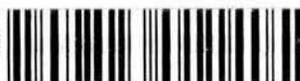




**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

CAMPUS "IZTACALA"

400282



61060

***GRADO DE ACEPTACION O RECHAZO Y NIVELES
DE AUTOESTIMA EN PACIENTES CON SIDA***

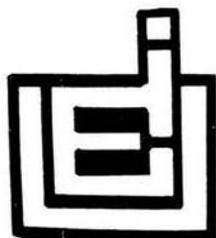
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

MARIA ENRIQUETA VALENCIA AGUILAR



Los Reyes Iztacala

1995



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.



U.N.A.M. CAMPUS
IZTÁCALA

A mis padres, *Eduardo y María de Jesús.*

Por que con su apoyo, enseñanzas y consejos he llegado a realizar una de mis más grandes metas. La cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir, con el amor, cariño y respeto que siempre me han inculcado.

Gracias

María Enriqueta.

A mis queridas y amadas hermanas: Yolanda, Laura, Ma. Magdalena, Ma. de Jesús y Graciela, porque al ver día con día su superación, tanto en el ámbito personal, profesional y en la formación de cada una de sus familias, me alentaban para seguir adelante y lograr un sueño casi imposible.

A ustedes mis cuñados: José, Horacio, Ricardo, Eduardo y Jorge, por su estimación, aprecio y palabras de aliento que me han brindado en su momento.

A tí Jorge muy especialmente por ser de los que siempre estuvieron al tanto de como avanzaba y me sentía para seguir adelante, por tu apoyo y confianza en que lo lograría.

A mis adorados sobrinos: Horacio, Saúl, Josué, Ricardo, José Eduardo, Eduardo y los que vengan, por ser el amor, la luz, la felicidad de cada uno de sus hogares, pero más aún, por ser la vida e ilusión de sus abuelos.

A mi tía Maura y Enrique, y a mis padrinos Javier y Luz María, que siempre me han seguido paso a paso, me han llenado de atención, cariño y amor al igual que mis padres.

A todos ustedes Gracias.

Por ser la persona que más confianza, paciencia, tolerancia, dedicación, impulso y apoyo me ha brindado desde que lo conocí, repercutiendo en la superación de mi trabajo, como persona y ahora para llegar al logro de ser una profesionista, logrando que realizará una buena investigación de campo para mi tesis, siendo mi guía y enseñándome a reconocer mis errores y aciertos para el logro de este trabajo. A usted *Dr. Rogelio Gabaldón Lui*, mi eterno agradecimiento, respeto y cariño.

Lic. Norma Coffin Cabrera, gracias por aceptar ser mi asesora, por brindarme atención y tiempo en el desarrollo tanto del proyecto como de la misma tesis.

Gracias por acceder fungir como mis sinodales y brindarme su tiempo a:

Mtra. Patricia Valladares de la Cruz

Lic. Margarita Rivera Mendoza

Lic. Aracelí Silverio Cortés

Igualmente agradezco su enseñanza y apoyo a:

Eloy Peña C.

Patricia Sierra

Margarita Sánchez

A mis queridos amigos Socorro Cuevas, Socorro Uribe y Joel Muñoz, por su ayuda, comentarios, hospitalidad, tolerancia y paciencia, mi agradecimiento eterno.

Gracias a mis compañeros del "Grupo 53", Generación 90-93, porque cada uno sin saberlo, contribuyeron para que llegara a esta meta, en especial para mis compañeros y amigos quienes ocupan un lugar muy especial en mi mente y corazón:

Mónica

Lilian

Dolores

Nancy

Elizabeth

Ricardo

Enrique

Jesús

y como olvidar al querido Edgar.

"del SIDA, lo más contagioso es el miedo"

Rosa María Roiffel

"El pálido temor se apoderó de mí, -dice Odiseo al llegar al país de los muertos-, temiendo que la ilustre Perséfone me enviase del Hades la cabeza de Gorgo, horrendo monstruo". ¿Qué es lo que hace que el legendario héroe de la Odisea de Homero se retire en tal sobresalto? Es Gorgo, habitante del Tártaro, quien junto con el can Cerbero guarda la entrada de este reino. También llamada Gorgona, Gorgo impide la entrada de los vivos al país de los muertos, mientras que Cerbero no deja a estos abandonar el Hades.

Ya en su ocaso, nuestro siglo ha visto resurgir el rostro de Gorgo: aterrador, espeluznante, horrendo, enloquecedor, apocalíptico. Al igual que entre los griegos no se le quiere mirar de frente; su mirada congela y petrifica: tiene la muerte en los ojos.

Formada por sodomitas, drogadictos, monos verdes, promiscuos cogelones, prostitutas y africanos degenerados, la máscara de Gorgo nos acecha. Entre purulencias, cuerpos apretujados -más hueso que carne en muchos-, miasmas, llagas, podredumbre y corrupción, se dibujan cuatro letras en su frente: SIDA.

Peste, castigo divino, estigma, las metáforas son numerosas. Tener SIDA puede significar perder el empleo, ser expulsado de la escuela, arrojado de la vivienda, abandonado, segregado, despreciado, y hasta no hace mucho, no tener derecho a sepultura. Los prejuicios siempre andan a la caza de nuevos objetos, sangre fresca para poder vivir. Así vuelven a tomar fuerza viejos adjetivos, actitudes ya consideradas como parte de la historia de la intolerancia. El sexo nuevamente en el banquillo de los acusados.

Cesar Carrillo Trueba

INDICE

IZT.

1. Resumen	2
2. Introducción	3
3. Marco Teórico	18
4. Metodología	32
5. Resultados	42
6. Conclusión	47
7. Discusión	50
8. Bibliografía	51
9. Anexos	64

1. RESUMEN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad mortal ya que hasta el momento no existe tratamiento específico ni vacuna capaz de prevenirlo.

La incidencia es ascendente e involucra a enfermos portadores y sus familiares. La magnitud, trascendencia y complejidad del padecimiento, lo ubican como uno de los principales problemas de salud pública internacional que amerita atención multidisciplinaria.

En el contexto social en que nos desenvolvemos, la familia, influye de manera determinante para el desarrollo del individuo con su actitud y la de él hacia ella.

Así en torno a los prejuicios y estigmas asociados al SIDA, encontramos una situación de los enfermos por ser objeto de una doble estigmatización -como enfermos y presumiblemente homosexuales-, debiendo sobrellevar una doble carga psicológica -en tanto que son conscientes de lo incurable de su enfermedad y del rechazo social del que son objeto-.

Debido a ello, el objetivo de la presente investigación fué identificar la autoestima de pacientes con SIDA o VIH y la aceptación o rechazo de la enfermedad por el paciente y su familia. Para este propósito se realizó un estudio de observación pasiva de campo, que permitió identificar estos factores, mediante la aplicación de entrevista personalizada y la Escala de Autoconcepto de Tennessee únicamente a los 17 pacientes.

Las entrevistas tuvieron como resultado 6 pacientes con autocrítica alta, 5 dentro de los límites de la normalidad y 6 con baja. Respecto a la aceptación o rechazo de la enfermedad, 11 pacientes la rechazan y 6 la aceptan llevando una continuidad en su tratamiento. En cuanto a la aceptación o rechazo por parte de los familiares hacia el paciente, se detectó que 10 son rechazados y 7 aceptados, haciendo notar que al ser informados del diagnóstico de su padecimiento, tanto pacientes como familiares, el 100% lo rechazó inicialmente, presentándose cambios emocionales en los pacientes, como distanciamiento, represión hacia su familia y estos a su vez negaron la problemática de fondo que gira alrededor del SIDA.

Por último, considero importante saber más de la autoestima de este tipo de pacientes, que son tan estigmatizados y perjudicados por la familia y sociedad. Esto representa un reto para futuras investigaciones, ya que la comparación con otro tipo de pacientes con características similares, guarda una relación semejante en los cambios en la aceptación, el rechazo y la autoestima.

2. INTRODUCCION

Actualmente el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha constituido como una de las preocupaciones de salud mundial más importante.

Esta enfermedad ha trascendido a tal magnitud, que ocasiona hoy en día que el SIDA sea, sin duda, el padecimiento pandémico que se encarna más fuerte y agresivamente tanto en países desarrollados como aquellos en vías de serlo.

Las siglas SIDA significan:

S = Síndrome (conjunto de síntomas de más de una enfermedad)

ID = Inmunodeficiencia (falta de defensas contra las enfermedades)

A = Adquirida (que se contrae).

Dos podrían ser las características esenciales que distinguen a esta enfermedad de las demás:

- 1) Su novedad, dado que este padecimiento surgió hace apenas unas décadas.

- 2) Su mortalidad, pues hasta la fecha, el hablar de SIDA es hablar de muerte, debido a que no existe cura posible.

Respecto a lo anterior, aún cuando el hombre no ha inventado ni el tifus, ni la peste, ni el cólera, sí, en cambio, ha inventado, la noción de un flagelo colectivo que sólo una acción colectiva puede combatir ⁽⁵⁷⁾. En este sentido, la respuesta a la aparición y expansión del SIDA, muestran la persistencia y recurrencia de la -respuesta social- estereotipada frente a la Peste, caracterizada por un profundo temor, miedo, ignorancia, prejuicios, pánico al contagio, preocupación por la transmisión casual, estigmatización de las víctimas y comportamientos irracionales y contradictorios. (9, 11, 21, 43, 44, 46, 52, 58, 63)

Constituyendo con ésto que el SIDA sea un problema de salud pública de primera magnitud, conlleva a la necesidad de un abordaje multidisciplinario, ya que se trata de un problema bioecológico en el que interactúan huésped, parásito y un

amplio rango de fuerzas psicosociales y medio ambientales concomitantes en el desarrollo de la enfermedad. (14, 20, 25, 30, 43, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60)

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad nueva producida por un retrovirus conocido como Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que ataca el sistema inmunológico del cuerpo (las defensas contra las infecciones), dejando a la persona afectada sin protección contra padecimientos graves; este virus es capaz de instalarse en las células y permanecer durante ocho años o más sin presentar síntomas ni desarrollar la enfermedad. Durante ese tiempo, las personas infectadas pueden transmitir el virus a otras sin saberlo. (1, 10, 13, 14, 16, 25, 30, 33, 35, 38, 53, 62)

El 60% de los individuos infectados desarrollará la enfermedad en un lapso de cinco a seis años y para los diez años prácticamente todos se han enfermado. Una vez que se presenta la enfermedad el 75% muere antes de un año y ninguno sobrevive más de cinco. (64)

Todos los afectados (con o sin síntomas) son potencialmente infecciosos. Cuando se descubrió la enfermedad se pensó que el VIH atacaba solo un tipo de células, actualmente, gracias a la histoimmunquímica, microscopía electrónica, la lista de células víctimas del VIH conocida es cada vez mayor e impresionante. El VIH pertenece a la familia de los retrovirus, los cuales forman un eslabón entre los ARN-virus (o RNA=Acido Ribonucléico) y los ADN-virus (o DNA=Acido Desoxirribonucléico). Fuera de las células el VIH existe en la forma de una partícula viral (virión) cuyo contenido genético es RNA. Al entrar a una célula humana una enzima viral denominada transcriptasa reversa, utiliza el mensaje genético contenido en dos cadenas de ARN del virus para construir sendas moléculas de DNA-viral (DNA proviral). Este provirus elaborado en el citoplasma de la célula humana infectada, se desplaza al interior del núcleo, donde permanece en forma libre o se integra al DNA de la célula en cualquiera de sus cromosomas, en cuyo caso reciben el nombre de "provirus integrados", pudiendo permanecer inactivo durante un tiempo variable, difícil de precisar.⁽²⁴⁾

Durante esta etapa el individuo se encuentra libre de síntomas y las pruebas de laboratorio aún son negativas. Esta etapa se conoce como "etapa de silencio clínico e

inmunológico o periodo de ventana". Una vez transcurrida la etapa de silencio, el individuo afectado desarrolla anticuerpos específicos contra el virus, o sea, se convierte en seropositivo.

En la etapa de seroconversión, algunos pacientes (10%) presentan un cuadro caracterizado por fiebre, dolor de garganta, adenomegalia, mialgias, diarrea, vómito y/o diversos trastornos neurológicos, los cuales desaparecen espontáneamente en dos o tres semanas. Desde que el individuo se vuelve seropositivo hasta que desarrolla los primeros síntomas de la enfermedad, pueden transcurrir uno a diez años o más, y se conoce como etapa de infección asintomática.⁽²⁴⁾

Cuando se demuestra la presencia de un agente infeccioso o de los anticuerpos que se forman contra él, se diagnostica la infección, no la enfermedad asociada a esa infección. En el caso del SIDA el agente es el VIH. Cuando se encuentra el VIH o la respuesta inmune hacia él se está diagnosticando el fenómeno de la infección por VIH, pero no el SIDA.⁽²⁵⁾

En el laboratorio es posible diagnosticar la infección por VIH mediando dos tipos de pruebas: cultivo viral (que demuestra la frecuencia del virus) o pruebas serológicas que indican la presencia de anticuerpos o productos virales en el suero del paciente. El cultivo viral a pesar de ser el método más específico, es menos sensible, pues solo en el 40 a 50% de individuos afectados se consigue aislar el virus. Son más empleadas en el laboratorio de investigación las pruebas serológicas que detectan anticuerpos específicos contra el VIH. ⁽²⁵⁾

El estudio inmunoenzimático (ELISA), cuantifica la alteración que se produce entre un antígeno y el anticuerpo específico. Para ello se adhiere antígeno viral (que puede ser el virus completo o proteínas virales) a una superficie sólida que va a servir de soporte para la reacción. Se añade el suero del individuo que se está diagnosticando, y si en ese suero hay anticuerpos producto de la infección reaccionan con el antígeno absorbido en la superficie sólida, formándose un complejo antígeno/anticuerpo. ⁽²⁴⁾

Para establecer el diagnóstico definitivo es necesaria más de una prueba de laboratorio, debe ser positiva en forma

repetida la prueba ELISA o su equivalente, y en una prueba confirmatoria (WESTERN BLOT o la de inmunofluorescencia). Se ha demostrado que en un individuo tarde en promedio ocho semanas para formar anticuerpos después de haber sido afectado por el virus; pero existen personas que han tardado seis meses o más.⁽²⁴⁾

Este periodo, en el cual ya está presente la infección aunque el individuo no haya desarrollado anticuerpos, es riesgoso, pues en este periodo de ventana, constituye un riesgo de contaminación en particular para bancos de sangre y para el transplante de órganos.

El estudio confirmatorio WESTERN BLOT o de inmunoelectrotransferencia, consiste en detectar individualmente los anticuerpos contra las diversas proteínas virales. Un individuo que solo presenta reacción con la proteína p24 no se considera positivo, pero si reacciona a más de dos se le considera positivo. no se realiza esta prueba a todas las muestras, solo al suero de aquellos individuos con ELISA positivo, porque teóricamente es más complicado y el costo 30 veces mayor.⁽²⁴⁾

Los medicamentos, actualmente en experimentación, tratan de que su mecanismo de acción sea bloquear el sitio de receptor en el linfocito. El uso de antivirales en forma temprana durante la fase asintomática se cree pudiera ser más efectivo, pues el aparato inmune está intacto, requiriéndose menos dosis y por lo tanto disminuyendo la toxicidad.⁽⁵⁵⁾

Se dice que los parámetros para medir la eficacia de un medicamento en contra del SIDA, es efectivo cuando cubre tres criterios primarios:⁽⁵⁴⁾

1. Aumento de la sobrevida
2. Disminución de la incidencia de infecciones oportunistas
3. Desaparición o disminución importante en el tamaño de las lesiones tumorales.

La mejoría clínica e inmunológica, no se considera indicador eficaz, es más objetivo evaluar la disminución en la frecuencia de infecciones oportunista.⁽⁵⁴⁾

Respecto a las vacunas, se encuentran aún en fases muy preliminares, ya sea empleando partes del virus o todo completo. El propósito principal es proteger a los que aún

no se han infectado (cónyuges de VIH positivos y personas de alto riesgo, incluidos los hemofílicos) o en personas ya positivas para tratar de elevar el número de anticuerpos.⁽³⁴⁾

En relación a las manifestaciones neuropsicológicas, el VIH tiene una gran afinidad (60%) por el sistema nervioso central y periférico. La mayoría de los pacientes infectados, en algún momento de su evolución, presentarán manifestaciones neurológicas secundarias al efecto directo del virus o a infecciones secundarias, siendo algunas:⁽¹⁴⁾

- Las encefalopatías, que se caracterizan por deterioro y pérdida progresiva de precisión en la ideación y control motor. Los pacientes requieren mayor tiempo para desarrollar funciones mentales que realizaban con facilidad, pérdida de interés en el trabajo y para actividades recreativas habituales, más adelante dificultad para la función motora y coordinación.
- En la mielopatía relacionada a VIH, el daño a la médula se caracteriza por pérdida del movimiento y de la sensibilidad de las zonas anatómicas que corresponden al daño, incluyendo esfínteres.
- Neuropatía periférica, tanto sensitiva como motora, traducida clínicamente como parestesias, debilidad muscular.

- Meningitis aséptica, significa que los cultivos para bacterias son negativos. Algunas veces puede presentarse en la fase aguda, otras en etapas tardías y, en forma crónica manifestarse clínicamente como cefaleas persistentes; la única considerada por ser indicativo de SIDA, es la encefalopatía (síndrome demencial).

Entre las infecciones secundarias se encuentran las:⁽³⁸⁾

- Gastrointestinales (candidiasis, citomegalovirus, herpes), hemorragias, úlceras intestinales, rectales.
- Respiratorias: tos, dificultad respiratoria progresiva, fiebre seca.
- Dermatológicas: resequedad, descamación, dermatitis seborreica, foliculitis o molusco contagioso, herpes, varicela o TB cutáneo.
- Otras: daño hepático, artritis, neoplasias, etcétera.
- Encefalítis en la tercera parte de pacientes: clínicamente se sospecha de iniciarse cambios en la esfera cognitiva y en ocasiones confusión mental, alteraciones de memoria, pérdida de la concentración, hiperreflexia, ataxia, pérdida de la libido, debilidad de miembros inferiores, pudiendo evolucionar a demencia en semanas o meses.

- Perinatal, una madre con VIH puede contagiar a su hijo durante el embarazo, el parto o durante la lactancia a través de la leche. (3, 5, 14, 16, 17, 18, 20, 26, 28, 32, 34, 37, 49, 55, 57, 58, 61)

La primera es la más frecuente 84.20% de los casos (acumulados a Marzo de 1995) y la de mayor dificultad de control; la vía sanguínea 15.80% (al mismo período) tendiente a la disminución por su factible control; finalmente la vía perinatal es el 58% de los casos pediátricos acumulados al mismo período. (8, 17, 18, 28)

El número acumulado de casos de SIDA en México de 1983 a Marzo de 1995, es de 22,055, de los cuales más de la mitad 12,716 (57.7%) han fallecido, 7,703 (34.9%) continúan vivos y 1,636 (7.4%) se desconoce su evolución. Tomándose en cuenta las correcciones y retrasos de las notificaciones, el número real de casos son 31,900. (8)

En todos los países del mundo existen evidencias de circulación del virus, lo que hace del SIDA una enfermedad pandémica, (2, 19, 30, 31, 32, 35, 62) ya que por cada caso se ha calculado que existen de 50 a 100 personas infectadas

asintomáticas. Dado el largo período de incubación y las características propias de la enfermedad, éstas personas pueden sentirse bien y desarrollar su vida como cualquier otra, siendo así factible que contagie a otros individuos. (2, 19, 24, 25, 26, 28, 30, 39, 43, 47, 57, 58, 60)

Esta es una enfermedad que una vez diagnosticada en una persona, tiene una sobrevida de 20% a los tres años de contraído y casi nula a los seis. Es muy costosa, ya que se presenta principalmente en personas de edad productiva, lo que en forma indirecta aumenta los costos, aunado al elevado costo de los tratamientos aplicados. (16, 20, 26, 41, 42, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 64)

La implicación del SIDA en la fuerza de trabajo no está limitado a grupos estereotipados, como trabajadores del arte, sino que incluye también a profesionistas, maestros, personas dedicadas al hogar, trabajadores domésticos, estudiantes, etc. (8, 12, 21, 22, 36, 40, 45) En los lugares de trabajo, el temor y miedo a contraer el SIDA se cree que es posible en un 40 y 50% por entrar en contacto casual. Para entender este impacto del SIDA, dependerá del sistema de información que se emplee para cuantificar la difusión de la enfermedad

y con esto mejorar la cantidad y calidad de producción en su trabajo. (12, 41, 42)

Así en el ámbito psicosocial, en torno a los prejuicios y estigmas asociados al SIDA, se contempla la situación de los enfermos que son objeto de una doble estigmatización, -en tanto que enfermos y presumiblemente homosexuales- deben, por lo tanto, sobrellevar una doble carga psicológica -ya que son conscientes de lo incurable de su enfermedad y asimismo del rechazo social de que son objeto- (2, 4, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 19, 21, 22, 23, 26, 27, 29, 31, 36, 45, 46, 48, 50, 51, 52, 54, 55, 58, 59, 61, 63)

Estos dilemas de la nueva enfermedad son numerosos: objetivos y subjetivos, individuales y colectivos, físicos y emocionales, científicos y empíricos, lo cual es un reto.

Por esta razón, es importante que la comunidad no se considere invulnerable a esta enfermedad pensando que es exclusiva de homosexuales, pues quizá los riesgos sean mayores. Esto hace necesario hablar de SIDA abiertamente para aclarar las dudas y llevar a la población a una información clara y real, tomando en cuenta el apoyo de

familiares y amigos, así como reforzar las necesidades psicológicas de los pacientes portadores, con el objeto de elevar la autoestima, aspecto que se considera de sumo interés clínico-psicológico y a la fecha no ha sido evaluada en ésta y otras patologías.

El elevar la autoestima hace que el individuo reaccione a la amenaza de una epidemia desconocida pero mortal: actuando sin miedo cuando se necesita fuerza; positivamente cuando se requiera cautela; sin culpa cuando se requiera comprensión y sin retraimiento cuando se necesita cuidado.

Es por esto que el objetivo de la presente investigación fué identificar la autoestima del paciente con SIDA o VIH, así como la aceptación o rechazo de la enfermedad por el paciente y su familia.

3. MARCO TEORICO REFERENCIAL

Si el SIDA es virus, linfocitos e infecciones oportunistas, tumores, caquexia y demencia, no es menos cierto que el SIDA también es sexo, droga, prejuicio, discriminación, temor al contagio, estigma, persecución, escarnio y aislamiento. ⁽⁹⁾.

Consecuentemente, no es difícil imaginar que un problema como el SIDA, que afecta cada día a un mayor número de personas y contra el que aún poco se puede hacer, presente características psicológicas importantes, sobre todo en lo que se refiere a la respuesta social que se ha generado para combatirlo.

Por lo que se ha dicho que el amor y la política son las dos formas externas de las relaciones sociales, el primero transcurre entre la pareja, en la alcoba, privadamente. La segunda, en cambio, involucra no a la pareja sino al grupo, transcurre no en la alcoba sino en la plaza y no es privada sino pública. Un rasgo psicológico importante, es que el SIDA ha contribuído a politizar - es decir, a hacer públicos aspectos que tradicionalmente se habían mantenido en el

ámbito de lo privado, lo íntimo y lo personal, bajo el contexto de una relación amorosa, homosexual o heterosexual, que es una de las principales formas de transmisión de este mal, si bien no la única (4,11,26,29,58).

La transmisión del SIDA, supone en buena medida la existencia de actos privados con consecuencias públicas y sociales (11,48,58). Las políticas sanitarias orientadas a combatir la propagación de la enfermedad suponen, a la inversa, actos públicos con impacto dentro de la esfera de lo privado (11,29,48,50,51).

Pero las políticas de salud no son la única forma de respuesta social que ha generado esta enfermedad. Otras formas de respuesta social de interés psicológico por sus consecuencias, es la creciente marginación de la que están siendo objeto los pacientes con SIDA; si se repasa la historia de las enfermedades, la marginación de la que se habla recuerda -por sus semejanzas-, a la sufrida antiguamente por aquellos que padecían lepra, tuberculosis o cólera. El SIDA, como estas últimas, es una enfermedad que, por un lado, refuerza algunos prejuicios ya existentes de

parte de los "normales" o sanos y, por otro, estigmatiza socialmente a sus víctimas (4,6,9,11,31,48,54,55,58,63).

Siendo los elementos básicos de un prejuicio, la actitud negativa, existiendo una creencia sobregeneralizada hacia alguien o al grupo al que pertenece. Pueden cambiarse las creencias, pero tienden a mantenerse las actitudes. No se actúa según se cree, sino que se cree según se actúa. (4,6,7,11,15,21,22,31,54,55,63)

Asimismo, se han distinguido cinco grados de prejuicios dependiendo de su intensidad ⁽¹¹⁾:

- 1o. La anti-locución o rechazo verbal. En el caso de los homosexuales y de los enfermos de SIDA, este grado de prejuicio parece ampliamente generalizado en la población.

- 2o. El esquivamiento o la tendencia a evitar a una persona.

30. Es la discriminación propiamente dicha, o la tendencia a excluir (del trabajo, la escuela, de un lugar público, etc.) a ciertas personas.

40. Tiene que ver con el ataque físico.

50. El exterminio de una persona o de un grupo en cuanto a los enfermos de SIDA, han sido objeto de alguno o varios de los cuatro primeros grados de prejuicios mencionados, incluyendo el ataque físico.

Pero el SIDA, no sólo refuerza prejuicios sino que además estigmatiza a sus víctimas.

Entendiéndose el estigma "como un atributo de un individuo que produce en los demás, a modo de efecto, un amplio descrédito. El término estigma, entonces, hace referencia a un atributo profundamente desacreditador", distinguiéndose tres tipos ⁽²¹⁾:

1. Los que tienen que ver con deformidades y enfermedades físicas.

2. Los que son percibidos como una falta de voluntad o como resultado de pasiones antinaturales o creencias rígidas o falsas.

3. Los que se asocian a una raza, nación o religión, transmisibles por herencia y contaminadores por igual de todos los miembros de una familia.

Los pacientes con SIDA, son estigmatizados como enfermos y homosexuales.

Al hablar de prejuicios y estigmas, se hace referencia a reacciones, necesidades y participación psicológica del paciente, ya que mientras los prejuicios se ejercen activamente en dirección a los otros, los estigmas se asumen pasivamente al imponerse por los sanos.

Este fuerte estigma social asociado con el SIDA, afecta de una manera brutal no sólo a los pacientes y a sus compañeros o compañeras sexuales, sino a toda la familia, a compañeros de trabajo y a comunidades enteras. (4, 6, 11, 42, 48, 50, 51, 54, 55, 63)

En los pacientes, el efecto psicológico ha sido descrito como una reacción de ajuste en que el estrés es lo suficientemente grave para ser catastrófico. Las catástrofes generalmente producen estrés que se dividen en tres estadios: crisis inicial, estadio de transición y estadio de aceptación. ⁽¹⁴⁾

CRISIS INICIAL. Los estadios en los pacientes con enfermedades terminales han demostrado una respuesta aguda de negación alternando con períodos de intensa ansiedad. Esta negación puede ser tan completa que el paciente puede llegar a desarrollar una actitud de indiferencia. Los pacientes pueden sentirse abrumados por sus emociones e incluso pueden presentar comportamientos que pongan en peligro su vida. En este estadio las reacciones emocionales usuales del SIDA incluyen choques, negación, culpabilidad, temor, enojo y tristeza. ^(4, 6, 7, 14, 18, 46, 50, 51)

ESTADIO DE TRANSICION. El estadio de transición empieza con sentimientos alternos de enojo, culpabilidad y autocompasión. Este es un estadio de autodevaluación o melancolía. ^(4, 6, 7, 14)

Este período se caracteriza por estrés y confusión. Los rechazos sociales son evidentes y agravan la situación. Al ocurrir cambios en la autoestima, la identidad, y los valores, además de distanciamiento y represión por parte de familiares y la comunidad, se pueden presentar intentos de suicidio. Sin embargo, a pesar de estos peligros, o debido a ellos, los pacientes se muestran accesibles a intervenciones psicosociales en este periodo. (4,6,7,25,27,50,51)

También puede ocurrir el distanciamiento grave, una reacción peligrosa de aislamiento en la cual los pacientes rehúsan afrontar la enfermedad y rechazan a amigos, familiares y médicos. Algunos pueden manifestar su enojo continuando con comportamiento sexual promiscuo, poniendo en peligro la vida de otros, así como la de ellos mismos. (6,7,9,11,23,25,27)

En algunos países se han notificado situaciones de estrés adicional cuando el paciente pierde su empleo, su sustento económico y hasta el hogar. Consecuentemente estos pacientes pueden exhibir temor y depresión en lugar de enojo. (2,7,12,15,23,27)

Las personas en estadio de transición necesitan formar nuevos valores. Generalmente es difícil reestructurar las relaciones alteradas con sus seres queridos y aún con sus familiares. (12, 14, 50, 51, 63)

ESTADIO DE ACEPTACION. En este estadio, la formación de una nueva identidad estable ocurre al llegar a la etapa de aceptación. Los pacientes aprenden a aceptar las limitaciones que ^{venen} el SIDA les impone, pero también se percatan de que aún pueden manejar sus vidas reaccionando a la enfermedad con mayor razonamiento que emoción. (4, 7, 14)

Estos pacientes examinan las fuentes de dolor y placer, reexaminan el valor del coraje, la determinación, el afecto y el cariño hacia otros, y logran aprender la calidad en lugar de la cantidad de tiempo en sus vidas. Algunos pacientes incluso pueden abocar a la espiritualidad en busca de esperanza y desahogo. (14, 44, 45, 48, 63)

Ciertos pacientes encuentran satisfacción en actividades comunitarias y altruistas, involucrándose en proyectos y

metas previamente ignoradas. Otras se vuelven más responsables de su propia salud, algunas veces experimentando incluso con dietas "macrobióticas", prácticas de meditación, etcétera. (14,44,45,63)

Las reacciones emocionales del paciente infectado o con diagnóstico de SIDA, siguen el patrón anteriormente enunciado agregándose un cuarto estadio, la preparación para la muerte. (4,14)

LA PREPARACION PARA LA MUERTE. En la etapa final, aunque la mayoría de los pacientes en estadios finales de la enfermedad continúan luchando por sobrevivir, la etapa final es utilizada por un gran número de ellos en la preparación para la muerte. (14)

Los pacientes pueden beneficiarse al terminar asuntos previamente incompletos, tales como pedir u otorgar perdón, buscar o hallar con ciertas personas o terminar proyectos antes inconclusos, entre otros. (4,14)

Al sentirse tranquilos se habla acerca de la muerte. Debe estimularseles a que compartan sus sentimientos acerca de dónde pretenden morir, al igual de cómo preferirían que sus asuntos se manejaran después de su muerte. (11,14)

Hay que recordar que los familiares pueden sentir la magnitud del dolor, negando la problemática de fondo, por los fuertes prejuicios que giran alrededor del SIDA. (5,11,21,63)

Debido a que el médico será el responsable de pacientes hospitalizados en estadios terminales, es el que deberá inculcar entre sus colegas y todo el personal de salud que se evite al máximo toda estigmatización o rechazo hacia estos pacientes, demostrando un alto sentido de humanismo y comprensión tanto al paciente como a sus familiares. (7,15, 22)

NECESIDADES PSICOLOGICAS. Si bien es cierto que el paciente con SIDA puede desarrollar un sinnúmero de necesidades psicológicas para poder manejar su enfermedad, básicamente se consideran:

- A) Profunda necesidad de hablar y ser escuchado por un profesionalista, que tenga la habilidad técnica para disminuir la angustia.
- B) Necesitan el yo auxiliar del terapeuta para comprender, asimilar y elaborar el ser portadores del VIH.
- C) Interpretaciones que los conduzcan a cambiar hábitos sexuales.
- D) Proyectar en el terapeuta importantes cargas de agresión, evitando así actuaciones que puedan llevarlos a reinfectarse o infectar a otros.
- E) Necesidad de distinguir prioridades en su vida.
- F) Procesar sentimientos de culpa.
- G) Disminuir fantasías persecutorias. ^(50,51)

INTERVENCION PSICOLOGICA. Si bien es cierto que la intervención psicológica del paciente con SIDA puede ser hecho bajo diferentes corrientes teóricas, la que se presenta en este trabajo es la psicodinámica, tal vez bajo

otras opiniones, esta corriente tenga sus deficiencias; sin embargo, bajo el punto de vista de la autora puede llegar a satisfacer las necesidades del paciente con SIDA.

Con respecto a lo anterior, el paciente infectado acepta la ayuda terapéutica de entrada, por una necesidad imperiosa de conocer el por qué de su infección, de sus relaciones afectivas, sus relaciones de objeto y un sin fin de cuestionamientos que habían permanecido latentes o reprimidos hasta el momento de saberse portadores del VIH, viene a ser el desafío del mundo externo, que plantea la necesidad - por así decirlo - de solicitar esa ayuda terapéutica. ^(50,51)

Todos tienen la tendencia a negar lo inevitable de la muerte porque el ser humano sólo se desarrolla y funciona en sociedad reprimiendo este postulado real. Si esa represión adaptativa y psicológica se rompe y llega a la conciencia, nos enfrenta a desafíos que pueden implicar un empobrecimiento yoico, una baja de autoestima, manejo inadecuado de los impulsos instintivos - tanto libidinales como agresivos - fantasías persecutorias, cambios en el esquema corporal, obviamente fantasías de fin de mundo y un

florecimiento de la psicología predominante instaurada en los primeros años de vida según la teoría psicodinámica. (11,14,27,52)

En términos generales, este es el panorama psíquico de un paciente que se sabe seropositivo; todos saben hoy en día que la atención psicológica es ya parte nodular en el tratamiento global de estos pacientes, sin embargo aún se está lejos de proporcionarla a todos aquellos que lo necesitan - resultaría monótono y repetitivo enumerar las causas y/o limitaciones institucionales-. (50,51)

Sin embargo, la primera necesidad es establecer una relación transferencial con el terapeuta que abra la puerta para expresar lo que en "ese" preciso momento el paciente siente y quiere saber, entendiéndose por relación transferencial, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación terapéutica.

Para que ésta relación pueda darse espontáneamente, no se pueden dejar de lado las reacciones inconscientes del

terapeuta frente al paciente y, especialmente, frente a la transferencia de éste.

Cuando el terapeuta tiene un manejo contratransferencial adecuado se puede asegurar el éxito del tratamiento sin olvidar que es indispensable y necesario que el paciente y el terapeuta hablen de esta relación.

4. METODOLOGIA

4.1. METODO

El presente estudio se considera de observación pasiva de campo, donde se permite identificar factores tanto a nivel individual como familiar, que se encuentran inmersos en un paciente con VIH o SIDA.

4.1.1. SUJETOS

La Dirección General de Epidemiología sitúa al Estado de Morelos como la cuarta entidad en el país con casos de SIDA (Cuadro 1).

En el periodo de 1983 a 1994 en la Delegación Estatal Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se han detectado 359 casos de pacientes con SIDA, de los cuales 240 son del sexo masculino y 86 del sexo femenino. De estos, 226 casos corresponden a los Municipios de Cuernavaca

y Jiutepec, lo que equivale a un 62% del total Delegacional. Hasta el momento han fallecido 109 y continúan vivos 117; de estos, 55 se encuentran como portadores y 62 como casos (Cuadro 2).

De los 117 casos reportados se logró localizar el domicilio de 38 pacientes a los cuales se les invitó a participar en la investigación, logrando una respuesta positiva en 17 de ellos. Los 21 restantes no aceptaron ingresar al estudio por múltiples causas, siendo uno de las principales el miedo a que se diera a conocer su identidad y la enfermedad que presentan.

Las características principales de los 17 pacientes que aceptaron ingresar al estudio son las siguientes: 12 (70.59%) de sexo masculino y 5 (29.41%) de sexo femenino, dos de los masculinos manifestaron tener prácticas homosexuales (Cuadro 3).

La edad se encontró entre un rango de 21 a 50 años con un promedio de 31.8 años (Cuadro 4).

El estado civil se encontró en 8 (47.06%) solteros, 4 (23.53%) casados y 5 (29.41%) viven en unión libre (Cuadro 5).

La escolaridad se situó con un caso en educación primaria (5.88%), 5 con educación secundaria (29.41%), 6 con bachillerato (35.29%) y 5 profesionistas (29.41%) (Cuadro 6).

La ocupación de mayor relevancia encontrada fué la de chofer 3 casos, ingeniero 2 casos, 2 trabajadoras sociales y 2 dedicadas al hogar (Cuadro 7).

En relación al nivel socio-económico se encontró que uno (5.88%) tiene un nivel alto, 8 (47.06%) tienen un nivel medio y los 8 (47.06%) restantes tienen un nivel bajo. Cabe aclarar que estos datos fueron tomados del expediente clínico del IMSS (Cuadro 8).

4.1.2. ESPACIO EXPERIMENTAL

- Sala de Juntas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con una dimensión de 40 m² bien iluminada y ventilada, en Delegación Estatal Morelos, donde se llevaron a cabo entrevistas personalizadas con los pacientes.

- Domicilio de los pacientes seleccionados para el estudio a través de visita domiciliaria por Psicólogo.

4.1.3. MATERIALES

- 17 Lápices

- 17 Hojas de respuesta de la Escala de Autoconcepto de Tennessee.

- 17 Hojas de valoración de la Escala de Autoconcepto de Tennessee.

- 51 Hojas de entrevista semi-estructurada.

4.1.4. INSTRUMENTOS

- Entrevista semi-estructurada e impresa que contenía los datos generales del paciente (Anexo 1).

 - Entrevista semi-estructurada para la obtención de información sobre aceptación o rechazo de la enfermedad (Anexo 2).

 - Entrevista semi-estructurada e impresa dirigida a familiares, que contenía datos generales y aceptación o rechazo del paciente (Anexo 3).
- Escala de Autoconcepto de Tennessee, la cual se aplicó al paciente, con hoja de respuestas individual. Esta escala es sencilla para el sujeto, ampliamente aplicable y multidimensional en su descripción de autoimagen, que se ha convertido en un medio tan popular e importante para estudiar y comprender el comportamiento humano, ya que la imagen que el individuo tiene de sí mismo, es de gran influencia en su comportamiento y está directamente relacionada con su personalidad y con el estado de salud

mental. Las personas que se ven a sí mismas como indeseables o "malas", actúan de acuerdo con esta idea. Las personas que tienen un concepto poco realista de sí mismas, enfocan la vida y a otras personas también en forma poco realista. Aquellas que tienen autoconceptos desviados actúan en forma desviada. Así pues, el conocimiento de cómo la persona se percibe a sí misma es muy útil para poder ayudarla o evaluarla. La escala puede usarse para una variedad de propósitos en la consulta psicológica, evaluación y diagnóstico clínico, investigación en las ciencias del comportamiento, selección de personal, etc.

La escala consiste en cien afirmaciones autodescriptivas que la persona usa para describir la imagen que tiene de sí misma. La escala se autoadministra y se aplica tanto en forma individual como grupal. Puede usarse en personas desde los doce años que tengan un nivel de lectura de 60. año. También es aplicable a todo el rango de ajuste psicológico, desde personas sanas y bien ajustadas, hasta pacientes psicóticos.

La escala se encuentra disponible en dos formas, una para

La escala se encuentra disponible en dos formas, una para Orientación y otra Clínica de Investigación. Ambas formas usan el mismo folleto y los mismos reactivos. Las diferencias entre las formas se centran en la calificación y en los perfiles. Esta formada de hileras, columnas y puntaje total:

- Hilera 1: son los reactivos "lo que yo soy", aquí la persona describe su identidad básica, lo que él es, basado en cómo él se ve.

- Hilera 2: son los reactivos en los que la persona describe cómo se siente con respecto al "sí mismo", que percibe. Refleja el nivel de autosatisfacción o autoaceptación.

- Hilera 3: son los reactivos que dicen "esto es lo que yo hago", o "esta es la manera en que yo actúo", mide la percepción de la persona sobre su propia conducta o de la forma en que funciona.

- Columna A: aquí la persona presenta su visión sobre su cuerpo, su estado de salud, su apariencia física, habilidades y sexualidad.



**U.N.A.M. CAMPUS
IZTÁCALA**

- Columna B: describe al Yo desde un marco de referencia Etico-Moral, su valía moral, sus relaciones con Dios, sentimientos de ser una persona "buena" o "mala" y su satisfacción con la propia religión o la falta de ella.
- Columna C: refleja el sentido que la persona tiene de su valer personal, su sentimiento de adecuación como persona y devaluación de su personalidad, independientemente de su cuerpo o de sus relaciones con otros.

IZT.

- Columna D: refleja los propios sentimientos de adecuación, méritos y valor como miembro de una familia. Se refiere a la percepción que la persona tiene de sí misma con relación a su círculo de allegados, los mas cercanos e inmediatos.
- Columna E: es otra categoría de el "yo como se percibe en relación a otros" perteneciendo a los "otros" en un sentido más general. Refleja el sentido de adecuación y valer de la persona en su interacción social con otras personas en general.
- Puntaje Total: refleja el nivel total de autoestima.

4.2.PROCEDIMIENTO

Se llevaron a cabo tres sesiones, de las cuales dos fueron con el paciente en forma individual y una con los familiares.

En la primera sesión con el paciente se realizó una entrevista semi-estructurada (Anexo 1) con el fin de obtener datos generales de identificación y características manifiestas de la enfermedad.

Asímismo, en esta sesión se aplicó en forma individual la Escala de Autoconcepto de Tennessee, sin límite de tiempo para que no dejaran de dar respuesta a ninguna pregunta.

En la escala de valores aplicada se valoró: autocrítica, identidad, autosatisfacción, conducta, yo físico, yo ético-moral, yo personal, yo familiar y yo social (Cuadro 9).

En la segunda sesión con el paciente se llevó a cabo una entrevista semi-estructurada para obtener la aceptación o rechazo hacia la enfermedad (Anexo 2).

Con los familiares se llevó a efecto la tercera sesión a través de una visita domiciliaria, con el objeto de aplicar la entrevista semi-estructurada para identificar grado de aceptación o rechazo al paciente (Anexo 3).

5. RESULTADOS

Los datos obtenidos por la presente investigación arrojaron los siguientes resultados.

Del total de pacientes evaluados, el 35.29% se encontraron con una autoestima baja (6), el 35.29% se encontraron con una autoestima elevada (6) y el 29.42% se encontraron en límites normales (5) (Cuadro 10).

Por medio de la entrevista se identificó que el 64.71% de los pacientes estudiados rechazan su enfermedad (11), haciendo notar que al ser informados de su padecimiento, en forma inicial el 100% lo rechazó, situación que en el momento actual no han aceptado los 11 pacientes ya descritos. Así mismo, el 35.29% de los pacientes que aceptan su enfermedad (6), son pacientes que han tenido una continuidad en su tratamiento. No se detectó relación de la aceptación o rechazo de la enfermedad con el grado de estudio (Cuadro 11).

Al ser entrevistados los familiares de los pacientes, se detectó que el 41.18% de ellos son aceptados por la familia (7) y el 58.82% son rechazados (10). De la misma forma se encontró que al ser informados inicialmente sobre el padecimiento de su familiar se dió rechazo en el 100% de los casos (Cuadro 12).

En cuanto a la evaluación del Test, del total de pacientes el 64.71% se encontraron con una puntuación baja (11), el 23.53% con puntuación elevada (4) y el 11.76% en los límites normales (2) (Cuadro 9).

Con respecto a la identidad se detectó que el 47.06% de los pacientes obtuvieron una puntuación baja (8), el 11.76% con puntuación elevada (2) y el 41.18% dentro del límite de normalidad (7) (Cuadro 9).

En la autosatisfacción el 52.95% de los pacientes obtuvieron puntuación baja (9), el 35.29% puntuación elevada (6) y el 11.76% puntaje en los límites de normalidad (2) (Cuadro 9).

En la conducta se encontró al 47.06% de los pacientes con puntuación baja (8), el 17.65% con puntuación elevada (3) y el 35.29% con puntuación dentro de los límites de normalidad (6) (Cuadro 9).

El yo físico se evaluó teniendo que el 70.59% de los pacientes tuvieron puntuación baja (12), el 17.65% puntuación alta (3) y el 11.76% con puntuación en los límites de normalidad (2) (Cuadro 9).

En el yo ético-moral se encontró que el 47.06% de los pacientes obtuvieron puntuación baja (8), el 41.18% puntuación alta (7) y el 11.76% con puntuación dentro del límite de la normalidad (2) (Cuadro 9).

En el yo personal se encontró que el 11.76% de los pacientes obtuvieron puntuación baja (2), el 52.95% puntuación alta (9) y el 35.29% con puntaje en los límites de la normalidad (6) (Cuadro 9).

En el yo familiar se encontró que el 47.06% de los pacientes tuvieron puntuación baja (8), el 35.29% puntuación alta (6)

y el 17.65% puntaje en los límites de la normalidad (3) (Cuadro 9).

En el yo social se encontró que el 70.59% de los pacientes tuvieron puntuación baja (12) y el 29.41% puntuación elevada (5) (Cuadro 9).

En la variabilidad que el 17.65% de los pacientes tuvieron puntuación baja (3), el 52.94% puntuación alta (9) y el 29.41% puntuación en el límite de la normalidad (5) (Cuadro 9).

En el puntaje total de columnas se encontró que al 29.41% de los pacientes con puntuación baja (5), al 41.18% con puntuación alta (7) y al 29.41% con puntuación en los límites de la normalidad (5) (Cuadro 9).

En el puntaje total de hileras se encontró al 11.76% de los pacientes con puntuación baja (2), al 64.71% con puntuación alta (11) y al 23.53% con puntuación en los límites de la normalidad (4) (Cuadro 9).

En el puntaje de distribución se encontró que el 41.18% de los pacientes presentaron puntuación baja (7), el 52.94% puntuación alta (9) y el 5.88% con puntuación en los límites de la normalidad (1) (Cuadro 9).

6. CONCLUSIONES

En el grupo estudiado, se encontró que la autocrítica no se afectó totalmente como se consideraba, ya que 6 de los pacientes presentaron autocrítica alta, 5 dentro de la normalidad y 6 baja.

El puntaje total del Test aplicado mostró que los pacientes con VIH o SIDA se esfuerzan por presentar una imagen favorable de sí mismos en relación al "Yo soy", "Como me siento conmigo mismo" y "Lo que yo hago". Con los puntajes bajos obtenidos en 9 de ellos principalmente en la identidad, autosatisfacción y conducta, confirmados por los datos de la entrevista como: negación, temor, tristeza, enojo, culpabilidad, melancolía, confusión y aislamiento, afirman que existe rechazo a la enfermedad sin verse afectada la autoestima.

En 12 de los pacientes la puntuación baja en el "Yo físico y Yo social", fué obtenida a través del Test y confirmada en la entrevista, donde se observó apatía con respecto a la familia y a sus amigos, así como su tendencia a aislarse.

En la apariencia física, no les interesa su aspecto, les cuesta trabajo preparar su ropa y asearse como anteriormente lo hacían.

En el "Yo ético-moral y Yo familiar", se sienten devaluados, tristes, deprimidos, faltos de voluntad, culpables y buscan un acercamiento con Dios, diciendo que "Dios es el único que sabe por qué les envía esta enfermedad"; no juegan con sus hijos, los rechazan, se molestan fácilmente y discuten por cualquier cosa; como por la comida con la esposa, porque le habla y no lo atiende pronto, etcétera. Cuando son solteros, porque la mamá o el papá le preguntan cómo se siente, que si se le ofrece algo, si desea comer, beber o hacer alguna labor y si quiere que le ayuden.

Se encontró puntuación alta en el "Yo personal" en 9 de los pacientes, tal vez debido a la negación que persiste en la mayoría de ellos al ser catalogados como enfermos.

Lo anterior difiere con los datos obtenidos en la entrevista, donde 11 de los pacientes no aceptan su enfermedad, presentando reacciones emocionales como:

negación, culpabilidad, temor, enojo, tristeza y cambios en su autoestima, identidad, valores, distanciamiento, todo lo anterior caracterizado por estrés y confusión al momento de las entrevistas.

Por lo que corresponde a la aceptación o rechazo de la familia, 10 del total de los pacientes no son aceptados, lo que acentúa los estados emocionales y cambios en ellos, como el distanciamiento, represión hacia su familia, y éstos a su vez sienten la magnitud del dolor, negando la problemática de fondo, por los fuertes prejuicios que giran alrededor del SIDA.

7. DISCUSION

Los resultados del presente estudio de investigación se consideran de suma importancia e interés, ya que éstos servirán de base para futuras investigaciones, la autoestima en este tipo de pacientes que son sumamente estigmatizados y prejuiciados por la familia y la sociedad, no ha sido estudiada a profundidad, por lo que se sugiere que este tipo de evaluación de la autoestima deba ser considerado en estudios más amplios o en comparación con otras patologías similares.

Representando un reto para el psicólogo, que debe de adaptar un tratamiento de acuerdo a las circunstancias y necesidades de cada paciente, tomando en cuenta el trabajo del equipo multidisciplinario, ya que se trata de un problema bioecológico, en el que interactúan huésped, parásito y un amplio rango de fuerzas psicosociales y medio-ambientales concomitantes con el desarrollo de la enfermedad.

El apoyo psicológico al paciente con VIH o SIDA, debe enfocarse a que este asimile y comprenda lo que le está pasando, para poder comprender su situación, ya que el análisis de sus sentimientos lo ayudará a tener una mayor estabilidad emocional para poder enfrentar mejor sus problemas.

8. BIBLIOGRAFIA

- 1) "Algunas Informaciones". En Boletín: Acción en Sida. (9) 1990. pp.1-34 Octubre.

- 2) ARGUELLES, R. "El SIDA en México". En Revista Investigación Clínica (35) 1983. pp. 265-266 México.

- 3) ARIDJIS, P. "Como se contagia el virus del SIDA", En CONASIDA Gaceta Informativa, Número especial. pp. 1-6, 2 (2) 1990 y 1988. pp. 3-7 Mayo-Junio.

- 4) BAKER J. "De los trastornos emocionales y el VIH para un debate". En Sociedad y Sida (20) 1992. pp. 10-13 Mayo.

- 5) BARRIGA A, G. Castillo T., P. Fitzgihbons, D. Arumir E. C. De la Paz G., R. y Solís T., M. "La muestra de saliva, una alternativa en el diagnóstico de la infección con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana". En Revista Médica del I.M.S.S. 30 (3) 1992. Mayo-Junio.

- 6) BAYES, R. "Factores Psicológicos en la prevención, etiología, evolución del SIDA", En Revista Mexicana del SIDA 5(2) 1988. pp. 203-210 México.

- 7) BERLANGA, C. "Adaptación y validación de la escala de Depresión de Carroll en español". En Salud Mental V. 15 (4) 1992. pp. 36-39 Diciembre.

- 8) "Boletín Mensual".En SIDA/ETS. 7 (12) 1993-1995. Diciembre-Marzo, México.

- 9) CAHN, P. (1992). PSIDA. Un enfoque integral. Buenos Aires: Paidós.

- 10) CANO, D., C. Villareal V., C. Robles R., M. Gómez C., G. y Jiménez R., E. "Sarcoma de Kaposi en el SIDA". En Revista Médica del I.M.S.S. 30 (3) 1992. Mayo-Junio.

- 11) CASTRO, R. "Aspectos Psicosociales del SIDA: Estigma y Prejuicios". En Salud Pública de México. 30 (4) 1988. Julio-Agosto.

- 12) CHRISTENSON, B. "Las Implicaciones del SIDA en la fuerza de trabajo en México". En Salud Pública de México 30 (4) 1988. Julio-Agosto.

- 13) CONASIDA. (1989). El laboratorista frente al SIDA. México: Pangea.

- 14) CONASIDA. (1989). El Médico frente al SIDA. México: Pangea.

- 15) CRUZ, G. "El Sida en el Hospital de Infectología" En Revista Médica del I.M.S.S. 30 (3) 1992. pp. 153-154 Mayo-Junio.

- 16) DEVITA, V. (1990). SIDA: Etiología, Diagnóstico, Tratamiento y Prevención. Barcelona: Salvat..

- 17) DOMINGUEZ, J. L. "Transmisión Sanguínea del SIDA, Acciones Preventivas". En Salud Pública de México, 30 (4) 1988. Julio-Agosto.

- 18) DUEÑAS T., R. y García S., J.A. "El nivel de conocimiento que tienen los derechohabientes del I.M.S.S. de Mexicali, B.C. sobre la transmisión del SIDA". En Revista Médica del I.M.S.S. 30 (3) 1992. pp. 225-229 Mayo-Junio.

- 19) "Editorial". En Gaceta CONASIDA. 1 (2) 1988. Julio-Agosto.

- 20) GARCIA G., M. L. Bravo G., E. Palacios M., M. Mora G., J. L. y Valdespino G., J. L. "Manifestaciones clínicas iniciales en pacientes con SIDA". En Salud Pública de México 30 (4) 1988. Julio-Agosto.

- 21) GOOFMAN, E. (1986). Estigma: La Identidad Deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu.

- 22) GRUNDEL, J. (1988). "SIDA y Problemática Etica". En El Reto del SIDA. Orientación Médico-Etica. Barcelona: Herder.

- 23) GUERRA, P. "Reflexión sobre los problemas psicológicos y los comportamientos desviados en el SIDA". En Salud Mental 13 (3) 1990. pp. 55-56 Septiembre.
- 24) HASELTIME, W. A. y Staal F. W. "Biología Molecular del Virus del SIDA". En Revista Mensual ICYT. 1990. México.
- 25) HEIN, H. Foy D., T. y editores del Consomer Reports Books. (1991). SIDA: Verdades en lugar de miedo. Una guía para jóvenes. México: Patria.
- 26) IZAZOLA L., J.A. Valdespino G., J. L. y Sepulveda A., J. "Factores de riesgo asociados a infección por VIH en hombres homosexuales y bisexuales". En Salud Pública de México. 30 (4) 1988. pp. 80-81, 555-557. Julio-Agosto.
- 27) LARA, M. C. Ontiveros, M. Berlanga, C. y de la Fuente, J. R. "Diferencias entre crisis de angustia y ansiedad generalizada en la escala de Hamilton para ansiedad". En Salud Mental 11 (4) 1988. pp. 7-10 Diciembre.

- 28) LEYVA, J. A. "Condón Barrera Contra el SIDA". En Gaceta Informativa CONASIDA. Número Especial, 1988. Enero.
- 29) LEYVA, J. A. "El Sida su impacto social y demográfico". En Gaceta CONASIDA 1 (1) 1988. Mayo-Junio.
- 30) LIFSHITZ, A. (1987). "Diagnóstico Clínico y de Laboratorio". En SIDA: Un problema de Salud Universal, Simposio celebrado el 4 de Julio. México.
- 31) LIZARRAGA, X. "El SIDA y su encarnación²". En Antropología U.N.A.M. (6) 1993. Abril.
- 32) LLEWELLYN-JONES, D. (1987). Enfermedades de Transmisión Sexual: como identificarlas y prevenirlas. México: Grijalbo.
- 33) MARTINEZ, R. "El Virus de Inmunodeficiencia Humana". En Revista Médica del I.M.S.S. 30 (3) 1992. pp. 155-156 Mayo-Junio.

- 34) MATTHOWE, T. J. y Bolognesi, D. P. "Vacunas del SIDA".
En Revista Mensual ICYT. 1990. México.
- 35) MILLER, D. (1988). "HIV and Social Psychiatry". En
AIDS and VIH Infection. The Wider Perspective, New
York, N.Y.
- 36) OLAIZ, G. (1988). SIDA: La epidemia que a todos
afecta. México: Diana.
- 37) OLIVARES, F. "SIDA relacionado con transfusión de
sangre". En Revista Médica del I.M.S.S. 30 (3) 1992.
Mayo-Junio.
- 38) O.M.S. "Signos Clínicos en SIDA". En Acción en SIDA
(10) 1991. Enero.
- 39) PANOS, D. (1989). Aids and The Third World. Institute.
Philadelphia, PA. USA: Panos.

- 40) PEREDO, M. A. (1987). "Factores de Riesgo". En SIDA. Un Problema de Salud Universal. Simposio celebrado el 4 de Julio México.
- 41) PEREGRINO, M. "Congresos del SIDA en la Ciudad de México". En Amigos Contra el SIDA. 1 (4) 1992. pp. 33-37 Septiembre.
- 42) PONDE de L., S. Macías, A. E. Cruz, A. Calva, J. Tinoco, J. C. Ruiz, C. Ojeda, F. Bobadilla, M. Rolón, A. L. Villalobos, I. Castillo, A. y Ruiz P., G. M. "Los primeros cinco años de la epidemia de SIDA en México". En Salud Pública de México 30 (4) 1988. Julio-Agosto.
- 43) "¿Qué hemos estado haciendo? Lo hemos hecho correctamente". En Acción en SIDA. (16) 1992. México.
- 44) RAMOS, L. "Algunos aspectos Psicosociales del SIDA", En Salud Mental. 12 (3) 1989. pp. 55-59 Septiembre.

- 45) RAMOS L., L. Diaz-Loving, R. Saldivar, G. y Martínez, Y. "Creencias sobre el origen del SIDA en Estudiantes Universitarios". En Salud Mental. 15 (4) 1992. pp. 12-20 Diciembre.
- 46) RAMIREZ, B. "Frente a un resultado positivo al VIH". En Amigos Contra el SIDA. (3) 1992. pp. 4-6 Mayo.
- 47) REDFIELD, R. R. y Burke, D. S. "Infección por HIV. Cuadro Clínico". En Revista Mensual ICYT. 1990 México.
- 48) ROJAS, R. "Aspectos Sociales del SIDA". En Gaceta CONASIDA. 1 (4) 1988. Noviembre-Diciembre.
- 49) ROMERO, Ma. G. y Morales V., C. "Diagnóstico Serológico del SIDA. Transfusión Sanguínea a la segura". En Revista Mensual ICYT. 9 (132) 1987. pp. 32-38 Septiembre.
- 50) ROSSI, L. (1989). "Asistencia Psicológica a pacientes infectados por VIH". En: SIDA, Ciencia y Sociedad en México. México: Fondo de Cultura Económica.

- 51) ROSSI, L. "Necesidades Psicológicas del paciente infectado". En SIDA Boletín Mensual CONASIDA. 4 (11) 1990. pp. 1009-1013, Noviembre.
- 52) ROZEMBAUM, W. (1985). SIDA: Realidades y fantasmas. México: Katum.
- 53) SANCHEZ, G. (1989). "Historia natural de la infección por VIH". En SIDA, Ciencia y Sociedad. México: Fondo de Cultura Económica.
- 54) SEPULVEDA A., J. (1989). SIDA, Ciencia y Sociedad. México: Fondo de Cultura Económica.
- 55) SEPULVEDA A., J, (1987). SIDA. Un problema de Salud Universal. Simposio Celebrado el 4 de Julio. México.
- 56) SEPULVEDA A., J. y Bronfman, M. "El SIDA en México, características y perspectivas". En Salud Pública de México. 30 (4) 1988. pp. 501-503, Julio-Agosto.

- 57) SEPULVEDA A., J. Valdespino G., J. L. García G., M. L. Izazola L., J. A. y Rico G., B. "Características Epidemiológicas y Cognoscitivas de la transmisión del VIH en México". En Salud Pública de México. 30 (4) 1988. Julio-Agosto.
- 58) SOBERON, G. "SIDA: Características generales de un problema de Salud Pública". En Salud Pública de México 30 (4) 1988. pp. 505-508, Julio-Agosto.
- 59) SOLER, C. (1989). "Pruebas de laboratorio para detectar infecciones por VIH". En SIDA. Ciencia y Sociedad en México. México: Fondo de Cultura Económica.
- 60) STANISLAWSKY, S.C. (1989). "El agente causal del SIDA". En SIDA Ciencia y Sociedad. México: Fondo de Cultura Económica.
- 61) VALDESPINO, J. L. "Patrones y Predicciones Epidemiológicas del SIDA en México". En Salud Pública de México. 30 (4) 1988. pp. 572, Julio-Agosto.

ANEXOS

- 62) VALDESPINO, J. L. (1987). "Situación epidemiológica del SIDA en México". En SIDA: Un problema de Salud Universal Simposio celebrado 4 de Julio, México.
- 63) VARGAS, B. (1993). "Aspectos Psicosociales del SIDA". En Primer Congreso Nacional de Salud Mental. C.M.N. Siglo XXI. 2 al 5 de Junio.
- 64) WEBER, J. N. y Weiss, R. A. "Infección por HIV. Cuadro Celular". En Scientific American 259 (9) 1988. New York, N. Y..

ENTREVISTA PARA OBTENER DATOS DEL PACIENTE

1. Nombre _____
2. Sexo _____ 3. Edad _____ 4. Estado Civil _____
5. Lugar de Origen _____ 6. Residencia _____
7. Escolaridad _____ 8. Ocupación _____
9. Area Laboral _____
10. ¿Contribuye usted al gasto familiar? _____
11. ¿Ha viajado al extranjero? _____ 12. ¿Por cuanto tiempo? _____
13. ¿A donde? _____
14. Diagnóstico _____
15. ¿Conoce en que etapa está? _____
16. ¿Conoce como adquirio la enfermedad? _____
17. Tiempo de evolución _____
18. ¿Con quién vive? _____

19. ¿Como son sus relaciones familiares? _____

20. ¿Con quién de su familia se lleva mejor? _____

21. Si se encuentra en un apuro ¿quién le ofrece apoyo? _____

22. ¿Hay algunos compañeros de trabajo con los cuales se lleve mejor? _____

ENTREVISTA DE ACEPTACION O RECHAZO DE LA ENFERMEDAD

Nombre _____

1. ¿Que conoce sobre su enfermedad? _____

2. ¿Conoce como adquirió la enfermedad? _____

3. ¿Que hizo cuando se enteró de su enfermedad? _____

4. ¿A quién le informó acerca de su enfermedad? _____

5. ¿Cómo fué la reacción de su familia al enterarse de su enfermedad? _____

6. ¿Cómo se siente, con relación a su enfermedad? _____

ENTREVISTA PARA OBTENER DATOS DEL FAMILIAR

1. Parentesco _____

2. ¿Tiene conocimiento de la enfermedad de su familiar? _____

3. ¿Cómo son las relaciones con el enfermo? _____

4. ¿Cómo es la respuesta de su enfermo a esta relación? _____

5. Describa la relación con los miembros de la familia. _____

6. Cuando llega del trabajo, ¿cómo es la actitud de su familiar? _____

7. ¿Le interesa saber cómo le fué en el trabajo? _____

8. ¿Sabe usted cómo son las relaciones con los amigos que frecuenta? _____

9. ¿Contribuye al gasto familiar? _____

10. ¿Con quién se lleva mejor de la familia? _____

CASOS ACUMULADOS DE SIDA

AÑO	CASOS ACUMULADOS
1986-1987	22
1988	28
1989	48
1990	97
1991	142
1992	210
1993	423
1994-1995	486

CUADRO 1.

NUMERO DE CASOS DE SIDA, ACUMULADOS EN EL PERIODO DE 1986 A 1995, EN LA DELEGACION ESTATAL DE MORELOS IMSS, DONDE SE OBSERVA UN INCREMENTO IMPORTANTE.

CASOS DE SIDA EN EL IMSS MORELOS

CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
Total pacientes con SIDA en el Estado de Morelos, Delegación IMSS.	359	100
Municipios Cuernavaca y Jiutepec	226	62.95
Pacientes vivos	117	51.77
Pacientes fallecidos	109	48.23
Pacientes detectados	55	47.01
Pacientes Seropositivos	62	52.99

CUADRO 2.

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE SIDA Y SEROPOSITIVOS EN LOS MUNICIPIOS DE CUERNAVACA Y JIUTEPEC EN EL PERIODO ANALIZADO.

SEXO DE LOS PARTICIPANTES

SEXO	NUMERO DE PARTICIPANTES	PORCENTAJE
Masculino	12	70.59%
Femenino	5	29.41%

CUADRO 3.

NUMERO Y PORCENTAJE DEL SEXO DE LOS PARTICIPANTES.

Nota:

Dos de los participantes masculinos manifestaron tener prácticas homosexuales.

EDAD DE LOS PARTICIPANTES

PARTICIPANTE	EDAD
1	32
2	40
3	21
4	50
5	30
6	30
7	25
8	25
9	32
10	28
11	33
12	37
13	30
14	37
15	28
16	23
17	40

CUADRO 4 .

EDAD DE LOS PARTICIPANTES QUE SE ENCONTRO
ENTRE 21 A 50 AÑOS CON UN PROMEDIO DE
31.8 AÑOS.

ESTADO CIVIL DE LOS PARTICIPANTES

ESTADO CIVIL	NUMERO DE PARTICIPANTES	PORCENTAJE
Solteros	8	47.06 %
Casados	4	23.53 %
Unión Libre	5	29.41 %

CUADRO 5.

NUMERO Y PORCENTAJE DEL ESTADO CIVIL DE
LOS PARTICIPANTES.

ESCOLARIDAD DE LOS PARTICIPANTES

GRADO DE ESCOLARIDAD	NUMERO DE PARTICIPANTES	PORCENTAJE
Primaria	1	5.88
Secundaria	5	29.41
Bachillerato	6	35.29
Profesional	5	29.41

CUADRO 6.

NUMERO Y PORCENTAJE DEL GRADO DE
ESCOLARIDAD DE LOS PARTICIPANTES.

OCUPACION DE LOS PARTICIPANTES

PARTICIPANTE	OCUPACION
1	Ingeniero Mecánico
2	Pensionado
3	Chofer
4	Ingeniero Químico
5	Empleado
6	Empresario
7	Hogar
8	Trabajador Social
9	Trabajador Social
10	Chofer
11	Obrero
12	Hogar
13	Chofer
14	Voceador
15	Médico
16	Enfermera
17	Empleado

CUADRO 7.

DESCRIPCION DE LA OCUPACION DE LOS PARTICIPANTES.

NIVEL SOCIO-ECONOMICO DE LOS PARTICIPANTES

NIVEL SOCIO-ECONOMICO	NUMERO DE PARTICIPANTES	PORCENTAJE
Alto	1	5.88
Medio	8	47.06
Bajo	8	47.06

CUADRO 8.

NUMERO Y PORCENTAJE DEL NIVEL SOCIO-ECONOMICO QUE SE ENCONTRO EN EL EXPEDIENTE CLINICO DE LOS PARTICIPANTES.

TEST AUTOCRITICA

NUMERO	AUTOCRITICA	PUNTAJE TOTAL	IDENTIDAD	AUTOSATISFACCION	CONDUCTA	YO FISICO	YO ETICO - MORAL	YO PERSONAL	YO FAMILIAR	YO SOCIAL	VARIABILIDAD	TOTAL COLUMNAS	TOTAL HILERAS	DISTRIBUCION
1	31	354	130	112	112	72	69	75	76	62	48	28	20	111
2	34	371	122	136	113	78	74	78	75	66	55	32	23	135
3	32	389	122	138	129	68	80	80	82	79	41	22	19	151
4	45	335	124	115	98	76	58	67	69	65	65	36	29	144
5	39	290	104	92	94	56	52	64	53	55	31	17	14	83
6	32	337	103	112	122	62	67	79	56	73	72	36	36	185
7	33	306	101	97	108	55	68	66	64	53	52	28	24	101
8	40	338	119	104	115	66	61	72	65	74	50	26	24	124
9	31	331	121	94	116	63	63	69	71	65	46	31	15	82
10	41	383	142	101	140	79	74	72	78	80	74	50	24	184
11	33	271	89	91	91	55	61	47	51	57	41	21	20	68
12	26	381	140	125	116	68	80	75	81	77	48	29	19	179
13	32	320	116	94	110	74	64	70	62	50	74	40	34	140
14	42	320	116	98	106	48	74	62	76	60	66	36	30	144
15	40	315	119	90	106	52	74	64	61	64	57	34	23	131
16	33	323	115	95	113	50	76	63	72	62	53	25	28	90
17	36	291	103	84	104	43	62	65	59	62	57	29	28	83

CUADRO 9.

**DATOS OBTENIDOS EN LA APLICACION DEL TEST
DE AUTOCRITICA DE TENNESSE A LOS PACIENTES.**

AUTOCRITICA DE PARTICIPANTES

AUTOCRITICA	NUMERO DE PARTICIPANTES	PORCENTAJE
Baja	6	35.29
Alta	6	35.29
Normal	5	29.42

CUADRO 10.

**NUMERO Y PORCENTAJE DEL NIVEL DE
AUTOCRITICA ENCONTRADO EN LOS PARTICIPANTES.**

ACEPTACION O RECHAZO DE ENFERMEDAD POR EL PACIENTE

CONCEPTO	NUMERO DE PARTICIPANTES	PORCENTAJE
Acepta	6	35.29
Rechaza	11	64.71

CUADRO 11.

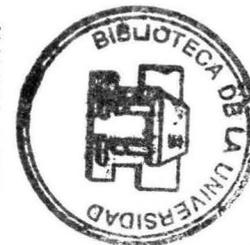
NUMERO Y PORCENTAJE DE LA
ACEPTACION O RECHAZO DE LA ENFERMEDAD
POR EL PACIENTE.

ACEPTACION O RECHAZO DEL PACIENTE POR LA FAMILIA

AUTOCRITICA	NUMERO DE PARTICIPANTES	PORCENTAJE
Acepta	7	41.18
Rechaza	10	58.82

IZT.

U.NAM. CAMPUS
IZTACALA



CUADRO 12.

NUMERO Y PORCENTAJE DE ACEPTACION O
RECHAZO DEL PACIENTE POR SU FAMILIA.