

Consideraciones psicosociales sobre el S.I.D.A.

M. F. Martínez García y J. M. León Rubio

Resumen

Se analizan algunos de los factores que determinan el enorme impacto que el SIDA está teniendo en nuestra sociedad. Desde los factores puramente biológicos (gravedad del cuadro o inexistencia de un tratamiento eficaz) a los estrictamente psicosociales (altruismo, atribución, o marginación), se abordan las repercusiones que el SIDA tiene sobre el sistema sanitario, los aspectos económicos del mismo, o la dimensión epidemiológica, que le dan al problema su auténtica dimensión.

Asimismo, y a partir del análisis efectuado, se propone un programa de intervención en el ámbito de la educación para la salud, dirigido no sólo a los colectivos afectados (usuarios y profesionales) sino también a la población general. Como señala la O.M.S., la educación para la salud es un instrumento potente ligado tanto a la prevención de la enfermedad como a la promoción de la salud.

Abstract

The purpose of this study was to analyze several factors determining the great impact of AIDS in our society. It was considered from biological factors (e. g.

seriousness of the illness or lack of an effective treatment) to the strictly psychosocial factors (e. g. altruism, attribution or margination) in relation to AIDS. The effects of AIDS on health system, on economic aspects and the epidemiologic dimension was also considered. These are topics that give the problem its relevant frame and social relevance.

As a result of the analysis made, an intervention program in health education was proposed. This program would concern affected groups (users and professional staff) and general population, as well. As it is stated by W.H.O., health education is a powerful instrument linked to both illness prevention and health promotion.

Existen numerosos factores que han hecho que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) no sea una enfermedad más y haya desbordado en gran medida el ámbito estrictamente sanitario. A nivel personal se añaden a los problemas físicos propios del cuadro los derivados del padecimiento de una enfermedad con un alto índice de mortalidad, y que por el hecho de ser contagiosa obliga a los sujetos a modificar ciertos hábitos y a ocultar su padecimiento para no verse señalado y rechazado en su ámbito familiar, social o laboral. Por otra parte, algunos de los grupos denominados de «riesgo» (hemofílicos y homosexuales) se han movilizad para defenderse de la discriminación y re-

Consideraciones psicosociales sobre el SIDA

chazo social a que están siendo sometidos y exigir de los poderes públicos una intervención eficaz para paliar los efectos que la enfermedad ya ha producido y sobre todo para prevenir males mayores. A nivel institucional se han puesto en evidencia graves deficiencias en el área asistencial y sobre todo en el campo de la prevención primaria, con una pobre política de educación sanitaria y promoción de la salud. Por último la propia sociedad se ha visto convulsionada a partir de las informaciones contradictorias que ha recibido de los medios de comunicación y ha hecho renacer viejos prejuicios sobre la enfermedad, el sexo o la drogadicción que aparentemente tenían ya superados. Y si bien en España no se ha llegado aún a las cotas de dramatismo alcanzadas en los Estados Unidos, el problema es lo suficientemente importante como para que la administración española (autonómica sobre todo) haya tomado ya una serie de medidas encaminadas a controlar, aunque sólo en parte, los problemas derivados de la enfermedad.

¿Pero cuáles son esos factores que han hecho que el SIDA ocupe un lugar relevante no sólo en el ámbito estrictamente científico sino incluso en los medios de comunicación de masas?

Factores biológicos

El primer factor a considerar es, desde luego, la enfermedad en sí misma. El síndrome se describe como una nueva entidad en el verano de 1981, cuando en el Centro para el Control de las Enfermedades de Atlanta se estudiaron diversos casos de neumonía o sarcoma de Kaposi en homosexuales de Los Angeles y New York. El nacimiento del síndrome no estuvo exento de controvertidas polémicas entre los distintos investigadores y en cierta forma cundió la alarma entre la población por las características peculiares del cuadro y sobre todo por el desconocimiento inicial que se tenía del mismo.

Desde el punto de vista etiológico hay pleno acuerdo en la comunidad científica y el agente patógeno lo constituye un retrovirus (HTLVIII/LAV), que tiene especial tropismo por el sistema inmunitario, y más concretamente por los linfocitos T facilitadores. Este último hecho determina el aspecto capital de la enfermedad: una alteración importante en la respuesta inmunológica de los individuos infectados. Nadie sabe el origen del virus ni de donde procede. Lo único que se conoce es que se encuentra en gran escala en el África Central y que está relacionado con un virus presente en el mono verde africano.

Este origen oscuro del virus, en cuanto a su procedencia geográfica, ha originado una gran polémica en

la que subyacen serios conflictos raciales y políticos. En este sentido, se ha llegado a plantear que el virus fue llevado a los Estados Unidos por turistas americanos que habían veraneado en Haití y mantenido relaciones homosexuales con haitianos infectados. Por su parte, estos piensan que la hipótesis anterior es correcta pero invierten el sentido del vector. Lo cierto es que la difusión del virus se ve favorecida por el considerable aumento del intercambio social entre unos pueblos y otros. A todo ello, y coincidiendo con la comercialización de una polémica vacuna anti-sida, ha saltado a los medios de comunicación la hipótesis según la cual el virus sería fruto del trabajo experimental desarrollado en determinados laboratorios americanos.

Un segundo aspecto a destacar es el relacionado con las características biológicas del síndrome. En efecto, se trata de una enfermedad grave, con un elevado índice de mortalidad, para la que todavía no se ha encontrado un tratamiento eficaz y que se presenta con unas manifestaciones clínicas extremadamente variadas. A los síntomas y signos generales, comunes a otras enfermedades, se añaden los órganos-específicos que son, por su importancia, los que le dan la gravedad al cuadro. Entre las manifestaciones más frecuentes destacamos: cutáneas (que evidencia ante los demás la presencia de la enfermedad), pulmonares, neurológicas, digestivas, neoplásicas, y por haber un decremento de las respuestas defensivas no son infrecuentes las infecciones oportunistas.

Factores institucionales

Dentro del marco general de crisis de los sistemas de salud (San Martín, 1984, Camarero, 1984), la eclosión de enfermos de SIDA ocurrida en los últimos años han puesto aún más de manifiesto las importantes deficiencias en el funcionamiento del sistema socio-sanitario. Así, por ejemplo, la institución hospitalaria se vió desbordada por la gran avalancha de estos enfermos (en Estados Unidos sobre todo) lo que supuso un auténtico trauma en el desarrollo habitual de las actividades del hospital:

- no se podían atender adecuadamente a todos los enfermos que ingresaban.

- en un principio el personal auxiliar, sobre todo, rehuía la atención de estos pacientes por miedo al contagio. Hay que tener en cuenta la ignorancia inicial sobre los mecanismos de transmisión.

- al llenarse las salas de enfermos con SIDA se produjo una reacción por parte de los usuarios del hospital que se negaban a permanecer en las mismas salas. Los hospitales por su parte temían que se les marcara como vinculados al SIDA.

Consideraciones psicosociales sobre el SIDA

— como consecuencia de lo anterior se produjo la segregación hospitalaria de estos enfermos y bien se crean unidades especiales, como la famosa sala Eward 5B en el hospital general de San Francisco, o bien se crean salas «libres» de SIDA y se limita el número de estos enfermos como en el hospital de Newark.

En nuestro país debido al todavía escaso número de enfermos, el problema hospitalario aún no se ha planteado pero sí se detectan otros de no menor importancia:

— no existe un circuito de derivación que canalice adecuadamente a los usuarios sospechosos de SIDA dentro de los distintos niveles del dispositivo sanitario.

— no todos los hospitales disponen de equipamiento necesario para la realización de las pruebas serológicas de detección de anticuerpos, y los casos de seropositividad han de enviarse a Majadahonda para su confirmación, lo que puede suponer un período de dos o tres meses de espera.

— el gran número de hemofílicos infectados como consecuencia de la importación de factor VIII americano demuestra nuestra insuficiencia en el abastecimiento de sangre y hemoderivados y la falta de un control de calidad a estos productos importados.

— existe asimismo un insuficiente desarrollo de medidas de control de las enfermedades de transmisión sexual.

— como señala Arrese-Nazabal (1986), el SIDA ha puesto de manifiesto lo inadecuado del actual sistema sanitario para atender las demandas de determinados grupos de población, como son por ejemplo los toxicómanos. Además, al abordarse la toxicomanía desde los programas específicos, no integrados en el sistema de salud, se mantiene y se promueve la marginación de estos y otros grupos.

Aspectos económicos

En un sistema sanitario con elevados presupuestos, pero siempre deficitario, los problemas económicos adquieren especial relevancia. El SIDA, como una nueva enfermedad que es, está movilizando un gran número de recursos humanos y materiales con un elevado costo económico. Estos gastos se generan por diversos conceptos, entre los que podemos señalar:

— la gravedad de la enfermedad requiere tratamientos especiales. Se estima que por término medio son 50 días de estancia de estos enfermos en una institución hospitalaria.

— algunas de las técnicas diagnósticas necesarias son enormemente sofisticadas, y en consecuencia caras.

— las técnicas analíticas y de seguimiento de individuos con factor de riesgo conocido.

— el screening de donantes como medida preventiva se ha impuesto prácticamente en todos los países europeos.

— la enorme investigación que está generando la enfermedad.

— los gastos que suponen las comisiones o comités de expertos que se están constituyendo tanto a nivel nacional como autonómico.

— absentismo laboral con las correspondientes horas de trabajo perdidas, etc.

La dimensión epidemiológica

La incidencia y prevalencia del SIDA es otro de los factores importantes a destacar y que le dan al problema su auténtica dimensión. Tres aspectos interesa aquí considerar.

El primero de ellos se refiere a la prevalencia de anticuerpos antiHTLV/III en la población general. Aunque no disponemos de datos sobre la misma, una aproximación se ofrece en la Tabla 1 y corresponde a los estudios realizados en las muestras de sangre de los donantes voluntarios.

TABLA 1

Prevalencia de anticuerpos en donantes de sangre. Fuente: Consejería de Salud. Junta de Andalucía

País	Período	Prevalencia * 1000
España	1985-1986	0.50
Reino Unido	1985-1986	0.02
Francia	1985	0.60
E.E.U.U.	1986	0.20

En segundo lugar consideramos la incidencia de la enfermedad. A comienzos de 1986 se habían notificado más de 20.000 casos en todo el mundo, de los cuales 16.458 correspondían a Estados Unidos. En España se creó la Comisión Nacional de Trabajo sobre el SIDA que es la que dictamina a partir de los protocolos que se les envían de las comunidades autónomas los casos de SIDA, siguiendo los criterios de diagnóstico adoptados por la mayoría de los países. La definición de «caso» a efectos de vigilancia epidemiológica supone la presencia en el enfermo de manifestaciones clínicas graves. La Tabla 2 muestra la distribución de estos casos en distintos países.

Por último, y en virtud de los mecanismos de transmisión ya señalados, se han establecido una serie de

M. F. Martínez García y col.

TABLA 2

Incidencia acumulada del SIDA por países
Fuente: Consejería de Salud.
Junta de Andalucía

País	Fecha	Núm. Casos	Tasa por millón
E.E.U.U.	Dic. 86	29.003	120.0
Francia	Nov. 86	997	18.1
Reino Unido	Dic. 86	610	12.2
R.F.A.	Nov. 86	771	12.6
Italia	Oct. 86	367	6.4
Haití	Jun. 86	501	100.2
Rep. Centro Afr.	Nov. 86	202	77.6
España	Nov. 86	242	6.3
Andalucía	Nov. 86	20	2.9

factores de riesgo que afectan a la población de forma diferencial. Estos factores están muy ligados tanto a la condición social como a determinados hábitos de conducta. La siguiente tabla recoge la incidencia del

Como se puede observar, el SIDA se asocia sobre SIDA y su distribución por grupos sometidos a mayor número de factores de riesgo.

todo a tres colectivos específicos: homosexuales y bisexuales, los drogadictos intravenosos y los receptores periódicos de hemoderivados. Este hecho está claramente relacionado con las dos vías de transmisión más importantes: sangre y semen.

La Tabla 3 nos muestra que la distribución de la enfermedad en los distintos colectivos es distinta según la localización geográfica. En efecto, en los Estados Unidos son los homosexuales los que representan la mayor proporción de casos, seguidos a gran distancia de los drogadictos intravenosos. Esta proporción se mantiene en Europa considerada en su conjunto, pero se invierten los datos si se consideran los países mediterráneos.

En nuestro país, el colectivo más afectado es, con diferencia, el de los drogadictos, seguido de los homosexuales, aunque hay que resaltar las cifras tan altas de enfermos en el grupo de hemofílicos, lo que merece ciertamente una explicación.

Este elevado porcentaje de hemofílicos infectados (el más alto de los países sobre los que disponemos de datos fiables), queda explicado por lo comentado anteriormente sobre la situación deficitaria de nuestro país en hemoderivados y el escaso control que sobre el plasma importado se realiza. Esto ha posibilitado en consecuencia la utilización de plasma americano infectado con el virus del SIDA. Estas deficiencias se subsanaron, afortunadamente, por Resolución de 6 de Septiembre de 1985 del Ministerio de Sanidad y Consumo mediante la cual se declaró obligatoria la prueba de detección de anticuerpos frente al virus del SIDA por las Industrias fraccionadoras del plasma y los fabricantes e importadores de hemoderivados. No se esperan, por tanto, nuevos casos dentro de este colectivo a excepción de los que se manifiesten en la actualidad como consecuencia de la causa descrita.

TABLA 3

Casos confirmados de SIDA por colectivos afectados
Fuente: Consejería de Salud, Junta de Andalucía

Colectivo	U.S.A.		Europa		España		Andalucía
	f	%	f	%	f	%	f
	(1)		(2)		(3)		(3)
1. Homosexuales/bisexuales	(*)11.513	72.2	1.279	72	49	20	1
2. Drogadictos intravenosos	2.648	16.8	147	8	119	49	4
3. Grupos 1 y 2			35	2	22	9	3
4. Hemofílicos	134	0.8	68	4	34	14	10
5. Post-transfundidos	286	1.7	61	3	2	.8	
6. Hijos de padres en riesgo	172	1.1	41	2	6	2	
7. Contacto heterosexual	179	1.1			1	.4	1
8. Otros (desconocidos)	980	6.1	125	7	9	3	1

* El 11 % de los homosexuales usaban también drogas intravenosas.

(1) a Dic. 1985.

(2) a Dic. 1985 (Sobre 1.774 casos europeos de los que se disponen este dato).

(3) a Nov. 1986.

Aspectos psicosociales

Sin embargo en el fondo de este problema subyace una cuestión de evidente dimensión psicosocial: el comportamiento altruista. Los datos objetivos suministrados continuamente por la administración sanitaria revelan que los españoles nos encontramos muy por debajo de otros países en relación a la donación de sangre y órganos. Sin entrar a analizar en profundidad esta cuestión (para ello véase Chacon, 1987), y sin tener en cuenta los aspectos discriminativos que en cuanto a creencias, actitudes y comportamiento diferencian al donante de sangre y al de órganos, lo cierto es que desde los poderes públicos la promoción de las donaciones mediante campañas masivas y sistemáticas dirigidas a la población han brillado por su ausencia. No es de extrañar por tanto que el comportamiento altruista en relación con estas cuestiones no está integrado en el repertorio conductual de los españoles. Es todavía demasiado pronto para que las campañas iniciadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo en Octubre de 1985 o por la Junta de Andalucía en Diciembre de ese mismo año hayan dado los frutos necesarios. Todos sabemos lo difícil que resultan los cambios de actitudes en la población y mucho más la instauración de hábitos de conducta a partir de intervenciones desde campañas publicitarias masivas.

Pero si queda perfectamente esclarecido que la asociación SIDA-hemofílicos se debe a los factores ya relatados, y por tanto ajenos a la propia hemofilia, conviene que resaltemos igualmente que la asociación SIDA-homosexuales o SIDA-drogadictos intravenosos no se debe ni a la homosexualidad ni a la drogadicción en sí mismas. Varios son los factores de riesgo y los condicionamientos sociales que se encuentran aquí implicados.

La promiscuidad y la realización de ciertas prácticas sexuales (coito anal, beso húmedo, etc.) son quizás los factores más importantes a tener en cuenta en el grupo de homosexuales-bisexuales. Con mucha frecuencia se habla del alto grado de aceptación que en nuestro país tiene la homosexualidad, pero lo cierto es que la realidad demuestra un elevado índice de marginación. La poca estabilidad de las parejas, la necesidad de recluirse en locales propios para manifestarse libremente en sus relaciones, la extendida práctica del sexo anónimo (contactos breves, sin el menor componente afectivo, en coches o jardines públicos) o el ocultamiento de tal condición en el ámbito familiar o laboral, es una buena prueba de ello.

Para los drogadictos intravenosos el problema es aún más grave y el SIDA sólo es una enfermedad más a añadir a la lista de enfermedades que contraen como consecuencia del uso colectivo que hacen de las jeringuillas, dentro de un precario estado de salud.

En estos grupos se hace patente un hecho repetidamente manifiesto en los foros internacionales y que representa para De Migne (1985) «el verdadero drama del sistema sanitario español»: el desigual acceso a los servicios e información sanitaria que tienen los distintos colectivos de la sociedad y siempre en perjuicio de los más necesitados. A esto añadimos, de nuevo, los reducidos programas de educación sanitaria emprendidos por la administración y la dudosa eficacia, eficiencia y efectividad de los mismos, no sólo por el enfoque y escasez de recursos con que se les dota, sino también por la dificultad de llegar a estos colectivos debido a esos factores sociales que antes apuntábamos. En el caso de los drogadictos se agrava este problema por su escasa motivación y por lo reducido de su campo de intereses más allá de lo relacionado con la adquisición de la siguiente dosis.

Esta mayor incidencia del SIDA entre grupos sociales marginados, y la desigual distribución de la enfermedad en dichos colectivos según la localización geográfica de los mismos, pone en evidencia que existe una exposición diferencial al riesgo de contraer la enfermedad estrechamente ligado a las condiciones sociales, económicas y políticas de cada grupo y de cada uno de los países considerados. Desde esta perspectiva, es posible afirmar que la incidencia y distribución del SIDA es en efecto más de ciertos aspectos del ordenamiento social sobre la salud.

Al margen de lo ya expresado en relación con la mayor incidencia de esta enfermedad en sectores de población marginada y, sobre todo, la transmisibilidad sexual de la misma, ha venido a fortalecer viejos prejuicios de nuestra civilización occidental respecto al sexo y la enfermedad que han provocado el rechazo social de los enfermos SIDA y la estigmatización social implicada en el diagnóstico de la enfermedad. Parafraseando a Usieto-Atondo (1986), los «sanos» (los que aparentemente no pertenecen a ningún grupo de riesgo), siguen rechazando a estos grupos con los mismos argumentos de exclusión y diferenciación de antaño, pero ahora, con la validez probada, de que no solamente, son desviados, sino que además, enferman de SIDA, mueren con el SIDA y fundamentalmente contagian el SIDA. Es decir, tales grupos de riesgo son ahora, además de homosexuales o toxicómanos, «grupos de riesgo». Como si la causa del SIDA fuera la homosexualidad o el fenómeno drogodependiente, como si los homosexuales o los toxicómanos buscaran activamente padecer la enfermedad.

En esta misma línea, otro aspecto a destacar dentro de la perspectiva psicosocial viene representado, sin duda, por las atribuciones causales que realizan los colectivos afectados sobre los mecanismos por los cuales se produce la infectación. Nos referimos, fundamen-

M. F. Martínez García y col.

talmente, a las posturas encontradas entre hemofílicos y homosexuales que sobre este tema han venido manifestando repetidamente en los medios de comunicación y en los distintos foros en los que ambos grupos han coincidido.

Desde que se consiguió el fraccionamiento del plasma y con ello se hizo posible el transfundir el factor VIII de la coagulación, el pronóstico de la hemofilia cambió radicalmente. Los enfermos afectados por esta deficiencia lograron por fin una óptima calidad de vida y una completa integración social. La aparición del SIDA vino a cambiar bruscamente este panorama y supuso un claro paso atrás en sus expectativas: a los graves problemas derivados de la posible infectación se añaden la marginación y el ser relacionados con otros grupos socialmente inaceptados (el SIDA ha sido denominado como la enfermedad de las H: hemofílicos, homosexuales y heroinómanos).

Ante esta situación las asociaciones de hemofílicos reaccionan con rapidez y difunden diversos comunicados con unos mensajes muy significativos: 1) ni la hemofilia ni el comportamiento de los hemofílicos son la causa del SIDA; 2) la única responsable (en estos casos) es la Administración; 3) los hemofílicos no son un grupo de riesgo; y 4) homosexuales y heroinómanos «buscan» de alguna manera el SIDA con su comportamiento a diferencia de ellos que con la transfusión «buscan» la salud.

Estas atribuciones diferenciales de causalidad les han enfrentado de alguna manera con los otros colectivos implicados. Fundamentalmente la respuesta ha venido de las asociaciones de homosexuales quienes afirman que el comportamiento homosexual (al igual que el heterosexual) es un comportamiento relacionado con la salud. Coinciden con los hemofílicos en cuanto que la consideración de grupo de riesgo lo único que hace es confundir a la población, aumentar el rechazo social y disminuir, por tanto, el nivel de aceptación que estaban consiguiendo.

Como indica Anabitarte (1986, pág. 2), «el SIDA, en definitiva, está poniendo en primer plano problemas de tipo social, no médico, que ya existían. Una sociedad empeñada en definir lo normal y lo anormal, ha producido, generado, la existencia de personas de «segunda categoría». Una sociedad que considera al sexo como hererossexual vinculado a la familia monogámica y la reproducción, fabricó un excedente social, marginado y despreciado» que aún sigue excluyendo.

Desde el punto de vista individual, y al margen de la similitud de las reacciones psíquicas y sociales con los enfermos oncológicos (Gascón, 1986), hemos de señalar la peculiar situación de indefensión en la que se encuentra un sujeto que ante las pruebas de laboratorio se confirma la presencia de anticuerpos antiHTL-

VIII. Decimos esto porque, a tenor de los conocimientos actuales, no todas las personas que han tenido contacto con el virus desarrollan la enfermedad. Parece que estos sólo ocurre entre un 5 % y un 20 % de los casos, y además no se le puede pronosticar a ningún individuo seropositivo cual va a ser su evolución. A esto se añade las actitudes personales que genera una enfermedad para la que no existe cura y que posee un carácter mortífero e incapacitante. Aspectos estos que independientemente de la enfermedad específica de que se trate y del grupo social al que se pertenezca, son los que más temor infunden entre la población española (ver Durán, 1983, pág. 75).

Por ello el SIDA posee todas las características para ser considerado como un importante estresor ambiental y se encuadraría dentro de lo que Blanco (1986) ha denominado «eventos de la vida». En efecto, el SIDA pone a prueba las capacidades adaptativas del sujeto, rompe marcos de referencia importantes, es percivido como incontrolable y exige, en definitiva, un ajuste personal y social para el que no siempre se está preparado.

Dentro de este apartado, un último aspecto a destacar es la influencia que los medios de comunicación están teniendo en la formación y/o cambio de actitudes hacia el SIDA, hacia los propios enfermos e inclu-

TABLA 4

Resumen del análisis de contenido de los textos

Temas	Unidades de Información		
	total	%	Orien. dominante
1. Clínica y etiología	1.051	15.04	—
2. Grupos de riesgo	945	13.63	—
3. Epidemiología	835	11.96	—
4. Aspectos generales	760	10.88	—
5. Otros colectivos	692	9.90	—
6. Acción preventiva	635	9.09	+
7. Mecanismos de transmisión	553	7.91	—
8. Abordaje institucional	495	7.18	+
9. Repercusiones generales	304	4.35	—
10. Abordaje terapéutico	226	3.33	—
11. Persp. histórica	216	3.09	—
12. Tratamiento informativo	173	2.58	+
13. Personajes famosos	73	1.04	—
14. El SIDA en animales	29	0.02	+

Consideraciones psicosociales sobre el SIDA

so hacia los llamados «grupos de riesgo». Sirva como ejemplo los siguientes datos que Martínez y Godoy (1986) extraen, del análisis de contenido efectuado a partir de la información aparecida sobre el SIDA en los principales diarios de Andalucía durante el año 1985.

TABLA 5

Resumen del análisis de contenido de los titulares

total	Unidades de Información			Orientación Dominante
	positivas	negativas	neutras	
497	106	131	260	—

Los datos anteriores reflejan básicamente dos hechos. En primer lugar y con excepción de las características clínicas, los colectivos afectados y la incidencia, prevalencia y transmisibilidad del cuadro han ocupado un lugar relevante en las informaciones sobre el SIDA difundidas a través de los medios de comunicación estricta (cerca del 45 % del total de las unidades de información analizadas). En segundo lugar, y más importante, la orientación dominante de las unidades de información es significativamente negativa, es decir que los hechos se presentan de forma desfavorable por parte de los autores. Como señala Arranz et al. (1986) «el bombardeo de información alarmista, intensa y contradictoria» ha generado un mayor nivel de angustia en los enfermos hemofílicos y es un importante factor desencadenante de estrés.

Este posicionamiento negativo respecto al SIDA por parte de los medios de comunicación, pensamos que está jugando un papel importante en la opinión pública y favoreciendo actitudes y prejuicios discriminatorios que agravan aún más el problema y posibilitan, por ejemplo, la expulsión de niños seropositivos de los centros escolares.

Propuesta de intervención

Los distintos aspectos abordados hasta ahora nos dan una idea de la importancia del problema y hace que en las conclusiones de la I Conferencia Nacional de Información Sanitaria sobre el SIDA (Madrid, Febrero de 1986), se considere a esta enfermedad como «un problema de salud pública..., ya que si mayoritariamente afecta hoy a un determinado sector, existe el riesgo de su extensión a la población general».

Como en cualquier otro problema de salud pública, en el SIDA están implicados un número importante de aspectos psicosociales que despiertan el interés de los

psicólogos y sociólogos por este síndrome inmunológico, al tiempo que hacen del mismo un problema susceptible de ser abordado desde la estructura de análisis de la intervención comunitaria.

Un aspecto esencial a la hora de plantearse cualquier tipo de intervención desde la administración, es hacer realidad una de las recomendaciones más importantes de la Conferencia de ALMA ATA (1978): la participación comunitaria. En este sentido la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía por Orden de 12 de Diciembre de 1985 crea la Comisión de Participación Ciudadana sobre el SIDA, en la que se integran técnicos de la administración y representantes de los colectivos afectados. Tres son las funciones de la citada comisión: la elaboración de propuestas de actividades encaminadas a la prevención, la participación en dichas actividades y el seguimiento de las mismas para la autoprotección de la comunidad.

El conjunto de actividades que a continuación se proponen son un resumen del programa de educación sanitaria que elaboró el Servicio de Educación para la Salud y Participación Comunitaria de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (del que fue responsable uno de los autores de este trabajo) en colaboración con los distintos grupos afectados, constituidos en la mencionada Comisión de Participación.

Tres son los niveles de intervención que se proponen: 1) a nivel individual, y dentro del dispositivo sanitario, conseguir que el personal de salud realice con los usuarios una labor de educación sanitaria respecto del SIDA; 2) a nivel de los colectivos implicados (usuarios y/o profesionales) incrementar sus conocimientos para eliminar las conductas de riesgo, y 3) realización de campañas masivas (para la población general) y selectivas, encaminadas a generar actitudes no discriminatorias, y hábitos de conducta preventivos.

Por ello, los objetivos a obtener así como las actividades a desarrollar se refieren diferencialmente no sólo a los grupos en riesgo o a los que han entrado ya en contacto con el virus (padezcan o no el SIDA), sino también a la población general y a aquellos estratos sociales moduladores de actitudes y hábitos comportamentales.

1. Población general

1.1. Objetivos

1.1.1. Que posean conocimientos sobre:

- datos básicos de la enfermedad.
- cómo se transmite y cómo no se transmite el virus.
- las dimensiones reales del problema.
- la existencia de factores de riesgo y no grupos de riesgo.

M. F. Martínez García y col.

— dónde pueden obtener información personalizada.

— la no existencia de riesgo para el donante.

1.1.2. Que no mantengan actitudes negativas hacia:

— la donación de sangre.

— los colectivos en riesgo.

— los enfermos o portadores del virus.

— la oferta amplia de preservativos.

1.1.3. Adquisición de hábitos conductuales como:

— la donación periódica de sangre.

— la destrucción de jeringuillas utilizadas.

1.2. *Actividades*

1.2.1. Difusión de informaciones objetivas a través de los medios de comunicación social.

1.2.2. Implantación de un teléfono para información personalizada.

1.2.3. Elaboración de un folleto informativo a distribuir en los centros sanitarios.

2. Periodistas

2.1. *Objetivos*

2.1.1. Los mismos que para la población general.

2.1.2. Que posean conocimientos fiables y periódicos de la incidencia y prevalencia del SIDA en nuestra comunidad.

2.1.3. Que comprendan las razones por las que no se deben difundir nombres de enfermos.

2.1.4. Que realicen el tratamiento periodístico del tema de tal manera que no creen ansiedad ni favorezca la marginación de personas o grupos con factores de riesgo o con seropositividad.

2.2. *Actividades*

2.2.1. Jornada informativa sobre el SIDA a los responsables en cada medio de los temas de salud.

2.2.2. Facilitarles periódicamente dossiers de prensa con informaciones de interés para la población.

2.2.3. Analizar las noticias que van apareciendo y comunicarles los resultados.

3. Educadores

3.1. *Objetivos*

3.1.1. Los mismos que para la población general.

3.1.2. Que posean además conocimientos para:

— responder a las demandas informativas de los alumnos.

— ayudar a prevenir el SIDA y las ETS dentro del marco escolar en el contexto de la educación para la salud.

3.1.3. Que no posean actitudes negativas que conduzcan a la marginación en los centros de personas con factores de riesgo o con seropositividad.

3.2. *Actividades*

3.2.1. Suplemento en la revista «Salud» sobre el SIDA.

3.2.2. Incluir información sobre el SIDA y las ETS en el Programa de Educación para la Salud en los centros docentes.

3.2.3. Inclusión de estos temas en los programas de reciclaje de educadores.

4. Sanitarios

4.1. *Objetivos*

4.1.1. Adquisición de conocimientos sobre:

— aspectos sanitarios del SIDA.

— medidas profilácticas adecuadas.

— la forma de responder adecuadamente a las demandas explícitas o implícitas de los usuarios.

— la forma de dar información personalizada a usuarios con factores de riesgo o seropositividad.

— los recursos de que dispone la Administración para afrontar este problema.

4.1.2. Adquisición de hábitos en relación con:

— las medidas profilácticas necesarias.

— el trato adecuado a los usuarios de los servicios sanitarios relacionados con el SIDA.

4.2. *Actividades*

4.2.1. Difusión por parte de la administración de un informe técnico entre los profesionales implicados.

4.2.2. Distribución masiva dentro del sistema sanitario de un folleto publicitario sobre ideas básicas de educación sanitaria sobre el SIDA.

4.2.3. Cursos de educación sanitaria sobre el SIDA para:

— personal de los centros de ETS, tratamiento de toxicómanos, servicios de hematología, etc.

— profesionales sanitarios con responsabilidad en este campo.

4.2.4. Jornadas andaluzas de educación para la salud sobre el SIDA dirigida a sanitarios.

5. Receptores periódicos de sangre y hemoderivados

5.1. *Objetivos*

5.1.1. Los mismos que para la población general.

5.1.2. Que posean conocimientos sobre:

— medidas preventivas que se adoptan sobre el plasma y hemoderivados para evitar el contagio.

— cuándo conviene hacerse la prueba de anticuerpos.

5.2. *Actividades*

5.2.1. Las dirigidas a la población general.

5.2.2. Información personalizada del personal sanitario que habitualmente les atiende.

5.2.3. Charlas en las asociaciones de ayuda mutua relacionadas con el tema por personas con credibilidad.

Consideraciones psicosociales sobre el SIDA

5.2.4. Inclusión de información específica en los medios de divulgación de las propias asociaciones.

6. Usuarios de jeringuillas no asépticas

6.1. *Objetivos*

6.1.1. Los mismos que para la población general.

6.1.2. Que posean especial conocimientos sobre:

- los riesgos reales del uso de jeringuillas no desechables.

- los riesgos reales de compartir con otros jeringuillas.

- dónde obtener fácilmente jeringuillas desechables.

- la conveniencia de que no sean donantes de sangre (especialmente los heroinómanos).

- cuándo conviene hacerse la prueba de detección de anticuerpos.

6.1.3. Que adquieran el hábito de destruir las jeringuillas una vez utilizadas.

6.1.4. Que se abstengan de efectuar donaciones de sangre.

6.2. *Actividades*

6.2.1. Las dirigidas a la población general.

6.2.2. Información personalizada por parte de los sanitarios que habitualmente les atienden.

6.2.3. Difusión de un folleto sobre la necesidad de utilizar cada vez una jeringuilla desechable a repartir en las farmacias.

6.2.4. Edición de un folleto tipo comic para heroinómanos, a distribuir a través de los servicios sanitarios o sociales que los atienden.

6.2.5. Charlas en asociaciones de ayuda mutua relacionadas con el uso de jeringuillas.

6.2.7. Actividades informativas específicas en cárceles.

7. Promiscuos sexuales y personas con prácticas sexuales de especial riesgo de contagio

7.1. *Objetivos*

7.1.1. Los reseñados para la población general.

7.1.2. Que posean especial conocimientos sobre:

- el hecho que a mayor promiscuidad mayor riesgo.

- el riesgo de ciertas prácticas sexuales.

- la disminución considerable de riesgo con el uso de preservativos.

- dónde obtener fácilmente preservativos.

7.1.3. Que adquieran hábitos relacionados con:

- el uso de preservativo.

- el uso de preservativos de especial resistencia para el coito anal.

- la adopción de comportamientos higiénicos.

7.2. *Actividades*

7.2.1. Las mismas que para la población general.

7.2.2. Distribución de folletos, carteles y pegatinas en locales frecuentados por promiscuos sexuales.

7.2.3. Distribución de un comic sobre el uso de preservativos en dichos locales.

7.2.4. Anuncios en cines «X» y «S».

7.2.5. Informaciones pertinentes en la prensa que generalmente llega a este colectivo.

7.2.6. Actividades informativas específicas en cárceles.

7.2.7. Charlas informativas en las distintas asociaciones gays.

8. Personas con resultados positivos en prueba de anticuerpos

8.1. *Objetivos*

8.1.1. Los indicados para la población general.

8.1.2. Que posean conocimientos precisos sobre:

- el significado real de la seropositividad.

- la necesidad de que no sean donantes de sangre.

- los hábitos higiénicos y sexuales que deben adquirir.

- dónde y cuándo deben hacerse revisiones médicas.

- la necesidad de que informen a su pareja y a los sanitarios que los atienden en cualquier circunstancia de su seropositividad.

8.1.3. Que adquieran ciertos hábitos sexuales.

- la higiene y las prácticas sexuales.

- la autoobservación y autoprotección sanitaria.

8.2. *Actividades*

8.2.1. Las dirigidas a la población general.

8.2.2. Información personalizada por parte de los sanitarios que los atienden.

8.2.3. Divulgación informativa en las asociaciones de ayuda mutua con alto porcentaje de miembros seropositivos.

8.2.4. Folleto específico con las recomendaciones pertinentes

El conjunto de actividades descritas pertenecen al marco de la educación sanitaria y como ya se ha relatado anteriormente, los múltiples problemas sociales, sanitarios, económicos, etc., que se derivan de esta enfermedad, exigen de la administración el emprender, además, todo un abanico de medidas que al complementarse con las propuestas supongan el abordaje integral del SIDA. De entre ellas, por su especial relevancia, nos permitimos apuntar las siguientes:

1. Prohibición de la venta de jeringuillas no desechables y de su uso en los centros sanitarios, salvo en casos justificados.

2. Destrucción de las jeringuillas usadas en el sistema sanitario, para evitar su reutilización.

M. F. Martínez García y col.

3. Lograr que los farmacéuticos no se nieguen a vender una jeringuilla a nadie.

4. Conseguir que el precio de jeringuillas y preservativos se acerque más al coste de producción, y que estos últimos puedan ser adquiridos más allá de las farmacias (máquinas automáticas, por ejemplo).

5. Creación de centros especializados en ETS, con personal apropiado.

6. Prohibición de prácticas marginatorias en centros sanitarios, escolares y laborales.

7. Promover la autosuficiencia regional de plasma (Plan de hemoterapia).

8. Potenciar las asociaciones de ayuda mutua implicadas para la realización de las actividades ya señaladas.

9. Potenciar y coordinar las investigaciones que en la actualidad se llevan a cabo sobre el SIDA.

10. Etc.

Somos conscientes que un problema de la importancia del SIDA no queda agotado ni mucho menos con lo expuesto en estas líneas. No ha sido tampoco esa nuestra intención. Sólo hemos pretendido resaltar algunos aspectos del problema para justificar lo que apuntábamos al comienzo de este trabajo, y es que el SIDA al desbordar al ámbito estrictamente sanitario debe ser atendido, además, por otros profesionales y desde otras instituciones administrativas de forma coordinada.

Bibliografía

- ARRANZ, P. y cols.: *Impacto psicológico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en una población de alto riesgo: Hemofílicos*. «I Congreso Oficial de Psicólogos». Madrid, 1984.
- ARRANZ, P. y col.: *La hemofilia: propuesta de un modelo para estudiar el impacto del SIDA*. «Psiquis». Vol. VII. Págs. 9-14. 1986.
- ANABITARTE, H.: *Los grupos de riesgo y el SIDA*. «Ponencia a Primera Conferencia de Información Sanitaria sobre el SIDA». Madrid. 1986.
- BLANCO, A.: *El estrés ambiental*. En F. Jiménez Burillo y J. I. Aragonés. «Introducción a la Psicología Ambiental». Alian-Psicología. Madrid. 1986.
- CAMARERO, C.: *Psicología y Salud*. «Ponencia al I Congreso Nacional del Colegio Oficial de Psicólogos». Madrid. 1984.
- COMISION DE PARTICIPACION CIUDADANA SOBRE EL SIDA.: «Acta de la segunda reunión». Sevilla. 1986.
- COMITE DE EXPERTOS SOBRE EL SIDA.: «Informe sobre Magnitud del problema». Sevilla. 1986.
- CONSEJERIA DE SALUD Y CONSUMO.: *Orden por la que se crea la Comisión de Participación Ciudadana sobre el SIDA*. «B.O.J.A.». Núm. 124, pág. 3881. 1985.
- CONSEJERIA DE SANIDAD.: «SIDA y Drogadicción». Principado de Asturias. 1986.
- CONSELLERIA DE SANITAT I CONSUM.: «SIDA». Valencia. 1986.
- COSTA, M. y LOPEZ, E.: «Salud Comunitaria». Martínez Roca. Madrid. 1986.
- CHACON, F. et al.: *Psicosociología de la donación*. En J. M. León y M. Martínez, «Intervención Psicosocial». Sevilla. En prensa. 1987.
- DE FLEUR, M. L. y BALL ROKEACH, S.: «Teorías de la comunicación de masas». Paidós. 1966.
- DEPARTAMENT DE SANITAT Y SEURETAT SOCIAL.: «El síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida». Barcelona. 1985.
- DEPARTAMENTO DE TRABAJO, SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL.: «SIDA». Zarautz. 1985.
- DE MIGUEL, J.: «La salud pública del futuro». Ariel Sociológica. Madrid. 1985.
- DURAN, M.: «Desigualdad Social y Enfermedad». Tecnos. Madrid. 1983.
- GASCON, P.: *Aspectos psicosociales del SIDA*. «Jano». Vol. 729. Págs. 74-78. 1986.
- GOLUBJATNIKOV, R. et al.: *Homosexual promiscuity and the fear of AIDS*. «Lancet». Vol. 17. Núm. 2. 1983.
- GRODIN, A. et al.: *Ethical Issues in AIDS research*. «Quality review Bulletin». Vol. 12. Núm. 10. Págs. 347-352. 1986.
- INTERNATIONAL SOCIETY OF BLOOD TRANSFUSION.: «The international experience in anti-HTLV III/LAV screening». 1985.
- MASON, J.: *Public Health Plan for Prevention and Control of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)*. «Public Health Reports». Vol. 100, núm. 5. págs. 453-455. 1985.
- MARTINEZ M. y GODOY, J.: *El SIDA en los medios de comunicación*. Sevilla. En prensa. 1987.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.: *Resolución sobre la prueba de detección de anticuerpos frente al virus del SIDA*. B.O.E. Núm. 217. Págs. 28013-28014. 1985.
- NICHOLS, S.: *Psychiatric aspects of AIDS*. «Psychosomatic». Núm. 24. Págs. 1083-1089. 1983.
- O.M.S.: «Guidelines on AIDS in Europe». Copenhagen. 1985.
- PRIMERA CONFERENCIA DE INFORMACION SANITARIA SOBRE EL SIDA.: «Conclusiones». Madrid. 1986.
- SAN MARTIN, H. y PASTOR, V.: «Salud Comunitaria». Díaz de Santos. Madrid. 1984.
- USIETO, R.: *Sociogénesis del SIDA*. «Comunicación a la I Conferencia Sanitaria sobre el SIDA». Madrid. 1986.