

35



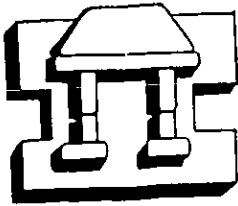
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

EL SIDA: APOYO PSICOTERAPEUTICO A PACIENTES SEROPOSITIVOS EN LA ETAPA TERMINAL.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTAN: HILARIO GARCIA SANCHEZ GLORIA LILIANA GUIJARRO MARTINEZ



ASESORES: LIC. NORMA COFFIN CABRERA LIC. MARGARITA MARTINEZ RIVERO LIC. ALBA LUZ ROBLES MENDOZA

IZTACALA TLALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO

2000



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.

A MI MADRE:

**QUE SIEMPRE MI APOYO Y MOTIVO A ESTUDIAR Y
SALIR ADELANTE, SIENDO UNO DE SUS MAS
GRANDES ANHELOS VER TERMINADA MI
CARRERA, LE DEDICO ESTA TESIS Y
TITULO EN SU MEMORIA.**

A MI FAMILIA:

**POR SU GRAN APOYO MORAL, AFECTIVO Y MATERIAL YA
QUE SIN SU VALIOSA AYUDA NO HUBIERA LOGRADO
CULMINAR UNA DE MIS MAS GRANDES METAS.**

UNA DEDICATORIA ESPECIAL A:

**ISABEL SALAZAR.
MARISELA ASABAY.
MARISELA OLVERA.
SUSANA GONZALEZ G.
PATRICIA A. HERMIDA.
ANA CRISTINA PALACIOS
VERONICA HERNANDEZ V.**

**UNAS GRANDES AMIGAS
Y COMPAÑERAS DESEANDOLES,
LO MEJOR DE LA VIDA, HOY Y SIEMPRE.**

**POR SU AMISTAD, COMPAÑERISMO Y
APOYO A LO LARGO DE LA CARRERA YA
QUE TAL VEZ SIN SU VALIOSA AYUDA NO
HUBIESE LOGRADO TERMINAR LA CARRERA.**

HILARIO GARCIA SANCHEZ.

**QUIERO MORIR CUANDO DECLINE EL DÍA,
EN ALTA MAR Y CON LA CARA AL CIELO,
DONDE PAREZCA UN SUEÑO LA
AGONÍA Y EL ALMA UNA AVE
QUE REMONTA EL VUELO.**

MANUEL GUTIERREZ NAJERA.

SINRAZON DE LA MUERTE

**"TODO TIENE SU MOMENTO,
CADA COSA SU HORA BAJO
EL CIELO.**

**SU HORA EL NACER Y
SU HORA EL MORIR;
SU HORA EL PLANTAR Y
SU HORA EL ARRANCAR;
SU HORA EL MATAR Y
SU HORA EL CURAR;
SU HORA EL DESTRUIR Y
SU HORA EL EDIFICAR.
SU HORA EL LLORAR Y
SU HORA EL REIR;
SU HORA EL HACER DUELO Y
SU HORA EL BAILAR;
SU HORA EL TIRAR PIEDRAS Y
SU HORA EL RECOGERLAS;
SU HORA EL ABRAZAR Y
SU HORA EL DEJARSE DE ABRAZOS;
SU HORA EL BUSCAR Y
SU HORA EL PERDER;
SU HORA EL GUARDAR Y
SU HORA EL TIRAR;
SU HORA EL RASGAR Y
SU HORA EL COSER;
SU HORA EL CALLAR Y
SU HORA EL HABLAR;
SU HORA EL AMAR Y
SU HORA EL ODIAR;
SU HORA LA GUERRA Y
SU HORA LA PAZ.**

¿QUÉ SACA UNO DE LA FATIGA QUE SE TOMA EN SU TRABAJO?"

ECLESIASTÉS 3:1-9

INDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
CAPITULO 1	
ANTECEDENTES	
1.1 Situación Mundial	8
1.2 Situación en México	11
CAPITULO 2	
ETIOLOGÍA Y ASPECTOS MÉDICOS DEL VIH / SIDA	
2.1 Definición del SIDA	16
2.2 Etiología	16
2.3 Aspectos Médicos	18
2.4 Manifestaciones Clínicas	21
2.5 Fases de la Enfermedad	23
2.6 Transmisión del VIH / SIDA	24
CAPITULO 3	
PROBLEMÁTICA PSICOLÓGICA EN VIH / SIDA	
3.1 Factores Psicológicos	28
3.2 Problemas Psicológicos en VIH / SIDA	30
3.3 Funciones del Psicólogo	37

CAPITULO 4

SIDA Y MUERTE

4.1 Matices sobre la Muerte	42
4.2 Estrés y Suicidio	46

CAPITULO 5

PROPUESTA DE TRABAJO A SEROPOSITIVOS O ENFERMOS DE SIDA EN LA ETAPA TERMINAL

5.1 Evaluación	53
5.2 Tratamiento de Desensibilización Sistemática	59
5.3 Tratamiento de Solución de Problemas	64

CONCLUSIONES	72
---------------------	----

BIBLIOGRAFÍA	76
---------------------	----

ANEXOS

(1) INVENTARIO DE BECK PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN	79
(2) GLOSARIO	84

RESUMEN

EL SIDA es una enfermedad que se ha convertido en epidemia a nivel mundial y México no es la excepción. Este mal se ha extendido en niveles alarmantes en nuestro país y mucho de esto se debe a la falta de información oportuna a las clases bajas de la población, al analfabetismo, a ideas y creencias muy tradicionalistas y rígidas; también a la falta de concientización en personas con suficiente información sobre el SIDA, las cuales no llevan a la práctica sus conocimientos sobre prevención de esta enfermedad.

Los datos estadísticos oficiales y no oficiales difieren en gran medida, en el número de casos reportados con la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y en el tratamiento se pone más énfasis en el aspecto médico que en el psicológico.

El paciente pasa de ser portador o seropositivo de VIH a la fase de desarrollo de la enfermedad del SIDA o etapa terminal y espera como único desenlace la muerte, lo cual afecta su vida familiar debido a la intensa emoción que se suscita. Todos creemos saber lo que es la muerte; sin embargo, ciertos problemas relativos a ella no pueden ser resueltos por el sentimiento, ya que se sobreañade un conjunto complejo de creencias, emociones y actos que le dan un carácter propio.

El presente trabajo tiene como fin proponer dos terapias psicológicas, ya que los enfermos de SIDA en su etapa terminal necesitan no solamente de un tratamiento médico, sino de alguien que los escuche, de confianza, afecto, seguridad, comprenda y los motive; en esta fase el enfermo necesita del apoyo familiar y de las amistades para encontrar en ellos una estabilidad psicológica.

En este trabajo se proponen dos técnicas: Desensibilización Sistemática y Solución de Problemas con pacientes que presenten características de depresión o ansiedad (hipoactivos).

INTRODUCCIÓN

El VIH es el virus causante del SIDA y el desarrollo de esta enfermedad se compone de tres etapas: fase aguda, fase crónica y fase terminal; en el presente trabajo nos abocaremos a la última fase mencionada, tratando principalmente sobre aspectos de la muerte.

A muchas personas no les gusta hablar de la muerte, ni oír que se hable de ella, pero la muerte es algo de lo que no podemos escapar. Y si analizamos por que no queremos hablar de la muerte acabamos por concluir que quizás no hemos sabido vivir. Ojalá que todos los desahuciados pudieran contar con el apoyo de otras personas para afrontar la muerte ya que el diagnóstico de una enfermedad grave muy a menudo mortal, provoca un estado de choque psicológico brutal y de pánico.

La persona que ama al enfermo está a su lado, no lo condena y le permite mejor que nadie expresar sus preocupaciones y angustias. Los enfermos no escapan a las depresiones, pero son, en estos casos, menos traumáticas. Los que no conocen la suerte de tener un amigo a su lado, se confortan con su familia.

Los enfermos que no tienen pareja ni familia, se encuentran en una soledad extrema y más de la mitad se encuentra en estos casos.

Esta enfermedad que provoca tales reacciones psicológicas, justifica la presencia psiquiátrica y de los psicólogos cerca de los enfermos.

Sabemos que el SIDA es una enfermedad mortal de la cual se supone que toda la gente tiene bastante información.

En este trabajo se eligió al SIDA ya que consideramos que a pesar de toda información que manejan los medios de comunicación, aún así existen muchas dudas y estigmas en la población en general, lo que produce un rechazo a este grupo de enfermos, a pesar de que ellos necesitan un mayor apoyo para lograr sus metas en el poco tiempo que les queda de vida. Y tenemos que al considerar la bibliografía respecto al SIDA, ésta se centra más en el aspecto médico y se pasa a segundo término el aspecto psicológico del paciente con SIDA en la etapa terminal o de muerte, de ahí que sea de vital importancia proponer acciones de trabajo en el área

psicológica, ya que estos pacientes presentan fuertes depresiones o ansiedades, y es trabajo del psicólogo proponer y trabajar en conjunto con médicos y demás especialistas de la salud en la habilitación y rehabilitación del enfermo para darle el mejor nivel de vida posible.

La propuesta que manejamos es la utilización de dos técnicas, la primera llamada Desensibilización Sistemática y la segunda referida como Solución de Problemas, dichas técnicas han sido utilizadas por Wolpe (1985) en pacientes con depresiones y ansiedades; la primera mencionada también la utilizo Seligson (1984) con pacientes de cáncer que presentan reacciones similares al del SIDA, ambos con buenos resultados.

Tenemos que las funciones del psicólogo no quedan limitadas al paciente y a la familia ya que también debe actuar con los miembros del equipo de salud, asesorando sobre técnicas y estrategias psicológicas; previniendo ansiedades y actitudes disfuncionales del personal médico como agresividad e indiferencia hacia los pacientes así como potenciando un adecuado acercamiento al paciente. Adiestrar al personal en técnicas de consejo e información y en la adquisición de habilidades para transmitir mensajes de apoyo a familiares y allegados.

La psicología nos da las bases teóricas y orígenes de la conducta humana, sus actitudes y aptitudes hacia ciertas problemáticas, y nos sirve para poder enfrentarlas, modificando las conductas negativas; ya que la población rechaza a los enfermos e infectados por el virus VIH que provoca el SIDA y ésta es principalmente por ignorancia, mitos y tabúes los cuales hay que modificar y lograr una concientización real de la enfermedad.

El objetivo de este trabajo es proponer dos técnicas las cuales son: Desensibilización Sistemática y Solución de Problemas, aplicadas en pacientes con SIDA que presenten depresión o ansiedad, considerando y creyendo que serán de gran ayuda para lograr su estabilidad emocional.

A continuación se esbozaran los capítulos:

CAPITULO 1.

ANTECEDENTES.

En este capítulo se expondrá las teorías del origen del VIH que provoca el SIDA y su situación a nivel mundial y en Nuestro País.

CAPITULO 2.

ETIOLOGÍA Y ASPECTOS MEDICOS DEL VIH/SIDA.

Aqui hablaremos del virus VIH causante del SIDA y el desarrollo de la enfermedad en el ámbito Médico.

CAPITULO 3.

PROBLEMÁTICA PSICOLÓGICA EN VIH/SIDA.

Se mencionara toda la amplia gama de reacciones psicológicas que acompañan a las personas con infección VIH/SIDA en sus tres fases y cómo puede ayudar el psicólogo a estabilizar emocionalmente al paciente.

CAPITULO 4.

SIDA Y MUERTE.

El paciente en la etapa terminal produce una serie de reacciones negativas al verse ante la muerte, de las cuales se hablará.

CAPITULO 5.

PROPUESTA DE TRABAJO A SEROPOSITIVOS O ENFERMOS DE SIDA EN LA ETAPA TERMINAL.

En este capítulo se expondrá las dos técnicas de ayuda propuestas para la ansiedad y depresión en los enfermos de SIDA las cuales son: Desensibilización Sistemática y Solución de Problemas.

CAPITULO 1

ANTECEDENTES

Para abordar el tema de nuestro trabajo
es necesario hablar del origen del virus VIH,
el desarrollo del SIDA y plantear la situación mundial
y de nuestro país que señala una gran importancia

1.1 Situación Mundial

En 1979 se pensaba que las enfermedades epidémicas eran cosa del pasado pues parecía que las vacunas y los antibióticos habían logrado controlarlas. Sin embargo, después comenzaron a circular noticias alarmantes acerca de una enfermedad que contagiaba por contacto sexual y por un intercambio de sangre infectada; esta enfermedad conocida como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es producido por un virus que tiene la capacidad de alojarse por largos periodos, sin producir síntomas evidentes; aunque después se descubriría que no nada más se transmite por vía sexual, sino también por vía perinatal, transfusiones sanguíneas ó por drogas vía intravenosa.

"En el año de 1981 los Centros para el Control de Enfermedades (C. D. C / Center Disease Control) de E.U.A. comunicaron la aparición de una enfermedad inusual en cinco varones homosexuales de San Francisco California; ésta fue la primera noticia de una epidemia que ahora se sabe que comenzó antes de 1981, con la propagación silenciosa del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en todo el mundo a mediados y finales de la década de los 70s" (Alvarez, 1991, pág. 315).

Tal vez nunca se conozca el verdadero origen del virus ya que existen diversas teorías que tratan de explicarlo, siendo la más aceptada, la referida a que el VIH es un patógeno nuevo para la raza humana, procedente probablemente de retrovirus no patógenos de primates que hicieron un salto de especie desde el mono verde africano hasta el hombre. Existen pruebas concluyentes de que los monos verdes africanos han estado infectados por un virus similar al VIH durante muchos años (Biggar, 1986).

Los exámenes serológicos de diferentes monos en libertad en África Central han demostrado que existe toda una serie de nuevos virus de monos. Probablemente el análisis molecular de estos virus nos permitirá descubrir las incógnitas del árbol genealógico y nos ayudará a fijar más exactamente el origen de los Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

"Pero estos retrovirus de primate, considerados como una gran familia, también tienen su historia evolutiva que los relaciona con los demás retrovirus animales. En el gato y en algunos bovinos se conocen virus de la inmunodeficiencia que provocan enfermedades parecidas al SIDA" (Diedrich, 1991, pág. 1024).

Aunque en dichos animales (mono verde) no les provoca enfermedad y se le denomina Virus Linfotrópico T de los Simios tipo – III – (VLTS – III) / AGM I, este retrovirus es el más probable progenitor a partir del cual se produjo la mutación genética o nueva combinación y dio origen al VIH. Este virus pudo haber pasado al hombre como resultado de una mordedura o la ingestión de carne cruda (especialmente comiendo el cerebro).

"El SIDA se ha propagado a casi todo el mundo y en algunas regiones de Africa Central y Meridional es una enfermedad endémica y quienes la padecen son heterosexuales en su mayoría" (Readers Digest, 1991, Pág. 300)(A).

Los casos de SIDA en África se conocieron aproximadamente al mismo tiempo que en Europa y Norte América (1981), aunque es probable que la infección por el virus existiera en África mucho antes del descubrimiento de la enfermedad (Pratt, 1988), ya que por la extrema pobreza en que viven muchos pueblos de África, no existen controles sanitarios y en el transcurso de cuatro años se constituyó en epidemia en todo el mundo occidental y en todas las regiones de África Ecuatorial. Tal vez no sepamos el origen, ya que algunas teorías se han convertido en mitos.

La epidemia del SIDA se ha propagado en una época en la que la ciencia tiene los instrumentos idóneos para desentrañar sus misterios. Varios años después de la aparición de la infección los investigadores abrigaban pocas esperanzas de frenar esta

enfermedad y hasta la fecha se han logrado considerables avances como es el hecho de nuevas medicinas antivirales (Pakkanen, 1991).

El término SIDA se aplica a una amplia variedad de situaciones clínicas y epidemiológicas a menudo muy diferentes entre sí. La primera noticia sobre el SIDA como enfermedad fue publicada en junio de 1981 y correspondía a la aparición de extraños casos de neumocystosis. Los informes se referían a trastornos severos y rápidamente mortales de la inmunidad celular que afectaba a varones jóvenes homosexuales, con un amplio historial de enfermedades sexuales transmisibles; los casos detectados presentaban características comunes que hacían pensar en la aparición de una enfermedad nueva, hasta entonces desconocida por la ciencia y cuyo comienzo parecía haberse dado en Estados Unidos a fines de 1980. Inicialmente los C.D.C. dieron a este cuadro clínico la denominación de GRID (Gay Related Inmunodeficiency – Deficiencia Inmunitaria Relacionada con la Homosexualidad). Sin embargo, este nombre dejó rápidamente de ser apropiado, pues a partir de abril de 1982 se describieron trastornos similares en hemofílicos sin antecedentes de contactos homosexuales, en usuarios de drogas intravenosas, en politransfundidas y en mujeres que eran parejas sexuales de los enfermos. Los C.D.C. abandonaron entonces la denominación GRID y dieron a la enfermedad el nombre de SIDA, cuyo patrón epidemiológico hace pensar en una enfermedad infecciosa grave y rápidamente mortal, de etiología viral transmisible a través de contacto sexual y de transfusiones sanguíneas; el SIDA ha dejado al descubierto la vulnerabilidad de la condición humana. Por la relación que tiene esta infección con la sexualidad, la sangre, las drogas ilegales y la muerte, el SIDA evoca temores y profundas inhibiciones en el ser humano además de reacciones mezquinas e irracionales, ya que la identificación del virus y sus formas de transmisión aún siendo científicamente demostradas, no son suficientes para disipar completamente la sensación de misterio y el temor de las personas.

Por su asociación con determinadas prácticas sexuales y su prolongado período de incubación, el SIDA ha modificado el ejercicio de la sexualidad, el amor y las relaciones humanas suscitando gran cantidad de debates al respecto. La epidemia ha

despertado en la sociedad la conciencia de que existen prácticas sexuales diferentes para las cuales fue educado, produciendo en algunos una actitud abierta de comprensión y tolerancia y en otros aumentando la aversión hacia quienes viven su sexualidad fuera de las normas culturales.

El consumo de drogas intravenosas encuentra un terreno abonado en sociedades, donde los índices de desempleo son altos, la falta de vivienda y el maltrato al menor son frecuentes; el uso de estas sustancias incrementa el riesgo de infección por el VIH, al bloquear la capacidad del individuo para asumir decisiones de bajo riesgo y sitúa cada vez más lejos la meta de la sociedad en la cual se fomenten el respeto personal, la dignidad y la formación de individuos para llevar una vida sana. Así tenemos que para lograr cambios en la conducta dependen de una serie de factores de tipo económico, político, cultural y genérico. Estos factores no pueden ser cambiados de la noche a la mañana ya que se necesita un proceso a largo plazo que requiere de un cambio social profundo de aptitudes y actitudes (Hughes, 1992). Enseguida se mostraran los datos estadísticos respecto al SIDA en México.

1.2 Situación en México

A continuación se presenta una semblanza de la situación en nuestro país relacionada con el SIDA según las Instituciones del Sector Salud:

- De 33 casos en Diciembre de 1985, se pasó a 1642 en Septiembre de 1988.
- En 1986, La Secretaría de Salud, estableció con representantes de las Instituciones del Sector Salud, el Comité para la Investigación y Control del SIDA (CONASIDA).
- A partir del 1 de Marzo de 1987, la Dirección General de Epidemiología y la Comisión antes mencionada publica un boletín mensual.
- 5 de Marzo de 1987, habían sido reportados 340 casos, con 111 defunciones y el grupo de edad en que se presentó el mayor número de casos fue entre los 25 y 44 años, en donde 14 fueron en mujeres y la distribución por grupos de riesgo fue: varones homosexuales 72.1%, varones bisexuales 20%; por transfusiones

- sanguíneas 25%; hemofílicos 2.1%, y toxicómanos 0.7%.
- Los datos correspondientes a 1989 revelan lo siguiente: de 1936 varones y 222 mujeres el porcentaje es el siguiente: 92% por vía sexual; de los cuales 53% es homosexual; 27.7% es bisexual y 11.7% es heterosexual. Por transfusiones sanguíneas 6.9% y toxicómanos 0.6%, asimismo hubo 86 casos pediátricos: De estos 31.4% fueron hemofílicos, 22.1% por transmisión perinatal y 3.5% por vía sexual.
 - Los casos notificados hasta el 1 de Enero de 1990 fueron 3512 de estos corresponden: 444 mujeres y 3068 a hombres, manteniéndose la relación 7 x 1 entre varones y mujeres, siendo el grupo más afectado el de 25 a 44 años. Y a fines de este año la cifra era de 5907 infectados.
 - En el hombre la vía principal de transmisión del SIDA es la sexual, el porcentaje ha sido siempre superior al 90% de este grupo, los homosexuales representan alrededor del 50%, los bisexuales el 25% y de 12 a 15% los heterosexuales. Los datos anteriores se obtuvieron de CONASIDA (CONASIDA, 1991).
 - En 1991 las estadísticas nos indican que había 7746 hombres infectados y 1327 mujeres siendo en total 9073 (CONASIDA, 1992).
 - En 1992 los datos nos indican 10477 hombres y 1815 mujeres teniendo el 100% de 12292 (CONASIDA, 1993).
 - En 1993 había 14475 infectados masculinos y 2388 femeninos dando un total de 16863 casos (CONASIDA, 1994).
 - En 1994 y hasta el 1º de Julio de 1995 se tienen las siguientes cifras teniendo un total de 19740 hombres y 3324 mujeres con un total de 23064 infectados (CONASIDA, 1995).
 - Al 1º de Mayo de 1996 se acumularon 353 casos masculinos y 66 femeninos siendo un total de 419 casos (CONASIDA, 1998).
 - Hasta el 1º de Mayo de 1997 se agregaron 274 casos masculinos y 40 femeninos siendo en total 314 afectados (CONASIDA, 1998).
 - Hasta el 1º de Mayo de 1998 tenemos que se acumularon 148 casos masculinos y 24 femeninos siendo el total 172 casos (CONASIDA, 1998).

- Desde el inicio de esta enfermedad se tienen contabilizados hasta el 1° de Mayo de 1998, un total de 35373 casos; siendo los menos afectados los heterosexuales con el 0.7% y el más afectado el perinatal con el 63.6 % y dentro de sus ocupaciones los menos afectados son los inspectores y supervisores con el 0.2% y los más afectados los empleados administrativos con el 18.3%, así tenemos que se han obtenido el menos número de casos con los estudiantes y el mayor número de casos con los profesionales.

En la mujer prácticamente las 2/3 partes de los casos son por transmisión sanguínea y el resto por vía sexual. Los casos pediátricos son: una tercera parte en hemofílicos, otra tercera parte por transfusiones y el resto por vía perinatal. Los grupos de menor riesgo son los menores de 15 años de edad y los mayores de 45 años de edad. En lo tocante a ocupación, se han considerado 4 grupos:

- 1) Trabajadoras de servicios públicos y personales: meseras, estilistas y aeromozas que presentan tasas 3 veces superiores al resto de la población mayor de 15 años.
- 2) Maestros, técnicos y funcionarios con tasas dos veces mayores.
- 3) Comerciantes, obreros, choferes y desempleados con tasas semejantes al promedio.
- 4) Estudiantes, amas de casas y campesinos con tasas menores a una tercera parte que el resto de la población mayor de 15 años (Alvarez, 1991).

Hasta la fecha el SIDA ha crecido en forma alarmante en nuestro país y por lo tanto es muy importante trabajar en su aspecto psicológico y tratar de concientizar a la población en general de los riesgos y formas de prevenir el VIH.

CAPITULO 2

**ETIOLOGÍA Y
ASPECTOS
MÉDICOS
DEL VIH/ SIDA.**

En el presente capítulo hablaremos del origen del VIH, su desarrollo y sus cuestiones medicas.

2.1 Definición del SIDA

Es "Una enfermedad recientemente descrita – caracterizada por la pérdida de la eficacia del sistema inmunitario del cuerpo. La persona que sufre este trastorno pierde la capacidad para luchar contra enfermedades como la influenza y algunos tipos de cáncer" (McConnell, 1992, pág. 45).

La definición establecida por los Centros para el Control de Enfermedades y adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Citado. Daniels, 1985), es la siguiente y se divide en dos puntos principales:

- 1) Una enfermedad diagnosticada con seguridad que indica cuando menos moderadamente una deficiencia inmunológica celular adyacente, por ejemplo Sarcoma de Kaposi en un paciente menor de 60 años ó una infección oportunista.
- 2) Ninguna causa subyacente conocida relacionada con la deficiencia de la inmunidad celular ni de otra causa de disminución de la resistencia relacionada con la enfermedad. A continuación describiremos el origen etiológico del virus VIH.

2.2 Etiología

El virus VIH es el causante o agente etiológico del SIDA y muestra signos clásicos de una enfermedad infecciosa. La única explicación convincente de su causa es la aparición de un agente nuevo, el cual al entrar en cualquier persona independientemente de que desarrolle o no el síndrome o el Complejo Relacionado al SIDA (ARC / AIDS Related Complejo), producirá en el organismo atacado una respuesta casi inmediata de desarrollar anticuerpos contra el agente insano (Cotte,

1987).

"El virus se caracteriza por su capacidad de integrar su información genética a la del organismo humano causándole una infección crónica. El VIH se aloja en las células blancas llamadas linfocitos T4 hasta destruirlas. La disminución de estas células en el torrente sanguíneo deteriora el sistema inmunológico y entonces la víctima es presa fácil de diversas enfermedades" (Readers Digest, 1991, pág. 544)(B).

2.2.1 Características del VIH.

El VIH es un tipo especial de virus conocido como retrovirus y es ARN (Acido Ribonucleico) virus, que posee una membrana lipídica rodeando a la cápside; también tiene una enzima vírica especial denominada transcriptasa inversa, que permite al virus hacer una copia de ADN (Acido Desoxirribonucleico) de su material genético ARN, lo que facilita su integración en el material genético de la célula huésped y se va produciendo una cadena de retrovirus ARN (Pratt, 1988).

El retrovirus sólo puede sobrevivir en los fluidos corporales de un ser vivo; una vez que la sangre y otros fluidos corporales están fuera del cuerpo, el VIH sobrevive sólo unas horas. De igual manera el VIH no puede atravesar la piel intacta (García, 1993).

El virus VIH puede destruirse fácilmente a través de diversos medios físicos y químicos como el calor cuando se incuba a una temperatura de 56°centígrados durante 30 minutos; los desinfectantes químicos y las soluciones desinfectantes comunes destruyen el virus como el hipoclorito de sodio, el glutaraldehído, el etanol (alcohol) y algunos son ineficaces, como la formalina al 0.2%, la irradiación de rayos gama y las dosis de radiación ultravioleta.

"El agente etiológico del SIDA es el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); en la actualidad se sabe que hay cuando menos dos subtipos: tipo 1 y tipo 2 (VIH - 1 y VIH - 2). En este momento se atribuyen al VIH - 1 la mayor parte de los casos de SIDA en el mundo - salvo en Africa Oriental donde predomina el VIH - 2" (Durham y Cohen, 1994, pág. 3).

2.2.2 Virus VIH - 1

La infección aguda por el VIH - 1 suele ser asintomática, ocasionalmente se manifiesta como un síndrome y a partir de este momento hay que demostrar seroconversión. Puede presentar una infección asintomática, fiebre de más de un mes, junto con pérdida de peso mayor del 10% o diarrea de más de un mes, algunos trastornos neurológicos (demencia) y/o enfermedades infecciosas (herpes).

2.2.3 Virus VIH - 2

El VIH - 2 en contraste con el VIH - 1 recuerda de manera muy estrecha al virus de inmunodeficiencia simiana tanto genética como serológicamente (Citado, Durham y Cohen, 1994). Tal vez sea homólogo en 50% o menos del VIH - 1 y siendo la mayor semejanza en estructura nuclear y la mayor diferencia en la región de la cubierta, tanto el VIH - 1 como el VIH - 2 pueden originar SIDA. La persona infectada puede permanecer asintomática o presentar leves síntomas y asistir con el médico.

2.3 Aspectos Médicos

Desde que el paciente intenta ir a una cita médica, empiezan sus primeros problemas de afrontamiento, ya que no sabe cuál es su estado real y si será positivo el diagnóstico. Aunque el personal médico no sea lo suficientemente explícito al dar el

diagnóstico, el paciente se comienza a dar cuenta de ello cuando se llegan a iniciar exámenes excesivos, análisis, radiografías, etc.; por largo tiempo y generándose estados de angustia. Cuando se ha llegado a obtener un diagnóstico la persona más ideal para informar es el médico que lo ha estado atendiendo. La información se le debe proporcionar tanto a la familia como al enfermo, si éste lo permite. Se debe de hacer de una manera informal, en un lenguaje veraz y accesible, ya que debe quedar claro lo que se le está informando; el médico debe de ser amable y cortés, dándole además una esperanza de vida por medio de toda una gama de tratamientos que se le pueda proporcionar.

2.3.1 Primeros Síntomas

Las personas infectadas con el VIH inicialmente no presentan ningún síntoma; pueden presentar ganglios linfáticos expandidos en el cuello, axilas e ingle, que pueden persistir. Algunas personas infectadas desarrollarán los primeros síntomas de la infección por VIH después de algunos meses o años. Estos síntomas relacionados al Complejo Relacionado al SIDA (ARC) son:

- Pérdida inexplicable de peso, más del 10% del peso total del cuerpo.
- Diarrea crónica inexplicable.
- Fiebre inexplicable con duración de más de un mes.
- Herpes Zoster (ver glosario).
- Algodoncillo.
- Leucoplasia pilosa oral.
- Aumento persistente (por más de tres meses) del tamaño de los ganglios linfáticos en varias partes del cuerpo (conocido como linfadenopatía persistente generalizada - LPG-).

La mayoría de estos síntomas no son específicos de la manifestación temprana de la infección por VIH. Muchas otras enfermedades, la mayoría benignas, pueden

presentar los mismos síntomas. Lo que hace sospechar de una manifestación temprana por VIH es la naturaleza persistente e inexplicable de tales síntomas y algunas personas que presentan síntomas tempranos de infección por VIH desarrollarán SIDA (la manifestación aguda y fatal de la infección por VIH), otras no. En la actualidad es imposible predecir con certeza qué pacientes infectados por VIH desarrollarán SIDA según la O.M.S (Weekley Epidemiological Record, 1991).

La mayoría de las personas expuestas al virus que produce el SIDA no desarrollarán la enfermedad; sin embargo, ellas son portadoras y pueden pasar a otros la infección. Se estima que entre el 5 y el 10 % de estos pacientes desarrollarán el SIDA (Cotte, 1987).

Se calcula que 2 ó 3 de cada 10 personas que contraen el VIH enferman de SIDA; las demás pueden no desarrollar los síntomas pero siguen siendo portadoras del virus y transmisoras potenciales de la enfermedad (Readers Digest, 1991)(A).

2.3.2 Síntomas Posteriores de la Infección por VIH / SIDA

Para 1991, la O.M.S (Organización Mundial de la Salud) en sus estadísticas menciona que entre un 30 y 40% de los pacientes seropositivos (infectados por el VIH) desarrollarán SIDA (la forma grave de infección por VIH) dentro de los próximos 7 años posteriores de la infección. Estas manifestaciones aparecen cuando el sistema inmunitario se encuentra severamente dañado y el SIDA es responsable de dos categorías principales de enfermedades:

1) Infecciones oportunistas, que se presentan de la siguiente manera:

a) Vivimos rodeados de bacterias, virus y parásitos, normalmente no nos provocan enfermedades por que nuestro sistema inmunológico los controla. Cuando la inmunidad del cuerpo es deficiente, estos gérmenes aprovechan la oportunidad para invadir el cuerpo e inducen infecciones severas, conocidas como oportunistas. Estas infecciones son graves porque el cuerpo no puede prevenir su desarrollo espontáneo y sin tratamiento éstas pueden resultar fatales.

b) Algunos episodios de infecciones oportunistas pueden ser tratados exitosamente a través de medicamentos antiinfecciosos que llevan a la remisión de la infección. El paciente puede aparentar un buen estado de salud, sin embargo la inmunodeficiencia está aún presente y otros episodios de infecciones oportunistas cada vez más graves pueden ocurrir de modo tal que, eventualmente el paciente no responde al tratamiento.

2) Existencia o presencia de Tumores (linfomas y Sarcoma de Kaposi).

a) Linfomas: la probabilidad de aparición de linfomas (tumores de los ganglios linfáticos, piel, intestinos y cerebro) es 100 veces mayor en pacientes con SIDA que en otras personas.

b) Sarcoma de Kaposi: es el cáncer más frecuente asociado con el SIDA y afecta a cerca del 15% de los pacientes con SIDA en África. Se presentan en forma de placas o nódulos cutáneos, morados o rojizos; estas lesiones se localizan no sólo en la piel sino también de manera notable en las mucosas de la boca, los pulmones y el intestino. Una cierta mejoría puede obtenerse en algunos casos como resultado del tratamiento clínico (OMS, Weekley Epidemiological Record, 1991).

2.4 Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones varían de acuerdo al germen responsable y al órgano afectado. Los principales órganos afectados son los pulmones, el tracto gastrointestinal, el cerebro y la piel. Enseguida se enlistan los principales síntomas clínicos de las infecciones oportunistas más específicamente diagnosticadas en el SIDA:

- En los pulmones: tos, falta de aire, dolor de pecho.
- En el tracto gastrointestinal: dificultad para engullir, náuseas, vómitos, dolor abdominal, pérdida severa de peso (mala absorción), diarrea aguda o crónica.

- En el cerebro: dolor de cabeza, función mental estragada, coma, convulsiones, parálisis periférica y central, falta de coordinación, deficiencia visual.
- En la epidermis y mucosas: ulceración perioral y oral, ulceración genital y perianal.
- El estado clínico del paciente es muy inestable.

2.4.1 Estado General

El paciente presenta fiebre, pérdida de peso y otros síntomas; todas las infecciones pueden ir acompañadas por síntomas de debilidad. La enfermedad se desarrolla en forma de episodios entre los cuales el paciente puede volver a un estado más o menos normal y el promedio de supervivencia de una persona con SIDA varía (2 a 4 meses o de 4 a 7 años) y depende principalmente del apoyo médico disponible. Existen algunas pruebas para conocer si una persona está infectada o no, las cuales a continuación se especifican.

2.4.2 Pruebas de Detección del VIH / SIDA

Las pruebas más utilizadas para la detección de VIH / SIDA, es la de Tamizaje o ELISA y básicamente es de uso preventivo y la segunda es la Confirmatoria o Western Blot la cual se usa para verificar los resultados positivos que indique la prueba de Tamizaje. A continuación se describirán cada una de ellas.

De Tamizaje:

ELISA (del inglés, Enzyme Linked Immunosorbent Assay). Ensayos de captura de membrana ó pruebas de aglutinación.

Se efectúa incubando el suero problema en gotas o fosillas individuales con cada uno de los antígenos VIH desarrollados en líneas de células T humanas (Durham y Cohen, 1994). En cada fosilla los antígenos VIH se separan las células infectadas y las células sanas, un simple resultado positivo a la prueba no necesariamente significa que la persona a la que se le efectuó la prueba está infectada (Hassell, 1992), ya que

algunas veces la prueba puede dar resultado positivo y ser falsa, pues no es de absoluta confiabilidad.

Confirmatoria:

WESTERN BLOOT (inmunoflorescencia, ensayos de radioinmunoprecipitación).

Es la prueba más utilizada para la confirmación por infección de VIH y ésta aprovecha antígenos VIH derivados del virus completo. En este caso los antígenos se separan en bandas discretas mediante electroforesis. Esta prueba tiene un alto grado de confiabilidad. El VIH se va desarrollando en las células humanas hasta llegar al SIDA, pasando por diversas etapas.

2.5 Fases de la Enfermedad

a) Fase precoz o aguda:

Los mecanismos de transmisión por la que se adquiere el VIH son: la evolución de la infección es relativamente independiente del mecanismo de transmisión, el paciente infectado persistirá asintomático o presentará un cuadro clínico caracterizado por un síndrome hasta en un 30 y 40% de los casos, aunque a menudo pasa inadvertidamente y paulatinamente de 20 a 30 días de contagio, en la mayor parte de los pacientes irá apareciendo antígeno P24 y entonces los linfocitos CD 4 se encuentran infectados.

b) Fase intermedia o crónica:

En ésta fase hay replicación viral activa aunque a baja velocidad de varios años de duración y los pacientes suelen estar asintomáticos con o sin adenopatías o mínimos trastornos neurológicos fácilmente detectables.

c) Fase final o de crisis:

El incremento de la actividad replicativa del virus coincide clínicamente con la aparición de una severa alteración del estado general de infecciones oportunistas de

ciertos tipos de neoplasias o trastornos neurológicos como demencia, falta de control de los músculos, amnesia etc., a partir de este momento decimos que el paciente tiene SIDA. Llegar al final de la vida, es un acontecimiento de difícil aceptación que involucra al paciente en estado terminal, a sus allegados y al personal de salud que lo atiende y van de 8 meses a 2 años de vida (Vélez, 1992). La fase final de un enfermo de SIDA le provoca un shock emocional y lo hace reflexionar sobre su vida y su posible forma de infección de esta enfermedad.

2.6 Transmisión del VIH / SIDA

El SIDA no es un padecimiento exclusivo de homosexuales, tanto hombres como mujeres pueden contraerlo por contacto íntimo con la sangre, el semen o el flujo vaginal de un portador del virus. No existen pruebas de que se transmita por estornudos, por las gotitas de la tos y besos; tampoco se transmite por apretones de manos, o picaduras de insectos. Es infundado el temor de contraer el SIDA por contacto con objetos tocados por una persona infectada; el virus no se transmite por tocar teléfonos, perillas de puertas, sábanas ni asientos de excusado. Tampoco se adquiere el SIDA por beber del mismo vaso o comer del mismo plato de una persona infectada, mucho menos por nadar en albercas públicas (Readers Digest, 1991)(A). Por lo tanto hay que lograr una concientización al máximo en la población sobre la prevención de esta enfermedad.

2.6.1 Prevención del SIDA

Los datos epidemiológicos nos dicen que los niveles de actuación prioritarios se focalizan en:

- Prevención de la transmisión sexual. Evitar relaciones sexuales con grupos de alto riesgo o infectados por VIH.

- Prevención de la transmisión por sangre y hemoderivados. Control de sangre sana e infectada en las transfusiones.
- Prevención de la transmisión perinatal. Reducir la infección del feto o del neonato por parte de la madre infectada.
- Prevención de la transmisión por vacunaciones. Material perfectamente esterilizado y desechable.
- Reducción del impacto por la infección por VIH en el individuo, grupo y sociedades (Buela y Caballo, 1991).

Al conocer las reacciones negativas y positivas de la gente se puede desarrollar y formular los objetivos de trabajo de acuerdo a las necesidades y básicamente son los que a continuación se mencionan:

- Conocimiento de las prácticas de riesgo referidas, análisis de los comportamientos más frecuentes en una población determinada.
- Conocimiento del grado de información en la población sobre las vías de transmisión, comportamientos implicados y formas de prevención.
- Conocimiento de las creencias imperantes referidas a escalas de valores, factores culturales y religiosos, así como la credibilidad percibida por la población de la información que recibe.
- Conocimiento de las actitudes entendidas como tendencias o intenciones de comportamiento (Buela y Caballo, 1991).

Para lograr los objetivos anteriores es necesario llevar un control de situaciones de alto riesgo: como evitar la promiscuidad, contacto sexual con homosexuales, bisexuales o heterosexuales que estén infectados, no tener contacto sexual con gente que usa drogas inyectadas; crear nuevas conductas como la utilización de preservativos, uso de jabones ácidos y chequeos médicos.

En teoría es fácil, pero llevarlo a la práctica es muy difícil, ya que se necesita concientizar y crear una cultura para combatir el SIDA (Cotte, 1987). Considerando que es difícil cambiar sus ideas y valores culturales de la población, a continuación veremos algunos aspectos psicológicos de los pacientes con SIDA.

CAPITULO 3

PROBLEMÁTICA PSICOLÓGICA EN VIH / SIDA

Existen varios factores y problemas que enfrenta el seropositivo, los cuales se señalan a continuación, así como las funciones del psicólogo dentro de esta problemática

3.1 Factores Psicológicos

Es importante señalar algunos aspectos psicológicos determinantes en la conducta de los individuos que afectan de manera importante en la relación salud - enfermedad, de ahí que sea de vital importancia en concientizar, habilitar y rehabilitar a los enfermos sobre las causas de su enfermedad y cómo lograr controlarlas. Los problemas de enfermedad y salud están íntimamente relacionados a factores físicos, conductuales y ambientales. Cada uno de estos factores contribuye a los diferentes tipos de problemas que se encuentran en la práctica médica (Seligson, 1984). Es de vital importancia realizar labor comunitaria con un equipo multidisciplinario para conocer la realidad imperante, nos dice Jerrold. M que:

"La nueva atención se está poniendo en la manera en que la conducta individual y el ambiente físico influyen en la salud. La mitad de la mortalidad en Estados Unidos se debe a conductas o estilos de vida insalubres y un 20% más se debe a factores ambientales. La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud representa la tendencia de desarrollo en las políticas de salud" (McConnell, 1992, pág. 848).

Así tenemos que la vía más común de transmisión del SIDA es el contacto sexual. Pero el riesgo de infectarse con el VIH a través de una simple transfusión sanguínea es cerca del 90%, mucho mayor que el riesgo de infectarse de un simple acto sexual con penetración con una pareja infectada con el VIH (Ananden, 1992).

"Las reacciones del paciente frente al diagnóstico de infección por el VIH o el SIDA están determinadas por una serie de variables personales desarrolladas a lo largo de su vida como son: edad, sexo, personalidad, religión, habilidades, antecedentes culturales, salud mental, estilo de vida e inteligencia; por aspectos sociales como la

familia, las relaciones interpersonales y habilidades de comunicación o por aspectos relacionados directamente con la enfermedad, como el tipo de medicamento que recibe, la presencia de las complicaciones clínicas, el tipo de seguridad social y la cantidad de asistencia, deterioro físico y psicológico y el tiempo de sobrevida" (Vélez, 1992, pág. 111).

La aparición de esta enfermedad modifica la conducta del hombre y por consecuencia las actividades que éste realiza. Cualquier enfermedad tiene repercusiones físicas y psicológicas en el individuo; con mayor frecuencia el médico, el trabajador social, enfermera o psicólogo se encuentran ante una persona a la que juzgan necesario practicarle los análisis sanguíneos para detección de anticuerpos contra el VIH o se ven ante la situación de tener que entregar un resultado positivo de VIH a alguna persona o familiar sin contar con el entrenamiento y los conocimientos para dar la asesoría necesaria de la prueba o bien para reducir el impacto emocional y psicosocial que provoca el ser informado de un resultado positivo.

Recibir la notificación de algo que pone en peligro la integridad física, sin lugar a dudas representa un impacto a la estabilidad emocional de cualquier ser humano, más aún si la enfermedad de que se trata es incurable. Si a todo ello se agrega que la enfermedad por su medio de transmisión involucra la intimidad sexual de cada individuo y que las personas afectadas están injustamente sujetas a estigmatización y marginación social, la descompensación emocional provocada es mayor (Gatell y Col. 1992).

A pesar de que un gran porcentaje de individuos se realiza la prueba voluntariamente persiste siempre un deseo inconsciente de descartar la infección más que de confirmarla. Desde el momento de conocer su diagnóstico el individuo pasa por diferentes etapas de adaptación y es frecuente encontrar estados depresivos desde leves hasta severos; es importante considerar el inicio del tratamiento psicológico de acuerdo con el médico y el paciente para conocer a fondo las reacciones psicológicas que hay que enfrentar.

3.2 Problemas Psicológicos en VIH / SIDA

Los individuos VIH positivos plantean ciertas problemáticas psicológicas que giran alrededor de una serie de situaciones que afectan su vida familiar y personal:

1. La propia situación ó la propia muerte: Aparecen los mecanismos de negación no muy marcados e ideas de que algo divino o sobrenatural los va a sanar. Como el tiempo de evolución puede parecer una incógnita, éste se estira a voluntad perdiéndose así los límites reales. El estado del humor puede oscilar entre lo depresivo - melancólico (una muerte anticipada) y una posición hipomaníaca (vivir al máximo lo que queda de vida, aprovechar el tiempo, matar la muerte). Según las características de la personalidad y su tendencia masoquista, pueden observarse sobrecargados ó autodestructivos: descuido, aumento de la promiscuidad, consumo de drogas y suicidios enmascarados por accidentes.
2. La situación de la pareja y / o familia: La persona al saber que su pareja está infectada le produce un shock emocional negativo a su vez la familia en su relación con el enfermo puede ser de aceptación o rechazo y afecta la vida familiar.
 - A) La pareja puede haber muerto recientemente de SIDA: Además del sufrimiento por el duelo, este hecho puede ocultar la propia enfermedad. El paciente queda llorando al muerto sin poder enterarse del propio riesgo hasta que los síntomas se manifiestan y surge el terror de sufrir los pasos ya conocidos.
 - B) La pareja no tiene anticuerpos: Aparecen ideas de culpa de abandonar a la pareja, culpa que se potencia según la forma en que se contrajo la enfermedad.
 - C) La relación con la familia y los hijos: Qué decirles y cómo explicarlo a los padres, hermanos e hijos. Cómo acompañarán el curso de la enfermedad y su posición frente a está y que a menudo se consideran "malditos" y son las interrogantes que llegan a obsesionar y torturar a los pacientes.

3. La relación con el exterior: El aislamiento y la soledad se plantean como relaciones muy ambivalentes, por considerarse un portador de la muerte unido a veces al deseo inconsciente de contagiar la enfermedad y no ser el único así como la tendencia a aislarse totalmente (ya sea reprimiendo la sexualidad, no saliendo ó alejándose de los amigos) teme el qué dirán, qué preguntarán, etc.

Se siente como un antiguo leproso ya que el impacto que produce en el exterior genera un efecto que retroalimenta aún más la marginación y el rechazo. En este punto se destaca el papel del personal sanitario, este tiene que hacerse cargo de la enfermedad y su problemática, teniendo en cuenta el enorme monto de angustia que genera (Gatell y Col. 1992).

Se considera que el paciente tiene todo el derecho legal de saber el diagnóstico por que la comprensión de su enfermedad con cierta dosis de esperanza puede hacerlo más cooperativo para poder enfrentar diversas terapias, ya que es importante dejar hablar al enfermo y darle la oportunidad de expresar su propia interpretación para descargar su angustia, corrigiendo solamente los errores más graves y perjudiciales de su pensamiento.

La mayoría de los efectos por el VIH (tanto los que se encuentran en la fase inicial y son por lo tanto seropositivos, como los que se hallan en la fase avanzada, cuando el síndrome de inmunodeficiencia está plenamente desarrollado) producen una respuesta en el individuo que lo padece y se manifiesta a través de tres etapas que constituyen un proceso de adaptación y aceptación de la enfermedad. Estas etapas no son sucesivas ni correlativas; el individuo enfermo va de una a otra relación con la evolución del padecimiento.

La persona seropositiva que no manifiesta inmunodeficiencia puede llegar a creer que está indemne y aún olvidarse de que es seropositivo aunque sólo sea en forma aparente.

Las 3 fases o etapas mencionadas son las siguientes:

- Primera fase (precoz o aguda): es la crisis que produce el conocer el diagnóstico, siendo el rasgo dominante en esta fase la negación de la enfermedad que alterna con la ansiedad, el miedo a la enfermedad y a la muerte.

Durante esta fase el individuo es posible que niegue que está enfermo o a rebelarse contra la enfermedad y adoptar conductas autodestructivas y destructivas. Es fundamental y benéfico que el individuo siga las indicaciones del médico y que acuda acompañado a la visita médica, a fin de evitar confusiones.

Una de las situaciones más graves que se producen en esta fase y que más afecta al individuo es la repercusión que tendrá la noticia de su enfermedad en su entorno: habrá actitudes de rechazo y aún de abandono por parte de sus familiares y de sus amigos por miedo al contagio.

El paciente al saberse enfermo de una enfermedad mortal y la cual adquirió por algún contacto sexual, jeringa infectada, transfusión de sangre o alguna otra forma de infección y empieza a verse afectado por sus sentimientos de culpa, por su conducta o comportamiento, así también le empieza a afectar las ideas negativas que se van a generar en su entorno social, familiar e individual. Y de aquí en adelante el infectado se volverá ansioso o deprimido según se vea afectada su persona física o emocionalmente.

Al enterarse de que está infectado del VIH, el paciente no acepta que esto sea verdad y se siente enojado deprimido, preocupado, arrepentido, se siente impotente al no haber realizado sus planes. Piensa en como comentar esto con los familiares y amigos ya que va a estar expuesto al rechazo y a los comentarios de la gente.

El paciente al ver que sus allegados se alejan y saben que está infectado por una enfermedad mortal, empieza a sufrir de depresiones leves hasta profundas que pueden provocar ideas de muerte o suicidio, este mismo puede sufrir de intensas ansiedades que provoca en el paciente, ideas de tratar de vivir y resolver sus problemas en el menor tiempo posible, por que siente que la vida se le acaba.

•Segunda fase (intermedia o crónica): A esta fase se le llama de transición; aquí el individuo pasa de la negación de la enfermedad a la pregunta, (¿qué he hecho para merecer el SIDA?) Entonces el individuo pasa revista a las experiencias vividas y suele producirse un proceso de pérdida del estilo personal. Es una fase depresiva y a veces el paciente que se sabe enfermo se niega a asumir su padecimiento y adopta una conducta autodestructiva con la que intenta combatir la ansiedad o la cólera.

Aunque en esta fase el paciente puede rehuir el contacto con los demás, el apoyo que pueden ofrecerle los amigos y familiares lo ayudara en gran medida a disminuir su angustia y a reconstruir su personalidad y su entorno.

En esta fase hay una gran replicación viral aunque a velocidad baja con varios años de duración: los pacientes suelen estar sintomáticos con o sin adenopatias y mínimos trastornos neurológicos fácilmente detectables.

•Tercera fase (final o de crisis): En esta fase es donde se acentúa más las depresiones y las ansiedades ya que el paciente se siente que la muerte se acerca y que por lo tanto su tiempo de sobrevida es limitado, ya que su independencia y libertad se ven limitadas por que el SIDA provoca o vuelve al individuo presa de toda una serie de enfermedades que van de la más sencilla a la más compleja produciendo en el paciente altos niveles de estrés, algunos de estos paciente pueden reaccionar pensando en suicidarse para dejar de sufrir, otros no aceptan su situación o estado previo a la muerte provocando ansiedad, hay quien ve a la muerte como algo inevitable pero no por eso acepta racionalmente y con absoluta tranquilidad el dejar de existir. La persona creyente o religiosa acepta la muerte. Esto explica algunos comportamientos del paciente hacia las actividades religiosas y la asistencia a grupos de oración que intenta reducir su ansiedad pensando o imaginando una vida después de la muerte. Para algunas personas no basta la religiosidad convencional para despojarse de este temor, igualmente las personas no creyentes pero psicológicamente preparadas para esto son capaces de aceptarlas como parte del ciclo vital en otras palabras aceptan la muerte pero no por ello quieren morir; para otras personas será importante prolongar su existencia a través de obras de caridad o fundaciones de

ayuda a seropositivos; escritos de libros o desplegados en revistas o periódicos y respecto a sus hijos y familia tratar de concientizarlos de que lleven una vida sana y la difundan a las demás personas, esta es otra forma de dar salida a sus temores y dudas para sentirse tranquilos, etc. Los equipos de salud deben prepararse para manejar pacientes en esta fase.

En la tercera fase aceptan la enfermedad y el hecho de estar infectados con las limitaciones que ésta implica; el individuo aprende a vivir con la enfermedad y a reaccionar racional y no emotivamente.

Debe aprender a vivir más por la calidad que por la cantidad de lo vivido, debe aprender a vivir cada día. A menudo en esta fase de adaptación el paciente se enfrenta a lo más cruel de la enfermedad, la pérdida de su independencia y el grave deterioro de su salud.

El incremento de la actividad viral coincide clínicamente con la aparición de un deterioro del estado general, de infecciones oportunistas, de neoplasias o de trastornos neurológicos; y llegar al final de la vida es un acontecimiento de difícil aceptación que involucra al paciente en estado terminal, a sus allegados y al personal de salud que lo atiende. Desde el momento que el paciente sabe de su infección hasta su muerte, el enfermo pasa por 7 etapas o estados que pueden variar y a continuación se explican:

- 1) Estado de choque: La primera reacción del individuo frente al diagnóstico es el choque o aturdimiento. En este estado inicial se experimentan una gama de sentimientos y vivencias como el temor de revelar una orientación sexual ni aceptada por su grupo social, con el consiguiente derrumbamiento de su imagen y el temor de afrontar una enfermedad asociada con conductas estigmatizadas; el temor al rechazo, al abandono por parte de su familia, amigos y compañeros así mismo el miedo ante la posibilidad del deterioro físico; todo ello lo lleva a pensar en el suicidio como única solución del problema. Sin embargo si al paciente se le proporciona apoyo y acompañamiento por parte del equipo de salud, la familia y los amigos así como una adecuada asistencia psicológica y médica, el suicidio

quedará en la fantasía, como una forma de alivio o de control de una enfermedad donde el pronóstico es muy incierto.

- 2) Estado de negación: Actúa como mecanismo de defensa, protegiendo al individuo de acercarse a una realidad que en ese momento es caótica. Se manifiesta con preguntas tales como: "esto no puede estar sucediéndome a mí", "debe haber un error". En este período es posible que el paciente repita su examen en varios laboratorios y aún acuda a donar sangre, buscando un error en el diagnóstico.

La negación es entonces, una defensa que cumple la función de conservar fuera de la percepción consciente la existencia de realidades desagradables. Esta defensa debe permitirse más no favorecerse, pues durante este período el paciente puede continuar realizando prácticas sexuales sin precauciones. La negación como defensa, lenta y parcialmente va cediendo para dar paso a otras respuestas como la rabia o la depresión.

- 3) Estado de depresión: El infectado por el VIH manifiesta con frecuencia apatía por actividades rutinarias, laborales y familiares, retraimiento, pérdida de la atención, la concentración y la memoria así como la alteración de las funciones neurovegetativas en general; el cuadro puede obedecer a una depresión reactiva o ser una manifestación primaria del VIH en el sistema nervioso central. De ahí la importancia de conformar equipos multidisciplinarios para lograr un abordaje adecuado del paciente y prevenir complicaciones.

- 4) Estado de ira: Es un sentimiento que se presenta frecuentemente en estos pacientes y obedece a las múltiples pérdidas que tiene que afrontar.

En muchas oportunidades esta ira es manifestada contra el equipo de salud, lo cual es importante no considerarla como una actitud personal del paciente con el integrante del equipo; en otras, se expresa contra sus familiares y amigos por no exigir o dar conductas protectoras a su infección, también puede manifestarse contra los programas preventivos por considerarlos ineficaces.

La ira puede canalizarse también a través de tener relaciones sexuales infectando así a otras personas y contribuyendo a la expansión de la epidemia. Esta reacción puede minimizarse si el infectado recibe apoyo, compañía y un trato cálido y amable por parte del equipo de salud, la familia y la sociedad.

5) Estado de negociación: llega un momento en que el infectado pacta con Dios, con el médico, con la enfermera, con el amigo ó con el psicólogo, la ampliación de un periodo de vida el cual es útil para poder terminar las actividades inconclusas, alcanzar metas propuestas y terminar estudios o realizar viajes. El paciente vuelve así a retomar su actividad rutinaria, tanto física como intelectual. Es importante motivarlo a realizar estos proyectos pero evitando procesos fantasiosos que pueden comprometer la salud o la de la comunidad.

6) Estado de aceptación: en este momento el paciente manifiesta la adaptación al diagnóstico hablando tranquilamente del proceso de enfermedad y muerte (aunque no quiere morir), de las cosas que ha tenido que organizar como sociedades, testamentos, etc.

Este proceso psicológico va a ser alterado por el estado clínico; el asintomático hace este proceso mucho más lento que el enfermo, ya que esta confrontado por la aparición de síntomas.

7) Fase de aceptación ó enfrentamiento a la muerte: vemos morir a otros y racionalmente sabemos que vamos a morir, pero al no poder imaginarnos la propia muerte nos conducimos como si no pudiera ocurrir nunca como una realidad inmediata.

La muerte es intolerable mientras significa el fin de nuestra existencia individual, pero podemos reconciliarnos con ella y resignarnos si trascendemos de una u otra manera por eso la persona acepta la muerte (Velez, 1992).

3.2.1 Respuestas Emocionales de la Familia

Aunque la familia enfrenta una mezcla de reacciones frente a la infección por parte de uno de los suyos por el miedo al contagio y a la muerte, la infección conduce a los familiares a una valoración moral de los hechos y se asocia con nociones tales como premio / castigo o bueno / malo, en lugar de pensar que lo produce un agente infeccioso que no tiene nada que ver con la moral.

En ese momento son muchas las situaciones que el grupo familiar debe resolver frente a la aparición del SIDA dentro de su núcleo. Entre ellos:

- A) Temor al contagio en poblaciones donde la familia es un sistema relativamente integrado. La actitud de sus miembros puede ser la de cuidar y apoyar para resarcir la culpa y restablecer una relación que ha estado rota por mucho tiempo.
- B) Enfrentar la posibilidad del estigma social: Además del contagio, las familias experimentan también el temor a ser discriminadas, rechazadas o señaladas no sólo por el SIDA, sino por la asociación de esta enfermedad con la homosexualidad, que igualmente contiene connotaciones de anormalidad. Es importante que el equipo de salud eduque a la familia para reducir sus temores.
- C) Enfrentar la muerte de un ser querido: los diferentes miembros de la familia pueden vivir el mismo proceso psicológico que el infectado, es decir, shock e incredulidad, negación, ira, etc.

Todas las reacciones anteriores afectan de manera integral al paciente, a la familia y a los amigos de forma negativa y es cuando entra el psicólogo o se recurre a él para que les ayude en su problema.

3.3 Funciones del Psicólogo

Las descripciones psicológicas de angustia reportadas por los profesionales de salud desde distintas disciplinas, han dado evidencias de experiencias comunes

asociadas con el VIH relacionando pesadillas, e imágenes mentales concernientes al SIDA y esto produce una reacción como la irritabilidad, la aversión hacia pacientes con infección de VIH, agotamiento físico y disminución del interés de actividades personales y profesionales (Silverman, 1993).

Como es frecuente encontrar estados depresivos, desde leves hasta severos, es importante considerar el inicio del tratamiento farmacológico temprano de acuerdo con el médico y el paciente. La depresión aumenta en cuanto aumentan las pérdidas, como la falta de autonomía e independencia y la severidad de la enfermedad. Esto lleva al paciente a no interesarse por su entorno y su familia, no come, ni quiere visitas, en este momento la familia acude al psicólogo para que "haga algo por él".

Es importante que el terapeuta conozca bien este proceso interno del paciente para no caer en la tentación de hacerle el juego a la familia, negando el proceso de muerte del ser querido, presionando al paciente a comportarse de una manera diferente, cuando es más importante en este momento escucharlo y acompañarlo. En esta fase final es necesario evaluar las ideas de suicidio requiriéndose un seguimiento cercano del paciente hasta que disminuya el riesgo, si existe.

En el área psicológica se debe trabajar principalmente en los siguientes aspectos con el enfermo:

- 1) Conocimiento e identificación de la situación del paciente en el proceso de la enfermedad.
- 2) Potenciando el autoconocimiento y la autoestima.
- 3) Mantenimiento de la abstinencia de drogas.
- 4) Adquisición de estabilidad emocional.
- 5) Creación de nuevos hábitos ocupacionales.
- 6) Aceptación de sus limitaciones.
- 7) Desarrollo afectivo (Gatell y Col. 1992).

En los aspectos anteriores se observan los puntos básicos para lograr una estabilidad en los pacientes infectados independientemente del grado o avance de la

enfermedad. Todos estos aspectos en teoría suelen ser sencillos pero en la práctica son muy difíciles de lograr ya que influyen aspectos o factores individuales, sociales o familiares; además hay que agregar los tabúes y mitos, que influyen en la conducta de la gente y que agrava la situación psicológica de las personas infectadas. Esta actitud puede incluir sin embargo, sentimientos de ambivalencia hacia el enfermo; por un lado, la obligación moral de quererlo cuidar y suministrarle apoyo, por otro lado el temor al contagio lo cual lleva a la familia a extremar medidas de limpieza distanciándola del contacto con el paciente, quien puede aceptar este manejo por el temor de sentirse infectante. Los temores anteriores pueden generar o desencadenar una crisis familiar, ya que algunas familias abandonan al seropositivo en los hospitales, dándole una muerte social antes de la física.

A continuación veremos la situación que guarda el paciente de SIDA y la familia ante la muerte.

CAPITULO 4

SIDA Y MUERTE

Una vez señalada la problemática del paciente de este lapso es necesario observar también sus reacciones ante la muerte.

4.1 Matices sobre la Muerte

Estas personas tienden a reaccionar a las enfermedades incurables de la misma manera que lo hicieron a las crisis que enfrentaron durante su vida. Así como la vida tiene sus altas y sus bajas, una persona desahuciada tendrá días buenos y días malos.

Algunas personas enfrentarán la muerte de una manera muy especial, muestran verdadera franqueza al hablar abiertamente de su enfermedad, al animar a otros pacientes e incluso al bromear; sin embargo, no todos se muestran tan animados. Algunos los sostiene su fe religiosa; otros aprenden a paladear los pequeños placeres y dan la bienvenida a cada minuto de la vida, a cada encuentro con un ser humano como si fuera un regalo.

El desahuciado debe adaptarse a la idea de perder a todos aquellos que lo hacían feliz, todo lo que le daba placer y bienestar a la vida; la comprensión de éstas, ha afectado en gran medida nuestra actitud y cuidados frente al desahuciado.

Las reacciones varían, no todas experimentan esas etapas ni lo hacen en el mismo orden. Algunos desahuciados se resignan de inmediato, otros nunca lo hacen; asimismo, hay quienes pasan de la negación a la depresión, aunque otros muchos carecen de la fuerza necesaria para soportar todas esas emociones.

No es fácil estar cerca de una persona desahuciada. El tener experiencia en ello puede ser muy útil, pero los expertos coinciden en que no existen fórmulas para brindar consuelo.

Déjese llevar por los deseos del enfermo y permita que la conversación se dirija a lugares de menor resistencia; no sabemos si la persona desahuciada quiere o no hablar de la muerte. Se puede tocar el tema de una manera muy sutil por ejemplo si se pregunta la naturaleza de la enfermedad, pero si nota cualquier síntoma de ansiedad, cambie de tema.

No hay que aislar a parientes y amigos desahuciados. Se debe recordar que todavía es el individuo que se ama y conoce. El aislamiento es el problema más terrible al que se enfrentan los enfermos de SIDA:

"A los que se les trata como si fueran leprosos de nuestros días"
(Readers Digest, 1991, Pág. 277)(C).

Hay que recordar que esta enfermedad no se contagia por contacto casual, así que no hay razón alguna para no visitar a sus parientes o a cualquier otro amigo de SIDA.

El miedo a la muerte es un sentimiento humano universal. A pesar de ello muchos de nosotros le encontramos un significado que la vuelve aceptable. Nos podemos consolar por medio de la religión y pensar que la muerte es sólo un paso hacia una existencia espiritual más alta, o creer que después de la muerte, como dijo un científico, "Mis moléculas regresarán al universo".

Sin importar sus creencias, muchas personas creen que lograrán la inmortalidad dejando libros, música, descubrimientos científicos, o simplemente permaneciendo en la memoria de amigos y parientes. Otros se sienten bien donando sus órganos a la Ciencia o dejando dinero para causas nobles.

4.1.1 Aspectos de la Muerte

Existen por lo menos tres aspectos en la persona agonizante los cuales han sido muy controvertidos y son:

a) Biológico: la definición

"Legal de la muerte varía de un lugar a otro en general, este tipo de muerte es la cesación de los procesos biológicos. Una persona puede ser declarada muerta cuando su corazón deja de latir durante un tiempo significativo o cuando cesa la actividad eléctrica cerebral. Los criterios para la muerte han alcanzado dimensiones complejas con el desarrollo de aparatos médicos que pueden prolongar los signos básicos

indefinidamente. Las personas en coma profunda pueden permanecer varios años, aunque sufran daño cerebral irreversible y nunca recuperar la conciencia" (Papalia, 1994, Pág. 591).

b) Social:

"Los aspectos sociales de la muerte giran alrededor del funeral, los rituales del duelo y los arreglos legales para la distribución de poder y riqueza. Actualmente el mayor problema en la sociedad es una carencia de aceptación en el comportamiento de la persona que sabe que esta muriendo, de los que la rodean, y para los dolientes después de la muerte del ser querido. Existen algunos convencionalismos que no ayudan a la persona agonizante ni a los que lo rodean, que obligan a aislar a los enfermos en hospitales o en instituciones especializadas, lo que hace que se rehúsen a discutir la condición con los enfermos y a separarse de ellos antes de la muerte, haciendo visitas cada vez menos frecuentes y dejándolos solos para enfrentarse con la inminencia de la muerte" (Papalia, 1994, Pág. 591).

c) Psicológico:

"Los aspectos psicológicos de la muerte involucran la manera como piensa la gente tanto acerca de su propio fallecimiento, a medida que se acerca, como el de las personas allegadas" (Papalia, 1994, Pág. 592).

Así tenemos que actualmente la mayoría de las personas tienen problemas para llegar a un acuerdo en el significado de la muerte. Se debe tener una aceptación más positiva de la realidad de la muerte como la fase natural y esperada en la vida. A continuación veremos dos aspectos básicos.

4.1.2 Agonía y Aflicción

Los educadores se han dado cuenta de que es importante para las personas explorar sus actitudes hacia la muerte, familiarizarse con la manera como las diferentes culturas manejan este tema y ser sensibles con sus ramificaciones emocionales, tanto para la persona que muere como para los familiares que le sobreviven, aprender acerca de la muerte ayuda a las personas de todas las edades; algunos de los objetivos aplicables a las personas de diferentes edades y con diversos intereses son los siguientes (Levinton, 1977, Citado Papalia, 1994):

- Ayudar a los niños a crecer con poca ansiedad hacia la muerte.
- Ayudar a la gente a desarrollar su propio sistema de creencias individuales acerca de la vida y la muerte.
- Ayudar a la gente a ver la muerte como un fin natural de la vida.
- Ayudar a la gente a prepararse para su propia muerte y la de aquéllos cercanos a ella.
- Ayudar a que la gente se sienta bien en la agonía y trate humana e inteligentemente a quienes estén cercanos a la muerte por el tiempo que éstos vivan.
- Ayudar tanto a las personas como a los profesionales de la salud, como médicos y enfermeras a obtener una visión realista del profesional y su obligación hacia el moribundo y sus familiares.
- Entender la dinámica de la pena y las formas como la gente de diferentes edades reacciona comúnmente ante la pérdida.
- Entender y ayudar al suicida, ayudar al usuario a decidir qué tipos de servicios fúnebres desean él y sus familiares y mostrarles cómo obtenerlos inteligentemente.
- Hacer de la agonía una actitud lo más positiva posible destacando la importancia de minimizar el dolor, ofreciendo cariño, cuidado personal; involucrando a la familia y a los amigos cercanos en el cuidado de la persona agonizante y siendo susceptibles a los deseos y necesidades del enfermo.

Los anteriores objetivos se aplican al enfermo de SIDA y a su familia principalmente por la reacción negativa que se propicia, de ahí que lo anterior sirva de punto de partida para iniciar el tratamiento del enfermo, a la familia y la sociedad en general para lograr concientizar y disminuir las ansiedades que provoca la muerte.

4.2 Estrés y Suicidio

El nivel extremo de tensión a que se ve envuelto el paciente de SIDA suele ser por causas físicas y psicológicas las cuales pueden desembocar en ideas suicidas.

La capacidad de los pacientes a tolerar las consecuencias de la enfermedad depende sobre todo de la capacidad psicológica para hacerle frente, basada sobre su fortaleza emocional y la disponibilidad del soporte social. El impacto psicológico y social del SIDA puede resultar en síntomas psiquiátricos similares a los que hay en otras enfermedades con tratamientos de por vida, incluyendo ansiedad, depresión y delirium (Holland, 1985).

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, epidemia que claramente involucra los extremos de las emociones humanas, ha fomentado pánico, odio y desesperanza así como también, amor y compasión (Glass, 1998).

Algunos individuos han propuesto que el suicidio puede ser una elección racional para pacientes con una enfermedad terminal como el SIDA (Glass, 1998). Los esfuerzos de la prevención del suicidio son apropiados para permitir a los pacientes a evaluar racionalmente alternativas de tratamiento, integrar sus planes de vida y para permitir resolución de relaciones personales con la familia y amigos.

El índice de suicidios de personas en fase terminal reportadas puede ser mayor en personas crónicas y en enfermedades con tratamiento de por vida (Marzuk, 1988).

Los estresores psicosociales afectan a la persona en la etapa terminal y estos son: el estigma social a los enfermos, el abandono del soporte familiar, la disminución de las funciones ocupacionales, dependencia a largo plazo, la pérdida de amigos y el amor de la víctima a sí mismo y en algunos aspectos de forma inexorable.

La salud es un problema que inquieta y es necesario conocer las necesidades de

la gente con SIDA siendo vulnerables a los altos niveles de tensión como ansiedad, sentimientos de culpa y depresión (Werner y Siegel, 1990)

Los altos niveles de agotamiento y tensión son una pesada y fuerte batalla física con requerimiento de diversas profesiones y con la inevitable pérdida de la batalla contra la muerte (Shulman y Mantell, 1988).

Tenemos que el número de casos diagnosticados de SIDA continúa multiplicándose y las presiones al sistema de salud son cada vez mayores que trata de proveer competentes y eficaces tratamientos (Silverman, 1993).

Así el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es una condición uniforme y fatal. Las personas con SIDA sufren de frecuentes depresiones y en algunos casos tiene ideas suicidas (Cote, 1992).

Las personas con SIDA tienen un incremento en el riesgo de suicidio y la evaluación de las semejanzas de riesgo debe ser un promedio práctico y una inquietud. Esta evaluación debe ser cautelosa considerando el potencial letal de los medicamentos que se recetan. La declinante tendencia del índice de suicidios entre 1987 y 1989 es alentadora; las posibles causas incluyen las urgidas terapias para seres humanos con virus de la inmunodeficiencia, mejor atención psiquiátrica a estos pacientes y a la reducción del estigma social en su contra (Cote, 1992).

El Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida ha llegado a ser la causa principal de muerte entre hombres de 15 a 44 años de edad y la cuarta causa principal de muerte entre grupos de mujeres en esta edad. Mientras la morbilidad y la mortalidad de esta enfermedad aumenta, ha habido los adelantos considerables en la prevención, diagnóstico y el tratamiento de muchas complicaciones que se asociaron con la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, la evidencia creciente que la aplicación de prevención y otros cuidados primarios mide a la infección temprana de VIH puede disminuir la morbilidad y aumentar la calidad de vida en las intervenciones específicas que comprenden un cuidado primario comprensivo y apropiado del infectado (Curtis, 1995).

Los médicos tienen que escoger aspectos de prevención que son importantes para cada paciente. Según los C.D.C (Control Disease Center / Centros para el

Control de las Enfermedades) 65% de los casos de SIDA son atribuibles a la actividad sexual y un 25% de casos de SIDA entre 1994 y 1995 resultaron de compartir equipo de drogas inyectables (Voelker, 1996).

El promedio de edad es de 35 años con un rango que va de los 20 a los 65 años de edad en el cual existe la mayor probabilidad de infectarse con el VIH y después desarrollar el SIDA. Tenemos que las personas que han sido reportadas con este síndrome hacen incrementar sustancialmente el riesgo de suicidio, pero esta información es limitada sobre todo en personas asintomáticas, ya que muchos de los suicidios se realizan en forma encubierta, es decir, con base en las actas de defunción que aparecen como causas de muerte accidental o natural.

En los pacientes con SIDA o de cualquier enfermedad terminal es necesario hacer lograr un cambio en ideas, creencias y conductas para lograr una estabilidad emocional, ya que su enfermedad produce disfunciones físicas y psicológicas. Se espera que cada persona debe hacer lo siguiente:

1. Darse cuenta de que ellas son las que crean en gran medida sus propias perturbaciones psicológicas y que aunque las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas, tienen en general una consideración secundaria en el proceso de cambio.
2. Reconocer que poseen la capacidad de modificar de una manera significativa estas perturbaciones.
3. Comprender que las perturbaciones emocionales y conductuales provienen en gran medida de creencias irracionales dogmáticas y absolutivas.
4. Descubrir sus creencias irracionales y discriminar entre ellas sus alternativas racionales.
5. Cuestionar estas creencias irracionales utilizando los métodos lógico-empíricos de la Ciencia.
6. Trabajar en el intento de internalizar sus nuevas creencias racionales empleando métodos cognitivos, emocionales y conductuales de cambio.

- 7 Continuar este proceso de refutación de las ideas irracionales y utilizar métodos multimodales durante el resto de sus vidas.

Los puntos anteriores se enfocan a lo que debe concientizar el paciente para lograr una estabilidad emocional. Con lo antes mencionado se dará entrada al inicio de la propuesta de tratamiento.

CAPITULO 5

**PROPUESTA DE
TRABAJO**

A

**SEROPOSITIVOS O
ENFERMOS DE SIDA**

EN LA ETAPA

TERMINAL

La función del psicólogo en esta situación es muy importante,
por lo cual podemos ofrecer propuestas de
trabajo para este tipo de pacientes terminales

La presente tesis teórica tiene como fin dar sugerencias del trabajo con pacientes con SIDA en la etapa terminal, utilizando dos Técnicas Conductuales propuestas: Desensibilización Sistemática y Solución de Problemas.

Para ello, se iniciará con proponer una guía de entrevista, inventario y diagnóstico que nos permite saber cual de las dos técnicas propuestas se puede manejar mejor.

OBJETIVO GENERAL DE LA PROPUESTA DE TRABAJO:

Se propone mediante la utilización de la técnica de Desensibilización Sistemática y la Solución de Problemas lograr una estabilidad emocional en pacientes con SIDA en la etapa terminal de acuerdo a sus necesidades psicológicas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS DE LA PROPUESTA DE TRABAJO:

- El paciente ansioso logrará con la utilización de la técnica de Desensibilización Sistemática un equilibrio emocional.
- El paciente deprimido mediante la práctica de la Desensibilización Sistemática logrará un equilibrio emocional.
- El seropositivo ansioso controlará con la utilización de la Solución de Problemas su equilibrio emocional.
- El seropositivo deprimido controlará con la Técnica de Solución de Problemas su equilibrio emocional.

5.1 Evaluación

Es el conjunto de actividades que tiene una estructura científica para conocer y controlar alguna problemática o caso clínico y estará integrada por entrevista abierta o no estructurada, inventario y diagnóstico.

Es menester conocer a fondo la problemática psicológica del enfermo con SIDA para darle un tratamiento apropiado. A continuación se desglosará cada parte de la evaluación propuesta.

5.1.1 Entrevista

Es un instrumento para recopilar información, es la práctica más aceptada, y la que se considera más fácil y ni el entrevistador ni el entrevistado la encuentran molesta (Olea, 1987).

Está puede ser estructurada o no estructurada (siendo esta última la que usaremos) y se emplea para alcanzar tres fines principales:

1. Es un instrumento de exploración que ayuda a identificar variables, relaciones y a sugerir hipótesis.
2. Puede ser el principal instrumento de la investigación y las preguntas estarán encaminadas a medir las variables. Las preguntas se han de considerar reactivos de un instrumento de medición y no meros medios de captación de datos.
3. Puede complementarse con otros métodos. Examinar ulteriormente resultados imprevistos, validar otros métodos, profundizar en las motivaciones de los respondientes y en sus razones para contestar en determinada forma.

La entrevista es una confrontación interpersonal entre el terapeuta y el paciente cuyas preguntas tienen como fin contestaciones relacionadas con el problema. Hay dos tipos generales de entrevista:

- Estructurada o estandarizada. El entrevistador tiene poca libertad para formular preguntas ya que ésta recurre a programas o formularios que se preparan cuidadosamente para obtener información relacionada con el problema y es un instrumento de precisión para controlar las respuestas (Baena, 1986).

- No estructurada o no estandarizada. Son más flexibles y abiertas, aunque los objetivos de la investigación rigen a las preguntas, su contenido, su orden y su formulación permite haya libertad del paciente y del terapeuta, aunque el control se encuentra por entero en manos del entrevistador. En este tipo el entrevistador tiene libertad de usar las preguntas alternativas que en su opinión se ajusten a situaciones y sujetos particulares (Baena, 1986).

Proponemos la entrevista no estructurada o abierta ya que su flexibilidad nos permite adaptar o hacer las preguntas a las necesidades de cada caso particular e incluye tres tipos de información: datos generales (de identificación), datos centrales o socioeconómicos y datos concernientes al problema.

5.1.2 Inventario

Este nos sirven para completar las conclusiones o validar la información que se obtuvo en la entrevista ya que se aplican según las necesidades y problemáticas del enfermo. En nuestro caso se usará el INVENTARIO DE BECK PARA LA EVALUACION DE LA DEPRESION (Beck, 1980)(anexo 1); ya que con este podemos saber el grado o nivel de depresión o ansiedad que se encuentra cada paciente.

5.1.3 Diagnóstico

Al integrar la información de la entrevista con los resultados del inventario se analizan, se comentan y se da una conclusión de cómo iniciar el tratamiento, esto

equivale al diagnóstico que completa la evaluación. Para la atención y tratamiento del enfermo de SIDA existe una gran variedad de técnicas terapéuticas que a continuación explicaremos brevemente, antes de pasar a las técnicas propuestas.

5.1.4 Diversas Técnicas Terapéuticas.

Existen varias técnicas de ayuda y apoyo a pacientes y familiares de enfermos en fase terminal de SIDA y estas son principalmente las que a continuación describiremos:

Técnica Psicoanalítica. Esta consiste principalmente en estudiar el consciente (estado de vigilia) e inconsciente (estado cuando se duerme) del ser humano para conocer sus traumas, inhibiciones y demás deseos reprimidos y sobre esta base iniciar el tratamiento para lograr su salud mental.

Técnicas Médicas. Estas se refieren al estado de salud - enfermedad en el hombre y consiste en lograr un equilibrio de salud ideal mediante la administración de medicamentos.

Técnicas Religiosas. Estas intentan lograr la paz interior, salud física y mental del hombre, creando la ilusión de que además hay vida después de la muerte y que un ser supremo cura, sana y salva a todos los seres humano.

5.1.5 Técnicas Conductuales y de Relajación

Como lo señala Beech en 1982, los cambios conductuales implican disminución del nivel de desempeño, evitación de situaciones estresantes, pasividad e inercia; cambios cognoscitivos, distorsión de pensamientos, disminución del funcionamiento intelectual, patrones de pensamiento ansiógeno, indecisión, improductividad, sentimientos de autocompasión. De aquí la importancia de conocer los procesos cognoscitivos en el establecimiento y mantenimiento de respuesta de estrés en los pacientes seropositivos (Citado Seligson, 1984).

¿Qué recursos motivacionales pueden desarrollarse para asegurar la participación del paciente que presenta padecimientos crónicos-degenerativos? Con base en este cuestionamiento se pretende adecuar procedimientos conductuales para el tratamiento de trastornos fisiológicos y psicológicos asociados a padecimientos crónico-degenerativos (Seligson, 1984).

Seligson (1984) en sus trabajos con pacientes de cáncer utiliza las técnicas de relajación progresiva, desensibilización sistemática y biorretroalimentación en las conductas aversivas de náuseas y vómito, previas al tratamiento de quimioterapia con buenos resultados.

Aparte de las anteriores técnicas existen otras, las cuales se pueden utilizar para las mismas problemáticas como: Técnica de Relajación Autógena, Biorretroalimentación, Autocontrol, Terapia Racional Emotiva (TRE) y Asertividad, ahora explicaremos brevemente cada una de las técnicas.

Existen básicamente dos tipos, la Relajación Progresiva de Jacobson (la cual emplearemos en la propuesta de trabajo) y la Relajación Autógena de Schultz que tienen sus inicios entre 1929 y 1932 respectivamente aunque sus antecedentes son muy antiguos.

1) La técnica de Relajación Autógena. Consiste en una serie de frases elaboradas con el fin de inducir en el paciente estados de relajación a través de autosugestiones:

1. Sensación de pesadez y calor en sus extremidades.
2. Regulación de los latidos de su corazón.
3. Sensación de tranquilidad y confianza en sí mismo
4. Concentración pasiva en su respiración.

En esta técnica el paciente debe de practicar varias veces en su casa para lograr conseguir relajarse en lo que desee, en esta técnica se deben mantener los ojos cerrados.

- 2) Biorretroalimentación. Está se ocupa principalmente en problemas orgánicos o trastornos psicósomáticos, trastornos neuromusculares, estrés Toma como base que existe un circuito cerrado con un determinado estado ideal de equilibrio o estabilidad regulado a través de la comparación entre ese estado ideal del sistema y el estado real en que él mismo se encuentra en cada momento. El principio básico en que se apoya consiste en la posibilidad de control y modificación voluntaria por parte del organismo, de distintas funciones o procesos biológicos cuando se facilita al mismo información sobre esas funciones. Técnicamente puede definirse como el empleo de instrumentos monitores generalmente eléctricos para detectar y amplificar procesos fisiológicos internos, con objeto de poner a disposición del paciente está información ordinariamente fuera de su alcance, haciendo posible de este modo su control o modificación (Carrobbles, 1991).
- 3) Autocontrol. Este tipo de técnica en la regulación de las conductas que tienen consecuencias conflictivas o sea que resultan tanto de un reforzamiento positivo o castigo y el objetivo principal es el que el individuo se ocupe deliberadamente para lograr resultados seleccionados por él mismo ocupando la autoobservación, autorreforzamiento, el autocastigo, la autoinstrucción y el entrenamiento de respuesta alterna.
- 4) Terapia Racional Emotiva (TRE). Se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad. La meta principal de la TRE es asesorar al paciente en la identificación de sus pensamientos irracionales o disfuncionales y ayudarle a reemplazar dichos pensamientos por otros más racionales o efectivos, que le permitan lograr con más eficacia metas de tipo personal.

- 5) Asertividad. Se ocupa principalmente al descondicionamiento de hábitos de respuesta de ansiedad inadaptativos que se presentan como reacciones ante la gente con la que el paciente interactúa. La conducta asertiva se define como la expresión adecuada dirigida hacia otra persona de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad y antes de iniciar el tratamiento el paciente debe de razonar sobre sus conductas negativas. Las anteriores técnicas pueden ser utilizadas también para la atención de pacientes terminales, más adelante se explicarán con más detalle las técnicas propuestas en este trabajo.

Los enfermos terminales necesitan de una gran ayuda tanto médica como psicológica. Se menciona la investigación sobre cáncer, la cual también podemos utilizar y adaptar para trabajar con los enfermos de SIDA, ya que ambas son enfermedades terminales y degenerativas con reacciones conductuales y emocionales similares.

En el material bibliográfico revisado se encontró muy poca investigación directa de trabajo del área de Psicología con seropositivos o enfermos de SIDA y los que más se acercan, son los de Psiquiatría, pero se enfoca más en el aspecto médico y menciona a grandes rasgos las técnicas utilizadas para el desarrollo psicológico. La primer técnica propuesta de trabajo se describirá a continuación.

5.2 Tratamiento de Desensibilización Sistemática

Las técnicas conductuales de tratamiento de las que nos ocuparemos en este trabajo son: Desensibilización Sistemática y Solución de Problemas que a continuación desglosaremos detalladamente.

5.2.1 Descripción de la Técnica

Seligson (1984) y Wolpe (1985) han usado la Desensibilización Sistemática para tratamientos de ansiedad y depresión utilizando el primero a pacientes con cáncer y el segundo principalmente con problemas de fobia, las cuales producen altos niveles de estrés.

La Desensibilización Sistemática es uno de los métodos para contrarrestar gradualmente los hábitos neuróticos de la respuesta de ansiedad o depresión. Se induce en el paciente un estado fisiológico inhibitorio de la respuesta negativa por medio de la relajación muscular y se procede de la siguiente manera e implica 4 pasos o incisos y que son un conjunto de operaciones diferentes que ahora explicaremos:

1) Adiestramiento en relajación profunda.

La técnica de Relajación Progresiva de Jacobson puede obtener resultados en 8 o 10 sesiones llevando prácticas en su casa para que la aplique el paciente en su vida cotidiana ante situaciones estresantes y está se inicia comenzando la secuencia de tensión - relajación de los músculos cerrando los ojos.

La relajación se utilizará en las dos técnicas propuestas (Desensibilización Sistemática y Solución de problemas) para lograr en el paciente una mayor tranquilidad y se pueda trabajar con mayor eficacia, la técnica a utilizar dependerá del terapeuta siendo la que consideré más apropiada.

A continuación expondremos brevemente como iniciar esta técnica:

Por favor, acuéstese (siéntese). Póngase cómodo. Muy bien. Cierre sus ojos. Manténgalos cerrados. Muy bien trate de sentir sus párpados. Sus párpados quieren

pesar. Sus párpados pesan. Pesan más. Es agradable. Es agradable que sus párpados pesen. Sus ojos comienzan a sentir sueño. Sus párpados pesan y usted siente más sueño. Un sueño agradable. Disfrútelo. Siente sueño en sus ojos. Más sueño en sus ojos. Sus párpados están pesados y sus ojos con sueño. Un sueño agradable. Disfrútelo. El sueño va envolviendo agradablemente todo su cuerpo, etc.

1. Se inducirá relajación y tensión en la nuca pidiendo al paciente que incline su cabeza hacia delante y después la deslice hacia atrás.
2. Se inducirá relajación y tensión en los brazos y hombros; dándole al paciente la indicación que deje sueltos brazos y hombros, poco a poco los va a ir tensando y suavemente los ira relajando.
3. Se inducirá relajación en las piernas y pantorrillas, se tensarán paulatinamente y viceversa se irán relajando.
4. También pueden usarse para la relajación diversas zonas tales como: manos, espalda, estomago, pecho, pies, etc.

La cantidad de sesiones dependerá de la facilidad o dificultad del paciente y cada una durará un promedio de 20 minutos; al finalizar la sesión se terminará como se inició. El terapeuta mediante sus observaciones y comentarios del paciente iniciará el tratamiento cuando lo considere conveniente. Y luego es expuesto a un débil estímulo excitador de la respuesta problema durante unos segundos. Si la exposición se repite varias veces, el estímulo pierde progresivamente su capacidad de provocar ansiedades o depresiones. Luego se van presentando sucesivamente estímulos más fuertes que son tratados en forma semejante (Wolpe, 1985).

El terapeuta debe estudiar cuidadosamente los problemas planteados por el paciente con SIDA antes de decidirse por alguna técnica en especial. Su primera tarea es la corrección de los errores de concepto (del paciente) luego, si se quiere un cambio de conducta en situaciones sociales, sexuales u otra de la vida diaria, será la que se atacará inmediatamente.

- 2) Establecimiento del uso de una escala que mida la respuesta de ansiedad subjetiva en términos cuantitativos.
- 3) Construcción de jerarquías de los estímulos provocadores de respuesta de ansiedad.
- 4) Contraposición de la relajación y los estímulos provocadores de respuesta de ansiedad que constituyen las jerarquías.

Enseguida se describirán los puntos mencionados más ampliamente y la utilidad al enfermo del SIDA.

5.2.2 Construcción de Jerarquías

El paciente con SIDA categorizará de lo más simple a lo más complejo de las situaciones, su problemática personal que lo hace sentirse estresado ya sea deprimido o ansioso una jerarquía de respuesta de ansiedad es una lista de estímulos referentes a un tema, ordenados de acuerdo con la intensidad de la respuesta de ansiedad que provocan y colocando los estímulos que provocan mayor respuesta de ansiedad en la parte superior de la lista.

La construcción de jerarquías empieza generalmente más o menos al mismo tiempo que el entrenamiento de relajación y está sujeta a alteraciones o adiciones en cualquier momento. Siempre es conveniente que la jerarquía se haga en forma claramente cuantificable y el terapeuta debe hacer todos los esfuerzos para lograrlo. A menudo esto requiere del empleo de un ambiente que se encuentre muy alejado del problema del paciente.

La escala se presenta en forma que el paciente piense en lo peor de la respuesta de ansiedad que haya experimentado. Y después que piense en el estado de calma absoluta y llame a esto cero. Y de aquí se parte a hacer una escala de ansiedad.

5.2.3 Procedimiento de Desensibilización

Cuando el paciente ha tenido la capacidad de calmarse mediante la relajación y el terapeuta ha establecido las jerarquías adecuadas, se pasa a una primera escena de control neutral para que el paciente tenga la mayor calma posible y proporcione información sobre la capacidad para visualizar material desprovisto de ansiedad. Por ejemplo, lugares de la naturaleza ya sean imaginarios o que se le presente una imagen (un bosque, una montaña). Si el enfermo con SIDA no tiene la capacidad de visualizar se le presentará una fotografía alusiva a cada escena. Que observe la imagen y que después cierre los ojos y que describa lo visto.

El proceso de desensibilización se inicia cuando se tiene categorizadas las escenas estresantes de menor a mayor y se avanza de forma escalonada conforme a las ansiedades de las jerarquías que van desapareciendo por completo.

5.2.4 Consideraciones Cuantitativas

Hay grandes variaciones respecto a cuántos temas, cuántas escenas de cada uno y cuántas presentaciones se hacen en una sesión de desensibilización. Generalmente se tratan hasta cuatro jerarquías en una sesión individual y el número total de escenas presentadas está limitado principalmente por el tiempo disponible y la duración usual de una sesión de desensibilización es de 15 a 30 minutos.

La duración de una escena es generalmente de 5 a 7 segundos, pero puede hacerse variar según diversas circunstancias. Se hace terminar rápidamente si el paciente indica ansiedad fuerte. En general las primeras representaciones de la escena son breves y las posteriores son largas.

El intervalo varía entre las escenas. Generalmente es de 10 a 30 segundos pero si el paciente ha sido perturbado más que ligeramente por la escena precedente, el intervalo puede ampliarse a un minuto o más tiempo en el cual pueden darse al paciente, una y otra vez, regresándolo al nivel cero entre cada presentación.

El número de sesiones depende del número de representaciones de escenas imprescindibles para superar las agrupaciones fóbicas del paciente.

Las sesiones tienen lugar una o dos veces por semana, pero pueden estar separadas por intervalos de varias semanas o hacerse diariamente.

5.2.5 Algunos Obstáculos y Fallas

A veces el terapeuta se inquieta al encontrar que la desensibilización no está procediendo de acuerdo con lo que espera. O el paciente no experimenta ninguna disminución de la respuesta de ansiedad ante las presentaciones sucesivas de las escenas o no menciona ninguna mejoría en sus respuestas ante situaciones reales; el terapeuta debe averiguar las razones por cuales no avanza y generalmente pueden ser de tres tipos:

- 1) Dificultades en la relajación. Para lograr que el paciente supere este problema se utilizará música clásica, dar confianza al paciente con una plática informal de lo que él quiera hablar, apoyo de un familiar de confianza en las sesiones, sonidos de la naturaleza que le permitan imaginar y calmarlo, etc.
- 2) Jerarquías erróneas o no pertinentes. Con ayuda del terapeuta el paciente reorganizará las escenas apropiadas.
- 3) Imaginación inadecuada. Si el enfermo no tiene la capacidad de visualizar se le presentará una fotografía alusiva a cada escena. Que observe la imagen y que después cierre los ojos y describa lo visto.

Este trabajo se llevará a cabo en un cubículo con medidas de 5 x 5 mts. Con ventilación adecuada, iluminación natural, escritorio, sillas, un sofá, un pizarrón, un bote de basura, un ambiente tranquilo, etc. La segunda técnica de la propuesta de trabajo se mencionará enseguida.

5.3 Tratamiento de Solución de Problemas

El entrenamiento en habilidades de solución de problemas se ha utilizado en una diversidad de áreas; por ejemplo, la negligencia paterna que se refiere al fracaso crónico de los padres para cubrir las necesidades de sus hijos en relación con su seguridad física, salud, nutrición y desarrollo emocional (Kazdin, 1996). Por lo anteriormente escrito se puede hacer una traspolación de la misma técnica al seropositivo, con la diferencia de que el paciente debe darse cuenta que estas necesidades son para sí mismo.

Davis (1973) define un problema como una situación de estímulo para la cual un organismo no tiene ninguna respuesta lista (Citado Mahoney, 1983).

Se define solución de problemas como: un proceso conductual, bien sea explícito o cognoscitivo por la naturaleza, que:

- a) Hace posible una variedad de alternativas de respuesta potencialmente efectivas.
- b) Incrementa la probabilidad de selección de la respuesta más efectiva de entre tales alternativas diferentes (Citado Mahoney, 1983).

Es de vital importancia enseñar al paciente con gran cantidad de estrés como manejar sus problemas, ya que mucho de lo que vemos clínicamente como conducta anormal o alteración emocional puede considerarse como la conducta inefectiva y sus consecuencias en la cual el sujeto es incapaz de resolver ciertos problemas situacionales en su vida y sus intentos inadecuados conllevan a efectos indeseables, tales como ansiedad, depresión y la creación de problemas adicionales (Citado Mahoney, 1983). Está problemática en los pacientes terminales producen depresiones profundas o ansiedades extremas como la hipoactividad.

Nuestras actitudes, intereses, emociones y percepciones pueden ayudar o por el contrario estorbar nuestra búsqueda de soluciones a los problemas. Contribuyen cuando nos permiten ver alternativas y consecuencias; estorban cuando restringen en

exceso nuestra conducta de búsqueda o nos entorpecen con una asociación que no es pertinente.

La resolución de problemas es un proceso ordenado. Comienza con una definición del problema. Preguntamos primero si es un problema real, luego viene el operar con el problema, organizándolo en relación con los principios.

La resolución afectiva del problema implica hacer algo acerca de la conclusión y la revisión de nuestra actividad es necesaria para constituir buenos hábitos de pensamiento, de modo que sepamos qué hay que hacer ó no, la próxima vez que nos enfrentemos a un problema semejante, la revisión de los problemas es importante por cuanto nos habilita para aprender de la experiencia (Haller, 1974).

Al revisar la bibliografía sobre esta técnica no se encontró ningún trabajo con pacientes con SIDA o similares; aunque sí se ha trabajado con personas con alto grado de tensión, estrés, depresión, los cuales presentan este tipo de pacientes.

Se ha definido la solución de problemas como el proceso metacognitivo por el que los individuos comprenden la naturaleza de sus problemas de la vida y dirigen sus intentos hacia la modificación del carácter problemático de la situación misma o bien sus reacciones hacia ella.

Soluciones eficaces son aquellas respuestas de afrontamiento que no sólo logran estos objetivos, sino que al mismo tiempo maximizan otras consecuencias positivas y minimizan otras consecuencias negativas.

Al enseñársele al paciente seropositivo que presenta hipoactividad o depresión cuales problemas son importantes y cuales son superfluos esto permitirá al paciente ordenar su vida. Para que se lleve a cabo esto, se mencionan los siguientes pasos. Los cuales se describen y el terapeuta tomará en cuenta para iniciar el tratamiento, en éstos se mencionará para qué le sirven al paciente.

5.3.1 Proceso de Solución de Problemas

Consideramos que con estos incisos el paciente debe tener la facilidad de mantener y controlar su estado de tranquilidad, esto le servirá para estar relajado y

también estar consciente de lo que le va a suceder. La solución del problema - eficaz, requiere cinco puntos los cuales se describen a continuación:

- a) Adiestramiento en Relajación Con ésta se pretende un inicio al tratamiento reduciendo la cantidad de estrés que provoca al enfermo seropositivo. Y conforme vayan pasando los incisos irá disminuyendo el estrés adquiriendo más tranquilidad y control emocional.
- b) Orientación hacia el problema. Conjunto de respuestas de orientación, que representan las reacciones cognitivo – afectivo – conductuales inmediatas de una persona cuando se enfrentan a una situación problemática.
- c) Definición y formulación del problema. Consiste en calificar y comprender la naturaleza específica del problema, basándose principalmente en las experiencias anteriores.
- d) Generación de alternativas. Es hacer que estén disponibles tantas soluciones como sea posible.
- e) Toma de decisiones. El propósito es evaluar, juzgar y comparar las opciones disponibles con respecto a la solución y seleccionar a los mejores.
- f) Puesta en práctica de la solución y verificación. Consiste en vigilar el resultado de la solución y evaluar la eficacia de la misma para controlar la situación problemática.

El enfermo se enfrenta en la etapa final a la muerte y siente que la única salida puede ser el suicidio, pero es menester del psicólogo concientizar al enfermo sobre cómo resolver sus problemas y disfrutar al máximo lo que le queda de vida, cumpliendo sus metas y objetivos.

5.3.2 Orientación hacia el Problema

El primer componente de la solución de problemas refleja un conjunto general de respuestas implicando en comprender y reaccionar a situaciones estresantes, reales

o percibidas. Y consta de cuatro componentes:

- a) Identificar y reconocer correctamente los problemas cuando ocurren.
- b) Adoptar la perspectiva filosófica de que los problemas de la vida son normales e inevitables y que la solución de problemas es un medio viable de afrontarlos.
- c) Aumentar sus expectativas de ser capaces de realizar satisfactoriamente actividades de solución de problemas.
- d) Inhibir la tendencia a llevar a cabo hábitos de respuesta automática basados en experiencias anteriores en situaciones similares.

El paciente comentará los beneficios que le traería solucionar dichos problemas y el clasificar con precisión sirve para ayudar al enfermo de SIDA a inhibir la tendencia a actuar en forma impulsiva o automática como reacción a una situación; en el diagnóstico se reconocen los problemas y como enfrentarlos. Y para tal efecto es de gran importancia conocer los siguientes puntos:

- 1) Percepción del problema (reconocimiento y clasificación del problema). El paciente reconocerá cual es su principal problema y lo clasificará desde su inicio hasta el momento.
- 2) Atribuciones del problema (las posibles causas de los problemas). El paciente dirá cuales son los posibles orígenes de sus problemas.
- 3) Valoración del problema (significación del problema para el bienestar personal – social). El paciente comentará los beneficios que le traería solucionar dicho problema.
- 4) Control personal. El paciente más relajado percibe el problema como controlable y con solución resolviéndolo por medio de sus esfuerzos.
- 5) Compromiso de tiempo y esfuerzo. Estimación precisa del tiempo que tardará en solucionar con éxito el problema. La disposición del individuo a dedicar el tiempo y esfuerzo necesario para solucionar el problema.

Adelante se explicará detalladamente la formulación del problema.

5.3.3 Definición y Formulación del Problema

El entrenamiento en este componente se centra en conocer todo lo relativo al problema con las siguientes tareas:

- a) Búsqueda de toda la información y de todos los hechos sobre el problema.
- b) Descripción de estos hechos en términos claros y sin ambigüedades.
- c) Diferenciar la información relevante de la irrelevante y los hechos objetivos de las inferencias y sus posiciones e interpretaciones no comprobadas.
- d) Identificación de factores y circunstancias que hacen de la situación un problema.
- e) Establecer una serie de objetivos realistas en la solución de problemas.

Se enseña a los pacientes básicamente como aprender a formular una amplia variedad de las cinco clases de preguntas específicas siguientes:

- Quién (¿Quién está implicado en este problema?).
- Qué (¿Qué estoy sintiendo sobre este problema?).
- Dónde (¿Dónde ocurre el problema?).
- Por qué (¿Por qué ocurrió este problema?).

Al definir y formular problemas se enseña a los pacientes además a plantear objetivos específicos que le gustaría alcanzar. Estos objetivos se especifican en términos concretos y sin ambigüedad, con el fin de minimizar de nuevo la confusión. Se alienta también a los pacientes para que establezcan objetivos realistas que sean realmente alcanzables y se identifican dos tipos:

- **Objetivos centrados en el problema.** Estos se relacionan con cambios reales del problema mismo.
- **Objetivos centrados en la emoción.** Se relacionan con objetivos que tratan de reducir o minimizar el impacto del malestar asociado con el experimentar un problema.

5.3.4 Generación de Alternativas

El objetivo general de este componente es hacer que estén disponibles tantas soluciones alternativas al problema (opciones de afrontamiento) como se pueda de tal manera que aumente la posibilidad de identificar en último término las más eficaces. Al generar estas alternativas se enseña a los pacientes tres reglas generales del torbellino de ideas las cuales a continuación se explican:

- **Principio de cantidad,** cuantas más ideas alternativas se produzcan más elevada será la posibilidad de que se generen opciones eficaces o de gran realidad.
- **Principio de aplazamiento del juicio,** sugiere que la regla de cantidad puede aplicarse mejor si se elimina el juicio sobre la calidad o la eficacia de cualquier idea, hasta que se produzca una lista exhaustiva. El único criterio que puede emplearse es el de la relevancia para el problema presente.
- **Principio de la variedad,** aliente a los individuos a pensar en un amplio rango de soluciones posibles a través de una variedad de estrategias o tipos de enfoque en vez de centrarse sólo en una o dos ideas limitadas para lograr una mejor toma de decisiones.

5.3.5 Toma de Decisiones

Este componente de la solución de problemas implica la identificación de un amplio rango de conciencia potencial que podría ocurrir si una alternativa particular se pone realmente en práctica y se enseña a los individuos a estimar:

- La probabilidad de que una alternativa determinada sea realmente eficaz para alcanzar el objetivo.

- La probabilidad de que el individuo sea realmente capaz de llevar al cabo la solución de forma óptima.

Es importante conocer algunos aspectos vitales:

- Anticipación de los resultados de la solución (consecuencias positivas y negativas esperadas a corto y a largo plazo).
- Evaluación de los resultados de cada solución (resultados con respecto a: la solución del problema, el bienestar emocional, el tiempo, esfuerzo empleado u el bienestar personal – social general -).
- Preparación de una solución (una solución simple o una combinación de soluciones).

5.3.6 Práctica de la Solución y Verificación

Para llevar a cabo la solución del problema se necesitan 5 pasos:

A) Llevar a cabo la solución elegida (sino es posible llevar a cabo la solución escogida, debido a diversos obstáculos) se puede volver a etapas previas de la solución de problemas para encontrar una solución alternativa.

- Centrarse en cómo solucionar los obstáculos que se le presenten.

B) Autorregistro.

- Autoobservación de la puesta en práctica de la solución y de sus productos (resultados).

- Registro (medición) de la actuación y sus resultados.

C) Autoevaluación.

- Solución del problema.

- Bienestar emocional.

- Cantidad de tiempo y esfuerzo empleado.
 - Razón beneficio – coste total o bienestar personal – social general.
- D) Autorreforzamiento.
- Recompensarse por el trabajo bien hecho si el resultado es satisfactorio.
 - Si la discrepancia entre el resultado obtenido y el esperado no es satisfactorio pasar al siguiente inciso.
- E) Recapitular y reciclar.
- Volver al proceso de solución de problemas y averiguar las correcciones a hacer para hallar una solución más eficaz. Se ha conceptualizado la solución de problemas como un conjunto de habilidades de afrontamiento que puede aprender un paciente por medio de reducir las perturbaciones psicológicas.

En el presente capítulo se propuso trabajar con enfermos de SIDA en la etapa terminal con dos técnicas, una es la Desensibilización Sistemática y la segunda es la Solución de Problemas.

Estas dos técnicas se ocuparán para pacientes ansiosos o deprimidos según las características personales de cada paciente y entendiéndose como ansioso a la persona con un excesivo deseo de realizar el mayor número de actividades posibles ya que el paciente siente que la vida se le acaba, y deprimido como la excesiva pasividad o deseo de no hacer nada obsesionándose en la idea de morir y ya no poder lograr cumplir sus metas y objetivos.

De lo mencionado se puede decir que se debe evitar que el paciente presente ansiedad y depresión, ya que bloquea sus ideas positivas para sentirse tranquilo y poder manejar sus problemas.

CONCLUSIONES

El VIH es un virus que integra su información genética a las células humanas, y empieza a infectar al cuerpo humano, pasando por 3 etapas que son crónica, aguda y final. La primera es precoz o aguda y es cuando la persona conoce el diagnóstico de seropositividad, apareciendo ideas de negación, no hay síntomas visibles; la segunda fase, es cuando el individuo se pregunta o busca una causa del por que de su enfermedad, rehuye de familiares y amigos o intenta infectar a otras personas y pueden aparecer algunos síntomas visibles; ya en la tercera fase se considera que el paciente tiene la enfermedad del SIDA, teniendo un gran deterioro físico y mental, sintiendo que la vida se le acaba y que no lograra sus metas.

Es necesario darle un trato más humano a los enfermos de SIDA en la fase terminal ya que es la más difícil y necesita el apoyo de la sociedad, la familia, amigos y personal médico para lograr que el paciente tenga un nivel de vida decoroso y no sea rechazado por la sociedad.

En cualquiera de las etapas el infectado por el virus del SIDA necesita atención psicológica pero en la final o de muerte se hace más énfasis por que el paciente siente que tiene el tiempo de vida contado, toda esta situación hace que el paciente pase por 7 estados de reacción psicológica y son el estado de choque, de negación, de depresión, de ira, de negociación, de aceptación y de enfrentamiento a la muerte.

Algunos de los enfermos pueden tener ideas suicidas y hay que evitarlo o controlarlo, ya que puede venir un suicidio aparentado como accidente. Para lograr la estabilidad psicológica del paciente con estado ansioso y/o depresivo

Para tal efecto el psicólogo debe conocer a fondo la situación clínica del paciente, estimular el autoconocimiento, la autoestima, crear hábitos ocupacionales, que el paciente acepte y racionalice su situación, sus limitaciones y que halla un gran desarrollo afectivo entre sus allegados y el paciente, para reducir al máximo ideas negativas.

El papel del psicólogo se divide en tres partes, primero asesorar al personal de salud de cómo tratar a los enfermos y reducir el estrés en conductas negativas que

puedan manifestar hacia los pacientes; segundo asesorar y dar terapias al paciente de SIDA y su familia para lograr en la medida de lo posible una estabilidad emocional en ambas partes; tercero capacitar a las personas o público en general sobre diversas técnicas para ayudar y actuar como terapeutas o asesores e iniciar una desprofesionalización del uso de las técnicas conductuales psicológicas para que un mayor número de personas se vean beneficiadas teniendo una mínima capacitación y que tenga como objetivo una mejor salud mental en todos los niveles sociales.

Es indispensable la Interdisciplina y la Multidisciplina en los pacientes con SIDA en fase terminal, ya que con la Interdisciplina los diversos profesionales dan su punto de vista sobre una problemática o enfermedad y como tratarla y la Multidisciplina nos ayuda para que los profesionales de la salud se dividan y complementen sus áreas de trabajo para lograr en la medida de lo posible la salud integral física y mental de los pacientes en fase terminal.

Las técnicas propuestas son: Desensibilización Sistemática y Solución de Problemas en donde el paciente trabaja mediante la relajación del cuerpo e imaginación de sus reacciones estresantes y después empieza a ordenar sus problemas en escenas o jerarquías, las cuales ira imaginando paso a paso conforme vaya disminuyendo el estrés, ya que es importante disminuir este para lograr una mayor tranquilidad racionalizándolo y sensibilizándolo sobre su situación. Éstas inician conociendo el origen, desarrollo y consecuencias del problema, para ordenarlo y darle una solución apropiada la cual el paciente irá enfrentando paso a paso de forma directa al problema. Es importante que el paciente no se ahogue en sus problemas y encuentre una salida, las técnicas podrán ocuparse de los pacientes tanto deprimidos o ansiosos según lo considere pertinente el terapeuta.

Con el uso de estas técnicas se pretende que el paciente con SIDA logre una estabilidad emocional, sentimental y de autoestima, para que el paciente tenga deseos de vivir, así como de resolver mejor sus problemas, ya que en la fase final es cuando más se necesita la atención por parte de su entorno familiar y de amigos.

Al realizar un análisis de la propuesta nos damos cuenta que existe un largo camino por recorrer ya que aun existen muchos mitos y tabúes en las personas lo cual

provoca un rechazo de la sociedad hacia las personas infectadas con VIH / SIDA, aunado a la falta de control sanitario, indiferencias y falta de concientización en las personas con suficiente información pero nulos deseos de cambio en conductas negativas, también hay que tomar en cuenta que a pesar de los adelantos médicos, con respecto a las terapias y las medicinas para lograr controlar y curar el SIDA aun sigue siendo un objetivo a largo plazo, ya que hay que trabajar más en el aspecto emocional y afectivo de los infectados puesto que con el solo hecho de saber que son seropositivos provoca un shock emocional que afecta al individuo para el resto de su vida, independientemente de que desarrolle o no la mortal enfermedad, creándole toda una serie de conductas negativas que afectan al individuo, a la familia y a la sociedad en general; es bueno no ver a los enfermos terminales como personas que ya no tienen sentido por la vida, es necesario que los psicólogos y demás profesionales trabajen con estos pacientes para que se sientan más tranquilos y realicen actividades y trabajos para tener su mente ocupada.

El SIDA es la mayor epidemia del momento y el presente proyecto de trabajo sobre enfermos con SIDA se basa en las necesidades de darle una mayor atención al paciente y enfocarse en su estado emocional y al buscar información nos encontramos que hay un déficit de trabajar con pacientes en el aspecto psicológico y la mayoría de los estudios se centra en el aspecto médico hace a un lado el aspecto emocional de los pacientes, no tomando en cuenta que para lograr una salud integral del paciente es necesario trabajar y estudiar el aspecto físico y psicológico del enfermo. Algo que nos hubiera gustado y no se pudo era trabajar y conocer de cerca a los seropositivos por ciertas circunstancias de fuerza mayor no se obtuvo permiso para trabajar directamente con ellos. La presente propuesta de trabajo tiene una serie de limitaciones metodológicas debido a que no hay bibliografía explícita sobre el tema, y las que más se acercan son sobre psiquiatría, también el hecho de que no se ha aplicado ya que al intentar llevarlo a la práctica nos encontramos con toda una serie de limitantes como es el hecho de las restricciones y no acceso del Sector Salud para la aplicación de nuestra propuesta de trabajo con enfermos de SIDA y no hay conclusiones, datos, muestras y estadísticas con resultados firmes y concretos sobre

como funciona dicha propuesta, una de las ventajas es que puede ser aplicado por cualquier persona interesada en el tema del SIDA con un mínimo de conocimientos indispensables sobre la salud mental y médica, se desglosan paso a paso los antecedentes teóricos sobre el tema y la forma de aplicar las técnicas y lograr resultados.

Así tenemos que nuestra propuesta de trabajo se aboca a los enfermos con SIDA en fase terminal porque es cuando aparecen todas las complicaciones que afectan su vida como las enfermedades, trastornos neurológicos, dependencia y demás afecciones, así nuestro Objetivo General de trabajo es proponer mediante la utilización de la técnica de Desensibilización Sistemática y la Solución de problemas el lograr una estabilidad emocional en pacientes con SIDA en la etapa terminal de acuerdo a sus necesidades psicológicas. Una de estas se utilizará para trabajar con los pacientes según sus necesidades emocionales.

Algunas de las últimas investigaciones sobre SIDA nos hablan de que el Centro para el Control de Enfermedades (C.D.C) de los Estados Unidos, ha desarrollado una nueva tecnología de laboratorio para distinguir a recién infectados por el VIH de los seropositivos con más tiempo de portar el virus. Según investigadores franceses, mujeres embarazadas portadores del VIH pueden evitar contagiar a su pequeño si se tratan con AZT (zidovudina) durante la gestación y eligen la cesárea a la hora del parto. De las 2,834 pacientes cuya terapia se basaba en el fármaco citado y la cesárea, el equipo galo encontró que apenas un 0.8% transmitió el virus a su hijo. Estos son solo pequeños avances recientes sobre el estudio del SIDA y es necesario invertir un mayor número de dinero para lograr adelantos más significativos en beneficio de los infectados y portadores del VIH / SIDA.

BIBLIOGRAFÍA

- ALVAREZ, A. R. (1991). Salud Pública y Medicina Preventiva. El Manual Moderno México. Pág. 315.
- ANANDEN, H. (1992). Acción en SIDA. OMS, México.
- BAENA, G. (1986) Instrumentos de Investigación. Editores Mexicanos Unidos, México.
- BECK, A. (1980). Cognitive Therapy of Depression. John Wiley & Sons. England.
- BIGGAR, R. J. (1986). In The AIDS Problems Africa. Lancet, England.
- BUELA Y CABALLO. (1991). Manual de Psicología Aplicada. Siglo XXI, España.
- CARROBLES, J. A. (1991). Biofeedback. Roca. México.
- CONASIDA. (1991). Preguntas y Respuestas sobre SIDA. Mayo. México.
- CONASIDA. (1992). Revista de Enfermedades de Transmisión Sexual. Mayo, México.
- CONASIDA. (1993). Revista de Enfermedades de Transmisión Sexual. Mayo, México.
- CONASIDA. (1994). Revista de Enfermedades de Transmisión Sexual. Mayo, México.
- CONASIDA. (1995). Revista de Enfermedades de Transmisión Sexual. Mayo, México.
- CONASIDA. (1998). Revista de Enfermedades de Transmisión Sexual. Mayo, México.
- COTTE, C. (1987). SIDA y Sexo. Avila Editores, Venezuela.
- COTÉ, T. (1992). "Risk of Suicide Among Persons With". JAMA. October 21, Vol. 268, Nº15.
- CURTIS, J. (1995). "Physician's Ability to Provide Initial Primary Care to and HIV - Infected patients". Arch. Intern. Med. August 7, Vol. 155. Nº 21.
- DANIELS, G. V. (1985). El SIDA. El Manual Moderno, México.
- DIEDRICH, U. (1991). "Los Orígenes del SIDA". Mundo Científico No. 117, Vol. 11, España, Pág. 1024.

- DURHAM Y COHEN. (1994). Pacientes con SIDA. Manual Moderno, México.
Pág. 3.
- GARCÍA, G. (1993). Acción en SIDA. OMS, México, N° 21.
- GATELL, CLOTET, PODZAMCZER Y MIRÓ. (1992). Guía Práctica del SIDA.
Masson - Salvat, Barcelona.
- GLASS, R. (1998). "AIDS and Suicide". JAMA. March 4, Vol. 254, N° 9.
- HALLER, B. (1974). Psicología General. Harla, México.
- HASSELL, V.N. (1992). Acción en SIDA. OMS, Enero, México.
- HOLLAND, J. (1985). "The Psychosocial and Neuropsychiatric Sequelae of the
Acquired Immunodeficiency Syndrome and Related Disorders". Annals of
internal Medicine. Vol. 103. PP. 760 - 764.
- HUGHES, (1992). Acción en SIDA. OMS. México. N° 16.
- KAZDIN, A. E. (1996). Modificación de la Conducta. Manual Moderno, México.
- MAHONEY, M.J. (1983). Cognición y Modificación de Conducta. Trillas, México.
- MARZUK, P. (1988). "Increased Risk of Suicide in Persons With AIDS". JAMA.
March 4, Vol. 251, No. 9.
- McCONNELL, J. V. (1992). Enciclopedia Práctica de Psicología. Mc Graw - Hill,
México. PP. 45. 848.
- OLEA, F. P. (1987). Manual de Técnicas de Investigación Documental. Esfinge,
México.
- O.M.S. (1991). Weekley Epidemiological Record. Organización Mundial de la
Salud, México.
- PAPALIA, D. (1994). Desarrollo Humano. Mc Graw - Hill, México, PP. 591 a 592.
- PAKKANEN, J. (1991). "Temores y Esperanzas del SIDA". Selecciones. Readers
Digest, México, Marzo.
- PRATT, R. J. (1988). SIDA. Doyma, España.
- READERS DIGEST. (1991)(A). Guía de las Terapias Naturales. Readers Digest,
México. Pág. 300.
- READERS DIGEST. (1991)(B). Grandes Acontecimientos del Siglo XX. Readers
Digest, México. Pág. 544.

- READERS DIGEST.** (1991)©. Los porque de la Mente Humana. Readers Digest, México. Pág. 277.
- SELIGSON, I.** (1984). Una Aproximación Interdisciplinaria para Problemas de Salud desde la Perspectiva de la Medicina Conductual. ENEP IZTACALA, UNAM, México.
- SHULMAN & MANTELL.** (1988). "The AIDS Crisis: a United States Health care Perspective". Soc. Sci. Medica. Vol. 26.
- SILVERMAN, D.** (1993). "Psychosocial Impact of HIV - Related Caregiving on Health provider: A review and Recommendation for the Role of Psychiatric". American Journal Psychiatric. 5 May. N° 150.
- VELEZ, A.** (1992). Fundamentos de Medicina. SIDA. Corporación para las Investigaciones Biológicas, Colombia. Pág. 111.
- VOELKER, R.** (1996). "HIV Guide for Primary Care Physicians Stresses Patient - Centered Prevention". JAMA. July 10. Vol. 276, No. 2.
- WERNER & SIEGEL.** (1990). "Social Worker Comfort in Providing Services to AIDS Patients". Social Work.
- WOLPE, J.** (1985). Práctica de la Terapia de la Conducta. Trillas, México.

ANEXO 1

INVENTARIO DE BECK PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN

NOMBRE: ----- EDAD: -----
SEXO: ----- ESCOLARIDAD: ----- FECHA: -----
MOTIVO DE APLICACIÓN: -----

En este cuestionario hay grupos de oraciones. Por favor lea con cuidado cada uno de los grupos de oraciones y elija una de ellas, la cual describirá de la mejor forma como se ha sentido la SEMANA PASADA incluyendo el día de HOY. Encierre en un círculo o tache el número que se encuentra a un lado de la oración que escogió. Si hay varias oraciones en un grupo que le parecen ser igualmente aplicables marque cada uno de los números. Asegurece de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1)

0. - Yo no me siento triste.

1. - Me siento triste.

2. - Estoy triste todo el tiempo y no puedo sentirme bien.

3. - Estoy triste o infeliz porque no puedo ser útil.

2)

0. - Yo no me siento particularmente descorazonado con el futuro.

1. - Me siento descorazonado por el futuro.

2. - Siento que no tengo nada para seguir adelante.

3. - Siento que el futuro es irremediable y las cosas no pueden mejorar.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

3)

0. - Yo no me siento como un fracaso.
1. - Siento que he fracasado más que la mayoría de las personas.
2. - Lo que yo puedo ver del pasado de mi vida, lo veo como un conjunto de fracasos.
3. - Siento que soy un completo fracaso como persona.

4)

0. - He recibido mucha satisfacción de las cosas que he hecho.
1. - No disfruto de las cosas según lo he venido haciendo.
2. - Ya no recibo una satisfacción real de nada de lo que hago.
3. - Estoy insatisfecho y fastidiado con todo.

5)

0. - No me siento particularmente culpable.
1. - Me siento culpable la mayoría de las ocasiones.
2. - Me siento bastante culpable en muchas ocasiones.
3. - Me siento culpable todo el tiempo.

6)

0. - Yo no creo que esté siendo castigado.
1. - Siento que podría ser castigado.
2. - Siento que seré castigado.
3. - Siento que yo estoy siendo castigado.

7)

0. - Me estoy sintiendo defraudado conmigo mismo.
1. - Me siento defraudado conmigo mismo.
2. - Estoy enojado conmigo mismo.
3. - Me odio a mí mismo.

8)

0. - No siento que yo sea inferior que cualquier otro.
1. - Soy crítico de mí mismo para mis debilidades y equivocaciones.
2. - Me culpo a mí mismo todas las veces por mis defectos.
3. - me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9)

0. - No tengo pensamientos de matarme a mí mismo.
1. - Tengo pensamientos de matarme a mí mismo pero no puedo.
2. - Quisiera matarme a mí mismo.
3. - Me mataría a mí mismo si tuviera la ocasión.

10)

0. - No lloro más que como solía hacerlo.
1. - Lloro más ahora que como antes lo hacía.
2. - Ahora lloro todo el tiempo.
3. - Solía ser capaz de llorar, pero ahora no puedo.

11)

0. - Ahora no soy más irritable que antes.
1. - Me molesto o me irrito más fácilmente que como solía hacerlo antes.
2. - Ahora me siento irritado todo el tiempo.
3. - Estoy irritado por todo, no sólo por las cosas que usualmente me irritaban.

12)

0. - Yo no he perdido el interés por las personas.
1. - Estoy menos interesado por las personas que antes.
2. - Tengo muy poco interés por las personas.
3. - No me interesan para nada las personas.

13)

0. - Hago mis decisiones tan bien como lo hago siempre.
1. - No puedo hacer más decisiones que las usuales.
2. - Ahora tengo gran dificultad para hacer decisiones.
3. - No puedo hacer decisiones en cualquier situación.

14)

0. - No creo que me vean más angustiado de lo que solía estar.
1. - Estoy preocupado (a) por que me veo como un viejo (a).
2. - Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea poco atractivo (a).
3. - Creo que me veo feo (a).

15)

0. - Puedo trabajar tan bien como antes.
1. - Hago un esfuerzo extra para comenzar a hacer algo.
2. - Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa.
3. - Ya no puedo hacer cualquier trabajo.

16)

0. - Puedo dormir tan bien como siempre lo he hecho.
1. - No puedo dormir tan bien como siempre lo hacia.
2. - Despierto de 1 a 2 horas. Más temprano que antes y es difícil que vuelva a dormir.
3. - No puedo dormir por más que lo intente.

17)

0. - No estoy más cansado que de costumbre.
1. - Me canso más fácilmente que de costumbre.
2. - Me canso con cualquier cosa que haga.
3. - Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

0. - Mi apetito no es menor que lo normal.
1. - Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
2. - Ahora mi apetito esta empeorando mucho.
3. - No tengo apetito todo el tiempo.

19)

0. - No he perdido mucho peso, si acaso un poco ultimamente.

1. - He perdido más de 2 kg. De peso.

2. - He perdido más de 5 kg. De peso.

3. - He perdido más de 7 kg. De peso.

Tengo el propósito de esforzarme para perder peso comiendo menos de lo acostumbrado SI ____ NO ____.

20)

0. - No estoy más preocupado por mi salud física que como lo hago comúnmente

1. - Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como:

dolores, incomodidades, trastornos del estómago, constipación.

2. - Yo estoy muy preocupado por mis problemas de salud física.

3. - Estoy tan preocupado por mis problemas de salud física, que no puedo pensar en otra cosa, más que en esto.

21)

0. - No he notado algún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1. - Estoy menos interesado en el sexo que de costumbre.

2. - Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.

3. - He perdido completamente el interés por el sexo.

OBSERVACIONES: _____

0. - Sin depresión.

1. - Depresión leve.

2. - Depresión alta.

3. - Depresión profunda.

ANEXO 2

GLOSARIO

- ACTITUDES.** Son los comportamientos que adopta el enfermo para atenuar el dolor físico y psicológico.
- ÁDENOPATIAS.** Enfermedad que se caracteriza por sudoración y alargamiento de los ganglios linfáticos.
- ADYACENTES.** Situado en la inmediación o proximidad a otra cosa.
- ALGODONCILLO.** Se caracteriza por manchas o placas blanquecinas pequeñas en la punta y los lados de la lengua y la mucosa bucal.
- AGONÍA.** Dolor y tensión mental extrema en los momentos que preceden a la muerte.
- ALOJA.** Contener u hospedar un microorganismo dentro del cuerpo.
- AMBIVALENTE.** Aparición simultánea de dos sentimientos opuestos respecto a una misma persona (como odio – amor).
- ANSIOSOS.** Angustia o intranquilidad que acompaña a las enfermedades agudas.
- ANTIGENOS.** Sustancia que introducida en el organismo provoca la formación de anticuerpos específicos que tienen la propiedad de neutralizarlos o de reaccionar con ella.
- ANTIGENO P24.** Proteína que contiene el virus del VIH como catalizador de reacciones bioquímicas.
- APTITUDES.** Cualidad que hace que una persona sea apta para cierto fin.
- ASINTOMÁTICO.** Sin síntomas presentes.
- AVERSIÓN.** Oposición y repugnancia que se tiene a una persona o cosa.
- BANDAS DISCRETAS.** En anatomía, líneas sobrepuestas una de la otra o consecutivamente apenas perceptibles.
- CAÓTICA.** Relativo al caos. Desordenado.
- CÉLULAS T HUMANAS.** Célula derivada del timo que participa en varias reacciones, mediadas por células.

CESACIÓN. Acción y efecto de morir o dejar de funcionar un organismo.

CÓLERA. Enfermedad grave caracterizada por vómitos repetidos y cólicos numerosos, calambres y etc. Reacción emocional acompañada de ira. Coraje. Tensión. Agresividad.

CONSTIPACIÓN. Trastorno en el que las heces fecales y las mucosas nasales se evacuan a intervalos largos o con dificultad.

CORRELATIVOS. Se aplica a personas las cuales tienen cosas. Tareas u objetivos afines.

CONVENCIONALISMOS. Conjunto de opiniones o procedimientos falsos o comunes que se admiten por comodidad y conveniencia social.

DELIRIUM. Trastorno mental agudo que se caracteriza por el delirio con temblor y gran excitación. Este se acompaña de ansiedad y angustia mental.

DEMENCIA. Pérdida orgánica de la función intelectual del poder de razonamiento y de la memoria, se caracteriza por confusión, desorientación y apatía.

DEPRESIONES. Síndrome que manifiesta abatimiento, retardo psicomotor, insomnio y pérdida de peso.

DESCORAZONADO. Desanimado, acobardado, decaimiento del ánimo, sin ninguna esperanza de vida.

DISFUNCIÓN. Anomalía o trastorno de la función de un órgano.

DÓGMA (DOGMÁTICAS). Fundamento de todo sistema esquematizado que rige la ciencia, política, religión. etc.

ESCALA. Sucesión ordenada de cosas diferentes pero de la misma especie.

ELECTROFÓRESIS. Separación de moléculas en un campo eléctrico.

ENDÉMICAS. Actos o sucesos que se repiten frecuentemente en un país en cualquier localidad, regiones o personas.

ENZIMA VIRÍCA. Complejos orgánicos que catalizan las reacciones bioquímicas de los virus.

EPIDEMIA. Enfermedad accidental, transitoria, generalmente infecciosa que ataca al mismo tiempo y en el mismo país o región a gran número de personas.

ETIOLOGÍA. Parte de la medicina que estudia las causas de las enfermedades.

GANGLIOS LINFÁTICOS. Órgano situado en el trayecto de los vasos linfáticos, productores de linfocitos.

GERMÉNES. Microorganismos patógenos capaces de producir enfermedad.

HIPOMANÍACA. Se utiliza para describir un estado de excitabilidad o hiperactividad sin psicosis.

HEMODERIVADOS. Líquidos o sustancias derivadas de la sangre como suero, plasma.

HEMOFÍLICOS. Enfermedad hereditaria transmitida por la mujer y la padece el varón y se presenta como sangrados espontáneos por problemas de coagulación.

HERPES ZOSTER. Enfermedad viral inflamatoria unilateral de los ganglios cerebrales de los nervios periféricos, de las raíces nerviosas posteriores.

INMUNIDAD. Capacidad del organismo vivo de desarrollar defensas contra los agentes patógenos.

INMUNODEFICIENCIA. Deficiencia en la respuesta inmunológica, ya sea por anticuerpos tumorales o por células linfoides inmunes.

INDÉMNE. Exento de daño.

INERCIA. La idea de permanecer con sus mismos pensamientos ya sea pasivos o activos y negativos o positivos

INEXORABLE. Pérdida de algo valioso (como la vida u órgano del cuerpo. etc.

INHIBIR. Restricción o detención de una función o actividad específica, parcial o totalmente.

INMINENCIA (INMINENTE). Que amenaza con ocurrir prontamente.

INSÁLUBRE. No saludable, mal sano, condiciones inadecuadas de higiene.

IRREVERSIBLE. Relativo o referente a un estado o proceso cuya recuperación es imposible.

LEUCOPLASÍA PILOSA ORAL. Enfermedad en la que se desarrollan placas blancas engrosadas que parecen fisuras malignas con crecimiento de pelo anormal.

LINFADENOPATÍA PERSISTENTE GENERALIZADA. Crecimiento generalizado persistente de los ganglios linfáticos, aumento de tamaño, son duros, indoloros, afectando ambos lados del cuerpo.

LINFÓCITOS T4. Llamadas CD4 receptoras y su relación con la envoltura del virus del VIH.

LINFOMAS. Cáncer de los tejidos de los ganglios linfáticos.

MASOQUISTA. Perversión sexual que el individuo disfruta de ser objeto de golpes Contusiones o simplemente humillaciones. Puede ser consciente o inconsciente.

MENESTER. Falta de una cosa.

MORAL. Relativo a las reglas de moralidad o valores individuales o sociales.

MORTALIDAD. Calidad de mortal. Número proporcional de muertes en una población y tiempo determinado. Estadísticas de defunciones.

NEUROLÓGICO. Daños o trastornos a las neuronas del cerebro.

NEUROVEGETATIVAS. Relativo de las neuronas del sistema nervioso vegetativo. Controla las funciones básicas indispensables para la vida (latidos del corazón, respirar), etc.

NEOPLASIAS. Formación de tumores, de tejido nuevo incontrolado y progresivo.

NEUMOCYSTOSIS. Enfermedad producida por un parásito.

NÓDULOS CUTÁNEOS. Aglomeración relativa de tejidos en la piel.

PALADAR. Tomar poco a poco el gusto de una cosa.

PATÓGENO. Virus que produce una enfermedad.

PERÍNATAL. Es el estado o situación que se vive en los momentos anteriores y posteriores del parto o nacimiento.

POLITRANSFUNDIDAS. Que han recibido muchas transfusiones de sangre.

PORTADOR. Individuo que acarrea gérmenes de una determinada enfermedad, pero que no esta infectado por ellos.

PREVENCIÓN. Conjunto de acciones y medios que sirven para preservar o evitar daños y enfermedades.

RESARCIR. Compensar, gratificar.

RETROVIRUS. Grupo de virus que cuenta con transcriptasa inversa y material genético de ARN.

SINTOMÁTICAS. Que presentan uno o varios síntomas de una enfermedad específica.

SUSCEPTIBLES. Característica de una persona que no tiene inmunidad celular o esta propensa a sufrirlo.

SARCOMA de KAPOSÍ. Forma de cáncer que se caracteriza por la presencia de placas y nódulos rojos – violáceos en la piel y órganos interiores.

SÍNDROME. Conjunto de síntomas y signos característicos de una enfermedad.

SÍNTOMAS. Manifestación de una alteración orgánica o funcional.

TRANSCRIPTASA INVERSA. Enzima presente en virus, como el VIH que cataliza la transcripción del ADN a partir del ARN.

ULTERIORMENTE. Después de un momento determinado.

VULNERABILIDAD. Susceptible de ser lesionado, enfermarse o sufrir una alteración.