

201



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

201  
1995  
10/12

LA CONTRATRANSFERENCIA EN EL EQUIPO DE  
SALUD COMO CAUSA DE RECHAZO A  
PACIENTES CON VIH/SIDA

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A :

**GRISELDA RODRIGUEZ MORRIS**

DIRECTOR DE TESINA:  
CELSO SERRA PADILLA

MEXICO, D.F.

1995

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

	Pág.
<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO 1</b>	
Generalidades del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.....	4
Antecedentes.....	4
Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).....	6
Mecanismos de Transmisión.....	8
Contexto Psicosocial.....	11
Medidas de Prevención y Control.....	15
Situación Actual.....	16
<b>CAPITULO 2</b>	
El Personal de Salud y la infección por VIH.....	20
Requisitos académicos de los diferentes Profesionales de la Salud y su relación con los pacientes infectados por VIH.....	20
Probabilidades de contagio en el Equipo de Salud al atender a personas infectadas por VIH.....	23
Precauciones Universales a seguir por el Personal de Salud.....	24
<b>CAPITULO 3</b>	
La Contratransferencia.....	26
Concepto.....	27
La Diada transferencia-contratransferencia.....	27
Implicaciones de los Aspectos Contratransferenciales en la Relación Equipo de Salud - Paciente con VIH/SIDA.....	32
CONCLUSIONES.....	37
BIBLIOGRAFIA.....	39

DEDICATORIAS

**A mis maestros**

**Lic. Celso Serra P.**

**Dr. Mario A. Cicero F.**

**Lic. Asunción Valenzuela C.**

**Lic. Rosario Muñoz C.**

**Mtra. Consuelo Arce O.**

**Gracias por el tiempo y conocimientos que me brindaron**

A mis padres

**Daniel Rodríguez R. y Ma. Luisa Morris C.**

Gracias por darme la oportunidad de estudiar una carrera universitaria y por inculcarme los principios de superación y perseverancia.

A mi esposo

**Gabriel Fuentes García**

Gracias por tu paciencia  
ayuda y la motivación que me diste para seguir adelante.

Gracias por todo tu amor.

A mis hijos

**Jaziel G. Fuentes R.      J. Leslie Fuentes R.**

**G. Jeshua Fuentes R.**

Gracias por su comprensión y por el tiempo que les correspondía  
y les tomé.

A mis hermanos

**Daniel, Lourdes, Leticia, Rosalba y Patricia**

Gracias porque seimpre, de una forma u otra  
me ayudaron a que lograra esta meta.

En especial a mi hermana Rosalba, por su cooperación en la captura de datos.

A mis suegros

**Eduardo Fuentes M. y Rosa R. García G.**

Gracias por todo su apoyo

A mis cuñadas

**Celia, Araceli, Edelmira y Rafa**

Gracias por cuidar a mis hijos.

## **RESUMEN**

La finalidad del presente trabajo fue identificar y fundamentar desde una perspectiva psicoanalítica los aspectos contratransferenciales en el equipo de salud de CONASIDA, que provocan rechazo hacia pacientes infectados por VIH y enfermos de SIDA, encontrándose que los principales aspectos que provocan que se de un proceso contratransferencial son el temor, la ansiedad, la angustia, la personalidad del terapeuta y la transferencia del paciente; y debido a las características que tiene el SIDA y todos los conflictos en torno a él, se facilita que los aspectos contratransferenciales se presenten en la mayoría de los casos en que se atiende a una persona con VIH/SIDA, obteniendo como resultado un rechazo, evitación o maltrato al paciente.

Una solución que disminuiría las actitudes de rechazo sería capacitando al personal de salud sobre los procesos de transferencia y contratransferencia orientándolos para que se autoanalicen sobre sus sentimientos y actitudes hacia el enfermo y sensibilizándolos sobre lo que significa tener esta enfermedad.

## **JUSTIFICACION**

Se hizo una revisión de los procesos de transferencia-contratransferencia y su influencia en la manifestación de conductas determinadas, explicando la participación de los aspectos contratransferenciales en la presentación de actitudes de rechazo hacia personas infectadas por VIH por parte del Personal de Salud. Lo anterior como base para proponer a las instituciones encargadas de atender a personas con VIH/SIDA (particularmente a CONASIDA) la necesidad de dar capacitación a los Trabajadores de la Salud sobre los fenómenos de transferencia-contratransferencia, para que tengan una mayor comprensión de los procesos inconscientes que provocan tal o cual comportamiento del paciente con respecto a ellos y que sentimientos y actitudes se presentan en los mismos (personal de salud) con las demandas del paciente, así al concientizar y analizar sus propias actitudes logre una mayor objetividad en la relación con los pacientes y se eviten actitudes desfavorables que perjudiquen el bienestar emocional del enfermo.

## INTRODUCCION

Uno de los principales retos de la humanidad, desde sus orígenes hasta la actualidad, lo constituye el hecho de preservar la salud y posponer la muerte, aspecto que no se ha alcanzado en su totalidad, pero si se han tenido importantes logros, erradicando algunas de las enfermedades y controlando otras.

Lamentablemente éste no es el caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Infección que no ha sido controlada y que va en aumento, diseminándose rápidamente en la población a nivel mundial, sin que se encuentre hasta el momento vacuna o medicamento para combatirla. (Carrillo E., 1993; Hernández, 1991, p. 1).

El SIDA es una enfermedad infecto-contagiosa producida por el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), este virus destruye parte del sistema inmunológico de la persona, dejándola desprotegida y a merced de agentes infecciosos y cancerígenos que dañan severamente al organismo y provocan la muerte.

Dadas las características mencionadas de la enfermedad, así como el que la principal forma de contagio es la vía sexual y el hecho de que los primeros casos de SIDA se presentaron en homosexuales, generaron una serie de prejuicios y estigmatizaciones en torno a este padecimiento relacionando inmediatamente a los portadores de VIH y enfermos de SIDA con homosexualidad y promiscuidad. Siendo estas personas víctimas de rechazo por parte de casi toda la población. Se atribuye esta actitud de rechazo principalmente a la falta de información sobre lo que es el SIDA y sus formas de contagio; pero las actitudes de rechazo se presentan también en Personal de Salud que atiende a pacientes con VIH/SIDA, personal que tiene conocimiento teórico y técnico sobre este síndrome, las formas de contagio y además sobre lo importante que es el dar un trato ético a los enfermos. Hecho que hace pensar en aspectos inconscientes que provocan esta actitud, aspectos que desde el ámbito de la psicología, pueden ser abordados en función de la diada **transferencia-**

**contratransferencia**, un elemento importante en la relación profesional Equipo de Salud-enfermo de SIDA; entendiendo por **transferencia**, el proceso en el cual el paciente presenta sentimientos y actitudes hacia el terapeuta, que no corresponden a éste, sino que son una repetición de una relación de objeto específica, es decir, una repetición de sentimientos y actitudes dirigidos en la infancia hacia adultos significativos que ahora se están depositando en el terapeuta (Freud 1905a, 1912a; A. Freud 1936; citados en Greenson 1989, p.p. 158-259).

Asimismo, la **contratransferencia** básicamente tiene las mismas características que la transferencia, solo que aquí los sentimientos y actitudes los presenta el terapeuta hacia su paciente, estos sentimientos y actitudes son provocados tanto por aspectos inconscientes, como preconscientes y conscientes.

De todo lo antes mencionado surgió la idea de identificar los aspectos contratransferenciales que provocan el rechazo hacia los pacientes con VIH/SIDA, resaltando la importancia de que el Equipo de Salud reciba instrucción y capacitación sobre los procesos transferencia-contratransferencia, con la finalidad de lograr una mayor objetividad al atender a dichos pacientes, evitando así actitudes desfavorables que perjudiquen el bienestar emocional del enfermo.

En el primer capítulo se abordan las Generalidades del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA), tales como: antecedentes, etapas de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), mecanismos de transmisión, contexto psicosocial, medidas de prevención y control y la situación actual de la enfermedad.

En el segundo capítulo se da una reseña de la labor que realiza cada uno de los diferentes profesionistas que conforman el Equipo de Salud al atender a los pacientes infectados por VIH, así como los riesgos a los que están expuestos y las precauciones que deben de tomar.

En el tercer capítulo se hace una revisión del concepto de contratransferencia, de su papel en toda relación terapeuta-paciente y

**las implicaciones que tienen los aspectos contratransferenciales en la relación Equipo de Salud - Paciente con VIH/SIDA.**

## CAPITULO 1

### GENERALIDADES DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

#### **Antecedentes.**

El SIDA es un conjunto de signos y síntomas provocados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el cual ataca directamente al sistema inmunológico del cuerpo y destruye las defensas naturales, por lo que la persona puede contraer un gran número de infecciones y cánceres.

El primer informe acerca del SIDA provino del Centro para el Control de las Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, ubicado en Atlanta, Georgia, el cual es el organismo de Salud Pública responsable de la investigación de epidemias e informes de enfermedades raras o nuevas. El Dr. A. Gottlieb fue el encargado de describir en 1981, los casos de 5 homosexuales jóvenes que se presentaron con una infección pulmonar rara: Neumonía por *Pneumocistis Carinii* (NPC), un protozoo que parasita los pulmones y dificulta mucho la respiración; anteriormente, esta infección oportunista se asociaba casi de manera exclusiva con pacientes cuyo sistema inmunológico estaba muy deteriorado, como resultado de una enfermedad grave o farmacoterapia (Hernández, 1991. p. 4).

Por razones obvias esta enfermedad recibió nombres como: Inmunodeficiencia relacionada con homosexuales, enfermedad consuntiva, Gay-Related-Inmuno Deficiency (GRID), "Gay Síndrome", entre otras. Hasta que el CDC propuso que se llamara SIDA, con base en que el principal problema era un estado de inmunodeficiencia provocado por un factor no hereditario (o sea adquirido) capaz de provocar cuadros infecciosos y tumorales secundarios, propuesta que fue aprobada por la OMS (Hernández, 1991, p. 5; López M. López Z. 1990, p. 8).

En un principio se pensó que el SIDA, podría deberse al efecto tóxico de ciertas drogas estimulantes (poppers) utilizadas por los

homosexuales, o la acción de algún factor presente en el esperma. Sin embargo no fue hasta 1983 cuando el Doctor Robert C. Gallo, del Instituto Nacional de Cancerología de los Estados Unidos, en la sesión del Grupo de Trabajo sobre SIDA (Cold Spring Harbor), señaló que podía deberse a un agente infeccioso relacionado con los HTLV recientemente descubiertos por él. Basó su hipótesis en la información que hasta ese momento se tenía; la causa del SIDA era un agente infeccioso que podía ser transmitido por la sangre, debido a que podía pasar a través de filtrados de sangre, el Dr. Gallo dedujo que se trataba de un agente filtrable. Pensó que el sitio de ataque de dicho virus debía ser una variedad de glóbulos blancos conocidos como linfocitos T cooperadores, ya que su número se encontraba notablemente reducido en los pacientes con SIDA. Como los únicos agentes infecciosos capaces de atacar a esas células eran los retrovirus HTLV, el Dr. Gallo afirmó que el virus del SIDA debía estar emparentado con éstos (López M. López Z. 1990, p. 9).

### **Los virus**

En los confines del mundo microscópico, donde se encuentran los límites entre lo vivo y lo inanimado, existen unas estructuras conocidas como virus. Son más pequeños que las bacterias y aún cuando tienen la información para multiplicarse carecen de los medios para ello, por esto, deben hacerlo en el interior de las células, con lo cual provocan diversas enfermedades infecciosas, inmunológicas, degenerativas y tumorales.

Acton define a los virus "como los microorganismos más pequeños que se conocen y productores de muchas enfermedades, son parásitos intracelulares que contienen únicamente un tipo de ácido nucleico (DNA o RNA) y utilizan el aparato genético de la célula huésped para multiplicarse, invaden la célula alterando su funcionamiento y obligándola a producir más partículas virales". (Sepúlveda A. 1989, p. 495)

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pertenece a la familia de los retrovirus, cuya característica fundamental es convertir su RNA en DNA, proceso conocido como transcripción reversa, de donde viene el nombre de retrovirus.

## **Infección por VIH**

Historia Natural de la Enfermedad. Este término se refiere al curso que un proceso patológico sigue a lo largo del tiempo sin que intervenga ninguna medida preventiva o curativa y que, de acuerdo a la interacción del agente, huésped y medio ambiente, puede curarse o provocar invalidez o muerte.

Para implementar medidas preventivas de una enfermedad, es necesario conocer los factores y las características que lo determinan: agente, huésped y medio ambiente, así como el desarrollo natural de la enfermedad (Hernán, 1975).

Según la clasificación<sup>\*</sup> del Centro para el Control de Enfermedades (CDC) las cuatro etapas por las que atraviesa el SIDA son:

**Primera etapa.**- Llamado también período Inicial. El momento en que el VIH penetra al organismo no es detectable por cuadro clínico, ni por estudio de laboratorio, tampoco es posible detectar el momento en que la infección ocurrirá.

Entre el 10 y 15% de los pacientes que adquieren la infección presentan síntomas algunas semanas después. Al conjunto de estos síntomas se les denomina **Infección Aguda por VIH** y se caracteriza por crecimiento de los ganglios en diversas partes del cuerpo, malestar general, fiebre y dolor de cabeza, en algunas ocasiones pueden desarrollarse, artritis y exantema.

**Segunda Etapa.**- Período de infección asintomática. Independientemente de que hayan presentado un cuadro de infección aguda o no, todos los pacientes infectados por VIH pasan por una etapa en la cual no tienen ninguna manifestación clínica y en ellos la

---

<sup>\*</sup> La clasificación del CDC fue tomada de Hernández, 1991, pp. 16 a 19; y de López M., López Z., 1990, pp. 15 a 18.

infección es detectable únicamente mediante pruebas serológicas, a esta etapa se le llama ventana inmunológica.

Este período libre de síntomas es reflejo de dos situaciones: 1) Una vez que el virus circula en la sangre, identifica a las células que poseen en su membrana la molécula CD4 (linfocitos T cooperadores, algunos monocitos macrófagos, así como células gliales del SNC) y se adhiere a ellas, penetra en las mismas y duplica la cadena de información genética. El virus puede permanecer latente, sin replicarse y sin ejercer un efecto destructivo sobre la célula, hasta que ésta sea activada por el sistema inmunológico como respuesta a otro estímulo antigénico (producido por una nueva infección). 2) Cuando el virus inicia su replicación, termina por destruir a la célula que lo ha alojado, lo cual resulta en la liberación hacia la sangre de muchas partículas virales nuevas, que a su vez, identificarán y penetrarán en células que les sean afines con el fin de replicarse nuevamente. Este período es lento, de tal modo que debe transcurrir un tiempo prolongado antes de que exista un deterioro del sistema inmunológico lo suficientemente grave como para manifestarse clínicamente.

El hecho de que un paciente seropositivo al VIH se encuentre asintomático, no quiere decir que no pueda transmitir el virus a otras personas o que no esté sufriendo un deterioro en su sistema inmunológico.

**Tercera Etapa.** Linfadenopatía generalizada persistente. El término linfadenopatía se refiere a la enfermedad en los ganglios linfáticos, que habitualmente se manifiesta por crecimiento, dolor y cambios en la consistencia de los mismos al tacto. Estos ganglios son parte importante del sistema inmunológico y se ven afectados por un número considerable de enfermedades, tanto de carácter autoinmune como infecciosas o tumorales.

Para poder decidir que un paciente tiene esta forma de enfermedad, se requiere: 1) Que tenga una prueba de anticuerpos contra VIH positiva. 2) Que tenga crecimiento ganglionar (con ganglios mayores a 1 cm) en por lo menos, dos regiones anatómicas (exceptuando ingles), de ahí el término generalizada, y que persista durante más de un mes.

**Cuarta Etapa.** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Es probable que todos los pacientes infectados por VIH desarrollen SIDA como parte final del proceso evolutivo que esta infección implica. Después de un período previo asintomático (o con síntomas mínimos), el equilibrio entre las subpoblaciones de linfocitos se pierde, y el sistema inmunológico no puede contener la aparición de infecciones por gérmenes oportunistas, y/o el desarrollo de tumores malignos. Al mismo tiempo, aparecen manifestaciones clínicas de daño directo, extenso e irreversible, producido por el VIH en algunos tejidos, particularmente del SNC.

Algunas manifestaciones clínicas pueden ser tan específicas, que su presencia sugiere fuertemente el diagnóstico de SIDA, por ejemplo, el Sarcoma de Kaposi, la infección de Cándida en el esófago, o la presencia de neumonía por *Pneumocystis Carinii*, en pacientes en los que no hay otra explicación posible para la inmunodeficiencia.

El SIDA puede iniciarse con diarrea crónica, pérdida de peso y fiebre prolongada, manifestaciones que generalmente se presentan de manera simultánea. En otras ocasiones el enfermo se puede presentar con fiebre prolongada e infección por Cándida en boca y esófago. Con frecuencia se presenta como un cuadro de fiebre de origen desconocido, producido casi siempre por una infección generalizada (tuberculosis, histoplasmosis, criptococosis, salmonelosis, entre otras). Otra situación es la de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, producida por lo general, por *Pneumocystis Carinii* u otros agentes.

#### **Mecanismos de Transmisión.**

El VIH se transmite por el intercambio de fluidos con una persona infectada, estos fluidos son en orden de concentración del virus; sangre, semen, fluidos vaginales, líquido preeyaculatorio y leche materna. También se ha encontrado VIH en heces fecales, orina, lágrimas y saliva, pero las cantidades halladas son mínimas, por lo que se cree que la transmisión es nula.

Las formas de transmisión son: vía sexual, vía sanguínea y vía perinatal (el contagio durante el embarazo y/o la lactancia se incluyen en esta vía, ya que es difícil precisar cuando ocurre la infección). Sólo por estos medios se transmite el VIH; ya que es muy frágil y no resiste

las condiciones medio ambientales, ni las sustancias químicas, también es importante mencionar que el VIH se transmite sólo de una persona a otra y que debe inocularse una cantidad mínima de virus para que pueda haber infección, además de que el virus debe de penetrar en el organismo humano, de tal forma que llegue al torrente sanguíneo. Cuando el VIH entra directamente en el torrente sanguíneo, como en el caso de las transfusiones, existe una alta probabilidad de contagio (de un 70% aproximadamente); en cuanto al contagio de madre a hijo, hay una factibilidad del 50 al 60%; y la posibilidad mas baja de infección es la vía sexual, sin embargo representa la forma más frecuente de contagio en todo el mundo (Carrillo E. Carrillo H. 1993; Valdespino, 1990, p. 490).

### Vía sexual

El contagio por vía sexual se da durante las relaciones sexuales (coito anal, vaginal, sexo oral) con una persona infectada, ya que se tiene un considerable intercambio de fluidos potencialmente infectantes, como es el semen, los fluidos vaginales, el líquido preeyaculatorio y en algunos casos contacto directo con sangre.

La transmisión del virus se presenta independientemente del tipo de relación que se tenga, ésta puede ser: homosexual, bisexual o heterosexual. El riesgo de contagio aumenta de acuerdo al número de parejas que se tengan y el número de coitos con una o varias parejas infectadas, sin embargo, puede darse el caso de ser contagiado en un solo contacto sexual. También el riesgo de contagio depende del tipo de práctica que se lleva a cabo; se sabe que las penetraciones de tipo anal son mas riesgosas, porque se daña la mucosa que recubre el recto, provocando laceraciones en éste y en el pene de quien penetra, de tal forma que las secreciones sexuales pueden quedar en contacto con las partes lesionadas, permitiendo la entrada del virus. En el coito vaginal las condiciones son menos propicias para el contagio, debido a que la mucosa de la vagina es más densa a fin de facilitar la penetración ; no obstante, el riesgo aumenta durante la menstruación, porque hay mayor acceso al torrente sanguíneo de la mujer y más posibilidades de contacto del hombre con la sangre (Martínez A. Romero Y. 1991, p.17).

Con lo que respecta a la práctica buco-genital, puede considerarse peligrosa, sólo cuando se tengan lesiones en boca y encías, y en los genitales de la persona que es estimulada.

### Vía sanguínea

Este tipo de contagio ocurre principalmente al transfundir sangre contaminada con VIH; puede ser sangre completa o componentes celulares de la sangre, plasma y algunos factores de coagulación, sin embargo, otros productos preparados a partir de sangre, como inmunoglobulinas, albúminas, fracciones protéicas del plasma y vacunas como la hepatitis tipo B, no transmiten la infección, aún cuando la sangre usada para su obtención estuviera contaminada. Esta diferencia se debe a que en este segundo grupo hay pasos en la preparación de los productos, que inactivan al virus, en caso de que estuviera presente (Hernández 1991, p. 46; López M. López Z. 1990, p. 26).

También existe riesgo cuando se emplean instrumentos no desechables o mal esterilizados y cuando se comparten agujas contaminadas, como es en el caso de los drogadictos intravenosos, cuando se inyectan diferentes personas con la misma aguja; al contrario de las inyecciones accidentales donde el riesgo es muy bajo (0.5%) porque la cantidad de virus es muy escasa y ocurre una sola vez. (Valdespino, 1990, p. 29).

Con la finalidad de erradicar contagios por este medio, quedó prohibida la comercialización de sangre y sus derivados y se estableció como obligatorio practicar pruebas serológicas en todas las donaciones de sangre.

### Vía perinatal

El contagio por esta vía ocurre cuando una mujer está infectada por el VIH y se embaraza, o si ya esta embarazada y se infecta, puede transmitir el virus a su hijo durante el embarazo, al momento del parto o durante el período de amamantamiento, a través de la leche.

En México el 32.9% de las mujeres infectadas, ha adquirido el VIH por alguna transfusión de sangre, el 65.8% por contacto sexual

con un hombre infectado y el resto no se tiene conocimiento de la manera como se contagió (Boletín SIDA/ETS, 1994, mayo, año 8, No. 5, p. 2657).

Existe una probabilidad entre 40% y 70% de que una madre con el virus contagie a su bebé, ya que es muy factible que el VIH llegue al niño a través de la placenta.

Cuando la transmisión se lleva a cabo en etapas muy tempranas del embarazo puede perderse el producto (aborto espontáneo), si el embarazo llega a su término, el bebé puede padecer algunas alteraciones desde su nacimiento o tener una apariencia normal, pero alrededor de los siete o doce meses la enfermedad se desarrolla, manifestándose de diferentes maneras (Uribe, 1988, p.4).

Es claro que la manera de evitar niños con SIDA es teniendo madres y padres sanos y bien informados.

### **Contexto Psicosocial**

El SIDA ha generado múltiples problemas en todos los ámbitos de nuestra sociedad, en los aspectos psicológicos, sociales, morales, legales y económicos; problemas que deben ser abordados de una manera integral.

#### *Aspecto psicológico*

El miedo al contagio, la ignorancia, la ignorancia y estigmatizaciones, el rechazo a los enfermos y las formas de enfrentar la enfermedad, repercuten directamente en el área psicológica. Requiriéndose un manejo adecuado, por medio de asesorías o psicoterapias, según se requiera, a personas con prácticas de riesgo, infectados, enfermos, familiares, personal de salud y al público en general (Sepúlveda, 1989).

Siendo el objetivo principal del psicólogo el tratar de alcanzar un nivel de vida óptima para el enfermo; esto se logra a través de propiciar un ambiente libre de tensiones, por medio de asesorías a los familiares, amigos (con permiso del paciente) y al propio enfermo. "Una persona infectada por VIH, necesita amistad más que nunca; es

importante para ella, el saber que tiene amigos y que puede confiar en ellos. También, la comunicación táctil, pues para el infectado es necesario recibir un abrazo o un apretón de manos, y no por ello signifique riesgo de infección" (Domínguez, 1989).

También es reconfortante para el individuo, que se le escuche y se le ayude en el momento que lo solicite, procurando respetar sus espacios de descanso o recreación; es decir, no exagerando atenciones.

Si pese al apoyo de familiares y amigos, el paciente se deprime demasiado, se recomienda la ayuda especializada, que puede ser por medio de psicoterapias de grupo, de pareja y familiares.

La terapia grupal es la más adecuada para los pacientes infectados por VIH; estas reuniones les ofrecen seguridad y apoyo para discutir temas de interés mutuo y para intercambiar información. También les da la oportunidad de ver ejemplos y métodos que los pacientes utilizan para vivir con la enfermedad, además de que el convivir en grupo es un factor que reduce el aislamiento.

#### *Aspecto Social*

En el transcurso de la historia, han aparecido enfermedades que han provocado reacciones de rechazo y estigmatización hacia las personas que los padecen, tal es el caso de la lepra, la peste y las enfermedades venéreas.

En la actualidad, el SIDA por ser una enfermedad incurable, difícil de controlar, contagiosa y hasta ahora imposible de detener o extinguir, ha generado miedo, incertidumbre y ansiedad, que a su vez han puesto en marcha viejos mecanismos irracionales, por medio de los cuales se canaliza la inseguridad social hacia la búsqueda de culpables a través de la exacerbación de estigmas y prejuicios ya existentes. En este caso la búsqueda encontró a los homosexuales, adjudicando en ellos los estigmas de la nueva enfermedad (Martínez A. Romero Y. 1991, Sepúlveda 1989).

Pero que significado tiene el concepto de prejuicio asociado al SIDA; éste puede ser definido como: "una aversión o actitud hostil, una creencia sobregeneralizada (por lo tanto errónea) hacia una

persona que pertenece a un grupo" (Allport, tomado de López M. 1990, p. 46).

Se asocia prejuiciosamente que todo homosexual es en potencia portador de VIH y que toda persona infectada por este virus es sospechosa de homosexualidad. El peligro de esta actitud es la marginación que la sociedad pretende imponer a los enfermos como una medida equivocada para controlar la enfermedad, haciendo caso omiso de las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el sentido de que se eviten estigmas a africanos, personas de color, homosexuales, bisexuales, drogadictos y hemofílicos; ya que cualquier individuo puede ser portador o receptor del VIH; además de que no hay ninguna razón sanitaria para imponer restricciones en materia de vivienda, empleo y educación a las personas infectadas por este virus (CONASIDA, 1990, p.p. 57-58).

#### *Aspecto moral*

Todo individuo se encuentra inmerso en un medio ambiente social, en una sociedad históricamente determinada por patrones socioculturales, en la que se conciben los diferentes fenómenos de una manera muy particular. En algunas sociedades, incluyendo la nuestra, el fenómeno de la sexualidad es concebido como íntimo y que no puede ser tratado abiertamente, hecho que el SIDA a modificado, porque ha contribuido a hacer públicos aspectos tradicionalmente privados, como las relaciones homo, bi y heterosexual; con la consecuente respuesta de algunos grupos moralistas que opinan que los mensajes en torno a la infección por VIH que se difunden a través de los medios masivos de comunicación, aprueban implícitamente el sexo casual, el sexo con mas de una pareja, la homosexualidad y la bisexualidad; estos grupos hacen una fuerte crítica a estos mensajes y piden se modifiquen.

Otros grupos en cambio, aseveran que los mensajes rayan en la timidez, que son demasiado vagos y en consecuencia, poco eficaces.

En ambas posturas, existe la creencia de que la otra contribuye a difundir la epidemia.

La polémica resulta importante porque, las concepciones que parten de una perspectiva moral obstaculizan el éxito de las campañas educativas, al inhibir, condenándolo, el uso masivo del condón, o al censurar la difusión de mensajes educativos mas claros y abiertos. Se trata de una controversia entre lo eficaz y lo aceptable, pero se sabe, que nunca se pondrán de acuerdo, pues ello depende de los patrones culturales en que se vive.

#### *Aspecto jurídico*

En esta área se han presentado numerosas exigencias, en referencia a la implementación de nuevas leyes que resuelvan los problemas generados por la infección por VIH.

Como primera medida el 26 de mayo de 1986, se acordó la obligatoriedad de investigar serológicamente al donador para evitar la transmisión de enfermedades por la sangre.

Y el 27 de mayo de 1987, se prohibió la comercialización de la sangre, utilizando como única fuente de obtención, la donación voluntaria y gratuita.

Asimismo, teniendo en cuenta las características y síntomas de la infección por VIH, se considera prudente establecer que el acto concreto intencional de contagio con el VIH causante del SIDA por medio de relaciones sexuales, debe tenerse como delito que atenta contra la vida e integridad corporal (Martínez, 1990).

También se han presentado otros problemas que requieren de una legislación mas precisa, tal es el caso de los despidos a trabajadores por el hecho de ser seropositivos; así como los conflictos generados por la negativa de algunos hospitales y clínicas a prestar sus servicios a personas infectadas por VIH.

Tomando en cuenta todos estas características y el acelerado incremento de casos de SIDA, surge la necesidad de considerar esta infección dentro de la Constitución de la República. (Martínez, 1990).

### Aspecto Económico

En medio de una profunda crisis económica, aparece la infección por VIH, reclamando recursos que podrían ocuparse para un mayor desarrollo; causando graves repercusiones económicas por las muertes prematuras de personas en edad productiva.

La mayor parte de los costos de atención médica y de prevención son solventados por las instituciones públicas del Sector Salud. En prevención están considerados los subprogramas de control de enfermedades transmisibles, detección oportuna de éstas y capacitación de la población (Hernán, 1975).

Con lo que respecta al ámbito curativo, el presupuesto destinado a la hospitalización, se ve seriamente afectado por la infección por VIH.

Asimismo, los costos en educación sexual, atención médica y psicológica dirigida específicamente a seropositivos y personas con prácticas de alto riesgo, inciden considerablemente en el gasto público.

De aquí surge la necesidad de una reestructuración financiera, de la organización y prestación de los servicios de salud, por parte del gobierno, para enfrentar adecuadamente la infección por VIH, sin desatender otras prioridades.

### **Medidas de Prevención y Control**

El prevenir y controlar la infección por VIH se ha convertido en un verdadero desafío para la salud pública, ya que no existen medidas fundamentadas científicamente, ni para la prevención, ni para el tratamiento. La estrategia para su control, se basa, principalmente, en la modificación de hábitos profundamente arraigados en los individuos, como son los sexuales y la drogadicción.

En el control sanitario se presenta la dificultad, de que como enfermedad, la infección por VIH, tiene un largo período asintomático, de ahí la necesidad de dar especial importancia a la

vigilancia epidemiológica encaminada a la detección y seguimiento de sujetos seropositivos y enfermos.

Las estrategias de lucha están dirigidas a la población en general, a los grupos con prácticas de alto riesgo y a los enfermos. En lo que se refiere a la población en general, el objetivo es la modificación de prácticas riesgosas y el control de los productos relacionados con la transmisión del VIH. En relación a los grupos con prácticas de alto riesgo se pretende detectarlos para darles orientación y educación. Para el logro de estas medidas fue constituido el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), que desarrolla un programa nacional de planeación, información, control, integración de fundamentos científicos y programas, coordinación entre federación, estados e instituciones de los sectores: público, social y privado, además de normatividad de programas, a fin de coordinar todos los esfuerzos en la lucha contra la infección por VIH (Boletín CONASIDA, año 2, No. 7, julio 1988, p. 414).

A nivel internacional se consideran dos estrategias de prevención adicionales: la detección de los contactos de los seropositivos y el reforzamiento de los contenidos educativos referentes al VIH en los programas contra la drogadicción.

En México, dada la dificultad del tema y la idiosincracia de nuestra sociedad, se diseñó un programa de comunicación social por aproximaciones sucesivas. Ya se conocen algunos de los mensajes gráficos, radiales y televisivos de una serie que irá tocando los temas en forma progresiva (Ramírez, 1989).

Es conveniente que la información sea clara y objetiva para, por una parte, lograr un impacto educativo, y por otra, evitar una alarma generalizada; con el propósito de prevenir el aumento en el número de casos de la infección por VIH.

#### **Situación Actual.**

A nivel mundial han sido notificados a la OMS 985 119 casos de SIDA. (Weekly Epidemiological Record, No. 26, 1 July 1994, O.M.S.)

En Europa treinta y siete países reportaron 115,668 casos de SIDA hasta el 30 de junio de 1994. Aquellos con mayor frecuencia de casos son Francia, España e Italia.

En África los países más afectados son: Uganda (43,875), Tanzania (38 719), Malawi (31,857), Kenia (31 857) y Zambia (29,734) entre otros.

En América, los países con mayor número de casos son: Estados Unidos de América (411 907), Brasil (49 312), México (18,353) y Canadá (9 511).

México ocupa el décimo cuarto lugar en número de casos a nivel mundial. En América ocupa el tercer lugar después de Estados Unidos y Brasil.

Hasta el 1º de mayo de 1994, el Registro Nacional de casos de SIDA contaba con, 18,353 casos. Sin embargo, la estimación del número real de casos de SIDA en México es superior a 27,000, al corregir por subnotificación y retraso en la notificación.

Las mayores tasas de incidencia por millón de habitantes se encuentran en el Distrito Federal (657 casos); Jalisco (414 casos) y Morelos (353 casos). Las entidades con menor incidencia son: Chiapas, Zacatecas, Hidalgo, Tabasco y Guanajuato.

La mayor parte de los casos notificados ocurrió en los grupos de 20 a 44 años, de ellos entre el 84.0% y el 88.7 de los casos correspondió a hombres. La razón hombre/mujer es diferente según los grupos de edad, para los grupos más afectados (25 a 39 años) esta razón varía entre 6 y 7 hombres por cada mujer afectada.

De acuerdo con la distribución por rama de ocupación y sexo, la tasa más alta por millón de habitantes se presenta en los trabajadores de servicios públicos con 1,993; para este rubro de ocupación existen 20 casos de SIDA en hombres por cada caso en mujeres: la segunda tasa de incidencia corresponde a los trabajadores del arte y los espectáculos con 1,955 casos por millón de habitantes, con una razón hombre mujer de 64.1; los profesionales ocupan el tercer lugar con 1,812 casos por millón de habitantes, en este grupo la relación por

sexo es de una mujer afectada por cada cincuenta y un hombres. Las tasas mas bajas continúan presentándose en las personas dedicadas al hogar, trabajadores domésticos y estudiantes; se desconoce la ocupación de 2,508 casos registrados.

### **Categorías de transmisión en adultos**

#### **Hombres**

La proporción de casos atribuibles a transmisión sexual es de 91.5% en 1994 y en los casos por transmisión sanguínea la proporción fue de 6.8.

Hasta el 1° de mayo de 1994 se han notificado un total de 15,478 casos en hombres adultos, de los cuales 4,629 (39.3%) son homosexuales; 3,247 (27.5%) bisexuales y 2,541 (21.5%) heterosexuales.

#### **Mujeres**

De los casos acumulados hasta el mes de abril de 1992, 1993 y 1994, la proporción de casos atribuibles a transfusión sanguínea muestra una tendencia de decremento, 43.1% en 1992, 47.1% en 1993 y 32.9% en 1994, situación contraria a la que se observa en los casos atribuibles a transmisión heterosexual, 52.9% en 1992, 51.2% en 1993 y 65.8% en 1994.

Hasta el 1° de mayo de 1994 se habían notificado 2,537 casos acumulados en mujeres adultas: 45.0% se atribuyen a transmisión heterosexual; 52.2% a transfusión sanguínea; 2.2% en ex-donadores remunerados de productos sanguíneos y 07% por otras vías de transmisión.

### **Categorías de transmisión en niños**

Existen 545 casos en menores de 15 años, 356 (65.3%) en niños y 189 (34.7%) en niñas, esta diferencia proporcional por sexo en parte podría estar dada por las características propias de la hemofilia. De los casos pediátricos acumulados hasta el 1° de mayo de 1994, el 55.6%

se transmitió por vía perinatal; 25.2% por transfusión sanguínea; 17.3% en hemofílicos y 2.0% por abuso sexual. Se desconoce la categoría de transmisión de 88 casos (16.1%).

#### **Evolución de los casos**

Del total de casos, 10,516 han fallecido y corresponden al 56.7%, continúan vivos 6,559 (35.3%) y se desconoce la evolución del 8.0% (1,485). (Weekly Epidemiological Record, N° 26, 1 July, 1994, O.M.S.)

## CAPITULO 2

### EL PERSONAL DE SALUD Y LA INFECCION POR VIH.

La población en general, así como el equipo de salud, experimentan ante la infección por VIH temor al contagio, este temor está generado por aspectos reales y aspectos subjetivos. Como seres humanos siempre se asume una postura ante un problema o situación y se presentan actitudes ante este, que van desde el rechazo, agresión, indiferencia, hasta la sobreprotección. Estas actitudes pueden identificarse y controlarse de una mejor manera, dependiendo de la preparación con que se cuente. Por tal motivo, es importante que el personal de salud que atiende a pacientes infectados por VIH, como son: médicos, enfermeras, laboratoristas, trabajadores sociales y psicólogos; posean un grado académico, conocimientos actualizados sobre VIH/SIDA, habilidades en el manejo de los materiales utilizados, aptitudes para tratar con estos pacientes, así como ética profesional para poder desempeñar satisfactoriamente sus labores.

#### **Requisitos Académicos de los diferentes Profesionales de la Salud, que trabajan con pacientes infectados por VIH.**

##### *Médico.*

El médico debe contar con el grado de Médico Cirujano; habilidades y conocimientos básicos sobre la existencia de instituciones que atienden a individuos infectados por VIH, de técnicas educativas, y de enfermedades asociadas a prácticas de riesgo. Las aptitudes necesarias son manejar la técnica de entrevista médico-paciente, tener facilidad para hablar en público. En cuanto a sus actitudes, tener un amplio criterio para manejar información confidencial y aceptar trabajar con población que tenga prácticas de riesgo (Sande M. Paul A. 1994, p.501)

##### *Enfermeros.*

Los enfermeros requieren de un grado académico de Auxiliar de Enfermería o Enfermería General. Habilidad para la extracción de

sangre, saber las técnicas de laboratorio de detección de este virus y las técnicas de desinfección y esterilización del material de laboratorio. Además, tener un amplio criterio para manejar información confidencial, aceptando, además, trabajar una población con prácticas de riesgo (CONASIDA, 1990).

#### *Laboratoristas.*

El laboratorista debe contar con un grado académico de Técnico Laboratorista (pasante de Licenciatura en Medicina o química), conocimientos de técnicas de laboratorio de detección de la infección por este virus, técnica de centrifugación y separación de suero, desinfección y esterilización, almacenamiento del material biológico, manejo de material y equipo de laboratorio, procesamiento del material de desecho, y aceptar trabajar con material potencialmente infectado.

#### *Psicólogos.*

La Psicología se integra a los servicios de salud aportando la comprensión, el análisis y manejo de la conducta del individuo y de los grupos (pareja, familia, grupo social y sociedad) en relación a la infección por VIH, a través de sus diferentes áreas como son la educativa, industrial, experimental, ambiental, social y por último el área que se considera de mayor importancia dentro de una institución u hospital, es la clínica, ya que juega un papel fundamental en los grupos con prácticas de riesgo, infectados y/o enfermos y sus familiares.

El Psicólogo clínico debe facilitar al infectado la comprensión de su persona a través del análisis de sus conductas, mismo que se permita llevar a cabo los cambios necesarios dentro de ella. Pero de manera inmediata, se aboca a auxiliarlo en el manejo de la angustia por medio de la terapia breve y de emergencia y lo canaliza a terapia grupal o individual.

A las personas con síntomas o ya enfermas, además del apoyo, se les ayuda a enfrentar los cambios físicos (en su apariencia) y sociales (en sus relaciones) que empiezan a presentar, las pérdidas (de

amistades, pareja o trabajo) que ya ha sufrido, y la pérdida "final y definitiva", la muerte.

Este mismo proceso de descubrimiento, comprensión y manejo, debe proporcionarse también para parejas y familiares, quienes deben entender y trabajar lo que está sucediendo, no sólo al enfermo sino básicamente a ellos mismos. Y esta comprensión, debe trabajarla también el psicólogo clínico con el personal de salud, con los compañeros, amigos, en fin con todas aquellas personas que se relacionan con un afectado directamente por la enfermedad para que entendiéndose y entendiéndolo puedan trabajar al respecto, además, debe evitar que repercutan en su actividad profesional sus estados de ánimo derivados de problemas personales y abstenerse de intervenir en los casos en que los mismos puedan afectar su objetividad; asimismo, respetar sin discriminación, las ideas políticas y religiosas y la vida privada, con independencia de la nacionalidad, sexo, edad, posición social o cualquiera otra característica personal de sus pacientes. Así como guardar el secreto profesional del diagnóstico de datos (Sociedad Mexicana de Psicología, 1987).

En relación al perfil idóneo del psicólogo, éste debe contar con la Licenciatura o Posgrado en Psicología Clínica; habilidades y conocimientos básicos sobre los cuadros nosológicos, manejar entrevistas clínicas y psicodinamia. Las aptitudes necesarias son aplicar e interpretar pruebas psicométricas, manejar las técnicas de intervención en crisis y contar con una actitud de aceptación y respeto absoluto por los enfermos.

### Trabajadores sociales

El trabajador social debe contar con la Licenciatura en Trabajo Social, las aptitudes necesarias son tener capacidad para detectar en una breve entrevista el tipo de servicio que solicita la población, además, un amplio criterio para manejar información confidencial. En cuanto a las actitudes, es importante una actitud de aceptación e interés hacia el solicitante, crear un ambiente libre de valoraciones y tensiones, comprensión de la situación del individuo y escucha activa de sus peticiones (Apodaca 1986, Kisnerman 1981, citados en Martínez A., Romero Y., 1991).

### **Probabilidades de contagio en el Equipo de Salud al atender a personas infectadas por VIH.**

El personal de salud al estar en contacto con pacientes infectadas por VIH, corre el riesgo de contagiarse por este virus al tener un accidente con una aguja o algún instrumento contaminado.

La posibilidad de contagio depende del tipo de actividad que desarrolle cada profesional, en este sentido el personal que labora en los centros de hemodiálisis, terapia intensiva, servicios de urgencias, toma de muestras, servicios de patología y quirófanos, están más expuestos al contagio, ya que tienen un mayor contacto con sangre y sus derivados. (CONASIDA, 1989, pp. 127-129).

Se sabe que en los laboratorios, donde se efectúan estudios de investigación hay mayor frecuencia de accidentes que en los que se hace trabajo de rutina.

Según varios estudios, el riesgo de adquirir el VIH, por el pinchazo de aguja hipodérmica o por cortarse con un bisturí u otro instrumento contaminado con sangre de un paciente infectado, es inferior al uno por ciento. Sin embargo, los individuos infectados que se encuentran en una fase avanzada de la enfermedad tienden a ser más contagiosos, por lo que el riesgo aumenta (Boletín mensual SIDA, abril, 1989). Este último punto es muy importante, ya que también, de acuerdo a la etapa de la enfermedad en que se encuentren los pacientes, requerirán de distintos servicios; los que se encuentran en las primeras etapas (asintomáticos, con linfadenopatía, con complejo relacionado al SIDA), por lo general reciben tratamiento a nivel de consulta externa, no siendo así con los pacientes en la última etapa que necesitan frecuentemente servicios hospitalarios y asistencia en su hogar; y como ya se mencionó en los hospitales el personal corre un mayor riesgo.

### **Precauciones Universales a seguir por el Personal de Salud.**

Para lograr erradicar accidentes, se requiere de una gran responsabilidad, tanto del personal de salud, como de la institución. Es indispensable que las instituciones de salud, se comprometan a adiestrar a su personal en el manejo de técnicas para reducir la transmisión de la infección. De igual manera, los trabajadores deben poner especial cuidado en el uso de estas técnicas, utilizándolos siempre, al atender a todos los pacientes, infectados o no, se deberán de tomar las mismas precauciones; ya que sabemos que es prácticamente imposible identificar a simple vista a una persona seropositiva, razón por la cual las autoridades médicas, han elaborado "precauciones universales" para la seguridad del personal, que consisten en: (Conasida, 1989, p. 38; Conasida, 1990, pp. 125-126).

- Manejar con extrema precaución objetos punzocortantes.
- No tapar las agujas usadas. Hacerlo es la causa más frecuente de pinchaduras.
- Desechar para limpieza estos objetos en contenedores que no se perforen. No tirar agujas en la basura.
- Usar guantes, bata y máscara o lentes en situaciones que potencialmente pudieran ocasionar contacto con sangre, semen, secreciones vaginales, líquido cefaloraquídeo, peritoneal y amniótico.
- Lavarse inmediatamente las manos y las superficies que tengan contacto con estos líquidos.

Desde el inicio del VIH hasta la fecha, ha habido comentarios sobre servicios e inclusive en hospitales donde se niega la atención a los pacientes infectados por este virus, o que en algunas ocasiones algunos procedimientos no son realizados en este tipo de pacientes, aduciendo innumerables pretextos.

El personal de salud tiene conocimiento de que existe el riesgo de adquirir algunas infecciones; ser trabajador de salud implica la aceptación de este riesgo, tomando en cuenta que siempre deberán

tenerse las precauciones necesarias para evitarlo lo más eficientemente posible. En el caso de pacientes infectados por VIH, el riesgo puede limitarse hasta el mínimo, respetando las recomendaciones. Desafortunadamente, persiste la posibilidad de un accidente, a pesar de las precauciones, pero no existe ningún fundamento lógico ni ético para negar la atención a estos pacientes.

Por tal motivo, el 7 de abril de 1987 el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y la OMS publicaron una declaración conjunta sobre la infección del VIH, en la que se definen los derechos y las responsabilidades de las enfermeras de todo el mundo en la asistencia de las personas infectadas por este virus (Boletín mensual SIDA/DGE abril 1989).

Se acordó que el CIE se ocupará y mantendrá al corriente de todos los aspectos relativos a la protección de la salud de la enfermera que prestará asistencia a las personas infectadas por el VIH. Además, de ayudar a las enfermeras, por medio de sus asociaciones nacionales, a que se mantengan bien informadas de los nuevos puntos relativos a la prevención de la infección por este virus, y que exhorte a todas sus asociaciones miembros así como a las enfermeras del mundo entero a que colaboren activamente en todos estos esfuerzos.

Por su parte, en 1988 la Asociación Médica Americana (AMA) de los Estados Unidos, ha declarado que por consideraciones de ética, los médicos tienen la obligación de tratar a los pacientes que padecen la infección del VIH. El Consejo de Asuntos Éticos y Jurídicos de esa entidad ha reiterado el principio de que ningún paciente infectado por VIH debe ser discriminado por temor o prejuicio por los miembros de la comunidad médica, además, en casos de epidemia, éstos deben continuar su labor aunque pongan en riesgo su propia salud, y a su vez, evitar el riesgo a otras personas. (Boletín mensual SIDA/DGE, ENERO 1989).

Por tanto, la infección por VIH se ha incorporado al trabajo médico cotidiano, y cada vez con mayor frecuencia más pacientes infectados por este virus requerirán atención. Estos pacientes deberán ser atendidos como a cualquier otro tipo de pacientes. Por su parte, el personal de salud, no puede realizar distinciones ni negarles atención.

## CAPITULO 3

### LA CONTRATRANSFERENCIA

#### Concepto

El primero en estudiar este tema de la contratransferencia fue Freud (1910), quien al referirse al actuar del psicoanalista dijo: "Hemos llegado a ser conscientes de la contratransferencia que surge en él como resultado de la influencia del paciente sobre sus sentimientos inconscientes y estamos casi inclinados a insistir en que él debe reconocer esa contratransferencia en sí mismo y superarla...", (González, 1989, p.121). En su sentido mas estricto la contratransferencia debe siempre referirse a aquellos problemas o conflictos no resueltos que surgen en el psicoterapeuta durante el curso de su labor terapéutica con el paciente y que por su naturaleza pudieran obstaculizar el tratamiento.

Este término de contratransferencia ha tenido diferentes definiciones, que van desde la mas simple que es: "son los sentimientos y actitudes del terapeuta hacia su paciente", hasta una mas compleja como la de Winnicott (1960), quien define a la contratransferencia como "los rasgos neuróticos del psicoanalista que echan a perder su actitud profesional y perturban el curso del proceso analítico determinado por el paciente" (González Núñez, 1989, p.52).

Devereux (1977) define a la contratransferencia como "la suma total de aquellas distorsiones en la percepción que el analista tiene de su paciente, y la reacción ante él que le hace responder como si fuera una imagen temprana y obrar en la situación analítica en función de sus necesidades inconscientes, deseos y fantasías, por lo general infantiles".

La definición de contratransferencia que mejor se adapta a los planteamientos del presente trabajo es la que proporciona Sandler en 1973, quien la describe como: "La totalidad de los sentimientos y actitudes del psicoterapeuta hacia su paciente y **para describir aspectos concretos de relaciones humanas no terapéuticas tanto**

**normales como patológicas".** Esta definición se adecúa porque no solo explica la presencia de los procesos contratransferenciales en un contexto psicoanalítico, es decir, en una relación psicoanalista-analizado o en una relación psicoterapeuta-paciente; sino que se hace extensiva a otras situaciones, porque no obstante que este término nace específicamente de la teoría psicoanalítica, es una característica de las relaciones interpersonales en general, como ya lo mencionaba el mismo Freud.

En este sentido Sullivan (1974) utiliza el término de "distorsión paratáctica" para caracterizar a todas las relaciones interpersonales y nos dice:

**"Las características de una persona sobre las cuales estarían de acuerdo un gran número de competentes observadores, pueden no parecernos las verdaderas características de la persona hacia la cual realizamos movimientos acomodaticios o no acomodaticios. Las verdaderas características de la otra persona en ese momento, pueden resultar de importancia muy escasa para la situación interpersonal. A eso llamamos 'distorsión paratáctica'" (p.48).**

De esta manera los fenómenos de transferencia y contratransferencia quedan enmarcados dentro de un contexto de relaciones interpersonales, permitiendo explicar la presencia de estos procesos en la relación Equipo de Salud - paciente con VIH y SIDA. Se entiende por transferencia, el proceso en el cual el paciente presenta sentimientos y actitudes hacia el terapeuta, que no corresponden a éste, sino que son una repetición de una relación de objeto específica, es decir, una repetición de sentimientos y actitudes dirigidos en la infancia hacia adultos significativos que ahora se están depositando en el terapeuta.

La Diada transferencia-contratransferencia.

La transferencia y contratransferencia es una unidad funcional dentro de la teoría psicoanalítica en especial y dentro de la teoría de relaciones humanas en general, esta unidad es uno de los ejes principales por los que rueda la labor terapéutica. Según González (1989), la transferencia es un tipo terapéutico característico de

relación de objeto que consiste, en poner en la persona del terapeuta sentimientos en el presente que no le corresponden y que en realidad son desplazamientos de afectos del pasado hacia sus objetos importantes. El proceso de transferencia lleva implícito el fenómeno de la regresión, cuando el paciente durante el tratamiento llega a su grado máximo de regresión, se observa la neurosis de transferencia que por definición es inconsciente.

Freud cuando habla de la terapia analítica nos dice: "toda la libido y todo lo que se le opone se hallan concentrados en la actitud del enfermo con respecto al médico, produciéndose inevitablemente una separación entre los síntomas y la libido, y quedando los primeros despojados de todo revestimiento libidinoso. En lugar de la enfermedad propiamente dicha aparece una nueva artificialmente provocada: esto es, la enfermedad de la transferencia, y los objetos tan variados como irreales de la libido quedan sustituidos por uno solo, aunque igualmente fantástico: la persona del médico". "Freud, Lección XXVIII, 1915-17, p. 2406). Esta enfermedad como la llama Freud, es lo que paradójicamente cura al enfermo.

En este proceso analítico resalta la importancia de la figura del Terapeuta, de quien por el momento, nos interesa destacar su contratransferencia, es decir, la manera como percibe a su paciente y las actitudes y sentimientos que presenta hacia él, siendo el terapeuta poseedor de una personalidad, un aparato psíquico, una historia personal, una historia académica, un inconsciente disciplinado a través de su propia psicoterapia y de un entrenamiento riguroso.

La contratrasferencia es por definición un fenómeno limitante del tratamiento porque expresa carencias, complejos del terapeuta no resueltos; aunque poco a poco se ha modificado la idea de la contratransferencia como obstáculo, idea que provoca mucha ansiedad ya que implica la posibilidad de que el psicoterapeuta este realizando un mal trabajo en perjuicio de su paciente, el temor de no actuar profesionalmente, ha angustiado a los investigadores obligándolos a hacer el tema a un lado y no ocuparse de él.

Sandler (1973), menciona que la contratransferencia es un fenómeno normal dentro del psicoanálisis, que si bien puede ser un

obstáculo cuando se convierte en resistencia por parte del psicoanalista, al superarse se convierte en un instrumento de diagnóstico y tratamiento preciso y valioso tanto para el estudioso del psicoanálisis y de las relaciones humanas como para el psicoanalista aplicado y los pacientes mismos.

El concepto de contratransferencia sigue en evolución y cada día se investiga más a su alrededor, matizándola de características conscientes, preconscientes e inconscientes.

Kernberg (1978) la concibe como tres círculos concéntricos, correspondiendo a cada círculo una dimensión:

a) dimensión espacial: es la concepción original de contratransferencia.

b) dimensión temporal.- diferencia las reacciones efímeras agudas de las reacciones prolongadas.

c) tercera dimensión.- representada por la gravedad del paciente.

La contratrasferencia es un tipo de relación de objeto muy particular, pero tiene todas las características que conceptúan a las relaciones de objeto y también en su funciones yoicas removidas aunque con un Yo observador y un inconsciente disciplinado como garantía de profesionalismo.

La psicoterapia es una profesión difícil, en la que se requiere un control sobre la propia persona, no se puede exigir perfección, pero si constante perfeccionamiento, tanto personal como profesional, motivo por el cual Sandler (1973) recomienda a los futuros psicoanalistas el autoanálisis, así como su propio tratamiento psicoanalítico y un reanálisis cada 5 años.

Así a través de su propia psicoterapia y de la supervisión, el psicoterapeuta logra conocer aquellos puntos de su personalidad capaces de impedir el proceso terapéutico, además de que lo capacitan para reconocer la transferencia del paciente y hacerla clara por medio de sus interpretaciones (Lorand,. 1966, tomado de González 1989).

Pero como lo afirma Devereux (1977), dentro de la unidad funcional que forman transferencia y contratransferencia, es esta última el dato más importante y decisivo en la ciencia del comportamiento. Muchos científicos temen a la subjetividad y no se atreven a dar por objetivo el dato contratransferencial, esto se justifica porque la contratransferencia produce ansiedad y la única forma de calmarla es no dándole importancia y mucho menos concediéndole validez científica.

Mackinnon (1973) no le atribuye un valor importante, simplemente previene a que el entrevistador, médico, psicoterapeuta, psicólogo, etc. estén al pendiente de estas sensaciones contratransferenciales.

Existen corrientes psicoterapéuticas que describen el fenómeno contratransferencial pero no lo usan, algunas lo utilizan como instrumento de diagnóstico y/o de tratamiento, y otras no sólo no lo describen ni lo utilizan sino que lo niegan. Desde el punto psicoanalítico es un proceso técnico inherente al psicoanálisis mismo. De esta manera como muchos conceptos psicoanalíticos, el concepto de contratransferencia ha trascendido los consultorios para volverse psicología general de las relaciones humanas. Como prueba de ello, es importante mencionar lo que nos dice Sullivan (1974), refiriéndose a la entrevista profesional:

"El entrevistador dirige su comportamiento hacia esa persona ficticia (entrevistado) que temporalmente tiene un ascendiente sobre la realidad del psiquiatra, e interpreta las observaciones que formula éste, así como su comportamiento, sobre la base de esa misma persona ficticia". (pág. 48).

Si lo anterior es una característica de toda relación interpersonal, puede suponerse que esto mismo sucede en el entrevistador, en nuestro caso el personal de salud, así en este contexto llamamos transferencia a la distorsión que hace el paciente del psicoterapeuta y llamamos contratransferencia a la distorsión que hace el psicoterapeuta del paciente.

Esta distorsión desde un enfoque psicoanalítico es de tipo inconsciente y consiste en que se atribuye a la persona del paciente sentimientos que en realidad fueron sentidos hacia otras personas en el

pasado pero que ahora son desplazados hacia esa persona en el presente. Según Kemper, 1972, "distorsión inconsciente que se caracteriza por ser una repetición del pasado", una reedición de una antigua relación de objeto, un anacronismo, "un error cronológico". (Greenson, 1978).

En los inicios de la estructuración del concepto de contratransferencia Winnicott en 1947, citado por González Núñez (1989), la clasifica en tres clases:

- a) Sentimientos contratransferenciales patológicos, que muestran al psicoterapeuta la necesidad de análisis.
- b) Los sentimientos contratransferenciales normales, que se refieren y tienen que ver con la personalidad del psicoterapeuta.
- c) "La contratransferencia verdaderamente objetiva del analista, es decir, el amor y el odio del analista como respuesta a la personalidad real y el comportamiento del paciente y que se basan en una observación objetiva".

(Etchegoyen, 1986, p. 265, citado en González Núñez, 1989, p. 41).

De acuerdo con lo propuesto por Kernberg (1979, p. 148) se puede considerar la transferencia-contratransferencia como una unidad donde "es posible describir un continuo de reacciones contratransferenciales, que van desde las vinculadas con las neurosis sintomáticas en un extremo, hasta las reacciones psicóticas; continuo en el cual los diferentes componentes de la realidad y la transferencia tanto del paciente como del psicoterapeuta presentan variaciones significativas".

La contratransferencia es un proceso técnico (nacido del psicoanálisis), que ha seguido en evolución y que actualmente es considerada como eje principal en la elaboración de diagnósticos, pronósticos, tratamientos y también como método de investigación. (González Núñez, 1989).

## **Implicaciones de los Aspectos Contratransferenciales en la Relación Equipo de Salud-Paciente con VIH/SIDA**

Como se mencionó en el apartado anterior, varios autores entre ellos Sandler, Sullivan, González Núñez y el mismo Freud, sostienen que los procesos de transferencia y contratransferencia se presentan en todo tipo de relación interpersonal, permitiendo explicar la presencia de estos procesos en la relación Equipo de Salud-Paciente con VIH/SIDA. No obstante se hace necesario aclarar que esta relación posee cualidades muy particulares, ya que esta determinada por diversos factores, que serán abordados precisamente en función de la diada transferencia-contratransferencia.

En el presente trabajo se ha puesto mayor énfasis en lo que respecta a la contratransferencia, porque se considera que como lo menciona Devereux (1977), es la contratransferencia y no la transferencia el dato más importante y decisivo en la ciencia del comportamiento.

De la revisión realizada se deduce que la manera como la contratransferencia se manifiesta en la relación equipo de salud-paciente con VIH/SIDA, es a través de los siguientes aspectos contratransferenciales:

1. El Temor
2. La Ansiedad
3. La Angustia
4. La Personalidad del Terapeuta
5. La Transferencia del paciente

El SIDA por ser una enfermedad incurable, difícil de controlar, contagiosa y hasta ahora imposible de detener, ha despertado mucho temor, tanto en la población en general como en los profesionales de la salud, tal y como lo resalta López (1992), en un estudio sobre la actitud del médico hacia el paciente infectado por VIH, realizado en el Centro de Información sobre SIDA, en el que se encontró que la actitud presentada era favorable, no obstante se observaron conductas

no adecuadas y que pueden estar reflejando temor al contagio, como serían: atender a los pacientes con la puerta abierta o de pie, recibirlos y despedirlos desde el escritorio, evitar tener contacto con objetos tocados por los pacientes y el no tener contacto corporal con estos. Dicho temor es injustificado, ya que el personal tiene conocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH.

Estudios como este sugieren la presencia de aspectos inconscientes que provocan actitudes negativas, o no adecuadas por parte de los profesionales de la salud, es decir, que el temor tendría fundamentos reales si la persona se expone al contagio del VIH por los medios por los que se puede transmitir, pero el temor es infundado si es sólo por estar cerca de una persona infectada.

En este sentido estaría motivado por cuestiones más subjetivas, como serían los conflictos no resueltos, que al ser removidos producen **ansiedad** y ésta induce que se distorsione lo que se está percibiendo, en este caso que se tome como peligroso algo que no lo es, (el estar cerca de una persona infectada por VIH).

Los estudios de Test proyectivos, de percepción como función de la personalidad, de aprendizaje en estado de ansiedad, así como el escrutinio de los fenómenos de transferencia y contratransferencia indican que la distorsión es especialmente marcada allí donde el material observado moviliza la ansiedad. (Devereux, G. 1977, p. 72).

Este mismo autor sostiene que también se suscitan ansiedades si el observador simpatiza con el modo de vida del observado que se conduce de una forma vetada por nuestra sociedad. Estas ansiedades pueden considerarse sentimientos sociales de culpa. Si partimos del hecho de que prejuiciosamente se piensa que los portadores de VIH son personas con una vida sexual desordenada, con varias parejas sexuales o que son homosexuales, y el profesional de salud simpatiza con alguna de estas cuestiones, se presentará en él ansiedad, producida por sentimientos de culpa.

Asimismo Devereux (1977), nos dice que en un nivel más subjetivo, también suscita ansiedad el material que:

- a) **Amenaza la vulnerabilidad básica de todo ser humano (peligro de muerte, de perder una miembro, amenazas de castración, etc.)**

El sólo hecho de estar frente a una persona con SIDA, sabiendo que le queda poco tiempo de vida, nos enfrenta ante la posibilidad de que podemos llegar a contraer esta enfermedad y nos hace pensar en nuestra misma muerte, produciéndose así ansiedades y angustias que, a su vez, remueven otros conflictos.

- b) **Reanima angustias idiosincrásicas relacionadas con experiencias pasadas.**

Por ejemplo, si efectivamente se está atendiendo a un paciente con múltiples parejas sexuales como sería el caso de una prostituta y se reprueba la prostitución, además de haber tenido alguna experiencia desagradable relacionada con esta, es muy viable que se presente ansiedad por la cantidad de conflictos que se están removiendo. Si no se posee un adecuado manejo de la contratransferencia y una clara convicción de que se tiene que atender a los pacientes de la mejor manera posible aunque no se coincida con sus ideas o prácticas se corre el riesgo de proporcionarles un trato inadecuado.

- c) **Amenaza minar defensas o sublimaciones importantes.**

Si el profesional que atiende al enfermo de SIDA o seropositivo, tiene conflictos, en alguna área y ciertas características del paciente se relacionan con ésta, la reacción de ansiedad no se hace esperar. Puede tratarse de problemas en relación a la muerte, conflictos en el área sexual o tendencias homosexuales, entre otros.

- d) **Exacerba problemas del momento.**

Por ejemplo, puede causarle mucha ansiedad al médico, psicólogo, enfermera, etc. atender a algún enfermo de SIDA, si en ese momento tiene la preocupación por haber tenido una relación sexual que considere riesgosa. Entonces desplazará la ansiedad o angustia que le causa esa situación y creará que existe riesgo de atender al paciente.

Otro aspecto contratransferencial muy importante es la Personalidad del terapeuta, porque como poseedor de una historia, cultura, educación, complejos y un aparato psíquico, responde de una manera muy particular ante cualquier situación. Balint, A. y Balint, M. (1939) sitúan al analista en un plano mas real, considerando que como todo ser humano, es incapaz de prescindir de su personalidad. (Tomado de Ongay 1982).

Así el profesional de salud, de acuerdo con su personalidad va a adoptar una postura con respecto a su paciente; si el paciente presenta alguna característica o comportamiento con el cual se está en desacuerdo, como por ejemplo la homosexualidad, la bisexualidad o la promiscuidad, la relación terapéutica se verá afectada, y a su vez se pueden producir reacciones de evitación, rechazo o incluso agresión.

Freud (tomado de Devereux, 1977, p. 73), nos dice "Nuestro 'narcisismo de las pequeñas diferencias' nos induce a interpretar las creencias y prácticas extrañas como críticas a las nuestras, y eso nos hace reaccionar negativamente a ellas".

Otra razón por la que la personalidad del científico o terapeuta es importante es porque explica la deformación del material atribuible a su falta de objetividad, determinada intrapsíquicamente, tal y como lo confirma Fenichel (1973), "Incluso las personas afectadas por perturbaciones leves pierden parte de su función de prueba por la realidad allí donde entran excesivamente en juego la ansiedad y las tentaciones inconscientes" (p. 572).

El conocimiento que tenga el profesional de sus conflictos, necesidades y en general sobre su personalidad va a repercutir en el trato que dé a su paciente.

Ahora, con respecto a la transferencia y sus efectos en el terapeuta, se puede decir que en el enfermo de SIDA se presenta como una dependencia involuntaria respecto al profesional de salud; que se halla en posición de autoridad, porque el individuo se siente indefenso, desamparado frente a su enfermedad y ante la misma muerte y tiene la necesidad de un guía que sienta fuerte, poderoso, capaz de resolver su problema.

Sabemos que ante toda enfermedad el yo se debilita, creando una situación regresiva, por lo tanto dependiente y el paciente se torna sumamente demandante (pide ayuda y alguna solución). Y lógicamente el terapeuta tiene una reacción ante tales demandas, ya que solo puede brindarle algunas alternativas para aminorar su padecimiento, pero no puede proporcionarle una solución, ya que no existe cura para esta enfermedad. De esta forma el profesional presenta sentimientos de impotencia, ansiedad, angustia, incomodidad y enojo.

La presencia en la relación Equipo de Salud -paciente con VIH/SIDA, de alguno de los fenómenos contratransferenciales que se explicaron, se traduce en un rechazo o evitación hacia el paciente; pero en realidad lo que se está rechazando es todo el material inconsciente mal digerido o no resuelto que sale a flote.

## CONCLUSIONES

El sida es una enfermedad incurable contagiosa y mortal, rodeada de una serie de prejuicios y estigmas. Estas características provocan mucho temor, que se traduce en actitudes negativas hacia los portadores de VIH, tales como rechazo o evitación que no siempre son expresadas abiertamente, sin embargo se presentan; siendo más factible en el personal de salud que en la población en general, ya que éstos están en continuo contacto con los pacientes.

El temor que se produce al estar cerca de una persona seropositiva se da por cuestiones inconscientes que a su vez remueven otros aspectos o conflictos no resueltos, como el propio enfrentamiento a la muerte y los sentimientos de impotencia ante las demandas del paciente. Motivos por los cuales es recomendable que el Equipo de Salud tenga un autoconocimiento sobre los puntos más elementales de su personalidad y de la manera como responde a determinadas situaciones; asimismo se hace necesario que reciba una capacitación sobre los procesos de transferencia y contratransferencia, para facilitar un autoanálisis y una mejor comprensión de lo que le sucede al paciente y el material que transferencialmente deposita en ellos; así como los sentimientos y las actitudes que contratransferencialmente se despiertan en los mismos.

El personal de salud juega un papel muy importante con respecto a la manera como el paciente reacciona o vive con su enfermedad, por lo tanto es imprescindible un manejo adecuado de los principales aspectos contratransferenciales, como son: el temor, la ansiedad, la angustia, la propia personalidad y la transferencia del paciente; para que de esta manera se disminuya la presencia de actitudes desfavorables que deterioren el estado emocional del paciente.

La manera como los profesionales de la salud podrían adquirir los conocimientos sobre los procesos de transferencia y contratransferencia sería: incluyendo estos puntos en el programa de capacitación que imparte CONASIDA al personal que va a trabajar con pacientes infectados y/o enfermos de SIDA. Además de recibir la

información básica sobre los aspectos de transferencia y contratransferencia ¿a qué se refieren estos procesos? y ¿por qué se presentan?, se pueden implementar talleres de autoexploración, vivenciales y pláticas de sensibilización.

Para los trabajadores que ya laboran con los pacientes con VIH/SIDA, podría proporcionárseles la capacitación en los cursos de actualización que proporciona la institución.

También sería conveniente formar grupos de apoyo entre los miembros del equipo de salud, hacer reuniones por lo menos una vez al mes, en donde se discutan temas de preocupación, de lo que sienten y las actitudes que tienen al atender a pacientes con VIH/SIDA. De esta forma, al reconocer las diversas fuentes de ansiedad, temor y angustia, se lograría un mejor manejo de la contratransferencia, así como una mayor comunicación y más adecuadas relaciones de trabajo entre los profesionales de la salud.

El problema del SIDA es tan serio que requiere se aborde un enfoque multidisciplinario, en el cual el psicólogo tiene una función muy importante, que consiste en aportar la comprensión, el análisis y manejo de la conducta del individuo y de los grupos (pareja, familia, grupo social y sociedad), pero específicamente la participación del psicólogo clínico es determinante al proporcionar asesorías o terapias, según se requiera, a personas con prácticas de riesgo, infectados, enfermos, familiares, personal de salud y al público en general; y con lo que toca al presente trabajo, igualmente sería el psicólogo clínico la persona más idónea para impartir la capacitación al equipo de salud sobre los procesos de transferencia y contratransferencia.

## BIBLIOGRAFIA

- Boletín mensual SIDA, Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, 1988, julio, año 2, N° 7.
- Boletín mensual SIDA, 1989, Dirección General de Epidemiología, enero, año 3, No. 1.
- Boletín mensual SIDA, 1989, Información sobre SIDA orientado al personal de enfermería, basado en el documento OMS/CIE. Dirección General de Epidemiología, abril, vol. 3, No. 4.
- Boletín mensual SIDA, Declaración conjunta CIE/OMS sobre la infección por VIH, Dirección General de Epidemiología, 1989, abril, vol. 3, No. 5.
- Cardenas, J. (1989). Manejo Psicosocial del SIDA. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Carrillo E., Carrillo H., CONASIDA, México (1993) San Francisco AIDS Foundation, EE UU. Manual de tetsida, información básica para voluntarios.
- Carrillo H. "Ed." (1993, Agosto). Nuevos desarrollos en la investigación del VIH. Noticias Positivas. Boletín de San Francisco AIDS Foundation N° 8.
- Cruz P., Martínez L., Pelayo N. (1991). Actitud sexual ante el SIDA. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México, D.F.
- Devereux G. (1977). De la ansiedad al estudio de las ciencias del comportamiento, (F. Blanco, trad.). México: Siglo Veintiuno Editores, (trabajo original publicado en 1967).

- Domínguez G. (1989). Apoyo y Solidaridad. formas de ayuda a los enfermos de SIDA. Gaceta UNAM, Dirección General de Servicios Médicos. junio-julio 1989.
- Fenichel O. (1974). Teoría psicoanalítica de las neurosis, (M. Carlisky, trad.). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1957).
- Freud, S. (1910), El porvenir de la psicoterapia psicoanalítica, Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1915). Observaciones sobre el amor de transferencia en técnica psicoanalítica.
- González Núñez (1989). La fortaleza del psicoterapeuta: La Contratransferencia. (1a. edición), México: Instituto de Investigaciones en Psicología Clínica y Social, A.C.
- Gordon G., Klounda T. Hablando de SIDA. Una Guía para trabajar en la comunidad, adaptado por Susana Sierra Arratía. (1990). Federación Internacional de Planificación de la Familia, México, D.F.
- Greenson R. (1989). Técnica y práctica del psicoanálisis. (8a. Edición, F. Blanco, trad.). México: Siglo Veintiuno Editores. (trabajo original publicado en 1967).
- Hein K. Foy T. (1991). SIDA. Verdades en lugar de miedo. México: Patria.
- Hernán S. (1975). Salud y Enfermedad. (3a. edición). México: La Prensa Médica Mexicana.
- Hernández G. (1991) Trabajo Social y SIDA: posibles líneas de acción. Caso práctico, para obtener el diploma de especialización en Trabajo Social en el área de la salud, División de Estudios de Posgrado, ENTS, UNAM. Cd. Universitaria, México, D.F.

- Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.  
Boletín mensual de SIDA/ETS. (México) 6,4:2144-2169, abril de 1992.
- Instituto Nacional de diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.  
Boletín mensual de SIDA/ETS (México) 8,5:2656-2673, mayo de 1994.
- Kemper, W. (1972). La transferencia y la contratransferencia como unidad funcional. Problemas de Técnica psicoanalítica, México: Siglo XXI.
- Kernberg, O. (1979). Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico, Argentina: Paidós.
- Kernberg, O. (1987). Trastornos graves de la personalidad. México: Manual Moderno.
- Lapierre D. (1992) Más grandes que el amor, (E. Sordo, trad.). México: Planeta/Seix Barral. (Trabajo original publicado en 1990).
- López C. (1992) Rechazo familiar al paciente con SIDA. Tesis de licenciatura, Facultad de Medicina, UNAM, México D.F.
- López M., López Z. (1990) Actitud del personal de salud (CONASIDA) zona centro y norte del D.F. ante pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Facultad de Psicología, UNAM, México, D.F.
- Mackinnon, R. (1973). Psiquiatría clínica aplicada, México: Interamericana.
- Martínez A., Romero Y., (1991) La falta de información de familiares y personal asistencial como causa del rechazo al paciente con SIDA. Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, México.

- Martínez V. (1990) El SIDA y el código penal. Tesis de Licenciatura, Facultad de Derecho, UNAM, México, D.F.
- Ongay E. (1982) Contratransferencia. Una revisión teórica. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México, D.F.
- Ponce de León, S. y Pérez P. (1990). Actitudes Éticas de un grupo de médicos ante el problema de manejo de los pacientes con SIDA, boletín mensual CONASIDA, No. 5, febrero 1990.
- Ramírez G., Rodríguez C. (1989) Actitud ante la campaña televisiva de prevención del SIDA en una muestra de adolescentes del Distrito Federal. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México, D.F.
- Rozenbaum, W.; Didier, S.; Avenie K. (1985). Sida Realidades y Fantasmas. (I. Custodio Trad.) México: Katún, S.A. (trabajo original publicado en 1984).
- Rychlak J. (1988) Personalidad y psicoterapia: una aproximación a la construcción teórica. (J. Salazar, trad.) México: Trillas.
- Sandler, J.; Dare, Ch. y Holder, A (1973) El paciente y el analista en el marco clínico del psicoanálisis, Buenos Aires: Paidós.
- Sepúlveda A. (1989) Sida, ciencia y sociedad en México. México: Fondo de Cultura Económica. Biblioteca de la Salud.
- Slaikue K. (1992) Intervención en Crisis. (3a. edición, g. Ledesma, trad.) México: El Manual Moderno. (Trabajo original publicado en 1984).
- Sociedad Mexicana de Psicología (1987). Código ético del psicólogo. México: Trillas.
- Sullivan, H. S. (1974) La entrevista psiquiátrica, Buenos Aires: Psique.

Uribe, Patricia . ¿Cómo se transmite el virus del Sida de madre a hijo? en Gaceta CONASIDA, Vol. I., N° 3, sept-oct, 1988.

Valdespino, G. (1990) El Sida en México: Tendencias y Protecciones. en Boletín de la Organización Panamericana de la Salud.

Valdespino, G. (1990). De jóvenes, mujeres infectados por el VIH. en Los Universitarios, N° 12, junio, 1990.

Weekly Epidemiological Record, No. 26, 1 July 1994, p. 189-196.  
Word Health Organization, Geneva.