los médicos.

TA DA NA/ND ED TD

29. En ocasiones el paciente homosexual tiene dificultades de acceso al Servicio Médico

TA DA NA/ND ED TD

30. Es preferible atender a pacientes con sida heterosexuales que a bisexuales

TA DA NA/ND ED TD

31. Es conveniente que el médico internista ayude a mejorar la forma de vida del paciente

TA DA NA/ND ED TD

32. En la relación médico-paciente se da una comunicación recíproca

TA DA NA/ND ED TD

33. Procuro no tener contacto físico con pacientes con sida.

TA DA NA/ND ED TD

34. Los pacientes con sida tienden a exigir más de lo que se merecen

TA DA NA/ND ED TD

35. El paciente establece una relación de confianza con el médico.

TA DA NA/ND ED TD

36. Prefiero atender a homosexuales que a heterosexuales

TA DA NA/ND ED TD

36. Prefiero atender a homosexuales que a heterosexuales

TA DA NA/ND ED TD

37. Cualquier paciente con sida necesita ayuda psicológica

TA DA NA/ND ED TD

38. La labor del médico internista termina con el diagnóstico y tratamiento clínico

TA DA NA/ND ED TD

39. La indiferencia del médico internista ante un paciente con sida es justificada.

TA DA NA/ND ED TD

40. Brindar apoyo emocional al paciente no forma parte de la labor del médico internista

TA DA NA/ND ED TD

41. Generalmente los pacientes con sida son homosexuales.

TA DA NA/ND ED TD

42. La vergüenza de un paciente con sida está justificada

TA DA NA/ND ED TD

43. Cuando el médico no alienta al paciente con sida, este se siente sólo y temeroso

TA DA NA/ND ED TD

44. El temor de un paciente de hablar sobre su enfermedad radica en su preferencia sexual

TA DA NA/ND ED TD

45. Prefiero atender a pacientes con sida mujeres que a hombres

TA DA NA/ND ED TD

46. Los homosexuales originaron el sida

TA DA NA/ND ED TD

47. La bisexualidad es un mal social

TA DA NA/ND ED TD

48. La homosexualidad no implica haber contraído sida

TA DA NA/ND ED TD

49. El tener sida no debe originar vergüenza en el paciente

TA DA NA/ND ED TD

50. La homosexualidad no tiene por qué representarse como un mal social
 TA DA NA/ND ED TD
51. Las trabajadoras sexuales son un mal necesario para la sociedad
 TA DA NA/ND ED TD
52. No es necesaria la comunicación recíproca entre el médico y el paciente con sida
 TA DA NA/ND ED TD
53. El paciente con sida no deposita la suficiente confianza en el médico
 TA DA NA/ND ED TD
54. Me desagrada atender a pacientes con sida.
 TA DA NA/ND ED TD
55. La relación de confianza la inicia el médico con su paciente con sida
 TA DA NA/ND ED TD
56. No es necesaria la atención psicológica para un paciente con sida
 TA DA NA/ND ED TD
57. Es tan importante dar apoyo al paciente como diagnosticarlo y darle tratamiento
 TA DA NA/ND ED TD
58. No se justifica la indiferencia del médico internista ante su paciente con sida
 TA DA NA/ND ED TD
59. Para el médico internista sólo es importante diagnosticar y dar tratamiento al paciente con sida
 TA DA NA/ND ED TD
60. Si el médico internista apoya al paciente con sida, éste se siente seguro.
 TA DA NA/ND ED TD
61. Es lo mismo atender a pacientes con sida mujeres que hombres
 TA DA NA/ND ED TD
62. El sida es el resultado de la promiscuidad heterosexual.
 TA DA NA/ND ED TD
63. El médico internista no tiene que ayudar a mejorar la forma de vida del paciente con sida
 TA DA NA/ND ED TD
64. La atención a pacientes bisexuales es la misma que a heterosexuales
 TA DA NA/ND ED TD

65. La atención médica a pacientes con sida es independiente de su forma de contagio.

TA DA NA/ND ED TD

66. Para el médico los paciente con sida no representan un grupo de alto riesgo

TA DA NA/ND ED TD

67. El ejercicio de la sexualidad es exclusivo de las personas sanas.

TA DA NA/ND ED TD

68. La petición de una prueba de VIH por parte de algún paciente no demuestra su preferencia sexual.

TA DA NA/ND ED TD

69. La preferencia sexual del paciente es indiferente para el médico.

TA DA NA/ND ED TD

70. Son suficientes las instituciones existentes exclusivas para pacientes con sida

TA DA NA/ND ED TD

71. El médico indicado para tratar a pacientes con sida es el médico internista

TA DA NA/ND ED TD

72. No me disgusta valorar a un paciente con sida

TA DA NA/ND ED TD

73. Las situaciones de riesgo en pacientes con sida debe afrontarlas el médico

TA DA NA/ND ED TD

74. No dispongo de suficiente tiempo para atender a un paciente con sida

TA DA NA/ND ED TD

75. No me avergonzaría si un familiar cercano tuviera sida

TA DA NA/ND ED TD

76. La relación médico-paciente será estrictamente médica

TA DA NA/ND ED TD

77. Es preciso dar tiempo al paciente para que comente sus inquietudes y preocupaciones.

TA DA NA/ND ED TD

78. Los pacientes con sida no son motivo de conflicto para el personal médico

TA DA NA/ND ED TD

79. El sida no es una enfermedad de heterosexuales

TA DA NA/ND ED TD

80. No es necesario que el paciente con sida esté aislado

TA DA NA/ND ED TD

81. La relación médico-paciente es especial para pacientes con sida

TA DA NA/ND ED TD

82. Utilizo guantes sólo cuando es necesario

TA DA NA/ND ED TD

83. Me da lo mismo hacer la exploración física a un paciente con sida que a otro tipo de paciente

TA DA NA/ND ED TD

84. El paciente con sida exige la atención necesaria

TA DA NA/ND ED TD

85. No tengo preferencia en atender a pacientes homosexuales o heterosexuales.

TA DA NA/ND ED TD

86. Es agradable atender a pacientes con sida

TA DA NA/ND ED TD

87. Los pacientes con sida son atendidos en cualquier Hospital General

TA DA NA/ND ED TD

88. No es necesario conocer la forma de contagio del paciente

TA DA NA/ND ED TD

89. Si fuera dueño de algún hospital aceptaría a cualquier tipo de paciente

TA DA NA/ND ED TD

90. Brindo el mismo servicio a pacientes con diabetes que a pacientes con sida.

TA DA NA/ND ED TD

91. Me agrada atender a homosexuales

TA DA NA/ND ED TD

92. Los homosexuales no tienen que ser segregados de la sociedad

TA DA NA/ND ED TD

93. El médico internista no tiene que apoyar al paciente en su problemática social

TA DA NA/ND ED TD

94. El contacto que tengo con el paciente con sida es de tipo verbal.

TA DA NA/ND ED TD

95. Se establece una relación médico-paciente-familia de confianza mutua.

TA DA NA/ND ED TD

96. Canalizaría a los pacientes con sida a una institución exclusiva para ellos.

TA DA NA/ND ED TD

97. Dado el caso prefiero atender primero a un paciente heterosexual que a un homosexual.

TA DA NA/ND ED TD

98. La bisexualidad no es un problema social

TA DA NA/ND ED TD

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ANEXO II

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA IZTAPALAPA

PSICOLOGÍA SOCIAL

INSTRUMENTO FINAL

Buenas tardes, la presente escala pretende conocer la actitud del personal médico hacia el sida, por lo que se solicita su colaboración respondiendo las siguientes afirmaciones, marcando con una "X" la respuesta con la que mejor se identifique, cabe señalar que sus respuestas son totalmente confidenciales y con fines estadísticos.

El significado de las opciones es el siguiente:

TA	Totalmente de Acuerdo
DA	De Acuerdo
NA/ND	Ni de acuerdo ni en Desacuerdo
ED	En desacuerdo
TD	Totalmente en desacuerdo

Antes de comenzar con la escala, marque el rubro correcto:

SEXO:

FEMENINO _____
MASCULINO _____

EDAD:

DE 28 A 33 AÑOS _____
DE 34 A 39 AÑOS _____
DE 40 A 45 AÑOS _____
DE 46 A 50 AÑOS _____

AÑOS DE SERVICIO:

DE 3 A 6 AÑOS _____
DE 7 A 10 AÑOS _____
DE 11 A 14 AÑOS _____
DE 15 A 18 AÑOS _____

ESTADO CIVIL:

SOLTERO _____
CASADO _____
DIVORCIADO _____
VIUDO _____
OTRO _____

INGRESOS MENSUALES

DE 2 A 4 SALARIOS MINIMOS (Desde \$1,812.00 hasta \$3,623.00) _____
DE 4 A 6 SALARIOS MINIMOS (Desde \$3,624.00 hasta \$5,436.00) _____
MAS DE 6 SALARIOS MINIMOS (Desde \$5,437.00) _____

1. Si estuviera a cargo de una clínica no aceptaría a pacientes con sida

TA DA NA/ND ED TD

2. Me desagrada atender a homosexuales

TA DA NA/ND ED TD

3. Prefiero que la enfermera se haga cargo de la inspección física de pacientes con sida.

TA DA NA/ND ED TD

4. Evito tener interconsulta con pacientes de sida.

TA DA NA/ND ED TD

5. Se utiliza el tiempo necesario para darle una adecuada atención al paciente con sida

TA DA NA/ND ED TD

6. El médico internista comprende la problemática social del paciente y lo apoya.

TA DA NA/ND ED TD

7. Es necesario aislar a la sociedad homosexual

TA DA NA/ND ED TD

8. El sida es una enfermedad de homosexuales

TA DA NA/ND ED TD

9. La relación médico-paciente es la misma para cualquier tipo de paciente

TA DA NA/ND ED TD

10. Los homosexuales representan un mal social

TA DA NA/ND ED TD

11. Los pacientes que solicitan una prueba de VIH son homosexuales.

TA DA NA/ND ED TD

12. Es preferible atender a pacientes con sida heterosexuales que a bisexuales

TA DA NA/ND ED TD

13. Procuro no tener contacto físico con pacientes con sida.

TA DA NA/ND ED TD

14. Los pacientes con sida tienden a exigir más de lo que se merecen

TA DA NA/ND ED TD

15.-Prefiero atender a homosexuales que a heterosexuales

TA DA NA/ND ED TD

16. Prefiero atender a pacientes con sida mujeres que a hombres

TA DA NA/ND ED TD

17. Los homosexuales originaron el sida

TA DA NA/ND ED TD

18. La bisexualidad es un mal social

TA DA NA/ND ED TD

19. La homosexualidad no implica haber contraído sida

TA DA NA/ND ED TD

20. No es necesaria la comunicación recíproca entre el médico y el paciente con sida

TA DA NA/ND ED TD

21. Me desagrada atender a pacientes con sida.

TA DA NA/ND ED TD

22. La relación de confianza la inicia el médico con su paciente con sida

TA DA NA/ND ED TD

23. Para el médico internista sólo es importante diagnosticar y dar tratamiento al paciente con sida

TA DA NA/ND ED TD

24. Es lo mismo atender a pacientes con sida mujeres que hombres

TA DA NA/ND ED TD

25. La atención a pacientes bisexuales es la misma que a heterosexuales

TA DA NA/ND ED TD

26. La atención médica a pacientes con sida es independiente de su forma de contagio.

TA DA NA/ND ED TD

27. El ejercicio de la sexualidad es exclusivo de las personas sanas.

TA DA NA/ND ED TD

28. No dispongo de suficiente tiempo para atender a un paciente con sida

TA DA NA/ND ED TD

29. No tengo preferencia en atender a pacientes homosexuales o heterosexuales.

TA DA NA/ND ED TD

30. Si fuera dueño de algún hospital aceptaría a cualquier tipo de paciente

TA DA NA/ND ED TD

31. Brindo el mismo servicio a pacientes con diabetes que a pacientes con sida.

TA DA NA/ND ED TD

32. Me agrada atender a homosexuales

TA DA NA/ND ED TD

33. Los homosexuales no tienen que ser segregados de la sociedad

TA DA NA/ND ED TD

34. El médico internista no tiene que apoyar al paciente en su problemática social

TA DA NA/ND ED TD

35. Dado el caso prefiero atender primero a un paciente heterosexual que a un homosexual.

TA DA NA/ND ED TD

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

BIBLIOGRAFIA

Aguilar, Esthela., Espinoza, Francisco., García Vigil, J.L., (1993). Expectativas de los especialistas en Medicina Interna: ¿Hacia la práctica incluyente o excluyente?. Consejo Mexicano de Medicina Interna, A.C.

Ahuatl, A. Condiciones de salud en las Américas. Sida e infecciones por VIH. Directivo Médico. Revista Sobre Temas Administrativos, Sociales, Tecnológicos, Económicos y Éticos 1997, Vol. 4, Num. 1, 35-40.

Bleger, José., (1968). Psicología de la conducta. Ed. Paidós. Buenos Aires. Barcelona

Brito, A., Díaz, A., (1995). "Lo importante es relacionar condón con vida". El Nacional, Agosto. Suplemento, "Letra S. Sida, Cultura y Vida Cotidiana". Número 10

Cedillo, N., T. Acciones conjuntas entre la UAM y la SSA en el área de salud reproductiva. Semanario de la UAM 1997, Vol. III, No. 42, 2-3.

Consejo Mexicano de Medicina Interna, A.C. (1996)

De la Garza-Estrada, Víctor A., Noriega-Fernández, Rocío. La consulta externa del internista en el ejercicio privado. Análisis descriptivo. Revista de la Asociación de Medicina Interna de México 1996, Vol. 12, No. 4 , 229-234.

Deutsch y KRAUSS., (1985). Teorías en Psicología Social. México. Editorial Paidós

Clay Lindgren, Henry., (1978). Introducción a la Psicología Social. México. Ed. Trillas, 2a. edición.

Fadiman, J., Frager, R., (1979). Teorías de la Personalidad. México. Editorial Harla

Galván Izquierdo, M., (1992). Actitud hacia el SIDA en homosexuales y heterosexuales. Tesis de Licenciatura. Psicología, Universidad Intercontinental. México.

Goffman, Erving., (1986). Estigma. La identidad deteriorada. Amorrortu Editores. Buenos Aires.

González, Luz del C., Rodríguez, C. Ma. Ofelia., (1989). Actitud ante

la Campaña Televisiva de Prevención del SIDA en una muestra de adolescentes del D.F. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM. México

Greenhouse, P., (1987). Transmisión VIH de mujer a mujer. The Lancet (Ed. Esp.), Barcelona. Ediciones Doyma

Heintz, Peter., (1968). Los prejuicios sociales. Un problema de la personalidad, la cultura y la sociedad. Editorial Tecnos.

Hewstone, Miles., (1989). La atribución causal. Del proceso cognitivo a las creencias colectivas. España. Ediciones Paidós.

Lifshitz Guinzberg, Alberto., (1997). La práctica de la Medicina Clínica en la era tecnológica. México: UNAM, IMSS.

Marín, Gerardo., (1977). Manual de Investigación en Psicología Social. México. Editorial Trillas

Miller, David., (1989). Viviendo con SIDA y HIV. México. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Miller, David., Weber, Jonathan., Green, John., (1990). Atención de pacientes de SIDA. México. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Mirko D., Gamek., (1990). Historia del SIDA. Siglo XXI, 2a. edición

Monzón, O. y Capellán, J., (1987). Transmisión del VIH entre mujeres. The Lancet. (Ed. Esp.), Barcelona. Ediciones Doyma

Ramírez P., Silvia., (1993). Un enfoque Psicológico. Xalapa, Ver. 1a. edición

Ortiz M., R., Magis R., C., et-al., (1995). Dirección de Investigación de CONASIDA "Investigación sobre personal de salud y sida en México" en MEMORIA del V Congreso Nacional sobre sida. México. D.F.

Ortiz M., R., Magis R., C., et-al., (1995). Dirección de Investigación de CONASIDA. "El uso de la medida de actitudes en la investigación sobre SIDA en México: 1984-1995" en MEMORIA del V Congreso Nacional sobre sida. México, D.F.

Otero Cagide, Gustavo., Otero Cagide, Federico. Análisis de los egresos hospitalarios por enfermedades venosas. Revista de la Asociación de Medicina Interna de México 1996, Vol. 12, No. 3, 152-158.

Ramírez Amador, Beatriz., Palacios, Manuel., Guerra, Angel., (1993). Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA A.C., "La importancia del trabajo psicológico

en la adherencia a tratamientos médicos en personas que viven con VIH/SIDA” en MEMORIA del IV Congreso Nacional sobre sida. México, D.F.

Romo García, Javier., Salido Rengell Francisco., Manejo del paciente con HIV. Breviario para médicos y paramédicos. México, 1ª edición.

Sato, Michèle., Dos Santos, José Eduardo., (1997). Sinopsis de la Agenda 21. SEMARNAP/PNUD. México. Editorial Cambio XXI, 1ª edición.

Scott, J., Pikkin, R., (1989). Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Editorial Interamericana.

Sepúlveda Amor, Jaime., (1989). Sida, Ciencia y Sociedad. México. F.C.E.

Terman M., Lewis., (1965). La inteligencia, el interés y la actitud. Buenos Aires. Editorial Paidós.

Uribe, P., (1988). Cómo se transmite el virus del SIDA de la madre al hijo. Gaceta CONASIDA, septiembre-octubre. año 1 (3)

Vick, Rodolfo., Molina, Eloisa., Fabián, Ma. Guadalupe., (1993). Subdirección de Medicina del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” S.S.A. “La actitud del cuerpo médico y paramédico ante el paciente con SIDA” en MEMORIA del IV Congreso Nacional sobre sida. México, D.F.

Young, Kimball., (1969). Psicología Social de la personalidad. Buenos Aires. Editorial Paidós

Young, Kimball., (1977). Psicología de las actitudes. Argentina. Editorial Paidós

Young, Kimball., (1956). Psicología Social del Prejuicio. Argentina. Editorial Paidós.

Zimbardo, Philip G., (1982). Influencia sobre las actitudes y modificación de la conducta. Fondo Educativo Interamericano

Letra S. Sida, Cultura y Vida Cotidiana. El Nacional. Julio de 1995. Suplemento. Número 9

Letra S. Sida, Cultura y Vida Cotidiana. El Nacional. Agosto de 1995. Suplemento. Número 10

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Young Kimball. Psicología de las actitudes. Editorial Paidós. Argentina. 1977. p.14.
- (2) Heintz, Peter. Los prejuicios sociales. Un problema de la personalidad, la cultura y la sociedad. Editorial Tecnos. 1968. p. 53.
- (3) Ibidem; p. 53.
- (4) Monsivais C. El sida y los derechos humanos. En Perfil de *La Jornada* 1993; s/n: 7
- (5) <http://www.virtualizar.com/sidanews/vaoo1html>
- (6) Ibidem
- (7) Deutsch y Krauss. Teorías en Psicología Social. Editorial Paidós. México. 1985. p.37
- (8) Fadiman, J., Frager, R. Teorías de la Personalidad. Editorial Harla. México. 1979. p. 304
- (9) Young, Kimball. Op cit.; p.45
- (10) Young, Kimball. Psicología de las actitudes. Editorial Paidós. Argentina. 1977. p.
- (11) Zimbardo, Philip G. Influencia sobre las actitudes y Modificación de conducta. Fondo Educativo Interamericano, S.A. 1982. p. 83
- (12) Sepúlveda Amor, Jaime. Sida, Ciencia y Sociedad en México. F.C.E. México. 1989 p.
- (13) Mirko D. Garmek. Historia del sida. Siglo XXI. 2a. edición, 1990. p.12
- (14) Scott, J. Pikkin, R. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Editorial Interamericana, 1989. p. 32
- (15) Hewstone, Miles. La atribución Causal. Del proceso cognitivo a las creencias colectivas. Ediciones Paidós. España. 1989. p.13
- (16) Ibidem. p. 34

- (17) Ibidem. p. 35
- (18) Heintz, Peter. Op cit.; p. 53
- (19) Clay Lindgren, Henry. Introducción a la Psicología Social. Editorial Tillas. México. 1978. p. 255
- (20) Young, Kimball. Psicología Social de la Personalidad. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1969. p.43
- (21) Young, Kimball. Psicología Social del Prejuicio. Editorial Paidós. Argentina. 1956. p. 7
- (22) Heintz, Peter. Op cit.; p. 54
- (23) Young, Kimball. Op. cit., p. 40
- (24) Goffman, Erving. Estigma la identidad deteriorada. Amorrortu editores. Buenos Aires. 1963. p. 109
- (25) Consejo Mexicano de Medicina Interna, A.C. p. 5
- (26) De la Garza-Estrada, Víctor A., Noriega-Fernández, Rocío. La consulta externa del internista en el ejercicio privado. Análisis descriptivo. Revista de la Asociación de Medicina Interna de México 1996, Vol. 12, No. 4 , p. 233.
- (27) Miller, David., Weber, Jonathan., Green, John. Atención de Pacientes de Sida. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. México. 1990. p. 161
- (28) Lifshitz, Alberto. La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina IMSS. 1997. p. 71
- (29) Ibidem ; p. 143
- (30) Miller, Weber, Green. Op. cit. ; p. 160
- (31) Lifshitz, Alberto. Op cit.; p.76
- (32) Dictionary of Sociology. Edited by Henry Pratt. Fairchild; vision press limited. p. 18