



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

MECANISMO DE NEGACION Y SU RELACION CON  
LA INFECCION POR EL VIH

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A :**

**ALMA AZUCENA LOPEZ MUÑOZ**

CON LA ASESORIA Y DIRECCION DE LA  
LIC. SOFIA RIVERA ARAGON

MEXICO, D. F.

1991

TELIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

### CAPITULOS:

	PAGINAS
I.- INTRODUCCION	1
II.-ASPECTOS GENERALES DEL SIDA	4
III.-ESTRUCTURA PSQUICA.	11
a) EL ELLO	11
b) EL YO	12
c) EL SUPERYO.	14
d) MECANISMOS DE DEFENSA	18
IV.-NEGACION	21
a) ETAPAS SEGUN LA DRA. KUBLER ROSS	21
b) ¿ POR QUE NEGAR?	23
c) NIVELES DE NEGACION SEGUN LA DRA. WEISMAN	27
d) EL YO Y LA RELACION CON EL ACTO DE NEGAR.	29
e) LA RELACION ENTRE LA MUERTE Y LA NEGACION.	31
f) EL ESTIGMA DE SABERSE SEROPOSITIVO A HIV O CON SIDA.	36
V.-INVESTIGACIONES	39

VI.-METODOLOGIA	49
a) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	49
b) OBJETIVOS	49
c) HIPOTESIS	49
d) VARIABLES	51
e) SUJETOS	55
f) ESCENARIO.	55
g) TIPO DE INVESTIGACION	55
h) DISEÑO DE LA INVESTIGACION.	55
i) INSTRUMENTO.	56
j) PROCEDIMIENTO.	57
VII.-RESULTADOS.	58
VIII.-DISCUSION Y CONCLUSION.	83
IX.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO.	91
SUGERENCIAS EN BASE AL ESTUDIO REALIZADO.	92
IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.	93
BIBLIOGRAFIA	
APENDICES	

## INTRODUCCION

El SIDA es una enfermedad crónica que afecta al sistema inmunológico atacando las células T y provocando diferentes enfermedades oportunistas; las personas que lo padecen se ven amenazadas a enfermar y/o morir en cualquier momento. Como se sabe, hasta el momento no hay medicamento confiable para mantener a los afectados asintomáticos por un largo periodo de tiempo sin que ocasionen efectos colaterales.

Esta enfermedad tiene graves implicaciones de índole social, económico, familiar y de pareja, debido a que en nuestro país la principal forma de transmisión es por vía sexual.

Lo que ha provocado mayor inquietud es que esta enfermedad se considera propia sólo de grupos estigmatizados como homosexuales, drogadictos y prostitutas, y, por lo tanto, se piensa que toda persona infectada pertenece a esos grupos (como si el virus fuera seleccionándolos únicamente a ellos).

Por ello la enfermedad se convierte en un castigo por tener prácticas "anormales" y "amorales".

Esto tiene un doble filo ya que tanto la gente heterosexual como los que no pertenecen a estos grupos no tienen los cuidados necesarios para no infectarse; Es necesario que cada persona se informe y se prevenga ante esta pandemia.

Esta enfermedad causa un severo impacto a nivel emocional debido a la forma de pensar y a los valores morales que se manejan, además del miedo a la muerte, pues desde su inicio esta enfermedad se dio a conocer como algo que ponía fin a la vida. Esto significa una derrota ante todos los esfuerzos del ser humano por prolongar la vida sin fijarse en los sufrimientos provocados por ello, además de recordarle al hombre que todavía tiene limitaciones con respecto a la naturaleza.

Al respecto la Dra. Kubler-Ross(1982) decía que el hombre se cree inmortal y por ello le es tan difícil imaginarse su propia muerte.

Este dolor a la muerte es enfrentado por los médicos, el personal de salud y los familiares como si nada pasara les ocultan a los pacientes la verdad y, en momentos les infunden falsas esperanzas; todo esto hace sentir solo al paciente, privándolo de la posibilidad de compartir la realidad que él ya conoce .

El factor económico afecta a las familias de los pacientes pues los medicamentos y cuidados llegan a ser costosos y por lo mismo existe un gran dolor al no poder seguir prolongando la vida. No se dan cuenta que tal vez sería mejor compartir momentos importantes junto al paciente, como platicar, leerle un libro, etc.

De esta manera vemos cómo el paciente se enfrenta a una problemática nueva a partir del diagnóstico de la enfermedad .Es por esto que el paciente seropositivo recurre a la negación , que es un mecanismo de defensa que se utiliza cuando una situación resulta dolorosa y angustiante.

Después de entender el SIDA como algo "malo" de lo que sólo se debe esperar la muerte, se les cataloga como "tontos" por infectarse,y a continuación el paciente recurre a la negación de manera inconciente para no sentirse como "perdedor de la vida", para poder seguir luchando por las cosas deseadas y planeadas, para no sentir que en una angustia tal esta solo y nadie es capaz de decirle un "estoy aquí, a tu lado".

Por lo anterior pensamos que es importante poder detectar a tiempo cuáles son las causas que subyacen en el paciente para recurrir a la negación; ya que negar, en este caso, podría influir en la propagación del virus y el poder saber en qué nivel se encuentra, de acuerdo a la Dra. Weisman (1972), permitirá ayudarlo más rápido y directamente, tanto para aceptar su seropositividad como para prevenir la posible transmisión a los demás, la reinfección, y además se podrá orientar al paciente seropositivo en las medidas que permitan el desarrollo de su cotidianidad de la mejor manera posible.

En el primer capítulo se describe todo lo referente al SIDA: formas de transmisión, etapas por las que pasa un seropositivo y enfermedades provocadas por el VIH.

En un segundo capítulo se nombran las instancias psíquicas, el ello , el yo y el superyó, y la formación de los mecanismos de defensa.

En el tercer capítulo se menciona el mecanismo de negación, sustentado principalmente por los trabajos de la Dra. Kubler-Ross(1982) y la Dra. Weisman (1972).

En el capítulo cuarto se plasman una serie de investigaciones referentes al mecanismo de negación con respecto a diferentes enfermedades terminales, como el SIDA o el cáncer.

Se pretende que este trabajo permita conocer más los mecanismos psicológicos con los que el paciente seropositivo a HIV responde, para poder entender , comprender y ayudar mejor a los seres humanos que tienen el padecimiento.

## CAPITULO II



## ASPECTOS GENERALES DEL SIDA

Al inicio de los años 80 surgió el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que es una enfermedad, hasta hoy, mortal. Su principal forma de transmisión es a través de las relaciones sexuales con personas infectadas, las transfusiones de sangre contaminada y la vía perinatal.

El SIDA se presentó en su inicio en hombres jóvenes homosexuales, desconcertando a los médicos pues éstos presentaban con enfermedades poco comunes entre la gente joven.

A mediados de 1983, investigadores del Instituto Pasteur en París, dirigido por el Dr. Luc Montagnier, aislaron un nuevo retrovirus de un varón homosexual con Linfadenopatía generalizada persistente (LGP). Después en América, el Dr. Robert Gallo anunció que en varios centros se había aislado un nuevo retrovirus en personas con SIDA, el problema era que no lo pudieron desarrollar en cantidades suficientes, ni reproducir su transmisión a otras células para poder compararlo y saber si era lo que originaba el SIDA.

Se piensa que el origen del VIH fue en África, ya que el familiar más cercano conocido del virus del SIDA es STLV - III que se encuentra en los monos verdes y macacos de África. Sin embargo, el HIV es un mutante, ya que sus consecuencias son diferentes.

En 1981 y 1982 se habla de los " grupos de riesgo "

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

Sin embargo, después se supo que lo que estos grupos tenían en común son las relaciones sexuales, pues el semen, los fluidos vaginales y la sangre son los que tienen mayor concentración de VIH.

Las pruebas de laboratorio para detectar los anticuerpos producidos por el VIH son E.L.I.S.A. ( inmunoabsorbencia ligada a enzimas ) y la Western Blot. Las pruebas se pueden llevar a cabo mínimo tres meses después de haber estado en contacto con el virus. Pocos son los casos que se seroconvierten de 12 meses a 3 años (D.Miller, 1989).

El HTLV - III infecta a un subgrupo de linfocitos de sangre periférica, las llamadas células T colaboradoras, que tienen a su cargo muchas de las funciones del sistema inmunológico celular. Las células infectadas pierden su capacidad funcional y mueren prematuramente causando las enfermedades oportunistas ( Miller, et.al. 1989 ).

El VIH ataca al sistema inmunológico del organismo; por lo tanto, las primeras manifestaciones son muy variadas. Al inicio de la infección es poco común que se presente alguna enfermedad; pero si ocurre alguna, ésta sería como una fiebre glandular en la que se presentaría hipertermia, acompañada de tumefacción generalizada de los ganglios linfáticos, molestias y dolores en músculos y articulaciones, o faringitis, y en algunas ocasiones, un exantema; Estas manifestaciones suelen durar de 3 a 14 días y se le conoce como " Enfermedad retrovirus aguda ".

En el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ), se realizó una investigación, en la cual las manifestaciones más frecuentes del SIDA en 19 pacientes ( 20.4%) fue el Sarcoma de Kaposi y en 4 (4.3 %), fue diarrea. Las manifestaciones previas al diagnóstico del SIDA fueron fiebre, diarrea, pérdida de peso y debilidad generalizada.

Los agentes infecciosos más frecuentes fueron: Candida albicans (68.8%), citomegalovirus (35.5%), micobacterias (26.8%) y virus del herpes simple, Pneumocystis carinii y Cryptosporidium (22.5%).

Estos síntomas son similares a la Fiebre glandular clásica (mononucleosis infecciosa), que es una enfermedad mucho más común. En esta etapa el HIV muy rara vez, afecta al sistema nervioso. Esta invasión se presenta como meningitis, que produce cefalea intensa, fiebre e incapacidad para tolerar la luz. Cualquier enfermedad que se presente al momento de la infección del VIH desaparecerá con un leve tratamiento o ninguno.

Cuando una persona ha estado infectada por meses o años, se presenta una tumefacción generalizada de los ganglios linfáticos, en especial en la nuca o en las axilas. Este trastorno se conoce como linfadenopatía generalizada persistente (LGP). Los ganglios deben ser mayores de 1 cm. de diámetro en dos diferentes áreas del cuerpo, cuando menos durante 4 meses; el tamaño puede variar si la persona se expone a estrés o cansancio (D. Miller, 1989).

Ni la tumefacción glandular ni las molestias deben preocupar, ya que son un indicio de que el cuerpo infectado por el VIH está luchando. Sin embargo, cuando las molestias aumentan deben de tomarse cuidados. Sólo cuando los ganglios han permanecido tumefactos durante mucho tiempo y después desaparecen, deberán tomarse en consideración.

Las personas positivas a anticuerpos, con o sin linfadenopatía, son propensas a algunos trastornos comunes de la piel. El más frecuente es la dermatitis seborrèica, que causa enrojecimiento y descamación en el área de las cejas y el bigote, los pliegues en ambos lados de la nariz y el tronco de cuerpo y los miembros superiores e inferiores. Otros trastornos comunes en gente seropositiva son: foliculitis (una infección de los folículos pilosos), xeroderma (piel seca), infecciones bacterianas y micóticas de la piel y herpes (una reactivación dolorosa del virus de la varicela que origina un exantema en cara o tronco y que prácticamente siempre se limita a un lado del cuerpo), (D. Miller, 1989).

Otros síntomas que ocurren en personas seropositivas y que, además muestran un deterioro del sistema inmunológico aunque no se pueda decir que ya está presente el SIDA son : fiebre o diarrea que persiste por más de un mes y pérdida de más del 10% del peso corporal. Otro síntoma es que el cepillo dental cause manchas blancas o dolor en las encías; se dice que las personas que tienen estos síntomas padecen un Complejo relacionado con el SIDA (CRS). Los pacientes con estos síntomas pueden ser más propensos a desarrollar SIDA.

La fatiga, que puede ser muy intensa, se presenta en pacientes con linfadenopatía generalizada persistente (LGP) o con SIDA.

El SIDA, como tal, se presenta en pocas personas infectadas por el VIH. No se sabe con exactitud qué personas infectadas con el virus desarrollarán el SIDA en un futuro. Cuando se desarrolla el SIDA se presentan las llamadas enfermedades oportunistas, se les dice oportunistas porque, en condiciones normales, los diferentes virus no causarían enfermedad alguna.

Es importante resaltar que todas las enfermedades que presentan los pacientes con SIDA se originan por reactivación de un microorganismo, es decir, el enfermo lo ha alojado desde tiempo atrás; no es ocasionado por microorganismos adquiridos recientemente.

Existen tres principales enfermedades oportunistas que ponen en peligro la vida del enfermo:

Las que afectan 1.-los pulmones, 2.-al intestino  
y 3.-al sistema nervioso.

Casi la mitad de las personas con SIDA presentan una infección pulmonar; la mayoría de las veces con problemas respiratorios, como la neumonía provocada por *Pneumocystis carinii*; Este microorganismo se encuentra en la mayoría de las personas, pero sólo causa problemas a personas inmunodeprimidas.

Las infecciones que afectan al intestino pueden ser variadas como la candidiasis conocida como algodoncillo, causada por el microorganismo *Candida albicans*.

Varias infecciones pueden causar diarrea. La más común es la originada por un microorganismo llamado *Cryptosporidium*. Otra manifestación puede ser una ulceración grave en la región anal por herpes genital; (D. Miller).

El sistema nervioso también puede ser atacado en diferentes formas por el VIH. La más común se llama encefalitis subaguda y causa una pérdida gradual de las funciones intelectuales, que pueden progresar hasta la demencia grave. En ocasiones, el HIV afecta a la médula espinal en su porción baja y provoca anomalías sensoriales. Un hongo llamado *Cryptococcus* puede producir meningitis (una inflamación de las membranas que cubren el cerebro y la médula espinal) que se manifiesta con cefalea y fiebre persistente, además de fotofobia (intolerancia anormal a la luz), (D. Miller, 1989).

Otros pacientes pueden presentar toxoplasmosis cerebral, que causa crisis convulsivas, cefalea, somnolencia y debilidad de uno o varios miembros (D. Miller, 1989).

Un virus llamado citomegalovirus (CMV) puede inflamarse la retina de uno o ambos ojos, originando un trastorno conocido como retinitis CMV, que deteriora la visión y, si no se trata, puede progresar hasta la ceguera.

El tumor más común que afecta a pacientes con SIDA es una forma de cáncer cutáneo llamado sarcoma de Kaposi (SK). Este padecimiento se había encontrado en hombres de edad avanzada de ascendencia mediterránea en África central, aunque es diferente del SK por SIDA que se observa en México.

El sarcoma de Kaposi por SIDA casi siempre es más agresivo que los otros tipos. Suele comenzar en la piel, pero a diferencia del tipo clásico, es posible que comience en cualquier parte de la superficie cutánea. En etapa inicial se presenta de color rosa o violáceo, sin dolor ni prurito. Con el tiempo, las lesiones pueden aumentar de tamaño, aparecer en cualquier parte de la piel y diseminarse a órganos internos.

En ocasiones, el sarcoma de Kaposi suele presentarse en un ganglio linfático, otras veces puede ser en el aparato digestivo, cuya primera lesión puede presentarse en el paladar. Las lesiones en el intestino pueden tener hemorragia y causar anemia. Puede invadir el cerebro o pulmones y esto es particularmente grave. (D. Miller, 1989).

En la investigación que se realizó en el INNSZ (1987), se vio que la sobrevivencia media de los pacientes que iniciaron el síndrome con sarcoma de Kaposi fue a la semana 36, mientras que para aquellos que iniciaron con una infección oportunista fue a la semana 21.

Un tumor mucho menos común en pacientes de SIDA es el linfoma de Hodgkin, que es un cáncer del tejido linfático, es decir el tejido que se encuentra principalmente en los ganglios linfáticos.

El SIDA, además de ser una enfermedad temida por las consecuencias fatales que pueden llevar a la muerte, se ha convertido en una enfermedad llena de tabus, y la persona que se infecta teme comentarlo por varias razones: primero, porque eso implica la demostración de un ejercicio de la sexualidad con una preferencia sexual, ya sea homosexual o bisexual, segundo por el temor a ser abandonado y finalmente por miedo al contagio de VIH.

Los grupos más afectados por esta enfermedad son los homosexuales, después los bisexuales y con menor frecuencia, hasta el momento, los heterosexuales; aunque se estima que el índice de infectados en este último grupo puede aumentar indiscriminadamente, si no hay un mayor control y cuidado.

Sin embargo, en estos momentos en que el grupo homosexual esta más afectado la enfermedad, lleva un doble estigma pues se piensa que la persona infectada lleva una vida homosexual o bisexual, que en nuestra cultura no es aceptada como un estilo de vida; por lo tanto, cuando a una persona se le informa que es seropositiva, comienza con una serie de cuestionamientos internos y se pregunta a quién le va a decir, cómo y en qué momento; y si su preferencia no es aceptada por la sociedad cuestionará que va a decir primero: si su preferencia, o que está infectado del VIH. Estos conflictos se unen al temor del momento en que se desarrolle el SIDA.

Como resultado de todos estos temores, el paciente seropositivo a VIH comienza con un " dolor psíquico" que no le permite realizar las actividades que son necesarias o indispensables como es el trabajo, la relación con su pareja y los demás. Al sentirse mal emocionalmente e incapaz para poder seguir involucrado en las exigencias diarias, comienza a desarrollar una serie de recursos defensivos que le permitan obstaculizar y limitar la llegada del recuerdo doloroso, para así, poder realizar sus actividades con mayor eficacia y éxito. El paciente desarrolla los llamados mecanismos de defensa.

### CAPITULO III



## ESTRUCTURA PSÍQUICA

Freud menciona que la personalidad total está integrada por tres sistemas principales: el Ello, el Yo y el Superyó. Al funcionar en cooperación y en forma armónica le permiten al individuo relacionarse de manera eficiente y satisfactoria con su ambiente: por lo tanto, el hombre podrá realizar sus necesidades y deseos básicos. Al contrario, cuando los tres sistemas están en desacuerdo, la persona está inadaptaada, insatisfecha consigo misma y con el mundo, y su eficacia se reduce.

### a) EL ELLO

Para Freud (1926), el Ello es la estructura psíquica más arcaica; Lo define como el reservorio de la libido, continente de todas las pulsiones instintivas, las pulsiones de vida.

En el Ello se encuentra todo lo reprimido que para el Yo es doloroso; Contiene todas las pulsiones y aspiraciones eróticas que el Yo trata de rechazar por medio de la represión. El Yo lucha para que el Ello retarde o abandone su objetivo de amor y para reparar esto toma rasgos del objeto para ser amado por él mismo. Así, el Yo cambia la libido objetal en libido narcisista y resigna las metas sexuales; desexualiza y, de alguna manera, conlleva a la sublimación.

El Ello no puede vivenciar o experimentar ningún destino exterior si no es por medio del Yo. Existen dos variedades de pulsiones: las pulsiones sexuales y las de autoconservación, que son atribuidas al Yo; la pulsión de muerte, encargada de reconducir al ser vivo al estado inerte.

Las pulsiones eróticas nos parecen más plásticas, desviables y desplazables que las pulsiones de destrucción. La libido desplazable trabaja al servicio del principio del placer a fin de evitar éxtasis y facilitar descargas.

El Ello, guiado por el principio del placer, se defiende por varios caminos, cediendo con rapidez a los reclamos de la libido por la satisfacción de las aspiraciones sexuales.

Al principio de la vida, toda la libido está acumulada en el Ello, pues el Yo se encuentra endeble. El Ello envía parte de esta libido a los objetos y con esto el Yo se fortalece y se apodera de la libido de objeto; se impone al Ello como objeto de amor, es decir, que el narcisismo del Yo es secundario, ya que es sustraído de los objetos.

#### b) ELYO

El Yo se forma por el contacto con el mundo exterior; es el representante de la realidad, de la razón y de la prudencia. El trabajo que tiene el Yo es hacer valer sus propios propósitos a pesar del Ello. Debe de poner el principio de la realidad por encima del principio del placer

Calvin S. Hall ( 1974) menciona que la finalidad del principio de la realidad es demorar la descarga de energía hasta que haya sido descubierto o presentado el objeto real que satisfaga los deseos y necesidades. El principio de la realidad tiene a su servicio al proceso secundario, y éste consiste en descubrir la realidad mediante un plan de acción desarrollado por la razón.

El Yo se conforma por todas las identificaciones. La identificación significa que el Yo toma propiedades del objeto y por lo tanto, el individuo logra tener una gran variedad de identificaciones a lo largo de su vida. La primera identificación es con el padre o madre, en la etapa edípica. El obstáculo para la realización de deseos del edipo es el Yo, que se fortalece para ejercer la represión. Cuanto más intensa y rápida es ésta, más poderoso será el imperio del Superyo ( conciencia moral ) sobre el Yo.

La identificación es la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona. En la génesis de la homosexualidad el joven está fijado a su madre en el sentido del complejo de Edipo durante un tiempo e intensidad grandes. El joven se identifica con la madre y busca objetos que lo puedan amar y cuidar como lo hizo de ella.

El Yo lucha por encontrar el placer, ya que el displacer es mucho muy desgastante y causa una gran elevación de la investidura energética.

El Yo se encuentra bajo la influencia de las percepciones; se enriquece a raíz de todas las experiencias de vida que le vienen de afuera, pero el Ello es su otro mundo, el interior, al que procura someter. Media entre el mundo exterior y el Ello, hace que el Ello obedezca al mundo y que el mundo haga justicia al deseo del Ello, además de ser auxiliar del Ello, es un siervo que corteja el amor de su amo.

En Más allá del principio del placer, Freud (1920) dice que en el interior del Yo es mucho lo inconciente, lo que se llama el núcleo del Yo.

El Yo se ve sometido a tres peligros: de parte del mundo exterior, de la libido del Ello y de la severidad del Superyó. Se ve enfrentado a tres variedades de angustia (la angustia instintiva, objetiva y la de conciencia), debido a que ésta es la expresión de una retirada frente al peligro.

El único mecanismo posible ante la angustia de muerte sería que el Yo diera de baja en gran medida su investidura libidinal narcisista y, por lo tanto, se resignase a sí mismo. La angustia de muerte se juega entre el Yo y el Superyó.

La angustia de muerte puede ser concebida como un procesamiento de la angustia de castración.

Las pulsiones de muerte son tratadas de diversas maneras en el individuo: en parte se tornan inofensivas por mezclarse con componentes eróticos, en parte se desvían hacia afuera como agresión (ya que entre más se sujete la agresión, aumentará la inclinación del ideal a agredir a su Yo), pero en buena parte siguen trabajando en su interior sin ser obstaculizadas.

Desde el punto de vista moral, el Ello es amoral; el Yo se empeña por ser moral y el Superyó puede ser hipermoral y volverse tan cruel como sólo puede serlo el Ello.

Se debe al Yo que el sentimiento de culpa permanezca inconciente, ya que suele emprender las represiones al servicio y por encargo del Superyó. En el Yo hay una instancia de crítica y observación de sí ( el ideal del Yo, el censor y la conciencia moral). En el Yo hay mucho de lo inconciente, de lo reprimido así como parte de la compulsión a la repetición, que también causa displacer al Ello.

### c) EL SUPERYO

El Superyó se forma como una diferenciación del Yo, a la que también se le denomina ideal del Yo. El Superyó es la esencia superior del ser humano: religión, moral y sentido social.

El ideal del Yo o Superyó es la herencia del complejo de Edipo; es expresión de los más importantes destinos libidinales del Ello. El Superyó se enfrenta como abogado del mundo interior del Ello.

"El Superyó como formación sustitutiva de la añoranza del padre contiene todo lo que a partir del cual se forman todas las religiones, en el posterior circuito del desarrollo, maestros y autoridades retoman el papel del padre, sus mandatos y prohibiciones han permanecido vigentes y ahora son la conciencia moral, la censura moral. La tensión entre las exigencias de la conciencia moral y las operaciones del Yo es sentida como sentimiento de culpa". ( Freud,1923).

La religión y la limitación ética se adquieren por el dominio sobre el complejo de Edipo genuino; puesto que la hostilidad no puede satisfacerse los sentimientos sociales de rivalidad y celos a las nuevas generaciones, se establece una identificación con quienes fueron inicialmente rivales.

El Superyó es con lo que el Yo se mide. En la génesis de la homosexualidad y en los sentimientos sociales desexualizados se encontraron violentos sentimientos de rivalidad que llevan a la agresión; el objeto antes odiado pasa a ser amado o da origen a una identificación (Freud,1926). Se piensa que en algunos casos de homosexualidad la identificación sustituye a una elección de objeto tierno, que ha relevado a la actitud hostil y agresiva.

El Superyó es independiente del Yo conciente y con el Ello inconciente tiene íntimos vínculos; se ha engendrado por una identificación con el arquetipo paterno; Cualquier identificación de ésta índole es de carácter desexualizado, es decir, una sublimación. Tras la sublimación, el componente erótico ya no tiene más la fuerza para ligar toda la destrucción. Esta se libera como inclinación de agresión y destrucción; De esta desmezcla es donde el ideal extrae todo el sesgo duro y cruel del imperio del deber-ser.

Al Superyó le atribuimos las funciones de la observación de sí, la conciencia moral, la censura onírica y el ejercicio de la principal influencia en la represión, además del ejercicio del examen de realidad.

En el proceso anímico todo ser tiende a la evitación del dolor en busca de placer. Este principio nace de una tensión displacentera, y provoca que ésta disminuya y surja el principio del placer. El Yo lucha por medio del proceso de represión para evitar la realización de placer y, si después se consigue, el Yo lo vive como displacer. Un suceso externo provoca un enorme desgaste de energía y pondrá en acción todos los medios de defensa.

Una pulsión es un esfuerzo por reproducir un estado anterior. La meta de toda vida es la muerte y retrospectivamente. Las pulsiones de autoconservación que se encuentran en todo ser vivo, presentan oposición con el presupuesto de que la vida pulsional en su conjunto sirve a la provocación de la muerte. La pulsión reprimida nunca cesa de aspirar a su satisfacción plena y ésta es obstruida por las resistencias.

En un inicio se dijo que las pulsiones yoicas tienen un sentido de muerte y las pulsiones sexuales un sentido de continuación de la vida. Más tarde se llegó a una nueva clasificación, se considera tanto a los instintos sexuales como los de autoconservación como representantes del instinto de vida.

Las pulsiones de vida o sexuales activas en toda célula, son las que toman por objeto a las otras células, neutralizando en parte sus pulsiones de muerte y manteniéndolas vivas. Las pulsiones sexuales son dirigidas al objeto, al contrario de las pulsiones yoicas que son pulsiones insatisfactorias.

El principio de placer tiene dos caminos: uno llegar al acto y el otro, evitarlo mediante la represión. Es una tendencia que está al servicio de una función, hacer que el aparato anímico quede exento de excitación o mantener constante en él el nivel mínimo de monto de excitación.

Los procesos primarios son los más tempranos; el afán de placer se exterioriza al comienzo de la vida anímica con mayor intensidad; más tarde, se ve forzado a admitir frecuentes rupturas; a mayor madurez, más asegurado está el principio de placer.

El principio de placer está directamente al servicio de las pulsiones de muerte; también monta guardia en contra de los estímulos de afuera, apreciados como peligrosos por las dos clases de pulsiones y también en contra del incremento de estímulos procedentes de adentro, que dificultan la tarea de vivir.

La angustia es una reacción frente a situaciones de peligro, regida por un modelo particular, es una vivencia de desvalimiento del Yo frente a una acumulación de excitación que no puede tramitarse puede ser de origen externo o interno.

Otto Rank (1923) en su Obra El Trauma del Nacimiento nos dice que la primera experiencia de angustia y la más fuerte es el acto del nacimiento; y éste es el arquetipo de la reacción de angustia.

La angustia se genera como reacción frente a un estado de peligro. Existe una relación entre inhibición y angustia, muchas inhibiciones son una renuncia a cierta función, porque a raíz de su ejercicio se desarrollaría angustia.

Podemos afirmar que la gran mayoría de la gente que es seropositiva a H.I.V. renuncia por un tiempo prolongado a las relaciones sexuales, ya que se enfrenta a la angustia de poder infectar al otro y además de recordar cómo se infectaron. El Yo renuncia a las funciones, es decir, a tener relaciones sexuales, porque eso implicaría emprender una nueva represión y desea evitar un conflicto con el Ello.

La represión parte del Yo quien, por encargo del Superyó, no realiza algo que el Ello desea. En la represión, el Yo trabaja bajo la influencia de la realidad externa, y por eso segrega de ella al resultado del proceso sustitutivo. La represión no es el único recurso de que dispone el Yo para defenderse de una moción pulsional desagradable. Si el Yo consigue llevar la pulsión a la regresión, en el fondo, la daría de manera más enérgica de lo que sería posible mediante la represión. En muchos casos tras la regresión sigue la represión.

La angustia crea la represión y por eso podemos pensar que el seropositivo reprime su deseo sexual.

El Yo se ve paralizado por las fuerzas tanto del Ello, como del Superyó. Tiene dos actividades: anular lo acontecido y aislarlo. La primera es magia negativa quiere hacer desaparecer no sólo las consecuencias de un suceso, sino éste mismo. Aquí podríamos observar como al darle el resultado al seropositivo de H.I.V. éste duda que sea verdad y se distancia del centro de información como para tener la posibilidad de alejar el resultado o, borrarlo absolutamente.

La otra técnica es la de aislamiento, que recae sobre la esfera motriz y consiste en que tras un suceso desagradable no se hace nada. Esta conducta tiene nexos con la represión. El aislamiento motriz está garantizando la suspensión de ese nexo con el pensamiento; por esta razón, el seropositivo a H.I.V. no tiene relaciones sexuales, ya que con esta acción recordaría el medio por el que fue infectado. También deja de tener actividad laboral y social.

Entre más fuertes sean las pulsiones, más arcaicos son los mecanismos de defensa. El Yo tiene miedo al incesto y a la castración, de aquí nace la angustia. La angustia de muerte es un análogo de la angustia de castración, y el Yo reacciona a la posibilidad de ser abandonado por el Superyó protector (los padres del destino) con el que se sentía seguro.

La angustia es un estado afectivo que tiene un carácter displacentero, que es aligerado por las descargas. La función de la angustia es dar una señal para la evitación de la situación de peligro. La angustia frente al Superyó es la angustia de muerte (de supervivencia).

En el Ello se preparan los procesos que dan al Yo ocasión para desarrollar angustia. La represión es motivada por esa angustia del Yo frente a procesos singulares sobrevenidos en el Ello.

#### d) MECANISMOS DE DEFENSA

Freud (1925) opinaba que los avances de la libido, cuando van a alterar la paz del Yo provocando angustia, obligan a aquél a defenderse; a esto lo llamó mecanismo de defensa. El propósito del Yo es obtener una permanente paralización instintiva mediante recursos defensivos apropiados que aseguren sus fronteras.

El término defensa aparece por primera vez en el año de 1904, en el estudio de Freud sobre las neuropicosis de defensa, para describir las luchas del Yo contra las ideas y los afectos dolorosos e insoportables.

Battagay (1989), en su escrito "Los mecanismos de defensa y el enfrentamiento", nos menciona que los mecanismos de defensa desean inhibir la presión, los impulsos y las emociones inconscientes o pasarlos a niveles que puedan ser soportables; ésto lo logra reduciendo las exigencias del entorno y/o haciendo uso de anteriores pautas de enfrentamiento.

La utilización de mecanismos de defensa permite que el individuo enfrente mejor las situaciones dadas; sin embargo, esos mecanismos no están permitiendo que el sujeto se enfrente a las situaciones reales. Pero el enfrentamiento con la realidad es más difícil cuando el mecanismo es rígido o excesivo, y esta rigidez disminuye el peligro de fragmentación del Ello.

En enfermedades graves como el SIDA, una defensa que permite una vida activa parece tener mejor pronóstico que una captación resignada del mal, que se origina en la actividad del Superyó.

En Inhibición, síntoma y angustia (1926), Freud sostiene que se deben de emplear las técnicas de que se sirve el Yo en los conflictos eventualmente susceptibles de conducir a la neurosis.



Cuando un deseo instintivo pugna por introducirse en la conciencia y conseguir su gratificación con la ayuda del Yo, éste no se opondría, pero el Superyó protesta. Entonces el Yo se somete a las más altas instancias de la personalidad y obedientemente emprende el combate contra el impulso, con todas las consecuencias que esto implica. Es característico de este proceso el que el Yo mismo no considere en absoluto peligroso el impulso que ha de combatir. El motivo que en esta defensa acata no depende de él; el instinto es considerado como peligroso, porque hallándose prohibida su satisfacción por el Superyó, al alcanzarla se produciría evidentemente un conflicto entre el Yo y el Superyó.

Cuando el Yo no tiene objeción alguna que hacer contra el proceso instintivo, cuando no tiene ningún motivo que le obligue a la defensa contra el afecto, la posición del Yo se hallará determinada entonces exactamente por el principio del placer; aceptará con gozo el afecto placentero y se defenderá contra el dolor.

El Yo muéstrase tanto más dispuesto a defenderse contra los afectos asociados con impulsos sexuales prohibidos, cuanto más penosos pudieran ser tales afectos, por ejemplo: el dolor, la nostalgia, el duelo. Por otro lado, el Yo puede resistir una prohibición por cierto lapso en el caso de afectos positivos, simplemente por su carácter placentero y, ocasionalmente puede llegar a tolerarlos durante un corto tiempo cuando irrumpen repentinamente en la conciencia. Esta simple defensa contra los afectos primariamente dolorosos corresponde también a la defensa contra estímulos primariamente dolorosos que afluyen al Yo desde el mundo externo.

La totalidad de los métodos de defensa que ha descubierto el psicoanálisis hasta ahora sirve exclusivamente para la lucha del Yo con su vida instintiva. Hállanse motivados por los tres principales tipos de angustia a los que está expuesto el Yo: la angustia instintiva, la angustia objetiva y la angustia de conciencia. También el simple conflicto originado en el combate entre impulsos instintivos contradictorios basta para movilizar los mecanismos de defensa. En todas estas situaciones conflictuales, el Yo se niega a aceptar una parte del Ello y cada una de estas medidas de defensa sirven para dar seguridad al Yo y ahorrar el displacer.

Calvin S Hall, (1974), en su libro Compendio de psicología freudiana nos dice que el Yo en algunos momentos puede resolver su problema en forma realista, pero en otros cuando no lo puede lograr niega , falsifica o deforma la realidad, impidiendo que su personalidad se siga desarrollando adecuadamente. Esta energía la podría utilizar en otras actividades del Yo mucho más efectivas.

Los mecanismos de defensa más comunes son la proyección, la introyección la formación reactiva, la anulación, la sublimación ,la intelectualización, la racionalización, el desplazamiento, la evitación, la represión, y El que estudiaremos es la negación.

## CAPITULO IV

## NEGACION

En el momento de informar a una persona que tiene una enfermedad terminal, ésta atraviesa por algunas etapas a nivel psicológico, que van desde la negación hasta la aceptación, En una enfermedad como el SIDA, esto no es la excepción. La Dra. Kubler- Ross (1982), habla sobre estas etapas:

Menciona que el paciente al saber de su enfermedad terminal responde en forma de shock y aturdimiento y este estado va pasando por diversas etapas:

### a) ETAPAS SEGUN LA DRA. KUBLER-ROSS

La primera etapa es la NEGACION, en la cual cuando a un paciente se le avisa de su enfermedad, no comprende lo que se le está diciendo, pues el entenderlo le resulta muy doloroso, ya que la muerte es tomada como algo probable. Se da a conocer que la muerte está más cercana y lo primero que se hace es negarlo como una posibilidad para sobrevivir. La negación es una reacción de ajuste que se puede definir como " el rechazo de una parte o de todo el significado de un evento con el propósito de minimizar el temor y la ansiedad", (Dra. Kubler- Ross, 1982).

Existen momentos en que la negación puede ser alentada para el alivio del malestar del paciente; sin embargo, existen otros momentos en que el inducirla ya no funciona, pues el enfermo, comienza a sentir malestares. La esperanza y el optimismo significativo deberán basarse en la verdad, pero cuando la verdad dicta la inevitabilidad de la muerte, el paciente debe ser asistido a enfrentar lo inevitable. Algunas de las afirmaciones que hace un paciente al recibir la noticia es "No, no es verdad, no puede ser a mí ". Pocos son los pacientes que viven en esta etapa durante mucho tiempo; cuando ya no funciona pasan a otra etapa en la que hay sentimientos de enojo, ira, envidia y resentimiento.

La negación llega a ser una negación del afecto, y después esta negación total se convierte en una negación parcial en la cual en momentos el paciente recuerda su enfermedad pero a ratos la olvida.

La segunda etapa es de IRA. Esta etapa es difícil de manejar para la familia y el personal de salud que pueda estar a su alrededor, ya que la ira la desplaza sin pensar en qué o en quién.

Cuando el paciente es aceptado y entendido en esta etapa, pronto bajará su enojo y sentirá que se le respeta y ama y se entiende por lo que está pasando.

La tercera etapa por la que pasa un paciente con una enfermedad terminal es la de REGATEO o PACTO. La observamos cuando el paciente se da cuenta de que la ira no cambia su situación y comienza a regatear, es decir, promete dejar algo, para recibir a cambio otra cosa, como por ejemplo la cura o la prolongación de la vida. En este momento el paciente promete no pedir más si se le concede el deseo.

En el caso del paciente seropositivo, la mayoría de las veces su pacto radica en dejar de tener relaciones sexuales cuando su preferencia es homosexual o bisexual, porque lo creen algo malo.

La cuarta etapa es la fase DEPRESIVA en la que el paciente, al sentirse mal o necesitar la hospitalización, se da cuenta de su gravedad. Existen aquí dos tipos de depresión: la primera se refiere a la carga emocional y económica que el paciente siente que está siendo para su familia; el segundo tipo de depresión es la resultante de que el paciente está sintiendo la anticipación de separación de los seres amados.

Aquí no se debe de tratar que el paciente vea lo bello de la vida pues se le distraería de poder contemplar su muerte inminente. No se le debe de decir que no esté triste, pues si se le permite expresar pena, entonces la etapa final de aceptación será más fácil.

Esta etapa de depresión es generalmente silenciosa en contraste a la depresión anterior, en la cual, el paciente tiene mucho que compartir y la necesidad de ser reasegurado verbalmente. En esta segunda depresión hay poca o ninguna necesidad de palabras, sin embargo la necesidad de contacto aumenta.

Los pacientes poco a poco se preparan para la muerte sin dar tanta importancia a lo pasado. Esta preparación debe de ir acorde con los sentimientos de las personas que le rodean, pues si ellos impiden al paciente pensar en la muerte y, por lo tanto, luchar por la vida en lugar de prepararse para la muerte, ya que los pacientes que son capaces de manejar su angustia y ansiedad son capaces de alcanzar una muerte tranquila.

La última etapa a la que el paciente tal vez se tendrá que enfrentar será la de ACEPTACION O RESIGNACION, en la cual será capaz de expresar sentimientos de envidia por los vivos y sanos, y enojo ante aquéllos que no tienen que enfrentar su fin tan pronto. El paciente lamentará las pérdidas de personas y lugares y esto lo llevará a sentirse cansado.

La aceptación no es una etapa de felicidad, sino un momento en que el paciente esta vacío de sentimientos; es como si el dolor se hubiese ido, la batalla hubiese terminado y hay un tiempo para descansar antes del final.

Generalmente, en estos momentos el paciente desea quedarse solo o que alguien lo acompañe en silencio. Estas visitas silenciosas muestran al paciente la seguridad de que no lo van a dejar solo o abandonado aun cuando no hable, de que no hay necesidad de decir nada, de que todo está arreglado y sólo será cuestión de tiempo.

#### b) ¿ POR QUE NEGAR ?

El mecanismo que se analizará es la NEGACION. ¿ por qué el paciente niega estar infectado?, por miedo a la muerte. Otto Rank(1985) dice que la muerte es el retorno al mundo intrauterino y, que por rememoración inconsciente, se siente enorme angustia.

La negación es un mecanismo más arcaico, más primitivo e históricamente más temprano que la represión y de hecho, su precursora es una defensa que se origina en los esfuerzos del niño por librarse de las percepciones desplaceras provenientes del mundo exterior.

La negación desconoce el mundo exterior, es decir negación de percepciones. Cuando las representaciones instintivas se han hecho conscientes y exigen al Yo que se las acepte como una realidad( que aquí se llamaría realidad "interna", pero que puede ser tratada como externa), puede aparecer la negación.

Freud ( 1926 ) consideró la angustia ante la muerte y la angustia ante el Superyó como una elaboración de la angustia ante la castración. Dada la gran importancia del sentimiento de culpabilidad en los neuróticos, supuso que la angustia neurótica común experimenta un gran incremento en los casos graves, por la génesis de angustia que tiene efecto entre el Yo y el Superyó ( angustia ante la castración, ante el Superyó y ante la muerte).

Los pacientes seropositivos tienen miedo a darse cuenta que pueden infectar a alguien, debido al estigma de la misma enfermedad; pues, además de ser una enfermedad sexualmente transmisible, también esta catalogada como una enfermedad de homosexuales, un castigo de dios, una enfermedad moral. También será importante encontrar en qué nivel de negación se encuentra el paciente, para con ello saber qué es lo que niegan más y poder prevenir la transmisión.

Kubler-Ross (1985) menciona en su libro " Una luz que se apaga " que la persona trata de contrarrestar el severo impacto de la horrible noticia.

Freud (1926)habla de que si una noticia o una idea es dolorosa provoca una cierta alteración en el funcionamiento mental normal, por lo tanto, esa noticia es olvidada en el inconciente.

Dorpat (1984) nos dice que la negación " alcanza su efecto protector mediante mecanismos que interrumpen la cognición y la percepción de la realidad interior y exterior en el pensamiento verbal del proceso secundario, con el fin de evitar la ansiedad u otros afectos desagradables".

En el Ello se generan deseos de evitar estímulos dolorosos y un medio internalizado de lograr la inhibición de la percepción. Así, la negación es vista como la más temprana defensa psíquica y el mecanismo prototípico en toda defensa posterior.

En su libro, Dorpat (1984) menciona que las fantasías inconcientes de destruir todo cuanto sea considerado como causa del dolor psíquico (el objeto doloroso) son los dinamismos latentes de toda negación.

La negación es un proceso extraordinariamente primitivo que puede ser tan arcaico como el sentimiento de dolor. La habilidad para excluir las partes molestas del mundo externo se inicia cuando se cierran los ojos frente a determinados objetos no gratos.

Freud (1925), define la negación como el mecanismo por el cual se excluyen principalmente las percepciones internas o ideas intolerables que el sujeto no quiere dejar llegar a su conciencia. También menciona que el mecanismo de negación se encuentra más frecuentemente en los psicóticos y en menor grado en los neuróticos. En todo neurótico una parte de su Yo conoce verdades que otra parte niega.

Mefanie Klein (1955) nos dice que la negación es un mecanismo por medio del cual el Yo niega las situaciones que ocasionan ansiedad depresiva. El resultado puede ser un duradero sofocamiento del amor, con una regresión a la etapa esquizoidea - paranoide y un aumento de la ansiedad persecutoria.

Lewin (1950) afirma que la negación es necesaria para estados de mejoramiento del ánimo y estados maniacos. La negación ayuda a suprimir una porción amenazadora de la realidad, pero sólo porque entonces podemos participar más plenamente de la resolución de los problemas.



Para Karen Horney, hay cuatro medios para escapar de la angustia:

1.- **RACIONALIZACION:** Lo cual consiste en convertir la angustia en un terror racional. Con este método, el individuo, se convence de que puede enfrentarse activamente con la situación en lugar de sentirse presa de sus emociones. También con este mecanismo, tiene por lo menos un objeto, aparente desde luego, con qué enfrentarse.

2.- **NEGACION:** Consiste en negar la existencia de la angustia, es decir, excluirla de la conciencia. Cuando actúa este mecanismo, la angustia suele traducirse en síntomas somáticos.

Una variación de la negación consiste en tratar de superar la angustia concientemente; en estos casos se enfoca de frente y causa un desasosiego conciente. Al afrontarse el síntoma y no la causa pueden ocurrir varias cosas: que el síntoma desaparezca y sea reemplazado por otro; que el síntoma desaparezca pero no la angustia; pero como no ha sido eliminada la esencia del conflicto los trastornos de la personalidad continúan.

3.- **NARCOTIZACION:** Tomar alcohol, drogas, tener diversiones, trabajar excesivamente.

4.- **REHUIAMIENTO:** El individuo rehuye toda situación, idea o sentimiento que sea capaz de provocar angustia. El proceso puede ser conciente o inconciente.

Karen Horney nos dice que con esto, van íntimamente relacionadas las inhibiciones que son trabas para hacer, sentir o pensar ciertas cosas.

### c) NIVELES DE NEGACION SEGUN LA DRA. WEISMAN

La Dra Weisman, en su libro titulado "Sobre el morir y la negación (1972), estudió la negación en pacientes terminales y distinguió entre el "proceso de la negación" y el "acto de negar" ; la negación es un proceso total de respuestas ante un contexto específico. Negar es solamente una de las consecuencias de este proceso, negar es un hecho final, no el proceso mismo.

Esta autora explicó el proceso de la negación de la siguiente manera:

- 1.- Aceptación de un campo de percepción .
- 2.- Rechazo de una porción del significado compartido de ese campo.
- 3.- Sustitución de ese significado rechazado con una versión que congenie mejor.
- 4.- Reorientación del individuo dentro del ámbito de significado total a fin de adaptar la realidad ya revisada.
- 5.- El quinto paso provoca el hecho de negar.  
( Weisman, 1972, p. 61).

La aceptación de un campo de percepción primario y público significa que nadie puede negar por si solo , en extrema soledad. Puede repudiar sucesos o huir de un peligro inminente, pero no puede negar a menos que una, porción de ese campo sea compartido con alguien más. Sólo al mirar hacia atrás es cuando, a veces, llega la gente a ver que ha evitado, negado o anulado una realidad evidente.

Weisman (1972), menciona que "los grados de la negación nunca son constantes, alguien que sea un gran negador en algún momento en otro podrá ser un débil negador".

Debido a que el estudio de Weisman se refirió a la negación relacionada con el enfrentamiento a la muerte, clasificó la negación en pacientes terminales en tres grados o niveles:

- **NEGACION DE PRIMER NIVEL:** Se refiere a cómo percibe el paciente los principales hechos de su enfermedad por ejemplo, tiende a minimizar los síntomas, evita visitar al médico.etc.

La negación de primer nivel se puede observar fácilmente, pues existe una gran diferencia entre lo que ve el observador y lo que reporta o percibe el paciente.

Con frecuencia el paciente emplea palabras como instrumentos de negación; palabras que aunque correctas, de alguna forma minimizan la enfermedad, por ejemplo, utiliza "tumor" en lugar de "cáncer", en lugar de "infectado de VIH", utiliza "portador de VIH".

Este nivel es de corta duración; de hecho algunos pacientes una vez pasado este nivel, protestan porque no se les explicó como debían de cuidarse, sin saber que sólo escucharon lo que querían escuchar.

-**NEGACION DE SEGUNDO NIVEL:** Se refiere a las inferencias que el paciente realizó o no realizó acerca de las implicaciones de su enfermedad. Son pacientes que pueden aceptar los síntomas e inclusive el diagnóstico, pero no pueden visualizar las implicaciones de sus lesiones. Generalmente fraccionan su enfermedad y los síntomas persistentes en quejas menores, cada una de las cuales pueden ser manejada por separado. El resultado es que la enfermedad total no puede ser gran cosa, es decir, lo que hacen es disminuir su gravedad, las complicaciones y los riesgos.

-**NEGACION DE TERCER NIVEL:** Es la concerniente a la imagen de la muerte: negación de la extinción de la propia vida. En otras palabras, es la resistencia a llegar a la conclusión de que una enfermedad incurable termina con la muerte. La negación de la extinción se parece a la imposibilidad de imaginar la muerte personal, que es un signo de la paradoja primaria. La negación de tercer orden aparece sólo cuando ya se han aceptado la enfermedad y sus complicaciones. Sin importar las creencias religiosas o filosóficas se comportan y hablan como si su estado actual fuera a prolongarse indefinidamente.

La negación de la extinción es difícil de diagnosticar porque, por lo general, se supone que es señal de valor, esperanza, fe, o algún atributo saludable.

La negación de tercer orden es negación porque sólo aparece en situaciones selectivas y sólo se comunica a ciertas personas con las que el paciente desea mantener relación.

#### d) EL YO Y LA RELACION CON EL ACTO DE NEGAR

ANNA FREUD (1948), en su libro " El Yo y los mecanismos de defensa " habla de cómo las fantasías ayudan a reconciliarse con la realidad; se niega la realidad por medio de la fantasía, se transforma según sus particulares designios y sus propios deseos y sólo entonces le es posible aceptarla; niega un hecho doloroso de la realidad y lo convierte en su opuesto agradable.

El Yo se niega a aceptar una parte desagradable de la realidad. Se aleja de ella, la rechaza ( aquí podría encontrarse una explicación del paciente serpositivo que no regresa al apoyo psicológico ) y sustituye aquel aspecto indeseado por la fantasía de la situación inversa; aquí el paciente dice "no es cierto lo que me dijo la psicóloga, se equivocaron en el laboratorio".

La negación es un mecanismo de defensa que pertenece a una fase normal del desenvolvimiento del Yo infantil, pero si la encontramos en la vida ulterior, será indicio de un grado avanzado de enfermedad psíquica.

En ciertos episodios agudos de confusión psicótica, el Yo del individuo no se comporta de otra manera frente a la realidad. Bajo los aspectos de un shock como la impresión de una súbita pérdida de un objeto de amor, niega el hecho real y sustituye algún aspecto de la realidad insoportable por una ilusión de algo deseado ( Cuando la pareja muere de SIDA lo espera a comer o para salir a algún lugar que gust. ban como siempre ).

Confrontando la formación de la fantasía infantil y la ilusión psicótica, empezaremos a comprender por qué el Yo humano no puede usufructuar más ampliamente este mecanismo, tan simple y al mismo tiempo de tantísima eficacia, de negar las fuentes objetivas de displacer y de angustia. La capacidad del Yo de negar la realidad se halla en radical contradicción con otra función muy apreciada por él: la capacidad de reconocer la realidad y valorarla críticamente.

Los métodos de defensa que el Yo llama en su auxilio no se dirigen contra la vida instintiva, sino directamente contra el mundo exterior que los frustra o amenaza. Mediante la negación, el Yo se opone a incautarse de alguna penosa impresión del mundo exterior.

La negación se completa y sostiene por medio de la fantasía, palabra, o de actos de conducta, con lo que se invierten o trasmutan los hechos de la realidad. La fantasía del seropositivo podría ser que en algún momento se seroconvierta, que se le salga todo lo malo, durmiendo en el bosque; que los métodos naturistas curen; utiliza como recurso el tipo de pensamiento mágico, y lo expresa por medio de palabras o actos; por ejemplo, cuando el seropositivo dice que él no se siente enfermo, que no siente ningún sintoma y comienza a comer mucho para demostrar que, en vez de estar delgado, como sería lo esperado, está engordando.

La técnica defensiva de la negación por la palabra y los actos está sujeta, en cuanto a su empleo temporal, a las mismas restricciones que la negación en la fantasía. Sólo se emplea en tanto pueda coexistir con la función de examen de la realidad, sin perturbarla, con las condiciones de la organización de un Yo adulto unificado por su capacidad de síntesis, desaparece y resurge cuando las relaciones con la realidad han sufrido grave conmoción y se ha suspendido el examen de la misma. Aquí nos podemos referir al paciente que no acude a apoyo psicológico, pues le es más fácil negar el resultado, que volver a constatar, en cada regreso al centro, su resultado positivo.

El método de la negación en el que se basa la fantasía de conversión de la realidad es lo contrario; se emplearía en toda situación en que es imposible rehuir de una impresión penosa procedente del mundo exterior.

La negación será analizada como mecanismo de defensa en el que la realidad es incompatible y es necesario negar las partes dolorosas para poder continuar viviendo.

### e) LA RELACION ENTRE LA MUERTE Y LA NEGACION

El porqué niegan las personas puede estar relacionado con el temor a la muerte, a pesar de que es algo con lo que vivimos; sabemos que un día moriremos; se trata de rechazar la posibilidad no hablando de ello.

Muchas discusiones de la muerte están basadas en cuatro puntos:(Weisman, 1972).

- a).- Paradoja primaria
- b).- Miedo de morir y miedo de la muerte.
- c).- Hablar acerca de la muerte.
- d).- Esperanza y aceptación de la muerte.

La paradoja primaria consiste en pensar que la muerte es universal, pero no puede pensarse en la propia muerte. Esta paradoja nos muestra cómo muerte y negación están unidas desde el principio; es una paradoja real y no resuelta de una conciencia incapaz de concebir su negación.

El hombre desea posponer la muerte indefinidamente y su castigo será enfrentarla sin estar preparado, presentando angustia y rebeldía.

El miedo a morir se presenta cuando se le obliga a la persona a encararse a la muerte, y existe la sensación de que el mundo está a punto de desintegrarse. Lo que podemos mencionar con respecto al paciente seropositivo es que cuando se le entrega el resultado, se le encara a la muerte; aún cuando venga por su propia voluntad su deseo es siempre que el resultado sea negativo.

Cada ser humano guarda para sí un terror primitivo a su propia muerte. El miedo a morir es un reflejo de la desesperanza del hombre y, en momentos, este miedo se representa con pensamientos acerca de desastres irreales.

El hablar de la muerte es un proceso doloroso y las creencias religiosas, filosóficas hacen que la enfermedad terminal se oculte, se niegue, se disimule sin embargo, actuar así lleva a distanciar familiares, paciente y médicos, y esto conlleva a una parálisis de la acción y, por lo tanto, el manejo adecuado no se puede llevar a cabo.

Muchas veces el paciente seropositivo a VIH lo oculta a la familia y cuando llega a desarrollar SIDA, no es capaz de hablarlo por miedo a hacer sufrir; sin embargo, la familia en algunos casos, ya lo sabe, o sea, que no se dan la oportunidad de decir cuánto les duele.

Weisman menciona a Glaser y Strauss (1968), quienes describen que la muerte requiere una serie de reajustes sociales llamado "tránsito de la posición".

Ciertos clínicos, nos dice Weisman (1972), afirman que cuando no se presenta miedo a morir, es porque están negando; esto es una gran mentira ya que habría que recordar que el miedo a la muerte es más típico en las etapas tempranas que tardías en enfermedades incurables, pues la gente adquiere una mayor aceptación de las limitaciones; la ausencia de temor no siempre significa negación.

En mi experiencia con pacientes seropositivos VIH, he notado que en la etapa terminal existe, en muchos casos, una negación de que se va a llegar a la muerte.

La muerte con finalidad significa más que morir, pues se resuelven deseos, inquietudes, metas que abarcan un desarrollo personal. En algún momento, los factores emocionales no especificados son determinantes significativos de la inclinación a morir.

El paciente que sufre de una dolencia mortal se ve obligado a luchar a la vez contra una enfermedad amenazadora y contra el deterioro de su importancia personal; el efecto curativo del tratamiento y el tiempo no son suyos. Esto es aterrador en el paciente con VIH, ya que la forma de morir implica en algunos casos con muchos síntomas y enfermedades; el desgaste físico es significativo y, en cuanto al efecto curativo, ellos saben que no hay medicamento que los cure y el tiempo es un factor que no pueden controlar; un paciente en algunos casos, pasa de una etapa inicial a una terminal sin tener un deterioro progresivo.

Elisabeth Kubler-Ross (1972), nos dice "lo que crea problema al hombre no es la muerte, sino saber de la muerte. Saber de una posible muerte cercana es para el hombre un no sentido de la vida".

Para la mayoría de los pacientes a quienes damos un resultado positivo a HIV, las preguntas más frecuentes son: ¿para qué seguir?, ¿de qué sirve hacer cosas? ¿para qué hacer planes?, etc.

Kubler-Ross cita a Hinton (1967), quien nos dice que la negación de la muerte es el reverso formal de la presencia de ésta.

Cuando se da un resultado positivo a HIV, el paciente no puede creerlo y cuando lo hace se refiere a algo malo que le viene de afuera; esto lo podemos explicar al entender que para nuestro inconciente no existe la muerte, la terminación de nuestras vidas.

La intensidad de la negación a la propia muerte está relacionado con la disposición del paciente para recibir una noticia así, y la forma en que se le dé esta noticia. La necesidad de negar la seropositividad es mayor al principio de saber el resultado.

El que el paciente sepa de su enfermedad terminal (SIDA), hace que todo cambie, que haya una desorganización, una ruptura en afectos, costumbres y hábitos. En algunos momentos se piensa todo lo que se va a dejar al morir: la pareja, la familia, los amigos, el trabajo y esto acentúa más el dolor.



Se piensa que los pacientes menospreciadores muestran una negación menor, y quienes reemplazan la realidad con engaños son fuertes negadores. La finalidad de la negación no es simplemente evitar un peligro, sino impedir la pérdida de una relación importante.

Al respecto un paciente me decía "no puedo decirselo a mi ex- pareja porque es la única que ha estado siempre a mi lado; si se lo digo estoy seguro que me abandonará cuando yo la necesite".

Hay pacientes que niegan más con unas personas que con otras. Los pacientes que niegan mucho, lo hacen tal vez para preservar un alto nivel de su propia estimación. Por esa razón necesitan preservar y estabilizar su relación con alguien indispensable para la estimación propia.

La negación ayuda a mantener una relación simplificada, pero constante, con otras personas significativas, sobre todo en el momento de crisis. Entre el reconocimiento abierto de la muerte y su repudio extremo hay una zona de certidumbre incierta, llamada "conocimiento intermedio".

El conocimiento intermedio presagia una recaída; cuando un paciente con una dolencia mortal se vuelve repentinamente incapaz de sacar deducciones plausibles sobre sí mismo, resbalando de vuelta hacia una mayor negación, ello es señal de que la fase incurable está a punto de empezar.

La Ps. Doris Sucheki Levin ( 1989 ) nos dice que nos vamos preparando sin saberlo a nuestra propia muerte, con las mutaciones a través de los años y las pequeñas muertes: dejar de ser bebé, niño, adolescente, adulto, alumno, hijo. La forma de encarar la muerte es diferente a lo largo de toda nuestra vida.

En "El Ser Humano y su dignidad ante la muerte", (1990) se describe el significado de la muerte a través de los años: En los primeros tres años de vida la separación es muerte; entre los cinco y nueve aparece la idea de la muerte individual; entre los nueve y diez años comienza la comprensión de la muerte como un fenómeno biológico, como una irresoluble disolución del cuerpo.

Entre los ocho y doce años termina al concepto mágico y omnipotente de la muerte, la responsabilidad de provocación por pensamientos o deseos acompañados de graves miedos o sentimientos de culpa (CONACYT,1990.p124).

En la adolescencia, cuando el deseo de vivir es más intenso aparecen grandes temores sobre la muerte. De los veinte a lo cincuenta, la muerte es más temida, negada y borrada del campo de la conciencia (conacyt, p126 ).

La Sociedad Internacional Pro-valores Humanos E. Fromm- S. Zubiran A. C. nos dice que en la vejez surge una contraposición entre la negación de la muerte y la aceptación de un límite a la vida (conacyt, p.126).

En el artículo La Dra. Ma. Elena Hernández de Lisac (1990), de el "El psicoanálisis en un mundo en transición" dice que la muerte significa para él que la enfrenta el término de su tiempo externo y la fantasía del retorno a la dimensión original o a la inmovilidad y al reencuentro absoluto del objeto interno; Jung equipara la muerte con el retorno al vientre materno.

De la calidad amorosa o agresiva del objeto interno y del vínculo con él dependerá la actitud hacia la muerte.

La capacidad de estar solo parece depender de la experiencia infantil de haber estado confiadamente con la madre, ahora introyectada como objeto bueno y amable; la muerte pone a prueba nuestra capacidad de estar eternamente solos, así como nuestra tolerancia al sentimiento interno de soledad.

La Dra. Ursula Thunberg (1976) nos menciona cómo al saber de la muerte de alguien, la organizamos, racionalizamos, sistematizamos, para que no sea tan doloroso , pues aceptarlo es difícil (p.48).

Sabemos que el momento de hablar de la muerte es cosa del paciente y de nadie más.

## f) EL ESTIGMA DE SABERSE SEROPOSITIVO A HIV O CON SIDA

Otras de las razones por las que la persona puede negar con respecto a su seropositividad al HIV son todos los estigmas que esta enfermedad engloban :

\_ El que se haya presentado en grupos sociales estigmatizados y su lastimoso curso inexorablemente fatal (Bribiesca, 1989).

\_ Los efectos de carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas. (Goffman,1970. p.14 ).

Goffman (1970) habla de cómo en el momento en que alguien posee un estigma que antes no tenía se da cuenta de que es un ser humano, como todos. Esto se puede ver en el seropositivo , ya que al infectarse y convivir con otros iguales se da cuenta que siguen siendo seres humanos con valores, deseos y aspiraciones similares.

EL estigma relativo al SIDA es una reacción socialmente interpretada a una enfermedad mortal que ha predominado más entre grupos que ya eran objeto de prejuicios.

- 1.- La gente infectada con el VIH suele ser vista como creadora de riesgos para otros.
- 2.- A la gente infectada por el VIH se le suele culpar de haber producido su estado mediante una conducta arriesgada.
- 3.- Algunas enfermedades son visibles y perjudican las acciones sociales del individuo.

El SIDA aun a los que no están infectados los enfrenta a la realidad de la muerte provocando lo que Schutz ( 1982) describió como "ansiedad fundamental ". El enfrentarse con el SIDA es enfrentarse al carácter de mortales. Schutz dice que siempre se trata de evitar esto." La estigmatización relacionada con el SIDA representa una edificación de ese tipo: Los individuos sanos se alejan de la muerte definiendo la enfermedad como una aficción de otros".

El SIDA en E.U. atacó a grupos ya estigmatizados (homosexuales, drogadictos, hispanos). Por tanto, el estigma del SIDA como enfermedad se ha puesto sobre de un estigma ya existente.

"El SIDA se ha vuelto un símbolo: las reacciones ante el SIDA son reacciones ante los homosexuales , drogadictos, minorías raciales o intrusos en general". (Gregory M, 1988).

Existen "víctimas inocentes" los niños, los hemofílicos y las "víctimas censurables", las que se infectan durante una conducta estigmatizada (homosexuales, drogadictos).

Al SIDA se le hace sinónimo de conducta homosexual y se le utiliza para justificar la discriminación y hostilidad en contra de los homosexuales.

La seropositividad se une en algunos casos, a la preferencia sexual, homosexual o bisexual; no se sabe cómo manejar la situación en cuanto a la preferencia, pues en algunos casos no es aceptada por la familia, y mejor se oculta, pero al mismo tiempo hay sentimientos de culpa.

En el homosexual y el bisexual existe, como nos dice Goffman (1970), una fractura entre el individuo y su mundo exterior , ya que por un lado vive una vida como todos la exigen, y por el otro lado como él desea: con una pareja deseada y diversiones acorde a sus gustos; sin embargo, siempre está sufriendo por miedo a ser descubierto y por esto "tendrá que pagar un costo psicológico elevado: un enorme nivel de ansiedad" ( Goffman, 1970. p. 106).

El seropositivo vive al mismo tiempo una doble ansiedad por miedo a que descubran su homosexualidad y su seropositividad, sobre todo si tomamos en cuenta que el homosexual decide irse del lugar donde vive su familia para que no se enteren y se puedan avergonzar de él.

En algunos casos, cuando el padre lo sabe, los insultos desde una posición machista hacen daño al homosexual, pues van deteriorando su autoestima. La madre lo acepta como si ya no existiera otra opción y el hijo siente esto como una aceptación a la fuerza; los hermanos, en algunos casos, lo tratan superficialmente.

El homosexual reacciona agresivamente hacia el mundo exterior a consecuencia del sentimiento de rechazo que ha tenido en la familia; en la escuela, donde hubo alguna burla, un apodo mal intencionado, donde fue molestado sexualmente; en el trabajo, donde se le critica su forma de hablar, de caminar y de relacionarse con los demás.

Lo que también determina que no acepten la seropositividad es la religión, que menciona que la unión será sólo entre un hombre y una mujer y jamás entre dos hombres y que las relaciones sexuales sólo serán para procrear y nunca como placer.

Gregory M (1988) menciona una ocasión en la que la Iglesia Católica saltó en contra a los derechos civiles de los homosexuales haciendo alusión al SIDA: "Aún cuando la práctica de la homosexualidad pueda amenazar gravemente la vida y el bienestar de gran número de personas, sus defensores no se dejan disuadir y se niegan a considerar la magnitud de los riesgos que entraña" (congregación para la Doctrina de la Fe, 1986, pág. 8).

## CAPITULO V

## INVESTIGACIONES

### ALGUNAS DE LAS INVESTIGACIONES QUE SE HAN REALIZADO QUE INCLUYEN EL MECANISMO DE DEFENSA DE NEGACION:

1.- Defensas psicológicas y Control del SIDA: En un estudio que hizo en E.U. Victor E. Archer (1989) donde participaron 61 pacientes, el 79% no deseaba conocer el resultado de la prueba de HIV que se le había practicado, y de éstos del 44 al 54% dijo que si era positivo no deseaba conocerlo. La mayoría utiliza los mecanismos de defensa como negación, evitación y represión. La evitación de la información específica es parte de la defensa ( así como informarse de tratamientos). De 1.700 individuos con alto riesgo de estar infectados de HIV, el 68% no quiso saber su resultado. Entre otros grupos de sujetos de alto riesgo que estuvieron previamente de acuerdo con hacerse la prueba ,del 26 al 46% no acudio a preguntar su resultado , de ellos, quienes se, enteraron de su resultado positivo, el 94% se deprimió y el 49% expresó colera por haber participado en el estudio.

Desde que se desarrollaron los casos de SIDA, se supo que era fatal y también se supo que la mayoría de las personas infectadas de HIV podrían desarrollar SIDA. Esto no le sorprende a la mayoría de la gente, pero da como consecuencia que, en grupos de alto riesgo, no se desee saber quién esta o no infectado. Del 21 al 39% de médicos jóvenes notaron en su estudio que muchos individuos dijeron que podrían alterar su conducta en caso de que su resultado fuera positivo.

Aunque algunos individuos de alto riesgo se hicieron la prueba voluntariamente y consultaron a otros centros e hicieron esfuerzos para obtener información general, muchos se resistieron a participar en un programa para saber su resultado de HIV. Este mecanismo de evitación-negación podría ser considerado en un programa de control de HIV. Se ha visto que en los adolescentes es más problemático que deseen recibir educación sexual, lo cual podría ser más fácil en adultos

Los resultados de los efectos de hacerse la prueba y consultar sobre HIV han incrementado el conocimiento del peligro de HIV y los canales de transmisión. Esto tuvo como resultado una alteración substancial en la conducta de la gente de alto riesgo que participó voluntariamente en el estudio. La consulta individual en portadores de HIV trajo como consecuencia mayor educación y valor, pero el efecto adicional redujo la posibilidad de exponer a otros a la infección de HIV. Los mecanismos de evitación -negación podrían proponer algunos rechazos en cambios conductuales.

2.- En otro estudio realizado por Victor E. Archer en 1989, se encontró que las prácticas sexuales entre adolescentes (frecuencia y uso del condón) cambia poco en respuesta al incremento del conocimiento acerca del SIDA. Otros estudios encontraron que esta educación pública tiene pequeños efectos sobre la conducta sexual; en áreas de una baja prevalencia del HIV, permite un alto riesgo a grupos vulnerables en una rápida expansión de HIV. Este conocimiento no es causa suficiente para un cambio de conducta en el control de la epidemia por transmisión sexual, aunque el resultado fatal del SIDA podría modificar esta observación.

El estudio concluye que muchos individuos evitan hacerse la prueba por el mismo mecanismo de evitación - negación. Los individuos que se hagan la prueba voluntariamente serán las personas que tengan un alto riesgo a ser portadores del HIV.

3.- La infección por HIV está asociada con una alta incidencia de complicaciones psicológicas y neuropsiquiátricas, incluyendo ansiedad y desordenes de ajuste. La ansiedad podría aumentar por el aislamiento y los miedos del paciente, experiencias resultado del estigma del diagnóstico del HIV. El autor nombra las consecuencias de la relación de ansiedad con el estigma del SIDA y las discusiones apropiadas de las intervenciones psiquiátricas ( Fullilove Mt. 1989).

4.- Kubler-Ross (1969) informó que todos sus pacientes sabían que eran terminales, mientras que Hinton (1963), encontró que sólo el 40% sentía que su muerte era probable; tal vez el otro 60% de los pacientes de Hinton también sabía de su próxima muerte pero lo negaban. Habría que tomar en cuenta que al final, los pacientes pueden negar su terminación.



5.- El trabajo realizado por Losiak W. (1989) investiga las reacciones de defensa y enfrentamiento con la tensión en pacientes cancerosos. El trabajo presenta el análisis psicológico de las reacciones de 56 pacientes cancerosos a una tensión relativa a la enfermedad y al tratamiento y sus esfuerzos por hacer frente a la tensión. Las principales reacciones emotivas de los cancerosos fueron la ansiedad, la tensión emocional y la disminución de la propia estimación. También se encontraron los mecanismos de defensa de supresión y negación. La más frecuente estrategia efectiva de enfrentamiento fue formar la actitud positiva hacia el tratamiento, formular metas más lejanas no relacionadas con la enfermedad, y demostrar confianza en los médicos. Mucho menos frecuentes fueron las estrategias de buscar apoyo social entre parientes cercanos.

6.- La siguiente investigación fue realizada por Apter A; Plutchik R; Sevy S, et. al. (1989) y reporta sobre un estudio empírico de los mecanismos de defensa en 60 pacientes psiquiátricos internados. Se estudiaron ocho defensas: compensación, negación, desplazamiento, intelectualización, proyección, formación reactiva, regresión y represión, en el contexto de un modelo de dos fases de comportamiento suicida y violento. Los resultados mostraron que el uso de la regresión como defensa diferenciaba a los pacientes suicidas de los no suicidas, y que el uso del desplazamiento diferenciaba a los pacientes violentos de los no violentos. La represión tendía a volver la agresión hacia adentro, y la proyección y la negación volvían la agresión hacia afuera.

7.- El autor Archer VE (1989) realizó un estudio sobre Defensas psicológicas y control del SIDA y encontró que las defensas psicológicas bien conocidas de evitación, represión y negación contra el conocimiento de que uno tiene, o pudiera tener, una enfermedad mortal deben tomarse en cuenta en los programas de combate contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Los actuales programas de educación y de sometimiento voluntario a pruebas y asesoría no toman en cuenta este mecanismo de defensa y, por lo tanto, es posible que proporcionen un control insuficiente. Si empeora la actual epidemia del VIH pueden necesitarse programas de prueba obligatoria al VIH y la generación de un sistema de "libertad bajo palabra del VIH".

8.- Los Autores Perry JC y Cooper SH (1989) estudiaron las escalas de calificación de status psiquiátrico ( DMRS) que miden la utilización de mecanismos de defensa con base en datos de la entrevista clínica o de la viñeta de la vida. Al usar calificadores no profesionales que observaron entrevistas psicodinámicas videograbadas de individuos con trastornos de personalidad y trastornos afectivos, la confiabilidad de la intercalificación mediana intracase (IR) de las escalas de defensa fue de 0.36, pero fue de 0.57 para las calificaciones de consenso de grupo y de 0.74 cuando las defensas relacionadas se agruparon en escalas de resumen de defensa. Cuando se calificaron los datos de seguimiento de "viñetas de la vida", la intercalificación mediana IR fue de 0.55 para las defensas que ocurrieron por lo menos 5% de las veces y 0.66 para las escalas de resumen de defensa.

En relación con los datos de seguimiento, las llamadas defensas inmaduras (negación, proyección, fingimiento, hipocondriasis, agresión pasiva ) se vincularon a niveles más altos de síntomas, a un funcionamiento global más deficiente, y a una mayor proporción de tiempo deteriorado en el funcionamiento del papel psicosocial. Las defensas limítrofes (disociación, identificación proyectiva ) exhibieron un patrón semejante.

Entre las defensas narcisistas y neuróticas, sólo la devaluación estuvo vinculada a un funcionamiento más deficiente: mientras que la intelectualización se vinculó a un funcionamiento más elevado. Por último, las defensas de acción y las limítrofes mostraron significativas correlaciones a través de los métodos y a través del tiempo ( video frente a viñetas de la vida ), mientras que las defensas obsesivas, de repudio y narcisistas mostraron tendencias no significativas. En su conjunto, estos resultados respaldan el modelo de una jerarquía de defensas.

9.-La investigación realizada por Jacobson AM; Beardslee W; Hauser ST, y cols. (1986) estudió los mecanismos de defensa del Ello en tres grupos de temprana adolescencia: pacientes diabéticos, pacientes psiquiátricos no psicóticos y estudiantes sanos de escuela superior. Las defensas fueron valoradas a partir de calificaciones de entrevistas abiertas hechas a profundidad. En los tres grupos se encontraron altos niveles de negación y bajos niveles de ascetismo. Las comparaciones entre los grupos indicaron que los pacientes psiquiátricos tenían un perfil distinto de empleo de la defensa, en comparación con los adolescentes de los otros grupos.

La medición independiente del desarrollo del Elio registró una correlación positiva con las defensas de altruismo, intelectualización y supresión, mientras que mostró una correlación negativa con el fingimiento, la evitación, la negación, el desplazamiento, la proyección y la represión. Los hallazgos de diferencias sustanciales en el empleo de defensas entre las muestras psiquiátrica y no psiquiátrica, y el tamaño y las direcciones de las correlaciones con el nivel de desarrollo del Elio, dan apoyo a la validez de los códigos de defensa.

10.- Los investigadores Rosen & Bibring (1966) sugieren que la negación es menos probable entre gente a nivel de "cuello blanco" (profesionistas, empleados de oficina) que entre los de "cuello azul" (obreros, campesinos) o "sin cuello".

Esta es una simplificación exagerada, porque finca la distinción principal en la posición socio-económica: sería mejor decir que la razón es la necesidad de preservar la propia estimación y las relaciones importantes.

11.- Glaser y Stauss (1968) encontraron que la negación de primer orden ocurre principalmente entre gente que ha sufrido un achaque reciente, y ocurre menos entre los enfermos crónicos excepto que las circunstancias del entorno sean en verdad intolerables.

Ciertos pacientes moribundos niegan más frente a sus primeros visitantes y mucho menos frente a quienes siguen en contacto frecuente. La duda, la desesperación y la ambigüedad pueden generar negación en cualquier fase.

12.- En un intento por estudiar la relación entre una dolencia amenazadora de la vida y una negación, Hackett y Weisman (1969) compararon 20 pacientes hospitalizados con infarto de miocardio agudo con 20 pacientes moribundos de cáncer. Desde cierto punto de vista, se trataba de dos grupos de enfermos que se hallaban, en la lista crítica a causa de una enfermedad de la que pudieran no recuperarse. Desde otro punto de vista, sin embargo, el estudio comparó las respuestas del personal a pacientes colocados en situaciones opuestas: se consideraba que los cancerosos incurables no tenían esperanza, mientras que los pacientes con infarto de miocardio estaban gravemente enfermos pero tenían una buena probabilidad de reestablecerse.

13.-Antes de estudiar la amplitud de la negación en los infartados y en los cancerosos, Hackett y Weisman (1971) plantearon varias suposiciones o hipótesis de trabajo. Dado que el infarto es considerado, en general, como una enfermedad más esperanzadora, se esperaba que los pacientes estuvieran mejor informados, necesitaran poco respaldo y tuvieran, por lo tanto, mayor oportunidad de negar el peligro para su vida. Como los cancerosos en la fase incurable están tan próximos a la muerte, se suponía que haría falta mayor apoyo del personal para neutralizar la atmósfera de tristeza. Como los médicos prefieren en general alentar tanta negación como sea posible, se suponía que los médicos dirían a los cancerosos mucho menos información para fomentar una mayor negación. Como las actitudes del personal son manifiestamente diferentes en el trato con cancerosos e infartados, se esperaba que los cancerosos tuvieran aprehensión y depresión, mientras que los infartados, a pesar de una ansiedad y depresión en grados variables, serían más optimistas.

En general, los cancerosos tienen mayor razón para negar, pero debido a la persistencia y obstinación de los síntomas tienen menos ocasión de hacerlo. En cambio, cabría suponer que los infartados tendrían mayor ocasión de negar, pero debido a una atmósfera más esperanzadora, sobre todo una vez pasado el periodo agudo, tienen menos razón para hacerlo.

Como a los infartados se les suele relatar los hechos fundamentales, y como los cancerosos llevan suficiente tiempo enfermos como para poder hacer abundantes conjeturas sin necesidad de que se les diga, se esperaba que pocos pacientes de cada grupo mostraran una abierta negación de primer orden.

Se idearon veinte preguntas enfocadas a situaciones que suelen animar a la negación. Las preguntas cayeron en cinco categorías: a) lo que el médico le dice al paciente, b) cómo asimila el paciente la información, c) las principales preocupaciones del paciente, el miedo a morir y la orientación hacia el futuro, d) relaciones entre el personal y el paciente, y e) molestias físicas y necesidad de medicación.

Se agrupó a los infartados y a los cancerosos por edad y sexo. Había 14 mujeres y 26 hombres, con edades de los 27 a los 74 años. El trasfondo religioso y socio-económico era fundamentalmente semejante. Todos estaban en la lista de peligro cuando se les entrevistó por primera vez. Cada paciente fue seguido por visitas diarias, semanales o bisemanales, según se necesitara, hasta su alta o su fallecimiento:

Los cancerosos llevaban mucho tiempo enfermos antes de ingresar al hospital. En cambio, los infartados por lo general estaban trabajando o tenían una actividad razonable hasta el mismo día de su ingreso. Por lo tanto, al paciente cardíaco se le anima en su esperanza de un reestablecimiento parcial, por lo menos, y se le apoya en su empeño por negar los aspectos más pesimistas de la enfermedad. Es más, la disposición a negar es favorecida por la violencia del ataque.

Es menos probable que el paciente canceroso responda favorablemente a la negación, aunque haga pocas preguntas y parezca no tener conciencia de su estado. Se ha acostumbrado a la enfermedad y al tratamiento y, por regla general, se ha adaptado a limitaciones graduales.

Para fines de calificación, se decidió que si un médico daba una información mínima y no mostraba empeño por hacer preguntas y contestarlas, era probable que su reticencia se debiera a que tenía información muy completa. En cambio, si el médico le contaba a su paciente el diagnóstico, el tratamiento propuesto y el curso esperado, se consideró que se trataba de una información plena y sincera. Entre esos extremos se hallaban los médicos que daban información incompleta o escogida y llena de salvedades.

Aunque este plan de calificación es práctico, la realidad es que ciertos médicos creen ser siempre abiertos y francos, pero sus comentarios son tan técnicos y truncados que hacen imposible toda ulterior discusión. Los médicos podrán responder con toda propiedad y podrán sentir que dan apoyo con lo que dicen, pero su verdadera actitud puede revelarse carente de expresiones orales y con temas al parecer inconexos. Por ejemplo, un médico podría hablarle al enfermo sobre su diagnóstico, sin detallar ni explicar las derivaciones y posibles ampliaciones de la enfermedad. Su "negación" de segundo orden le llevaría, a tratar la tos de su paciente como si no guardara relación con la enfermedad primaria. Su modo de actuar abre una brecha entre lo que dice y lo que hace, con lo cual fomenta una negación mayor de lo que supone. Por otra parte, otro médico podría ser más consecuente y explicar los síntomas como parte de la condición general en su conjunto.

Se confirmó que a los pacientes cancerosos no se les dice toda la verdad sobre la dolencia con tanta frecuencia como a los infartados. Sólo a 7 de los 20 pacientes cancerosos se les dio amplia información, a 3 se les dijo poco o nada, y a 10 se les dieron hechos muy parcos sobre sí mismos. Sin embargo, al ser interrogados por los psiquiatras, 15 cancerosos tuvieron una idea razonablemente clara de su enfermedad, incluyendo el diagnóstico y la perspectiva. Sólo 5 pacientes parecieron relativamente ajenos a lo que sucedía. Como a todos los cancerosos se les había tratado extensamente en el hospital antes del actual ingreso, estos hallazgos sugieren que cuando el canceroso no hace preguntas pertinentes o parece "satisfecho" o ápatico sobre lo incompleto de la información es porque realmente no hay necesidad de preguntar.

Por lo tanto la disparidad entre lo que el médico le dice al paciente canceroso y lo que éste ya sabe realmente, tiende a crecer durante el periodo final. Sin embargo, algunos médicos se sorprendieron de que los pacientes supieran tanto, mientras que otros médicos, incluso reticentes, que decían poco, suponían que los pacientes ya estaban enterados de los hechos.

A los 17 individuos infartados se les dio información plena, 3 recibieron datos incompletos, y no hubo ninguno al que no se le dijera absolutamente nada de su enfermedad. Es más, la información se transmitió en términos generalmente optimistas, en contraste con la renuncia y la ambigüedad manifestadas en las comunicaciones con los cancerosos.

A juzgar por las preguntas hechas por los pacientes, no hubo diferencia significativa de actitud hacia sus respectivas limitaciones, si bien esas limitaciones de la enfermedad variaron de un grupo a otro. De 20 infartados, 11 no parecieron asimilar del todo la información. Los otros 9 estuvieron dispuestos a hablar sobre un futuro remoto, pero no sobre la incertidumbre cotidiana. Esto se tomó como signo de negación de segundo orden; aceptaban y asimilaban el hecho de haber sufrido un ataque cardíaco, pero no todas las limitaciones y riesgos que conlleva tal diagnóstico.

De los cancerosos, nueve parecieron totalmente desinteresados en cualquier futuro, remoto o inmediato. Esto podría interpretarse como una actitud compatible con el hecho de que estaban sencillamente muy enfermos y no les importaba, pero también podría indicar que se habían resignado a su propio fin próximo.

Los sujetos cancerosos estaban concientes de que la muerte se halla en su futuro inmediato: 11 fueron capaces de hablar de ello espontáneamente. De los infartados, 14 sabían que su vida estuvo en peligro durante el periodo agudo, y durante todo el tiempo de su hospitalización siguieron concientes de lo crítico de su enfermedad. Sólo un paciente en cada grupo expresó miedo directo a morir.

Según los observadores del personal, sólo dos de los cancerosos tenían ánimo "normal", a los demás se les tenía por muy deprimidos. Entre los infartados, en cambio, el personal evaluó a 14 como "normales". Cuando los psiquiatras preguntaron a los pacientes por depresión, ansiedad y malestar general, nueve cancerosos negaron tener molestias, tres infartados admitieron con facilidad depresión, ansiedad y malestar, ocho infartados reportaron de mala gana esas sensaciones y nueve infartados las negaron. En resumen, un número igual de infartados y de cancerosos negaron la depresión, la ansiedad y el malestar. Aunque hubo considerable diferencia entre los infartados y los cancerosos en cuanto a su ánimo explícito, no fue tan grande como creía el personal.

Los dos grupos difirieron en su preocupación predominante. Dieciocho de los pacientes con cáncer tenían la angustia de que no fuera posible controlar ni aliviar sus síntomas. A ninguno de los pacientes cardíacos le preocupó eso. Para once la principal preocupación era su capacidad de volver al trabajo, y cinco pacientes aseguraron no tener ningún miedo.

Resultó casi increíble que sólo un paciente en cada grupo dijera voluntariamente que tenía miedo a morir. Si tuviéramos que aceptar ese hallazgo, significaría que los infartados se sentían tan apoyados que no cabía el miedo, y que los cancerosos se habían resignado a su perspectiva tan completamente que el miedo a morir pertenecía al pasado, no al presente. Parece mas razonable, a la luz del sustancial número de pacientes de cada grupo que negaron la depresión, la ansiedad y el malestar, considerar la ausencia de miedo explícito a morir como un artefacto de la observación, no como una indicación confiable de inquietud. El humor torvo, la exageración de una débil mejoría, el optimismo forzado, las casuales referencias a amigos mortalmente enfermos y los recuerdos de pretéritas desgracias superadas pueden ser alusiones a inquietudes predominantes que ni el paciente ni su médico están listos a reconocer. Al ser interrogados directamente, pocos son los pacientes que confiesen su inquietud, pero con frecuencia hay brechas entre lo que siente un paciente, lo que sabe poner en palabras, lo que está dispuesto a reportar, lo que los observadores del personal ven, y lo que juzgan digno de recordar y registrar.

Es probable que aún quedaran situaciones en las cuales los pacientes pertenecientes a ambos grupos pudieran haber estado angustiados y preocupados en forma poco notable. Al ser objeto de una entrevista más pormenorizada, los cancerosos mostraron mayor tendencia a preocuparse por la forzada separación de la familia y de los amigos que por la inminencia de la muerte. Como grupo, los infartados sintieron angustia sobre la aptitud para seguir trabajando y mantenerse a sí mismos.

A pesar de la confianza superficial, por lo menos la mitad de los infartados tenía reservas sobre su independencia y su productividad en el futuro. Por otra parte, los cancerosos llevaban tanto tiempo enfermos que la expresión de una angustia sobre la vuelta al trabajo habría sido signo de negación. Como grupo, los cancerosos estaban en un nivel de sobrevivencia por la sobrevivencia misma. Su esperanza era controlar el dolor y el malestar. Si se formaban la imagen de un futuro productivo, a sus planes se les tachaba de "irreales". Al tomar en cuenta la diferencia en "los planes irreales" entre los infartados y los cancerosos, había igual número de pacientes que abrigaba planes futuros incongruentes con su condición física.



## CAPITULO VI

## METODOLOGIA

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

**PROBLEMA GENERAL:** ¿Cuáles son los factores psicosociales que influyen en el mecanismo de negación en pacientes seropositivos?

**PROBLEMA ESPECIFICO:** ¿Cuál es el nivel de negación en el que se encuentran algunos de los pacientes seropositivos ?

### OBJETIVOS:

- 1.-Conocer en qué nivel de negación se encuentra el paciente seropositivo.
- 2.-Conocer la relación entre la información que hay entre SIDA, religión, preferencia sexual, nivel socioeconómico, estigma, edad, sexo, escolaridad, estado civil y los niveles de negación.

### HIPOTESIS DE TRABAJO:

El paciente seropositivo recurre al mecanismo de negación como evitación del dolor ante la cercanía de la muerte.

Dependiendo del grado de dolor, de la preferencia sexual, y de la información y opinión que tenga el paciente seropositivo sobre SIDA será el nivel de negación del mismo.

### HIPOTESIS NULAS:

- 1 No hay relación entre la negación y la información que se tenga sobre el SIDA.
- 2 No hay relación entre la negación y la religión.
- 3 No hay relación entre la negación y la preferencia sexual.
- 4 No hay relación entre la negación y el nivel socioeconómico.
- 5 No hay relación entre la negación y el estigma.
- 6 No hay relación entre la negación y la edad.
- 7 No hay relación entre la negación y la escolaridad.
- 8 No hay relación entre la negación y el estado civil.
- 9 No existe relación entre los niveles de negación de los pacientes seropositivos y las variables anteriormente estudiadas.

### HIPOTESIS ALTERNAS:

- 1 Si existe relación entre la negación y la información que se tenga sobre el SIDA .
- 2 Si existe relación entre la negación y la religión.
- 3 Si existe relación entre la negación y la preferencia sexual.
- 4 Si existe relación entre la negación y el nivel socioeconómico.
- 5 Si existe relación entre la negación y el estigma
- 6 Si existe relación entre la negación y la edad.
- 7 Si existe relación entre la negación y la escolaridad.
- 8 Si existe relación entre la negación y el estado civil.
- 9 Si existe relación entre los niveles de negación de los pacientes seropositivos y las variables anteriormente estudiadas.

## VARIABLES:

### VARIABLE DEPENDIENTE:

- 1.-La negación como mecanismo de defensa en la aceptación de la seropositividad.
- 2.-Niveles de negación.

### VARIABLES INDEPENDIENTES:

- 1 Información que se tenga sobre el SIDA.
- 2 Religión
- 3 Preferencia sexual.
- 4 Nivel socioeconómico.
- 5 Estigma
- 6 Edad.
- 7 Escolaridad.
- 8 Estado Civil.

### DEFINICIONES CONCEPTUALES:

**NEGACION:** Proceso en virtud del cual el sujeto , a pesar de formular uno de sus deseos, ideas o sentimientos hasta entonces reprimidos, sigue defendiéndose negando que le pertenezca ( Freud, 1937 ).

#### **LOS NIVELES DE NEGACION :**

**PRIMER NIVEL:** Se refiere a cómo el paciente percibe los principales hechos de su enfermedad. Por ejemplo, tiende a minimizar los síntomas, evita visitar al médico.

**SEGUNDO NIVEL:** Se refiere a las inferencias que el paciente realizó o no acerca de las implicaciones de su enfermedad

**TERCER NIVEL:** Es el concerniente a la imagen de la muerte, es decir, la negación de la extinción de la propia vida. ( Weisman, 1972 ).

**MECANISMO DE DEFENSA:** Todas las técnicas de que se sirve el yo en los conflictos eventualmente susceptibles de conducir a la neurosis (Freud, 1926 Inhibición, síntoma y angustia ).

**SEROPOSITIVIDAD:** Es un marcador de laboratorio que indica que la persona ha sido infectada por el virus de inmunodeficiencia humana ( David Miller, 1989 ).

Situación en la que existe presencia de anticuerpos en la sangre, producidos por el organismo como respuesta a alguna enfermedad en particular. El resultado no indica si el individuo llegará o no a desarrollar dicha enfermedad (Jaime Sepúlveda, 1989 ).

**SIDA:** Es una enfermedad infecciosa, universal, contagiosa, y prevenible. En la actualidad es incurable y mortal. Afecta las defensas del organismo, favoreciendo la aparición de infecciones graves y cánceres raros constituyendo a la fecha un grave problema de salud pública a la vez una pandemia ( Uribe Zúñiga P. 1988 ).

**RELIGION:** En el sentido de compromiso de fe que brota de la vivencia de lo sagrado e induce a un comportamiento responsable en el plano culto y de la ética. (Friedrich Dorsch, 1985).

**PREFERENCIA SEXUAL :** Preferencia por los compañeros sexuales del mismo sexo (homosexualidad), de ambos sexos ( bisexualidad). (Masters, Johnson, Kolodny, 1987).

**NIVEL SOCIOECONOMICO:** Posición personal o familiar dentro de una jerarquía establecida, en el orden social, con arreglo, principalmente, al nivel de ingresos conforme a los valores de la sociedad capitalista (Ezequiel Ander, 1991).

**ESTIGMA:** Situación del individuo inhabilitado para una plena aceptación social ( Goffman Erving,1986 ).

**EDAD:** Años y meses transcurridos desde el nacimiento (Newman y Newman,1985).

**ESCOLARIDAD:** Equivale a asistir a la escuela y trae a la mente toda la gama de actividades que se llevan a cabo en la escuela ( James Bowen y Peter R.Hobson, 1991).

**ESTADO CIVIL:** La condición jurídica de las personas poniendo en acento en la capacidad de obrar ( Diccionario de Ciencias Sociales, Vol. 1, 1975).

#### DEFINICIONES OPERACIONALES:

**NEGACION:** Para propósitos de éste estudio la negación será medida por medio de un cuestionario.Los niveles de negación que se buscarán son tres: el primer nivel se determinará cuando el paciente evite de cualquier forma asistir al médico; el segundo nivel se determinará cuando la persona minimice los síntomas, es decir, que no relacione las enfermedades con la infección al VIH; y el tercer nivel se determinará cuando la persona no acepte que el SIDA no tiene cura.

**MECANISMO DE DEFENSA:** Forma por la cual el sujeto se defiende o lucha contra ideas y afectos dolorosos e insoportables.

**SEROPOSITIVO:** Todo aquél que resulte positivo tanto en la prueba de E.L.I.S.A. como en la confirmatoria ( Wester Blot).

**SIDA:** Es una enfermedad que tiene una persona infectada por el HIV y que, además, presenta enfermedades como linfadenopatía generalizada persistente, cáncer, diarrea, neumonía, cándida.

**RELIGION:** Aquella persona que reporte practicar algún tipo de culto hacia algo o alguien.

**PREFERENCIA SEXUAL:** Aquellas personas que contesten que tienen relaciones sexuales con personas de su mismo sexo serán homosexuales, las personas que contesten que tienen relaciones sexuales tanto con hombres y mujeres, se denominarán bisexuales.

**NIVEL SOCIOECONOMICO:** Este se medirá por el ingreso mensual que recibe la persona entrevistada.

ALTO - diez salarios mínimos en adelante.

MEDIO- de tres a nueve salarios mínimos.

BAJO - de uno a dos salarios mínimos.

**ESTIGMA:** Será todo lo que las personas piensen acerca de la enfermedad como:

- Es una enfermedad de homosexuales.
- Sólo le da a los promiscuos.
- Sólo le da a las personas que van con prostitutas.
- Es una enfermedad para manipular la vida sexual de las personas.
- Es una enfermedad por falta de valores.
- Es una enfermedad por no creer en Dios.

**EDAD:** Tiempo que la persona reporte ha transcurrido desde que nació hasta el momento presente.

**ESCOLARIDAD:** Años que la persona menciona haber cursado en su educación formal.

**ESTADO CIVIL:** Las personas que reporten no tener pareja, serán solteros y los que reporten tener pareja, serán tomados como casados.

### SUJETOS:

Tanto el diagnóstico clínico como el cuestionario y la prueba se aplicaron a 83 sujetos que tuvieron resultado positivos en la pruebas de E.L.I.S.A. y en de Wester- Blot, tanto homosexuales como bisexuales. El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional, ya que el investigador buscó a los individuos que reunían las características necesarias.

### ESCENARIO:

La investigación se llevó a cabo en las instalaciones de CONASIDA ,en el área de Psicología.

### TIPO DE INVESTIGACION:

Fue un estudio evaluativo de campo, ya que no se manipuló la variable independiente y se llevó a cabo en un escenario natural.

Fue un estudio transversal, ya que sólo se midieron una vez las variables.

### DISEÑO DE INVESTIGACION:

Fue ex-post-facto, ya que el evento ya sucedió. Los sujetos ya están infectados, y así se estudiaron.



### INSTRUMENTO:

En una primera hoja estaban las instrucciones para contestar la escala y la solicitud de llenado de datos como edad, preferencia sexual, religión, escolaridad, estado civil y sueldo mensual.

Se utilizó una escala basada en el modelo tipo Likert debido a su rápida y fácil aplicación, su forma práctica de calificación y por ser un instrumento con un alto grado de confiabilidad.

Esta escala basada en el modelo tipo Likert consiste en una serie de afirmaciones ante las cuales se solicita la reacción de la persona entre cinco alternativas; La afirmación representa la propiedad que el investigador está interesado en medir y las respuestas se solicitan en términos de grado de acuerdo y desacuerdo de la persona en relación a la afirmación en cuestión. Se obtuvo el puntaje total de la escala y el puntaje total de cada indicador, que fué una característica de la variable a medir.

La escala basada en el modelo tipo Likert se elaboró con el objeto de medir el nivel de negación de los pacientes seropositivos, homosexuales y bisexuales. Estuvo constituida por los siguientes indicadores: creencias, actitud hacia la enfermedad, temores, mitos, información, culpa, riesgos ante el SIDA.

### DISCRIMINACION:

El banco de reactivos que se elaboró para pilotearlo constó de 150 reactivos, y se aplicó a 25 personas de preferencia homosexual y bisexual que asistían a CONASIDA y en bares. Después de aplicar el cuestionario y sacar la discriminación de reactivos a través de la prueba t, se eligieron los reactivos tomando en cuenta la probabilidad y escogiendo aquellos que eran menores a .05. Así quedaron 49 reactivos que miden negación, 20 que miden el primer nivel, 21 que miden el segundo nivel y 8 reactivos que miden el tercer nivel.

La otra parte del cuestionario aplicado es sobre información y consta de 16 reactivos, y la parte que mide riesgo consta de 19 reactivos.

La muestra incluyó a 83 personas.

## PROCEDIMIENTO:

El Instrumento se aplicó a 83 pacientes seropositivos con el propósito de pilotear y ver si media la negación para nuestra población (homosexuales y bisexuales seropositivos). Una vez discriminados los reactivos, el instrumento se aplicó a la muestra final, hombres homosexuales y bisexuales que se realizaron la prueba ELISA y Western-Blot en CONASIDA y cuyo resultado fue positivo

El instrumento se aplicó en las instalaciones de CONASIDA.

Las instrucciones que se les dio a los sujetos fueron las siguientes:

"Soy psicóloga ,estoy llevando a cabo una investigación, solicito tu amable cooperación para contestar estos cuestionarios que son anónimos y confidenciales"

Se le explicó cómo contestarlo y se les dijo que si tenían alguna duda preguntaran. Por último, se les dieron las gracias, una vez que habían contestado el cuestionario.

## **CAPITULO VII**

## RESULTADOS DE LA INVESTIGACION:

### A).- ANALISIS PSICOMETRICO DE LA PRUEBA:

En primer lugar se aplicó el análisis de frecuencia para discriminar los reactivos, posteriormente se usó la prueba T para obtener diferencias en el grupo alto y bajo de puntuaciones en la escala de actitudes, con la finalidad de discriminar los reactivos.

### B).- ANALISIS DESCRIPTIVO:

Se utilizó el análisis de frecuencias para elaborar una descripción de los pacientes seropositivos con base en sus características generales (información que tengan sobre el SIDA, religión, preferencia sexual, nivel socioeconómico, estigma, edad, estado civil y escolaridad), a través de las frecuencias absolutas, las relativas y las medidas de tendencia central (media y modo), así como las medidas de dispersión (desviación estandar).

### C).- ANALISIS INFERENCIAL:

Se empleó el análisis de Correlación a través del Coeficiente Producto Momento de Pearson entre indicadores y posteriormente se utilizó el análisis de Varianza (ANOVA), para a la escala, con cada indicador por cada una de las variables independientes (información que tenga sobre el SIDA, religión, preferencia sexual, nivel socioeconómico, estigma, escolaridad, estado civil y edad), así como para los niveles de negación en cada una de las variables independientes, (información que tenga sobre el SIDA, religión, preferencia sexual, nivel socioeconómico, estigma, escolaridad, estado civil y edad).

Para la realización de esta investigación se utilizó el paquete SPSS (Statistical Package of the Social Science), donde se incluyen diferentes programas. El primero de ellos fue el de frecuencia, que consta de frecuencias relativas, frecuencias absolutas, medidas de tendencia central (como Modo y Media) y medidas de dispersión (como la Desviación Estandar) Este análisis se aplicó con el objetivo de ver la distribución de los datos obtenidos.

Con respecto a la distribución de la edad de la muestra se encontró un rango entre los 16 y 62 años, la media de edad corresponde a sujetos de 30.7 años, la mayoría oscila entre los 24 y 33 años.

(VER TABLA 1 )

En relación a la distribución del Estado Civil de la muestra se encontró que un 97.6% (81 casos)son solteros, y un 2.4% (2 casos ) divorciados

(VER TABLA 2 )

En cuanto a la preferencia sexual los datos de la muestra señalan que el 88.0% son homosexuales (73 casos) y el 12%, bisexuales (10 casos).

(VER TABLA 3)

Al observar la distribución de la muestra en cuanto a la religión se pudo ver que el 65.1% son Católicos (54 casos); el 7.2% son Creyentes (6 casos); el 6.0% Cristianos (5 casos); el 1.2%, Espiritualistas (1 caso); el 1.2% Evangelistas (1 caso) y el resto, o sea, el 19.3% (16 casos) no tiene ninguna religión. Esto indica que la mayor población de la muestra corresponde a los Catolicos y la siguiente a los que no tienen ninguna religión.

(VER TABLA 4)

En cuanto a la escolaridad, se analizó que el rango de la población de mayor frecuencia es el que corresponde a prepa o vocacional y equivale a un porcentaje de 37.3% (31 casos); a continuación esta el nivel de licenciatura abarca un porcentaje de 34.9% (29 casos); después el de secundaria con un 16.9% (14 casos), y la de menor frecuencia corresponde a posgrado con un 7.2% (6 casos) y a la primaria con un 3.6% (3 casos).

(VER TABLA 5)

En cuanto al sueldo de la muestra analizada, se pudo ver que el rango más elevado está entre los que tienen un sueldo bajo (de uno a dos salarios mínimos) con un porcentaje del 50.6% (42 casos) y el siguiente corresponde a un sueldo medio (de tres a nueve salarios mínimos) con un 44.6% (37 casos). Se pudo ver que la minoría tiene un sueldo alto solo un 4.8% (4 casos).

(VER TABLA 6)

#### DESCRIPCION DEL CUADRO DE NEGACION:

Al analizar las preguntas en forma general podemos observar que en la mayoría no existe una negación. Sin embargo, existen preguntas en las que la respuesta va de una no negación a una negación completa, aunque los casos de negación completa son pocos.

En el análisis de cada una de las preguntas podemos observar que, aunque no hay negación, hay preguntas que tienen una variabilidad de puntaje.

En forma descriptiva podemos observar que las preguntas 1,2,3,5,10,11,16,18,19,20,25,26,27,30,31,32,34,38 y 43 son a las que la mayoría de los encuestados respondieron con una no negación. La característica principal de las preguntas es que corresponden a un primer nivel, es decir, cuestionan con respecto a la infección es su primera etapa, o sea, lo que significa ser seropositivo. En esta área, los encuestados no niegan; no les cuesta trabajo aceptarse como seropositivos, únicamente, como infección.

En las preguntas 4,6,7,8,9,12,23,14,15,21,22,23,28,29,35, 36,37,44, 45, 48 y 49 se encontró que, aunque los encuestados niegan, la variabilidad de puntaje no se carga tanto hacia la total negación, es decir, que los sujetos responden con mayor indecisión, aunque no total. Lo esencial en estas preguntas es que ya se maneja que el ser seropositivo a VIH implica un cambio en cuanto a las relaciones sexuales, la conducta, la forma de vida, la conciencia de lo que puede desencadenar la seropositividad en SIDA y la esperanza de cura. A este nivel, los entrevistados se muestran indecisos en sus respuestas.

Las preguntas que muestran que los sujetos sí niegan en su totalidad son: 17,24,33,39,40,41,42,46 y 47. Estas preguntas abarcan lo que la posibilidad de enfermar y morir significa, es decir, niegan el SIDA como posibilidad de muerte.

( VER TABLA 7)

#### DESCRIPCION DE LA TABLA DE RIESGO:

En las preguntas 9,10,13,15 y 19, que califican la conducta sexual de alto riesgo con desconocidos, podemos observar que las personas encuestadas no creen en el riesgo, ya que el mayor puntaje cae en el punto 1 que se refiere a "nada riesgoso".

Las preguntas que califican las conductas de prevención con personas que los pudieran contagiar son las 5,6,7, y 8 . En las preguntas 5 y 7 los encuestados demostraron estar indecisos, en las respuestas. En las preguntas 6 y 8 las respuestas indican que la mayoría de los encuestados responden que se debe de evitar tener relaciones con personas que los pudieran contagiar, al igual que con desconocidos.

Las preguntas 11,12,16, y 17 califican conductas de bajo riesgo en situaciones públicas. Los resultados muestran que los encuestados consideran que no es riesgoso usar baños públicos y nadar en albercas, sin embargo consideran que donar sangre y recibir una transfusión es muy riesgoso.

Las preguntas que evalúan las relaciones sexuales con personas que tienen SIDA en situaciones de bajo riesgo son las 1,2,3, y 4 y los resultados muestran que los encuestados piensan que no es nada riesgoso saludar y jugar con alguien que tiene SIDA, sin embargo creen que es medianamente riesgoso acudir a una clínica dental o de salud en la que se atiende a gente con SIDA al igual que besarse en la boca con una persona que padezca SIDA.

Las preguntas que evalúan el riesgo del uso de drogas son las 14 y 18. Los resultados indican que el uso de drogas y el contacto con personas que las consumen es peligroso.

( VER TABLA 8)



## DESCRIPCION DE LA TABLA DE INFORMACION:

En general, se puede observar que la mayoría de los encuestados tienen una alta información, sin embargo hay preguntas en donde la respuesta denota una total desinformación. Estas son las 5,9,10,12,14 y 16, pues existe una gran variabilidad en el rango de respuestas. La característica principal de estas preguntas de información es que se refieren al virus en sí: dónde se encuentra en menor y mayor cantidad, qué lo destruye, qué partes del organismo afecta al desarrollarse el SIDA.

(VER TABLA 9)

## ANALISIS INFERENCIAL CON RELACION A LA PREFERENCIA SEXUAL:

Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó el análisis de Correlación a través del Coeficiente Producto Momento de Pearson entre indicadores:

Con respecto a F1 (conducta sexual de alto riesgo con desconocidos) se encontro una F de .82 con una probabilidad de .36, esto indica que no hay diferencias entre homosexuales y bisexuales entre la percepción en cuanto a las conductas de riesgo con desconocidos. Ambos sienten que hay un alto riesgo.

En relación a F2 (Conductas de prevención con alguien que se pudieran contagiar) se obtuvo una F de 7.5 y una probabilidad de .007, lo que demuestra que sí hay diferencias significativas entre homosexuales y bisexuales con respecto a las conductas de prevención que se deben de tomar para no contagiarse. Los homosexuales lo creen menos riesgoso que los bisexuales, es decir los bisexuales tienen más conductas de prevención.

Analizando el Factor 3 (Conductas de bajo riesgo en situaciones públicas) vemos que el resultado con respecto a F es de .59 con una probabilidad de .44, lo que significa que no hay diferencias entre homosexuales y bisexuales en cuanto a las ideas sobre las conductas de bajo riesgo en situaciones públicas, pues ambos sienten que existe un bajo riesgo.

Con respecto a F4 (Relaciones con personas que tienen SIDA en situaciones de bajo riesgo) se obtuvo una F de .11 y una probabilidad de .74. Esto muestra que no existen diferencias entre homosexuales y bisexuales con respecto al riesgo que significa tener relaciones sexuales con cuidados con personas que tienen SIDA (sexo seguro o uso de condón), ya que para ambos hay un alto riesgo en esta conducta.

Al analizar el F5 (Drogas), pudimos ver que el resultado de F es igual a 2.8 y el de la probabilidad es igual a .096, lo cual indica que sí hay diferencias significativas, ya que la F es marginal entre los homosexuales y bisexuales con respecto al riesgo que implica relacionarse con personas que consumen droga. Los homosexuales perciben un mayor riesgo que los bisexuales.

En cuanto a la relación entre Negación y Preferencia Sexual se obtuvo una F de .88 y una probabilidad de .35 lo cual indica que no hay diferencias entre los homosexuales y bisexuales en cuanto a la negación, es decir, se niega de igual forma sin importar la preferencia sexual.

Al analizar por separado la media de homosexuales que fue de 2.36, y la de bisexuales, que fue de 2.49, nos podemos dar cuenta que se acerca al número tres del cuestionario, es decir, a la opción de indeciso.

Al analizar la relación entre información y preferencia sexual se obtuvo una F de .54 y una probabilidad de .46. Esto nos muestra que no hay diferencias significativas en cuanto a la información y la preferencia, pues tanto los homosexuales como los bisexuales manejan la misma información.

Las medias obtenidas fueron de 1.37 para homosexuales y de 1.44 para bisexuales lo que implica que no hay un manejo total de la información, aunque se tenga la información básica.

( VER TABLA 10)

## CORRELACION ENTRE LOS FACTORES, NEGACION E INFORMACION:

En el análisis inferencial se utilizó el paquete ANOVA para el análisis de Varianza para ver la relación en los siguientes puntos: entre indicadores con respecto a la escala, para cada indicador por cada una de las variables independientes, para los niveles de negación por cada una de las variables independientes (información que tenga sobre el SIDA, religión, preferencia sexual, nivel socioeconómico, estigma, escolaridad, estado civil y edad ).

Se encontró una relación entre el factor 4 y el factor 2 ( $r=.52$ ,  $p=.01$ ). Esto indica que las personas que tienen actitudes positivas hacia las personas que tienen SIDA en situaciones de bajo riesgo, tienen actitudes positivas hacia las conductas de prevención.

La relación entre el factor 4 y el factor 3 es  $r=.28$  y el nivel de significancia es de  $.01$ , lo que nos muestra que las personas que tienen conductas de bajo riesgo en situaciones públicas también las tienen cuando están en contacto con personas que tienen SIDA.

La relación que se encontró entre el factor 5 y el factor 2 fue de  $r=.46$  y  $p=.01$ , lo que demuestra que las personas que tienen conductas de prevención con alguien quien se pudiera contagiar las tienen también con personas que utilizan drogas.

Se obtuvo una relación entre el factor 5 y el factor 3 de ( $r=.31$  y  $p=.01$ ), lo que indica que las personas que tienen conductas de bajo riesgo en situaciones públicas tienen cuidado al tener contacto con personas que utilizan drogas.

La relación entre el factor 3 y la negación fue de  $r=.25$  y una  $p=.01$ , lo que indica que la gente que tiene conductas de bajo riesgo en situaciones públicas es la que menos utiliza el mecanismo de negación.

Se encontró una relación entre el factor 3 y la información con un valor de  $r = .32$  y una  $p = .01$ , lo que indica que las personas que están más informadas son las que tienen conductas de bajo riesgo en situaciones públicas.

( VER TABLA 11)

TABLA 1: EDAD DE LA MUESTRA ESTUDIADA

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
16	1	1.2%
19	1	1.2%
20	1	1.2%
21	2	2.4%
22	3	3.6%
23	3	3.6%
24	6	7.2%
25	4	4.8%
26	4	4.8%
27	3	3.6%
28	6	7.2%
29	4	4.8%
30	5	6.0%
31	7	8.4%
32	5	6.0%
33	6	7.2%
34	3	3.6%
35	1	1.2%
36	2	2.4%
37	3	3.6%
38	4	4.8%
39	4	4.8%
40	1	1.2%
48	1	1.2%
51	2	2.4%
62	1	1.2%
	83	100.00%

**TABLA 2: ESTADO CIVIL DE LA MUESTRA ESTUDIADA**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SOLTEROS</b>	81	97.6%
<b>DIVORCIADOS</b>	2	2.4%
	<hr/>	<hr/>
	83	100.00%

**TABLA 3: DISTRIBUCION DE LA MUESTRA EN CUANTO A PREFERENCIA SEXUAL.**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMOSEXUAL	73	88.0%
BISEXUAL	10	12.0%
	<u>83</u>	<u>100.00%</u>

**TABLA 4: DISTRIBUCION DE LA MUESTRA EN CUANTO A RELIGION**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CATOLICO	54	65.1%
CREYENTE	6	7.2%
ATEO	0	0%
CRISTIANO	5	6.0%
ESPIRITUALISTA	1	1.2%
EVANGELISTA	1	1.2%
NINGUNA	16	19.3%
	<hr/> 83	<hr/> 100.00%



**TABLA 5: ESCOLARIDAD DE LA MUESTRA ESTUDIADA**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	3	3.6%
SECUNDARIA	14	16.9%
PREPA O VOC.	31	37.3%
LICENCIATURA	29	34.9%
POSGRADO	6	7.2%
	<hr/> 83	<hr/> 100.00%

**TABLA 6: DISTRIBUCION DEL SUELDO DE LA MUESTRA ESTUDIADA**

<b>SUELDO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>1 A DOS SAL.MIN.</b>	<b>42</b>	<b>50.6%</b>
<b>3 A 9 SAL. MIN.</b>	<b>37</b>	<b>44.6%</b>
<b>10 SAL. MIN.EN ADELANTE</b>	<b>4</b>	<b>4.8%</b>
	<hr/> <b>83</b>	<hr/> <b>100.00%</b>

**TABLA 7: PORCENTAJES OBTENIDOS POR EL INSTRUMENTO DE NEGACION PARA CADA UNO DE LOS REACTIVOS( CUADRO DE NEGACION)**

	TOTALMENTE DESACUERDO:1	DESACUERDO:2	INDECISO:3	DE ACUERDO:4	TOTALMENTE DE ACUERDO:5
	1	2	3	4	5
El resultado de mi prueba está equivocado.	30	20	14	13	6
En la prueba existen algunos errores con respecto a mi clave.	39	20	11	10	3
El reactivo de la prueba ya caducó y por tanto mi resultado no es exacto.	41	24	12	3	3
Por detectar mayor riesgo en mí no se mandó la muestra al laboratorio.	41	25	14	0	3
La psicóloga no anotó bien la clave que me corresponde a mí.	49	22	6	3	3
La psicóloga se pudo haber equivocado con mi resultado.	41	26	5	6	5
Por mi resultado positivo, mi conducta debe cambiar.	8	7	6	24	38
Por mi resultado positivo, es necesario que use condón.	5	1	0	15	62
Yo podría tener hijos si lo deseo.	60	7	3	6	7
Yo puedo donar sangre.	69	7	1	1	5
Siento que no estoy infectado.	28	18	13	12	12

Estar infectado significa que tengo la posibilidad de enfermar.	7	5	5	25	41
Yo sé que hay un médico que puede salvarme.	32	22	15	4	10
En mí puede existir un milagro.	25	10	20	14	14
Si me enfermo es por causa de estar infectado por el virus de inmunodeficiencia humana.	14	20	14	19	16
En mi vida he tenido pocas parejas, por tanto no estoy infectado.	42	23	10	5	3
Me siento enfermo.	27	24	15	12	5
Sólo los que tienen muchas parejas pueden estar infectado.	43	27	5	2	6
Yo no necesito visitar al médico.	44	27	5	1	6
Yo no soy promiscuo, por tanto no estoy infectado.	47	27	4	3	2
Si me da gripe es causado por el virus del SIDA.	28	31	19	4	1
Yo no puedo tomar alcohol porque mis defensas se bajan más.	9	4	14	33	23
Mi enfermedad es incurable.	5	8	14	21	35
Casi siempre la diarrea es causada por el virus del SIDA.	19	34	12	11	7
Si tengo relaciones sexuales sin condón puedo infectar a otra persona.	8	1	1	9	64
Estar infectado por el VIH significa que tengo la posibilidad de desarrollar SIDA.	4	5	3	26	45
El uso del condón sólo es para personas que tienen SIDA.	54	21	1	3	4

No es cierto que estoy infectado, pues no me siento enfermo.	34	29	12	3	5
Yo no soy promiscuo.	18	15	12	26	12
Ser seropositivo significa estar más predispuesto a poder desarrollar alguna enfermedad.	4	4	6	34	35
No es necesario utilizar sexo seguro en mi conducta sexual.	53	18	2	6	4
El SIDA puede causar la muerte.	4	3	1	14	61
Sé que de alguna manera puedo luchar para curarme.	1	9	12	24	37
He tenido muchas parejas, por eso estoy infectado.	32	23	11	10	7
El SIDA es como cualquier otra enfermedad.	28	18	5	15	17
Me da temor durar mucho tiempo con el SIDA y sus enfermedades.	8	11	6	31	27
Sé que pronto van a descubrir una vacuna para el SIDA.	6	5	41	16	15
Soy seropositivo y tengo la posibilidad de desarrollar SIDA.	3	4	8	33	35
El SIDA sólo le da a los promiscuos y como yo no lo soy no es cierto que esté infectado.	47	27	7	2	0
Las personas que están infectadas por el virus no mueren por él, si no por otras enfermedades.	6	9	14	22	32
Las personas que son seropositivas tienen la posibilidad de morir.	5	11	7	33	27
Las enfermedades que tengo son por el SIDA.	19	28	18	10	8
Soy seropositivo, pero no necesito visitar al médico.	36	35	9	3	0

Sé que si desarrollo SIDA moriré pronto.	5	10	23	19	26
Si me enfermo, no pienso que es por la seropositividad.	9	24	19	18	13
Estar infectado por el virus del SIDA no significa que enferme por ésta causa.	8	14	18	30	13
Llegar a morir me da miedo.	22	19	11	18	13
Las enfermedades que causa el SIDA no me gustan.	4	8	12	28	31
Pronto llegará la cura del SIDA y yo no moriré.	7	11	40	11	14

**TABLA 8: PORCENTAJES DE PERCEPCION DE RIESGO.**

	NADA RIESGOSO ( 1 )	MEDIANAMENTE RIESGOSO (2)	MUY RIESGOSO ( 3 )
Saludarse de mano con alguien que tiene SIDA.	81	1	1
Jugar con un niño que tiene SIDA.	78	5	0
Acudir a una clínica dental o de salud en la que se atiende gente con SIDA.	22	43	18
Besarse en la boca con alguien que tiene SIDA.	38	37	8
Tener relaciones sexuales con alguien que tiene SIDA, aunque se use preservativo (condón).	24	45	14
Masturbación mutua ( estimularse uno al otro - para tener un orgasmo ) con una pareja ocasional.	55	14	14
Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional aunque se use preservativo (condón).	29	41	13
Sexo oral con alguien que no conoces bien.	2	20	61
Tener relaciones sexuales anales sin usar el preservativo (condón) con una pareja ocasional.	3	2	78
Tener relaciones sexuales con una prostituta sin usar preservativo (condón).	3	2	78
Usar baños públicos.	48	23	12
Nadar en albercas públicas.	67	10	6
Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional sin usar preservativo (condón).	2	5	76

Inyectarse drogas como heroína o cocaína, etc.	4	12	67
Usar una jeringa o aguja usada por otra persona sin haberla esterilizado previamente.	0	2	81
Donar sangre.	9	13	61
Recibir una transfusión sanguínea en el hospital.	11	34	38
Tener relaciones sexuales usando el preservativo (condón) con una persona que se inyecta drogas.	20	33	30
Tener relaciones sexuales con muchas personas.	3	8	72



ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA 9: PORCENTAJES EN EL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS  
(TABLA DE INFORMACION)

	CIERTO: 1	FALSO: 2	NO SABE: 3
	1	2	3
El SIDA se transmite por la saliva.	3	74	6
Una mujer embarazada infectada puede transmitir el virus al producto.	81	1	1
El SIDA se transmite por secreciones vaginales.	73	3	7
En una sola relación sexual con una persona infectada puede contagiarse de SIDA.	73	3	7
El virus del SIDA se ha encontrado en saliva.	33	28	22
El SIDA se puede transmitir por compartir agujas y jeringas usadas.	83	0	0
El sexo seguro se basa en no dejar que los fluidos sexuales entren al organismo.	73	5	5
La prueba del SIDA se debe hacer a los donadores de sangre.	82	1	0
Los condones se dañan con la luz, el calor y tienen fecha de caducidad.	65	4	14
El cloro destruye al virus del SIDA.	55	8	20
Una persona seropositiva puede infectar a otra persona igual que una con SIDA.	70	8	5
El virus del SIDA afecta al cerebro.	45	19	19

Una persona puede estar infectada por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV) y no tener SIDA.	68	4	11
El nonoxynol-9 destruye al virus del SIDA.	37	8	38
Cuando en una pareja los dos son seropositivos es necesario protegerse en cada relación sexual.	78	0	5
Algunas personas resisten al virus del SIDA y no se infectan.	36	24	23

**TABLA 10: RELACION ENTRE LAS VARIABLES Y LA PREFERENCIA SEXUAL**

VARIABLES	F	PROBABILIDAD
F1(conductas sexuales de alto riesgo con desconocidos).	.82	.36
F2(conductas de prevención con alguien que se pudieran contagiar).	7.5	.007 *
F3(conductas de bajo riesgo en situaciones públicas).	.59	.44
F4(relaciones con personas que tienen SIDA en situaciones de bajo riesgo).	.11	.74
F5 (drogas).	2.8	.096*
NEGACION.	.88	.35
INFORMACION.	.54	.46

\* SON SIGNIFICATIVAS.

TABLA 11: CORRELACION ENTRE FACTORES, NEGACION E INFORMACION

CORRELACIONES	F4	F5	NEGACION	INFORMACION
F2	.52*	.46*		
F3	.28*	.31*	.25*	.32*

\* P < .01

## CAPITULO VIII

## CONCLUSION Y DISCUSION

Con respecto a la investigación realizada, podemos concluir que el paciente seropositivo a HIV no tiene ningún problema para aceptarse como portador a HIV, es decir, no entra en la negación de un primer nivel.

En un segundo nivel de negación, que abarca lo que respecta a las enfermedades que puede producir el HIV, no hay una aceptación total, como en el primer nivel.

Con respecto al tercer nivel, que se refiere a lo que puede desencadenar el SIDA, como es la muerte, si recurre al mecanismo de negación. Al respecto podemos pensar que es mucho más sencillo saberse portador de una enfermedad, porque a través del tiempo nos enfrentamos a varios tipos de virus que portamos como la gripa, hepatitis, etc. y estamos acostumbrados a sus consecuencias y efectos. Sin embargo, pensar en la terminación de la vida a causa de un virus es mucho más difícil ya que con ello se demuestra al ser humano su vulnerabilidad. Esto es un golpe al narcisismo del hombre, pues creemos que podemos dominar muchas cosas con la ciencia. También es difícil "saber" que ya no vamos a estar un tiempo prolongado, un tiempo que en algún momento habíamos imaginado eterno. No hay una educación con respecto a la muerte; es algo que en Occidente se oculta. Anteriormente, la muerte no se veía como algo terrible, sino como algo natural del ser humano; además, pensar en la muerte por SIDA es angustiante por toda la ideología y mitos que acompañan a esta enfermedad.

Al comparar el grado de negación con respecto a la preferencia sexual, se vio que los homosexuales y los bisexuales niegan de igual forma y grado con respecto al tercer nivel. Esto indica que la educación, la idea y el significado de la muerte es uniforme para nuestra cultura ya que la "educación" al respecto significa que poder morir es un desastre.

También se observó que las personas que tienen mayores cuidados son las que menos niegan, lo cual significaría que esto es bidireccional: al no tener miedo a informarse se previenen ante la enfermedad y por otro lado, al no negar una enfermedad se permiten informarse. Podemos pensar en el estudio realizado por Víctor E. Archer (1989) que nos dice que "para hacer un programa de comunicación tenemos que tomar en cuenta los mecanismos de evitación- negación para que lo que se desea comunicar llegue al público".

Estoy de acuerdo que en las campañas de comunicación se tome en cuenta el mecanismo de evitación- negación; pues ante la referencia al SIDA como una enfermedad mortal, el público prefiere evitar información y, por lo tanto, no conoce los cuidados preventivos. Ante el impacto que causa el conocimiento de estar infectado y de la posibilidad de la muerte, se prefiere negar en forma inconsciente que sufrir toda la angustia que esto conlleva.

Al referirnos a las conductas necesarias para la prevención de la infección por VIH, en la encuesta se pudo obtener que la mayoría piensa que se deben de proteger cuando tienen relaciones sexuales, tanto con conocidos como con desconocidos. Esto ocurre por una serie de pláticas escuchadas en donde el paciente, además de saberse portador del HIV, sabe que es susceptible de tener otras enfermedades infecciosas. Por lo tanto, una persona que tiene una buena información y conocimiento del tema puede cuidarse, sobre todo si sabe que esto va a significar su propia protección y la de los demás. Las personas que dan la información deben de hacerlo en forma verídica y no para atemorizar.

Al analizar la preferencia sexual, se pudo observar que los bisexuales tienen mayores conductas de prevención, ya que los homosexuales lo creen menos riesgoso. Al respecto, se puede pensar que los bisexuales se creen con mayor riesgo por tener relaciones sexuales con personas de ambos sexos, además de que hay algunos bisexuales que piensan que tienen mayor riesgo con mujeres; esto sería de gran interés para futuras investigaciones.

Con respecto a los homosexuales quizás ellos piensen que no pueden enfermar pues son limpios, ricos, saben escoger a su pareja, etc. sin embargo, después de cada relación se sienten mal. También pueden considerar que por tener múltiples parejas ya están infectados, entonces no tiene caso seguir cuidándose. Otra causa puede ser el surgimiento un "rebote" de aceptación porque durante mucho tiempo lucharon para sentir que tener relaciones sexuales con hombres no era algo anormal ni algo malo, al surgir el SIDA renacen esos sentimientos de culpa: por ser homosexual tendrán que pagar con el SIDA, es decir, con la muerte.

Esto se podría resolver con una educación sexual adecuada para todos. Esta podría consistir en cursos que hablen y cuestionen la propia sexualidad de los adultos, además de proporcionar educación sexual a nivel primaria y secundaria.

Los que tienen una respuesta positiva en el trato con las personas con SIDA, la tienen también frente a las conductas de prevención; tal vez porque al estar informados y no negar la existencia del SIDA conocen cuales son los cuidados necesarios para no infectarse o reinfectarse, y por ello recuerdan en todo momento las medidas de prevención. Por lo tanto, una buena información puede influir en un cambio de conducta para buscar un disfrute sexual sin tener que arriesgarse a una infección o a la re-infección.

Las personas que tienen cuidados en todo momento los tienen también con personas que tienen SIDA, al igual pero con mayor acentuación con personas que se drogan. De esto se puede pensar en primer lugar que están bien informados y que aceptan que existe el virus del SIDA, por lo que tienen que protegerse; y en segundo lugar, que la información no está siendo tan clara con respecto a las drogas que pueden influir en la transmisión del virus del SIDA, por lo que probablemente se sigan manejando mitos al respecto, que los medios de comunicación deben de romper con mensajes más claros.

Al analizar lo que los encuestados piensan sobre el riesgo de las relaciones casuales se encontró que las personas con SIDA o seropositivas a HIV no las creen riesgosas, siempre y cuando se tengan las precauciones necesarias; pero consideran que con personas que consumen drogas es muy peligroso y sería mejor no tener ningún trato con ellas. Llaman mucho la atención como los pacientes creen que la gente que se droga tiene mayor riesgo de infectar y, como lo menciona Goffman (1970), hay grupos que, a pesar de ser estigmatizados como homosexuales y bisexuales, estigmatizan con mayor acentuación a otros grupos que están catalogados por tener conductas "malas" como el drogarse. También puede deberse a que los medios de comunicación solo han presentado las cosas malas que causa la droga; una vez más se quiere resolver algo aterrizando a las personas, en lugar de buscar otros medios como el análisis del porqué de la necesidad de drogarse o de no usar condón en las relaciones sexuales.



La transmisión del virus por drogadicción ha causado un verdadero impacto en los Estados Unidos de Norteamérica. No se sabe qué hacer, ya que por un lado se cree tener el deber de parar la transmisión de HIV lo que implicaría cambiar las agujas y tenerlas a la venta con mayor accesibilidad, pero por el otro lado dicen que sería como aceptar o dar permiso de que se sigan drogando; sin embargo, en lo personal creo que sería mucho mejor que pusieran a la venta las agujas al público y podrían así detener la infección del HIV. La drogadicción como tal hay que atacarla por otros medios, ya que los adictos se seguirán drogando tengan o no las agujas

En México, el problema de la transmisión por drogas es mínimo. Las que se utilizan (como la marihuana, los hongos, el cemento) no ponen en riesgo la infección al VIH, ya que la única droga que permite la transmisión del virus del SIDA es la inyectable, porque se comparten agujas. Sería conveniente comunicar al público un mensaje explicando que no cualquier droga puede causar la transmisión del virus del SIDA.

Al analizar por separado tanto homosexuales como bisexuales se pudo encontrar que para los homosexuales hay un mayor riesgo al relacionarse con drogadictos que para los bisexuales. Esto puede ocurrir porque los homosexuales manejan aún muchos mitos. Es preferible seguir manteniéndolos que darse cuenta que es más peligrosos tener relaciones sexuales sin condón.

En cuanto a la información que tienen los entrevistados, se encontró que es de un buen nivel pues cuentan con la información básica; sin embargo, en lo que respecta al virus, no se tiene información y por lo tanto sería conveniente que se hiciera más difusión en este sentido; esto hace pensar que tal vez sí se ha difundido esta información, pero los efectos del virus en el organismo son tan agresivos que se prefiere negar antes que aceptar que se ha obtenido o aprendido tal conocimiento. ¿Qué está pasando entonces con la forma de comunicar la información? Las personas que entrevistamos tienen una información frecuente y clara en CONASIDA ¿Qué pasará con las personas que no buscan información?

Al separar a los entrevistados en cuanto a la preferencia sexual se vio que tanto homosexuales como bisexuales manejan la misma información.

También se encontró que la gente que esta más informada es la que más conductas de prevención tienen, es decir, es la que más se cuida en cuanto a las relaciones sexuales: usan preservativo esté o no la persona infectada, se informan de como usarlo, de las características que el condón debe tener, etc. Por lo tanto, se puede ver que a mayor información bien dirigida y asimilada, las personas pueden cambiar sus actitudes y comportamientos.

La información obtenida en la investigación en cuanto al primer nivel de negación (que se refiere a cómo el paciente percibe los principales hechos de su enfermedad) y al segundo nivel ( que se refiere a las inferencias que el paciente realizó o no acerca de las implicaciones de su enfermedad) en el sentido de que los pacientes no niegan lo que se puede pensar que negarían se explica porque por un lado ya ha pasado un tiempo desde que se les dio el resultado, y por el otro lado porque tal vez casi todos habían pasado por un proceso terapéutico. En cuanto a que niegan a un tercer nivel (que se refiere a todo lo concerniente a la imagen de la muerte), se explica como dice Lewin (1950), por que se niega para ayudar a suprimir una porción amenazadora de la realidad porque así podemos participar más en la resolución de los problemas y los pacientes necesitan negar su muerte para poder seguir haciendo planes.

Otto Rank (1923 ) explica porqué se niega la muerte diciendo que "genera angustia porque significa un regreso al mundo intrauterino y al recordar esto se siente una enorme angustia; angustia que se agranda conforme se va creciendo, conforme se va teniendo contacto con el mundo y la vida, ya que para poder tener contacto con ella se tiene contacto con la muerte también". Al nacer se compra un boleto de muerte, entonces, por qué no aprender a tomar la muerte como algo importante en nuestro vivir, por qué no enseñar que, en la medida que se recuerde la posibilidad de muerte, tal vez se puedan disfrutar mejor las cosas que la vida ofrece, pero por qué la necesidad de ver la muerte próxima para poder disfrutar la vida.

Weisman (1972) menciona que "la negación es la imposibilidad de imaginar la muerte personal".

Los resultados de la investigación llevada a cabo coinciden con los hallazgos de la Dra. Weisman(1972) en los que la aparición del tercer nivel sólo se da cuando el primero y segundo son aceptados; los resultados indican que los encuestados ya han pasado el primero y el segundo pero no el tercero; tal vez al negar la muerte se pueden negar también las enfermedades que provoca el SIDA, pues como menciona la Dra. Weisman (1972) "el paciente que sufre de una dolencia mortal se ve obligado a luchar a la vez contra una enfermedad amenazadora y contra el deterioro de su importancia personal". Al seropositivo a HIV le angustian sobremanera las enfermedades que le pueden atacar.

Con frecuencia, los pacientes infectados, expresan que el miedo a la muerte está unido al miedo de como se pesenten las enfermedades, ya que no desean verse acabados físicamente. En algún momento aparece la ambivalencia, por un lado el deseo de morir pronto sin un proceso desagradable de una cadena de síntomas y por el otro el miedo a no tener tiempo de despedirse de todas las personas queridas.

Como dice Hinton (1967) "cómo explicar y entender la propia muerte si para el inconsciente no existe la terminación de la vida". Aceptar algo que desde el inicio de la vida no se puede creer implica que el conocimiento sobre el morir sea doloroso, y que todo lo que pueden hacer los médicos no es suficiente para evitar la extinción.

En relación a la extinción tal vez puede ser más difícil aceptar la muerte cuando no se deja nada que la sociedad exija, como dinero o algo mucho más importante como un hijo que siga con la lucha por la vida y la realización de deseos. Algunos pacientes les duele estar infectados porque ya no podran tener hijos

El porqué el seropositivo a HIV siente la necesidad de protegerse en las relaciones sexuales con desconocidos quizá se deba a que ya han sufrido el estigma (Goffman 1970) de ser vistos como riesgosos e infecciosos, e internamente sienten que están limitados, por ello desean que otros no pasen por lo mismo. Además se protegen de no tener otras enfermedades transmisibles. Esto indica que si se les acepta y se les informa no serán transmisores.

Sin embargo, cuando las personas sienten amor por su pareja la transmisión toma otro giro , otra forma de ver la enfermedad; si hay amor se desea estar con la pareja y compartir todo hasta el final , si hay amor se acepta todo de la pareja, hasta una enfermedad mortal. Esto me hace cuestionarme la "educación " que se ha recibido que enseña que si hay amor se soporta todo, cuando en realidad amar a alguien significaría dar apoyo y cuidados.

Con respecto a las personas que en algunos momentos tienen relaciones sexuales sin condón con su pareja infectada porque dicen que si lo aman no le pueden tener asco o miedo, nos enfrentamos al concepto de que el uso del condón no significa desconfianza, desamor, asco o miedo; al contrario ,indica la posibilidad de brindarle a la pareja seguridad y tranquilidad.

También se encontró que las personas que utilizan poco la negación son aquellas que tienen mayores cuidados; esto puede ocurrir porque, cuando la angustia disminuye, entonces las personas pueden pensar en los cuidados necesarios para protegerse una vez que han aceptado que existe el SIDA. Por lo tanto si a las personas que utilizan la negación se les bajara la angustia, registrarían y asimilarían mejor la información.

La explicación de porqué el bisexual tiene mayores medidas de prevención sería porque la mayoría tiene posibilidad de matrimonio y piensa en la necesidad de cuidar a su esposa y de poder seguir disfrutando su relación de tres como también poder seguir con la idea de proteger a la mujer (madre).

Para los pacientes bisexuales es muy angustiante saberse infectados tanto por ellos mismos, como por la esposa y por los hijos; la esposa puede estar infectada al igual que los hijos pequeños, pues no se sabe en qué momento se infectó, además esta la preocupación de poder morir y dejar a sus hijos solos. Creo que es más difícil para un bisexual decirle a la esposa que está infectado que para el homosexual a su pareja, porque la esposa no sabe de sus relaciones homosexuales y enfrentarla para decirle ambas cosas es sumamente doloroso.

Con respecto al hecho de que los entrevistados consideran que es riesgoso tener contacto con drogadictos aun teniendo precauciones, quizas se deba al estigma (Goffman 1970) que tienen los adictos: es malo, no se debe de hacer. Creo que en este caso intervienen nuevamente los mitos que se tienen socialmente sobre lo malo. Ahora se cambia el mito de: SIDA igual a homosexualidad, por el de drogadicción igual a SIDA.

La escasa información con respecto al HIV puede deberse a que no se ha difundido lo suficiente pero también porque a los homosexuales y bisexuales sienten que es demasiado angustiante saber lo que puede provocar el HIV y prefieren negarlo. Al respecto la investigación hecha por Victor E. Archer (1989) dice que la evitación de la información específica es parte de la defensa. A la mayoría de los entrevistados se les había dado la información antes y después de saber su resultado positivo, sin embargo siempre quedan cosas que no se entienden sobre todo con respecto al virus y sus efectos. Considero que esto se debe al temor de darse cuenta y entender todo lo que produce, pues verdaderamente es muy impactante.

Es sorprendente como el ser humano no puede hacer, planear o desear cosas si sabe que va a morir. En mi experiencia con los paciente infectados de HIV, me he dado cuenta que les es difícil pensar que, estando infectados de una enfermedad catalogada como mortal, aún tienen la posibilidad de vivir el "hoy"; que su vida está en este momento y no en el futuro. Esto me hace reflexionar sobre la forma en que se "educa" a la mayoría, si no es que a todos, a pensar siempre en el futuro y no en el presente y me pregunto si alguien tiene la seguridad de poder amanecer mañana.

## CAPITULO IX

### LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

A CONTINUACION SE SEÑALAN LAS LIMITACIONES DE LA PRESENTE INVESTIGACION:

\_\_\_ Con respecto a la población utilizada sólo fue de preferencia homosexual y bisexual porque son las personas que acuden con más frecuencia al centro de información sobre SIDA. Personas de preferencia heterosexual casi no asisten y el estudio se deseó realizar en CONASIDA.

\_\_\_ Existen muy pocos trabajos realizados sobre el mecanismo de negación.

\_\_\_ Los trabajos existentes están realizados en Estados Unidos de Norteamérica.

\_\_\_ Existen pocas investigaciones sobre la negación en relación al SIDA.

## SUGERENCIAS CON BASE EN EL ESTUDIO REALIZADO:

\_\_ Que se prepare a cada persona que se le haga la prueba explicándole lo que significa estar infectado, lo que es tener SIDA y los cuidados que puede tener un paciente seropositivo a HIV para que pueda quitarse la imagen pesimista de que SIDA significa la muerte inmediata. Además, se ha comprobado que si una persona no está preparada para recibir un resultado positivo, el impacto será mayor y por lo tanto, la forma de asimilarlo va a ser mucho más difícil y la negación mucho más resistente y duradera.

\_\_ Que el resultado lo de una persona preparada profesionalmente ya que sin duda causará un gran impacto y hay que recordar que a mayor impacto, mayor negación.

\_\_ Que cuando el profesional de la salud esté frente a un portador a HIV permita que el paciente exprese sus sentimientos e ideas con el fin de que aminore la angustia y sepa que no está solo.

\_\_ Creo que lo mejor para el paciente seropositivo es un apoyo psicológico, ya sea grupal o individual, que le permita saberse escuchado, entendido y acompañado.

\_\_ Mientras que un paciente niega, saque la agresión hacia afuera es mucho mejor que lo reprima y que diga que no pasa nada pues la repercusión puede ser autocastigarse, por ello, es importante un espacio como la terapia donde hablar, gritar si es necesario para así poder continuar con sus cosas diarias.

\_\_ Hacer un estudio comparativo del centro de información con otra institución (El Hospital Centro Médico la Raza del IMSS, Hospital General de la SSA, Nutrición, etc.) para ver si se presentan las mismas características.

\_\_ Hacer un estudio comparativo con personas de otras preferencias sexuales, y del otro sexo.



### IMPORTANCIA DEL ESTUDIO:

Si el paciente no niega puede cuidarse, atenderse y así evitar el desarrollo de la infección a SIDA.

Si la gente no niega puede prevenir. Por esto es interesante que exista un instrumento que mida y clasifique la negación como mecanismo inconsciente, ya que rompiendo con ella se evita la transmisión del virus de VIH y se resuelve en la medida de lo posible, un problema de salud pública.

## BIBLIOGRAFIA

GUARNER, E. (1984 ). Psicopatología Clínica y tratamiento analítico. México, Porrúa Hnos y Cía. p.p. 302-305.

LAPLANCHE J, PONTALIS. J. B. (1984 ). Diccionario de Psicoanálisis.

Barcelona, Labor. p.p. 244-246.

FREUD, A. (1984 ). El yo y los mecanismos de defensa. Buenos Aires, Paidós.

ANNALS OF INTERNAL MEDICINE. (1982). La Muerte y los Moribundos. 97: 767- 771.

MILLER, D. (1989 ). Viviendo con el SIDA y VIH. México, Manual Moderno.

URIBE, Z.P. (1989 ). Manual para capacitadores. SEP. CONASIDA.

Diccionario práctico de la lengua Española.(1988) Grijalbo, S.A. Barcelona.

WEISMAN, AVERY D, (1972). On Dying and Denying. New York: Behavioral Publications. Inc.

MANDOLINI, R.(1960 ).Historia General del Psicoanálisis de Freud a Fromm. Giordia S. R. L. Buenos Aires.

SEPULVEDA, A. et. al.(1989). SIDA. Ciencia y sociedad en México. México. Fondo de Cultura Económica. .

KOLB.(1978). Psiquiatría Clínica Moderna. La Prensa Médica Mexicana.

BENJAMIN B. WOLMAN.(1984). Diccionario de Ciencias de la Conducta. México. Trillas.

MASTERS, JOHNSON, KOLODNY,(1987). La Sexualidad Humana. Barcelona. Grijalbo.

LA REVISTA DE INVESTIGACION CLINICA(1987).

SIDA: EXPERIENCIA EN EL INNSZ

Ed. huéspedes: Arturo Angeles, Edgardo Reyes  
y Guillermo Ruiz - Palacios.

FREUD,S.(1923), EL YO Y EL ELLO. Buenos Aires. Amorrortu.

FREUD,S (1920), MAS ALLA DEL PRINCIPIO DE PLACER. Buenos Aires.  
Amorrortu.

FREUD,S( 1920), PSICOLOGIA DE LAS MASAS Y ANALISIS DEL YO.  
Buenos Aires. Amorrortu.

FREUD,S (1925 ) LA NEGACION. Buenos Aires. Amorrortu.

FREUD, S. (1925) INHIBICION, SINTOMA Y ANGUSTIA. Buenos Aires.  
Amorrortu.

La psicopatología del hombre actual (1990)

EL PSICOANALISIS EN UN MUNDO EN TRANSICION Pág. 31-41.

Dra. Ma. Elena Hernández de Lisac.

Elisabeth Kubler-Ross,(1985). UNA LUZ QUE SE APAGA.  
Pax-México.

Calvin S. Hall. (1974). COMPENDIO DE PSICOLOGIA FREUDIANA. Buenos Aires. Paidós.

Miller, Weber, Green, (1989). ATENCIÓN DE PACIENTES DE SIDA. México. Manual Moderno.

Ursula Thunberg M.D. (1976). DEATH AND THE DYING ADULT. Clinical perspectives. Chapter 50.

Luis Benítez Bribiesca. (3-4 Mar. Abr. 1989). EL SIDA. DOGMAS E INCERTIDUMBRES. Gaceta Médica de México, Vol. 125

Erving Goffman (1970). ESTIGMA. LA IDENTIFICACION DETERIORADA. Buenos Aires. Amorrortu.

Victor E. Archer. MD. (1989). PSYCHOLOGICAL DEFENSES AND CONTROL OF AIDS. (AJP. July Vol. 79. No. 7)

Doris Suchecki Levin (1989). POR QUE NO HABLAR DE MUERTE. Psicoterapia y familia. (VOL. 2. NO. 2).

Fullilove MT. (1989 NOV). ASPECTOS DE ANSIEDAD Y ESTIGMATIZACION DE LA INFECCION POR HIV. Journal of Clinical Psychiatry. 50 suppl; 5-8.

Battegay R. (1989). LOS MECANISMOS DE DEFENSA Y EL ENFRENTAMIENTO. Z Psychosom Med Psychoanal

Dorpat. Theodore L. (1984). DENIAL AND DEFENSE IN THE THERAPEUTIC SITUATION. MD. Northvale, NJ: Jaso Aronson, Inc. Pp.304.

Avery D. Weisman M.D. (1972), ON DYING AND DENYING. A psychiatric study of terminality. Behavioral Publications, Inc. New York.

Gregory M. Herek and Eric K Glunt. (1988). AN EPIDEMIC OF STIGMA. Public Reactions to AIDS. Graduate school of the city university of New York.

Losiak W. (1989). REACCIONES DE DEFENSA Y ENFRENTAMIENTO CON LA TENSION EN PACIENTES CANCEROSOS. Przegł. 46(3):p 334-7.

Apter A; Plutchikr; Sevy S; Korn M; et. al. (1989). LOS MECANISMOS DE DEFENSA EN EL RIESGO DE SUICIDIO Y RIESGO DE VIOLENCIA. Am J Psychiatry. 146(8): p 1027=31.

Archer V.E (1989). DEFENSAS PSICOLOGICAS Y CONTROL DEL SIDA. AM. J Public Health. 79(7), 876-8

Perry JC; Cooper SH. (1989) ESTUDIO EMPIRICO DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA I. ENTREVISTA CLINICA Y CALIFICACIONES DE VIÑETAS DE LA VIDA. Arch Gen Psychiatry 46(5): p 444-52.

Jacobson AM; Beardsleew; Hauser ST, et. al. (1986). EVALUACION DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA DEL EGO UTILIZANDO ENTREVISTAS CLINICAS: ESTUDIO EMPIRICO DE PACIENTES ADOLESCENTES DIABETICOS Y PSIQUIATRICOS. J Adolesc: 9(4); p 303-19.

Ezequiel Ander (1991), DICCIONARIO DEL TRABAJO SOCIAL. México, El Ateneo.

DICCIONARIO DE CIENCIAS SOCIALES Vol.I. (1975). Instituto de Estudios Políticos, Madrid.

Newman y Newman (1985). DESARROLLO DEL NIÑO. México, Limusa.

Friedrich Dorsch (1985). DICCIONARIO DE PSICOLOGIA. Barcelona, Herder.

James Bowen y Peter R Hobson (1991). TEORIAS DE LA EDUCACION. México, Limusa.

## APENDICES

**INSTRUCCIONES:**

**A CONTINUACION SE TE PRESENTAN UNA SERIE DE ORACIONES. TE PEDIMOS  
CONTESTES UNA VEZ POR CADA ORACION, MARCANDO CON UNA EQUIS ( X ) LA  
OPCION QUE MAS SE ACERQUE A LO QUE TU SIENTES.**

**FECHA** \_\_\_\_\_ **EDAD** \_\_\_\_\_

**EDO. CIVIL.** \_\_\_\_\_

**PREFERENCIA SEXUAL:** HOMOSEXUAL \_\_\_\_\_

BISEXUAL \_\_\_\_\_

**RELIGION:** \_\_\_\_\_

**ESCOLARIDAD:** PRIMARIA \_\_\_\_\_ SECUNDARIA \_\_\_\_\_ PREPA O VOC. \_\_\_\_\_

LICENCIATURA \_\_\_\_\_ POSGRADO \_\_\_\_\_

**SUELDO MENSUAL:** \_\_\_\_\_



LAS SIGUIENTES RESPUESTAS SE HARAN CON BASE A LAS SIGUIENTES OPCIONES :

TOTALMENTE DE ACUERDO: 5

DE ACUERDO:4

INDECISO:3

EN DESACUERDO:2

TOTALMENTE DESACUERDO:1

El resultado de mi prueba está equivocado.	1	2	3	4	5
En la prueba existen algunos errores con respecto a mi clave	1	2	3	4	5
El reactivo de la prueba ya caducó y por tanto mi resultado no es exacto	1	2	3	4	5
Por detectar mayor riesgo en mí no se mandó la muestra al laboratorio.	1	2	3	4	5
La psicóloga no anotó bien la clave que me corresponde a mí.	1	2	3	4	5
La psicóloga se pudo haber equivocado con mi resultado.	1	2	3	4	5
Por mi resultado positivo, mi conducta debe cambiar.	1	2	3	4	5
Por mi resultado positivo, es necesario que use condón.	1	2	3	4	5
Yo podría tener hijos si lo deseo.	1	2	3	4	5
Yo puedo donar sangre.	1	2	3	4	5
Siento que no estoy infectado.	1	2	3	4	5
Estar infectado significa que tengo la posibilidad de enfermar.	1	2	3	4	5
Yo sé que hay un médico que puede salvarme.	1	2	3	4	5
En mí puede existir un milagro.	1	2	3	4	5
Si me enfermo es por causa de estar infectado por el virus de inmunodeficiencia humana.	1	2	3	4	5
En mi vida he tenido pocas parejas, por tanto no estoy infectado.	1	2	3	4	5
Me siento enfermo.	1	2	3	4	5

TOTALMENTE DE ACUERDO: 5

DE ACUERDO: 4

INDECISO: 3

EN DESACUERDO: 2

TOTALMENTE DESACUERDO: 1

Sólo los que tienen muchas parejas pueden estar infectados.	1	2	3	4	5
Yo no necesito visitar al médico.	1	2	3	4	5
Yo no soy promiscuo por tanto no estoy infectado.	1	2	3	4	5
Si me da gripe es causado por el virus del SIDA.	1	2	3	4	5
Yo no puedo tomar alcohol porque mis defensas se bajan más.	1	2	3	4	5
Mi enfermedad es incurable.	1	2	3	4	5
Casi siempre la diarrea es causada por el virus del SIDA	1	2	3	4	5
Si tengo relaciones sexuales sin condón puedo infectar a otra persona.	1	2	3	4	5
Estar infectado por el VIH significa que tengo la posibilidad de desarrollar SIDA.	1	2	3	4	5
El uso del condón sólo es para personas que tienen SIDA.	1	2	3	4	5
No es cierto que estoy infectado, pues no me siento enfermo.	1	2	3	4	5
Yo no soy promiscuo.	1	2	3	4	5
Ser seropositivo significa estar más predispuesto a poder desarrollar alguna enfermedad.	1	2	3	4	5
No es necesario utilizar sexo seguro en mi conducta sexual.	1	2	3	4	5
El SIDA puede causar la muerte.	1	2	3	4	5
Sé que de alguna manera puedo luchar para curarme.	1	2	3	4	5
He tenido muchas parejas, por eso estoy infectado.	1	2	3	4	5

TOTALMENTE DE ACUERDO: 5

DE ACUERDO: 4

INDECISO: 3

EN DESACUERDO: 2

TOTALMENTE DESACUERDO: 1

El SIDA es como cualquier otra enfermedad.	1	2	3	4	5
Me da temor durar mucho tiempo con el SIDA y sus - enfermedades.	1	2	3	4	5
Sé que pronto van a descubrir una vacuna para el SIDA.	1	2	3	4	5
Soy seropositivo y tengo la posibilidad de desarrollar -- SIDA.	1	2	3	4	5
El SIDA sólo le da a los promiscuos y como yo no lo soy no es cierto que esté infectado.	1	2	3	4	5
Las personas que están infectadas por el virus no mueren por él, si no por otras enfermedades.	1	2	3	4	5
Las personas que son seropositivas tienen la posibilidad de morir.	1	2	3	4	5
Las enfermedades que tengo son por el SIDA.	1	2	3	4	5
Soy seropositivo, pero no necesito visitar al médico.	1	2	3	4	5
Sé que si desarrollo SIDA moriré pronto.	1	2	3	4	5
Si me enfermo, no pienso que es por la seropositividad.	1	2	3	4	5
Estar infectado por el virus del SIDA no significa que enferme por ésta causa.	1	2	3	4	5
Llegar a morir me da miedo.	1	2	3	4	5
Las enfermedades que causa el SIDA no me gustan.	1	2	3	4	5
Pronto llegará la cura del SIDA y yo no moriré.	1	2	3	4	5

SEÑALA POR FAVOR QUE TAN GRANDE CONSIDERAS QUE ES EL RIESGO DE CONTAGIARSE DEL VIRUS DEL SIDA AL REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

NADA RIESGOSO ( 1 )  
 MEDIANAMENTE RIESGOSO (2)  
 MUY RIESGOSO ( 3 )

Saludarse de mano con alguien que tiene SIDA.	3	2	1
Jugar con un niño que tiene SIDA.	3	2	1
Acudir a una clínica dental o de salud en la que se atiende gente con SIDA.	3	2	1
Besarse en la boca con alguien que tiene SIDA.	3	2	1
Tener relaciones sexuales con alguien que tiene SIDA, aunque se use preservativo (condón).	3	2	1
Masturbación mutua ( estimularse uno al otro - para tener un orgasmo ) con una pareja ocasional.	3	2	1
Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional, aunque se use preservativo (condón).	3	2	1
Sexo oral con alguien que no conoces bien.	3	2	1
Tener relaciones sexuales anales sin usar el preservativo (condón) con una pareja ocasional.	3	2	1
Tener relaciones sexuales con una prostituta sin usar preservativo (condón).	3	2	1
Usar baños públicos.	3	2	1
Nadar en albercas públicas.	3	2	1
Tener relaciones sexuales con una pareja ocasional sin usar preservativo (condón).	3	2	1
Inyectarse drogas como heroína o cocaína, etc.	3	2	1
Usar una jeringa o aguja usada por otra persona sin haberla esterilizado previamente.	3	2	1
Donar sangre.	3	2	1
Recibir una transfusión sanguínea en el hospital.	3	2	1
Tener relaciones sexuales usando el preservativo (condón) con una persona que se inyecta drogas.	3	2	1
Tener relaciones sexuales con muchas personas.	3	2	1

A CONTINUACION SE TE PRESENTAN UNA SERIE DE ORACIONES, TE PEDIMOS QUE CONTESTESTES UNA VEZ POR CADA ORACION, MARCANDO CON UNA EQUIS ( X ) LO QUE TU PIENSES.

	cierto	falso	no sabe
El SIDA se transmite por la saliva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una mujer embarazada infectada puede transmitir el virus al producto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El SIDA se transmite por secreciones vaginales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En una sola relación sexual con una persona infectada puede contagiarse de SIDA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El virus del SIDA se ha encontrado en saliva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El SIDA se puede transmitir por compartir agujas y jeringas usadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El sexo seguro se basa en no dejar que los fluidos sexuales entren al organismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prueba del SIDA se debe hacer a los donadores de sangre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los condones se dañan con la luz, el calor y tienen fecha de caducidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El cloro destruye al virus del SIDA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una persona seropositiva puede infectar a otra persona igual que una con SIDA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El virus del SIDA afecta al cerebro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una persona puede estar infectada por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV) y no tener SIDA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El nonoxynol-9 destruye al virus del SIDA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quando en una pareja los dos son seropositivos es necesario  
protegerse en cada relación sexual.

Algunas personas resisten al virus del SIDA y no se  
infectan.