

24
2ej



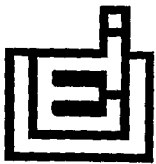
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

E.N.E.P. IZTACALA

**MANEJO DEL ESTRES EN PACIENTES H.I.V.
POSITIVOS A TRAVES DE LAS TECNICAS DE LA
MEDICINA CONDUCTUAL**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
OLIVIA CASTRO ANGEL
CLAUDIA VERONICA NAJERA ORTEGA**

ASESOR DE TESIS: LEONARDO REYNOSO ERAZO



1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A Leo:

Por el apoyo que nos diste desde el inicio, por tu confianza, por tu respeto a nuestras ideas y sobre todo porque nos diste lo mejor de ti, "Tu Amistad"

A Paty:

Porque fuiste una persona muy importante en nuestro desarrollo profesional, por creer en nosotros desde el inicio y por ser nuestra amiga.

A Vinicio:

Por los conocimientos que nos brindaste, por los momentos que compartimos como amigos y por apoyarnos en la realización de este trabajo.

A los Médicos:

De los diferentes hospitales que creyeron en la importancia de nuestro proyecto y que nos enriquecieron con sus aportaciones.

A Anuar:

Por ser la persona que en el momento en que creíamos imposible llevar a cabo este proyecto, nos brindó su tiempo haciendo crecer nuestro trabajo.

A nuestros pacientes:

Que confiaron en nuestra capacidad profesional y que al ponerse en nuestras manos, nos hicieron crecer como seres humanos.

A todos Ustedes:

GRACIAS

*Claudia Verónica
y
Olivia*

DEDICATORIAS

A mis padres:

Viviré eternamente agradecida, porque nunca existirá ayuda incondicional como la que ustedes me dieron, me dan y seguirán dando hasta el fin.

Especialmente a mi papá, que es mi guía, mi maestro, mi Dios.

A mis hermanos:

Enriqueta, Elsa, Silveria, Leticia, Rafael y Rebeca; con mucho cariño, por el hecho de ser mis hermanos.

A mis sobrinos:

Verónica, Magnolia, Sharon, Iliana, Esmeralda, Elsita, Ayari Denny, Oscar, Yazmin, Andrea y especialmente a José Luis, que es una copia fiel de mi papá, Rafael, Rebeca y yo.

A mis amigos:

Gurruchaga, porque es mi proyección; y Gil y Carmen por su apoyo.

Con mucho amor:

Para Agustín y nuestro bebé heredero de lo que soy yo.

Olivia

DEDICATORIAS

A mi Mamá María Elena:

Porque eres la persona más importante en mi vida, eres mi modelo, mi guía, mi apoyo y mi amiga. *Te Amo.*

A mi Papá Efraín:

Porque aunque somos diferentes te admiro, aunque pensamos diferente te respeto y sobre todo porque *Te Amo.*

A mis Hermanos:

A Adrián:

Porque te tocó la gran responsabilidad de ser el ejemplo y el más grande que me has dado es tu calidad humana.

A Saúl:

Porque me has enseñado que a través del esfuerzo es posible lograr el sueño que parezca más imposible.

A Dulce:

Porque has compartido conmigo mis juegos infantiles, mis sueños de adolescente y mis ideas de mujer.

Y sobre todo a Bety:

Porque eres un oído que me escucha, un hombro que me consuela, un brazo que me apoya, una boca que me corrige y una amiga que me comprende.

A mis sobrinos Adrián y Verónica:

Porque con su infantil alegría me han hecho feliz, aun en los momentos más difíciles de mi vida. Y porque son parte de mi.

A mis Tías:

Socorro:

Donde quiera que te encuentres "**Gracias**"

Josefina:

Porque no tengo palabras para agradecerte los años en los que has sido como mi Madre.

Las Amo.

A mis familiares y amigos:

Y a todas las personas que con su amor y a través de los momentos compartidos me han hecho sentir la cercanía de Dios.

A Dios:

Es a quien tengo más que agradecerle, porque mi fe en él me ha ayudado a enfrentarme a la vida con valor, alegría, optimismo y amor. Amor a mi, a mi familia, a mis amigos, a mi profesión y sobre todo amor a la vida.

Claudia Verónica

VIVIRE ESTE DIA COMO SI FUERA EL ULTIMO

Viviré este día como si fuera el último de mi existencia.

¿Y qué haré con este último día de valor incalculable que me queda? Primero, sellaré el contenido de la vida de manera que ni una gota se derrame. No perderé ni un momento siquiera en lamentaciones por las desgracias del ayer, las derrotas del ayer, los sufrimientos del ayer, pues, ¿Por qué? debo desperdiciar en lo malo lo que es bueno?

¿Puedo vivir de nuevo los errores del ayer y corregirlos? ¿Puedo hacer que retornen las heridas del ayer y sanarlas? ¿Puedo volverme más joven que ayer? No, el ayer ha quedado sepultado para siempre y no pensaré más en él.

¿Y qué haré entonces? Olvidándome del ayer, no pensaré tampoco en el mañana ¿Por qué arrojaré el ahora detrás del quizá? ¿Puede el niño del mañana nacer hoy? ¿Debo preocuparme de acontecimientos que quizá nunca contemple? ¿Debo atormentarme con problemas que tal vez nunca ocurrirán? ¡No! El mañana yace sepultado con el ayer, y no pensaré más en él.

Este día de hoy es todo lo que tengo, y estos momentos son ahora mi eternidad. Saludo este amanecer con gozo como un preso a quien se le quita la sentencia de muerte.

Soy una persona afortunada y las horas de hoy constituyen algo extra, inmerecido. ¿Por qué se me ha permitido vivir este día extra, cuando otros, han muerto? ¿Será acaso que este es mi día para distinguirme?

Tengo tan sólo una vida, y la vida nada es sino una medida de tiempo. Cuando malgasto una destruyo al otro. Si mal gasto el hoy destruyo la última página de mi vida. Por lo tanto, trataré con afecto cada hora, porque no retornaré jamás. No puede conservarse hoy para ser usado mañana.

Eludiré todo aquello que mata el tiempo. A la indecisión destruiré con la acción; sepultaré las dudas bajo la fe; el temor destruiré con la confianza y evitaré la ociosidad.

Soy un hombre que siente cariño en su corazón y hoy es mi última oportunidad de demostrar mi grandeza.

Viviré este día como si fuera el último de mi existencia.

Y si es el último, será mi momento más grande. Porque aproveché cada minuto al máximo.

Y si no lo es, le agradeceré a la vida la nueva oportunidad.

1	INTRODUCCION	1
2	MEDICINA CONDUCTUAL	3
2.1	Análisis Experimental de la Conducta	3
2.2	Modificación de Conducta	4
2.3	Medicina Conductual	5
3	ESTRES	11
3.1	Definición de Estrés	11
3.2	Estrés y sistema inmunológico	15
3.3	Vulnerabilidad y Afrontamiento	17
4	ASPECTOS GENERALES DEL SIDA	19
4.1	Sexualidad y SIDA	19
4.2	Origen del SIDA	21
4.3	El virus del SIDA	24
4.4	Vías de transmisión	27
4.5	Etapas de la enfermedad	30
4.6	Formas de detección	32
4.7	El portador de H.I.V. y su sexualidad	33
4.8	Incidencia de casos de SIDA en México	36
4.9	Nuevos avances en terapéutica	44
5	ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL PACIENTE CON HIV/SIDA	48
5.1	Aspectos generales	48
5.2	Incertidumbre	50
5.3	Ansiedad y estrés	51
5.4	Depresión	52
5.5	Obsesión	54
6	JUSTIFICACION	57
7	OBJETIVOS	58

7.1	Objetivo General	58
7.2	Objetivos Específicos	58
8	METODOLOGIA	62
8.1	Sujetos	62
8.2	Materiales	62
8.3	Escenario	62
8.4	Procedimiento	63
9	RESULTADOS	64
9.1	Descripción de resultados	64
10	DISCUSION Y CONCLUSIONES	82
11	BIBLIOGRAFIA	87
11.1	87
12	ANEKOS	93
12.1	Instrumentos de evaluación	93
12.2	Derechos humanos de las personas con SIDA	121

1 INTRODUCCION

Tradicionalmente el campo de la salud ha sido manejado por los medicos, partiendo sólo de la base de devolver la salud, sin tomar en cuenta los factores psicológicos que pueden causar o ser consecuencia de una enfermedad.

La Medicina Conductual establece un vínculo entre las ciencias conductuales y las biomédicas, siendo uno de los intereses primordiales el manejo del estrés bajo sus propios principios y técnicas, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes, ya que el estrés puede agravar el estado de salud de una persona.

El HIV/SIDA es una de las enfermedades que genera mayor estrés en las personas que lo padecen, ya que es una enfermedad de aparición reciente que ha cobrado numerosas víctimas, por lo que se asocia con la muerte y el rechazo social; el estrés influye directamente en la inmunosupresión de los pacientes motivo por el cual la enfermedad deteriora a éstos mucho mas rápido por lo que el tiempo y la calidad de vida se ve notablemente afectado.

Por esta razón el objetivo de este trabajo fué utilizar los principios de la Medicina Conductual en la terapia psicológica de pacientes portadores del HIV/SIDA para reducir el estrés producido por el impacto de la noticia.

Este trabajo se creó con la completa finalidad de que quien lo pueda consultar obtenga los conocimientos generales sobre Medicina Conductual, SIDA, estrés, aspectos psicológicos de las personas con HIV/SIDA y sobre todo para dar un pequeño

acercamiento al hecho de que un adecuado trabajo psicológico, puede brindar un rayo de luz a quien creía haber terminado sus esperanzas de vida digna.

El capítulo 1 relata los antecedentes de la Medicina Conductual, su definición, algunas de sus aplicaciones generales y su aplicación en la reducción del estrés.

El capítulo 2 abarca la definición del estrés y su influencia en el sistema inmunológico.

El capítulo 3 explica los aspectos generales sobre SIDA, su origen, el virus que lo causa, las formas de contagio, las etapas de la enfermedad, las pruebas de detección, las medidas de prevención y algunos de los avances que han surgido para el tratamiento de la enfermedad.

El capítulo 4 abarca los aspectos psicológicos de una persona que ha sido diagnosticada como portadora del HIV/SIDA.

En el capítulo 5 se presentan las características de la investigación, sus resultados y el análisis de los mismos.

Finalmente se discute la necesidad de crear servicios que no solo brinden el apoyo médico, sino también el psicológico y establezcan contacto con la comunidad principalmente del norte del área metropolitana en donde no se cuenta con ningún servicio, a fin de brindar información sobre la prevención y permitan concientizar a la población que tenga prácticas de riesgo, de la importancia que tiene detectar la enfermedad a tiempo a fin de proporcionar ayuda adecuada, oportunamente.

2 MEDICINA CONDUCTUAL

2.1 Análisis Experimental de la Conducta

El análisis experimental de la conducta es una metodología científica, teórica y experimental que pretende establecer relaciones funcionales entre acontecimientos descriptibles físicamente y además cuantificables. Su objetivo fundamental es la cuantificación de los cambios comportamentales en un lapso determinado de tiempo y la relación funcional entre los eventos de estímulo en el medio ambiente (Ulrich, 1979).

La relación condicional y temporal entre la ocurrencia de dos o más eventos es denominada **contingencia** la cual es el aspecto primordial en el análisis experimental de la conducta ya que constituye la unidad de medición básica y se utiliza como estrategia fundamental de investigación.

Este desarrollo teórico de los principios encontrados en el laboratorio han permitido desarrollar una tecnología aplicada que utiliza fundamentalmente los mismos principios y que se denomina **modificación de conducta o análisis conductual aplicado**.

2.2 Modificación de Conducta

La modificación de conducta se utiliza como sinónimo de análisis conductual aplicado, tiene múltiples objetivos en la evaluación de problemas, la aplicación de los modelos de aprendizaje y la aplicación de técnicas para el tratamiento de casos. Las técnicas que utiliza se basan en los modelos de condicionamiento clásico y operante y se aplican para el tratamiento de distintas alteraciones en ambientes educativos, hospitalarios, instituciones de custodia, etc.

La modificación de conducta es el conjunto de procedimientos y técnicas inspiradas en la psicología científica y se preocupa por la valoración de la eficacia de sus procedimientos enfocados a la resolución de problemas humanos.

La principal diferencia entre análisis experimental de la conducta y la modificación de conducta es que en el segundo se examinan las conductas que son importantes socialmente y no simplemente las conductas susceptibles de ser estudiadas, además difiere de otras técnicas psicológicas porque enfatiza el manejo del ambiente, la medición continua de la conducta y evalúa los procedimientos de intervención rigurosamente, lo que ha permitido la aplicación de la modificación de la conducta exitosamente en diversos campos (Avila, 1988).

2.3 Medicina Conductual

La enfermedad es tan vieja como la vida misma, y en su intento por comprenderla han surgido diferentes explicaciones para ella, que van desde la interpretación mágica o posesión demoníaca hasta las numerosas definiciones que hay en nuestros días.

Desde el punto de vista fisiológico la salud se define como la armonía y el equilibrio en el funcionamiento del organismo, cuando este equilibrio se rompe se produce la enfermedad.

La O.M.S. (1986), define la salud como el completo estado de bienestar físico social y mental. Otra definición señala que la salud debe ser entendida como un proceso dinámico de adaptación al ambiente biológico, psicológico y social y es un proceso multicausal. Además la salud y la enfermedad no deben estudiarse por separado ya que forman parte de un proceso indisoluble (Reynoso, 1982).

Tradicionalmente el campo de la salud ha sido manejado enteramente por los médicos quienes han partido de la base de curar, es decir, devolver la salud, concepto totalmente limitado ya que sólo consiste en la reparación de órganos dañados sin tomar en cuenta los factores psicológicos que puedan causar o ser consecuencia de una enfermedad.

El campo de la salud debe ser un campo interdisciplinario por lo que es necesaria la participación del psicólogo, ya que los problemas de salud están íntimamente relacionados a factores

físicos, conductuales y ambientales contribuyendo cada uno a los diferentes aspectos de la enfermedad. A partir de este planteamiento surge lo que se ha denominado medicina conductual.

La medicina conductual ha sido definida como:

- a) El uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta para la evaluación, prevención, entrenamiento o tratamiento de una enfermedad física o disfunción fisiológica.
- b) El comportamiento de investigación que contribuye al análisis funcional y a la comprensión de la conducta asociada con trastornos médicos y con problemas en el cuidado de la salud.

La medicina conductual es el campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo y la integración de la ciencia conductual y biomédica, así como el conocimiento de las técnicas relevantes para la comprensión de la salud física y de la enfermedad, aplicando el conocimiento de estas técnicas en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

A pesar de que el interés en la interacción entre la conducta y la enfermedad es tan viejo como la práctica de la medicina misma, el trabajo de la medicina conductual es muy reciente y está relacionado con la medicina psicosomática y la psicología médica, pero también existen grandes diferencias.

La medicina psicosomática está interesada en la interacción de las interacciones de las emociones y la enfermedad, utilizando un modelo que los médicos denominan biopsicosocial, en un intento por hablar de integralidad.

La psicología médica se desarrolló con el fin de describir los procesos psicológicos en el diagnóstico y evaluación de la enfermedad física, apoyándose en la evaluación psicométrica a través de pruebas proyectivas y pruebas de personalidad, lo que también la coloca en el contexto psicossomático. Cabe señalar que la práctica de la psicología médica en México es prácticamente nula y sólo se imparte en la Facultad de Medicina como una materia.

Mientras que la medicina conductual se enfoca a una aproximación metodológica y de intervención más específica, en donde los procedimientos de evaluación y de intervención están claramente definidos. Como tecnología se apoya en el desarrollo de las ciencias descriptivas y el análisis experimental de la conducta.

El término medicina conductual fue usado originalmente por Birk (1973) para definir al biofeedback como una técnica derivada de la teoría del aprendizaje que permite el tratamiento de enfermedades médicas. Posteriormente Schwartz y Weiss (1978), definieron la medicina conductual como el campo interdisciplinario que tiene que ver con el desarrollo e integración de las ciencias conductual y biomédica, usando el conocimiento y técnicas de ellas en la solución de problemas de salud y enfermedad, y en la aplicación de este conocimiento y estas técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Asken (1979), la definió como el estudio de las reacciones psicológicas que ocurren secundariamente o como resultado de una enfermedad física y su tratamiento, mientras que

Pomerleau y Brady la definieron en el mismo año como el uso clínico de las técnicas del análisis experimental para el tratamiento de enfermedades físicas. Como puede observarse las definiciones anteriores han ido complementándose a través del tiempo hasta llegar a la definición que se mencionó al inicio de este apartado.

Si bien ya hemos mencionado que la medicina conductual es interdisciplinaria y tiene un amplio rango de trabajo, enfocado a la evaluación, prevención, entrenamiento y tratamiento de una enfermedad física, pero en este caso uno de los intereses primordiales a estudiar es el manejo del estrés, bajo los principios y técnicas de la misma, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes, ya que estos son agentes activos que interpretan y representan la información que reciben sobre las amenazas a su salud, tanto externos como originados por su propio cuerpo y sus acciones posteriores dependen de su comprensión de tal información. De ahí que el estrés psicológico puede conducir a agravar una enfermedad física.

La inoculación del estrés supone dar a las personas avisos realistas, recomendaciones e informaciones tranquilizadoras para prepararlos a afrontar peligros o pérdidas inminentes. Estos procedimientos varían en duración e intensidad, permitiendo a las personas incrementar su tolerancia a futuros sucesos amenazadores, tal y como se manifiesta una conducta relativamente eficaz y estable en lugar de desorganizada por la ansiedad inadecuada a causa de la negación de peligros reales.

De acuerdo con bastantes investigaciones, el grado de control conductual de una persona se incrementa reduciendo la incertidumbre sobre la naturaleza y ocurrencia de los sucesos amenazantes. Varios experimentos indican que las personas probablemente mostrarán menos reacciones emocionales intensas cuando son confrontadas con un suceso desagradable si se les expone previamente a una comunicación preparatoria que predice con precisión la experiencia desagradable.

Otro componente de los procedimientos habituales de inoculación de estrés, consiste en la información sobre los medios para abordar el suceso provocador de estrés, consiste en brindar información sobre los medios para abordar el suceso provocador de estrés que se espera que ocurra, esta información proporciona a las personas habilidades de afrontamiento más adecuadas, si este componente es esencial, se esperará que las personas muestren un mayor afrontamiento a la situación estresante.

Esta se puede realizar a través de los planes de acción que previenen o reducen los daños objetivos que pueden derivarse de los sucesos provocadores de estrés o bien utilizando los mecanismos de afrontamiento cognitivo que incluyen tácticas de desviación de atención, imágenes mentales relajantes y la sustitución de los pensamientos contraproducentes por autoinstrucciones alentadoras y optimistas, todo lo cual puede prevenir o reducir las reacciones de ansiedad excesiva.

La información que se brinde, puede ser procedural, la cual supone la descripción de las características del procedimiento médico que va a tener lugar; o bien sensorial que da al paciente una expectativa sobre las sensaciones que probablemente experimentará durante el proceso de la enfermedad y/o el procedimiento médico.

Pocos estudios proporcionan resultados que indican que es posible ayudar a las personas mediante información preparatoria que les inducen a reconsiderar de una manera optimista el estrés al que se verán sometidas.

A pesar de que se han realizado pocos estudios con pacientes no hospitalizados, existen algunos resultados favorables que sugieren fomentar las autoinstrucciones positivas y otras estrategias de afrontamiento cognitivo relacionadas con ellas, puede resultar beneficioso en diversos ambientes del cuidado de la salud.

Se han desarrollado procedimientos que resaltan la importancia de enseñar a los pacientes nuevas habilidades cognitivas como la autoconfianza con posibilidades de éxito.

Otro componente psicológico es la intensificación del compromiso personal en la cual se incita a los pacientes a reconocer que van a tener que soportar ciertos contratiempos pero que los beneficios obtenidos son mayores (Meichenbaum, 1987).

3 ESTRÉS

3.1 Definición de Estrés

Las cuestiones en torno al concepto de estrés, no son en absoluto nuevas, están relacionadas con la biología, la sociología, lo encontramos también en economía, política y educación. El concepto se discute de forma más amplia en aquellos campos dedicados al cuidado de la salud. Nadie puede decir con certeza la causa por la que el estrés ha suscitado un interés tan amplio, hasta cierto punto es lógico atribuirlo a la rapidez con que cambia la sociedad, y a la mayor opulencia que permite a muchas personas puedan liberarse de la preocupación a la supervivencia y dirigir su atención hacia la búsqueda de una mayor calidad de vida (Meichenbaum, 1987).

El término estrés se había apropiado de un campo previamente compartido con varios conceptos como ansiedad, conflictos, frustración, trastornos emocionales, traumas, etc.

El término estrés en física hace referencia a un cuerpo inactivo o pasivo que es deformado por fuerzas ambientales. En la biología el estrés indica un proceso activo de resistencia, concepto derivado del fisiólogo francés Claude Bernard. El estrés como proceso biológico de defensa ofrece una interesante analogía

con el proceso denominado psicológico. Cuando se mira el estrés como un proceso dinámico se dirige la atención hacia la relación entre el organismo y el entorno.

Existen ciertas ambigüedades sobre el uso adecuado del término del estrés el cual ha sido empleado para referirse a circunstancias ambientales que interfieren en la actividad normal del organismo, también ha sido utilizado para referirse a las respuestas fisiológicas y psicológicas del organismo ante sucesos particulares o como denominación global del campo de estudio que examina los procesos por medio de los que se adaptan los organismos a sucesos perturbadores (Meichenbaum, Op. Cit).

El estrés en nuestra vida cotidiana, representa aquellos desafíos que nos excitan y nos mantienen alertas.

También representa aquellas condiciones bajo las cuales los individuos enfrentan exigencias que nos pueden satisfacer física o psicológicamente y que provocan alguna alteración. Por consiguiente en un extremo el estrés actúa en favor de la vida, en otro atenta contra ella (Fontana, 1989).

Podemos considerar que existen diferentes tipos de estrés, el estrés positivo, aquél que nos motiva a realizar bien las cosas y no afecta a los resultados de nuestra conducta, por ejemplo cuando se va a jugar un partido importante, se podría decir que es una tensión común. El estrés negativo, es aquel que rotundamente, provoca un deterioro en nuestras defensas, manteniendonos más susceptibles y creando una inestabilidad en el organismo, perdiendo así la homeostasis, definida como la tendencia del organismo a mantenerse estable.

Bajo estos términos podemos decir que el estrés es una exigencia a las capacidades de adaptación de la mente y el cuerpo.

El estrés se puede referir a algún evento o estímulo que causa a una persona tensión o ansiedad, pero también puede referirse a una respuesta subjetiva, como un estado mental interno o produciendo también una reacción física, (Rice, 1991).

Un modelo completo sin lugar a dudas tiene que abordar el problema de los diversos niveles de las respuestas de estrés a demas de diferenciar sus aspectos situacionales. Las respuestas pueden ser psicológicas (respuestas conductuales observables), cognitivas, neurofisiológicas e inmunológicas. También es necesario identificar vínculos entre las clases específicas de estímulos que generan estrés y las reacciones emocionales de afrontamiento hacia ellos.

Cuando hablamos de estrés como un estímulo externo es más apropiado hablar de estresores, como, mucho trabajo, poco dinero, muerte del cónyuge, etc.

Los eventos cognitivos se refieren a imágenes, pensamientos y diálogos internos que son automáticos y pueden predecir o ser consecuencia de una conducta.

Como respuesta fisiológica, tres sistemas controlan esta respuesta, el neurológico, el glandular y el hormonal, (Meichenbaum, Op. Cit.).

Uno de los principales objetivos de la investigación en estrés es establecer asociaciones entre el estrés psicológico y la enfermedad física.

Los estímulos generadores de estrés se consideran generalmente como acontecimientos con los que se tropieza el sujeto, ya que el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar, de ahí que el estrés y la enfermedad sean perfectos ejemplos del sistema multicausal, igual que en el caso de los microbios el estrés por sí solo no es suficiente para causar enfermedad, sino que, para que se de una enfermedad relacionada con éste, han de darse también otras condiciones como tejidos vulnerables y procesos de afrontamiento inadecuados (Lazarus, 1986).

Por lo tanto podemos decir que el estrés es una característica natural e inevitable de la vida; pero cualquier persona estresada debe observar el medio, identificar las exigencias que provienen de éste y ver si estas exigencias pueden alterarse y disminuirse en cualquier forma, también debe observarse así mismo para ver si las reacciones personales a estas demandas pueden ser modificadas de manera similar, incrementando la capacidad o haciendo un mejor uso de la que ya esté disponible. Porque cuando el estrés va más allá de los niveles óptimos, agota nuestra energía psicológica, deteriora nuestro desempeño y a menudo nos deja con un sentimiento de inutilidad, subestima, con escasos propósitos y objetivos inalcanzables, (Fontana, 1989).

3.2 Estrés y sistema inmunológico

Es bien sabido que las tensiones o mejor dicho los estresores, que día a día acontecen en nuestra vida cotidiana, ya sean éstos en mayor o menor gravedad, generan una baja en las defensas de nuestro cuerpo, el cual en ciertas ocasiones se encuentra más sensible, dependiendo los estados de ánimo en los cuales los individuos se encuentren. Si para estas situaciones nuestro sistema inmunológico no se encuentra en condiciones de estabilidad, se verá vulnerable, lo cual provocará una baja en su función básica.

Dicha función básica es ayudar al cuerpo a resistir enfermedades cuando algún agente patógeno como gérmenes, virus, bacterias o sustancias tóxicas, lo invaden.

El sistema inmunológico a su vez produce anticuerpos y linfocitos activados que atacan y destruyen a los microorganismos o las toxinas. El sistema inmunológico produce dos tipos de células; las células T y las B, llamadas también glóbulos blancos o linfocitos y los macrófagos las cuales son responsables de la formación de anticuerpos y ayudan a neutralizar los agentes patógenos, (Rice, 1991), (Guyton, 1989).

Estudios realizados por Irvin y Liunat, demuestran la presencia de enfermedades infecciosas en individuos altamente estresados, ya que la influencia de un estresor en el sistema

inmunológico expone a los individuos a adquirir dichas enfermedades, para esto dependerá la duración y la frecuencia del evento estresor.

En cualquier caso el conjunto general de los datos procedentes de la experimentación y de la observación clínica humana habla en favor de los efectos inmunosopresores del estrés. Esta afirmación se basa en la acción de los estímulos estresantes sobre la actividad del sistema inmunológico expresada a través de fenómenos alérgicos, infecciones, enfermedades automunitarias, en formación de cánceres. En animales la exposición continua a estímulos aversivos incrementa la susceptibilidad a las infecciones por virus con disminución de anticuerpos (Valdez, 1985).

Algunas hormonas secretoras de adrenalina tienden a suprimir la resistencia de las células T y B por lo que la resistencia a enfermedades infecciosas declina y la vulnerabilidad al ambiente incrementa. Estas hormonas generan mayor adrenalina bajo situaciones de estrés, por lo que situaciones prolongadas de estrés mucha gente es susceptible a contraer neumonías y cánceres (Rice, Op. Cit), (Stein y Miller. En Goldberger y Breznitz, 1993).

En la clínica humana han podido observarse alteraciones de los linfocitos T4, seis semanas después de que 26 sujetos perdiesen a sus cónyuges por enfermedad o accidente.

No hay pruebas suficientes de que la condición de amenaza induzca una activación inmunitaria en el sentido de potenciar la producción de anticuerpos o de inmunocompetencia celular, lo que

sí puede inferirse, es que un estado facilitador de los procesos inmunológicos en el transcurso de una activación, la respuesta inmunológica está determinada por factores estructurales, experiencias, antecedentes, estados biológicos y factores situacionales, la interacción de estas variables determinan las respuestas inmunológicas (Valdez, Op. Cit).

3.3 Vulnerabilidad y Afrontamiento

El término vulnerabilidad es utilizado en el estudio de conceptualización del estrés psicológico y la adaptación humana. Muy a menudo se conceptualiza en términos de la insuficiencia de los recursos que el individuo dispone para hacer frente a las demandas adaptativas del medio. Esta vulnerabilidad no viene determinada por un déficit de recursos sino por la relación entre la importancia que las consecuencias tengan para el individuo y los recursos de que disponga para evitar la amenaza de tales consecuencias.

El afrontamiento es el conjunto de respuestas aprendidas que resultan efectivas para disminuir el grado de estrés mediante la neutralización de una situación peligrosa o nociva, es decir es un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desórdenes de los recursos del individuo que solucionan los problemas y por lo tanto reducen el estrés. Debe

considerarse el afrontamiento como aquellos esfuerzos encaminados a manipular las demandas del entorno, independientemente de cual será su resultado.

El afrontamiento no debe confundirse con el dominio del entorno ya que no todas las fuentes de estrés pueden dominarse y en tales condiciones el afrontamiento incluye todo lo que permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar o incluso ignorar aquello que no puede dominar (Lazarus, op. cit.)

4 ASPECTOS GENERALES DEL SIDA

4.1 Sexualidad y SIDA

La sexualidad siempre ha sido y será una parte central en la vida, ya que todos los seres humanos son seres sexuales desde su nacimiento hasta su muerte.

La sexualidad ha sido definida como el conjunto de comportamientos que tienen que ver con la búsqueda y obtención de placer.

A pesar de que la sexualidad es parte de los seres humanos, la ignorancia en torno a ella es evidente ya que los prejuicios sociales y religiosos mantienen el tema oculto al considerarlo sucio porque está relacionado con los genitales. Este concepto de sexualidad es manejado por los medios de comunicación, que la utilizan para vender todo tipo de productos y para aumentar el interés en determinados programas o revistas, lo que trae como resultado que la gente piense que su vida sexual es poco adecuada porque no se parece a los modelos presentados (Macary, 1990).

Por este motivo la sexualidad se encuentra envuelta en ignorancia y superstición, los mitos y falacias aparecen en abundancia y oscurecen la verdad protegiendo a las personas de la ansiedad e inseguridad. Por desgracia estos mitos no son exclusivos de ningún estrato social, y tienen como consecuencia que los jóvenes, principalmente vivan una sexualidad encubierta llena de mitos y tabúes, lo que trae consigo relaciones sexuales sin responsabilidad y/o promiscuidad, lo que está vinculado con

embarazos no deseados a edad muy temprana y a las enfermedades sexualmente transmisibles (ETS), (Enciclopedia de la sexualidad, 1993, Tomo 1).

Las ETS son tan antiguas como la vida misma ya que atacan a mujeres y hombres de todas las razas y edades, sin embargo sólo se transmiten por contacto sexual. Muchas de estas enfermedades como la gonorrea y la sífilis han sido controladas gracias al descubrimiento de la penicilina y otros antibióticos (Macary, Op. Cit.).

La creencia general de que las ETS habían dejado de amenazar al mundo se vino abajo al principio de los ochentas con la aparición de una devastadora enfermedad que más tarde se llamaría SIDA.

Si bien ahora se sabe que el SIDA no se contagia únicamente por contacto sexual, ha sido catalogada como una ETS por la incidencia que hay en esta vía de contagio.

En la actualidad hablar de SIDA es hablar de sexualidad ya que la aparición de esta enfermedad ha puesto en marcha la aparición de nuevos mitos y tabúes en torno a ella pero también ha puesto de relieve la falta de educación que hay en la población y la necesidad de reestructurar una serie de valores en torno a la misma (Gallo, 1989).

4.2 Origen del SIDA

El SIDA es una enfermedad provocada por un virus. Las siglas SIDA, significan:

SINDROME: Conjunto de manifestaciones (signos y síntomas) que caracterizan a una enfermedad.

INMUNO: Relacionado con el sistema de defensas del cuerpo en contra de las enfermedades.

DEFICIENCIA: Indica que el sistema de defensas no funciona o funciona de manera inconveniente.

ADQUIRIDA: No es hereditaria sino provocada por un virus que se contrae (Arjonilla, 1992; Johnson, 1992).

El SIDA hace su aparición en 1981, cuando se diagnosticó en un grupo de jóvenes un tipo raro de pulmonía que sólo se observaba en personas cuyo sistema inmunológico se encontraba dañado por enfermedades como el cáncer. Por la misma época se encontraron algunos casos de un tipo de cáncer llamado Sarcoma de Kaposi, que era casi propio de hombres de edad avanzada y de raza judía. Lo común en ambos casos era que los pacientes eran jóvenes homosexuales, por lo que se creyó que se trataba de una enfermedad exclusiva de homosexuales y que probablemente se derivaba de la ingestión de un estimulante sexual.

Esta teoría se vino abajo cuando en 1982 se encontraron casos similares en personas hemofílicas, receptores de sangre y personas que compartían agujas hipodérmicas para inyectarse droga.

Fue entonces cuando fueron apareciendo nuevos casos cada día en muchos países del mundo dando inicio a la asociación del SIDA con una forma particular de vida. Por ese mismo año ya existía la seguridad de que el SIDA era causado por un virus (Gallo Op. Cit).

La aparición de los primeros casos de SIDA en niños recién nacidos (1985), dió un grito de alerta sobre la posibilidad del contagio perinatal.

Hasta hoy existen una serie de preguntas acerca del surgimiento del SIDA, ¿De dónde surgió?, ¿Cómo surgió?, ¿Dónde estuvo todo este tiempo? (Gallo, op. cit.), para dar respuestas a estas preguntas han surgido una serie de teorías que van desde aspectos puramente científicos hasta el pensamiento del castigo divino.

Sin embargo la teoría más aceptable por ser la científicamente más comprobada es la que señala que el virus del SIDA proviene del mono verde africano quien posee un virus muy similar al del SIDA, (figura 1) éste pudo ser transmitido al hombre por prácticas zoolíficas o bien por ritos de iniciación a la adolescencia que se llevan a cabo en algunas regiones de Africa, las cuales consisten en llagar el cuerpo de los jóvenes y bañar las heridas con sangre del mono verde, se cre que este virus sufrió una serie de mutaciones hasta lo que hoy se conoce como virus del SIDA (Gallo, op. cit.)



figura 1

4.3 El virus del SIDA

Como ya se había señalado, el SIDA es causado por un virus; los virus son agentes infecciosos incapaces de multiplicarse fuera del huésped, los más simples constan de una proteína y un ácido nucleico (RNA o DNA), y suelen presentar mutaciones. En el hombre producen diversas enfermedades como gripe, poliomelitis, etc.

El agente causal del SIDA, es el virus de inmunodeficiencia humana (HIV), el cual se considera un retrovirus porque tiene la capacidad única de elaborar DNA a partir del RNA, cabe señalar que los virus comunes llevan a cabo un proceso inverso.

El HIV posee las siguientes propiedades estructurales:

- a) Una envoltura embrionaria externa muy vulnerable a la destrucción por el calor, detergentes y solventes orgánicos como el alcohol.
- b) Su estructura puede cambiar a medida que se transmite de una persona a otra.
- c) El principal efecto destructor del HIV ocurre a través del ataque y depresión de las células inmunológicas conocidas como linfocitos T4 (Miller, 1989). (figura 2).

Todo el tiempo el cuerpo evita la entrada de sustancias extrañas o tóxicas (denominadas genéricamente antígenos) por medio del sistema inmune, utilizando a los glóbulos blancos para combatir a estas sustancias. Cuando un germen entra en el cuerpo es reconocido por los linfocitos, los que dan alerta al sistema inmune para que los destruya por medio de los anticuerpos, por lo

tanto la presencia de anticuerpos en el organismo indica que el sujeto estuvo en contacto con el germen (o con el antígeno) o la presencia de una infección.

Una vez que el HIV entra en el cuerpo permanece en estado latente, estado en el que puede durar muchos años y por causas aún no determinadas el virus se activa destruyendo los linfocitos. De esta forma el HIV debilita progresivamente el sistema inmune logrando que el organismo no pueda luchar contra diversos gérmenes (Reyes, (1990; Soberon, 1988).

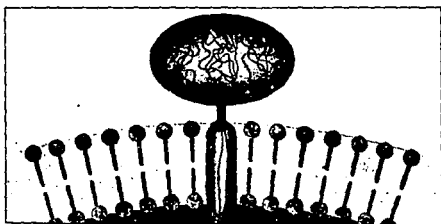
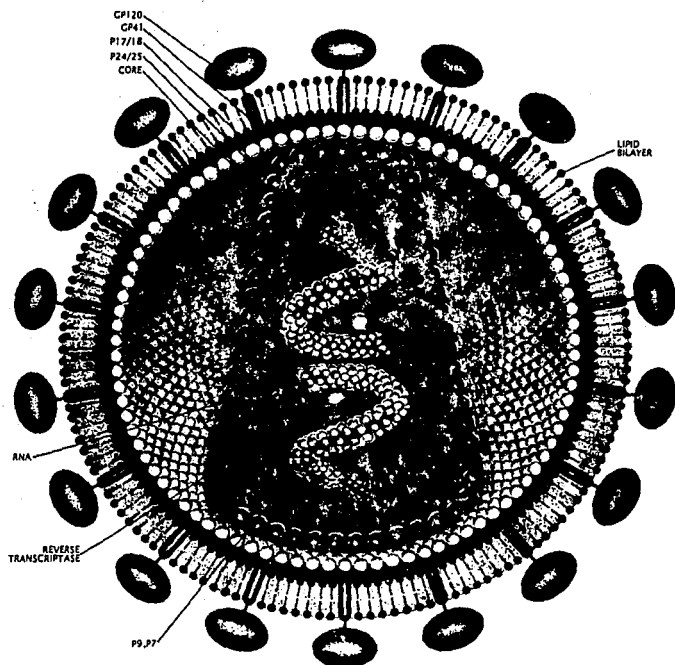


figura 2

4.4 Vías de transmisión

El HIV ha sido aislado en numerosos fluidos del organismo, sudor, saliva, lágrimas, líquido cerebroespinal, sangre, semen, fluidos vaginales, líquido preeyaculatorio, leche materna, sin embargo sólo en los últimos cinco fluidos existe una concentración de HIV que pueda ser infecciosa.

LIQUIDOS EN DONDE SE ENCUENTA EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (H.I.V.)
SANGRE SEMEN FLUIDOS VAGINALES LIQUIDO PRE-EYACULATORIO MENSTRACION LECHE MATERNA
SUDOR SALIVA ORINA LAGRIMAS LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

Sólo es contagiable en los líquidos corporales marcados en color más oscuro.

Por lo tanto el HIV puede transmitirse por tres vías:

a) Trasmisión sanguínea: se realiza principalmente a través de jeringas contaminadas que suelen intercambiar los toxicómanos y por medio de la transfusión de productos sanguíneos.

b) Transmisión sexual: la transmisión del HIV se realiza a través de lesiones o heridas microscópicas que se producen en las relaciones sexuales.

- Las relaciones anales son las de mayor riesgo ya que el ano no está preparado para recibir el traumatismo de la penetración y las paredes que lo conforman son sumamente frágiles por lo que se provocan heridas microscópicas que son la vía de entrada para el virus.

- En las relaciones vaginales, la forma de contagio se da por medio de las mucosas que existen en la vagina y en el pene ya que éstas son altamente receptivas al virus.

- Las relaciones orales son las que se consideran de menor riesgo ya que la saliva contiene enzimas que pueden desactivar el virus, sin embargo esto no indica que el riesgo sea nulo, debido a que pueden existir heridas en la boca (herpes bucal, caries, gingivitis, erupción molar) que podrían ser vías de entrada directa del HIV.

Cabe señalar que el riesgo de la transmisión aumenta con las relaciones múltiples y sin protección (Soberón Op. Cit. y Miller Op. Cit).

c) Trasmisión perinatal: Esta forma de contagio se da cuando la madre infectada por el HIV contagia al bebé durante el parto a través del cordón umbilical, durante el parto al existir algún

intercambio de sangre por medio de alguna herida del bebé, o después del parto al alimentarlo con leche materna (Boletín CONASIDA, 1987; Declaración de la reunión de consulta celebrada en Ginebra junio, 1987).

El SIDA no se transmite por: besar, abrazar, tomar en el mismo vaso, saludarse, bañarse juntos, nadar en la misma alberca, orinar o defecar en el mismo baño, viajar en el mismo autobús, dormir juntos, secarse con la misma toalla, por picaduras de mosquitos, estornudar, es decir, por el contacto casual (Gaceta CONASIDA, diciembre, 1988).

Para evitar el contacto del HIV se deben usar agujas y jeringas desechables nuevas, exigir que la sangre utilizada en transfusiones lleve la etiqueta de sangre segura. En el caso de la vía perinatal es recomendable hacerse un análisis de sangre para estar seguro de no estar infectado, en caso de estar infectado, no embarazarse. En el caso de la vía sexual utilizar el sexo seguro y el "Sexo Más Seguro" (Arjonilla, 1987).

4.5 Etapas de la enfermedad

La enfermedad del HIV/SIDA, atraviesa por una serie de etapas las cuales nos indican el tipo de manifestaciones sintomatológicas a la que se expone el enfermo. Estas etapas son:

- a) Contagio
- b) Portador asintomático
- c) Linfadenopatía Generalizada Persistente (LGP)

d) Complejo relacionado con SIDA (CRS)

c) SIDA (Miller, Op. Cit).

La primer etapa indica la forma a través de la cual la persona adquirió el virus y la vía por la que fue transmitido.

La segunda hace referencia a que una vez adquirido el virus éste se alberga en las células del cuerpo sin ocasionar ningún daño, por lo que no hay manifestaciones de ninguna enfermedad, sin embargo el virus puede ser transmitido. Se han reportado casos en los que una persona puede vivir hasta diez años sin ninguna manifestación, esto dependerá de las condiciones físicas e higiénico-dietéticas en las que se encuentra la persona.

La tercera etapa se puede considerar como las manifestaciones de alerta, en ella se hacen presentes, la inflamación de los ganglios linfáticos, la cual no desaparecerá ante ningún tratamiento.

En la cuarta etapa se presentan las denominadas enfermedades oportunistas, tales como bronconeumonía, diarreas persistentes, fiebres nocturnas, pérdida de peso, etc.

La quinta etapa, que se considera como la fase terminal, es la manifestación clara del deterioro completo de las defensas del cuerpo, por lo tanto las enfermedades oportunistas se presentan con mayor gravedad. El Sarcoma de Kaposi es un tipo de cáncer que se presenta con frecuencia en los casos de SIDA; sin embargo en nuestro país debido a las condiciones ambientales y alimenticias, se presenta en pocos casos, dándose con mayor número las enfermedades pulmonares y gastrointestinales. (Boletín de CONSIDA, sept. 1987; Arjonilla, Op. Cit).

4.6 Formas de detección

La detección del HIV se lleva a cabo a través de una prueba de sangre que detecta si el individuo ha desarrollado anticuerpos en contra del virus. La realización de esta prueba no altera el estado de salud, sólo indica la situación con respecto al HIV (Mora, Oct. 1988).

Las pruebas que se realizan son:

ELISA 1 y ELISA 2, también llamadas pruebas de hemaglutinación, como pruebas preliminares y WERTERN BLOT o inmunofluorescencia, como prueba confirmatoria.

Si estas pruebas resultan positivas quiere decir que el virus está presente en la sangre del individuo y que el organismo ha producido anticuerpos que han sido detectados en ella, indicando que el individuo es seropositivo o portador del virus.

Un resultado negativo de la prueba significa que no se han encontrado anticuerpos contra el HIV en la sangre. Existen tres posibles explicaciones de este resultado:

- a) Que no se ha estado en contacto con el HIV.
- b) Se ha estado en contacto con el virus, pero no se ha contagiado y por este motivo no ha producido anticuerpos.
- c) Se está infectado con el virus pero el organismo todavía no ha producido anticuerpos. El tiempo que transcurre entre la adquisición de la infección y la aparición de anticuerpos es usualmente de dos a ocho semanas, pero puede durar hasta doce meses. Este período se denomina de ventana.

Ante un resultado negativo de la prueba debe realizarse una prueba confirmatoria a los tres, a los seis y a los doce meses después (Mora, op. cit.)

Un resultado positivo significa que nuestro sistema inmunológico ha desarrollado anticuerpos contra el HIV, los cuales serán detectados en las pruebas previamente aplicadas. Esto significa que se es portador del HIV y por lo tanto se puede transmitir.

4.7 El portador de H.I.V. y su sexualidad.

Cuando se recibe un resultado positivo y la persona se siente sana, no significa que tenga SIDA, o que desarrollará la enfermedad. Sin embargo, se deben adoptar medidas preventivas de higiene, alimentación, inspección médica y odontológica, además de asesoría psicológica, que permita al paciente afrontar su situación, este aspecto será ampliamente abordado en el siguiente capítulo.

El uso de barreras en las prácticas sexuales son medidas que permitirán al paciente llevar una vida sexual plena. El uso del condón y de barreras de protección como el plastipack, diques dentales, guantes de latex, etc. evitan que en las prácticas sexuales exista intercambio de líquidos corporales que expongan al contagio a otras personas, además previene nuevas reinfecciones que acelerarían el proceso de desarrollo de la enfermedad.

El ser seropositivo implica tomar precauciones en cuanto a la vida sexual, lo que no quiere decir que no pueda ser tan frecuente y excitante como antes de tener HIV.

Si se toman las medidas adecuadas en cuanto a los contactos con parejas sexuales el virus no tiene por que ser transmitido.

Como ya se había señalado, la vía sexual es la que ha cobrado un mayor número de víctimas, por lo que es urgente y necesario que nuestra actitud cambie en torno a las medidas de protección que hay que tomar en la vida sexual, ya sea practicando la abstinencia, sólo teniendo una pareja sexual o utilizando las barreras de protección.

El sexo seguro implica reunirse y conversar sobre los sentimientos respecto al sexo, la sexualidad y el SIDA, además posibilita a los individuos un mayor control sobre sus relaciones sexuales (Acción en SIDA, oct. 1991; Arjonilla Op. Cit.; Noticias Positivas Boletín de San Francisco, Otoño, 1992).

La doctora Marion Dunn, especialista en sexualidad humana de la Universidad de N. Y., en la película "Hazlo Seguro" señala que el "Sexo más seguro" implica el evitar el intercambio de fluidos haciendo uso de barreras en la penetración, mientras que el "Sexo Seguro" implica la no penetración.

La no penetración incluye una serie de actos eróticos que pretenden obtener el placer sin llegar al coito utilizando besos suaves, masajes, abrazos, caricias, frotación de cuerpo con cuerpo (con o sin ropa), masturbación mutua o individual, bañarse juntos, sexo visual (exhibicionismo y voyeurismo).

El sexo más seguro implica la penetración anal o vaginal usando condón, sexo oral usando condón o sexy pack (kleen pack), dedear en la vagina o el ano utilizando guantes de latex, utilizar dildos o juguetes sexuales, pero cada quien los suyos (lineamientos y orientaciones para el sexo seguro A.V.E. de México).

Para poner en práctica el sexo seguro es necesario conocer el uso adecuado del condón, tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Revisar la envoltura y rechazarlo si está rota.
- b) Revisar la fecha de fabricación y/o la fecha de caducidad.
- c) Abrirlo con cuidado sin utilizar uñas, dientes o tijeras.
- d) Verificar hacia qué lado se desenrolla.
- e) No debe desenrollarse con ayuda de uñas, sólo con la yema de los dedos.
- f) Evitar que quede aire dentro.
- g) Utilizar lubricantes solubles al agua no a base de aceite, como cremas, vaselina, aceite de bebé, ya que degradan el condón.
- h) Tener cuidado para que al retirar el condón después de la eyaculación, el contenido quede adentro.
- i) Empujar el líquido hacia la punta.
- j) Hacerle un nudo al condón.
- k) Depositarlo en donde no sea un riesgo para otra persona.

- l) Lavarse las manos y el pene después de depositarlo.
- m) Practicar el uso adecuado del condón (Johns Op. Cit. Nos ponemos un condón, publicación de CONASIDA).

Ser identificado como seropositivo también implicará cargas o problemas aparte de los emocionales. Surgen numerosas consecuencias prácticas que incluyen no poder obtener pólizas de vida y seguros médicos; muchos dentistas e incluso algunos médicos pueden declinar tratarlos y los patronos que se enteran de la seropositividad de una persona la despedirán o declinarán emplearla. Cada una de estas circunstancias puede tener un efecto importante (por lo general perjudicial) en la forma en que vive una persona. (Ver Derechos de las personas con HIV/SIDA en el anexo).

4.8 Incidencia de casos de SIDA en México

Día con día el grupo de infectados ha experimentado un crecimiento notable en todos los países del mundo, se dice que por cada caso de SIDA existen diez, esta cifra parecería alarmante, sin embargo en 1989, se preveían 365,000 casos para finales de 1992 en E.U., cifra que ha sido rebasada.

Los casos de SIDA en México han presentado tres tipos de tendencia, a finales de 1986 el incremento fue lento, de 1987 a 1990 el crecimiento fue de tipo exponencial y a partir de 1991 el crecimiento se ha amortiguado con una tendencia a la estabilización. (ver cuadro 1).

AÑO	CASOS	TASA DE INCIDENCIA (1,000.000 habitantes)	RAZON H-M
1983	6	0.07	6-0
1984	6	0.07	6-0
1985	29	0.3	14-1
1986	246	2.9	30-1
1987	518	6.6	12-1
1988	905	10.6	6-1
1989	1,607	18.3	6-1
1990	2,588	31.8	5-1
1991	3,267	37.9	5-1
1992	3,220	37.5	6-1
1993	5,095	58.5	6-1
1994	532	6.1	6-1
1995			
1983-1995		206.0	6-1
TOTAL de casos acumulados a la fecha 20,500			

cuadro 1

Según datos, hasta la fecha se han reportado 20,500 casos de SIDA en México, pero se estiman, 30,000, considerando la subnotificación y el retraso en la notificación.

Durante los años de 1992, 1993 y 1994, la mayor parte de los casos notificados ocurrió en los grupos de 20 a 44 años, de ellos entre el 82.9% y el 86.7% de los casos correspondió a hombres. De los casos acumulados, la mayor proporción se ubica en el grupo de 25 a 34 años, con 40.0%. En el de 35 a 39 años, 15.0%. En el de 20 a 24 años, 11.0%. En el de 40 a 44 años, 10.0%, y el 24.1% restante se distribuyó en los otros grupos etáreos. El cuadro 2 permite apreciar el número de casos acumulados de SIDA por grupo de edad y sexo.

CASOS ACUMULADOS DE SIDA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO HASTA ENERO DE 1995.			
EDAD	masc	femenino	total
<1	103	68	171
1-4	119	77	198
5-9	82	40	122
10-14	83	24	107
15-19	273	76	351
20-24	1895	366	2261
25-29	3780	499	4279
30-34	2784	442	3226
35-39	1816	327	2143
40-44	1247	216	1463
45-49	809	143	952
50-54	518	85	603
55-59	293	47	340
60-64	249	50	299
65-mas	453	74	527
total	18325	3111	21436

Cuadro 2:

Los casos pediátricos acumulados hasta el 28 de febrero de 1994 el 55.4% se transmitió por vía perinatal, 25.2% por transfusión sanguínea, 17.4 en hemofílicos y 2.0% por abuso sexual. Se desconoce la categoría de transmisión de 82 casos (15.3%).

Los grupos en cuanto a la edad más afectados son entre los 20 y los 30 años (edad reproductiva).

Del total de los casos el 54.5% han fallecido y continúan vivos el 37.1% y el 8.4 se desconoce la evolución. El cuadro 3 presenta el número de casos de SIDA por categoría de transmisión.

CASOS ACUMULADOS DE SIDA EN MEXICO POR CATEGORIA DE TRANSMISION HASTA EL 1 DE ENERO DE 1995			
CATEGORIA	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
HETEROSEXUAL	1029	3030	4059
HOMOSEXUAL	0	5174	5174
BISEXUAL	0	3584	3584
HOMO-DROG	0	185	185
DROGAS	13	140	153
TRANSFUSION	1141	815	1956
HEMOFILICO	0	233	233
DON.REM	44	283	327
EXP.OCCUP	1	1	2
PERINATAL	123	163	286
NO.DOCUM	760	4642	5402

Cuadro 3:

Finalmente, el cuadro 4 presenta información sobre el número de casos de SIDA en México por los diferentes estados.

CASOS DE SIDA POR REGION GEOGRAFICA EN MEXICO HASTA EL 1 DE ENERO DE 1995.	
ESTADO	NUMERO DE CASOS
D. F.	6523
MEXICO	2879
JALISCO	2642
PUEBLA	1186
VERACRUZ	851
B. C. N.	658
NUEVO LEON	625
GUERRERO	619
MICHOACAN	568
MORELOS	486
YUCATAN	432
COAHUILA	343
OAXACA	327
TAMAULIPAS	318
GUANAJUATO	301
SINALOA	292
NAYARIT	238
CHIHUAHUA	237

S. L. P.	212
SONORA	205
CHIAPAS	192
TLAXCALA	145
HIDALGO	133
DURANGO	127
QUERETARO	113
QUINTANA ROO	108
TABASCO	104
AGUASCALIENTES	89
ZACATECAS	84
COLIMA	74
B. C. S.	70
CAMPECHE	54
TOTAL	21436

4.9 Nuevos avances en terapéutica

Los científicos aún no logran comprender exactamente por qué la respuesta inmunitológica natural del cuerpo al HIV no mata al virus. A diferencia de muchos otros virus, el HIV ataca las células que normalmente defienden al organismo contra infecciones, y puede también permanecer inactivo en ciertas células desde las cuales no estimula al sistema inmunológico. También cambia muy rápidamente su estructura y por ello es que hay muchas variedades o tipos de HIV que difieren de manera pequeña, pero significativa. Ante esto la lucha incansable por encontrar una vacuna o cura no cesa; mencionaremos algunos ejemplos de las investigaciones más recientes, (Acción en SIDA, 1994)

-Inmunoterapia Pasiva

El doctor Abraham Karpas, del Departamento de Hematología de la Universidad de Cambridge, dió a conocer el tratamiento denominado Inmunoterapia Pasiva (TIP, por sus siglas en inglés), que consiste en aplicar a los pacientes con SIDA transfusiones de plasma (1 litro cada mes), procedente de personas con HIV pero completamente asintomáticas. Al extraer de la sangre los glóbulos rojos y blancos queda un líquido amarillento, el plasma, rico en anticuerpos, que son los que pueden inactivar el virus. El estudio fue efectuado por la Corporación Hemacare de California,

E.U., y dos hospitales franceses. Los resultados dados a conocer evidencian que los pacientes tratados con TIP tienen mayor sobrevivencia, y menor frecuencia de infecciones oportunistas, (Letra, suplemento del Nacional, 1994).

-Hormonas de crecimiento

Investigadores de la Universidad de California dieron a conocer los avances de un experimento realizado con 178 pacientes con SIDA en doce centros médicos de E.U; los pacientes recibieron inyecciones diarias de hormona de crecimiento, por lo cual ganaron peso (algunos hasta 15 kilos), y sobre todo masa muscular. El tratamiento con hormona de crecimiento no resuelve el problema de la reducción de las defensas del organismo producida por el SIDA, pero puede ayudar a los pacientes a superar ciertas infecciones que resultan fatales en un paciente debilitado.

-CD4 Artificial

El profesor Luc Montagnier dió a conocer en la reunión interdisciplinaria sobre SIDA en Venecia, Italia, un estudio sobre los mecanismos de acción de CD4, que es el receptor presente en la superficie de las células, al cual se fija el HIV, lo que permite su entrada a las mismas para reproducirse. Por medio de la ingeniería genética se ha logrado sintetizar CD4 artificial y ahora se estudia la mejor manera de inyectarlo para que se fije al virus e impida su entrada a las células, evitando así la reproducción viral y la muerte de las células (linfocitos CD4), (Letra, Op. Cit.)

- Hormonas contra el SIDA

El científico argentino Nathan Trainin, radicado en Israel, desde hace 49 años, está experimentando en Argentina, con enfermos de SIDA, una hormona llamada THF para comprobar si puede inhibir los efectos de la enfermedad.

Trainin, miembro del departamento de Biología Celular del Instituto Weizman de Israel, informó que la hormona se extrae del timo (glandula endocrina) de los terneros la cual actúa en la maduración de los linfocitos afectados por el virus del HIV y probablemente tenga un efecto inhibitor y curativo.

La hormona ya fue administrada a personas afectadas por otros virus y tumores, con resultados sumamente positivos, por lo que se espera obtener buenos resultados, (Enciclopedia, secretos de la pareja, 1994).

- En la Décima Conferencia Internacional sobre SIDA, realizada en Yokohama, Japón, se aseguró que los medicamentos antirretrovirales (AZT, ddC o ddI) tienen una acción muy limitada en pacientes asintomáticos y se recomendó que su uso se limitará a pacientes en etapas avanzadas de la enfermedad.

En el caso del AZT, sin embargo, se ratificó su utilidad para evitar la transmisión del HIV de la madre infectada a su hijo, durante el embarazo o el parto. El resto de las alternativas terapéuticas como la terapia genética es prometedora, (Letra, Op. Cit.).

No podemos esperar que el HIV pueda ser controlado a través de una vacuna. La vacuna jugaría un papel en la prevención contra la infección con una simple inyección o con una píldora, ya que

es mucho más fácil y rápido que cambiar los comportamientos sexuales. Sin embargo, incluso si se desarrollara una vacuna efectiva y barata, la difícil tarea de educar y orientar sobre el HIV y las enfermedades de transmisión sexual así como de tratar las infecciones curables, debe estar siempre en el centro de los esfuerzos preventivos.

Debemos considerar que la gente si no ha recibido ninguna educación sobre el HIV, probablemente no buscará acercarse a los beneficios de la inmunización, la lucha es ardua en cualesquiera de los ámbitos en contra de la expansión del HIV, (Acción en SIDA, 1994).

5 ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL PACIENTE CON HIV/SIDA

5.1 Aspectos generales

Cuando una persona es diagnosticada como seropositivo, suele entrar en choque emocional en donde se sienten aturridos y confundidos. Algunos comenzarán a llorar, otros se tornarán agresivos y algunos más reaccionarán aislandose y dejando de ser comunicativos, otros parecerán manejar muy bien la noticia, sin signos particulares de sufrimiento, pero es posible que se desbaraten unos días después una vez que han comprendido lo importante de la noticia. Surgen mayores problemas cuando las personas bloquean la noticia y actúan como si no hubiera algo malo sólo para afrontar el impacto. Esto se debe a que se está ante un problema nuevo e inesperado que pone en peligro la vida.

Para entender estas reacciones es importante recordar la asociación popular del VIH/SIDA con la muerte debido a la ignorancia y la falta de información en cuanto a la enfermedad, por lo cual es necesario que se informe a las personas seropositivas que no es lo mismo tener L.G.P. (Linfadenopatía Generalizada Persistente), C.R.S. (Complejo Relacionado con SIDA) o SIDA. Ser seropositivo significa que se ha expuesto al virus y como resultado es portador del mismo.

El paciente necesita tener a su lado alguien en quien confiar que le pueda proporcionar contacto humano, estar con ellos puede ser la ayuda más importante que puede proporcionar el personal de salud.

A partir del diagnóstico se enfrentará el paciente a una serie de dificultades que implican grandes preguntas; sobre todo en las épocas en que hay enfermedades que los debilitan para luchar. Para encarar estas crisis la gente suele tomar el camino erróneo de invitarlo a luchar, ver hacia el futuro y no renunciar, hecho que puede hacer al paciente sentirse peor, lo más adecuado es reconocer el poder de la enfermedad y los problemas que ésta trae consigo tanto en el ámbito social, doméstico y laboral como en el ámbito personal y sexual.

Si el paciente elige no luchar es una decisión que merece tanto respeto como la decisión de comportarse de otra manera, sin embargo Miller (1989), señala que las perspectivas que tiene un paciente sobre su enfermedad tienen gran importancia en el desarrollo de su trastorno.

La confidencialidad es un aspecto muy importante que permite encarar la crisis del diagnóstico, ya que cuando se divulga el estado del paciente, éste suele enfrentarse en un tiempo muy corto a muchos problemas que pueden convertirse en el comienzo de una caída económica, social, psicológica y médica, como se refleja en la película de "Filadelfia de Jonatan Deme".

El paciente debe elegir quienes son las personas a las que puede confiarles su estado de salud, lo cual también se aplica a los compañeros sexuales, ya que si no saben que el paciente se encuentra en un grupo de riesgo de infección requieren conocer los lineamientos para el "Sexo Más Seguro". La práctica y la seguridad son una alternativa para plantear este problema sin lastimar del todo al compañero sexual.

En cuanto a los compañeros de trabajo la seropositividad no implica ningún riesgo por lo que es razonable utilizar el principio de que los patrones y compañeros no deben saber el estado del paciente si no es necesario.

Sin importar a quien se le comente la noticia, es vital preparar respuestas claras y sencillas a las preguntas esperadas para lo que es muy importante que el paciente sepa la mayor información posible en cuanto al HIV/SIDA.

Durante los primeros días que el paciente se sabe seropositivo, se le debe recordar al paciente que no está solo, que hay muchas personas en su situación y que puede aprovechar su experiencia (Ortiz, 1992).

Quando se ha superado el choque del diagnóstico es importante que el paciente tenga presente que la ciencia avanza día con día y que es posible que se encuentre ayuda médica (un fármaco o vacuna) que salve su vida, y sobre todo que aún hay muchas cosas que hacer para que su vida sea agradable y satisfactoria.

5.2 Incertidumbre

Para la mayoría de las personas seropositivas la incertidumbre es un aspecto que no puede desaparecer en su totalidad, podemos hablar de ella en dos niveles. El primero se relaciona con la incertidumbre que sienten los seropositivos sobre si en algún momento desarrollarán SIDA o si pueden hacer

algo para evitarlo; el segundo nivel se refiere al progreso de la enfermedad diagnosticada, y se podría agregar un tercer nivel que haría referencia a la incertidumbre sobre la reacción del mundo que rodea al paciente hacia su nuevo estado de salud.

La incertidumbre que sienten los pacientes, es experimentada por quienes los cuidan, ya que también sufren la enfermedad al pensar la posibilidad de su propia infección (Miller, Op. Cit).

5.3 Ansiedad y estrés

La ansiedad y el estrés son inevitables en quienes padecen HIV/SIDA, ya que es una situación que pone en peligro su vida; los síntomas que determinan la ansiedad son:

- a) Agitación y nerviosismo.
- b) Preocupación.
- c) Síntomas físicos como tensión muscular, trastornos intestinales, aumento de sudoración, palpitación violenta del corazón, mayor sensibilidad al ruido, sensación de falta de aliento, boca seca y visión borrosa.
- d) Dificultades de sueño.
- e) Fatiga física.
- f) Dificultad para concentrarse.
- g) Cambios de ánimo.
- h) Pérdida del impulso sexual.

Las ansiedades persistentes originan un estado de estrés mayor de lo normal, denominados ataques de pánico, lo cual es perjudicial tanto física como inmunológicamente.

La ansiedad puede tener efectos directos en la confianza que tenga el paciente en su propia capacidad de enfrentarse con el mismo.

5.4 Depresión

La depresión es otra de las reacciones psicológicas más comunes en seropositivos lo cual puede determinar que tome más tiempo lograr ajustarse al hecho de saberse portador del virus.

Las personas deprimidas sufren los siguientes tipos de alteración:

- a) Depresión del ánimo, es decir sentimientos de tristeza, abatimiento, cambio de ánimo y descuido físico.
- b) Pérdida de interés o de placer en actividades que antes se disfrutaban.
- c) Sentimientos de inutilidad y culpa.
- d) Baja autoestima.
- e) Pensamientos suicidas.
- f) Ansiedad.
- g) Dificultades del pensamiento, es decir, problemas de concentración, indecisión y dudas para actuar.
- h) Obsesiones y paranoias que traen consigo sensaciones

de despersonalización, en la que los muy deprimidos comenzarán a sentirse fuera de la realidad.

- i) Pérdida de energía.
- j) Retardo y agitación.
- k) Pérdida de apetito y peso.
- l) Trastornos del sueño.
- m) Pérdida del impulso sexual.
- n) Síntomas corporales, como dolores de nuca y cabeza, calambres musculares, boca seca, indigestión, náuseas, etc.

La depresión puede ser causada por sentir que el final está próximo, que las personas en que se confiaba ya no desean saber de él, que ahora el virus ha controlado su vida y que las cosas nunca serán iguales, y a las presiones en cuanto a los recursos físicos y económicos que daban significado a su vida.

Muchos pacientes intentan ocultar su estado de depresión, lo cual se torna en una presión tan intensa que trae consigo un aislamiento emocional y físico del mundo que les rodea.

Existen tres teorías sobre las causas de la depresión.

La primera se denomina falta de recompensas, la cual sugiere que las personas están deprimidas porque habiéndose aislado de las personas y actividades en su ambiente que son satisfactorias, no reciben recompensas ni estímulos para mantenerse activos, de tal forma que se pierde la motivación para volver a participar nuevamente. En consecuencia el proceso de aislamiento se sostiene y la persona deprimida tiene cada vez menos respuestas al ambiente que son satisfactorias.

La segunda teoría llamada pérdida de control o desamparo aprendido, sugiere que las personas se deprimen cuando piensan que no tienen efecto en el proceso de los acontecimientos, y además atribuyen los malos resultados finales a su falta de carácter, y los buenos a circunstancias fuera de su control, los acontecimientos depresivos se presentan para indicar la incapacidad de la persona para hacer las cosas bien porque no tienen ninguna influencia en el resultado final de estos acontecimientos.

La tercera teoría se denomina deformación en la forma en que se den las cosas, señala que la depresión se debe a que las personas se tornan muy selectivas en cuanto a la forma en que ven las cosas, mirando siempre hacia el lado negro de sí mismos, de los demás y del mundo.

5.5 Obsesión

Los estados obsesivos surgen en las personas que no han podido ajustarse a la idea de ser portadoras del virus, lo que trae consigo pensamientos involuntarios llamados meditación obsesiva, que incluyen la revisión constante de sus experiencias pasadas, la revisión de sus actividades diarias tratando de conocer si han hecho algo que expongan a sus seres amados y la revisión constante de su cuerpo.

La opresión de estas preocupaciones involuntarias pueden llevar a grados más elevados de frustración, desesperación, sufrimiento y miseria.

Los estados o períodos obsesivos ocurren con mayor frecuencia cuando se tiene tiempo de pensar en la circunstancias.

Es importante señalar que cabe esperar cierto grado de obsesión en el período inmediato después de recibir el resultado de seropositividad. Esta preocupación obsesiva disminuirá a medida que aumente el conocimiento de las circunstancias y crezca la confianza en la toma de decisiones personales y en el tratamiento. Cuando las consecuencias incluyen un estado obsesivo, se resolverán durante un tiempo sin intervención en casi la mitad de los pacientes (Miller, op. cit.)

El tema de la supervivencia nos remite al de la calidad de vida, considerandola como el número de años vividos con bienestar y por lo tanto sin enfermedad. en el caso de las personas con HIV, el término calidad de vida se utiliza con cierta flexibilidad, conceptualizándose como vivir más años siendo productivo, autosuficiente y con el máximo bienestar posible.

La búsqueda de la calidad de vida suele ser confusa, porque a simple vista, mantenerla o conseguirla representa cambios radicales y renuncia a las preferencias y gustos personales, sin embargo, se ha comprobado que la calidad de vida se puede alcanzar en los diferentes estilos de vida, mediante ajustes que eliminen los factores que favorecen la progresión de la enfermedad y refuercen aquellos que ayuden a mantener la salud.

Todo individuo, independientemente de su estilo de vida, tiene actitudes positivas y negativas para la salud. Los principales aspectos negativos que favorecen directa o indirectamente el desarrollo de la enfermedad son el aislamiento social, el estrés y los estados de ánimo negativos (depresión, angustia, miedo, etc.), la alimentación deficiente o inadecuada, la fatiga, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la presencia de enfermedades, las reinfecciones con el HIV, la abstinencia sexual en los sexualmente activos, la inmovilidad y la inactividad, (Letra, suplemento, 1994)

6 JUSTIFICACION

De acuerdo con lo anteriormente señalado, el interés principal de este trabajo es utilizar los principios y técnicas de la medicina conductual para la terapia psicológica en pacientes seropositivos, asintomáticos recién diagnosticados, con la finalidad de reducir el estrés generado por el impacto de la noticia.

El diseño utilizado será N=1, ya que las muestras son muy difíciles de igualar; puesto que las personas se contagian por diferentes vías de transmisión, la población afectada abarca diferentes estratos sociales, culturales, económicos, de sexo, edad y creencia religiosa. Otro motivo es que el desarrollo de la enfermedad es diferente en cada individuo. Es difícil que se encuentre una muestra numerosa ya que por lo general se localiza a los seropositivos cuando tienen alguna manifestación clínica.

La prueba de McNemar para significación de los cambios es particularmente apropiada para los diseños de "antes y después" en los que cada persona es usada como su propio control y en la medida tiene la fuerza de una escala nominal y ordinal. Así podría usarse para probar la efectividad de un tratamiento particular (Siegel, 1986).

Mucho se dice que los pacientes atraviesan por una serie de trastornos psicológicos generadores de estrés; sin embargo, poco es lo que se ha investigado en torno a ello, ya se había señalado que la seropositividad implica vida, de ahí la importancia de

brindar apoyo psicológico cuando aún no se han presentado síntomas físicos. Sin lugar a dudas en la fase terminal se requiere apoyo psicológico, pero de otra índole.

7 OBJETIVOS

7.1 Objetivo General

Utilizar los principios de la medicina conductual, para mejorar la calidad de vida del paciente seropositivo, a través de diferentes técnicas que reducirán el estrés generado por por el impacto de la noticia.

7.2 Objetivos Específicos

1. Evaluación.

1.1 Las terapeutas darán la noticia de la seropositividad al paciente, si el caso lo amerita.

1.2 Las terapeutas evaluarán el nivel de los generadores de estrés (incertidumbre, depresión, ansiedad y obsesión).

1.3 Las terapeutas evaluarán la información general sobre HIV/SIDA que maneje el paciente.

2. Dar información.

2.1 Las terapeutas darán al paciente información procedural.

2.1.1 Las terapeutas darán al paciente información en cuanto al proceso de la enfermedad.

2.1.2 Las terapeutas darán información al paciente en cuanto a los procesos médicos y psicológicos a los que será sometido.

2.2 Las terapeutas darán al paciente información en cuanto al HIV/SIDA.

2.2.1 Las terapeutas darán información al paciente en cuanto a las vías de transmisión y no transmisión.

2.2.2 Las terapeutas darán información al paciente en cuanto a las prácticas de riesgo.

2.2.3 Las terapeutas darán al paciente información sobre el uso adecuado del condón y erotización.

2.3 Las terapeutas darán al paciente información sensorial.

2.3.1 Las terapeutas darán al paciente información sobre las sensaciones y manifestaciones por las enfermedades clínicas que probablemente se le manifestarán.

2.3.2 Las terapeutas darán información al paciente de las condiciones higienicodietéticas que le serían favorables para su estado de salud.

3. Aplicación de técnicas para el manejo del estrés.

3.1 Las terapeutas aplicarán técnicas para elevar la autoestima del paciente.

3.1.1 Las terapeutas evaluarán la autoestima del paciente.

3.1.2 Las terapeutas darán información acerca del significado de la palabra autoestima y sus implicaciones en la vida personal y cotidiana.

3.1.3 Las terapeutas aplicarán una serie de dinámicas para aumentar la autoestima del paciente, si el caso lo amerita.

3.2 Las terapeutas aplicarán técnicas para el manejo del autocontrol.

3.2.1 Las terapeutas evaluarán el autocontrol del paciente.

3.2.2 Las terapeutas darán información acerca del autocontrol y sus implicaciones en la vida personal y cotidiana.

3.2.3 Las terapeutas aplicarán las técnicas para el manejo del autocontrol.

3.3 Las terapeutas aplicarán técnicas para el manejo de la relajación en situaciones estresantes.

3.3.1 las terapeutas darán información acerca de la relajación y sus aplicaciones prácticas.

3.3.2 Las terapeutas aplicarán técnicas de relajación.

3.4 Las terapeutas entrenarán al paciente en cuanto a las técnicas de asertividad.

3.4.1 Las terapeutas evaluarán la asertividad del paciente.

3.4.2 Las terapeutas darán información acerca del término asertividad y sus implicaciones prácticas.

3.4.3 Las terapeutas entrenarán al paciente para que desarrolle habilidades de asertividad.

3.5 Las terapeutas aplicarán la técnica de la T.R.E. (Terapia Racional Emotiva).

3.5.1 Las terapeutas evaluarán los pensamientos irracionales del paciente.

3.5.2 Las terapeutas darán información acerca de la T.R.E. y sus implicaciones en la vida cotidiana.

3.5.3 Las terapeutas aplicarán la T.R.E.

3.6 Las terapeutas aplicarán algunas de las técnicas anteriormente mencionadas (autocontrol, relajación y la T.R.E.).

8 METODOLOGIA

8.1 Sujetos

Participarán personas recientemente diagnosticadas como seropositivos asintomáticos, sin importar edad, sexo, posición social, creencia religiosa, preferencia sexual, vía de transmisión.

8.2 Materiales

Se utilizarán inventarios especialmente diseñados para las evaluaciones respectivas en cada factor generador de estrés en el paciente (ver anexo).

8.3 Escenario

Un cubículo de la CUSI en la ENEP Iztacala

8.4 Procedimiento

1.- Entrevista inicial:

En esta se llevará acabo la recopilación de datos demográficos. Se evaluará al paciente en cuanto a si sabe que es portador del HIV/SIDA; si lo sabe, se realizará una evaluación en cuanto a la información que posee con respecto a la enfermedad, y si no lo sabe, se procederá a darle la noticia. Si el paciente llega en crisis, se procederá a realizar la técnica de Intervención en Crisis.

2.- Entrevista de Evaluación:

En ésta se evaluará el estado de estrés del paciente, producido por el diagnóstico de la enfermedad, con inventarios especialmente diseñados para este caso, así como sus conocimientos sobre sexualidad y SIDA.

Una vez realizado lo anterior, se procederá con el tratamiento, el cual se basará en la utilización de las siguientes técnicas de Modificación de Conducta:

- Intervención en Crisis.
- Información procedural.
- información sensorial.
- Asertividad.
- Autocontrol.
- Relajación.
- T.R.E.

Cabe señalar que estas técnicas serán utilizadas de acuerdo a las necesidades del paciente, sin un orden predeterminado.

9 RESULTADOS

9.1 Descripción de resultados

Inicialmente acudimos a CONASIDA, en busca de apoyo para trabajar con pacientes, el cual se nos negó, justificándose en que otras personas no respetaban el anonimato, por lo que se había decidido negar este tipo de autorizaciones, lo más que podían hacer por nosotras era proporcionar nuestros cuestionarios de evaluación a los pacientes y ellos evaluarlos, pero como ese no era nuestro objetivo decidimos no aceptar.

No dándonos por vencidas y con el objetivo de poner en práctica el servicio de atención a personas seropositivas, se nos prestó un cubículo de la CUSI UNAM campus Iztacala, dicho cubículo fué utilizado para atender a los pacientes que acudieron a solicitar el servicio.

Para darnos a conocer, acudimos a diversas instituciones, con el objetivo de que se canalizara a los pacientes que requirieran de la atención psicológica.

Acudimos a Salubridad del D.F. haciéndoles saber del servicio que prestabamos a través de la ENEP campus Iztacala, en este lugar se nos cuestionó el hecho de otorgar el servicio y se negaron a prestarnos ayuda ya que supuestamente ellos cubrían este tipo de servicio por medio de módulos de información. Posteriormente fuimos al colectivo SOL (Organización no gubernamental de lucha contra el SIDA), exponiéndoles el objetivo de nuestro trabajo en donde muy amablemente nos apoyaron con

ideas nuevas, como la realización de propaganda y la propuesta de una entrevista en la revista que ellos editan, con la finalidad de difundir nuestro servicio, ya que no nos podían apoyar con pacientes, porque no es el objetivo de la organización.

Después de esto decidimos acudir a los hospitales y clínicas del sector salud ubicados en los municipios cercanos a la UNAM campus Iztacala. En el hospital general de Tlalnepantla, se nos dió un trato muy cordial, la epidemióloga nos mencionó la necesidad de contar con este tipo de servicio para sus pacientes señalando que sugerirían el servicio a quien consideraran necesario. De igual modo acudimos al Hospital General de Cuautitlán, Hospital General de Ticomán, Hospital General de Atizapán, HGZ 57, HGZ 58, HGZ 68, HGR 72 y UMF 56, en donde nos entrevistamos con directores, subdirectores y epidemiólogos para darles a conocer el servicio que brindábamos, en todos estos lugares se reconoció la importancia de brindar este servicio, ya que ningún hospital cuenta con él y los pocos que ofrecen asesoría psicológica la brindan a enfermos terminales.

Cabe señalar que se les habló del servicio como una alternativa más, ya que es de igual importancia brindar asesoría psicológica que servicio médico. El objetivo de acudir a diversos hospitales fué porque es allí donde llegan los pacientes, aunque existe la desventaja de que ya presentan alguna manifestación, siendo esto un inconveniente para nuestro trabajo ya que tienen que faltar a muchas de las citas por acudir a la revisión médica y además en un lapso corto su estado de salud se deteriora a tal grado que no pueden seguir acudiendo. Además, acudimos a la

Iglesia de la Comunidad Metropolitana, la cual brinda apoyo espiritual a las personas infectadas por HIV, sin embargo no se nos pudo ayudar porque ellos sólo trabajan con personas terminales. Finalmente nos dirigimos a Ser Humano, en donde nos entrevistamos con un grupo de psicólogos que brindan asesoría psicológica en esta institución, los cuales nos retroalimentaron respecto a nuestro trabajo, pero no pudieron proporcionarnos pacientes, ya que solo tenían subsecuentes y los nuevos ingresos los recibirían hasta que se cambiaran a las nuevas instalaciones.

Al cabo de algunos meses nos pusimos en contacto con algunos hospitales anteriormente visitados, sin embargo nos refirieron que a pesar de haber detectado algunos casos y dada la importancia de nuestro servicio, éstos se negaban a acudir por considerarlo incesario o por minimizar su situación. Por estas razones se decidió reportar los siguientes casos.

CASO 1

DATOS GENERALES:

Sexo: Masculino
Edad: 38 años
Edo. Civil: Casado
Escolaridad: Primaria
Religion: Católico

ANTECEDENTES

Fue detectado a través de un consultorio médico particular, canalizado por las manifestaciones clínicas que presentaba, a sugerencia nuestra se le realizaron las pruebas de detección correspondientes, de las cuales se obtuvo un resultado positivo.

Cabe señalar que el paciente provenía del Estado de Guerrero, estaba separado de su esposa desde hace más de cinco años, por lo que sólo contaba con el apoyo de su madre. Estuvo viviendo una larga temporada en E.U., en donde tuvo múltiples parejas sexuales.

ASPECTO FISICO

Su aspecto general lucía alineado, llevaba corto y peinado el cabello, se veía delgado, sin embargo aparentaba buena salud.

INTERVENCION

SESION 1 "Establecimiento de rapport"

- a) Recopilación de datos generales
- b) Recopilación de la situación familiar

SESION 2 "Evaluación y dar la noticia"

- a) Evaluación respecto a su estado de salud
- b) Evaluación respecto a lo que sabía del HIV/SIDA

c) Se le informó que era portador del HIV

SESION 3 "Educativa"

- a) Concepto de salud y enfermedad
- b) Diferencia entre HIV/SIDA
- c) Etapas de la enfermedad
- d) Precauciones para llevar una vida sana
- e) Uso adecuado del condón

SESION 4 "Evaluación del aspecto psicológico"

a) Aplicación de los inventarios de insertidumbre, obsesion y depresion.

Esta sesión no se realizó porque el paciente no regresó, cabe señalar que unos meses después nos enteramos de su deceso.

DESGLOSE POR AREAS

a) Area Motora

- Mantenía el contacto visual sin embargo al tocar el tema de su enfermedad tendía a evadir.
- Asentía con la cabeza ante cada pregunta.
- Hacía interrupciones constantes utilizando un tono de voz mas alto.
- Su fluidez verbal era adecuada.
- Actividad sexual interrumpida.

b) Area Fisiológica

- Reportó haber tenido insomnio
- Presentó sudoración

c) Area Cognitiva Emocional

- Aparente tranquilidad ante la noticia.
- Se identificaron sentimientos de negación ante la enfermedad.

- Se identificaron evasiones respecto a la misma.

d) Area Familiar

- Se identificó un total rompimiento con su esposa e hijos.
- Manifestó tener como único apoyo a su madre.
- Señaló estar seguro de que su esposa no estaba contagiada.
- Manifestó haber roto con su familia política, a raíz del rompimiento con su esposa.

e) Area Social

- Abandono de empleo por su estado de salud.
- Cambio total en sus actividades de esparcimiento.
- Alejamiento de sus amigos y de sus compañeras sexuales.

f) Manifestaciones Clínicas

- Pérdida de peso.
- Diarrea persistente.
- Problemas digestivos.
- Hongos en los pies.

CASO 2

DATOS GENERALES

Sexo: Masculino
Edad: 24 años
Edo. Civil: Soltero
Escolaridad: Primaria
Religion: Católica

ANTECEDENTES

Fué detectado a través de la clínica de educación especial de la ENEP Iztacala, ubicada en San Miguel Chalma, ya que su cuñada decidió asesorarse con la psicóloga que coordina la práctica de educación especial. Se realizó una visita domiciliaria a fin de localizarlo. Reportó haber sido diagnosticado paciente con SIDA por un médico particular unos meses antes.

ASPECTO FISICO

Su aspecto general lucía desmejorado, muy delgado, tez pálida y acudió a las sesiones arropado, a pesar de que el clima no lo ameritaba.

INTERVENCION

SESION 1 "Visita domiciliaria"

- a) Entrevista con su cuñada, para aproximarnos al caso.
- b) Datos generales y planteamiento del problema.
- c) Entrevista inicial con el paciente y establecimiento de rapport.
- d) Planteamiento de su historia clínica.

SESION 2 "Evaluacion"

- a) Aproximación a su aceptación de ser seropositivo.
- b) Evaluación general sobre su historia personal y general.
- c) Evaluación sobre el conocimiento de su enfermedad.

SESION 3 "Entrevista con la hermana del paciente"

- a) Perspectiva de la problemática.
- b) Planteamiento de la necesidad de reeducar a al familia.

SESION 4 "Inicio terapeutico"

- a) Entrenamiento en relajación, no logrado.
- b) Cuestionamiento en cuanto a sus conductas problema.

SESION 5 "Relajación"

No se llevó a cabo, ya que el paciente no se presentó. Su hermana reportó una recaída grave, por lo que requirió ser hospitalizado de urgencia. Así mismo, señaló que en estudios realizados al paciente se le encontró daño neurológico.

DESGLOSE POR AREAS

a) Area Motora

- Contacto visual nulo.
- En la entrevista realizada en su casa se levantaba con frecuencia de su asiento.
- Se tapaba la boca con un pañuelo.
- Al estar sentado se movía con frecuencia.
- Su tono de voz era bajo y su fluidez verbal era lenta.
- En la sesión cuatro, salió de las instalaciones, retornando tiempo después, cargando bolsas con basura y ropa sucia que había tomado de un bote de basura cercano.

- La familia reportó, que con frecuencia se metía a casa de los vecinos y robaba objetos inservibles.
- Así mismo señalaron que con frecuencia, salía de su casa por las noches y caminaba sin rumbo fijo.

b) Area Fisiológica

- Reportó sufrir de insomnio.
- Se observó sudoración persistente durante todas las sesiones.
- Reportó tener taquicardia con frecuencia.

c) Area Cognitivo Emocional

- Se identificaron una serie de incoherencias en sus expresiones verbales, ya que hacía referencia a apariciones de un fraile, una mujer que señaló era la muerte, y de personajes divinos.
- Manifestó tener pesadillas frecuentes respecto a estos personajes.
- Justificaba sus conductas problema de forma absurda e incoherente.
- Señaló sentirse con frecuencia triste y deprimido.
- Se identificaron sentimientos de negación en cuanto a su responsabilidad de haber contraído la enfermedad.
- Se identificaron fantasías en la forma de contagio.
- Se identificó un temor excesivo hacia la muerte.

d) Area Familiar

- Aparente apoyo de la familia, sin embargo fue apartado de la casa familiar, ubicándolo en un cuarto, con baño y utensilios de limpieza y alimentación separados.
- Se identificaron sentimientos de soledad, alejamiento y abandono de la familia.

- Se identificó en la familia un creciente temor a ser contagiados y a que los vecinos y amigos se enteraran de su situación.

e) Area Social

- Abandono de empleo por su estado de salud.
- Muerte reciente de su novia, por causas desconocidas.
- Nula presencia de actividades de esparcimiento.
- Escaso contacto con amigos.
- Alejamiento y actitud negativa por parte de los vecinos, a causa de sus conductas problema.

f) Manifestaciones Clínicas

- Daño cerebral.
- Tos persistente.
- Diarrea.
- Presencia de hongos en pies y uñas de las manos.
- Pérdida de peso

CASO 3

DATOS GENERALES

Sexo: Masculino
Edad: 41 años
Edo. Civil: Casado
Escolaridad: Secundaria
Religion: Católica

ANTECEDENTES

Se presentó al programa PAPPS (Programa de Atención Psicológica a Personas Seropositivas), ya que se enteró del servicio a través de la propaganda que ubicó en el HGZ 58. Fué diagnosticado un mes antes al presentar diarea persistente y neumonía.

ASPECTO FISICO

Su aspecto físico lucía descuidado, llevaba el cabello largo y la barba entrecrecida, se observaba delgado y pálido.

INTERVENCION

SESION 1 "Establecimiento de rapport"

- a) Recopilación de datos demográficos.
- b) Planteamiento del problema.
- c) Establecimiento de metas.

SESION 2 "Evaluacion"

- a) Aplicación del inventario de incertidumbre y obsesión.
- b) Evaluación respecto a lo que sabía de sus enfermedad.

SESION 3 "Entrevista con la esposa"

- a) Intervención en crisis.
- b) Planteamiento de su perspectiva de la problemática.

c) Evaluación respecto a lo que sabe de la enfermedad.

SESION 4 "Inicio Terapéutico"

- a) Retroalimentación respecto a su conocimiento de la enfermedad.
- b) Orientación terapéutica respecto a la forma de intervención.

SESION 5 "Terapia"

a) Entrenamiento en relajación.

Esta sesión no se llevó a cabo porque el paciente fué internado por presentar neumonía.

DESGLOSE POR AREAS

a) Area Motora

- Nulo contacto visual.
- Tono de voz bajo.
- Hablaba de forma pausada y hacía largos silencios, a fin de contener el llanto.
- Constantemente se tocaba los ojos.
- Realización de testamento.
- Se casó por el civil y la iglesia.
- Se frotaba con frecuencia las manos.
- Cambió sus hábitos de aseo

b) Area Fisiológica

- Presentó llanto y sudoración constante durante las sesiones.
- Refirió haber tenido insomnio.
- Manifestó haber tenido dolor de cabeza y sensación de vacío en el estómago.
- Refirió sentirse constantemente cansado.
- Manifestó tener taquicardia.

c) Area Cognitivo Emocional

- Pensamientos obsesivos respecto a la muerte.
- Pensamientos obsesivos respecto a la forma en que pudo haberse contagiado.
- Se identificaron sentimientos de culpa.
- Manifestó temor de que su pareja estuviera infectada.
- Se identificaron pensamientos de vivir intensamente.
- Incertidumbre respecto al futuro propio y al de su familia.
- Temor a que sus hijos sean rechazados por su causa.
- Mala información respecto a su enfermedad.
- Pensamientos acerca del suicidio.
- Se identificaron sentimientos de inutilidad.
- Manifestó no tener deseos de vivir.

d) Area Familiar

- Manifiesta sentirse alejado de su esposa e hijos.
- Poca comunicación con su pareja.
- Sus hijos están enterados de su enfermedad, no así sus yernos y nueras.
- Aparente apoyo por parte de su esposa.
- Su esposa manifestó que sus hijos temen por la muerte de su padre.

e) Area Social

- Reportó un cambio total en sus actividades de esparcimiento.
- Alejamiento de sus amigos.
- Abandono de empleo.
- Poco interés en reincorporarse a sus actividades sociales.

d) Manifestaciones Clínicas

- Pérdida de peso.

- Fiebres continuas.
- Tos persistente.
- Neumonía recurrente.

CASO 4.

DATOS GENERALES.

Sexo: Masculino.

Edad: 41 años.

Estado civil: Soltero

Escolaridad: Primaria.

Religion: Ninguna.

ANTECEDENTES.

Fué canalizado del Hospital General de Cuautitlán, Estado de México, ya que solicitó tratamiento médico y psicológico para su enfermedad. Hace cuatro años en Estados Unidos, le realizaron un exámen médico, en donde le informaron la posibilidad de que fuera portador del HIV, sin embargo esto lo ratificaron un año despues en México ya que presentaba manchas en la piel por lo que acudio con un médico general quien le informó que " tenía SIDA". En la actualidad vive con su madre, hermanos y sobrinos. Cabe señalar que manifiesta ser alcohólico y haber utilizado drogas como cocaína y heroína, en la actualidad fuma marihuana

ASPECTO FISICO.

Su aspecto general, lucía limpio y arreglado, con modales finos, complexión delgada, presentaba manchas oscuras en la cara, las cuales cubría con maquillaje. En todas las sesiones se presentó excesivamente arropado a pesar de que el clima no lo ameritaba.

INTERVENCION.

SESION 1. "Establecimiento de rapport"

a) Presentación del servicio.

b) Planteamiento de expectativas.

c) Planteamiento del problema

SESION 2 "Entrevista con su hermana".

a) Sondeo acerca del apoyo familiar.

b) Evaluación respecto a su conocimiento de la enfermedad.

c) Planteamiento de la necesidad de reeducar a la familia.

SESION 3 "Seguimiento de la entrevista inicial"

a) Información complementaria de su historia clínica..

b) Configuración familiar

SESION 4. "Evaluación".

a) Aplicación del cuestionario de sexualidad.

b) Evaluación sobre HIV/SIDA: (tómbola de preguntas).

c) Evaluación de mitos y tabúes respecto a la sexualidad y a la enfermedad.

d) Aplicación de los inventarios de incertidumbre y ansiedad.

SESION 5. "Educativa":

a) Información sobre sexualidad.

b) Información sensorial y procedural de HIV/SIDA.

c) Formas de protección para llevar una vida sana.

SESION 6. "Educativa".

a) Derechos de las personas que viven con HIV/SIDA.

b) Uso adecuado del condón.

c) Retroalimentación de dudas.

SESION 7. "Inicio del proceso terapéutico".

a) Entrenamiento en habilidades de comunicación y asertividad.

b) Inicio de autoregistro.

SESION 8 "Terapia".

- a) Dinámica "VIDA VS MUERTE"
- b) Retroalimentación.
- c) Canción "VIVE"
- d) Técnica de la hoja blanca.
- c) Relajación.

SESION NO REALIZADA.

DESGLOSE POR AREAS.

- a) Area motora
 - Mantenía el contacto visual.
 - Durante la primer sesión, permanecía inmóvil en su silla, al paso de las mismas comenzó a realizar algunas expresiones corporales, como recargarse en el escritorio, frotarse las manos, tocar su cara.
 - Durante todas las sesiones presentó temblor de manos.
 - Su tono de voz era bajo, hablaba de forma pausada y hacía largos silencios.
 - Reporta el consumo de drogas y alcohol.
- b) Area Fisiológica
 - Presentó sudoración de manos durante toda la evaluación.
 - Manifestó tener insomnio frecuente
 - Reportó sensación de manos y pies fríos sin correlación con la temperatura.
 - Reportó taquicardia frecuente
 - Manifestó tener sensación de vacío en el estomago.
 - Señaló sentirse permanentemente cansado.
- c) Area Cognitivo-emocional

- Se identificaron pensamientos de incertidumbre enfocados a las enfermedades que va a desarrollar, al tiempo que tardará en desarrollar SIDA, al tiempo que va a estar sano, a la forma en que obtendrá dinero para sus medicamentos y a la forma en que va a morir.

- Se identifican sentimientos de negación respecto a su estado de salud.

d) Area Familiar.

- Discusiones con su madre, por realizar limpieza que él considera exagerada.

- Distanciamiento de sus sobrinos:

- Rechazo encubierto por parte de su madre, hermanos y cuñados

e) Area Social.

- Abandono de empleo por su estado de salud

- Abandono de sus actividades de esparcimiento.

- Alejamiento de sus amigos, a fin de no consumir alcohol y/o drogas.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

- Manchas oscuras en la cara.

- Laceraciones en las manos, causadas por hongos.

- Tumor en la pierna Izquierda.

- Pérdida de peso.

10 DISCUSION Y CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos, pudimos observar que existen grandes diferencias entre cada uno de los pacientes atendidos. De acuerdo a las manifestaciones clínicas podemos señalar que los pacientes 1, 2 y 3; presentaban un mayor deterioro en su estado de salud, a diferencia del sujeto 4, lo cual influyó notablemente en el proceso terapéutico. ya que en el caso del paciente 1 el trabajo se vió interrumpido por su deceso. En el caso del segundo paciente, no se pudo aplicar el proceso terapéutico, debido al daño cerebral que presentaba. Con el tercer paciente, más de una vez se suspendió la sesión debido a que su estado de salud no le permitía salir de su casa. Por el contrario el paciente 4 continuó con la terapia durante un lapso mayor ya que su estado de salud permanecía estable, sin embargo el trabajo terapéutico se interrumpió debido a su necesidad de trabajar a fin de cubrir los gastos que implicaba el tratamiento médico.

Ante esto podemos señalar que las personas no acuden a hacerse las pruebas de detección, si no tienen algún síntoma que no pueda relacionarse con otra enfermedad, esto se debe al concepto generalizado que tiene la población de que si no se tiene una manifestación clínica, no se está enfermo, por lo que

estamos seguras, que mientras estas ideas no sean modificadas, es prácticamente imposible concientizar a la población del hecho de que si se tienen prácticas de riesgo, es necesario realizarse las pruebas pertinentes, lo cual permitirá que la intervención médica y psicológica, realmente mejore la calidad de vida de los pacientes.

Otro factor que influye notablemente en lo anterior, es el hecho de que tanto los pacientes como sus familiares carecían completamente de información veraz sobre sexualidad y HIV/SIDA, lo cual es muy preocupante ya que como señala Gallo, (1989) hablar de SIDA, es hablar de sexualidad, en primera, porque todos nuestros pacientes reportaron haberse contagiado por vía sexual de igual forma que los casos reportados en México, (Ver cuadro de estadísticas) y en segunda por que los mitos y tabúes traen como consecuencia el rechazo implícito o explícito por parte de los familiares o amigos de nuestros pacientes. Y entonces surge la pregunta, ¿en dónde está la información proporcionada por las campañas realizadas en nuestro país?

La respuesta es simple, **en ningún lado**, ya que la información proporcionada, debe de ir más allá de la simple teoría, de ser sesible y humanizada, que le haga sentir a la gente que puede ser utilizada en su vida cotidiana, ya que por ejemplo nuestros pacientes a pesar de tener toda la información teórica de las vías de transmisión, no podían evitar el pensar que podían contagiar a alguien por medio del contacto casual. Por lo que es

necesario llevar al paciente, a su familia y a la población en general a una asimilación vivencial y cotidiana de la información que se le proporcione.

La educación en la familia del paciente, es de vital importancia, ya que su ignorancia acrecenta el rechazo y la estigmatización de los mismos hacia el paciente, lo cual acrecentó el estrés que se generó al saberse seropositivo, al perder el empleo y al percibir su deterioro de salud.

Al trabajar con los pacientes, pudimos comprobar que el brindar información procedural (enfocada al proceso de la enfermedad y al proceso médico) y sensorial (relacionado con los síntomas y sensaciones que probablemente experimentará) disminuye el estrés ya que la principal causa de incertidumbre gira en torno a la forma de vida futura y al tiempo en que llegaría la muerte (Meichenbaum, 1987).

En la mayoría de nuestros pacientes encontramos que el estrés se genera desde el momento en que personal no capacitado y con falta de información es el encargado en los centros hospitalarios de dar la noticia en forma abrupta, rechazando señalando y agrediendo a los pacientes. Este es un grave error, ya que como señala Miller (1989) es en este momento cuando el paciente necesita tener mayor confianza y contacto humano, lo cual evita los pensamientos obsesivos respecto al rechazo, la estigmatización, las expectativas negativas y los pensamientos suicidas. Consideramos que para evitar que esto suceda es necesario que las personas que realicen esta labor esten

capacitadas y sensibilizadas ante la problemática, ya que es la primera ayuda, la que puede dar la pauta para que el paciente tenga una perspectiva positiva de su futuro.

Sin lugar a dudas el hecho de saberse portadores del HIV, trae consigo manifestaciones psicológicas como la incertidumbre, la ansiedad, la depresión, y la obsesión, los cuales generan estrés, pero la intensidad de cada uno de ellos se manifiesta de diferente manera en cada uno de nuestros pacientes, de acuerdo a su historia personal, sexual, familiar, social y al grado de avance de la enfermedad. Por lo que afirmamos que no podemos generalizar en las manifestaciones psicológicas que se presentarán en cada paciente, a pesar de que como puede observarse en los resultados, son similares, sin embargo el proceso terapéutico debe ser diferente en cada uno de los pacientes de acuerdo a las necesidades que presente. Por lo que el psicólogo que esté llevando el caso debe estar informado y sensibilizado, además de ser creativo y flexible en la elaboración del proceso terapéutico.

Desafortunadamente por el corto tiempo del proceso terapéutico que llevamos a cabo, no pudimos comprobar que el manejo del estrés ayude a disminuir la inmunosupresión en los pacientes tratados, pero SI PODEMOS SEÑALAR QUE FAVORECIO SU CALIDAD DE VIDA, ya que su autoestima y sus expectativas de vida mejoraron. Una de las principales limitaciones de nuestro trabajo, fué el tiempo en que se llevó a cabo el proceso terapéutico y el número de pacientes atendidos ya que entre mayor sea el número de personas atendidas y el lapso del proceso

terapéutico se obtendrá un mayor número de datos a fin de ampliar los conocimientos respecto a los efectos psicológicos que trae como consecuencia una enfermedad estigmatizada y mortal, sobre todo en México en donde se carece de este tipo de datos los cuales ayudarán a mejorar el servicio terapéutico que se les brinda.

Cabe señalar que para lograr lo anterior es de vital importancia la creación y permanencia de un servicio multidisciplinario que reúna todos los requisitos para la atención de los pacientes que padecen esta enfermedad, ya que contrario al pensamiento general cada día aumentan los casos de SIDA, en México e incluso hay quien afirma que para el año 2000 todos tendremos alguna persona cercana que lo padezca. Por lo que este servicio debe contar con una campaña permanente de información sobre derechos humanos de las personas que viven con HIV/SIDA (ver Anexo), e información general sobre la enfermedad.

Sabemos que este proyecto es muy amplio, por lo que se requiere de mucho trabajo pero es necesaria su implementación sobre todo en el norte de la ciudad y municipios colindantes en donde se carece totalmente de este trabajo.

11 BIBLIOGRAFIA

- Acción en SIDA (Boletín Internacional sobre prevención y atención del SIDA), No. 10 abril-junio, 1991.
- Acción en SIDA (Boletín Internacional sobre prevención y atención del SIDA), No. 22 abril-junio, 1994.
- Arjonilla, E. y Acevedo, M. P. (1992): Crecer en los tiempos del SIDA. México, CONASIDA. 28 pag 28.
- Avila-Costa, M.R. (1988): "Análisis de los valores y actitudes y su posible influencia en el ámbito de la Psicología Clínica". Tesis de Licenciatura en Psicología, ENEP Iztacala.
- Boletín mensual de CONASIDA "Transmisión perinatal del VIH". Año 1, No. 8, septiembre de 1987.
- Birk, L. (ed) (1973): Biofeedback: Behavioral medicine. Grune & Stratton, New York.
- CONASIDA "El SIDA y el sistema inmune". Año 1, No. 4, diciembre de 1988.
- CONASIDA "Mitos y realidades sobre la transmisión del HIV" Año 1, No. 4, diciembre de 1988.

- CONASIDA "Nos ponemos un condón", octubre, 1992.*
- CONASIDA "Declaración de la reunión de consulta de Ginebra Lactancia, Leche materna y HIV", octubre, 1992.*
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ed. Alco, México.
- Deme, J. (1994) "Filadelfia" (película)
- Dunn, M. "Hazlo seguro" (película)
- Enciclopedia Secretos de la pareja, (1994), Tomo 1 pag. 162, Barcelona.
- Enciclopedia de la Sexualidad, (1993) Tomo 1, México Ed. Oceano.
- Fontana, D. (1989) Control del estrés, México, Manual Moderno, p.p. 1-25.
- Gallo, R. C. y Montognier, L. (1989). El SIDA, Barcelona, Prensa científica, Caps. 1,3,5 y 9.
- Guyton, A. C. (1989) Tratado de Fisiología médica, México, Interamericana, Mc Graw-Hill, p.p. 60-68.

- Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica, Boletín mensual de SIDA/ETS (México), 8,3: 2616- 2633, marzo 1994.
- Johnson, E. (1992) Tu puedes evitarlo. México, Planeta. Cap. 1 y 7.
- Lazarus, R. S. (1984) Estrés y procesos cognitivos. Barcelona, Martínez Roca.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984) Stress, Appraisal and Coping. N. Y., Springer Publishing Company p.p. 2-93.
- Letra, suplemento del Nacional, (1994) La manera de como sobrevivimos ahora. No. 1, noviembre.
- Lev General de Salud. Ed. Porrúa, 2a. ed. México, 1987.
- Macary, J. L. (1990) Sexualidad Humana. México, Manual Moderno. Pag. 10-15.
- Meichenbaum, D. (1988) Stress inoculation training. Gran Bretaña, Pergamon Press, cap. 4.
- Meichenbaum, D. y Jaremko, M. E. (1987) Prevención y reducción del estrés. Bilbao, Desclée de Brouwer.

- Miller, D. (1989) Viviendo con SIDA. México, Manual Moderno. 141 pag.
- Mora, G. J.; Palacios, M. H. y Valdespino, G. J. "Las pruebas de detección y su significado". En Gaceta CONASIDA. Año 1, No. 8, octubre 1988.
- Noticias Positivas, Boletín de San Francisco AIDS Foundation. "Vida sexual para personas con VIH". No. 7, otoño 1992.
- Nueva Ley Federal el Trabajo Tematizada y Sistematizada. Ed. Trillas, México.
- Organización Mundial de la Salud (1986): Concepto de Salud-Enfermedad. Boletín de la Declaración Universal sobre Salud, Alma Ata, U.R.S.S.
- Ortiz, V. "En torno a la muerte, reflexiones introductorias" En Boletín estatal para la prevención y control del SIDA. Año 2, No. 6, Enero/Abril, 1992.
- Pomerleau, O. & Brady, J.P. (eds) (1979): Behavioral medicine: Theory and practice. Williams & Wilkins, Baltimore.
- Prokop, C.K., & Bradley, L.A. (eds) (1981): Medical Psychology. Contributions to Behavioral Medicine. Academic Press, N.Y.

- Reyes, R. E. y Navarro, R. P. (1990) Enfermedades infecciosas virales. Venezuela, Desinlimited, pag. 265-279.
- Reynoso-Eraza, L. (1982): Desarrollo y concepto actual de salud. En: Jornadas de Aniversario de la ENEP Iztacala.
- Rice, P. L. (1991): Stress and health. U.S.U., Pacific Grove, cap. 1 y 5.
- Schwartz, G.E. & Weiss, S.M. (1977): What is behavioral medicine? Psychosomatic Medicine 39:377-381
- Schwartz, G.E & Weiss, S.M. (1978): Behavioral medicine revisited: An amended definition. Journal of Behavioral Medicine 1:249-251.
- Siegel, S. (1986) Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. México, Trillas, p. p. 52-55 y 86-91.
- Soberon, G. (1988) SIDA Características generales. un problema de salud pública.
- Stein, M. y Miller, A. H. En: Goldenberg, L. y Breznitz, S. (1993) Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects, N. Y. The Free Press p.p. 127-138.

- Ulrich, R.E. (1972): Control de la conducta humana. Ed. Trillas, México.

- Valdez, M. (1986) Psicobiología del estrés. Barcelona, Martínez Roca.

* Material distribuido durante el curso HIV/SIDA, impartido por CONASIDA en octubre de 1992.

12 ANEXOS

12.1 Instrumentos de evaluación

DATOS DEMOGRAFICOS

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Edo. Civil: _____ Religión: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

¿Cómo se entero del servicio? _____

Nombre con quien recurrir en caso necesario: _____

Dirección y teléfono: _____

¿Con quién vive? _____

Nombre: Edad: Ocupación: Parentesco: _____

DATOS ECONOMICOS

¿Quién aporta al gasto familiar? _____

¿Cuántos salarios mínimos a la quincena? _____

Su casa es: Rentada Propia Prestada

¿Cuenta la casa con los servicios de urbanidad? _____

¿Cuántas habitaciones tiene la casa? _____

¿Cuenta con automóvil? _____

¿Su trabajo es temporal o de planta? _____

¿Cuánto tiempo lleva desempeñando ese trabajo? _____

CONFIGURACION FAMILIAR

¿Quiénes conforman su familia de origen?

Parentesco: Nombre: Edad: Ocupación:

¿Cómo es su relación con cada uno de ellos?

Muy Buena Buena Regular Mala Pésima

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuándo se enteró que era portador del HIV? _____

¿Cómo se enteró? _____

¿Quién se lo dijo? _____

¿Quién más lo sabe? _____

Tiempo transcurrido del día que se enteró a la fecha? _____

Tipo de contagio: Especifique: _____

Existen otras personas contagiadas que usted lo sepa y hayan tenido algún contacto con usted? _____

¿Cuántas? _____

¿Quiénes? _____

¿Con quién cuenta para que lo apoye? _____

¿Cómo lo sabe? _____

¿En algún momento pensó que le podría suceder? _____

¿Ahora que ya lo sabe que piensa hacer? _____

¿Ha cambiado en algo su relación familiar? _____

¿De qué forma? _____

¿Ha cambiado en algo su relación de trabajo? _____

¿De qué forma? _____

¿Ha cambiado en algo su relación de pareja? _____

¿De qué forma? _____

¿Ha cambiado en algo sus relaciones sociales y de amigos? _____

¿De qué forma? _____

¿Le ha causado algún tipo de depresión esta situación? _____

¿Cómo logra salir de esta? _____

CONSECUENCIAS COGNITIVAS

	A veces	Reguraramente	Siempre
Enojo	_____	_____	_____
Ira	_____	_____	_____
Culpa	_____	_____	_____

Confusión _____
 Vergüenza _____
 Deseos de venganza _____
 Rechazo _____
 Tristeza _____
 Angustia _____
 Soledad _____
 Depresión _____
 Incertidumbre _____
 Obsesión _____

CONSECUENCIAS FISIOLÓGICAS

	A veces	Regularmente	Siempre
Mareos	_____	_____	_____
Dolor de cabeza	_____	_____	_____
Vómito	_____	_____	_____
Dolor de estómago	_____	_____	_____
Sensación de vacío	_____	_____	_____
Taquicardia	_____	_____	_____
Presión baja	_____	_____	_____
Presión alta	_____	_____	_____
Pérdida de peso	_____	_____	_____
Transt. intest.	_____	_____	_____
Náuseas	_____	_____	_____
Dolor muscular	_____	_____	_____

Dolor de piernas _____

Cansancio _____

Temblor de manos _____

Sudoración _____

Manos y pies fríos _____

CONSECUENCIAS CONDUCTUALES

	Sin cambios	Con cambios	más	menos
Aseo	_____	_____	_____	_____
Sueño	_____	_____	_____	_____
Alimentación	_____	_____	_____	_____
Esparcimiento	_____	_____	_____	_____
Trabajo	_____	_____	_____	_____
Estudio	_____	_____	_____	_____
Tabaco	_____	_____	_____	_____
Alcohol	_____	_____	_____	_____
Drogas	_____	_____	_____	_____
Medicamentos	_____	_____	_____	_____
Act. sexual	_____	_____	_____	_____
Insomnio	_____	_____	_____	_____
Llanto	_____	_____	_____	_____

EXPECTATIVAS

¿Ha realizado algún intento para solucionar su problema?

¿Con qué medios cuenta para salir adelante?

Individual: _____

Familiar: _____

De pareja: _____

Económicos: _____

Sociales: _____

Metas a: Corto Mediano Largo

Personal: _____

Familiar: _____

De pareja: _____

Sexual: _____

De salud: _____

Laboral: _____

Amistad: _____

Social: _____

¿Qué espera de la relación terapéutica? _____

¿Cuáles son sus mejores características para salir adelante? _____

OBSERVACIONES TERAPEUTICAS

Aspecto físico: _____

Tono de voz: _____

Lenguaje: _____

Pensamiento coherente: _____

Comentarios _____

RESPUESTAS FISIOLÓGICAS

Tensión arterial: _____

Pulso: _____

Frecuencia respiratoria: _____

Temperatura: _____

Peso: _____ Estatura: _____

EDAD SEXO ESCOLARIDAD OCUPACION

INSTRUCCIONES: Lee cuidadosamente las preguntas de la izquierda y relacionalas con la columna de la derecha, anotando sólo el inciso en la línea. Las respuestas implican más de una opción.

- | | |
|---|---|
| 1.- El aparato reproductor masculino externo, se compone de:
_____ | a) Pene
b) Utero
c) Glande
d) Trompas de Falopio |
| 2.- El aparato reproductor masculino interno, se compone de:
_____ | e) Clítoris
f) Semen
g) Escroto
h) Epidídimo |
| 3.- El aparato reproductor femenino externo, se compone de:
_____ | i) Monte Pubis
j) Labios menores
k) Himen
l) Próstata |
| 4.- El aparato reproductor femenino interno, se compone de:
_____ | m) Ovarios
n) Testículos
o) Labios mayores
p) Vagina
q) Vulva
r) Punto "G" |

INSTRUCCIONES: Lee cuidadosamente las preguntas y anota el inciso que conteste correctamente la pregunta.

1.-¿Qué es sexualidad? ()

- a) Cuando una mujer y un hombre hacen el amor.
- b) Conocer las diferencias entre el hombre y la mujer.
- c) Conocer una diversidad de temas que van desde identificar nuestro cuerpo y el del sexo opuesto, hasta las expresiones y situaciones que nos causan placer.

2.-¿Qué es sexo? ()

- a) La diferencia biológica que define el género masculino y femenino.
- b) Tener relaciones sexuales.
- c) Saber y hablar de aspectos relacionados con sexualidad.

3.- La genitalidad es: ()

- a) Tocarse los genitales.
- b) Tener pene o vagina.
- c) Tener una relación sexual que implique besos y caricias de los órganos genitales y por su puesto el coito.

4.-¿Qué es el coito? ()

- a) Penetración del pene en la vagina o ano.
- b) Introducir los dedos en la vagina.
- c) Besarse y acariciarse.

5.-¿Qué es tener una relación sexual? ()

- a) Masturbarse.
- b) Introducir el pene en la vagina.
- c) La unión de un pareja que implica besos, caricias.

creatividad y en ocasiones coito, ya se a con fines de reproducción o de obtención de placer.

6.-¿Que es el pene? ()

- a) Lugar donde se fabrican los espermatozoides.
- b) Organo sexual masculino, sensible a la estimulación por donde se descarga semen y orina.
- c) Aparato reproductor masculino.

7.-¿Qué son los testículos? ()

- a) Lugar donde se produce la célula sexual masculina.
- b) Lugar donde se guarda el semen.
- c) Lugar donde se produce el semen.

8.- El espermatozoide es: ()

- a) Semen.
- b) Célula sexual masculina, sin la cual no hay fecundación.
- c) Eyaculación.

9.- El semen es: ()

- a) Eyaculación
- b) Espermatozoides inmaduros
- c) Espermatozoides combinados con liquido preeyaculatorio en forma lechosa y viscosa.

10.- La eyaculación es: ()

- a) Expulsión de líquidos corporales
- b) Expulsión de semen (orgasmo masculino)
- c) Expulsión del líquido preeyaculatorio

11.-¿Que son los ovarios? ()

- a) Los órganos que producen la célula sexual femenina
- b) Los órganos que producen la fecundación

- c) La célula sexual femenina
- 12.-¿Qué son los óvulos? ()
- a) Las hormonas que contribuyen al deseo sexual
 - b) Organó sexual femenino
 - c) Célula sexual femenina, sin la cual no hay fecundación
- 13.-¿Que son las trompas de Falopio? ()
- a) Conductos seminales
 - b) Lugar donde ocurre la fecundación del óvulo
 - c) Pared vaginal
- 14.-¿Qué es el útero? ()
- a) Organó hueco donde se desarrolla el embrión
 - b) Lugar donde se fecunda el óvulo
 - c) Organó que produce los ovarios
- 15.-¿Qué es la vagina? ()
- a) La matriz
 - b) Organó que indica si una mujer es virgen
 - c) Organó que recibe al pene durante el coito y comunica a los órganos internos con los externos.
- 16.-¿Qué es el himen? ()
- a) Lo que nos indica si una mujer es virgen
 - b) Tejido que cierra el orificio externo de la vagina
 - c) Músculos que cierran la entrada de la vagina
- 17.- La vulva es: ()
- a) Organó que comunica labios menores y mayores
 - b) Parte externa del aparato reproductor femenino
 - c) Aparato reproductor interno de la mujer
- 18.- El clítoris es: ()

- a) Región que se encuentra en el pubis
 - b) Pliegue de los labios mayores en forma de cono
 - c) Estructura que contiene abundantes terminaciones nerviosas, son de mayor excitabilidad en la mujer.
- 19.-¿Qué es la menstruación? ()
- a) Cuando un óvulo se fecunda
 - b) Un óvulo inmaduro que sale por la vagina
 - c) Óvulo no fecundado y endometrio que se desprende en forma de sangrado.
- 20.-¿Puede haber menstruación sin ovulación? ()
- a) Si
 - b) No
 - c) No se
- 21.-¿Que es la menopausia? ()
- a) Cuando se suspende el ciclo menstrual
 - b) Cuando una mujer no tiene vida sexual
 - c) Cuando un hombre deja de producir espermatozoides
- 22.- Cuando hablamos de fellatio y cunnilingus hacemos referencia a: ()
- a) Relación sexual anal
 - b) Relación sexual sadico-masoquista
 - c) Relación buco-genital (boca-pene, boca-vulva)
- 23.- La fecundación es: ()
- a) La unión del óvulo y el espermatozoide
 - b) Cuando un óvulo madura
 - c) Cuando un espermatozoide es capaz de fecundar
- 24.- Los nueve meses de gestación se cuentan a partir de: ()

- a) La última relación sexual
 - b) La última vez que hubo ovulación
 - c) La última menstruación
- 25.-¿Qué son las zonas erógenas? ()
- a) El pene y la vagina
 - b) Las partes del cuerpo alrededor de los genitales
 - c) Partes del cuerpo que poseen terminaciones nerviosas y provocan excitación sexual
- 26.-¿Qué es la masturbación? ()
- a) El acto de autoestimularse sexualmente a través de las zonas erógenas y/o los genitales
 - b) Tocar a un homosexual
 - c) Acto de estimular a la pareja con la mano
- 27.-¿Qué es el orgasmo? ()
- a) La excitación que siente un hombre
 - b) Respuesta placentera que es la cima de la satisfacción en una relación sexual
 - c) Cuando un hombre desea tener relaciones sexuales
- 28.-¿Cuales son los tipos de orgasmo femenino? ()
- a) Clitorideo y vaginal
 - b) simple y múltiple
 - c) Con eyaculación y sin ella
- 29.-¿Qué es el "punto G"? ()
- a) Punto que se encuentra en la próstata
 - b) Punto extremadamente sensible que al ser estimulado provoca el orgasmo femenino.
 - c) Punto extremadamente sensible que al ser estimulado

provoca el orgasmo masculino.

30.-¿Qué son los métodos anticonceptivos? ()

- a) Tener los hijos que cada uno desea.
- b) Cualquier medio que permita el coito evitando el embarazo.
- c) Sinónimo de metodos de control de la natalidad.

31.- Los métodos de esterilización son: ()

- a) Ligadura o corte de las trompas de Falopio y corte de los conductos seminales.
- b) Condón, Diafragma, DIU.
- c) Píldoras, Inyecciones y Billings.

32.- El condón se considera: ()

- a) Un anticonceptivo hormonal.
- b) Un anticonceptivo de barrera.
- c) Un anticonceptivo natural.

33.-¿Qué es el aborto? ()

- a) Expulsión del embrión para terminar un embarazo antes de que alcance su desarrollo.
- b) Un parto prematuro.
- c) Nacimiento de un nuevo ser.

34.-¿Que son las enfermedades de transmisión sexual (ETS)? ()

- a) Padecimientos que se transmiten por contacto sexual.
- b) Padecimientos erradicados en México.
- c) Enfermedades que padecen los homosexuales.

35.-¿Cómo se previene el contagio de las ETS? ()

- a) Teniendo múltiples parejas sexuales.
- b) Reduciendo el número de parejas sexuales y utilizando condón.

- c) Utilizando algún método anticonceptivo.
- 36.- El SIDA se transmite a través de: ()
- a) Vía sexual, sanguínea y perinatal.
 - b) Por tener contacto con un enfermo de SIDA.
 - c) Por la orina, el sudor y las lágrimas.
- 37.- La diferencia entre ser seropositivo y tener SIDA es: ()
- a) El primero no contagia y el segundo sí.
 - b) El primero implica portar el virus y el segundo haber desarrollado además una serie de enfermedades.
 - c) No hay diferencia.
- 38.- La homosexualidad es: ()
- a) Una enfermedad.
 - b) Una preferencia sexual hacia el mismo sexo.
 - c) La preferencia sexual hacia ambos sexos.
- 39.- La heterosexualidad es: ()
- a) Una preferencia sexual hacia personas del sexo contrario.
 - b) Tener muchas parejas sexuales.
 - c) Una enfermedad.
- 40.- ¿Qué es el sexo más seguro? ()
- a) Tomar una serie de precauciones durante el acto sexual, que eviten el intercambio de fluidos.
 - b) No tener relaciones sexuales.
 - c) No llegar al coito, es decir, que no haya penetración anal ni vaginal.

INSTRUCCIONES: Contesta falso o verdadero.

- 1.- La mujer debe llegar virgen al matrimonio. ____
- 2.- La masturbación es sucia. ____
- 3.- El SIDA sólo da a homosexuales. ____
- 4.- Las relaciones anales sólo las practican los depravados. ____
- 5.- La mujer no debe participar activamente en el acto sexual. ____
- 6.- La homosexualidad debe ser castigada severamente. ____
- 7.- Las mujeres nunca deben ser infieles. ____
- 8.- Tener relaciones bucogenitales degrada a la mujer. ____
- 9.- La única forma adecuada de tener relaciones sexuales es por vía vaginal. ____
- 10.- las relaciones sexuales son sólo para procrear. ____
- 11.- El aborto debe ser penalizado. ____
- 12.- Sólo deben utilizarse métodos anticonceptivos naturales. ____
- 13.- Los enfermos de HIV/SIDA deben ser alejados de la sociedad. ____
- 14.- Sólo el hombre debe elegir donde, como y cuando tener vida sexual. ____
- 15.- El hombre debe tener múltiples parejas sexuales para aprender. ____
- 16.- El tema de sexualidad no debe ser tratado abiertamente. ____
- 17.- Sólo los heterosexuales son normales. ____
- 18.- El coito sólo debe realizarse dentro del

matrimonio.____.

19.- Utilizar condón provoca que no haya espontaneidad en el acto sexual.____

20.- Sólo a través de la relación sexual (coito) se obtiene placer.____

INVENTARIO DE DEPRESION

INSTRUCCIONES

Escoja la respuesta que indique lo más exactamente posible como se ha sentido usted desde que recibió la noticia de que es portador del HIV.

- | | |
|---|-------|
| 1.- Cuando está solo se deprime? | SI NO |
| 2.- Cuando tiene compañía se deprime? | SI NO |
| 3.- Cuando se siente deprimido busca alguna alternativa para disminuirla? | SI NO |
| 4.- Está usted satisfecho con su vida? | SI NO |
| 5.- Ha pensado terminar con ella? | SI NO |
| 6.- Ha intentado terminar con ella? | SI NO |
| 7.- Siente que su vida está vacía? | SI NO |
| 8.- Ha pensado que el morir acabaría con sus problemas? | SI NO |
| 9.- Ha dejado de interesarse en cosas y actividades que antes hacía? | SI NO |
| 10.- Tiene esperanzas en el mañana? | SI NO |
| 11.- Teme que algo malo le suceda? | SI NO |
| 12.- Hace algo para mejorar el mañana? | SI NO |
| 13.- Se siente nervioso e inquieto? | SI NO |
| 14.- Se siente inútil? | SI NO |
| 15.- Le cuesta trabajo empezar nuevos proyectos? | SI NO |
| 16.- Cree que su situación es desesperante? | SI NO |
| 17.- Cree que la mayoría de la gente está | |

- | | |
|--|-------|
| mejor que usted? | SI NO |
| 18.- A menudo se entristece por cosas pequeñas? | SI NO |
| 19.- Siente a menudo ganas de llorar? | SI NO |
| 20.- Evita el contacto con la gente? | SI NO |
| 21.- Siente que su vida no tiene sentido? | SI NO |
| 22.- Su mente no está tan clara como siempre? | SI NO |
| 23.- Cuando se siente deprimido le da sueño? | SI NO |
| 24.- Se despierta generalmente desanimado? | SI NO |
| 25.- Prefiere quedarse en casa que hacer cosas nuevas? | SI NO |
| 26.- Tiene preocupaciones que no se puede quitar de la cabeza? | SI NO |
| 27.- Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo? | SI NO |
| 28.- Siente que las dificultades se amontonan al grado de no poder superarlas? | SI NO |
| 29.- Le falta confianza en si mismo? | SI NO |
| 30.- Ha perdido la confianza en los demás? | SI NO |
| 31.- Se siente deprimido dos veces por semana? | SI NO |

INVENTARIO DE OBSESIÓN

INSTRUCCIONES A continuación encontrará una serie de situaciones que pueden generarle obsesión, imagínese frente a cada una de ellas y conteste de acuerdo a la siguiente escala:

1. No, Nunca, En lo absoluto.
2. Un poco, A veces.
3. Sin cambios.
4. Frecuentemente, Muchas veces.
5. Bastante, Siempre.

- 1.- Piensa en su enfermedad? _____
- 2.- Piensa en la forma como se contagio? _____
- 3.- Se preocupa por su aseo personal? _____
- 4.- Ha intentado hacer cosas que nunca antes había hecho? _____
- 5.- Piensa que usted tuvo la culpa de lo que sucedió? _____
- 6.- Piensa en su muerte? _____
- 7.- Piensa que no podrá tener más relaciones sexuales? _____
- 8.- Teme al rechazo de las demás personas? _____
- 9.- Quisiera dañar a quien lo contagio? _____
- 10.- Ha pensado en que se quedará solo? _____
- 11.- Ha acudido a más de cinco médicos en busca de una cura? _____
- 12.- Piensa en quién pudo haberlo contagiado? _____
- 13.- Se lava las manos frecuentemente? _____
- 14.- Piensa que no ha vivido lo suficiente? _____
- 15.- Busca al culpable de su situación? _____

- 16.- Se imagina postrado en una cama? _____
- 17.- Piensa que no volverá a obtener placer sexual? _____
- 18.- Piensa en la reacción de las demás personas que se enteren que porta el virus del SIDA? _____
- 19.- Ha pensado en contagiar a los demás? _____
- 20.- Piensa frecuentemente en la soledad? _____
- 21.- Se prestaría para trabajar en cualquier investigación con tal de encontrar una cura? _____
- 22.- Piensa en si pudo haber hecho algo que pudiera contagiar a alguien? _____
- 23.- Procura comer alimentos limpios? _____
- 24.- Quisiera regresar el tiempo para borrar sus errores? _____
- 25.- Busca justificaciones para no sentirse culpable? _____
- 26.- Se imagina gravemente enfermo? _____
- 27.- Le preocupa no tener más relaciones sexuales? _____
- 28.- Le preocupa lo que puedan pensar de su familia? _____
- 29.- Piensa en la venganza? _____
- 30.- Ha sentido que no cuenta con nadie? _____
- 31.- Cualquier enfermedad lo hace pensar que está desarrollando SIDA? _____
- 32.- Ha dejado de tener relaciones sexuales por temor a un contagio? _____
- 33.- Desinfecta sus utensilios de limpieza personal, trastes y ropa? _____
- 34.- Piensa que tiene muchos proyectos por realizar? _____
- 35.- Piensa que usted no tuvo la culpa? _____
- 36.- Piensa en terminar con su vida, antes de verse _____

- enfermo? _____
- 37.- Teme tener problemas de pareja por no satisfacerla sexualmente? _____
- 38.- Piensa que al enterarse se su enfermedad los demás, quede al descubierto su intimidad? _____
- 39.- Siente que la venganza aliviaría su situación? _____
- 40.- Ha pensado en que puede morir: solo? _____
- 41.- Toma varios medicamentos a la misma hora? _____
- 42.- Ha dejado de tener relaciones sexuales por temor de contagiar a alguien? _____
- 43.- Desinfecta el W.C. después de usarlo? _____
- 44.- Siente que es muy joven para morir? _____
- 45.- Piensa que su pareja es la culpable? _____
- 46.- Teme no valerse por si mismo debido a la enfermedad? _____
- 47.- Piensa que su vida sexual nunca volverá a ser igual? _____
- 48.- Teme perder el apoyo de los que le rodean? _____
- 49.- Piensa que la venganza es la solución? _____
- 50.- En estos momentos se siente solo? _____
- 51.- Busca información respecto a la enfermedad? _____
- 52.- Piensa en lo que pudo haber hecho para evitar ser contagiado? _____
- 53.- Procura no tener contacto con personas enfermas? _____
- 54.- Quisiera que los días fueran más largos para realizar más cosas? _____
- 55.- Piensa que pudo hacer algo para no contagiarse y sentirse menos culpable? _____
- 56.- No quisiera terminar sus días en un hospital? _____

- 57.- Piensa que no podrá procrear un hijo? _____
- 58.- Teme ser etiquetado por la sociedad? _____
- 59.- Ha planeado alguna forma de desquitar, por lo que
está pasando? _____
- 60.- Le preocupa que la gente que tiene a su alrededor
lo deje solo? _____

INVENTARIO DE INCERTIDUMBRE

INSTRUCCIONES: Marque con una X el grado de incertidumbre que le causan las situaciones que se le exponen a continuación, de acuerdo a la siguiente escala.

- | | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. |
|--|----|----|----|----|----|
| 1.- Tiempo que va a vivir. | | | | | |
| 2.- Tiempo que tardará en desarrollar síntomas. | | | | | |
| 3.- Tiempo que tardará en desarrollar SIDA. | | | | | |
| 4.- Tiempo que va estar sano. | | | | | |
| 5.- Enfermedades que va a desarrollar. | | | | | |
| 6.- Forma en que va a morir. | | | | | |
| 7.- Podrá seguir trabajando. | | | | | |
| 8.- La forma en que obtendrá dinero. | | | | | |
| 9.- La posibilidad de un despido laboral. | | | | | |
| 10.- Podrá seguir realizando su trabajo eficazmente. | | | | | |
| 11.- La posibilidad de que su pareja sea portadora del virus. | | | | | |
| 12.- El posible rechazo de su pareja. | | | | | |
| 13.- Que pasará con su pareja ante el decaimiento por su enfermedad. | | | | | |
| 14.- Lo que pasará con su relación de pareja. | | | | | |
| 15.- La reacción de su pareja. | | | | | |
| 16.- La posibilidad de que alguno de sus hijos porte el virus. | | | | | |
| 17.- El posible rechazo de sus hijos. | | | | | |
| 18.- El futuro de sus hijos sin usted. | | | | | |

- 19.- La reacción de sus hijos. 1 2 3 4 5
- 20.- El rechazo hacia sus hijos por ser usted portador. 1 2 3 4 5
- 21.- El futuro económico de sus hijos y su pareja. 1 2 3 4 5
- 22.- El posible rechazo por parte de sus padres o hermanos. 1 2 3 4 5
- 23.- Lo que pasará en su relación con ellos. 1 2 3 4 5
- 24.- La reacción de ellos. 1 2 3 4 5
- 25.- El rechazo de amigos, familiares y gente que le rodea. 1 2 3 4 5
- 26.- Lo que pasará cuando se enteren de su estado de salud. 1 2 3 4 5
- 27.- La reacción de amigos, familiares y gente que le rodea. 1 2 3 4 5
- 28.- La forma en que dará la noticia de que porta el virus. 1 2 3 4 5
- 29.- Las personas a las que les dará la noticia. 1 2 3 4 5
- 30.- Como será su vida sexual. 1 2 3 4 5
- 31.- Si podrá seguir obteniendo placer. 1 2 3 4 5
- 32.- Si podrá seguir teniendo relaciones sexuales con la misma frecuencia que antes. 1 2 3 4 5
- 33.- Si podrá tener relaciones sexuales con la misma espontaneidad. 1 2 3 4 5
- 34.- Tener que decirle a su pareja(s) que es portador del virus. 1 2 3 4 5
- 35.- Si podrá tener hijos sanos. 1 2 3 4 5

INVENTARIO DE ANSIEDAD

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo más sinceramente posible.

- 1.- Tiene presencia de palpitaciones?
 - Ante qué situaciones?
 - Cuál es su intensidad? Mucha Regular Poca
 - Cuál es su duración? Segundos Minutos Horas
 - Ante qué situaciones desaparece?
- 2.- Tiene sudoración de manos?
 - Ante qué situaciones?
 - Cuál es su intensidad? Mucha Regular Poca
 - Cuál es su duración? Segundos Minutos Horas
 - Ante qué situaciones desaparece?
- 3.- Sensación de latido de las arterias temporales sin causa aparente.
 - Ante qué situaciones?
 - Cuál es su intensidad? Mucha Regular Poca
 - Cuál es su duración? Segundos Minutos Horas
 - Ante qué situaciones desaparece?
- 4.- Escucha el latido de su corazón sin causa aparente?
 - Ante qué situaciones?
 - Cuál es su intensidad? Mucha Regular Poca
 - Cuál es su duración? Segundos Minutos Horas
 - Ante qué situaciones desaparece?
- 5.- Presenta manos y/o pies fríos sin importar la temperatura?
 - Ante qué situaciones?

- Cuál es su intensidad? Mucha Regular Poca
 Cuál es su duración? Segundos Minutos Horas
 Ante qué situaciones desaparese?
- 6.- Tiene temblor de manos?
 Ante qué situaciones?
 Cuál es su intensidad? Mucha Regular Poca
 Cuál es sus duración? Segundos Minutos Horas
 Ante qué situaciones desaparese?
- 7.- Presenta dolor de cabeza sin causa aparente?
 Ante qué situaciones?
 Cuál es su intensidad? Mucha Regular Poca
 Cuál es su duración? Segundos Minutos Horas
 Ante qué situaciones desaparese?
- 8.- Tiene sensación de frio sin importar la temperatura?
 Ante qué situaciones?
 Cuál es su intensidad? Mucha Regular Poca
 Cuál es su duración? Segundos Minutos Horas
 Ante qué situaciones desaparese?
- 9.- Tiene sensación de cansancio?
 Ante qué situaciones?
 Cuál es su intensidad? Mucha Regular Poca
 Cuál es su duración Segundos Minutos Horas
 Ante qué situaciones desaparese?
- 10.- Tiene sensación de nauseas, mareo o vómito no asociadas
 a la ingestión de alimentos?
 Ante qué situaciones?
 Cuál es su intensidad? Mucha Regular Poca

- | | | | | |
|------|----------------------------------|----------|---------|-------|
| | Cuál es su duración? | Segundos | Minutos | Horas |
| | Ante qué situaciones desaparece? | | | |
| 11.- | Presenta insomnio? | | | |
| | Ante qué situaciones? | | | |
| | Cuál es su intensidad? | Mucha | Regular | Poca |
| | Cuál es su duración? | Segundos | Minutos | Horas |
| | Ante qué situaciones desaparece? | | | |
| 12.- | Mordisquea sus uñas? | | | |
| | Ante qué situaciones? | | | |
| | Cuál es su intensidad? | Mucha | Regular | Poca |
| | Cuál es su duración | Segundos | Minutos | Horas |
| | Ante qué situaciones desaparece? | | | |
| 13.- | Otros, especifique. | | | |

12.2 Derechos humanos de las personas con SIDA

1.-Las personas con HIV/SIDA, tienen los mismos derechos que todos los individuos integrantes de nuestra sociedad, ya que es una garantía establecida en los artículos 1° y 4° Constitucionales, que señalan que todas las personas son iguales ante la ley.

2.-Ninguna persona con HIV/SIDA, puede ser objeto de detención forzosa, aislamiento o segregación social a causa de su enfermedad.

3.- La educación no debe ser negada a ninguna persona con HIV/SIDA, ya que el artículo 3° constitucional establece la educación como una obligación.

4.- Toda persona aún cuando padezca HIV/SIDA, tiene derecho a la salud, porque así lo establece el artículo 4° de la Constitución.

5.- Una persona afectada por el HIV/SIDA no representa motivo de inseguridad en el trabajo, por lo que no es un impedimento para ingresar o continuar laborando en cualquier centro de trabajo como lo señala nuestro artículo 5° Constitucional.

6.-Ningún trabajador está obligado a someterse a exámenes de detección del HIV/SIDA aún cuando el reglamento interior o el contrato colectivo establezcan la obligación del trabajador de someterse a exámenes médicos, no se justifica la realización de estas pruebas.

7.- Se considera que la existencia de una enfermedad contagiosa no es suficiente para que proceda la suspensión de la relación laboral, como lo establece el artículo 42 fracción I de la Ley Federal del Trabajo, sino que tiene que existir la posibilidad real de que con motivo del desempeño del trabajo se exponga a los restantes trabajadores al peligro de contagio.

8.- Una vez que los trabajadores enfermos con HIV/SIDA se encuentren en fase terminal, se puede dar por terminada la relación laboral, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 53, frac. IV, de la ley federal del trabajo.

9.- En caso de que los trabajadores con HIV/SIDA sean injuriados o maltratados, o bien se difunda su estado de salud por parte del patrón, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 51, fracción II de la Ley Federal del Trabajo, tienen derecho a separarse del empleo con la responsabilidad del patrón, el cual tendrá la obligación de indemnizarlos de conformidad con la ley.

10.- Todos los enfermos con HIV/SIDA tienen derecho a incapacidades temporales permanentes o bien a incapacidad total, según el estado de su padecimiento.

11.- Una persona afectada por el HIV/SIDA no puede ser despedido mientras esté en condiciones de realizar su trabajo según el artículo 53 fracción IV de la Ley Federal del Trabajo, el despido es justificado sólo cuando se ha desarrollado el sida en su fase terminal.

12.- Cuando una persona tiene conocimiento de estar infectada por el HIV e intencionalmente contagia a otra por cualquiera de los medios de transmisión identificados actualmente, comete el delito de "peligro de contagio" definido en el artículo 199 bis del Código Penal Federal.

13.- Cuando se tiene la obligación de atender a una persona con HIV/SIDA y se le niega este cuidado, se comete el delito de abandono de personas previsto en el artículo 335 del Código Penal Federal.

14.- Al comunicar el hecho de que una persona esté afectada por el HIV/SIDA, independientemente de que sea cierto o no, se puede cometer el delito de difamación previsto en el artículo 350 del Código Penal Federal.

15.- Si un profesionalista de la salud se niega a atender a una persona por estar infectada con el HIV/SIDA puede cometer el delito de irresponsabilidad profesional previsto en el artículo 228 del Código Penal Federal.

16.- No se debe negar atención médica a una persona con HIV/SIDA ya que los derechos establecidos en el artículo 51 de la Ley General de Salud son: obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idóneas, así como recibir atención profesional y un trato digno por parte de los trabajadores de la salud; independientemente del caso que se trate.

17.- La notificación sobre los casos de HIV/SIDA según el artículo 138 de la Ley General de Salud sólo puede realizarse con fines preventivos y epidemiológicos.

18.- Debe exigirse a un donador de sangre el examen de detección de HIV/SIDA, ya que es una medida de prevención prevista en el artículo 332 de la Ley General de Salud.

19.- El examen de detección del HIV/SIDA y su resultado debe ser confidencial como lo establece el artículo 16 de la Norma Técnica 324 para la prevención y control de la infección por HIV.

20.- La información sobre HIV/SIDA no debe ser censurada ni restringida, ya que el artículo 6° Constitucional establece que todos debemos tener acceso a una información veráz y oportuna referente a esta enfermedad, de su forma de prevención, sus consecuencias y los tratamientos disponibles.

21.- Existe libertad para expresar ideas referentes al SIDA, siempre que no se ataque a la moral, los derechos de terceros o se altere el orden público.