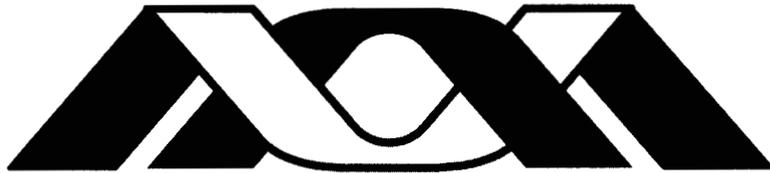


**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
Iztapalapa**

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES



Casa abierta al tiempo

TESINA

**ESTILOS DE AFRONTAMIENTO, CALIDAD DE VIDA Y
NOTIFICACIÓN DE PERSONAS INFECTADAS DE VIH/SIDA**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

ASESOR: OSCAR RODRÍGUEZ CERDA

PRESENTA:

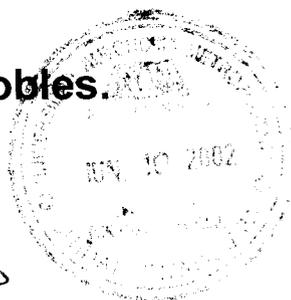
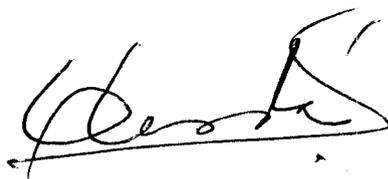
**CARMEN LILIA CALLEJA ROBLES
MATRICULA: 97223088**

JUNIO, 2002

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

**ESTILOS DE AFRONTAMIENTO, CALIDAD DE
VIDA Y NOTIFICACIÓN DE PERSONAS
INFECTADAS DE VIH/SIDA.**

Carmen Lilia Calleja Robles.



Casa abierta al tiempo

INDICE

I. MARCO HISTORICO.

- 1.1 Conociendo al VIH y el SIDA.
- 1.2 ¿Qué es el SIDA?
- 1.3 Origen del VIH.
- 1.4 Historia del VIH/SIDA.
- 1.5 ¿Qué es el VIH?
- 1.6 Reproducción del VIH/SIDA.
- 1.7 Transmisión del VIH.
 - 1.7.1 El VIH no se transmite.
- 1.8 Etapas evolutivas del VIH.
- 1.9 ¿Quiénes están en riesgo de infectarse del VIH/SIDA?
- 1.10 El SIDA en México.
 - 1.10.1 La connotación social del SIDA.

II. MARCO TEÓRICO

- 2.1. Psicología social de la salud.
 - 2.1.1. Estrés.
- 2.2. Afrontamiento desde la perspectiva de Billings y Moos (1982).
- 2.3. Afrontamiento desde la perspectiva de Lazarus y Folkman (1991).
 - 2.3.1. Etapas en el proceso de afrontamiento.
 - 2.3.2. Funciones del afrontamiento.
 - 2.3.3. Recursos para el afrontamiento.
- 2.4. Investigaciones respecto al VIH/SIDA.
- 2.5. ¿Por qué el afrontamiento en personas con VIH/SIDA?
- 2.6. Calidad de vida.
- 2.7. Atribución.

III. METODOLOGÍA.

- 3.1. Planteamiento del problema
- 3.2. Hipótesis.
- 3.3. Objetivos general.
- 3.4. Objetivos específicos.
- 3.5. Variables.
 - 3.5.1 Definición Conceptual
 - 3.5.2 Definición Operacional
- 3.6. Población
- 3.7. Muestra
- 3.8. Instrumento de Medición
- 3.9. Sujetos
- 3.10. Procedimiento de aplicación del instrumento

IV. RESULTADOS

V. REFERENCIAS.

VI. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

VII. ANEXOS

- 7.1 Instrumento final

I. MARCO HISTORICO.

1.1 CONOCIENDO AL VIH Y AL SIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) apareció hace casi cuatro lustros. Desde entonces la que inicialmente se contempló como una enfermedad de interés biomédico, restringido a algunos grupos poblacionales (Soberon, 1997), pronto se convirtió en un grave problema de salud pública afectando profundamente a nuestra sociedad, tanto por el daño causado a los individuos infectados, a grupos específicos de la población homosexuales, amas de casa, etc.- y a la sociedad en general como por las características para combatirla y a su vez prevenirla.

Por otro lado, la principal vía de transmisión del virus de Inmunodeficiencia (VIH) es la sexual (CONASIDA, 1999), y por consiguiente afecta de manera importante a la población en edad reproductiva.

1.2 ¿QUÉ ES EL SIDA?

Las letras SIDA son utilizadas para identificar al, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, el cual es causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que hasta la fecha no tiene cura, es mortal y progresiva. Esta afección es causada por la infección y destrucción selectiva de los linfocitos T4. A este deterioro del sistema inmunológico se le llama inmunodeficiencia y ésta es adquirida porque no es congénita; es decir, no es hereditaria, aunque existen casos donde se nace con ella por la infectada (Orzechowzky, 1997).

Dentro de las personas infectadas con el virus se puede hacer una diferenciación; unos son portadores el virus y otros son enfermos. Los primeros son las personas que están infectadas con el VIH pero que no tienen ninguna

manifestación clínica. En ellas se puede detectar la presencia del virus con pruebas en laboratorio. Los segundos son personas en las que la infección ya evolucionó y presentan manifestaciones clínicas (a esta etapa se le conoce como SIDA). Sus defensas disminuyen notablemente y están expuestos a las enfermedades oportunistas (Falgueras, 1 995).

El mal funcionamiento del sistema inmunológico causado por el VIH predispone a la aparición de otras enfermedades oportunistas, totalmente diferentes, que no son causadas por el virus del SIDA. Éstas enfermedades o infecciones son causadas por bacterias, hongos, parásitos y virus y, se les llama oportunistas porque afectan a personas inmunodeprimidas (con mal funcionamiento del sistema inmunológico causado por el virus) (Falgueras, 1995).

1.3 ORIGEN DEL VIH.

El origen del VIH actualmente no es del todo claro y se han generado varias hipótesis como las que a continuación se describen:

- ⌘ Se planteó que fue producto de la Unión Soviética o de E.U. como arma de guerra biológica. Actualmente esta hipótesis ha sido descartada por completo (Falgueras, 1995).
- ⌘ Una serie de pruebas apoya que el VIH surgió primero de África Central, aunque los gobiernos africanos niegan ésta teoría (Daniels, 1994).
- ⌘ Resultados de investigaciones actuales plantean que los retrovirus humanos son muy parecidos a los retrovirus que infectan a los monos macacos de Asia y África en los cuales ya existían antes de transmitirse a hombres africanos (Falgueras, 1995).

1.4 HISTORIA DEL VIH/SIDA.

El SIDA es reconocido por primera vez en la primavera de 1981. En aquel tiempo los Centros para el Control de las Enfermedades (Centers for Disease Control) en Estados Unidos reportaron la aparición de cinco casos graves de una neumonía rara (*Pneumocystis carinii*), en la ciudad de los Ángeles. Esta neumonía sólo suele ocurrir en individuos cuyo sistema inmunológico está muy deteriorado. Aunado a esto fueron diagnosticados únicamente hombres homosexuales anteriormente sanos (Daniels, 1994). A partir de ese momento el número de casos con las mismas características se incrementó.

En esa época se reportó en 26 casos de hombres homosexuales entre los 20 y 40 años de edad, el desarrollo de un raro cáncer maligno llamado Sarcoma de Kaposi¹, el cual sólo daba a varones de edad avanzada, de ascendencia judía y mediterránea (Daniels, 1994).

Al ir aumentando el número de casos fue notable que dichos hallazgos no eran únicamente coincidencia, puesto que sólo aparecía en hombres homosexuales o bisexuales. Se sospechó entonces que el estilo de vida homosexual era la causa de la deficiencia inmunológica. Conforme fue aumentando el número de casos, se fue observando que no sólo atacaba a este grupo².

Las investigaciones dieron como resultado que esta epidemia no sólo se propagaba en hombres homosexuales, sino también en enfermos hemofílicos, en adictos a las drogas por vía intravenosa y en receptores de transfusiones sanguíneas (Falgueras, 1995).

¹ Tumor maligno que se presenta en forma de cáncer en la piel (Miller, 1989).

² Hoy en día se sabe que el SIDA no hace distinción alguna afectando a niños, adolescentes, adultos, hombres, mujeres, homosexuales, heterosexuales, bisexuales, etc.

Estos casos raros fueron el parteaguas para la investigación del agente patógeno que provocaba las infecciones, relacionadas todas con el deterioro del sistema inmunológico de los afectados. Así en 1982 se nombró a la nueva enfermedad: el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA- (Miller, 1989).

En México el primer caso diagnosticado fue detectado en 1983. De ahí en adelante han ido en aumento las cifras de casos diagnosticados con la infección (Soberon, 1997), hasta llegar a 44 mil casos (CONASIDA, 2000). Sin embargo el SIDA es generado por un virus llamado VIH.

1.5 ¿QUÉ ES EL VIH?

El sistema inmunológico es el mecanismo de defensa del cuerpo contra organismos que le son extraños y dañinos. Está compuesto por células llamadas linfocitos y dentro de éstas destacan las CD4, estas son las que dirigen la defensa para extinguir al agente dañino. El VIH sólo afecta a este tipo de células. Por lo tanto, el efecto producido es la escasez de células colaboradoras para producir una respuesta inmune normal (Daniels, 1994).

El VIH pertenece a una clase especial de virus llamada retrovirus con características singulares: los retrovirus se reproducen únicamente en las células vivas de una especie que les sirve de huésped; no pueden multiplicarse por sí solos, así que les son necesarias las estructuras de las células que infectan para reproducirse y pueden no causar ningún efecto adverso por muchos años.

La característica distintiva de los retrovirus es su singular método de reproducción en la que intervienen una enzima llamada transcriptasa inversa. Gracias a la transcriptasa inversa el virus forma DNA³ a partir del RNA⁴; es decir,

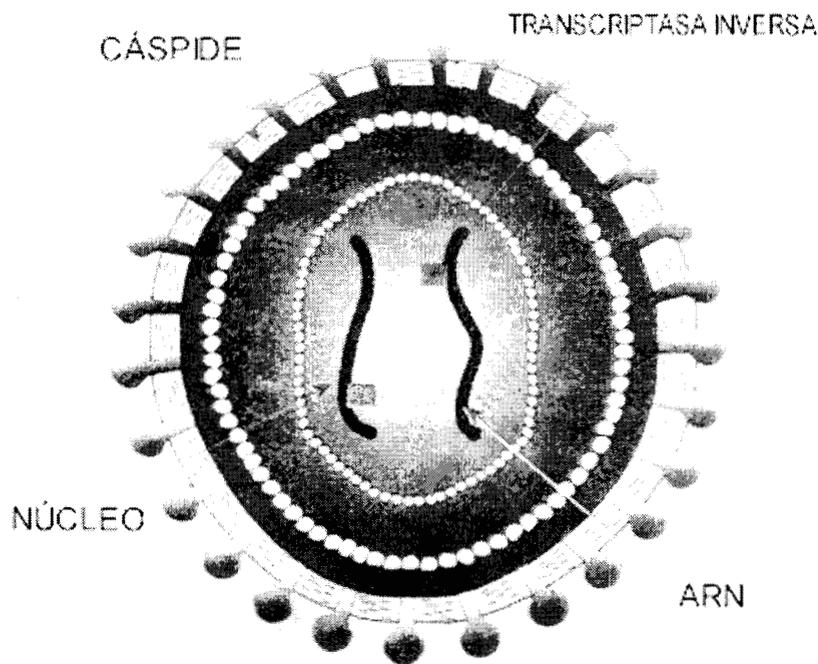
³ Ácido Desoxirribonucleico, éste envía mensajes al RNA para su reproducción (Orzechowzky, 1997).

⁴ Ácido Ribonucleico, elemento donde se encuentra el código genético del virus; es decir, sus características hereditarias que le son necesarias para replicarse (Orzechowzky, 1997).

copia su información genética de forma que pueda integrarse en el código genético de la célula huésped y así producir múltiples copias de él. Una vez que el virus se inserta en dicha célula, la infección es permanente (Falgueras, 1995).

Existen muchas cepas diferentes del VIH. Algunas varían apenas de las demás, otras difieren extensamente. El VIH posee la capacidad de alterar rápidamente la estructura genética de sus proteínas externas y por lo mismo librarse de ser reconocido por el sistema inmunológico. De esto resulta lo difícil que es el desarrollo de una vacuna y que dicho sistema no pueda combatir al agente (Miller, 1989). En la figura 1 se ilustra al virus del SIDA.

1. VIRUS DEL SIDA (VIH).



(Falgueras, 1995)

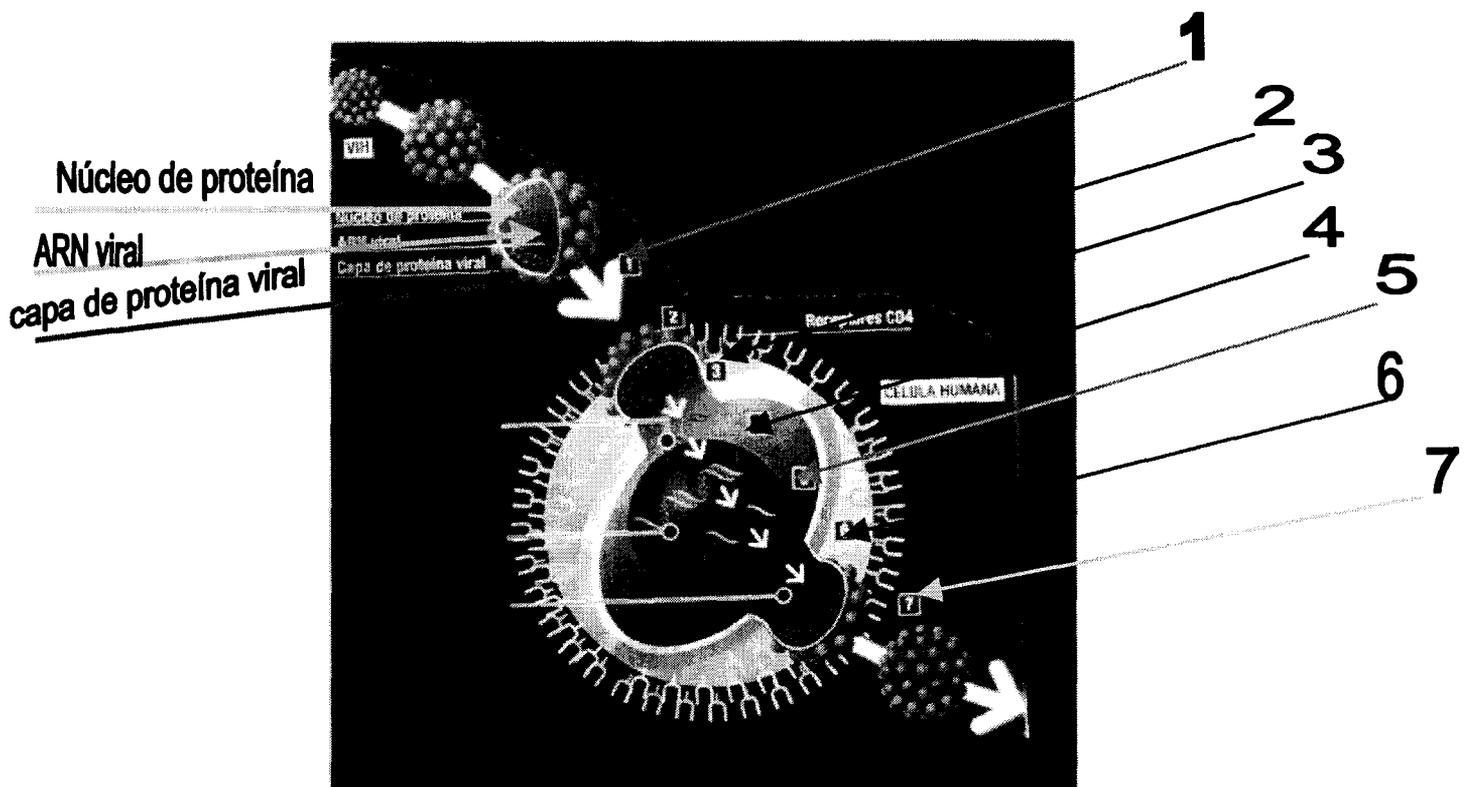
1.6 REPRODUCCIÓN DEL VIH.

Es necesario saber la forma en la que el virus se reproduce, y así comprender la rapidez y destrucción que se ocasiona en el cuerpo cuando el VIH ataca al linfocito T4. Ya infectados éstos, van disminuyendo en número y en capacidad, los cuales tienen la función de proteger al cuerpo de las infecciones oportunistas - tuberculosis, hepatitis B, neumonía, etc. En la figura 2 se puede observar la reproducción del VIH, la cual se lleva a cabo de la siguiente forma:

1. El VIH consta de una envoltura, una coraza interior de proteínas y el material genético.
2. Cuando encuentra la célula T, se adhiere a los receptores CD4 y a los correceptores de la célula.
3. Entra en la célula y libera su material genético en forma de ARN, el cual es convertido en ADN por una enzima viral llamada transcriptasa inversa.
4. Una enzima viral llamada integrasa incorpora el material genético del virus en el de la célula.
5. El virus utiliza el proceso de reproducción de la célula para producir en masa proteínas virales y ARN.
6. Una enzima llamada proteasa, corta y moldea las proteínas virales producidas por la célula, que se ensamblan dando lugar a nuevos virus.
7. El virus sale y se envuelve en un trozo de la membrana celular. Ya puede infectar a otras células (Fernández y Siegrist, 2000).

Así como es importante conocer la reproducción del virus es necesario e indispensable dar cuenta de las distintas vías de transmisión del mismo.

2. REPRODUCCIÓN DEL VIH



1.7 VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH

1. Contacto sexual.

La transmisión del virus por contacto sexual sin protección de un condón de látex (práctica de riesgo) es, en muchos países la causa frecuente de contagio por VIH; esta transmisión se da en las relaciones sexuales homosexuales, bisexuales y heterosexuales. En México las relaciones homosexuales y bisexuales constituyen el 36.6%, y las heterosexuales el 43.1% en la vía de transmisión del virus (CONASIDA, 2000). De éstas prácticas sexuales las de mas riesgo para la transmisión del VIH son las

relaciones sexuales anales (porque las membranas mucosas del ano son delicadas y casi siempre se lesionan durante la relación), después siguen las vaginales y posteriormente las orales (CONASIDA, 1999).

2. Vía perinatal (de madre a hijo)

Esta vía de transmisión ocurre generalmente en el útero de la madre durante la gestación. También se puede producir durante el parto en la exposición del feto a la sangre o líquidos de la madre y durante la lactancia por medio de la leche materna. En México el porcentaje de niños infectados de VIH a través de la madre representa el 1.4% en la vía de transmisión del virus (CONASIDA, 2000).

3. Contacto con sangre infectada.

Para que el virus se transmita tiene que penetrar los tejidos o el torrente sanguíneo de otra persona. En esta vía de transmisión las causas de infección son; la drogadicción por vía intravenosa (práctica de riesgo), la transfusión de sangre o productos terapéuticos derivados de ella, los trasplantes de órganos o tejidos y la exposición accidental al virus (Falgueras, 1995).

En este tipo de transmisión la drogadicción por vía intravenosa es la causa más frecuente de contagio, ya que al compartir jeringas y agujas infectadas sin esterilizar, el virus entra directamente al torrente sanguíneo. En nuestro país la transmisión por esta vía, representa el 0.9% (CONASIDA, 2000).

La transmisión del virus por transfusiones sanguíneas o productos derivados de ésta, al igual que los trasplantes de órganos hoy en día es casi nula sobre todo en los países desarrollados donde cuentan con los métodos adecuados para la detección del virus. En los países subdesarrollados por la escasez de medios, es posible la transmisión del virus por el uso del material de inyección o quirúrgico no esterilizado correctamente

(Falgueras, 1995). El 0.1 % representa esta vía de transmisión en México (CONASIDA, 2000).

La exposición accidental ocurre especialmente entre el personal sanitario que brinda atención a los pacientes infectados, es poco relevante ya que el riesgo de contagio por un pinchazo por accidente con una aguja infectada, es del 0.5% (Falgueras, 1995). Ya se habló de las vías de transmisión, ahora hablaremos de como NO se transmite.

1.7.1 El VIH no se transmite por:

- ⌘ Picaduras de insectos.

- ⌘ El uso de instalaciones públicas sanitarias como albercas, baños, restaurantes, etc.

- ⌘ Saludar, abrazar, besar en la boca o tener cualquier otro contacto casual con personas infectadas de VIH/SIDA.

- ⌘ Compartir utensilios para comer o cocinar.

- ⌘ Vivir, trabajar, estudiar o realizar cualquier actividad bajo el mismo techo con personas infectadas de VIH/SIDA (Orzechowzky, 1997).

Para tener la certeza de que el virus está dentro del organismo, es necesario hacerse una prueba de laboratorio llamada Elisa la cual detecta los anticuerpos que el organismo produce para atacar al VIH. Si ésta prueba resulta positiva, es necesario hacer una confirmatoria llamada Western Blot (Murillo, 1997).

Pruebas específicas han precisado que el tiempo de incubación del virus puede ser desde tres hasta doce meses; así pues, existen pruebas donde se les detectó el virus a las personas hasta después de un año de haber estado expuestas a la infección

de él (Daniels, 1994). Ésta entre otras es una de las razones donde se ha comprobado y corroborado, que el virus se comporta de distintas maneras, es decir que existen etapas o periodos dentro del desarrollo del virus y posteriormente de la enfermedad.

1.8 ETAPAS EVOLUTIVAS DEL VIH.

Después del contagio por el VIH se da el **periodo de incubación o periodo de ventana**. En algunos casos esta etapa clínicamente pasa inadvertida, en algunos otros se producen síntomas poco específicos y parecidos a los provocados por otros virus - fiebre, erupción cutánea, crecimiento de los ganglios linfáticos, dolores articulares y dolor de garganta- (Falgueras, 1995). Esta etapa dura entre tres y seis semanas y cualquier enfermedad que ocurre dentro de ésta, cura espontáneamente y no requiere tratamiento aparte de medidas sencillas como analgésicos (Miller, 1989).

A la etapa inicial le sigue un periodo clínico de latencia llamado etapa **intermedia o crónica** en la que no existe prácticamente ninguna manifestación clínica. Este periodo es variable y más o menos largo, la OMS (Organización Mundial de la Salud) hace una estimación de 10 años después de haberse producido la infección. Sin embargo el virus esta dentro del organismo y se sigue multiplicando. Existen factores que intervienen para acelerar la evolución de la infección –infecciones bacterianas víricas, la drogadicción, el alcoholismo, el tabaquismo, el estrés y la reinfección por el VIH- y llegar a estados más avanzados de enfermedad o a un mayor deterioro del sistema inmunológico.

Cuando la infección progresa y el sistema inmunológico se deteriora mucho más, la infección entra en la **fase final o de crisis** - SIDA -. En este periodo el virus se replica aún más y aparecen manifestaciones clínicas severas, las enfermedades oportunistas y tumores⁵. Miller en 1989 enumeró las principales y más comunes:

- ⌘ Neumonía por Pneumocystis carinii. Es una infección grave de los pulmones, causada por un parásito microscópico y es una de las infecciones oportunistas más comunes en los enfermos de SIDA. Se presenta con tos seca, falta de respiración y fiebre; los síntomas tienden a empeorar de manera gradual durante varias semanas.

- ⌘ Absceso cerebral por Toxoplasma gondii. Es un parásito microscópico infeccioso que con mucha frecuencia causa ataques, cefalea (dolor de cabeza), somnolencia y debilidad de uno o varios miembros del cuerpo. En las personas con el sistema inmunológico intacto esta es benigna.

- ⌘ Esofagitis por Candida albicans. Es un hongo microscópico y la infección que causa en el esófago es muchas veces una manifestación inicial del SIDA, también puede afectar a la garganta provocando molestias al deglutir.

- ⌘ Tuberculosis. Ésta no es propiamente una infección oportunista, pero la inmunodepresión que el VIH provoca en el organismo, hace que éste sea altamente vulnerable a padecer esta infección.

- ⌘ Diarrea por Cryptosporidium. La diarrea provocada en el enfermo de SIDA es grave y generalmente crónica.

- ⌘ Retinitis por Citomegalovirus. Ésta infección puede inflamar la retina de uno o ambos ojos originando un trastorno conocido como retinitis el cual deteriora la visión, y si no se le da tratamiento puede ser progresivo hasta llegar a la ceguera.

- ⌘ El tumor Sarcoma de Kaposi. Éste es un tumor maligno que se presenta en forma de cáncer cutáneo, aunque también puede estar diseminado en el cuerpo, generalmente grave el cual puede conducir a la muerte.

⁵ Las infecciones o enfermedades mas comunes que sufren las perdsonas con SIDA, se originan por la reactivación de un microorganismo que ha alojado el cuerpo durante mucho tiempo y no por microorganismos adquiridos en fecha reciente(Miller, 1989).

⌘ Linfomas no-hodgkinianos. Éstos son cánceres del sistema linfático⁶ y tumores con un alto grado de malignidad, afectan por igual a todos los grupos de riesgo con SIDA.

En la infección del VIH/SIDA todo ser humano se encuentra en constante riesgo, sobretodo cuando no existe ningún tipo de precaución, sin embargo existen grupos, sectores o prácticas que provocan aún más su exposición.

1.9 QUIÉNES ESTÁN EN RIESGO DE INFECTARSE DE VIH/SIDA.

En un sentido estricto casi cualquier persona puede infectarse de VIH y desarrollar SIDA si se expone a sangre infectada o productos derivados de ésta (Daniels, 1994), sin embargo existen grupos o personas con mayor riesgo de adquirir la infección.

Las personas más expuestas a infectarse con el virus del VIH son aquellas que llevan a cabo prácticas de riesgo -relaciones sexuales (anales, orales o vaginales) sin protección, compartir jeringas o agujas infectadas o sin esterilizar (drogadictos por vía intravenosa), (CONASIDA, 1999)-. También se puede hablar de otros grupos de riesgo como los enfermos hemofílicos⁷, o las que tienen algún contacto con sangre infectada.

Anteriormente se pensaba que los grupos de mayor riesgo eran las personas homosexuales y bisexuales. Sin embargo hoy en día la pandemia se ha ido extendiendo a grupos que antes no se creían en riesgo, como por ejemplo a las personas heterosexuales.

Por lo tanto es importante saber que hoy en día ya no se habla tanto de grupos de riesgo sino de prácticas de riesgo, ya que sin importar su preferencia sexual la gente se infecta. De hecho, en algunos países del mundo el mayor índice de personas infectadas

⁶ Tejido que se encuentra en los ganglios linfáticos y en otras partes del cuerpo (Miller, 1989).

⁷ Personas que tienen un defecto congénito en la coagulación de la sangre, con frecuencia sufren accidentes hemorrágicos y es necesaria la administración intravenosa de transfusiones de sangre (Falgueras, 1995).

lo tienen las mujeres amas de casa monógamas y heterosexuales. Sin pasar por alto que los niños nacidos de padres y madres infectados de VIH también corren riesgo de estarlo, aunque ya se cuenta con tratamientos que debe llevar a cabo la madre desde el inicio de gestación del feto para tratar de evitar la transmisión del virus (Falgueras, 1995). Evidentemente si la madre no está enterada de su infección con el VIH, no estará en tratamiento y esto aumenta en mucho mayor proporción el riesgo de que su bebé nazca infectado.

Así como es importante mostrar un panorama general, es necesario mostrarlo en México ya que esta es la base para tratarlo en nuestro país.

1.10 EL SIDA EN MÉXICO.

Como ya se dijo el SIDA es una enfermedad que está relacionada frecuentemente con la sexualidad y en México esta es la mayor vía de transmisión del virus (según datos del CONASIDA). Éste es un problema de salud pública que a su vez tiene repercusiones en el ámbito psicológico, social, ético, económico y hasta político y que no puede considerarse sólo en el ámbito de salud personal.

En México el primer caso notificado de SIDA fue en 1983. Actualmente, nuestro país ocupa el 13° lugar en cuanto al número total de casos notificados mundialmente y el 3° lugar en el continente americano; sin embargo tiene la posición 69 respecto a la tasa de incidencia acumulada en el ámbito mundial, el 29° lugar en Latinoamérica y el Caribe y el 11° lugar por toda América por lo cual está considerado entre los países con tasa de incidencia muy baja (SIDA, 2000).

Desde el primer caso detectado en México, cerca de 44 mil personas en total han sido diagnosticadas con el virus dentro del sector salud y poco más de la mitad ha muerto (según datos de la Organización Mundial de la Salud, citado en: CONASIDA, 2000), lo que implica la existencia de aproximadamente 22 mil personas con el virus.

Sin embargo, el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) (citado en CONASIDA, 2000), enuncia que por cada caso reportado deben considerarse de tres a cuatro infectados con VIH que únicamente son portadores y no han desarrollado la enfermedad. Basándose en lo anterior, se calcula que en México hay realmente un total de poco más de 170 mil infectados, de los cuales la mayoría lo desconoce y sigue infectando a otras personas.

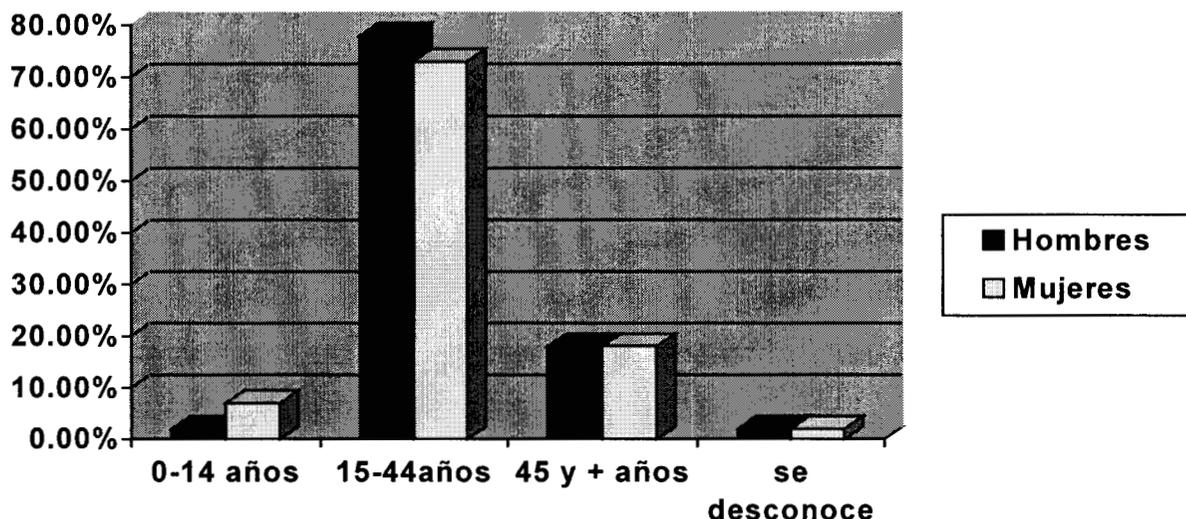
Según el sistema de Vigilancia Epidemiológica del Registro Nacional de Casos de SIDA en el país (citado en CONASIDA, 2000), reportó 4 mil 400 enfermos y 1,500 portadores nuevos tan sólo en 1999. Esta enfermedad es actualmente la tercera causa de muerte en hombres de 25 a 34 años de edad y la sexta en mujeres del mismo rango.

Las características del panorama epidemiológico del SIDA en México se pueden analizar de acuerdo a la edad y al sexo de los pacientes. Hasta finales de 1998 se habían registrado 37,381 casos de los cuales 32,139 eran hombres y 5,242 mujeres lo que indica que por cada seis casos masculinos existe uno femenino, siendo el grupo más afectado el de los 25 a 44 años de edad, el cual concentra 78% de los casos en hombres y 73% en las mujeres, representando la tercera causa de muerte en hombres y la sexta causa en mujeres del mismo grupo de edad (CONASIDA, 1999).

En los hombres la vía de transmisión es la vía sexual (homosexual y heterosexual) y en menor medida la vía sanguínea; en las mujeres la vía de mayor transmisión es la sexual (heterosexual) y en menores de 15 años es la vía perinatal.

De manera global en México en ambos sexos el 87% de los casos de SIDA adquirieron la enfermedad por contacto sexual, mientras que el 13% restante la adquirieron por vía sanguínea, en la siguiente gráfica se ilustra los casos por edad y sexo.

CASOS DE SIDA POR EDAD Y SEXO HASTA EL PRIMERO DE OCTUBRE DE 1998 (CONASIDA, 1999).



1.10. 1 LA CONNOTACIÓN SOCIAL DEL SIDA.

Cuando una enfermedad crónica aparece en la vida de un individuo, modifica tanto su comportamiento como las explicaciones que éstos utilizan habitualmente. También se hacen reajustes en el plano material y en el de la identidad para poder hacer frente a la situación. Y como toda enfermedad, el SIDA conlleva cambios fundamentales en la vida de los individuos afectados (Carricaburu y Pierret, 1996).

Tales cambios efectuados por el individuo al saberse infectado por el VIH/SIDA, son más drásticos aún por el estigma y el rechazo social que reciben debido a la connotación sexual que se le da a la, asociada a la creencia de que sólo los homosexuales se infectan (Guerra, Villagran-Vázquez y Díaz- Loving, 1998).

En ese sentido, se ha ubicado el estigma del SIDA como una situación compleja que tiene matices sociales y psicológicos y que esencialmente es producto de lo que la gente cree o trata de explicarse a través de su experiencia o de la opinión de otros; estas

creencias pueden producir opiniones en contra de las personas que son ubicadas en grupos no deseables socialmente (homosexuales, prostitutas, etc.) y dichas opiniones generan prejuicios en diferentes grados incluso conductas discriminatorias. Así la conceptualización del SIDA se representa porque al enfermo se le atribuye su contagio, esto se debe a las conductas o la pertenencia a los grupos no deseables, lo que indica cómo se van formando el estigma (Ruiz, Torres y Reyes, 2000).

Así entonces, el VIH/SIDA es un evento agobiante; es decir, el desgaste, la confusión y problemas causados por la enfermedad exige y obliga al individuo a hacerle frente a dicha situación estresante.

II. MARCO TEÓRICO

Bajo este panorama en nuestro país y en cuanto a las pocas (casi nulas) investigaciones que se han hecho respecto a las personas en las que directamente está afectando el VIH/SIDA, y asimismo al ir observando el número de personas infectadas por el VIH y a su vez enfermas de SIDA a nivel mundial pero sobretodo en México, consideramos existe la necesidad de hacer esta investigación sobre la infección. Puesto que la infección afecta principalmente a la población sexualmente activa (entre 20 y 44 años de edad), por lo cual es necesario dicha investigación enfocada al proceso de afrontamiento por el cual pasan las personas después de ser notificados, para así poder enfrentar las diferentes situaciones estresantes que implica el estar infectado y/o enfermo al mismo tiempo que el contexto en el que cada persona se encuentra.

2. 1. PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD.

El VIH/SIDA es una enfermedad mortal, hecho por el cual es un evento estresante en las personas que la padecen, primero porque en un individuo el sólo hecho de perder la salud es estresante y segundo por la estigmatización que conlleva la adquisición de la misma. Para entender mejor cómo afecta al individuo una enfermedad lo explicaremos con base en la Psicología Social de la Salud.

En 1948 la OMS definió a la salud como "el estado de completo bienestar físico mental y social y no la mera ausencia de la enfermedad" (citado en: Rodríguez Marín, 1995: Pág.16), con lo que se pretende tener un modelo biopsicosocial, dándole crédito tanto al aspecto social como al psicológico, los cuales anteriormente no habían sido tomados en cuenta. Lo relevante dentro de esta nueva concepción de salud es que dentro de ésta es aceptada la relación de factores personales, grupales, sociales y culturales los cuales juegan un papel determinante tanto en el origen como en el mantenimiento, evolución y pronóstico del proceso de enfermar (Rodríguez-Marín, 1995).

La conducta relacionada con la salud y la enfermedad se aprende y/o se desarrolla en un ambiente social, por lo que si únicamente se le abordara por el lado psicológico meramente individual cabe la posibilidad de presentar una perspectiva muy limitada de las relaciones entre conducta y enfermedad (Rodríguez-Marín, 1995). Además hay que tomar en cuenta que es el contexto social el que asigna la estigmatización a la enfermedad en este caso al VIH/SIDA y el que a su vez también puede asignar la compasión o la bondad para otras enfermedades. En esa misma línea pero siendo más estrictos si la conducta del individuo sano y la conducta del individuo enfermo fuera separada de su contexto social no podría ser comprendida (Rodríguez-Marín, 1995).

El papel de los factores psicosociales en la salud no sólo tiene que ver con su etiología de las enfermedades físicas, sino también con su tratamiento, rehabilitación y consecuencias sintomáticas (siendo en muchas ocasiones los responsables de la mejoría o empeoramiento de una situación aguda o crónica), a la prevención de la enfermedad y a la promoción de conductas saludables (Rodríguez-Marín, 1995). Para el caso del VIH/SIDA esto es muy importante, ya que podemos observar cuánto afectan dichos factores psicosociales para el mejoramiento o empeoramiento de la enfermedad, por ejemplo el que la enfermedad tenga una connotación sexual y una estigmatización por la creencia de que sólo los homosexuales (Guerra, Villagrán-Vázquez y DíazLoving, 1998) o los grupos no deseables la adquieren, tiene como consecuencias que las personas no traten la enfermedad abiertamente, cuestión que no ayuda en lo absoluto al paciente, ya que muchas veces no busca la ayuda o apoyo necesario para poder mejorar tanto su calidad de vida como para poder afrontar su situación y por el contrario afecta su situación física, psicológica y social.

En 1980 la OMS crea un programa llamado "Salud para Todos" en el cual propone una nueva práctica del cuidado de salud, poniendo énfasis en la prevención, promoción y en la atención de los factores que van más allá de los puramente biológicos. Dentro de los objetivos de este programa están: en el plano integral de la salud "igualdad ante la salud y añadir vida a los años"; en el socio-comportamental "añadir salud a la vida y

estilos de vida que llevan a la salud". Dichos objetivos se refieren directamente al afrontamiento del estrés, las motivaciones por adquirir y mantener la salud, la utilización de las redes de apoyo social para conseguir e instaurar comportamientos saludables (Rodríguez-Marin, 1995). Para el caso del VIH/SIDA, es en estos programas donde más ayuda se le brinda al paciente, tomando en cuenta que deben afrontar dicha situación y que la calidad de vida y las redes de apoyo social son de gran ayuda e importancia para su bienestar.⁸

Los problemas para hacerle frente al fenómeno del VIH/SIDA son muy diversos, entre los destacan en primer lugar: el estigma que en vuelve tanto a los homosexuales (sean o no seropositivos), como a los enfermos de VIH lo cual trae como consecuencia que los enfermos no traten ni su preferencia sexual ni su enfermedad abiertamente, y en segundo lugar: la dificultad de proponerse escenarios posibles para hacerle frente cuando se presenta (Guerra, Villagrán-Vázquez y Díaz-Loving, 1998).

Desde esta perspectiva de la psicología social de la salud los procesos de salud/enfermedad dependen de las relaciones entre el individuo y su ambiente. Es así como el factor estresante (estar contagiado de VIH/SIDA) tiene un impacto en la vida de las personas afectadas por las consecuencias bio-psico-sociales, por cómo evalúa el sujeto el hecho estresante y en la forma de adaptarse ante las nuevas situaciones a las que las personas se han de enfrentar (Basabe, Iraurgi, Páez e Insua, 1996). Es evidente que la presencia de enfermedad en un individuo es causante de estrés y que en este caso el VIH/SIDA lo causa en mucho mayor proporción, además también está presente el hecho de encarar a la muerte (por lo anteriormente mencionado), por lo tanto es necesario para el individuo infectado después de enterarse, afrontar su situación por lo que a continuación hablaremos sobre el afrontamiento.

⁸ Recordando la estigmatización de las personas infectadas, no es una enfermedad que se pueda tratar o llevar bien dentro del plano social.

2. 1. 1. ESTRÉS

Lazarus y Folkman (1991) han definido al estrés psicológico como el resultado de una relación entre el sujeto y su entorno, evaluado como amenazante o desbordante de los recursos del individuo y que a su vez ponen en peligro su bienestar.

De hecho se está tomando en cuenta tanto al individuo como al entorno, es decir, no se esta dejando de lado a ninguno de los dos ya que están en una constante interacción.

2.2. AFRONTAMIENTO DESDE LA PERSPECTIVA DE BILLINGS Y MOOS (1982).

Una conducta de afrontamiento es definida por R. H. Moos (1986) como una respuesta específica cognitiva o conductual de un sujeto o de un grupo de individuos para reducir o manejar las demandas internas o externas que se le presentan. Así pues, las conductas de afrontamiento son empleadas para manejar los problemas que se le presentan a un sujeto o las situaciones que le causan estrés y ansiedad. Además Billings y Moos (1981) mencionan que las estrategias de afrontamiento no son inherentemente adaptativas o desadaptativas; ya que éstas pueden ser beneficiosas sí se les da un uso moderado o temporal y también pueden ser dañinas si se depende se confía exclusivamente en un solo tipo de conducta. La perspectiva de tales autores considera a las estrategias de afrontamiento como una capacidad (junto con otros recursos) que puede aumentar o disminuir el bienestar frente a las demandas de la vida y los estresores.

Este planteamiento se enfoca en los rasgos o estilos de afrontamiento donde la diferencia entre ambos radica en que, aunque ambos son propiedades del individuo en uno son más pequeñas que en el otro. Un estilo de afrontamiento generalmente representa formas amplias, generalizadoras y abarcadoras de referirse a aspectos particulares del individuo como por ejemplo, el amigable, el poderoso, el hostil, etc. A su

vez los rasgos de afrontamiento son los que hacen referencia a las propiedades de que dispone el individuo que aplica en determinadas situaciones y generalmente son menos amplios, por ejemplo: la represión, la sensibilización, el mal humor, el buen humor, etc.

En este sentido, hacer énfasis en el rasgo o estilo de afrontamiento se insiste en las estructuras desarrolladas por el propio sujeto y, una vez creadas, actúan presumiblemente como predisposiciones estables para afrontar de una forma u otra los acontecimientos estresantes de la vida.

Moos (1986) enuncia tres estilos básicos de afrontamiento:

⌘ Cognoscitivo activo.

Este refiere a los intentos activos para resolver los eventos estresantes de una manera cognitiva, intrapsíquicamente, es decir, hacer una redefinición de las demandas en la situación para lograr hacerlas más manejables. Se centra en el análisis o valoración y revaloración de dichas demandas o amenazas percibidas, para tratar de entenderlas o comprenderlas y así darles un significado para lograr manejar la tensión provocada por la situación. Este tipo de afrontamiento está dirigido a la situación concreta y/o a los aspectos efectivos de un problema, por ejemplo: ver el lado positivo de la situación, el análisis lógico, buscar experiencias pasadas similares a la situación actual para así emplear estrategias anteriormente utilizadas en las situaciones estresantes que el individuo ya experimento, etc.

⌘ Conductual activo.

Esta forma de afrontamiento se refiere directamente a las acciones para eliminar o reducir las demandas y/o incrementar los recursos para manejarlas. Es decir, son las conductas manifiestas que intentan manejar directamente el problema y sus efectos, por ejemplo: tratar de conocer más sobre la situación, tomar acciones para resolverla, hablar con un profesional en el problema.

⌘ Evitativo.

Éste se refiere a los intentos por evitar enfrentarse al problema, negar o minimizar la seriedad de una crisis o para reducir indirectamente las tensiones emocionales por medio de conductas, por ejemplo: intentar olvidar la situación, negarse a creer la realidad del problema, etc., estas estrategias también son descritas como mecanismos de defensa porque son respuestas de autoprotección ante el estrés o la ansiedad. Por lo regular este tipo de afrontamiento no lleva a un valor constructivo puesto que son equivalentes al auto engaño y sólo alivian temporalmente a un individuo de la carga del estrés.

Según Moos (1986) dentro de las estrategias de afrontamiento existen dos tipos de clasificación: las primeras son las que están **enfocadas al problema** el cual busca confrontar la realidad de una crisis y sus consecuencias para poder manejarlas e intentar construir una situación más satisfactoria. Estas estrategias se dirigen al análisis lógico, a la búsqueda de información o a la solución del problema. Las segundas son las que están **centradas en las emociones** las cuales están dirigidas a manejar los sentimientos o emociones provocadas por una crisis o un estresor específico y para mantener el equilibrio afectivo y éstas están dirigidas a la descarga emocional y a la regulación afectiva.

Moos y Billings (1982) enuncian los recursos del afrontamiento los cuales son diferentes al afrontamiento, el cual es lo que un individuo hace y, los recursos de afrontamiento son un complejo grupo de factores cognitivos, actitudinales y de personalidad que proporcionan el contexto psicológico para que den las respuestas de afrontamiento. **Estos recursos son características disposicionales relativamente estables que afectan los procesos de afrontamiento y que a su vez son afectados por los resultados de anteriores respuestas de afrontamiento.** Algunos de estos factores son el desarrollo del yo, la autoestima y el sentido de la autoeficacia y los factores relacionados con ésta, como el sentido del manejo o dominio y el control interno, estilos cognitivos y las habilidades generales de solución de problemas; así como los

conocimientos, experiencias pasadas, maduración del yo, salud física y emocional. Estos recursos pueden afectar tanto la valoración de las situaciones estresantes, como la selección de respuestas de afrontamiento para mejorar la situación.

Estos autores también mencionan que los recursos de afrontamiento y los procesos cognitivos personales pueden intervenir en la anticipación de los eventos estresantes, lo cual puede lograr que se eviten o superen de una manera más temprana y eficaz.

Esta perspectiva está enfocada básicamente al rasgo o estilo del afrontamiento del individuo el cual en este modelo determina la mayoría de las conductas efectuadas en la situación estresante, puesto que el énfasis está en la personalidad del individuo, es decir, postula que el individuo siempre actuará de igual manera aunque la situación estresante cambie, por lo tanto se refiere al individuo como un automatizado en este sentido. Así mismo la formulación hecha por Lazarus y Folkman (1991) es la que se explica y se pretende seguir a continuación.

2.3. AFRONTAMIENTO DESDE LA PERSPECTIVA DE LAZARUS Y FOLKMAN (1991)

Lazarus y Folkman (1991) definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (por ejemplo enterarse de estar infectado de VIH/SIDA).

El afrontamiento como proceso se refiere a tres aspectos principales (Lazarus y Folkman, 1991).

- ⌘ Éste se dirige a las **observaciones y valoraciones** que están relacionadas con lo que el individuo **realmente hace o piensa**, en contraste con lo que el sujeto

generalmente hace o haría en determinadas condiciones (lo cual pertenece al planteamiento de rasgo), en este sentido el individuo hace la valoración desde la situación demandante o estresante que se le está presentando para así actuar o no en relación con lo que normalmente hace. Por ejemplo, en el caso de las personas infectadas y al ser notificadas, valorarán el decirle o no a los amigos (cuestión que en otros casos harían) y que no es tan fácil; de hecho muchas de las veces no lo hacen por el estigma existente hacia las personas infectadas de VIH/SIDA.

⌘ Lo que el individuo realmente piensa o hace, es **analizado** dentro de un **contexto específico**. Los pensamientos y acciones de afrontamiento están dirigidas a condiciones específicas, pues para entender el afrontamiento y así mismo evaluarlo, se necesita conocer eso que el individuo está afrontando. Cuanto más exacta sea la definición del contexto, más fácil resultará asociar un determinado pensamiento o acto de afrontamiento con una demanda del entorno. En el caso de las personas infectadas con VIH/SIDA, esta cuestión afecta mucho más ya que al ser notificadas las personas, no siempre pueden hacer una valoración objetiva de la situación a la que le van a hacer frente, es decir, no siempre conocen bien lo que van a afrontar, en primer lugar: porque cuando no se tiene la suficiente información de lo que es el VIH/SIDA (la diferencia que hoy en día existe entre uno y otro, en saber que no necesariamente van a morir en un corto plazo, etc.), generalmente sólo se cree y se piensa que es corto el tiempo de vida que les queda, sin que necesariamente sea esa la situación real, en segundo lugar: el contexto general en el que se encuentran es en el del estigma (por ser portadores del VIH/SIDA).

⌘ Al hablar de procesos de afrontamiento también se habla de un **cambio en los pensamientos y actos** a medida que se va desarrollando la interacción. Por lo tanto-, el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar con determinadas estrategias, que se pueden nombrar defensivas y en otros con las que les sirvan para resolver el problema, todo ello a medida la relación con su entorno va cambiando. En este aspecto es notable cómo el individuo infectado de VIH/SIDA va teniendo la necesidad de cambiar sus

estrategias de afrontamiento, ya que la infección a su vez también conlleva variaciones en las distintas etapas, por lo tanto la interacción de las personas con su entorno irá cambiando, al mismo tiempo que las situaciones que perciba como estresantes.

En la perspectiva de Lazarus y Folkman (1991), lo que caracteriza la dinámica del afrontamiento no se debe al azar, pues los cambios que se efectúan son consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la variante relación individuo-entorno. También puede haber cambios en el entorno, independientes del individuo y de su actividad para afrontarlo. E independientemente de cualquier cambio en la relación entre el individuo y en entorno provoca una reevaluación de qué está ocurriendo, de su importancia y de lo que se puede hacer al respecto. Por tanto, el proceso de afrontamiento y su actividad se encuentra constantemente influido por las reevaluaciones cognitivas, y que para el caso de las personas infectadas de VIH/SIDA estas reevaluaciones cognitivas se dan y son diferentes según la relación con su entorno, pues probablemente para las personas infectadas de VIH/SIDA, entre más apoyo social encuentren menos estresante encontrarán su situación de saberse infectados /as.

A su vez, el significado del afrontamiento como proceso también puede observarse en la duración del duelo y de los cambios a largo plazo que tienen lugar desde el momento de la pérdida, que en el caso de las personas infectadas de VIH/SIDA se da por la pérdida de la salud y el encarar a la muerte que experimenta el individuo al momento de la notificación.

2.3.1. ETAPAS EN EL PROCESO DE AFRONTAMIENTO.

En el planteamiento que Lazarus y Folkman (1991) hacen respecto a las etapas que tiene el proceso de afrontamiento el problema es que la amenaza al bienestar es evaluada de forma distinta en las diferentes etapas y a su vez da lugar a diversas formas de afrontamiento. Las etapas son de **anticipación, de impacto y de postimpacto** y cada una tienen sus respectivas características.

Periodo de **anticipación**, en éste, el acontecimiento todavía no ha sucedido y los principales aspectos a evaluar incluyen la posibilidad de que el acontecimiento ocurra o no, en el momento que ocurrirá y la naturaleza de lo que ocurra. El proceso cognitivo de evaluación también valora si el individuo puede manejar la amenaza, hasta qué punto lo puede hacer y de qué forma. Mientras los individuos esperan una amenaza anticipada, sus pensamientos sobre esas cuestiones afectan sus reacciones ante el estrés y su afrontamiento. En este aspecto podríamos hablar de las personas infectadas de VIH/SIDA que acuden voluntariamente a hacerse la prueba para la detección de anticuerpos para el VIH/SIDA (Elisa), ya que generalmente acuden porque tiene la duda de si están o no infectados. Por tanto el sólo hecho de pensar que salga positiva la prueba es estresante y por tanto existe una posible anticipación de lo que se va a hacer y que por otro lado también puede afectar la conducta de afrontamiento que posteriormente tuviera.

Periodo de **impacto**, en este periodo muchas de las acciones y los pensamientos que son importantes para el control pierden valor cuando el acontecimiento estresante ya ha empezado o terminado. Y ya que éste es manifestado en su totalidad el individuo entonces comienza a comprobar si es igual o peor de lo que anticipaba, y en qué aspectos. En algunas situaciones estresantes la energía mental del sujeto queda tan concentrada en la acción-reacción que tarda un tiempo el cual puede ser considerable en darse cuenta de la importancia de lo que está ocurriendo y así valorar la misma. En este periodo se pueden dar las revaloraciones de la importancia que en realidad tiene el control que se puede ejercer sobre el acontecimiento estresante. Para el caso de las personas infectadas de VIH/SIDA, se hablaría del momento en que el individuo es notificado, incluso si fue o hecha voluntariamente o no la prueba de Elisa, ya que en ese momento se da la valoración de la situación estresante y que tiene que ser afrontada. Y que aunque la noticia sea inesperada, aún así tiene que valorarse y que muchas veces es más estresante cuando no se espera.

En el periodo de **postimpacto**, muchas veces los procesos cognitivos que comenzaron en el periodo de impacto aún existen en este periodo en el que además aparecen nuevas consideraciones. Que al pensar en las personas infectadas de VIH/SIDA, se habla de cuando no se tiene la suficiente o nada de información sobre VIH/SIDA y por tanto no saber a lo que se está enfrentando la persona, al hecho de no saber a quien contárselo, al de no saber que esperar del futuro, cuándo se va a morir y toda una serie de cuestiones que sólo estresan más a la persona por no saber que es lo que debe afrontar o qué debe afrontar primero, puesto que son muchas cosas a las que se enfrenta.

A pesar de que el acontecimiento estresante haya terminado, esto es causa de todo un conjunto nuevo de procesos anticipatorios. Incluso el periodo de impacto o confrontacional tiene una serie de procesos de evaluación y de afrontamiento dirigidos no sólo al pasado y al presente sino también al futuro. Además los perjuicios y daños ocurridos contienen elementos de amenaza en el sentido anticipatorio del termino que nunca es posible separar del todo (Lazarus y Folkman, 1991).

2.3.2. FUNCIONES DEL AFRONTAMIENTO.

En la concepción que Lazarus y Folkman (1991) hacen respecto al afrontamiento es que éste incluye mucho más que el sólo hecho de la resolución del problema y que su efectivo desarrollo también sirve a otras funciones. Puesto que no se quiere provocar una confusión entre las funciones del afrontamiento y sus resultados. La función del afrontamiento está vinculada con el objetivo que persigue cada estrategia; el resultado del afrontamiento tiene que ver con el efecto que cada estrategia tiene. Por lo tanto las funciones no se definen en términos de resultados.

Las funciones del afrontamiento cuando son definidas en contextos específicos son menos generales y más específicas de la situación que las que son derivadas de perspectivas teóricas más amplias. Y que en el caso de las personas infectadas de VIH/SIDA una situación específica por ejemplo sería: la de tomar el medicamento

necesario, esa sería una función del afrontamiento. Puesto que la persona está afrontando la situación estresante con esa función (tomar los medicamentos), independientemente de los resultados, es decir, si son o no positivos, la función del afrontamiento es lo que en este sentido se está tomando en cuenta.

Dentro de las funciones del afrontamiento, Lazarus y Folkman (1991) hacen una diferenciación muy importante: la diferencia existente entre el afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema y el afrontamiento enfocado a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar. En términos generales, las funciones del afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando se ha hecho una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones amenazantes del entorno. Por otro lado, las formas de afrontamiento enfocadas al problema, son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio, es decir, si la persona infectada por VIH/SIDA percibe que puede hacer cambios en su situación que lo van a llevar a tener una calidad de vida mucho mejor de la que creía tener por no existir una cura para el VIH/SIDA, entonces aparecerán más las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema y; sin embargo, si el individuo infectado de VIH/SIDA percibe que haga lo que haga su situación estresante no va a cambiar, entonces las estrategias de afrontamiento que aparecerán más son las dirigidas a la emoción.

⌘ Modos de afrontamiento dirigidos a la emoción (Lazarus y Folkman, 1991).

En estas formas de afrontamiento existe un considerable grupo constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen **estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos**. Otro grupo más pequeño de estrategias cognitivas incluye las que están dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional (hay sujetos que necesitan sentirse muy mal para posteriormente sentirse mejor).

Algunas de las formas cognitivas de afrontamiento dirigido a la emoción cambian la forma de vivir la situación, sin modificarla objetivamente. Estas son las estrategias equivalentes a la *reevaluación*. También se han referido estos afrontamientos cognitivos como reevaluaciones defensivas donde lo que implica es la distorsión de la relación con la realidad.

Existen otras estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción que no modifican directamente el significado del acontecimiento como hacen las reevaluaciones cognitivas. Por ejemplo, las estrategias conductuales, como hacer ejercicio físico para olvidarse de la infección por VIH/SIDA, o considerar que por hacer ejercicio se está sano, por lo tanto pensar que no está infectado. Esta observación se hace para no considerar a las reevaluaciones como sinónimo de las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción.

A pesar de que los procesos dirigidos a la emoción pueden modificar el significado de una situación estresante sin distorsionar la realidad, se debe tener en cuenta la cuestión de la autodecepción, el cual es un fenómeno posible en este tipo de afrontamiento. Las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción son utilizadas para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor, para actuar como si lo ocurrido no importara, etc. Por tanto estos procesos conducen por si mismos a una interpretación de autodecepción o distorsión de la realidad. En el caso por ejemplo de que las personas infectadas se pongan a hacer ejercicio, desvelarse, drogarse, etc. para olvidarse del problema o para creer que no existe, a la larga es peor porque sólo se está olvidando por un rato, pero al volver a la realidad se dan cuenta de que en efecto existe la infección en su cuerpo, en el peor de los casos hay veces que las personas infectadas son regresadas a la realidad porque se enferman o porque llegan al hospital gravemente enfermas y muchas veces sin poder hacer nada al respecto, pues siempre estuvieron con la idea de que no les podía pasar nada.

⌘ Modos de afrontamiento dirigidos a al problema (Lazarus y Folkman, 1991).

El afrontamiento dirigido al problema implica un conjunto de estrategias donde interviene un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno y las estrategias que hacen referencia al interior del sujeto. Por lo tanto se refiere a los actos para cambiar la relación persona-medio ambiente.

En el número de modos de afrontamiento dirigido al problema cuanto más específica de la situación es la investigación que se realiza, mayor es la multiplicación de estrategias centradas al problema. Así, no son las mismas estrategias para resolver los problemas que utilizan los individuos en un trabajo que en una enfermedad como el VIH/SIDA. Y que en este caso al saber cual es la situación en la que la persona se encuentra tanto física como mentalmente, ésta podrá llevar a cabo las estrategias necesarias para dicha situación y que por supuesto pueden ayudar a resolverla, como la persona lo pensó.

De cierta manera, la definición de este modo de afrontamiento es dependiente de los tipos de problemas que se van afrontar, es decir, que las comparaciones transituacionales en este tipo de estrategias son más difíciles de realizar que las comparaciones transituacionales de las estrategias dirigidas a la emoción.

⌘ Relación entre las funciones del afrontamiento dirigidas al problema y las dirigidas a la emoción (Lazarus y Folkman, 1991).

Lazarus y Folkman (1991) enuncian que tanto el afrontamiento dirigido al problema como el dirigido a la emoción pueden interponerse entre en el proceso de afrontamiento, facilitando o impidiendo cada uno la aparición del otro. Puesto que al pensar en la situación de las personas infectadas de VIH/SIDA llevando a cabo una estrategia enfocada a la emoción para olvidar su situación estresante (como beber, drogarse, hacer ejercicio, excederse en las prácticas de riesgo. etc.), puede no existir

una valoración objetiva de la situación y por tanto no poder llevar a cabo una estrategia dirigida al problema (puesto que se piensa la no existencia del problema).

Este enfoque es la combinación de actos o intentos de hacer algo activo en combinación con los recursos sociales, que conducen a la búsqueda activa de un apoyo social (búsqueda de apoyo social) para cambiar a mediano o largo plazo la relación persona-medio ambiente (Guerra, Villagrán-Vázquez y Díaz-Loving, 1998). Lazarus y Folkman (1991) dan un ejemplo donde intervienen ambas formas de afrontamiento.

Una persona a la que se ha diagnosticado recientemente una enfermedad insiste en obtener más información la cual contribuiría a aumentar la ansiedad y la incertidumbre. Esta persona se encuentra atrapada en un ciclo de afrontamiento dirigido al problema (búsqueda de la información y la evaluación) que exacerba su trastorno emocional e interfiere con los mecanismos como el de la evitación que, en otras circunstancias podría utilizarse para reducir los trastornos.

Las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción en el ejemplo anterior, incluyen las designadas para hacer más soportable la vida evitando las realidades que podrían resultar desbordantes si se afrontaran directamente.

En un estudio llevado a cabo por Folkman y Lazarus (1980, citado en: Lazarus y Folkman, 1991) durante un año con 100 adultos de mediana edad, que viven en una comunidad, fueron recogidos datos referentes a sus conductas para afrontar los acontecimientos estresantes de su vida habitual. Cada sujeto refirió aproximadamente 14 episodios estresantes que iban desde acontecimientos pequeños como reparaciones en casa, el envejecimiento hasta llegar a la muerte.

Los sujetos refirieron las conductas y pensamientos que generalmente utilizaban por las demandas de tales acontecimientos para enfrentarlos en una lista de 68 ítems sobre modos de afrontamiento. Los ítems se establecieron a partir de las Conductas de afrontamiento defensivo, búsqueda de información, resolución de problemas, inhibición

de la acción, actuación directa sobre el problema o pensamiento irreal. A su vez cada ítem se clasificó como enfocado a la emoción y enfocado al problema. Los resultados mostraron que todos los sujetos utilizaron ambos tipos de estrategias en prácticamente todas las situaciones estresantes. Este hallazgo demuestra que las personas utilizan ambos tipos de estrategias para afrontar las demandas internas y/o externas originadas por las situaciones estresantes de la vida real. Así entonces, se puede pensar que en el caso de las personas infectadas de VIH/SIDA, esto también es importante ya que sería afrontada la situación estresante con la utilización al mismo tiempo de los dos tipos de estrategias, por ejemplo, la persona puede buscar el apoyo social que necesita (en su familia, en la casa de la sal, etc.) al mismo tiempo que buscar información respecto a la enfermedad (VIH/SIDA).

Lo que de verdad resulta importante de todo esto es la demostrada utilidad de identificar funciones que encierren estrategias centradas en el problema y en la regulación de la respuesta emocional. Aunque también es importante tener en cuenta los dos principales tipos de estrategia, para así estar seguros de que ambas son evaluadas (Lazarus y Folkman, 1991).

2.3.3. RECURSOS PARA EL AFRONTAMIENTO.

Lazarus y Folkman afirman que la forma en que los individuos afronten la situación estresante dependerá principalmente de los recursos de que disponga y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos en el contexto de una interacción determinada, es decir, los recursos que el individuo muestra para afrontarlo derivado de los propios recursos. **Estos recursos son extraíbles de uno mismo**, tanto si son realmente útiles (por ejemplo: dinero, juguetes, personas a las que puede uno acudir, conocimientos importantes, etc.), además preceden e influyen en el afrontamiento y que a su vez interviene en el estrés.

Dichos recursos son de naturaleza multidimensional y se pueden considerar en distintos niveles de abstracción. Los que se consideran principalmente como **propiedades del individuo** son la salud y la energía (**recursos físicos**), las creencias positivas (**recursos psicológicos**) y las técnicas sociales (**aptitudes**) y de resolución de problemas. El resto de los **recursos** son más **ambientales** e incluyen recursos sociales y materiales.

Para el caso de las personas infectadas de VIH/SIDA, se puede hablar de todo tipo de recursos, pero esos dependen de cada individuo, es decir, de los que cada quien disponga. Por ejemplo- hay personas que no tienen dinero y tampoco seguro social (recursos materiales) y que aunque quieran llevar el tratamiento médico necesario no lo pueden hacer. Otras probablemente ya no cuentan con una buena salud física (recursos físicos) y que por lo tanto aunque quieran llevar a cabo algunas estrategias para afrontar mejor su situación, simplemente no puedan. Habrá otras personas que aunque cuenten con otros o esos mismos recursos, simplemente no quieran hacer nada al respecto y por lo tanto no los usan, por ejemplo, la casa de la sal (recurso social) no tienen ningún costo sus servicios y aún así habrá personas que no quieran recibir ayuda ahí o de cualquier otra institución de ayuda para personas que viven con VIH/SIDA.

2.4 INVESTIGACIONES RESPECTO AL VIH/SIDA.

Las investigaciones que se han hecho desde el plano psicosocial respecto al VIH/SIDA han sido por un lado las que se refieren a la prevención de la misma, la percepción de riesgo, representaciones sociales del SIDA en personal sanitario y en la familia de los pacientes, sobre actitudes hacia la enfermedad, creencias respecto al SIDA, etc., sin embargo las que tienen que ver directamente con las personas infectadas de VIH/SIDA son muy pocas y en México todavía más. Por lo que a continuación mencionaré algunas de ellas.

λ Correlates of Attitudes Toward AIDS (Correlaciones de las actitudes hacia el SIDA) (McDevitt, Sheehan, Lennon y Ambrosio, 1994).

El propósito de esta investigación fue examinar las propiedades de una nueva escala de evaluación en los adultos acerca del SIDA donde se examina la presencia de diferencias sexuales asociadas a las actitudes hacia la homosexualidad. Los resultados fueron consistentes con las creencias de la producción de asociaciones significantes entre el miedo al SIDA y la homofobia. También resultó que los hombres son más homofóbicos que las mujeres; también se encontró una diferencia significativa respecto a la sexualidad donde los hombres resultaron tener más miedo al SIDA que las mujeres. A esto se le agrega la sugestión existente hacia las actitudes que llevan a cabo los homosexuales siendo un grupo estigmatizado. Al mismo tiempo que el de las personas con. Tomando en cuenta esta investigación y al saber que los hombres le tienen más miedo al SIDA que las mujeres, se podría pensar que las estrategias utilizadas por ellos al enterarse de su diagnóstico sean más del tipo enfocado a las emociones pero de la forma de evitación, minimización y distanciamiento, ya que por el miedo que implica el estar infectado se quiera olvidar de la situación.

λ Personality disorder in patients infected with HIV: controlled study with implications for clinical care (trastornos de personalidad en pacientes con VIH: en un estudio controlado con implicaciones para el cuidado clínico) (Perkins, Davidson, Leserman, Liao y Dwight, 1996).

Este es un estudio controlado acerca de los trastornos de personalidad en hombres homosexuales VIH positivos y VIH negativos y el impacto que tienen los trastornos de personalidad sobre el afrontamiento, el apoyo social y el humor, en hombres homosexuales VIH positivos asintomáticos. Se hizo una evaluación de los trastornos de personalidad con una entrevista clínica y el DSMIII. Se presentaron significativamente más trastornos entre los positivos que entre los negativos. Y dentro de los trastornos se observaron disturbios del humor, negación y abandono ante el SIDA además de mayor conflicto social. Estos resultados nos dan cuenta de las estrategias llevadas a cabo por los hombres homosexuales infectados de VIH/SIDA, las

cuales son de abandono y negación que en la formulación de Lazarus y Folkman se puede hablar de estrategias enfocadas a la emoción y del tipo de evitación y distanciamiento. Con lo cual también se sabe que existe el conflicto socialmente hablando, pues el impacto posterior a la notificación hace que las personas reduzcan sus redes de apoyo siendo que éstas deberían de aumentar por el bienestar del paciente, pues pudiendo acudir por ejemplo a la casa de la sal para recibir el apoyo necesario o el de cualquier otra institución dedicada a lo mismo. Existe el distanciamiento y el abandono de la persona por lo que las redes sociales (familia, amigos, etc.) disminuyen.

⌘ Subclinical depressive symptoms in HIV infection are related to avoidance coping responses: a comparison with end-stage renal failure and breast cancer (Síntomas de depresión subclínicos están relacionados con las respuestas de afrontamiento de evitación en la infección por VIH: una comparación entre la etapa final del deterioro renal y el cáncer de mama) (Fukunishi, Negishi, Hayashi, Hosaka, Moriya y Matsumoto, 1996).

En este estudio se examinó la relación entre las respuestas de afrontamiento de evitación y síntomas de depresión subclínicos entre 26 pacientes con infección de VIH, 98 sujetos en la etapa final de fracaso renal y 60 sujetos con cáncer de mama. Los resultados muestran que los puntajes de evitación fueron diferentes significativamente a través de los grupos, siendo alto en aquellos con infección de VIH. Los puntajes de evitación correlacionaron positiva y significativamente con los puntajes de depresión. Los sujetos con VIH no alcanzaron los criterios de diagnóstico de depresión mayor. Los resultados sugieren que aunque los sujetos con VIH tienen síntomas psiquiátricos menores, no son suficientemente fuertes para buscar un trastorno psiquiátrico. Los resultados obtenidos en esta investigación son muy útiles puesto que las respuestas de evitación en las personas con VIH son mayores que en los otros dos grupos, además de que existe correlación con la depresión, lo que quiere decir que el impacto provocado por la infección de VIH produce mayor depresión en las personas aunque sin por esto llegar a un trastorno psiquiátrico. Así mismo se comprueba que es más

impactante y con efectos más desagradables, el hecho de estar infectado de VIH/SIDA que el fracaso renal y el mismo cáncer de mama.

⌘ Role playing y estrategias de afrontamiento ante el VIH/SIDA (Guerra, Villagrán-Vázquez y Díaz-Loving, 1998).

Este estudio experimental se hizo con el objetivo de conocer cuáles son las posibles estrategias de afrontamiento utilizadas por un grupo de 400 hombres de entre 18 a 45 años, en dos situaciones: como actores teniendo como estímulo estresante el estar infectado VIH/SIDA y como observadores en este caso no toman el papel del personaje infectado de VIH/SIDA, induciéndoles a tomar dichos papeles por medio de la técnica llamada roleplaying. Los resultados señalan que los observadores toman con mayor tranquilidad que los actores el evento estresante reevaluándolo de manera más positiva. Por su lado, los actores se inclinan más a reprenderse, criticarse, evitar estar con la gente, etc. Estos resultados muestran similitudes y diferencias con la escala de Lazarus y Folkman (1985, citado en: Guerra, Villagrán-Vázquez y Díaz-Loving, 1998). Las similitudes completas se refieren a: las estrategias enfocadas al problema y en la estrategia mixta o búsqueda de apoyo social (Guerra, Villagrán-Vázquez y Díaz-Loving, 1998) las diferencias radican en las estrategias enfocadas a la emoción la cual se compone de 6 subdimensiones y sólo se encontraron dos: sobre la reducción de la tensión y sobre el distanciamiento. Por otro lado también se encontraron dos diferencias intradimensión e interdimensión; la primera interdimensional es la activo positiva y la segunda se refiere a la autoculpa, autoaislamiento y retraimiento negativo. Esta investigación es de suma importancia ya que es de aquí de donde se retomará la escala hecha por Lazarus y Folkman (1991) aplicada a la población en México, para así, comprobar si existen diferencias entre la situación real y la situación únicamente inducida por el roleplaying, respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas ante la situación estresante de estar infectado de VIH/SIDA.

⌘ Afrontamiento, estrés y ansiedad asociados al síndrome de burnout en enfermeras

Este estudio se realizó con el objetivo de buscar asociaciones significativas entre las estrategias de afrontamiento a las situaciones estresantes laboralmente de las enfermeras, el estrés y la ansiedad relacionados al síndrome de *burnout* y sus dimensiones. Se entrevistaron 122 enfermeras de base de un hospital elegidas al azar de seis turnos. Se aplicaron escalas de afrontamiento, de síndrome de estrés, el IDARE y el cuestionario breve de *Bumout*. Se obtuvieron asociaciones significativas entre afrontamiento evitativo, síntomas de estrés, ansiedad~estado y ansiedad-rasgo y *burnout*, lo que conlleva conductas de enfermedad (como fumar, tomar alcohol, etc.) y negativas (poco interés por el trabajo, la ausencia laboral, etc.). Asimismo, entre el afrontamiento evitativo, ansiedad-estado y ansiedad-rasgo con relación a las dimensiones del *burnout* de cansancio emocional, despersonalización y realización personal reducida, así como entre síntomas de estrés y cansancio emocional. Además de que el estilo de afrontamiento evitativo lleva a una situación mayor de *burnout* y que ante una mal adaptación o enfrentamiento hechas a las demandas del medio seguirá presente la ansiedad y a su vez la asociación con el síndrome *burnout*. En estos resultados se observa cómo están presentes las estrategias de afrontamiento evitativo llevadas a cabo en las situaciones estresantes para así explicar que no son del todo benéficas ya que al presentarse la evitación no siempre desaparece la situación estresante, inclusive hay veces que se vuelve crónica.

Estos estudios dan cuenta de cómo se ha estudiado el proceso de afrontamiento tanto en pacientes con VIH/SIDA como en otro tipo de poblaciones. Realmente los estudios que más tienen que ver con el afrontamiento en personas infectadas con VIH/SIDA son de Estados Unidos lo que quiere decir que en México casi no se ha trabajado en esta perspectiva. es decir, casi no se ha trabajado con la población infectada.

Creemos que esto sucede por lo difícil que es tener acceso a la población y sobretodo por la vulnerabilidad de ésta. De hecho lo poco que se ha trabajado sobre

este tema todavía no es publicado (Villagran en preparación). Por otro lado acto se han trabajado otras cuestiones que son de suma importancia para esta enfermedad como por ejemplo la percepción o lo ya enunciado antes.

Por tanto creemos que esta investigación es realmente importante, ya que uno de los beneficiados con ella será el propio individuo infectado por VIH/SIDA, así como, sus familiares y al personal que atiende a esta población pues dará cuenta de cuáles son los proceso de afrontamiento que llevan a cabo las personas infectadas.

2.5 POR QUE EL AFRONTAMIENTO EN PERSONAS CON VIH/SIDA.

Se escogió el planteamiento hecho por Lazarus y Folkman (1991) sobre los estilos de afrontamiento porque la orientación como proceso psicosocial que tiene (basado en que es constantemente cambiante para manejar las demandas específicas y a su vez los conflictos internos y/o externos). La perspectiva que Billings y Moos (1982) hacen es explicada como rasgo o estilo (donde se maneja a los individuos como reprimidos o vigilantes, dependientes o independientes de campo, negadores, etc., por tanto automatizados. Aunado a esto, la medición directa del rasgo no predijo la forma en que el individuo afrontaría realmente la amenaza en el momento de su aparición, la mayoría de estas mediciones evalúan al afrontamiento con una dimensión única sin tomar en cuenta la complejidad y la variabilidad de los procesos en que se basa Lazarus y Folkman (1991).

En este sentido la medición del afrontamiento según los autores antes mencionados debe en primer lugar hacer referencia a pensamientos, sentimientos y actos específicos y no a los informes de un individuo en cuanto a lo que podría o querría hacer; en segundo lugar ser examinada en un contexto específico y tercer lugar ser estudiada en diferentes periodos de tiempo, de modo que puedan ser observados los cambios en los pensamientos, sentimientos y actos como consecuencia de tales cambios y demandas.

En el caso de afrontar una enfermedad como el SIDA el paciente se tiene que enfrentar con muchas fuentes de estrés, entre las que se puede mencionar el dolor y la incapacidad para poder llevar a cabo muchas cosas, el entorno hospitalario, el trato que proviene del personal sanitario y de los tratamientos a los que está sometido. Al mismo tiempo, el paciente debe mantener un estado emocional positivo o equilibrado (para que clínica, emocional y psicológicamente no decaiga o empeore), una autoimagen satisfactoria y una buena relación con familiares y amigos. Todo esto conlleva el empleo de una serie de estrategias de afrontamiento durante esa situación estresante.

Por otro lado, los primeros autores también conceptualizan el afrontamiento como delimitado a las condiciones de estrés psicológico (evaluadas así por el individuo) que requieren movilización y excluyen a las conductas y pensamientos automatizados los cuales no requieran esfuerzo y que en el caso de Billings y Moos (1982) las enuncian como las conductas que cuando han sido aprendidas ya no causan esfuerzo puesto que el individuo sabe como actuar y es así como lo hace. Por tanto se diría que el individuo siempre actuará igual en las distintas situaciones estresantes y esa concepción no la consideramos adecuada para este estudio puesto que la situación estresante que es provocada por el hecho de estar infectado de VIH/SIDA es valorada de diferente manera por cada individuo que la padecen y no contestarán de igual manera ante las diferentes fases de la infección además de necesitar que el individuo haga esfuerzos para afrontar su situación.

También es importante señalar que en la conceptualización de Lazarus y Folkman (1991) hacen una diferenciación importante entre el afrontamiento y su resultado. En este sentido, para el afrontamiento son importantes los esfuerzos realizados por el individuo sin implicar si son buenos o malos, siempre y cuando el individuo haga o piense algo, en el caso de los resultados se observan como independientes de los esfuerzos hechos por el individuo.

Otro aspecto relevante en esta concepción hecha por Lazarus y Folkman (1991) es el de darle significado al afrontamiento mediante la duración del duelo y de los cambios que se dan en este caso desde el momento de la pérdida de la salud. Así mismo, este aspecto se da al momento de notificarles a las personas que están infectadas por VIH/SIDA, donde se puede presentar un fuerte shock de incredulidad o bien intentos de negación hacia la enfermedad o hacía la misma muerte ya que el VIH/SIDA es una enfermedad mortal. Puede también darse una actividad de furia, llanto o valientes esfuerzos por sobrellevar la situación social, familiar o laboralmente. En las siguientes etapas puede aparecer desinterés o depresión, seguida por la aceptación de la pérdida, la reanudación de las actividades habituales e incluso en ocasiones adhesión a otras personas. Todo este proceso completo puede tener una duración de años y caracterizarse por múltiples formas de afrontamiento y por la aparición de problemas emocionales, o de lo contrario puede durar algunos meses y el proceso por el que pasan las personas es totalmente diferentes entre una etapa y otra.

Siguiendo esta idea de las etapas del afrontamiento y refiriéndonos concretamente a la de anticipación, considero que ésta es aplicable en la situación estresante por la que pasan las personas cuando asisten o acuden a las instalaciones hospitalarias para hacerse la prueba de Elisa⁹ y posteriormente en la espera de los resultados sean cuales, quiera que estos sean.

La situación de saberse infectado por VIH/SIDA, es de por sí un evento pero aunado a esto también se presentan acontecimientos valorados por el individuo como estresantes como por ejemplo los efectos colaterales de los medicamentos cuando comienzan estar bajo tratamiento médico, los problemas desencadenados por la incertidumbre en la reacción de la familia, la pareja, amigos o cualquier persona a la que se le quiera notificar, la amenaza que esto significa para el campo laboral, la incertidumbre en las cuestiones futuras al no saber qué es lo que debe o puede esperar, el no poder manifestarlo abiertamente por el estigma que conlleva el ser portador del VIH/SIDA, etc.

⁹ Prueba de detección de anticuerpos para el VIH.

A medida que pasa el tiempo las situaciones y el contexto en el que se encuentran las personas van cambiando y por lo tanto va modificando tanto su valoración hacia dichos acontecimientos como sus esfuerzos para manejar las demandas, internas o externas.

Creemos que para entender mejor y la vez, poder dar cuenta de los procesos de afrontamiento que las personas infectadas de VIH/SIDA llevan a cabo después de ser notificadas y por tanto valorar las situaciones como estresantes, es necesario tener en cuenta a las redes de apoyo con las que cuentan y a las que acuden o no las personas infectadas. Al mismo tiempo, la atribución que se hace en cuanto la adquisición de la infección por el VIH/SIDA para de ese modo asumir o no la responsabilidad que debería tener para llevar una mejor calidad de vida. Por tanto en el siguiente capítulo se revisara la bibliografía necesaria sobre la atribución como la perspectiva que ésta tenga dentro de la investigación.

2.6. CALIDAD DE VIDA.

Como ya se ha hecho mención antes es de suma importancia saber y a su vez poder dar cuenta de cómo es la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA, pues de esta manera sabremos de que forma y si es posible mejorarla, en caso de que fuese mala o mantenerla, en caso de que fuese buena.

Font (1988) (citado en: Llantá, Grau, Chacón, Grau y Santos, 2000) define a la calidad de vida en pacientes terminales como “la valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud”.

Respecto al concepto de la calidad de vida podemos decir que ha sido utilizado por diversos autores (Campbell y Converse, 1976; Díaz Guerrero, 1989, citado en González y Valdez, 1994), al referirse a una medida del bienestar físico, moral y social, de felicidad, satisfacción y recompensa tal y como lo percibe cada individuo.

También se ha señalado que la calidad de vida no es en realidad el reflejo de las condiciones de los escenarios físicos, interpersonales y sociales, sino, el como dichos escenarios son evaluados y juzgados por el propio individuo.

2.7 ATRIBUCION.

La teoría de la atribución estudia cómo la gente interpreta los acontecimientos que generan su conducta y la de otros, mas sencillamente, busca una causa suficiente para así comprender el comportamiento (Klevel, 1996).

El modelo utilizado en esta investigación es el modelo atribucionista de Logro propuesto por Weiner (1985, citado en: Klevel 1996), en el cual se postula que un individuo puede utilizar algunas causas principales a las cuales puede atribuir los resultados de un éxito o fracaso obtenido en la realización de una conducta o actividad.

Y, en este sentido con respecto al VIH/SIDA, se relaciona de la siguiente forma: cuando una persona que adquirió la infección por VIH y es notificada, en ese momento o posteriormente hará una serie de atribuciones respecto a cómo fue que la adquirió, esto puede ir desde pensar o atribuir que fue su culpa por no haberse protegido al tener una práctica de riesgo, hasta el hecho de pensar o atribuir que la culpa fue de otras personas o factores que de alguna manera estuvieron fuera de su control. Sin embargo las causa que un sujeto puede atribuir a un evento son muchas y dada esta situación es que Weiner y Kukla (1970, citado en: Klevel, 1996) identificaron 3 dimensiones de propiedades a las causas: locus, estabilidad y controlabilidad.

- ⌘ Locus: por locus se entiende la casualidad a la localización de lña causa, la cual puede ser algo que está dentro de la persona (interno), como por ejemplo: el esfuerzo; o fuera de el (externo), como la suerte o el destino y la dificultad de la situación.

- ⌘ Estabilidad: aquí hace referencia a la naturaleza temporal de una causa. Algunas de estas tales como la habilidad o dificultad de la situación, permanecerán invariables en el tiempo (estables). Otras tales como el esfuerzo o la suerte, pueden cambiar de un momento a otro (inestables).

- ⌘ Controlabilidad: ésta se relaciona con el hecho de que una persona pueda o no influir, modificar o controlar la causa del evento, por ejemplo el destino es percibido como incontrolable mientras que el desempeño es controlable.

Dichas atribuciones tienen que ser hechas para esta investigación únicamente por las personas infectadas ya que ellas dirán a consideran o creen que se debió su infección. Cuestión que si es realizada por otra persona puede ser distorsionada o no ser la misma.

III. METODOLOGÍA

La gente que contrae el VIH/SIDA (teniendo o no un conocimiento de lo que es la infección y/o la enfermedad y cómo prevenirla), y es diagnosticada sufre un impacto emocional intenso. Dentro de este impacto emocional pueden entrar sentimientos de angustia, de negación, de rechazo, depresiones, y posiblemente hasta llegar al deseo de muerte, etc. Pasar por estas etapas y superarlas o en su defecto quedarse en alguna de ellas, es muchas veces producto del afrontamiento que se lleva a cabo al ser notificados /as.

Se sabe que las personas infectadas de VIH/SIDA, al enterarse lo primero que piensan es en el desahucio, la desesperanza, la estigmatización, rechazo y el prejuicio de la sociedad (sobre todo de las personas más allegadas a cada uno de ellos) que tienen de las personas infectadas de VIH/SIDA. Así que mediante este estudio se puede dar cuenta de sí las personas infectadas resienten todo esto y sí influye en la forma de llevar su vida posterior y así poder ayudarlas a afrontarlo de la mejor manera.

Lazarus y Folkman, (1991) definen el proceso de afrontamiento como "los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo". Estos autores enuncian la intervención de tres aspectos relevantes en el proceso de afrontamiento: el primero se refiere a lo que el individuo observa y valora con relación a lo que realmente piensa o hace; el segundo se refiere a las acciones y pensamientos que el individuo lleva a cabo en el afrontamiento, y que están dirigidas a un contexto específico y el tercero se refiere a los cambios efectuados por el individuo a medida que la interacción se desarrolla.

Por lo anteriormente enunciado se puede entender las estrategias de afrontamiento de afrontamiento, como las respuestas que el individuo necesita y construye para la resolución de sus problemas, a su vez se forman y/o cambian según el entorno y el contexto en el que se encuentra.

En los estilos de afrontamiento de las personas infectadas de VIH/SIDA intervienen **las redes de apoyo o apoyo social** (como pueden ser: la familia, la pareja, alguna institución que brinde ayuda psicológica, médica, espiritual, moral o económica, terapia individual o familiar, al mismo tiempo que pueden ser grupos de auto apoyo o terapia grupal); el **sexo** (hombre, mujer); **la atribución hecha por el paciente sobre la forma en que contrajo la infección** (es decir sí considera que fue culpa de él/ella, que fue culpa de otros u otras cosas -atribución interna y atribución externa-); **la preferencia sexual** (heterosexual, homosexual o bisexual); **la información que se tiene respecto a la infección; la historia de vida de cada una de las personas infectadas; la edad; la etapa en la que se encuentran las personas infectadas.** Todos estos aspectos conjugados intervienen en el grado de aceptación o no de la infección para así poder o no superarla. Y de ésta manera adoptar diferentes estilos de afrontamiento ante la situación estresante por la que están pasando.

La notificación que es cuando al paciente o a la persona infectada se le da a conocer su diagnostico en este caso de ser portador del VIH, virus causante del SIDA.

La mayoría de la gente que no está bien informada sobre la infección, y aún muchas veces estando informada rechaza a las personas infectadas de VIH/SIDA, esto evidentemente es importante y sobretodo interviene en la forma de afrontar la vida del paciente.

Cuando la persona infectada de VIH/SIDA entra a una fase emocional depresiva y no cuenta con el apoyo necesario para afrontar de manera más beneficiosa dicha situación estresante posterior a la notificación, no logra superarla fácilmente, de hecho hay ocasiones en donde no lo logra totalmente y llega al suicidio.

Este estudio es importante , ya que, al saber cómo es y de qué manera afrontan las personas infectadas su vida posterior a la notificación, se podrá dar cuenta de lo que en realidad hace que el enfermo pueda o no superar la enfermedad y/o infección después de ser notificadas/os, así como llevar una buena calidad de vida. De esta

manera uno de los beneficiados con esta investigación será la persona infectada ya notificada ya que dicho estudio se hará sobre lo que él diga y así poder informar de manera formal qué es en realidad lo que le ayuda y lo que no le ayuda para afrontar su realidad.

Por otro lado la indefensión de la sociedad frente a esta enfermedad ha generado una respuesta de incompreensión y miedo lo cual ha contribuido a crear el mito del castigo como origen de este padecimiento (Falgueras, 1995).

Es muy importante que el VIH/SIDA deje de ser considerado como un castigo o como una enfermedad vergonzante, degradante para el individuo, y que comience a valorarse como lo que realmente es: una enfermedad muy grave, pero despojada de otras connotaciones, de los miedos atávicos que lo envuelven, contra la que hay que luchar por todos los medios, personalmente y socialmente, y con la que el enfermo y su familia deben acostumbrarse a convivir, como se hace con otros padecimientos crónicos.

Un dato importante y no publicado es que todas las personas al ser notificadas del contagio del VIH/SIDA no se pronostican más de un año de vida, siendo el promedio de vida después de ser infectados de diez años (personal de CONASIDA, 1999). Al darle el apoyo, la ayuda y la información necesaria ayudara a un mejor afrontamiento y del mismo modo cambiar la idea de que les queda poco tiempo de vida en el momento de ser notificadas.

En la actualidad, más del 50% de las nuevas infecciones por el VIH, se producen en jóvenes. Los y las jóvenes son especialmente vulnerables a la infección por VIH y están resultando gravemente afectados por la pandemia (epidemia que afecta a nivel mundial). Cada día se infectan 7,000 jóvenes de 10 a 24 años de edad, es decir, que cada minuto 5 personas de este grupo de edad adquieren la infección (CONASIDA citado en: Letra S, 1999). Por lo tanto es importante saber cómo se enfrentan ante su

situación, y cuales son las alternativas que tienen para continuar de la mejor manera para cada uno, con ayuda profesional, social e información según sus necesidades.

Las personas infectadas de VIH/SIDA son rechazadas, estigmatizadas y juzgadas, lo cual no permite que puedan tener una mejor calidad de vida. Necesitan apoyo y ayuda más que el rechazo y la estigmatización que se les da, es por estas razones que el planteamiento de nuestra investigación es.

3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

- ⌘ ¿Cuáles son los estilos de afrontamiento después de ser notificados hombres y mujeres de 22 a 48 años de edad infectados de VIH/SIDA y cómo influyen en su calidad de vida?

3.2. HIPÓTESIS.

- ⌘ H1: La calidad de vida y los estilos de afrontamiento de las personas infectadas de VIH/SIDA, se encuentran determinados por la notificación que se les da a dichas personas.
- ⌘ H2: La calidad de vida y los estilos de afrontamiento de las personas infectadas de VIH/SIDA, están influidos por las variables: la atribución hecha a la forma en que contrajo la infección, por la adherencia al tratamiento, por la preferencia sexual y por el seroestatus.
- ⌘ H3: Entre más externa e incontrolable sea la atribución hecha a la forma de contagio tendrán un mayor estilo de afrontamiento enfocado al problema tendrán.
- ⌘ H4: Entre mejor se le haya notificado, mejor adherencia al tratamiento tendrá por lo tanto mejor calidad de vida llevara.
- ⌘ H5: A mayor afrontamiento mixto mayor calidad de vida.

3.3. OBJETIVO GENERAL.

- ⌘ Conocer y determinar los factores que influyen en los estilos de afrontamiento y la calidad de vida en las personas infectadas de VIH/SIDA, así como saber de que

manera influye la notificación en estas, con la finalidad de poder intervenir y mejorar la forma en que se les notifica.

3.4. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

3.4.1. Conocer cuáles son los estilos de afrontamiento de las personas infectadas de VIH/SIDA después de ser notificados.

3.4.2. Conocer y describir cómo afecta la notificación en la calidad de vida y en los estilos de afrontamiento de las personas infectadas de VIH/SIDA.

3.4.3. Crear un instrumento que mida la forma en que se le notifica a las personas infectadas de VIH/SIDA.

3.4.4. Crear un instrumento que mida la calidad de vida de las personas infectadas de VIH/SIDA.

3.4.5. Crear un instrumento que mida la adherencia al tratamiento que llevan a cabo las personas infectadas de VIH/SIDA.

3.5 VARIABLES.

DEPENDIENTES:

- ⌘ Los estilos de afrontamiento que las personas infectadas de VIH/SIDA llevan acabo después de ser notificadas.
- ⌘ La calidad de vida que tienen las personas infectadas.

INDEPENDIENTES:

- ⌘ La atribución hecha a su forma de contagio.
- ⌘ La preferencia sexual.
- ⌘ La adherencia al tratamiento.
- ⌘ El seroestatus.
- ⌘ Notificación.

3.5.1. Definición conceptual.

Afrontamiento: Será definido siguiendo a Lazarus y Folkman (1991), quienes lo definen como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Calidad de vida: Será definido según Font (1988) (citado en: Llantá, Grau, Chacón, Grau y Santos, 2000) quien define a la calidad de vida en pacientes terminales como “la valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud”.

Atribución: El modelo utilizado en esta investigación es el modelo atribucionista de Logro propuesto por Weiner (1985, citado en: Klevel 1996), en el cual se postula que un individuo puede utilizar algunas causas principales a las cuales puede atribuir los resultados de un éxito o fracaso obtenido en la realización de una conducta o actividad, dichas causas tienen 3 dimensiones: locus, estabilidad y controlabilidad.

Seroestatus: Es el estado clínico en el que se encuentran las personas infectadas de VIH/SIDA, el cual puede ser VIH o SIDA, para lo que se consideran sus pruebas de laboratorio (carga viral y conteo de CD4), las infecciones oportunistas y el diagnóstico médico.

Adherencia al tratamiento: Es cuando las personas llevan a cabo al pie de la letra las indicaciones del médico en cuanto a: tomar medicamentos para contra restar los efectos de la infección; a tomar medidas para el cuidado diario.

Preferencia sexual: Es una determinada inclinación de las personas por algún sexo, es decir, por hombres o por mujeres para llevar a cabo su vida personal, sentimental y/o íntima, esta preferencia puede ser homosexual, heterosexual o bisexual.

Notificación: Es cuando al paciente o a la persona infectada de VIH/SIDA, se le da a conocer su diagnóstico.

3.5.2. Definición operacional.

Afrontamiento: Se midió a través de la escala de estilos de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1991), validada y confiabilizada en población mexicana por Villagrán-Vázquez (1997), la cual consta de 60 reactivos con 5 opciones de respuesta: 1=No, 2=Un poco, 3=Bastante, 4=Muchísimo y 5=No sé.

Calidad de vida: Para medir esta variable se construyó una escala, la cual consta de 6 reactivos con 5 opciones de respuesta que van desde muy feliz o muy satisfecho hasta muy infeliz o muy insatisfecho.

Atribución: Se midió con la aplicación de la escala de Russell (1982 citado en: Klevel, 1996), validada y confiabilizada en población mexicana por Klevel (1996), la cual consta de 12 escalas de diferencial semántico.

Seroestatus: Para medir esta variable se construyó un cuestionario de 5 preguntas abiertas.

Adherencia al tratamiento: Esta variable se evaluó con la construcción de una escala, la cual consta de 17 reactivos con 5 opciones de respuesta: 1=Siempre, 2=Casi siempre, 3=A veces, 4=Casi nunca, 5=Nunca y 6=No indicado.

Preferencia sexual: se midió con una pregunta y 5 opciones de respuesta: 1=Sólo con mujeres, 2=Sólo con hombres, 3=La mayoría de veces con mujeres y ocasionalmente con hombres, 4=La mayoría de veces con hombres y ocasionalmente con mujeres y 5= tanto con hombres como con mujeres.

Notificación: Para medir esta variable se construyó un cuestionario de 11 preguntas abiertas.

3.6. POBLACIÓN.

La población está formada por 103 personas infectadas de VIH/SIDA localizadas y atendidas por el Hospital General de Zona 2-A "Troncoso".

3.7. MUESTRA.

La muestra consta de 30 personas infectadas de VIH/SIDA hombres y mujeres localizados y atendidos en el Hospital General de Zona 2-A Troncoso.

3.8. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.

El instrumento consta de 4 escalas que en forma independiente miden: afrontamiento, atribución, calidad de vida y adherencia al tratamiento; dos cuestionarios con preguntas abiertas que en forma independiente miden notificación y seroestatus y un apartado de datos demográficos, en su totalidad el instrumento cuenta con 16 preguntas abiertas, 95 reactivos y 3 preguntas de datos generales.

3.9. SUJETOS.

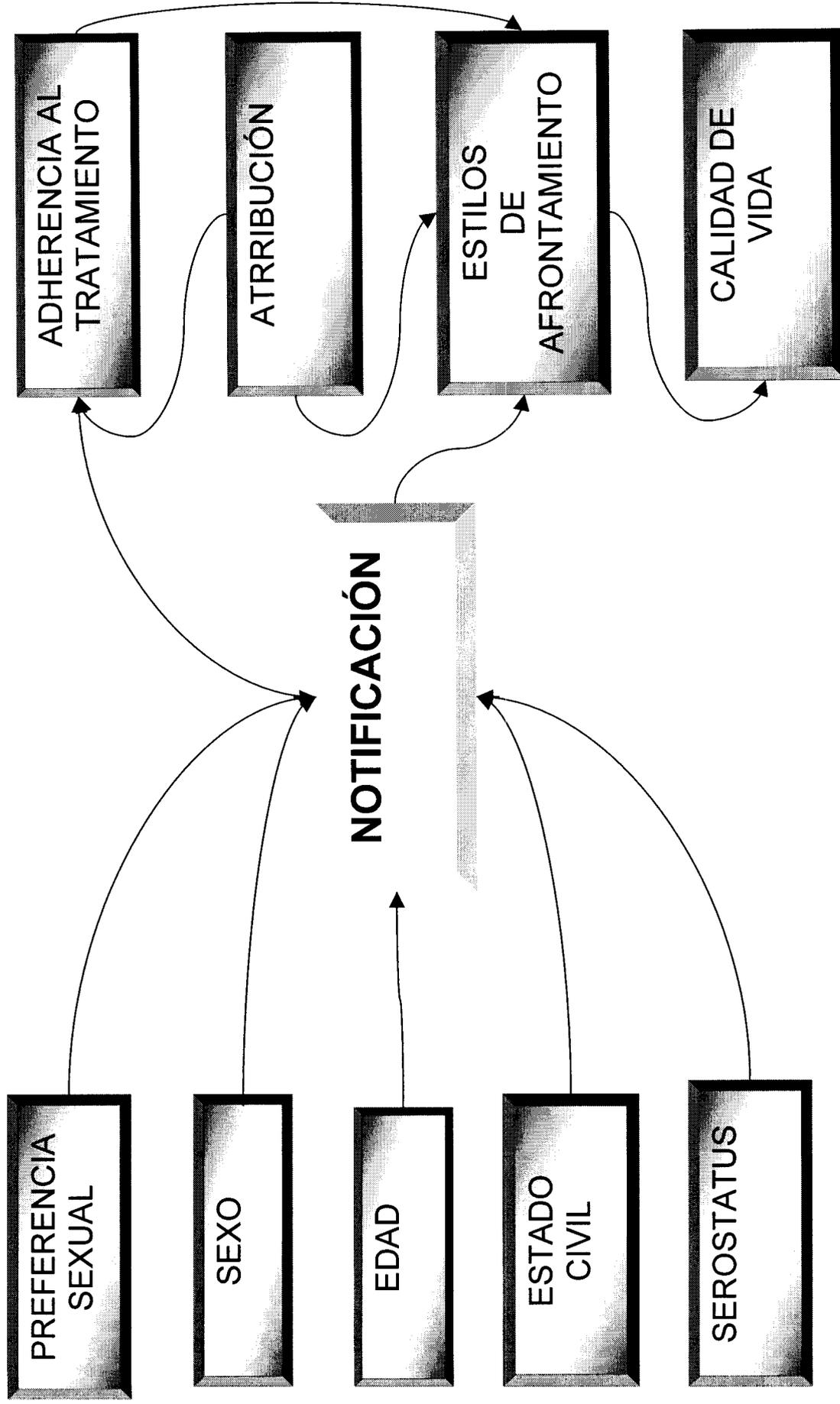
Para la realización de este estudio se contó con la participación de 18 hombres y 12 mujeres cuya edad promedio fue de 33.1 años con una desviación estándar de 7.19 en un rango de valores entre 22 años como mínimo y 48 años como máximo.

La muestra total se clasificó en dos grupos de acuerdo con las respuestas de las personas: el primer grupo está formado por las personas con VIH, y el segundo por las personas con SIDA.

3.10. PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO.

El instrumento fue autoaplicado a las personas infectadas de VIH/SIDA que asisten al Hospital General de Zona 2-A "Troncoso". En algunas ocasiones se les ayudo a contestarlo ya que tenían alguna dificultad para contestar la escala de atribución por lo que se les explicaba lo que tenían que hacer.

MODELO TEÓRICO.



MODELO TEÓRICO.

Las variables de preferencia sexual, sexo, edad, estado civil y seroestatus influyen en la notificación ya que estas se presentan o ya existen antes de que a las personas se les notifique por lo que no están determinadas por ella.

Posteriormente a la notificación se da la adherencia al tratamiento, la atribución hecha a la adquisición de la enfermedad y los estilos de afrontamiento para finalmente llegar a la calidad de vida que tiene cada una de las personas infectadas de VIH/SIDA, se considera que la notificación influye en la adherencia al tratamiento por parte del paciente, en los estilos de afrontamiento ante su nueva situación (estar infectado (a) de VIH/SIDA) que se presenta de forma estresante y también en la calidad de vida.

Otras relaciones se dan entre la atribución hecha a la adquisición de la enfermedad y la adherencia al tratamiento que lleve o no a cabo la persona; la atribución hecha a la adquisición de la enfermedad influye en los estilos de afrontamiento que la persona lleve a cabo al enfrentar su nueva situación; la adherencia al tratamiento que el paciente tenga influye en su estilo de afrontamiento y por último; el estilo de afrontamiento de la persona infectada de VIH/SIDA influye en la calidad de vida de dichas personas.

Las dimensiones de las variables son:

- **Preferencia sexual.**

Homosexual.

Heterosexual.

Bisexual.

- **Sexo:**

Masculino.

Femenino.

- **Edad:**

De 22 a 30 años.

De 29 a 35 años.

De 36 a 48 años.

- **Estado civil:**

Casado.

Divorciado

Unión libre.

Soltero.

- **Notificación:**

Buena.

Mala.

- **Adherencia al tratamiento (Si, No).**

- **Atribución:**

Locus interno y externo.

Estabilidad e inestabilidad.

Controlabilidad e incontrolabilidad.

- **Estilos de afrontamiento:**

Enfocado al problema.

Enfocado a las emociones.

Mixto, enfocado al problema y a las emociones, es decir, apoyo social.

- **Calidad de vida:**

Buena.

Mala.

VIII. RESULTADOS

Los resultados se dividirán en dos secciones, la primera se refiere a la descripción del instrumento de medición y la segunda a los análisis que nos posibilitan observar el comportamiento de las personas infectadas de VIH/SIDA

4.1. Descripción del instrumento de medición.

El análisis de datos se llevo a cabo con el paquete estadístico SPSS 10, en el cual se realizó el vaciado y etiquetado de los datos.

Lo primero que se hizo a las escalas fue un análisis de frecuencias para detectar si había algún error en la captura de los datos, para determinar aquellas preguntas que no aportaban suficiente información y para saber donde estaba la mayor concentración de los datos.

Posteriormente realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, en la escala de estilos de afrontamiento y la escala de atribución con el objeto de conocer el comportamiento las mismas y determinar sus dimensiones. Para la escala de afrontamiento se obtuvieron 8 factores de los cuales sólo quedaron 6 por su confiabilidad mayor a .70. para la escala de atribución se obtuvieron 5 factores de los cuales sólo se escogieron 3 por tener mayor confiabilidad.

Para el cuestionario de notificación se determino que la mejor manera de codificarla fue realizando una suma de cada respuesta que el sujeto dio, quedando como: el sujeto que sumara 6 tuvo una buena notificación y el que sumara 24 tendría una mala notificación.

Para el cuestionario de seroestatus se analizó la respuesta de cada sujeto para así poder determinar si tenía VIH o SIDA.

Para la escala de adherencia al tratamiento y la de calidad de vida lo que se hizo fue promediar todas las respuestas de cada sujeto ya que las dos escalas en su totalidad miden lo mismo, es decir, no tienen dimensiones. Para la escala de adherencia al tratamiento se eliminaron 4 reactivos (1, 2, 5 y 6) los cuales no proporcionaban suficiente información, después se obtuvo la confiabilidad de la escala completa la cual fue de .886. La escala de calidad de vida quedó completa con los seis reactivos y obtuvo una confiabilidad de .878

4.2 Descripción y análisis de las personas infectadas de VIH/SIDA.

Para ver como se comportaban nuestros sujetos se hicieron análisis de comparación entre grupos. Únicamente se tomarán en cuenta los grupos donde haya más de 5 sujetos.

Para las variables sexo y seroestatus se realizaron pruebas T y para edad y, para preferencia sexual y estado civil se realizaron análisis de diferencias entre grupos (One Way ANOVA).

De acuerdo con los resultados obtenidos tenemos que los sujetos que tienen relaciones sexuales sólo con mujeres ($X=9.67$, $n=6$) son mejor **notificados** que los que sólo tienen relaciones con hombres ($X=11.63$, $n=19$). A los sujetos que mejor notifican son los de 30 a 35 años ($X=8.7$ $n=10$), después siguen los de 36 a 48 años ($X=11.50$ $n=10$) y por último los de 22 a 29 años ($X=12.50$ $n=10$). A las mujeres ($X=9.92$) las notifican mejor que a los hombres ($X=11.56$). Los sujetos solteros ($X=9.47$ $n=10$) reciben una mejor notificación que los sujetos que viven en unión libre ($X=12.9$ $n=15$), sin embargo sólo hubo un sujeto divorciado ($X=20$) al que le dieron una mala notificación. A los sujetos con VIH ($X=10.10$ $n=20$) les dieron una mejor notificación que a los sujetos con SIDA ($X=12.50$ $n=10$).

Tabla 1. COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS

PREFERENCIA SEXUAL											
	Sólo con mujeres		Sólo con hombres		La mayoría hombres		Tanto hombres Como mujeres		F	SIG	
	X1 N=6	S1	X2 N=19	S2	X3 N=2	S3	X4 N=3	S4			
NOTIFIC.	9.67	3.27	11.63	5.62	7.5	7.1	11	6.08	5.28	.66	
AD TRAT	1.89	1.07	1.70	.48	2.15	.43	.69	1.19	2.42	.088	
CALVIDA	20.67	1.97	14.79	5.17	15.50	6.36	17	1.73	2.54	.078	
ATB-LOC	2.33	.97	3.59	.66	3.75	.70	3.25	.43	4.90	.008	
ATB-EST	2.27	1.04	2.96	.74	2.66	.00	3.22	.19	1.50	.236	
ATB-CONT	1.66	.81	2.28	.92	3.16	1.17	2.77	.19	1.96	.145	
AFRON-1	1.88	.69	2.21	.66	2.33	.47	2.77	.25	1.29	.297	
AFRON-2	1.88	.807	2.24	.822	3	.235	3.05	1.20	1.77	.177	
AFRONT-3	2.25	.880	2.42	.964	3.12	1.23	2.66	.803	.483	.697	
AFRONT-4	2.04	1.26	2.72	.681	2.87	.176	2.25	1.32	1.13	.354	
AFRONT-5	2	1.30	1.52	.307	1.10	.141	1.46	.305	1.34	.282	
AFRONT-6	2.12	.832	2.18	.853	2.75	.353	2.83	.288	.862	.473	

REACTIVO	20-29	30-39	40-55							DAT PER	MD	DES STD	N	ALTO	BAJO	T
Mi edad es	31.5	37.7	30.8													
	M	F														
Sexo	45.5	54.6														
	C	D	S	V	U	S	O									
Mi estado civil es	51.5	3.8	4.6	.8	15.4	23.8										
	M	H	+H	+M	HM											
He tenido relaciones sexuales	36.6	60.0	1.5	0	2.3											
Cual es tu padecimiento clínico											16.9	9.45	130	25.85	5.31	-25.207
	0-4	5-9	10-14	15-20												
Hace cuanto tiempo fue la notificación de tu padecimiento	73.8	19.2	3.8	3.1							1.36	.70	130	1.28	1.50	1.28
	IN	NI														
Que te dijeron durante tu notificación	63.1	13.8								23.1	1.18	.39	100	1.17	1.13	-4.99
	SI	N														
Durante tu notificación te dijeron que tenías VIH	17.7	5.4								76.9	1.23	.43	30	1.25	1.33	.273
	D	E	R	O												
Quien te dijo que tenías ese padecimiento clínico	83.1	.8	2.3	4.6						9.2	1.21	.73	118	1.42	1.13	-1.524
	SI	N														
Durante tu notificación te dijeron que tenías SIDA	6.9	16.2								76.9	1.70	.47	30	1.58	1.67	.246
	D	O														
¿Quién te dijo que tenías SIDA?	1.5	5.4								93.1	3.33	1.32	9	4.00	1.00	
	SI	N														
Tu notificación fue confidencial	72.3	22.3								5.4	1.24	.43	123	1.26	1.25	-.061
Durante te dieron la confianza necesaria	73.8	25.4								.8	1.26	.44	129	1.22	1.29	.721
Durante tu notificación te dieron la información suficiente en cuanto tu padecimiento	58.5	41.5									1.42	.49	130	1.52	1.28	-2.189
Sabes exactamente cual es tu padecimiento clínico	57.7	19.2								23.1	1.25	.44	100	1.26	1.22	-.356
	IS	IN	CNS													
Si contestaste que si puedes explicarlo con tus palabras cuales	30.8	16.9	2.3							50.0	1.43	.59	65	1.71	1.33	-1.725
	SI	N														
sabes cuales son los cuidados o tu padecimiento clínico	53.8	23.1								23.1	1.30	.46	100	1.48	1.28	-1.474

Fue involuntario. Fue voluntario	75.4	13.1	3.8	2.3	3.8						1.5	1.44	.97	128	2.03	1.24	-2.937**
Que tan feliz me he sentido con mi vida durante los últimos seis meses?	MF	F	R	I	MI												
	19.2	41.5	27.7	10.0	1.5							2.33	.95	130	3.17	1.61	-8.327***
Cómo evaluaría mi salud física en comparación de como era hace seis meses?	MM	PM	=	PP	MP												
	18.5	31.5	36.9	10.8	2.3							2.47	.99	130	3.34	1.78	-8.915***
Cómo evaluaría mi estado emocional en comparación a como era hace seis meses?	21.5	34.6	29.2	12.3	2.3							2.39	1.03	130	3.43	1.37	-
Cómo considero que mi vida ha cambiado después del diagnóstico de mi padecimiento clínico?	10.8	30	47.7	9.2	2.3							2.62	.88	130	3.43	1.88	-9.056***
Si comparo mi situación actual con la de antes de saberme enfermo, que tan satisfecho me siento en este momento con mi vida?	MS	S	=	I	MI												
	13.1	47.7	21.5	15.4	2.3							2.46	.98	130	3.54	1.76	-
Tomando en cuenta lo positivo y lo negativo. Que tan satisfecho me siento con mi vida?	16.9	56.9	16.9	9.2	0							2.18	.82	130	2.89	1.68	-6.461***
Estoy bajo algún tratamiento médico para mi padecimiento clínico?	SI	N															
	80.0	17.7									2.3	1.18	.39	127	1.44	1.03	-5.532***
En donde me estoy atendiendo	I	S	O														
	90	2.3	7.7									1.18	.55	130	1.46	1.01	-3.731***
Tomó los medicamentos tal y como el médico me indica?	S	CS	A	N	CN	NI											
	73.1	17.7	3.8			5.4						1.20	.59	130	1.65	.95	-5.274***
Le pongo mucha atención a lo que el médico me indica?	76.9	16.2	5.4			1.5						1.25	.57	130	1.73	.98	-7.285***
Tengo alguna mejoría o cambio en mi estado de salud a partir de que tomo los medicamentos?	53.8	20.8	14.6	.8	3.1	6.9						1.58	1.05	130	2.53	.91	-7.407***
Tengo alguna mejoría o cambio en mi estado emocional a partir de que tomo los medicamentos?	31.5	23.1	21.5	8.5	6.9	8.5						2.11	1.35	130	3.59	1.02	-
Cumplo con los horarios que mi médico me indica para tomar el tratamiento de mi padecimiento?	59.2	23.8	9.2	.8	1.5	5.4						1.45	.88	130	2.26	.98	-6.669***
Soy cumplido con los días que el médico me indica para tomar el tratamiento	73.1	13.1	6.9		.8	6.2						1.24	.73	130	1.79	.89	-5.321***
Sigo la indicación de mi médico respecto a no tener animales cerca de mí?	33.1	8.5	5.4	6.9	6.2	40						1.25	1.50	130	2.63	.35	-6.898***
Le hago caso al médico en cuanto a la indicación de no consumir alcohol?	46.2	13.8	13.1	3.8	3.1	20						1.44	1.23	130	2.34	.73	-5.717***
Cumplo con las indicaciones de mi médico con respecto a no consumir ningún tipo de droga?	76.2	.8		.8	1.5	20.						.88	.72	130	1.28	.65	-3.067**
Sigo la indicación del médico sobre el no fumar?	40	15.4	4.6	6.9	17.7	15.						2.01	1.72	130	3.03	1.16	-4.509***
Le hago caso al médico cuando me indica que tenga cuidado al estar cerca de personas con alguna enfermedad contagiosa?	40	13.1	10	4.6	8.5	23.						1.57	1.49	130	2.97	.65	-6.853***

V. REFERENCIAS.

- Arita, W. B. y Arauz, C. J. (2000). Afrontamiento, estrés y ansiedad asociados al síndrome de *burnout* en enfermeras. **Psicología y Salud**, 87-94.
- Basabe, N., Iraurgi, I., Páez, D. e Insua, P. (1996). Psicoimmunología, factores psicosociales en infección por VIH. en: Basabe, N., Páez, D., Usieto, R., Paicheler, H. y Deschamps, J-C. (editores). **El desafío social del SIDA**. Madrid. ed.: Fundamentos, 300-343.
- Billings, A. G. y Moos, R. H. (1981). The role of coping responsos and social resources in attenuating the estress of life events. **Joumal of behavioral medicine**. 4(2), 139157.
- Carricaburu, D. y Piarret, J. (1996). Vivir cotidianamente siendo ceropositivo asintomático: una encuesta comparando hombres hemofilicos y homosexuales. en: Basabe, N., Páez, D., Usieto, R., Paicheler, H., Deschamps, J. C., (editores). **El desafío social del SIDA**. Madrid: ed. Fundamentos. 279-297.
- CONASIDA. (1999). SIDA: verdades y mentiras II. México D. F.: ed. Mina.
- CONASIDA (1999). **Letra S**. México D. F. ed: Amigos contra el SIDA A. C.
- CONASIDA. (2000). SIDA Hoy. México D. F.: ed. Amigos Contra el SIDA A. C.
- Danieis, V. G. (1994). SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. México, D. F.ed. El Manual Moderno.
- Falgueras, L. (1995). El sida: prevención, consejos y orientación. Barcelona: ed. Colimbo.

Fernández, C. Y Siegrist, E. (2000). Así no da: el estado actual del SIDA. **QUO**, no. Extraordinario, agosto, 42-47.

Fukunishi, I., Negishi, M., Hayashi, M., Hosaka, T., Moriya, H. y Matsumoto, T. (1996). Subclinical depressive symptoms in HIV infection are related to avoidance coping responses: a comparison with end-stage renal failure and breast cancer. **Psychological Reports**, 78(2), 483-488.

Guerra, L. I., Villagrán-Vázquez, G. y Díaz-Loving, R. (1998). Role playing y estrategias de afrontamiento ante el VIH/SIDA. **La Psicología Social en México**, VII, 312-317.

McDevitt, T. M., Sheehan, E. P., Lennon, R. y Ambrosio, A. L. (1994). Correlates of attitudes toward AIDS. **The Journal of Social psychology**. 130(5), 699-701.

Miller, D. (1989). Viviendo con SIDA y HIV. México D. F.: ed. El Manual Moderno S. A. De C. V.

Moos, R. H. (1986). *Coping with life crises. An integrated approach*. New York: The Plenum Press.

Moos, R. H. y Billings, A. G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. En: Goldberger, L. y Breznitz, S. **Handbook of stress: theoretical aspects**. London: The Free Press, 212-230.

Nieto, L. (1997). El SIDA hoy. En: Murillo, D. A., (Compilador). SIDA Hoy. México D.: ed. Ser Humano A. C., 25-28.

Orzechowzki, A. (1997). SIDA. en: Murillo, D. A., (Compilador). SIDA Hoy. México D. F.: ed. Ser Humano A. C., 23-24.

Perkins, D. O., Davidson, E. J., Leserman, J., Liao, D. y Dwight, L. E. (1996). Personality disorder in patients infected with HIV-. a controlled study with

implicaciones for clinical care. *The American Journal of Psychiatry*. 150(2), 309-316.

Rodriguez- Marín, J. (1995). *Psicología social de la Salud*. Madrid. Ed.: Síntesis.

Rosario, M., Rotheram-Borus, M. J. Y Reid, H. (1996). Gay-related stress and its correlates. Among gay and bisexual male adolescents of predominantly black and hispanic background. *Journal of Community Psychology*. 24(2), 136-159.

Ruiz, B. A., Torres, C. M. y Reyes, L. 1. (2000). La estigmatización del SIDA, producto de creencias y prejuicios: validación de un instrumento. *La psicología social en México*, VIII, 682-688.

Sobe G. (1997). Presentación. en: Murillo, D. A., (Compilador). *SIDA Hoy*. México D. F.: Ser Humano A. C., 9-16.

Villagrán-Vázquez, G. (En proceso). El individuo y la familia frente al SIDA. Tesis de doctorado en Psicología Social. México: Facultad de Psicología, UNAM.

VI. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

CURSO-TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA ENTREGA DE NOTIFICACIONES HUMANIZADORAS A PERSONAS INFECTADAS DE VIH/SIDA, DIRIGIDO AL PERSONAL SANITARIO EN HOSPITALES.

OBJETIVO GENERAL:

Humanizar y sensibilizar al personal hospitalario sobre las personas infectadas de VIH/SIDA, para que al momento de comunicarles el diagnóstico se les proporcione la información, el apoyo y la confianza necesaria para dichas personas, es decir, promover la entrega de notificaciones humanizadoras.

OBJETIVOS PARTICULARES:

Al finalizar el curso el personal sanitario hospitalario deberá:

- a) Conocer e identificar el problema, las causas y los efectos de la notificación en personas infectadas de VIH/SIDA.
- b) Identificar y distinguir los probables efectos e implicaciones psicosociales de recibir una notificación de VIH/SIDA.
- c) Reconocer la importancia de entregar una notificación humanizadora.
- d) Identificar las diferencias entre una notificación y una notificación humanizadora de VIH/SIDA.

JUSTIFICACIÓN:

El estar infectado de VIH/SIDA es un hecho que constantemente está provocando estrés, esto es por las implicaciones y repercusiones sociales, económicas, de salud y emocionales que tiene en las personas infectadas.

El primer contacto tangible que las personas infectadas de VIH/SIDA tienen con su infección es cuando se les entrega dicha noticia, es por eso su vital importancia. Actualmente el VIH/SIDA sigue siendo una infección o enfermedad mortal y estigmatizadora, lo que provoca que a la gente en general le dé miedo el sólo hecho de mencionarla, por lo que sí hablamos de la estigmatización y el desahucio generado por la noticia de estar infectado, entenderemos lo importante que es la

forma y el momento de recibir dicha noticia. La notificación es en este caso cuando se les informa a las personas que están infectadas de VIH/SIDA. Existen varios factores que intervienen antes y después de la notificación, así lo referimos en las variables consideradas por este estudio que son: preferencia sexual, sexo, edad, estado civil, seroestatus, adherencia al tratamiento, atribución, estilos de afrontamiento y calidad de vida, que como se pudo observar intervienen de manera significativa en la calidad de la notificación, por ello nuestro énfasis en mejorar dicha calidad de la notificación, para esto se considera debe darse el apoyo, la ayuda y la información que la persona en cuestión solicite o necesite, por lo que es indispensable sensibilizar a quienes son portavoces del diagnóstico ya que de esta forma estarán más al pendiente de ello y entregarán una notificación con calidad humana.

A largo plazo o en ocasiones a corto plazo la notificación tiene repercusiones en la calidad de vida de las personas infectadas, por lo que es necesario comenzar por este lado, es decir, por el primer contacto de las personas con su infección, sin que por esto se pueda determinar en su totalidad la calidad de vida si se pueden esperar distintas respuestas según la forma en que se recibió la noticia.

Es importante saber que la información que se proporcione en una notificación o en una re-notificación tienen repercusiones futuras, ya que no se enfrentara de igual forma ni con los mismos recursos una persona bien informada a otro que sólo supone y ha escuchado cosas inciertas. Otro ejemplo es cuando se le proporciona el apoyo y la confianza necesaria lo que puede provocar una mejor respuesta para una posterior aceptación del diagnóstico, así como un mejor afrontamiento de su nueva situación.

Es por estas razones que se trata de sensibilizar a los portavoces de estos diagnósticos como lo es el personal sanitario hospitalario y posteriormente a quien se dedique a la entrega de notificaciones de VIH/SIDA.

DIRIGIDO A:

El personal sanitario hospitalario interesado en la entrega humanizadora de las notificaciones de VIH/SIDA del Hospital General de Zona 2-A "Troncoso", que pueden ser Médicos Especialistas o Generales, Nutriólogos, Dietistas, Médicos Residentes, Enfermeras, Trabajadoras Sociales, etc.

EVALUACIÓN:

Con el fin de visualizar los resultados obtenidos por este proceso de intervención, al término del curso se aplicaran una serie de evaluaciones por medio de:

- Un cuestionario de preguntas abiertas sobre la forma de notificar correctamente.
- Ejercicio vivencial de recibo y entrega de notificaciones aplicando la técnica del sociodrama (Jacob L. Moreno), en la dinámica génesis de la motivación.
- Ensayo autobiográfico que describa la forma en que entregaban el diagnóstico y los cambios necesarios para la entrega de una notificación humanizadora.

CARTA DESCRIPTIVA.

CURSO-TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA ENTREGA DE NOTIFICACIONES HUMANIZADORAS A PERSONAS INFECTADAS DE VIH/SIDA, DIRIGIDO AL PERSONAL SANITARIO DE HOSPITALES.

Duración: 5 sesiones en una semana con duración de 4 horas diarias.

Horario: Lunes a viernes de 9:00 a 13:00 horas.

Lugar: Hospital General de Zona 2-A "Troncoso".

TEMA	OBJETIVOS	DINÁMICA o TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS
	Romper el hielo, conocer los nombres, características y expectativas de los participantes y así favorecer a la integración grupal.	La telaraña	45 minutos.	Estambre. Salón amplio alfombrado.
Presentación.	Presentación y objetivos del taller. Acuerdo de reglas a cumplir dentro del grupo.	Plenaria para crear acuerdos del grupo.	40 minutos.	Proyector acetatos. Hojas de rotafolio. Marcadores.
	Determinar lo que estimula o inhibe el desarrollo de una notificación humanizadora.	Génesis de la motivación.	90 minutos.	Hojas carta, lápices. Salón amplio.
	Conocer e identificar a la notificación y sus consecuencias y repercusiones sociales, emocionales y personales, así como la	Exposición teórica	60 minutos	Proyector de acetatos.

	diferencia entre notificación, renotificación y posnotificación.			Hojas blancas. Lápices.
Conocimientos generales sobre la notificación con calidad humana.	Conocer e identificar las distintas visiones al notificar: material, de razón y contemplativa.	Exposición teórica.	40 minutos.	Proyector de acetatos. Hojas blancas. Lápices. Pizarrón.
	Identificar la estructura dinámica de la notificación.	Exposición teórica.	30 minutos.	Hojas blancas. Lápices. Pizarrón.
	Conocer los aspectos relevantes a tocar en una notificación.	Exposición teórica.	50 minutos.	Marcadores. Hojas de rotafolio.
	Propiciar la identificación, conocimiento, integración y comunicación de los miembros del grupo, así como a una autovaloración.	Participación activa.	30 minutos.	
		Cinco sentidos autoevaluativos. Plenaria.	60 minutos. 15 minutos.	Salón amplio. Hojas impresas. Lápices y plumones. Hojas de rotafolio.
Sensibilización y comunicación durante la notificación.	Conocer e identificar los estilos de comunicación a llevar a cabo durante la notificación humanizadora.	Exposición teórica.	30 minutos.	Proyector de acetatos. Pizarrón.
	Desarrollar habilidades para llevar a cabo la comunicación no verbal, la creatividad expresiva y experimentar nuevas manifestaciones comunicativas.	Participación activa.	30 minutos.	
		Presentación sin palabras.	60 minutos.	Salón amplio y alfombrado.

	Conocer el modelo pediátrico de la notificación humanizadora.	Exposición teórica	30 minutos.	Proyector de acetatos.
	Sensibilizar a los integrantes del grupo para que desarrollen una mejor entrega de notificación con calidad humana.	Imágenes congeladas. Plenaria.	40 minutos.	Salón amplio. Tarjetas de situación a representar.
	Identificar la importancia de brindar apoyo, atención y ayuda al momento de la notificación.	Mano amiga.	30 minutos.	Salón amplio.
	Identificar lo que no se debe hacer durante la notificación.	Exposición teórica. Participación activa.	30 minutos. 20 minutos	Proyector acetatos. Hojas de rotafolio. Plumones.
Entrega de notificaciones.	Poner en práctica lo aprendido teórica y prácticamente en el curso para así desarrollar habilidades en la entrega de la notificación humanizadora, al mismo tiempo dar y recibir retroalimentación.	Unos contra otros.	50 a 60 minutos.	Salón amplio. Juego de guía para el notificador, para cada uno de los integrantes.
	Desarrollar habilidades para escuchar y observar simultáneamente.	Charadas.	40 minutos.	Salón amplio alfombrado.
	Tomar conciencia de los errores que con más frecuencia se realizan y que generan prejuicios inadmisibles, antes de entregar la notificación.	El candidato.	60 minutos.	Salón amplio, mesas sillas, papel, lápices, forma y resultados positivos de

				VIH/SIDA.
	Aclarar y discutir dudas sobre la notificación humanizadora y lo aprendido durante el curso.	Participación activa.	30 minutos.	Pizarron. Plumones y hojas de rotafolio.
	Evaluar si se desarrollaron habilidades en la entrega de notificaciones y al mismo tiempo detectar si existen diferencias entre lo que inhibe y estimula el desarrollo de una notificación, después de haber tomado el curso.	Génesis de la motivación.	90 minutos.	Hojas blancas. Lápices. Salón amplio.
Cierre y clausura del curso-taller.	Término del taller.	Relajación.	30 minutos.	Salón amplio alfombrado.
		Dos renglones.	35 minutos.	Hojas tamaño carta. Lápices.
		Clausura merecida.	45 minutos	Constancias de participación.

VII. ANEXOS.

7.1 INSTRUMENTO FINAL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-IZTAPALAPA DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA.

ESTUDIO SOBRE NOTIFICACIÓN, AFRONTAMIENTO Y ATRIBUCIÓN EN PERSONAS INFECTADAS DE VIH/SIDA

PRESENTACIÓN.

Este es un instrumento creado en la Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa en el departamento de sociología, el cual servirá para elaborar una tesis profesional acerca de cómo se sienten y el tipo de cosas que son capaces de hacer las personas que viven con VIH/SIDA.

Pedimos tu ayuda para que respondas algunas cuestiones, las respuestas que amablemente nos proporciones serán **ANÓNIMAS** y **ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES** y únicamente serán utilizadas para **fines de investigación**. No hay respuestas correctas e incorrectas.

Tus respuestas serán sumadas e incluidas en la tesis profesional pero nunca se comunicarán datos individuales. Si estas interesado en saber los resultados de dicha tesis puedes acudir a: Av. Michoacán y la Purísima, Col. Vicentina, 09340 México, D. F.

Por favor lee cuidadosamente las instrucciones que se te presentarán en cada una de las secciones, ya que las formas para contestar varían.

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.

No. de Cuestionario

--	--	--	--	--

I. DATOS GENERALES

Tacha o señala por favor los siguientes datos que nos permitirán establecer la estadística general

1. ¿Cuántos años tienes? _____

2. Sexo (1) Masculino (2) Femenino

3. Mi estado civil es...

- (1) Casado (a)
- (2) Divorciado (a)
- (3) Separado (a)
- (4) Viudo (a)
- (5) Unión libre
- (6) Soltero (a)

4. He tenido relaciones sexuales...

- (1) Sólo con mujeres
- (2) Sólo con hombres
- (3) La mayoría de las veces con mujeres y ocasionalmente con hombres
- (4) La mayoría de las veces con hombres y ocasionalmente con mujeres
- (5) Tanto con hombres como con mujeres

II. NOTIFICACIÓN

A continuación vamos a hacerte algunas preguntas que tienen que ver con la forma en que se te presentó tu diagnóstico de VIH/SIDA, es decir, tu notificación. Te pedimos que hagas el esfuerzo de recordar cómo se realizó esta presentación y contestes con sinceridad.

1. ¿Hace cuánto tiempo te notificaron? _____ (en meses)

2. ¿Durante tu notificación te dijeron que tenías VIH? Sí _____ No _____

3. ¿Quién te dijo que tenías VIH? _____

4. ¿Durante tu notificación te dijeron que tenías SIDA? Sí _____ No _____

5. ¿Quién te dijo que tenías SIDA? _____

6. ¿Tu notificación fue confidencial? Sí _____ No _____

7. Durante tu notificación, ¿Te dieron la confianza que necesitaste? Sí _____ No _____

8. Durante tu notificación, ¿Te dieron la información suficiente en cuanto al VIH/SIDA?
Sí _____ No _____

9. ¿Sabes cuál es la diferencia entre VIH y SIDA? Sí _____ No _____ (continúa con la pregunta 11)

10. ¿Si contestaste que sí, puedes explicarme con tus propias palabras cuál es esa diferencia?

11. ¿Qué tan satisfecho te sientes con la forma como se te notificó?

- (1) Muy Satisfecho(a)
- (2) Satisfecho(a)
- (3) Regularmente satisfecho(a)
- (4) Insatisfecho(a)
- (5) Muy Insatisfecho(a)

III. SEROESTATUS

En este apartado queremos conocer cuál es tu condición física en estos momentos respecto al VIH/SIDA. Te pedimos por favor contestes las siguientes preguntas.

1. ¿Hace cuanto tiempo fue mi última prueba de CD4? _____ (en meses)

2. ¿Cuáles fueron los resultados de mi prueba?

- (1) CD4 mayor que 500
- (2) CD4 entre 200 y 499
- (3) CD4 menor de 200
- (4) No lo sé

3. ¿He tenido algún síntoma o enfermedad relacionada a la infección del VIH/SIDA?

Sí _____ No _____ (continúa con la pregunta 5)

4. ¿Qué síntomas o enfermedades he tenido relacionadas al VIH/SIDA?

5. Según mi médico, ¿Cuál es mi diagnóstico sintomático actual?:

- (1) Asintomático
- (2) Ningún síntoma "C", al menos un síntoma "B"
- (3) Al menos un síntoma "C"
- (4) No lo sé

IV. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.

A continuación nos gustaría saber que piensas de tu situación de ser VIH positivo asintomático o bien, tener VIH/SIDA. Y sobre si esta situación ha sido difícil para ti, ya sea porque te produce malestar, angustia o preocupación, o porque tu has tenido o tienes que usar esfuerzos considerables para tratar de lidiar con la situación. Por favor marca o indica **qué tan frecuentemente haces cada una de las siguientes actividades** cuando enfrentas un problema. En caso de que no estés seguro sobre la respuesta, por favor marca No sé.

Para esto, puedes seguir el siguiente ejemplo:

	No sé	No	Un poco	Bastante	Muchísimo	No sé
¿Siento que mi situación (seropositivo o con VIH/SIDA) me requiere de esfuerzos extras para lidiar con angustia o preocupación.		1	2	X	4	5

Como se ve en el ejemplo, la persona considera que sus esfuerzos han sido bastantes.

Ahora se te presentarán varias ideas relacionadas con tu situación actual (Seropositivo asintomático o de VIH/SIDA), por favor indícame la opción que más se acerque a lo que tu haces.

Cuando me enfrente a mi situación de VIH positivo
Asintomático o VIH/SIDA

¿Qué tan frecuentemente?...

No Sé

	No	Un poco	Bastante	Muchísimo	
1. Me concentro en el trabajo u otra actividad para alejar el problema de mi mente	1	2	3	4	5
2. Analizo el problema para entenderlo mejor	1	2	3	4	5
3. Me concentro exclusivamente en lo siguiente que tengo que hacer	1	2	3	4	5
4. Haría algunas cosas, las cuales pienso no funcionarían, pero al menos haría algo	1	2	3	4	5
5. Trataría de encontrar a la persona responsable	1	2	3	4	5
6. Hablo con otra gente para saber más acerca de mi situación	1	2	3	4	5
7. Me critico y me reprendo	1	2	3	4	5
8. Trato de que no se me cierren las puertas	1	2	3	4	5
9. Espero a que ocurra un milagro	1	2	3	4	5
10. Me voy solo con mi suerte	1	2	3	4	5
11. Sigo adelante como si nada hubiera pasado	1	2	3	4	5
12. Trato de guardar mis sentimientos para mí	1	2	3	4	5
13. Busco lo positivo del problema, trato de buscar el lado bueno de las cosas	1	2	3	4	5
14. Duermo más de lo normal	1	2	3	4	5
15. Expreso mi enojo a las personas quienes me causaron el problema	1	2	3	4	5

Cuando me enfrente a mi situación de VIH
positivo asintomático o VIH/SIDA

¿Qué tan frecuentemente?...

	No	Un poco	Bastante	Muchísimo	No sé
16. Acepto la simpatía y comprensión de cualquier persona	1	2	3	4	5
17. Me inspiro para hacer algo creativo	1	2	3	4	5
18. Trato de olvidar por completo el problema	1	2	3	4	5
19. Consigo ayuda profesional	1	2	3	4	5
20. Cambio o crezco como persona en sentido positivo	1	2	3	4	5
21. Me disculpo o hago algo para disculparme	1	2	3	4	5
22. Hago un plan de acción y lo sigo	1	2	3	4	5
23. Dejo que mis sentimientos salgan de alguna manera	1	2	3	4	5
24. Comprendo y me responsabilizo del problema	1	2	3	4	5
25. Salgo de la experiencia mucho mejor que cuando entré	1	2	3	4	5
26. Hablo con alguien que pueda hacer algo	1	2	3	4	5

	específico sobre el problema	1	2	3	4	5
27.	Me alejo del problema por un tiempo	1	2	3	4	5
28.	Trato de descansar o tomar unas vacaciones	1	2	3	4	5
29.	Trato de sentirme mejor comiendo	1	2	3	4	5
30.	Trato de sentirme mejor emborrachándome	1	2	3	4	5
31.	Trato de sentirme mejor usando drogas recreativas (Cocaína, Crac, Marihuana)	1	2	3	4	5
32.	Trato de sentirme mejor usando drogas prescritas para alterar mi estado de ánimo (Valium, Diazepam)	1	2	3	4	5
33.	Aprovecho la oportunidad de hacer algo muy arriesgado	1	2	3	4	5
34.	Trato de no actuar demasiado deprisa, no seguir mi primera corazonada	1	2	3	4	5
35.	Encuentro fe en algo nuevo	1	2	3	4	5
36.	Conservo mi orgullo y no me dejo vencer	1	2	3	4	5
37.	Descubro lo que es importante en la vida	1	2	3	4	5
38.	Cambio algo para que las cosas salgan bien	1	2	3	4	5
39.	En general, evito estar con la gente	1	2	3	4	5
40.	No permito que me afecte, me rehusó a pensar demasiado en el problema	1	2	3	4	5
41.	Pido consejo a un familiar o un amigo a quien respeto	1	2	3	4	5
42.	Evito que otros sepan lo mal que están las cosas	1	2	3	4	5
43.	Doy poca importancia a la situación, no la tomo demasiado en serio	1	2	3	4	5
44.	Hablo con alguien acerca de como me siento	1	2	3	4	5
45.	Me mantengo firme y lucho por lo que quiero	1	2	3	4	5
46.	Tengo relaciones sexuales con mi pareja regular, para sentirme mejor	1	2	3	4	5
47.	Me desquito con los demás	1	2	3	4	5
48.	Recuerdo experiencias pasadas similares Cuando me enfrento a mi situación de VIH positivo asintomático o VIH/SIDA ¿Qué tan frecuentemente?...	1	2	3	4	5
		No	Un poco	Bastante	Muchísimo	No sé
49.	Hago algo, esforzarme doblemente para que funcionen las cosas	1	2	3	4	5
50.	No creo lo que está ocurriendo	1	2	3	4	5
51.	Me prometo que la próxima vez las cosas serán diferentes	1	2	3	4	5
52.	Pienso en un par de soluciones diferentes para resolver el problema	1	2	3	4	5
53.	Trato de que mis sentimientos no interfieran demasiado con otras cosas	1	2	3	4	5
54.	Deseo que la situación desaparezca o					

termine de algún modo	1	2	3	4	5
55. Tengo fantasías o deseos acerca de cómo deberían ser las cosas	1	2	3	4	5
56. Rezo	1	2	3	4	5
57. Tengo relaciones sexuales con desconocidos para sentirme mejor	1	2	3	4	5
58. Tengo relaciones sexuales con conocidos para sentirme mejor	1	2	3	4	5
59. Corro o hago otro tipo de ejercicios	1	2	3	4	5
60. Medito o uso la imaginación	1	2	3	4	5

VI. ATRIBUCIÓN

Con el objeto de conocer cuáles son las ideas que tienes sobre tu infección por VIH/SIDA, a continuación se te presentan una serie de enunciados, léelos con cuidado y marca con una X o encierra en un círculo la opción que más se acerque a tu opinión. A continuación, te presentamos un ejemplo:

Fue por no cuidarme **X** 2 3 4 5 Fue un castigo de Dios

En el ejemplo la persona cree totalmente que la causa de su infección por VIH/SIDA fue por no haberse cuidado.

La **causa** de mi infección por VIH/SIDA fue algo que:

1. Reflejó un aspecto de mí	1	2	3	4	5	Reflejó un aspecto de la situación
2. Fue controlable por mí o por otros	1	2	3	4	5	Ni yo ni los otros lo pudimos controlar
3. Siempre había estado ahí	1	2	3	4	5	Apareció en ese momento
4. Fue planeado por mí o por otras personas	1	2	3	4	5	Ni yo ni otras personas lo planeamos
5. Estuvo fuera de mi persona	1	2	3	4	5	Estuvo dentro de mí
6. Cambió con el tiempo	1	2	3	4	5	Permaneció igual en el tiempo
7. Habló de lo que soy	1	2	3	4	5	Habló de lo que son otros
8. Se pudo cambiar	1	2	3	4	5	No se pudo cambiar
9. Nadie fue responsable	1	2	3	4	5	Alguien fue responsable
10. Fue totalmente debido a otras personas	1	2	3	4	5	Fue totalmente debido a mí
11. Nunca estuvo presente	1	2	3	4	5	Siempre estuvo presente
12. Fue involuntario	1	2	3	4	5	Fue voluntario

VII. CALIDAD DE VIDA

Enseguida vamos a hacerte una serie de preguntas que tienen que ver con la forma en general de cómo evaluarías tu vida, señala la opción que represente mejor tu opinión.

1. ¿Qué tan **feliz me he sentido** con mi vida durante los últimos seis meses?

(1) Muy feliz (2) Feliz (3) Regular (4) Infeliz (5) Muy infeliz

2. ¿Cómo evaluaría **mi salud física** en comparación de cómo era hace seis meses?

(1) Ahora es mucho mejor (2) Ahora es un poco mejor (3) Ahora es más o menos igual
(4) Ahora es un poco peor (5) Ahora es mucho peor

3. ¿Cómo evaluaría **mi estado emocional** en comparación a como era hace seis meses?

- (1) Ahora es mucho mejor (2) Ahora es un poco mejor (3) Ahora es más o menos igual
 (4) Ahora es un poco peor (5) Ahora es mucho peor

4. ¿Cómo considero que **mi vida ha cambiado** después de mi diagnóstico de VIH/SIDA?

- (1) Ahora es mucho mejor (2) Ahora es un poco mejor (3) Ahora es más o menos igual
 (4) Ahora es un poco peor (5) Ahora es mucho peor

5. ¿Si comparo mi situación actual con la de antes de saberme infectado de VIH/SIDA, que tan satisfecho me siento **en este momento con mi vida**?

- (1) Muy satisfecho (2) Satisfecho (3) Mas o menos igual (4) Insatisfecho (5) Muy insatisfecho

6. Tomando en cuenta lo positivo y lo negativo ¿Qué tan satisfecho me siento con mi vida?

- (1) Muy satisfecho (2) Satisfecho (3) Mas o menos igual (4) Insatisfecho (5) Muy insatisfecho

VIII. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

1. ¿Estoy bajo tratamiento médico de VIH/SIDA? Sí _____ No _____

2. ¿En dónde me estoy atendiendo? _____

En este apartado se te presentarán algunas preguntas relacionadas con el tratamiento médico que estás llevando actualmente. Te pedimos por favor que contestes, marques o indiques todas las cuestiones; en caso de que alguna de ellas no haya sido indicada por el médico, no este dentro de tu tratamiento, no lo sabes o no estas enterado marca por favor la clave NI (No indicado).

Para realizarlo por favor utiliza las siguientes claves:

- S = Siempre**
- CS = Casi siempre**
- A = A veces**
- CN = Casi nunca**
- N = Nunca**
- NI = No indicado**

3. ¿**Tomo los medicamentos** tal y cómo el médico me indica?
 S CS A CN N NI

4. ¿Le pongo mucha **atención** a lo que el médico me indica?
 S CS A CN N NI

5. ¿Tengo alguna mejoría o cambio en mi **estado de salud** a partir de que tomo los medicamentos?
 S CS A CN N NI

S = Siempre
CS = Casi siempre
A = A veces
CN = Casi nunca
N = Nunca
NI = No indicado

6. ¿Tengo alguna mejoría o cambio en mi **estado emocional** a partir de que tomo los medicamentos?

S CS A CN N NI

7. ¿Cumplo con **los horarios** que mi médico me indica para tomar el tratamiento contra el VIH/SIDA?

S CS A CN N NI

8. ¿Soy cumplido en **los días** que el medico me indica para tomar el tratamiento contra el VIH/SIDA?

S CS A CN N NI

9. ¿Sigo la indicación de mi médico respecto a **no tener animales** cerca de mí?

S CS A CN N NI

10. ¿Le hago caso al médico en cuanto a la indicación de **no consumir alcohol**?

S CS A CN N NI

11. ¿Cumplo con la indicación de mi médico respecto a **no consumir ningún tipo de droga**?

S CS A CN N NI

12. ¿Sigo la indicación del médico sobre **no fumar**?

S CS A CN N NI

13. ¿Le hago caso al médico cuando me indica que tenga cuidado al estar **cerca** de personas con **alguna infección** o contagio?

S CS A CN N NI

14. ¿Cumplo la indicación de mi médico de **no estar estresado, angustiado o deprimido**?

S CS A CN N NI

15. ¿Cumplo con la indicación del médico en cuanto a protegerme **usando el condón** cuando tengo relaciones sexuales

S CS A CN N NI

16. ¿Sigo lo que indica el médico respecto a **comer adecuadamente** (por ejemplo: no comer en la calle)?

S CS A CN N NI

17. ¿Le hago caso al médico al recomendarme **descansar y dormir bien** (por ejemplo: no desvelarme)?

S CS A CN N NI

¡¡¡Muchas gracias por tu colaboración!!!