

EPIDEMIOLOGIA, PSICOLOGIA Y SIDA

F. J. Santolaya Ochando
V. Esteve Biot

1. INTRODUCCION

Dada la importancia cada vez más creciente del SIDA y habiendo aparecido en números anteriores artículos que trataban los aspectos psicológicos y sociales del problema, el presente artículo con el fin de dar una visión complementaria y más global, ahondará tanto en las bases biológicas y epidemiológicas del SIDA como, mediante una pequeña encuesta, en cómo perciben los pacientes de SIDA su situación personal.

El presente trabajo es meramente divulgativo y aparecen numerosos cuadros y tablas cogidos de otros autores, dichos cuadros y tablas fueron expuestos en el Curso de Formación en Drogodependencias realizado por el Colegio Oficial de Psicólogos en noviembre de 1989.

2. CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Concepto y etiología

La causa del SIDA fue motivo de varias hipótesis, hasta que dos grupos de investigadores publicaron el hallazgo de dos virus similares en pacientes afectados de SIDA y síndrome linfadenopático.

El agente del SIDA es un retrovirus que posee una transcriptasa e infecta a las células Facilitadoras (T-Helper, Th, T4).

El virus ha sido aislado en sangre, saliva, semen de individuos sanos con riesgo; en sangre, médula ósea, ganglios linfáticos, plasma y saliva de individuos con complejo relacionado con el SIDA, y en sangre, saliva, lágrimas, semen, líquido cefalorraquí-

deo y biopsia cerebral de pacientes con SIDA.

Su tropismo por las células T. Facilitadoras (TH) provoca una alteración importante en el sistema inmunitario al alterar cualitativamente dichas células.

Una característica peculiar de este virus es que se puede aislar tanto en individuos con o sin anticuerpos frente a él, y en individuos con o sin síntomas de enfermedad, desconociéndose el tiempo que el individuo puede permanecer infectado con el virus antes de desarrollar los síntomas o incluso si puede permanecer infectado el resto de su vida sin llegar a desarrollar la enfermedad.

Epidemiología

Una de las características del SIDA es que parece ser una enfermedad que afecta a diferentes grupos sociales, por su alta letalidad y por la ausencia de medidas terapéuticas específicas. Las características de esta enfermedad hacen que sea considerado un problema para la salud pública y por lo tanto, un problema social. Se considera grupos de riesgo a:

- Varones homosexuales o bisexuales con alta frecuencia de relaciones.
- Compañeros sexuales de pacientes con SIDA.
- Compañeros sexuales de personas de alto riesgo.
- Adictos a drogas por vía parenteral.
- Pacientes hemofílicos, tratados con derivados sanguíneos.
- Postransfusionados.
- Niños.

Reservorio

El hombre enfermo o portador de virus.

Modo de transmisión

Por vía parenteral

Semejante a la hepatitis B (inoculación por esta vía de sangre, plasma y otros derivados hemáticos, uso de agujas, jeringuillas y otros instrumentos contaminados).

Por vía sexual

Con pacientes o población considerada como riesgo.

Por transmisión vertical

Hay indicios de la posible transmisión del virus, ya sea por vía transplacentaria o bien a través de contactos del feto con sangre o fluidos orgánicos en el momento del parto.

Período de incubación

Entre unos meses y varios años (2 a 8á). El período en niños parece más corto que en adultos.

Características de los pacientes

En Europa en 1985 de los 1.226 casos notificados son en un 12% de origen africano (1985).

En el mismo año entre los casos europeos autóctonos (un total de 1.011), el:

- 80'02% son homosexuales o bisexuales.
- 4'75% son drogadictos por vía parenteral.
- 3'76% son hemofílicos.
- 1'98% son personas transfundidas.

Su distribución por grupos de riesgo es la siguiente (véase tabla I):

En España (1985) hay una existencia de 83 casos, de ellos corresponden 78 casos a hombres y 5 a mujeres, el número de fallecidos era de 60, lo que supone el 72'29%.

En cuanto a su *patología*:

Las infecciones oportunistas, solas o acompañadas de sarcoma de Kaposi son las

más frecuentes, destacando la neumonía por pneumocystis carinii.

En la distribución por grupos de riesgo se aprecia que el grupo más afectado corresponde a drogadictos por vía parenteral (43'38%), seguido por homosexuales/bisexuales (26'51%) (véase tabla II).

En la tabla III la distribución se expone por edades, apreciándose una mayor incidencia de los casos de los 20 a los 29 años, y de los 30 a los 39 años.

Y en la tabla IV se ofrece la distribución geográfica de los casos de SIDA en España (3 de diciembre de 1985).

SIDA y diagnóstico

Según las conclusiones expuestas en la Conference of State and Territorial Epidemiologist, celebrada en Madison (Wisconsin) en 1985 se precisó que:

1. En ausencia de enfermedades oportunistas, serán considerados pacientes de SIDA los pacientes con una serología o virología positiva frente al VIH, cuando presenten:

- Histoplasmosis diseminada.
- Isosporiasis.
- Candidiasis.
- Linfoma no hodgkiniano.
- Sarcoma de Kaposi.

2. Deberán excluirse de los casos de SIDA:

- Ausencia de anticuerpos VIH.
- Ausencia o disminución de linfocitos T facilitadores/linfocitos T supresores.

COMPLEJO RELACIONADO CON EL SIDA

Para que un paciente pueda ser considerado con este síndrome debe presentar dos o más de los signos y/o síntomas y dos o más de los valores normales de laboratorio que a continuación se mencionan:

Signos/síntomas clínicos

- Situación crónica inexplicada presente durante tres meses o más.
- Linfadenopatías en dos o más localizaciones inguinales.
- Pérdida de peso igual o mayor a 7 Kg.
- Fiebre de 38° continua o intermitente.
- Diarrea.

TABLA I

| Grupos de riesgo | N.º de casos | % |
|---|--------------|--------------|
| 1. Hombres homosexuales y/o bisexuales | 809 | 80.02 |
| 2. Drogadictos (IV) | 048 | 04.75 |
| 3. Hemofílicos | 038 | 03.76 |
| 4. Transfundidos (sin otros factores de riesgo) | 020 | 01.98 |
| 5. Grupos 1 y 2 | 015 | 01.48 |
| 6. Sin factor de riesgo conocido: | | |
| Hombres | 049 | 04.85 |
| Mujeres | 025 | 02.47 |
| 7. Desconocidos | 007 | 00.69 |
| TOTAL | 1.011 | 100.0 |

TABLA II

| Grupos de riesgo | N.º casos | % | N.º fallecidos |
|---------------------------------------|-----------|--------------|----------------|
| Homosexuales/bisexuales | 22 | 26.51 | 13 |
| Homosexuales y drogadictos I. V. | 3 | 03.62 | 2 |
| Drogadictos por vía I. V. | 36 | 43.22 | 29 |
| Hemofílicos | 17 | 20.49 | 14 |
| Otros | 2 | 02.41 | — |
| No conocido | 3 | 03.62 | 2 |
| TOTAL | 83 | 100.0 | 60 |

TABLA III

| Grupos de edad (años) | N.º casos | N.º fallecidos |
|-----------------------|-----------|----------------|
| 1 - 4 | 2 | — |
| 5 - 9 | 2 | 1 |
| 10 - 19 | 7 | 5 |
| 20 - 29 | 32 | 25 |
| 30 - 39 | 30 | 20 |
| 40 - 49 | 8 | 7 |
| 50 - 59 | 2 | 1 |

TABLA IV

| Lugar de residencia | N.º casos |
|---------------------|-----------|
| Cádiz | 1 |
| Barcelona | 21 |
| Madrid | 25 |
| Guipúzcoa | 5 |
| Murcia | 1 |
| Toledo | 3 |
| Valencia | 5 |
| Vizcaya | 2 |
| Sevilla | 5 |
| Huelva | 1 |
| Málaga | 3 |
| Mallorca | 2 |
| Pontevedra | 2 |
| Valladolid | 1 |
| Asturias | 1 |
| Córdoba | 2 |
| La Coruña | 1 |
| Navarra | 2 |

- Fatiga malestar.
- Sudores nocturnos.

MANIFESTACIONES CLINICAS Y LESIONES ANATOMOPATOLOGICAS MAS FRECUENTES

- Manifestaciones cutáneas (prurito, intertigo, urticaria, erupciones, etc.).
- Manifestaciones pulmonares (neumonías por pneumocystis carinii, etc.).
- Manifestaciones neurológicas (afasia, paresias, convulsiones o alteraciones sensoriales, etc.).
- Manifestaciones digestivas (síndrome esofágico, diarreico, cólico, etc.).
- Infecciones oportunistas.

DATOS DE LABORATORIO

- Disminución del número de células T-Facilitadores.
- Disminución del cociente linfocitos T-Facilitadores/linfocitos T-Supresores.
- Anemia, leucopenia, o trombocitopenia, o linfopenia.
- Aumento de los niveles de globulina séricas.
- Disminución de la respuesta blastogénica de los linfocitos a los mitógenos.
- Alergia cutánea a múltiples antígenos, evidenciada mediante pruebas cutáneas.
- Aumento de los niveles de inmunocomplejos circulantes.

PRUEBAS DE LABORATORIO

En ningún caso debe plantearse un diagnóstico de SIDA solamente por pertenecer a un grupo de riesgo, o por la presencia de anticuerpos VIH confirmados.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida supone la existencia de una infección oportunista y/o determinada neoplasia en pacientes con una alteración inmunológica provocada por la infección de un virus linfotrópico (VIH) que afecta las células Facilitadoras (T-Helper, T4) que penetra en ellas a través de los marcadores T4.

Las pruebas de laboratorio recomendadas son:

- Estudio inmunológico.
- Estudio virológico.

Hasta el momento se están desarrollando numerosas pruebas. Las perspectivas hasta ahora son:

- AZT (Retrovir).
- Tratamiento de las infecciones oportunistas.

Información y consejos para la prevención

En el caso de personas drogodependientes:

Prevención de la transmisión parenteral

- Abandonar el uso de la droga.
- No compartir jeringas, ni agujas.
- No establecer relaciones sexuales con alguien que padezca SIDA.
- En el caso de haber mantenido relaciones con algún paciente de SIDA, no sig-

nificaría haber concebido la enfermedad, pero se debe reducir el contacto a cero.

- No compartir cepillos de dientes, maquinillas de afeitar, cortauñas, o cualquier objeto que pueda estar en contacto con la sangre.
- Comunicar a su médico, enfermero/a, podólogo, acupuntor, estomatólogo, etcétera.
- No donar esperma, sangre, órganos, tejidos o cualquier otro fluido orgánico.

Prevención sexual

- Utilizar preservativos todo el coito.
- Eliminar el contacto por vía anal.
- Eliminar el contacto anal/bucal (anilingus).
- Evitar eyacular en la boca y la ingestión del esperma.
- No quedar embarazada y/o utilizar métodos anticonceptivos.

Consejos

- Vida regular.
- Alimentación sana.
- Deporte no violento.
- Asistencia psicológica.

Psicología y SIDA

Muchas personas aún estando bien informadas sobre la enfermedad, continúan practicando los comportamientos de riesgo. Debido a ello, queremos resaltar la importancia de que se lleven a cabo campañas de prevención eficaces.

Sabemos que sólo se podrá ofrecer una verdadera solución cuando se cree un agente antivírico y una vacuna:

- Eficaz para eliminar el virus.
- Sea poco tóxico.
- Su coste económico sea bajo.
- Fácil de adquirir y de administrar.

Pero realmente la solución para combatir la enfermedad e impedir su difusión son las *estrategias psicosociales*.

El único modo de combatir la epidemia sería interrumpir la cadena epidemiológica, consiguiendo que las personas sustituyan conductas de riesgo por las que no las son.

Así, se ha observado (Stall, Coates y Hoff, 1988) que el hábito de consumir al-

cohol, marihuana, u otras drogas antes o durante relaciones sexuales, incrementa la posibilidad de no cumplir las normas de prevención.

Sabemos que no solamente es importante el virus sino también la vulnerabilidad del organismo ante el mismo y éste varía en función de una serie de factores todavía no muy conocidos. Así por ejemplo, en un estudio realizado por Fischl, Dickinson, Scott, Klimas, Fletcher y Park (1987) realizado con 14 parejas, de las que al principio sólo era el hombre el infectado y continuaron manteniendo relaciones sexuales sin preservativo, tras un período de seguimiento que oscilaba entre uno y tres años, 12 de las mujeres fueron infectadas.

Se ha demostrado que los efectos emocionales negativos pueden influir en la enfermedad, «El estrés», escribe Ader (1984), no es una condición necesaria ni suficiente para el desarrollo de la enfermedad, pero sí es un factor de riesgo, el cual en combinación con estímulos patógenos y con otros factores del huésped, puede ser de designación etiológica de la enfermedad.

Por lo tanto, como objetivos complementarios podríamos establecer vida sana, buena alimentación, ejercicio físico adecuado, buenas prácticas higiénicas, así como la adquisición de buenas estrategias de afrontamiento ante situaciones productoras de ansiedad y depresión.

Uno de los comportamientos que más repercusiones ha tenido es el hecho de compartir jeringas, agujas, etc.

En un estudio realizado con prostitutas en un centro de Madrid, de una serie de 219 prostitutas (no drogodependientes desde 1985 a 1988) no se encuentra ninguna seropositiva. En una serie de 55 prostitutas drogadictas, la seropositividad alcanza el 65-75% (Ortiz, 1988).

En Nueva York, casi el 90% de los casos de transmisión heterosexual de la enfermedad proceden del contagio de un drogadicto por vía parenteral, el 80% de los casos es de transmisión perinatal, siendo drogadictos las madres o su pareja (Des Jarlais y Friedman, 1988).

PREVENCIÓN EN PERSONAS PORTADORAS DEL VIRUS ASINTOMÁTICAS

Una de las características importantes del virus es que permanece latente en un período de al menos 8 años desde que se

produce el contagio. Durante ese período el individuo no puede presentar síntomas.

Esta característica posee connotaciones importantes, algunas de tipo social, con notables resonancias a nivel económico y político, y otras de tipo individual y social:

1. Se ha calculado que de cada individuo diagnosticado de SIDA existen entre 90 y 100 portadores (se ha calculado que el coste de un paciente de SIDA es de 9 millones de pesetas). De no atajar la epidemia podría producir una crisis en nuestros sistemas.

2. Es preciso demostrar a las personas VIH+, que no sólo es un deber cívico, sino que puede beneficiarles de alguna manera su cambio en el comportamiento. Es posible que el virus permanezca «dormido» durante muchos años, por eso creemos que es la labor del portador «no despertarlo» creándose estímulos negativos que precipiten esta situación; por ejemplo, una de las situaciones negativas para el individuo sería el uso de drogas por vía parenteral, como es el caso de la heroína, ya que sabemos que produce en el individuo un efecto inmunodepresor. Evitando estos efectos nocivos se daría tiempo a la ciencia para que se desarrollase en este campo, ya que de alguna manera, en estos momentos lo único que podemos hacer es esperar.

3. Como hemos mencionado anteriormente, es necesario ayudar a estas personas, a enfrentarse al problema y a sus repercusiones en la vida cotidiana.

Es especialmente importante evitar la adopción por parte de los afectados, de dos estrategias de afrontamiento relativamente importantes y corrientes, como son:

- La negación del problema o actuar como si no existiese.
- La desesperanza o considerar que nada puede hacerse.

Algunas de las situaciones que para el individuo pueden constituir una amenaza serían aquellas que le producen una intensa reacción emocional, debido a su percepción de falta de control sobre ellas:

1. Cuando se ha practicado o se cree haber practicado un comportamiento de riesgo.
2. Cuando valora la posibilidad de hacerse un estudio para averiguar si ha sido contagiado.
3. El tiempo que media entre dicha prueba y el diagnóstico.

4. El momento en que se ha comunicado el diagnóstico.

5. El tiempo que media entre la comunicación del diagnóstico y la comunicación a su pareja.

6. Cuando se percibe que otras personas lo tratan diferente, debido a que conocen o sospechan su enfermedad.

7. Cuando ve enfermar de SIDA o morir a una persona conocida.

8. Cuando sospecha que cualquier sintomatología va a despertar su enfermedad.

9. Y por último y fundamental en el momento en el que es diagnosticado de SIDA.

Información social y comportamiento

Sabemos que por muchos folletos explicativos o anuncios y programas didácticos en televisión que se hagan, y por muy bien hechos que estén, no va a resolverse el problema de la prevención del SIDA, debido a que lo que falla es el comportamiento del individuo.

Existen datos que nos indican que al menos en EE. UU., las propagandas de educación sexual para adolescentes, no tie-

nen ninguna relación con cambios en su conducta sexual, tales como: la frecuencia de «coitos» inseguros o disminuir la tasa de embarazos indeseados.

Según Bayés, un análisis funcional de la conducta nos permitiría hacer al menos algunas inferencias que se deben tomar en consideración, si queremos iniciar mínimamente un cambio de los comportamientos de riesgo:

Entre dichas inferencias tenemos:

- Los comportamientos de penetración sexual, y también los comportamientos de compartir jeringas, producen un inmediato placer.

- Las consecuencias nocivas del SIDA son a largo plazo.

- No existe una cadena de hechos, como por ejemplo, el empeoramiento progresivo o la aparición de una sintomatología creciente en frecuencia, intensidad o número de síntomas que vincule el momento de la infección con el inicio de la sintomatología sospechosa, o el diagnóstico de la enfermedad o la infección.

Los datos obtenidos mediante el análisis funcional de la conducta, indican que normalmente el individuo elige la estimulación cierta e inmediata, con independen-



cia de las consecuencias que en el futuro puedan derivarse de su acción, a no ser, que sea capaz de:

- a) Privarse de satisfacciones o demorarlas.
- b) Encontrar satisfacciones igualmente placenteras en comportamientos sin riesgo.

De este modo se puede conseguir:

- Descubrir comportamientos alternativos que proporcionen dichas satisfacciones.
- Suprimir de los comportamientos de riesgo aquellos elementos que les confieren su nocividad sin variar en lo posible las características de la satisfacción que proporcionan.

Según Bayés habría que proporcionar un adiestramiento y un apoyo personal para que las personas afectadas poseyeran el mejor grado de control posible, evitando las posturas de negación del problema, tanto de los afectados como los no afectados.

A la vez habría que intentar reducir al máximo el stress en este tipo de pacientes, ya que según Breier (1988) un stress incontrolable produce alteraciones en el sistema neurobiológico y conductual. Así mismo Krieger (1988) está intentando sistematizar una línea de actuación clínica para hacer frente a la ansiedad debida al problema del SIDA.

Para disminuir comportamientos de riesgo con pacientes drogadictos afectados de SIDA son necesarias tres condiciones, Megias (1988):

1. Asegurarse de que se conoce el riesgo y cuáles son los comportamientos de riesgo.
2. En segundo lugar disponer de elementos necesarios asequibles para ellos.
3. Es importante seguir la emergencia entre los drogadictos de nuevas normas de grupo que prescriban las conductas de riesgo de SIDA y apoyen las prácticas seguras.

CAMBIOS QUE SE PRODUCEN ANTE EL PROCESO DE ENFERMAR

Uno de los cambios más importantes son los que enmarcan la interacción del individuo con el medio asociados a cambios somáticos desagradables.

Estos cambios en los pacientes de SIDA se referían al temor que los portadores ma-

nifiestan a contagiarse a familiares unido al temor del rechazo social.

Christ y Wiemer hacen referencia en su trabajo a cinco tipos de respuestas ante el problema:

1. Abstinencia sexual.
2. Disminución de frecuencia en aquellas personas con alto nivel de actividad sexual y cambios frecuentes de pareja.
3. Abstinencias con amigos próximos y aumento de contactos anónimos.
4. Aumento de alcohol y drogas.
5. Desarrollo de pequeños grupos para el establecimiento de contactos sexuales.

Se sabe que en la información recibida de los afectados no existe un comportamiento homogéneo y generalizable, pero hay evidencias en sus manifestaciones de que no mantienen las mismas pautas de comportamiento anteriores.

Las reacciones de la sociedad afectan no sólo a los pacientes portadores de SIDA, sino también a otros grupos sociales que por ser marginales tienen más factores de riesgo.

Además estos grupos tienden a veces a un autoaislamiento, también producido por el temor y a su vez produce una menor estimulación social y desaparición de situaciones que antes eran gratificantes para ellos.

Otros cambios que se producen en el entorno del sujeto son los chequeos, pruebas, etc., que también cambian la vida cotidiana de los sujetos, añadiendo así otros elementos estresantes. Las dos características que más se hacen notar en los pacientes de SIDA serán:

1. *La ansiedad reactiva:*

- A nivel fisiológico:
 - Ritmo cardíaco.
 - Respuesta galvánica de la piel.
 - Aumento de las respiraciones, etc.
- A nivel cognitivo:
 - Pensamientos.
 - Creencias.
 - Atribuciones, etcétera.

• A nivel motor:

- Temblores.
- Respuestas evitación y escape.
- Inquietud, etcétera.

2. *La depresión reactiva. Algunas de las manifestaciones que desarrollan los pacientes son:*

- Nivel cognitivo:
 - Visión negativa de uno mismo.
 - Visión negativa del entorno.
 - Visión negativa del futuro.
 - Estructuración de esquemas pesimistas:
 - Utilización de adjetivos desmedidos.
 - Inferencias arbitrarias.
 - Abstracción selectiva.
 - Generalización.
 - Pensamientos absolutistas (TODO, NADA, SIEMPRE, NUNCA).
 - Maximización/minimización.
 - Indefensión.

Otro factor a tener en cuenta es la prevención de los comportamientos suicidas. Para ello se tendrán en cuenta tres factores:

- Factores indicativos de riesgo real.
- Factores psicológicos (depresiones).
- Relaciones del entorno, en donde se analiza el deterioro social y la existencia o no de apoyos.

Así como las fases por las que pasan los pacientes con enfermedades incurables y que según Kubler Rose son:

1. Negación.
2. Irritación, ira, agresividad.
3. Negación.
4. Depresión.
5. Aceptación resignación.

A continuación pasamos a describir el cuestionario que se utilizó con un grupo de pacientes hospitalizados y diagnosticados de SIDA, con el cual tratamos de comprobar cómo perciben su situación personal en relación a la familia, las amistades, la pareja, los profesionales sanitarios y la sociedad en general, así como las conclusiones a las que llegamos.

3. CUESTIONARIO

A) Familiar

1. ¿Qué crees que opinan tus padres de tu enfermedad?
2. ¿Tus padres te entienden y te comprenden?, si lo entienden, contesta la siguiente pregunta.
3. ¿Crees que tus padres te quieren ayudar?, si no lo entienden, contesta la siguiente pregunta.
4. ¿Te sientes triste cuando piensas que tus padres no te escuchan?

5. ¿Crees que tus padres están continuamente pensando en tu enfermedad cuando estás con ellos?

6. ¿Crees que tus padres piensan que eres culpable?

B) Amistades

1. ¿Qué crees que opinan tus amigos de tu enfermedad?

2. ¿Tus amigos se comportan de la misma manera que antes de estar enfermo?

3. ¿Prefieres estar solo o acompañado de tus amigos?

4. ¿Conoces a más gente, VIH+?

5. ¿Qué relación tienes con ellos?

6. ¿Tus amistades han influido en tu enfermedad?

7. ¿De qué forma?

C) Pareja

1. ¿Tienes pareja?

2. ¿Qué piensa tu pareja de tu enfermedad?

3. ¿Tu pareja también la padece?

4. ¿Tu relación es la misma que antes de estar enfermo?

Si no tienes pareja, contesta por favor a las siguientes preguntas:

1. ¿Te gustaría tener una pareja estable?

2. ¿Crees que tu enfermedad te impide tener una pareja?

3. ¿Si tienes una relación esporádica, comunicas previamente tu enfermedad?

D) Enfermeros/as y A. médica

1. ¿Qué crees que opinan los profesionales de la medicina de tu enfermedad?

2. ¿Crees que quieren ayudarte?

3. ¿Cambian su relación contigo cuando saben que eres VIH+?

4. ¿Estás satisfecho de cómo te tratan?

5. ¿Crees que piensan que tú eres culpable?

E) Social

1. ¿Qué crees que opina la gente de la enfermedad?

2. ¿Las personas se comportan de igual forma que antes de conocer que eres VIH+?

3. ¿Crees que el trato de la gente es el mismo que para otros tipos de enfermedad?

4. ¿En general, crees que piensan que eres culpable?

4. ANALISIS DE LA ENCUESTA

A partir de las respuestas de los sujetos a las preguntas que se realizaban en el cuestionario se pueden deducir algunos aspectos importantes de cómo perciben los propios enfermos sus relaciones con los otros a partir de estar diagnosticados de SIDA.

En el área familiar, y a través de las respuestas de los pacientes, se puede entresacar que se perciba la enfermedad como algo negativo, pero en el fondo subyace el intento de comprensión por parte de la familia.

En el área de los amigos, parece no cambiar demasiado la relación. Entre otros motivos puede ser debido, o bien a la comprensión y afecto hacia el paciente o bien debido al desconocimiento de la enfermedad. Cabe señalar también que aunque de algún modo se restringe el mundo de las amistades, por otro, hay nuevas relaciones con pacientes VIH+, produciéndose esto debido a su entrada en asociaciones de ayuda para enfermos de SIDA.

En cuanto a la situación de pareja las respuestas son muy diferentes. Por un lado aparece el hecho de que algunos de los encuestados no tenían pareja, en cambio los que referían tener pareja afirmaban que sus relaciones no habían sufrido cambios importantes, y los cambios efectuados estaban en relación con la necesidad de establecer cuidados preventivos e higiénicos específicos (relaciones sexuales).

Haciendo referencia al área social existe diversidad de opiniones, aunque en general piensan que la sociedad carece de información suficiente sobre el SIDA y entienden la enfermedad como: «de gente viciosa», «drogadictos», etcétera, llegando incluso a pensar que es un castigo.

Por último, el área médica resulta la más comprensiva, debido posiblemente a que poseen la información suficiente como para tratar a estos pacientes con profesionalidad.

5. CONCLUSION GENERAL

A nuestro entender, junto al esfuerzo que se está haciendo en la investigación

biológica, dirigida principalmente al análisis de las causas de la enfermedad es necesario una investigación de los factores psicosociales que intervienen en el proceso de transmisión del SIDA y que aumentan la vulnerabilidad del organismo ante el virus del SIDA.

BIBLIOGRAFIA

ARRANZ, P., y BAYÉS, R. (1988): «SIDA y prevención: Un enfoque multidisciplinario». *Jano*, 34, pp. 1.326-1.335.

ARRANZ, P.; MARTÍN VILLAR, J.; LÓPEZ, M. D.; GRANDA, M. J.; MAGALLÓN, M., y ORTEGA, F.: «La población hemofílica como grupo de alto riesgo: Modelo de intervención psicosocial». *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 17, pp. 485-498, 1986.

BAYÉS, R.: «Drogodependencias, Psicología y SIDA». *Comunidad y Drogas*, 12, pp. 11-21, 1989.

BAYÉS, R.; RIBES IÑESTA, E.: «Un modelo psicológico de enfermería. Su aplicación al caso de SIDA». *Papeles del Psicólogo*, pp. 41-42, 122-125, 1989.

GARCÉS I FERRER, J.: «SIDA i Serveis Socials». *Informació Psicològica*, número 46, pp. 46-49, 1991.

GARCÉS I FERRER, J.: «SIDA y Servicios Sociales. Ensayo sobre respuestas». *Informació Psicològica*, número 47, pp. 48-54, 1991.

GARCÍA HUETE, E.: *Aspectos Psicológicos: evolución, prevención, intervención. SIDA: Un problema de Salud Pública*. Ed. Díaz de Santos, S. A. Madrid, 1987.

Información sobre el SIDA. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat y Consum. 1991.

«Informe de las Conclusiones del I Congreso Internacional de Prevención de ETS y SIDA». *Enfermería Integral*, número 12, 1988.

KENEDY, R. M.: «SIDA: enfrentarse al miedo». *Nursing*, vol. 5, número 9, pp. 38-42, 1987.

MICÓ ESPARZA, J. L.; et. al.: «Lo que la enfermería debe saber sobre el SIDA y su prevención». *Enfermería Integral*, número 11, pp. 19-24, 1988.

PRATT, R. J.: *Implicaciones en enfermería*. Ed. Doyma. Barcelona, 1988.

Revision of the CDC surveillance case definition of Acquired Immunodeficiency Syndrome MMWR, 36: 35-155. Center for disease control. 1987.

ROIG, A.; HEIMAN, C.; PART, T.; PÉREZ R.; ROMERO, J.: «Uso colectivo de jeringas y otros hábitos de consumo de heroína». *Comunidad y Drogas*, 4, pp. 47-53, 1987.