

31921
381



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

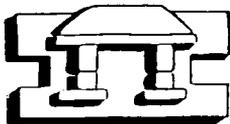
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

"EL TRABAJO DEL PSICOLOGO CON PACIENTES
INFECTADOS POR EL VIH EN LAS PRINCIPALES
INSTITUCIONES DE SALUD PUBLICA"

T E S I S T E O R I C A
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
LAZARO CERVANTES ANDRADE
MIGUEL OCTAVIO MALDONADO ALBINO

ASESORES:

- LIC. ROJAS SERVIN ANGEL ENRIQUE
- LIC. AVILA RAMOS EDY
- LIC. VAQUERO CAZARES JOSE ESTEBAN



IZTACALA

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO

2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

"Para ser hombre no basta con nacer, sino que hay también que aprender.
La genética nos predispone a llegar a ser humanos,
pero solo por medio de la educación y la convivencia social,
conseguimos efectivamente serlo..."

"Ni siquiera en todos los animales basta con la mera herencia biológica
para conseguir un ejemplar cuajado de la especie,
pero en el caso del género humano,
ese proceso formativo, no hereditario,
es totalmente necesario"

"La educación transmite a cada uno de los seres pensantes
es que no somos únicos, que nuestra condición implica el intercambio
significativo con otros parientes simbólicos
que confirman y posibilitan, nuestra condición..."

Fernando Savater

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México
por darnos la oportunidad de formarnos dentro de sus recintos académicos
y ser parte, del grupo de afortunados
egresados de la Máxima Casa de Estudios

Agradecidos estamos de ser unos profesionales
al servicio de la sociedad y humanidad,
y con orgullo haremos valer nuestra condición...

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"Creemos que puede afirmarse verosimilmente, que no es tanto la sociedad quien ha inventado la educación, sino el afán de educar y de hacer convivir armónicamente maestros con discípulos durante el mayor tiempo posible, lo que ha creado finalmente la sociedad humana y ha reforzado sus vínculos afectivos más allá del estricto ámbito familiar..."

"Y es importante, subrayar por tanto, que el amor posibilita y sin duda potencia el aprendizaje, pero no puede sustituirlo. También los animales quieren a sus hijos, pero lo propio de la humanidad es la compleja combinación entre afecto y pedagogía..."

Lázaro y Octavio

Enrique, Vaquero, Edy, Andrés, Roque, Esteban Cortes, Rosendo
(gracias a los profesores que posibilitaron a la humanidad, de formar a 2 de los más grandes exponentes de la psicología de la vida)

Gracias a nuestras familias
(Cervantes Andrade y Maldonado Albino)
por haber apoyado incondicionalmente
a estos 2 vagales que casualmente se
encontraron en el mismo camino...

A nuestros amigos
que nos acompañaron en múltiples
actividades lúdicas y placenteras,
bebiendo con nosotros el vino de la amistad,
para hacer menos sediento el camino académico del triunfo
por siempre jamás...
(Salomé, Timio, Kalimán, Roger, Bartolo, Loco, Manos de tijeras, Carmen, Psicosis)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LAZARO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a DIOS:

Ante todo doy gracias a DIOS mi SEÑOR,
ya que ha permitido que el más humilde de sus siervos,
pueda cumplir una de las misiones
encomendadas por ÉL,
para el bienestar personal y de la humanidad...

Posteriormente quiero agradecer a todos y cada uno de aquellos miembros de la familia
que han contribuido de cierta forma a la conclusión de esta obra:

A las columnas de mi familia:

Inicialmente le doy gracias
a Wendy (mi madre) y a mi hermano Bosco,
por todo el apoyo que incondicionalmente me proporcionaron
durante mi carrera en épocas
de sombras y tinieblas...

Dios sabe que no tengo palabras para expresar el enorme
agradecimiento y amor
que tengo hacia sus
imponentes figuras,
el Señor bendiga con prosperidad su camino
por el resto de sus vidas...Amen...

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a mi familia:

Del mismo modo agradezco a las personas
que con su presencia o ausencia
han permitido que un servidor
concluya con satisfacción
parte de su misión:

A mi padre ("León Trosky"),
ya que sin su aportación la humanidad,
se habría perdido de una
de las personalidades más fantásticas de la historia...
espero que mi esfuerzo llegue
hasta el cielo...

A mi hermano el "Quik" y su grandiosa familia,
su esposa y los "Abdules",
por permanecer siempre cerca de mí,
y ayudarme con su vitalidad y fuerza...
felizmente agradecido por siempre...

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ausentes:

A mis hermanos ausentes,
que contra su voluntad han permanecido, de cierta forma,
fuera de este proceso, sin embargo,
permanecen dentro de mi corazón, y mi pensamiento
esta con ellos hasta el final...

Cony gracias por tu apoyo y preocupación,
que expresas siempre por larga distancia,
tienes unos hijos maravillosos
Dios bendiga tu camino y
el de los tuyos por toda la eternidad...

Salvador, porque con tus actitudes y conductas,
me has proporcionado el mayor aprendizaje aversivo y significativo
que ninguna otra persona me hubiera dado...
Dios bendiga tu hogar y tu familia,
sobre todo a tu esposa que te ama y acepta como eres,
y a tus preciosas hijas que tanto amas...

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Daysi

**Finalmente, pero de una manera muy especial,
agradezco infinitamente a Daysi (mi novia),
por haber hecho una excelente elección,
al escoger a la persona más maravillosa de éste planeta,
y del sistema solar...**

**muchas veces con tu ausencia,
pero también con tu presencia,
me ayudaste a conseguir una de las metas
que tengo en la vida. ..**

Gracias por ser tan bonita, buena y tolerante conmigo...

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

OCTAVIO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A LA FAMILIA ALBINO

A mis tíos:

(tía Lupe, tía Rosa, tío Beto, Moisés)

A sabiendas de que a nuestro alrededor (Hugo y yo) hubo tan pocas personas
que nos ayudaran y estimularan...

Sus palabras aparte de ser bien recibidas,
nos sabían a gloria y por lo mismo, nos motivaban enormemente...

En el pequeño triunfo que se ha obtenido, ustedes
también han sido partícipes...

A Samuel:

Gracias hermano mayor por entenderme
cuando era estudiante y ayudarme
a tener una juventud sin tantas complicaciones...

Nunca has visto el apoyo que me diste y ni lo veras,
porque este no se terminará,
mientras me sigas contagiando tu vitalidad...

Lo poco que hice espero que sirva como el segundo peldaño en nuestra familia,
aunque ahí vienen los demás (Jazmín y Angélica)...

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**A mis abuelos:
(Ramón y Virginia)**

**Si por ustedes mi papá es lo que es y
es como es..**

**Entonces, también han colocado buenos cimientos
en mi camino...**

**Se lo fuertes que han estado, y para mi es algo apremiante, porque
esa fuerza y entereza se contagia y por
eso seguimos adelante..**

Doña Hilaria:

**A pesar que nunca estuvo,
ni crea que hizo falta, porque su recuerdo siempre se mantuvo en las eternas palabras,
de alguien que nunca me falla...
(lastima que no pude ser un afortunado de su crianza, pero no importa,
de todos modos, el resultado fué el mismo)**

Alejandro (chino)

**Si mi hermano y yo pudimos, tu también podrás y
haciéndolo mucho mejor...**

**No te preocupes, porque siempre estaremos contigo, aunque ya seremos 3
porque otra imagen siempre estará a tu alrededor...**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

A mis amigos:

LÁZARO

Gracias mi viejo y estimado amigo por haber hecho menos tedioso y aburrido
este largo camino...

Finalmente terminamos y de esto mucho te he aprendido, aunque
tu bien sabes que apenas nuestra buena amistad
va empezando...

SALOMÉ

Me siento muy afortunado de ser algo en tu vida, y mucho más de tenerte
a mi lado...

Deseo que esto persista, para seguir sintiendo tu luz y energía,
y sentirme por ti apreciado...

a ustedes (mis eternos e inseparables...):

Rosario: gracias por tu eterno apoyo y sinceridad,
tu apoyo es mi confianza...

Oso: hermano, pasan los años y continuamos,
digamos hasta morir...

Pancho: todavía continuare gozando de tu risa
y espontaneidad...

Salvador. Si continuas con tu humildad y honestidad,
esto todavía persistirá

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TANIA:

Gracias por haber sido parte de mi inspiración, dedicándome
tu preciado tiempo...

Estoy orgulloso de tenerte a mi lado, porque el conocer todo lo que has hecho
en tu vida, me llena de fuerzas para seguir caminando...

No solo te dedico esta obra, te dedico mi tiempo, que todavía es
más largo, porque solo tu presencia sabe conectar, mi mente con
mi corazón...

Agradezco que estuvieras conmigo cuando no era nada, porque ahora
continuaremos reflejando un rostro diferente...

HUGO:

Aunque por azares del destino yo sea el primero académicamente, simbólicamente
tu siempre serás el cimiento máximo
de nuestra familia (Julieta, Miguel, tu y yo)...

Gracias a tu entereza y a tus actitudes como persona y estudiante, yo pude ser
lo que finalmente todos quisimos que sucediera...

Tu ejemplo constituye el legado más grande que nunca hubiera recibido
y por eso estaré infinitamente agradecido...

Recuerda que tú y yo ahora, somos lo más grande que muchas personas
han visto, y por eso la prosperidad y felicidad
nos espera...

(somos diferentes, aunque sigamos siendo los mismos)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MIS PADRES:

Gracias por darme vida y de haberse sacrificado, y concederme la oportunidad de ser alguien en la vida...

Hasta estos momentos puedo darles algo de lo mucho que valen, y que tanto habíamos esperado. Me siento un ser muy afortunado de tenerlos y estoy satisfecho con todo lo que me han dado...

Recuerden que ahora ya no serán los mismos que antes, porque ya han formado a 2 licenciados ...
(felicidades por haber hecho una buena elección de nuestras vidas con su trabajo y tolerancia)

Julietta:

Por tu perseverancia y entereza, todo ha salido como tu lo has deseado. Si tu no hubieras estado, estoy seguro de que esto no hubiera pasado...

Todo el esfuerzo que has hecho y ha todo lo que te has enfrentado, ahora ya dio resultados..

Miguel:

Tu entrega y dedicación que siempre has mostrado, son el ejemplo más grande que me has dado...

Por tu inteligencia hemos conseguido y sobrepasado, todo lo malo que nos ha obstaculizado...

ESTOY ORGULLOSO DE SER PARTE DE ESTA FAMILIA, QUE LE APUESTA A LA RAZÓN, HUMILDAD Y HONESTIDAD PARA SER GRANDE ...



INDICE

Resumen.....1
 Introducción.....2

CAPITULO 1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1.1 Antecedentes de la Psicología de la Salud.....9
 1.2 Definición de la Psicología de la Salud.....11
 1.3 El papel del Psicólogo de la Salud.....13

CAPITULO 2. ASPECTOS GENERALES DEL VIH

2.1 Historia.....20
 2.2 Modos de transmisión.....23
 2.3 Grupos de Riesgo.....25
 2.4 Modos de prevención.....28

CAPITULO 3. ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL VIH

3.1 Repercusiones emocionales y conductuales.....32
 3.2 Depresión.....34
 3.3 Ansiedad.....38
 3.4 Recomendaciones en el tratamiento a nivel psicológico del VIH.....42

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 4. ASPECTOS SOCIALES DEL VIH

4.1 Confrontación ante el diagnostico positivo de VIH.....49

4.2 Paciente con VIH y contexto familiar.....52

4.3 La Discriminación ante el VIH.....53

CAPITULO 5. INVESTIGACIÓN REFERENTE AL TRATAMIENTO PSICÓLOGICO DE LOS PACIENTES INFECTADOS POR VIH EN LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES DE SALUD PUBLICA DE LA ZONA METROPOLITANA

5.1 Método.....57

- Participantes
- Instrumento
- Procedimiento

5.2 Resultados.....61

CAPITULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....69

REFERENCIAS

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

El impacto que ha tenido la propagación del virus del VIH en casi todas las partes del mundo, produce que se generen nuevos y más métodos para combatir esta enfermedad o para mantener una salud más o menos aceptable. Dada su condición de pandemia, ha provocado que se vuelvan a reestructurar los servicios de salud a nivel mundial, en primera instancia, ya que el equilibrio en la manutención de la salud que el paciente tenga, va a ser por consecuencia de los servicios que le sean proporcionados. Por esta situación, el papel del psicólogo es primordial, teniendo en cuenta que ante la corta o prolongada espera de la muerte por parte de los pacientes infectados por VIH, es necesario un trabajo con ellos que les permita tener mejores condiciones de vida, de manera alterna al trabajo que los médicos realizan al proporcionar medicamentos y realizar estudios para su control. El trabajo psicológico tiene la finalidad de estructurar programas informativos y formativos en la búsqueda de promover una alternativa más a aquellos pacientes infectados de VIH, para que obtengan situaciones gratificantes y estimulantes por lo que les resta de vida y tengan la capacidad de conducir su vida en compañía de la infección o enfermedad que lleven cargando. Por lo que el objetivo de la investigación, fue el conocer el trabajo en el ámbito psicológico, que se realiza en las principales instituciones de salud pública de la zona metropolitana (DIF, ISSSTE, IMSS, ISEM e ISSEMYM). Se utilizó un cuestionario con un total de 15 preguntas, acerca de la psicología de la salud, de la psicología y el VIH, y por ultimo de los tratamientos psicológicos a pacientes con VIH. Los resultados obtenidos mostraron que, sólo en 2 instituciones (ISEM e IMSS) se encuentran los psicólogos de la salud, llevando a cabo el trabajo con los pacientes con VIH, mientras que en las demás, además de que no están los profesionales adecuados para realizar el trabajo psicológico, los psicólogos que laboran ahí, sólo se dedican específicamente al trabajo con los niños o con problemas relacionados a la violencia intrafamiliar. De esta manera, se concluye que el trabajo en el ámbito psicológico con dicha población, no se lleva a cabo de manera efectiva y que por ésto, urge que se tomen las medidas necesarias para abrir cada vez más espacios para que desde el área de la psicología se lleven a cabo las aportaciones pertinentes que ayuden a los pacientes infectados por VIH a tener una vida de acuerdo a sus condiciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En los últimos años se ha observado un gran interés por vincular a la psicología con los problemas de salud, ya que en las investigaciones realizadas, se encuentra que en muchas de las enfermedades intervienen factores psicológicos y sociales; además no bastan las explicaciones desde el modelo biomédico para explicar los crecientes índices de enfermedades. Así es como surge un modelo de trabajo conocido como la psicología de la salud.

Esta es un área dentro de la psicología que intenta comprender la influencia de variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste y como responde una persona cuando está enferma. En términos generales, abarca estas tres áreas: a) promoción y mantenimiento de la salud, b) prevención y tratamiento de la enfermedad, y c) factores asociados con el desarrollo de la enfermedad; estas tres áreas parten del modelo biopsicosocial (Latorre y Benoit, 1994).

Un problema de salud mundial y que a últimos años se ha convertido en una de las causas más importantes de muerte por infección en México, es el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) por lo cual la psicología de la salud deberá poner atención e intervenir dentro del tratamiento a infectados con el VIH (virus de inmunodeficiencia humana).

Por otra parte el SIDA es una enfermedad que hasta nuestros días es incurable, esta pandemia infecciosa se ha extendido alrededor del mundo de tal manera que millones de personas mueren anualmente, por lo tanto la infección del VIH se ha considerado como un problema mundial, que hasta la mitad de la década de los 80's se consideraba una enfermedad exclusiva de los homosexuales. Posteriormente se descubrió que cada organismo humano es en potencia un portador del virus, esto es, que cualquier persona está expuesta y tiene tanta probabilidad de contraer el virus por diversas vías de adquisición, sin diferenciar en cuanto al genero, raza, ideología, posición social o económica (Daniels, 1988; Arranz y Carrillo, 1994 y Bayes, 1994).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cada letra de las siglas del SIDA, tiene un significado y es definido de la siguiente manera: S - Síndrome: Conjunto de síntomas y manifestaciones de enfermedad; I - Inmuno: Se refiere al sistema de defensas llamado sistema inmunológico, encargado de reconocer y eliminar a los microorganismos dañinos para el ser humano; D - Deficiencia: Falla o función insuficiente. La inmunodeficiencia hace que el organismo humano quede expuesto a un sinnúmero de infecciones y cánceres, ya que el sistema inmunológico está deficiente; A - Adquirida: Hace referencia a que esta enfermedad no se hereda, sino que se puede contraer en algún momento de la vida. El SIDA únicamente puede ser adquirido por tres modos de transmisión; por la vía sexual, sanguínea o perinatal. A continuación se explican de manera breve cada una de ellas: 1) Por contacto sexual no protegido, al intercambiar semen, líquido pre eyaculatorio, secreciones vaginales o sangre, con una persona infectada durante las relaciones sexuales; 2) Por vía sanguínea, cuando se realizan transfusiones con sangre infectada o al compartir jeringas; 3) Por vía perinatal, de una madre infectada a su hijo, ya sea durante el embarazo, el parto o por medio de la leche materna (Bayes, 1994).

Por otra parte, el SIDA se debe a un virus llamado de inmunodeficiencia humana (VIH). Desde el principio la actividad del virus es intensa y comienza a multiplicarse, este proceso se conoce como replicación. Y a medida que se replica, el VIH ataca sobre todo a los linfocitos T4 (una de las células que representan un papel importante en el sistema de defensas), aunque también puede atacar otro tipo de células. Poco a poco, y progresivamente, va incapacitando el sistema de defensas hasta que nos deja expuestos a muchas enfermedades. Normalmente el sistema inmunológico o de defensas las rechazaría, pero al no tener los elementos suficientes estas enfermedades infecciosas pueden llegar a dañar seriamente el organismo y llevarlo a la muerte (psicológico, 2001).

Por otro lado, los individuos afectados pueden clasificarse en cuatro categorías generales; los portadores asintomáticos, quienes no presentan signos de inmunodepresión; los que presentan Linfadenopatía Generalizada Persistente (LGP), quienes presentan tumefacciones ganglionares en axilas, cuello e ingles; los llamados con Complejo

TRABAJE CON
FALLA DE ORIGEN

relacionado con el SIDA (CRS), quienes presentan síntomas con fatiga, fiebre y a menudo un deterioro en el sistema inmunológico.

Algunos autores (Daniels, 1988; Miller, Weber y Green, 1989; Richardson, 1990) han considerado la clasificación de cierto grupo de personas como de alto riesgo, es decir, aquellas personas que debido a su comportamiento tienen mayor probabilidad de contraer el VIH. Concretamente se hace referencia a los grupos conformados por personas bisexuales y homosexuales, toxicómanos que utilizan drogas de administración intravenosa, hemofílicos y compañeros heterosexuales de pacientes con SIDA. Dentro de los primeros grupos (bisexuales y homosexuales), el riesgo de contraer dicha enfermedad es altamente probable debido a la exposición de semen o sangre durante las relaciones sexuales anales y con múltiples compañeros sexuales. Dentro de los drogadictos o toxicómanos que utilizan instrumentos de vía intravenosa para sus prácticas, es frecuente encontrar que los mismos comparten jeringas y otros instrumentos vía intravenosa para drogarse sin tener cuidado en esterilizar las agujas y en las condiciones más insalubres, por lo tanto la frecuencia de contagio del SIDA con esta población es alta. Por último se señala que los compañeros heterosexuales de pacientes con SIDA constituyen un factor de riesgo altamente probable para el contagio del VIH y más aún si se toma en consideración que los compañeros sexuales con SIDA no manifiestan síntomas, de esta forma muchas personas (en su mayoría amas de casa) se han visto afectadas por sus parejas sexuales quienes previamente han sido infectados.

A continuación se mencionan los modos de prevención que directamente tienen que ver con los factores comportamentales. Para prevenir el contagio por vía sexual se deben cambiar los comportamientos y conductas sexuales hacia aquellas alternativas que permitan disfrutar de manera segura la sexualidad. Una de estas alternativas, como lo señalan Greenspan (1990) y psicologíaonline (2000.), es no teniendo relaciones sexuales (abstinencia), teniendo relaciones sexuales con una sola pareja y que no esté infectada (fidelidad mutua), evitando el intercambio de fluidos corporales mediante prácticas de sexo sin penetración (sexo seguro), o usar una barrera que impida ese intercambio, como el condón masculino de látex o el femenino de poliuretano, que empleados regular y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

correctamente, evitan el contagio. A la práctica sexual con condón se le conoce como sexo protegido. Por la vía sanguínea el contagio se puede prevenir por medio de cambios comportamentales que impliquen sólo utilizar en las transfusiones sangre que haya sido previamente analizada y esté libre de virus (sangre segura). Actualmente existen leyes que obligan a los bancos de sangre, laboratorios y hospitales a analizar toda la sangre que se utiliza en las transfusiones, por lo que es necesario exigir que se cumpla esta disposición y que sólo se utilice sangre segura. Finalmente es poco probable evitar el contagio por vía prenatal, ya que el previo contagio de la madre tiene como antecedente alguno de los dos anteriores (vía sexual o sanguínea), sin embargo, en México existe actualmente un medicamento que administrado a la madre durante el embarazo, reduce en forma importante la posibilidad de que el bebé nazca infectado.

De esta manera Bayes (1994), Kasparas (1994) y Modesto, Aguilera y Avery, (1994) mencionan que existen en los pacientes infectados por el VIH, repercusiones tanto a nivel conductual, como emocional, por este motivo, es que la inserción del psicólogo dentro del tratamiento a dichos pacientes se torna importante e imprescindible. Se considera que la infección por VIH supone un impacto emocional considerable, a lo largo de todo el proceso que va desde la sospecha de encontrarse contagiado, la decisión de hacerse la prueba de anticuerpos y el conocimiento de un diagnóstico de seropositividad, hasta las fases avanzadas y terminal de la enfermedad. Este impacto emocional puede traducirse en angustia, depresión o ideas de suicidio y afectará sin duda la calidad de vida de la persona infectada y la de sus allegados. La ansiedad provocada por el conocimiento de una enfermedad terminal como lo es el SIDA debe ser trabajada por el psicólogo, de la misma manera que aquellas afecciones conductuales como los cambios comportamentales que el paciente tiene a través de la información y gravedad de su enfermedad (Carrillo y Macia, 1988; Richardson, 1990; Nilsson y Ross, 1999).

Así como se abordan estos problemas de repercusiones tanto a nivel emocional como a nivel conductual, es necesario abordar los problemas que surgen dentro del ambiente familiar del paciente infectado con VIH, ya que dicha enfermedad modifica el contexto familiar en cuanto a su comportamiento con la persona afectada y la relación que

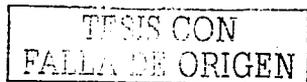
TESIS CON
SELLA DE ORIGEN

esté tendrá con la familia, es decir, se debe estar completamente preparado para la nueva situación en donde un miembro de la familia ha sido afectado por esta enfermedad (Arranz y Carrillo, 1994). Por otra parte la familia constituye la fuente de afecto y cariño, así como protección para el paciente, la calidad afectiva y el monto de tiempo que dedican a su lado difícilmente son sustituibles.

Del mismo modo, no se pueden dejar de ver los cambios comportamentales que tienen las personas que de alguna manera mantienen relación con el infectado por el VIH, es decir, a partir de que la gente conoce en el afectado el diagnóstico positivo por el VIH frecuentemente comienza a rechazar a esta(s) persona(s) y se puede identificar cierta discriminación ante los pacientes con SIDA. Algunos autores (Sepúlveda, 1989; Pommier, 1997; Sanz, Vega y Martínez, 1999; ciudadfutura, 2001) señalan que el argumento más utilizado para justificar esta discriminación, es pretender crear un conflicto entre los derechos de la mayoría no infectada y los de las personas con VIH o enfermas de SIDA. Ante este aparente enfrentamiento y bajo el resguardo de la supuesta necesidad de proteger la salud pública, frecuentemente y de manera arbitraria se violan sus derechos. Esta discriminación entorpece los esfuerzos de las políticas de salud debido a que aleja a las personas afectadas por el virus de los servicios de salud, asistencia y educación necesarios para prevenir la expansión de la epidemia; ocasiona una división en la sociedad entre enfermos y sanos y fomenta la intolerancia hacia determinados grupos que, en forma errónea, han sido percibidos como la representación de la enfermedad.

Ante esta situación, los psicólogos se enfrentan a una problemática derivada de circunstancias que ya se señalaron anteriormente, de este modo las personas portadoras del VIH tienen una considerable desventaja provocada por su enfermedad y por las consecuencias cognitivas y comportamentales con las que las personas ajenas al problema reaccionan ante esta situación.

Asimismo, se considera que las víctimas del VIH están bastante expuestas y susceptibles a caer en problemas psicológicos relacionados con la ansiedad, la angustia y la depresión (sólo por mencionar algunos). De acuerdo con Modesto, Aguilera, y Avery



(1994), las respuestas al diagnóstico que se producen son comunes a las de otras enfermedades graves como esclerosis en placas o el cáncer. Entre las más frecuentes se encuentran: shock emocional, aislamiento, negación, desesperanza, sensaciones puntuales de ansiedad, sentimientos de indefensión, rabia, culpa, disminución de la libido, reacciones depresivas. Los signos y síntomas incluyen en el cuadro de manifestaciones de estrés situacional, reacciones depresivas ansiosas o reacciones desadaptativas. Otro tipo de alteraciones psicológicas que pueden presentarse son los delirios, síndromes orgánicos, cerebrales, hipocondrías, manía y alteraciones obsesivas.

Por todo lo anterior y resaltando este último aspecto, se considera que la labor del psicólogo dentro de las instituciones de salud es fundamental e imprescindible hacia la búsqueda del ejercicio de una buena intervención como parte de los profesionales de la salud, en el difícil proceso por el que pasan estos enfermos terminales. Las funciones del psicólogo no quedan limitadas al paciente y a la familia, ya que también tiene que actuar con los miembros del equipo de salud, asesorando sobre técnicas y estrategias psicológicas, previniendo ansiedades y actitudes del personal médico hacia los pacientes, adiestrar al personal en técnicas de consejo e información y en adquisición de habilidades para transmitir mensajes de apoyo a familiares y amigos.

A partir de lo anterior, se plantearon algunos cuestionamientos relacionados con la intervención psicológica, en estos casos: ¿cómo son tratados los pacientes con VIH?, ¿existe verdaderamente una atención psicológica profesional dentro de las instituciones?, y si así es, ¿cómo están trabajando estos profesionales?, cabe destacar que habría muchas preguntas que se consideran dentro del proceso de investigación de las instituciones de salud que aborden este problema.

El objetivo de éste trabajo es realizar una investigación en las principales instituciones públicas de salud dentro de la zona metropolitana, (IMSS, ISSSTE, ISEM, DIF e ISSEMYM) para identificar como se está abordando este problema en dicha zona geográfica, las estrategias psicológicas para combatir esta pandemia y sobre

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

todo, la inserción del psicólogo como profesional de la salud en el tratamiento de dichos pacientes infectados por el VIH.

En el capítulo uno se aborda el tema relacionado a la psicología de la salud, en cuanto a sus antecedentes, su conformación y su posterior definición, y finalmente las funciones que éste puede realizar.

En el capítulo dos se presenta información general de lo que constituye el virus del VIH, por lo que se tendrán como principales tópicos, su historia, las vías de transmisión, los principales grupos de riesgo y sus modos de prevención.

En el capítulo tres se explican las repercusiones a nivel psicológico que manifiestan los pacientes infectados por VIH, como la ansiedad y depresión, asimismo se mencionan algunas de las principales recomendaciones para el tratamiento de las anteriores repercusiones.

En el capítulo cuatro se exponen los aspectos sociales que derivan de la situación del paciente infectado por VIH, tales como la confrontación ante el diagnóstico positivo, su situación dentro de un contexto familiar y la discriminación de la que son objeto.

En el último capítulo se presenta una investigación y los resultados referentes al tratamiento psicológico de los pacientes infectados por VIH en las principales instituciones de salud pública de la zona metropolitana (IMSS, ISSSTE, ISEM, DIF e ISSEMYM).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO I

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1.1. Antecedentes de la Psicología de la Salud.

La incursión de los psicólogos en el área de la salud ha sido reciente. Esto ocurrió después de haber estado concentrados por muchos años en el área de la salud mental, pero el darse cuenta de las posibilidades de servicio que pueden ofrecer al sistema de salud, les ha permitido crear un nuevo campo de estudio y de trabajo conocido como psicología de la salud, cuyo avance ha sido lento pero constante (Ramírez, 1996).

Esta irrupción tuvo lugar bajo el dominio del modelo médico, el cual se basa en el punto de vista Cartesiano con respecto a que la mente y el cuerpo son entidades separadas y por lo tanto deben ser analizadas, apreciadas, diagnosticadas y tratadas de manera aislada. Los médicos están entrenados para tratar el cuerpo y los psicólogos la mente. Este punto de vista sin duda domina en la sociedad actual, sin embargo, no se puede negar que las experiencias biológicas, sociales y psicológicas interactúan y se influyen una a la otra de formas muy complejas (Ramírez, 1996).

Los primeros antecedentes de la Psicología de la Salud se hallan en el año de 1900 en los primeros trabajos relacionados con la salud, por ejemplo, Watson realizó estudios sobre Neurología y Psicología en contraposición a la Psiquiatría con base en tres aspectos: a) demostración de un campo fértil por medio de trabajos sobre retroalimentación y Psicología familiar; b) la detección de la relación entre enfermedad y estilos de vida; y c) demostración de que los conceptos psicodinámicos eran oscuros y no proporcionaban una alternativa. En 1904, Stanley Hall, en un trabajo sobre adolescencia incluyó un capítulo en el cual trataba la importancia de los aspectos preventivos y de higiene; posteriormente, en 1922 Wundt realizó estudios sobre el dolor y William James en su libro "On vital reserves: The Energies of Men; The Gospel of Relaxation" trató temas relacionados con la invalidez crónica y ejercicios espirituales para alcanzar el bienestar (Ballester, 1997; Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

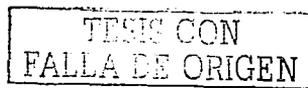
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sin embargo, el primer acercamiento de la Psicología al área de la salud fue por medio de la enseñanza en las facultades de medicina (Salinas, 1995), Watson (1912; cit. en Ballester, 1997) fue uno de los primeros en considerar la importancia de dar formación psicológica a los estudiantes de medicina, con el objetivo de percibir a los pacientes de forma integral.

Posteriormente, en 1969, William Shofield publicó un artículo en el "American Psychologist" en el cual propuso a los psicólogos que investigaran más en relación con la salud - enfermedad (Florez, 2001). De esta manera, gracias a la respuesta al llamado de Shofield, en 1973 la APA, instituyó un grupo llamado "Task Force on Health Research", cuyo objetivo fue recabar, organizar y difundir la información sobre el estado de investigación acerca de las conductas relacionadas con la salud (APA, 1976; cit. en Ballester, 1997). A la par de estos acontecimientos surgen nuevas disciplinas que tienen como objetivo formular estrategias para prevenir o modificar conductas nocivas para la salud como la Medicina Comportamental (conductual), término propuesto por Lee Brick en 1973 en su libro "Biofeedback: Behavioral Medicine" (Florez, 2001), por ello se puede mencionar, que la Psicología Médica, la Medicina Psicosomática y la Psicología Conductual son los antecesores de la moderna Psicología de la Salud (Bazan, 1997; Rodríguez y Rojas, 1996 y Florez, 2001).

Como resultado de la investigación del grupo "Task Force on Health Research", se reunieron aproximadamente 500 profesionales, con lo cual se instituyó dentro de la división 18 de la APA (División de psicólogos en el Servicio público) una sección llamada "Health Research" con el propósito de continuar la investigación psicológica en el ámbito de la salud, que fue incrementándose en los años posteriores. Debido a esto, en 1978 la APA creó la división número 38 con el nombre de División de Psicología de la Salud, siendo su primer presidente Joseph Matarazzo quien a su vez propuso la definición, que posteriormente se aceptaría como oficial, de esta forma, los principales representantes e iniciadores de esta disciplina fueron: Stephen Weis, Neal Miller, Jerome E. Singer, Gary Swartz, Edward Blanchard, George Stone, y Richard Evans (Ballester, 1997).

En otros países como Alemania, Suecia y Australia, el psicólogo está integrado al equipo médico y sus acciones están dirigidas a la planeación de programas



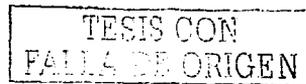
preventivos, aplicación de técnicas principalmente conductuales a diferentes enfermedades (hipertensión, cáncer, SIDA entre otras); a la investigación y enseñanza de las facultades de medicina o nivel de posgrado en Psicología, sin embargo, este desarrollo depende del grado en que cada nación ha apoyado el desarrollo de la psicología como disciplina y como profesión (Holtzman, 1993) por ello, algunos países cuentan con escenarios de trabajo, líneas de investigación y programas de formación consolidados, mientras que en otros este campo (PS) aún es incipiente, y en otros aún no se inicia (Rodríguez y Rojas, 1996).

Con respecto a lo anterior, en los países en vías de desarrollo como en México se observa un lento crecimiento ya que el modelo médico aún domina el ámbito de la salud no permitiendo la inserción del psicólogo. Pero es aún más crítica la situación en países de África donde la población está preocupada por satisfacer sus necesidades primarias (alimento y vivienda) por lo tanto, los servicios psicológicos son considerados como un lujo, en consecuencia la Psicología de la Salud no ha emergido. Ballester (1997) expone que en estos países aún se encuentra muy arraigada la idea sobrenatural de la salud enfermedad.

1.2. Definición de la Psicología de la Salud

Intentando unificar y organizar los diversos temas, aplicaciones de la psicología y las contribuciones que ha hecho, surge el término de psicología de la salud considerando este rubro el más apropiado. Como todos los campos nuevos, la psicología de la salud tiene problemas conceptuales tanto de definición como de aplicación.

Stone (1979) la definió en términos amplios, considerando que es una aplicación de toda psicología a la consecución de los objetivos del sistema de salud, debido a las múltiples aportaciones de teorías y aproximaciones, no se tiene una teoría o modelo que articule todas las contribuciones ya que éstas se pueden utilizar según la naturaleza y problemas del ámbito específico y las características de los objetivos a lograr. "la intersección del sistema total de salud con toda la psicología, a cualquier problema del sistema de salud" (pag. 16). El énfasis se pone en los sistemas de salud, en sus acciones, no sólo se enfatizan los aspectos de los síntomas físicos, sino también estados subjetivos



de bienestar, lo cual es una crítica al modelo biomédico. Así se aplica la psicología al campo de la salud, con un modelo orientado a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud considerando integralmente al individuo.

Posteriormente varios autores han propuesto otras definiciones como Taylor (1986; cit en Latorre, 1994) que expone "la psicología de la Salud es el campo, dentro de la psicología, que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste y cómo responde una persona cuando está enferma" (p. 20)

En México Rodríguez y Palacios (1989) la definen como "la aplicación de los avances metodológicos que han existido en otras áreas de la psicología, con el fin de promover el cuidado, mantenimiento, promoción y estilo de vida para la salud" (p. 94).

Por otra parte, Holtzman (1993) expone que: "La Psicología de la Salud se ocupa de la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural dado y del desarrollo de nuevas tecnologías de comportamiento para la promoción y mantenimiento de la salud. Comprende además el estudio de factores de comportamiento que afectan el tratamiento de emergencia y la recuperación de la enfermedad física" (p. 142).

Finalmente Matarazo (citado en Millon, 1982), tiene un sentido específico en cuanto a los objetivos profesionales y científicos relacionados con la salud, sin identificarse con una ciencia en particular. La definió como: "Las contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina psicológica a la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades, la detección de etiologías y diagnósticos relacionados con la salud, enfermedades y disfunciones, así como el mejoramiento del sistema al cuidado de la salud y la formación de políticas de salud" (pag. 8).

La tendencia de la aplicación de la psicología en el campo de la salud es la de prevención de la enfermedad, por eso se enfatiza la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (Matarazzo, 1982). Se tiende a ver la salud y la enfermedad dentro de la teoría de sistemas, considerando a ambos como extremos de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

un fenómeno continuo (Holtzman, Evans y Kennedy e Iscoe, 1988): La atención de la salud se percibe como un suceso interpersonal y como tal es un hecho, un comportamiento y un fenómeno biomédico, por tanto, debe ser visto desde la óptica del modelo biopsicosocial.

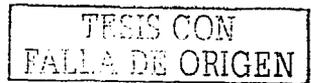
1.3. El papel del Psicólogo de la Salud

En los últimos años ha habido una verdadera explosión de la psicología de la salud, por lo que se ha visto que muchas enfermedades se pueden prevenir cambiando los estilos de vida, considerado, como el factor principal de los índices de mortalidad.

Las tareas de los psicólogos de la salud, se agrupan en tres grandes categorías: 1) investigación; 2) aplicación y 3) formación. Por otro lado, Sarafino (1994) menciona algunas funciones de los psicólogos de la salud, que son: proveer un ajuste y manejo de los problemas de la salud. Aquellos que tienen una formación clínica, pueden dar terapia para problemas de tipo emocional y social, ya que estando enfermo o inválido, se pueden producir una serie de sentimientos displacenteros, en donde el psicólogo puede ayudar a aminorarlos. El psicólogo puede ayudar en el manejo de los problemas de la salud, por ejemplo, enseñando al paciente métodos psicológicos, como el biofeedback, a controlar el dolor, disminuir el estrés, etc.

Los psicólogos indirectamente, también ayudan con las líneas de investigación que ellos realizan. Se puede obtener información acerca de lo que interviene en la salud, por ejemplo, una línea de investigación importante ha sido aquella que ha estudiado los factores asociados al desarrollo de la enfermedad; los asuntos más estudiados han sido el modo en cómo los individuos afrontan el estrés y como las relaciones interpersonales afectan la salud. Los psicólogos de la salud, tampoco han descuidado las cuestiones relacionadas con el sistema de cuidados y políticas de la salud.

Los psicólogos de la salud, también hacen presencia en la educación y el entrenamiento. Muchos psicólogos han orientado su trabajo a la educación en marcos académicos, transmitiendo sus conocimientos acerca de los factores psicológicos relacionados a la salud. Las áreas médicas, tales como las escuelas de medicina o las



escuelas de salud pública, también son centros en donde enseñan sus conocimientos. Desde la aparición del campo de la psicología de la salud, se han desarrollado distintos programas tanto de pregrado, como de posgrado, para entrenar a los psicólogos de la salud (Sarafino, 1994; Rodríguez y Rojas, 1998).

Es importante señalar, que el papel del psicólogo en el área médica, ha tenido un desarrollo positivo, ya que anteriormente su función en ésta área, específicamente en los hospitales, era solamente aplicar pruebas psicométricas, para detectar un mal funcionamiento mental, es decir, trastornos psicosomáticos. Así, al psicólogo se le identificaba con la labor clínica tradicional, por lo tanto el trabajo del psicólogo es limitado de conocimiento por parte de las autoridades correspondientes a la institución, no permiten realizar otras funciones en los hospitales, aun cuando tienen los conocimientos y habilidades correspondientes para prevenir y tratar algunas enfermedades (Velaseo, 1993).

En el sector salud, se deben considerar otras profesiones que puedan aportar su conocimiento para un mejor servicio a la comunidad y así conformar un equipo multidisciplinario. La organización del trabajo multidisciplinario, requiere en primer lugar, de la incorporación a la práctica asistencial de los conocimientos científicos más actuales. Ello obliga a buscar acuerdos flexibles que permitan el autoperfeccionamiento, lo que no puede lograrse sin la comunicación y el intercambio interdisciplinario.

La labor del psicólogo en las instituciones de la salud es limitada, ya que existen pocos psicólogos en este sector. Muchas son las causas para que éstos sean poco reconocidos dentro de esta área, algunos ejemplos son: el desconocimiento de las habilidades del psicólogo, las pocas plazas para trabajar en hospitales y centros de salud, la competencia con otros profesionistas de este sector y la propia desinformación que existe de la psicología en el ámbito de la salud. Cabe señalar que en algunos estados de la República Mexicana, según las estadísticas del Sistema Nacional de Salud (1997, Castillo, 2001) son pocos los psicólogos, por ejemplo: en los estados de Campeche, Guerrero, Morelos, Querétaro, San Luis Potosí, Zacatecas tienen de 1 a 3 psicólogos; más sin embargo, en Coahuila, Jalisco, Nuevo León, Sonora y Tabasco tienen un rango de 20 a 30 psicólogos, lo cuál es diferente a lo que es en el D.F. y Edo. De México, en donde, en el primero, colaboran alrededor de 210 para este sector y en el segundo 170.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

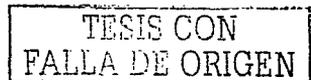
Dentro del área de la salud, existen tres niveles de atención, que son: el primario, el secundario y el terciario, dentro de los cuales el psicólogo de la salud desarrolla su papel.

En el nivel primario, se realizan programas en los cuales se pueden implementar acciones que ayuden a prevenir la enfermedad y los daños, muchos de los problemas que afectan a la salud de los individuos se desarrollan como resultado de formas inadecuadas del estilo de vida. En el nivel secundario, se deben tomar acciones para identificar la enfermedad ya establecida, todo esto con el objetivo de revertir o detener sus efectos. Y por último, en el nivel terciario, se deben realizar estrategias de intervención, las cuales detengan, retarden o mejoren las condiciones que se relacionan con la enfermedad, como es el caso del cáncer, SIDA, etc. (Costa y López, 1986).

Los psicólogos pueden estar dentro del área de la salud, ya que tienen las habilidades para comprender la unidad de lo biológico, con lo social, dando a los factores psicológicos el lugar que les corresponde, por medio de procedimientos que ayuden, tanto al equipo médico, como a la comunidad y al individuo. Contribuye al conocimiento del sujeto y del significado que tienen para él, el concepto de enfermedad, establece sugerencias para el establecimiento del tratamiento y la recuperación.

Algunos autores como, Latorre y Beneit, (1994); Rodríguez (1998); Sarafino, (1994); Becoña (1995, en Sánchez, 2000), mencionan algunos puntos importantes y centrales que se deben de tomar en cuenta para el desarrollo de la Psicología de la Salud y para la inserción de más personal calificado dentro del área de la salud:

- Mayor uso del modelo conductual, por parte de otros profesionales de la salud con previa formación biológica, para comprender, explicar y cambiar los comportamientos desadaptativos relacionados con la salud.
- Gran desarrollo de los programas preventivos para distintas enfermedades que son causadas básicamente por comportamientos inadecuados.



- Necesidad de clarificar el concepto de Psicología de la Salud y otros conceptos relacionados con ella, especialmente el de medicina comportamental.
- Delimitación en el campo práctico del modelo biopsicosocial
- Construir modelos explicativos de los distintos problemas en los que interviene la psicología de la salud, desde una perspectiva interdisciplinaria, sin perder de vista el contexto cultural y sanitario en que se desarrolla la enfermedad.
- Cada vez los programas de intervención serán más comprensivos, al ser necesario utilizar aquellos procedimientos que obtengan los mejores resultados posibles al mejor costo – efectividad.
- Mejorar las técnicas de intervención actualmente disponibles, evaluar adecuadamente las existentes y desarrollar nuevas técnicas de intervención.
- Existe la necesidad de desarrollar estrategias de intervención sencillas para que puedan ser aplicadas en formato de autoayuda o a través de los medios de comunicación.
- Dentro del desarrollo de nuevos programas, cobra gran relevancia desarrollar estrategias efectivas de prevención de la recaída de los hábitos y enfermedades exitosamente.
- Dado que el tiempo de ocio va a ocupar una parte muy importante del tiempo en el futuro inmediato, es necesario que una parte del mismo se dedique a actividades saludables o, en el sentido contrario, a reducir factores de riesgo para la salud.
- Habrá que hacer conciencia en la población, de que existen factores de riesgo que son determinantes para la salud y que no están en organismos externos o en causas genéticas, sino en el medio sociocultural, familiar, político - económico, etc.
- Convencer a los planificadores sociales y agrupaciones relevantes de la necesidad, de cambiar estilos de vida no saludables, por otros que sí lo sean.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Producir un incremento en la atención a las personas con SIDA y a la vejez, creando programas para ellos.
- Se irá incrementando el papel de la psicología de la salud, como punto de referencia de los planificadores en el campo de la salud, dado que como ahora y en el futuro, serán los comportamientos los principales responsables de la morbilidad y mortalidad de los ciudadanos.
- Los conocimientos de la psicología de la salud, deben integrarse en otras áreas del conocimiento ajenas a la psicología, pero en íntima relación con la psicología de la salud, por su multidisciplinariedad y deseada interdisciplinariedad.
- Incremento de la investigación y publicación de artículos.
- Necesidad de formar adecuadamente a los psicólogos de la salud.
- Incluir en los programas de entrenamiento a nivel pregrado y posgrado, información sobre la estructura y organización de los servicios de atención a la salud, así como las políticas generales que definen a éstos.
- La psicología de la salud es una disciplina que ayudaría a mejorar los estilos de vida del individuo, a mejorar la calidad de los servicios hospitalarios y de salud pública y para reducir el costo de los mismos.

Bajo éstos supuestos, se establecen las bases de trabajo para el psicólogo de la salud, así como los componentes y ejes de estudio que permitan participar cada vez más en la atención en estos problemas. De esta manera se vinculará el servicio que presta el psicólogo de la salud en el tratamiento terapéutico, con los problemas que presentan las personas infectadas por el VIH, dado que esta pandemia ha movilizadado a los diferentes profesionales de la salud, y por ende, los psicólogos deben participar en la búsqueda de soluciones de este problema.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 2

ASPECTOS GENERALES DEL VIH.

El SIDA es una enfermedad infecciosa causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que ataca el sistema de defensas del ser humano y lo deja desprotegido ante cualquier microorganismo. De esta manera se entiende que cada letra de las siglas del SIDA, tienen un significado las cuales están definidas de la siguiente manera:

S - Síndrome: Conjunto de síntomas y manifestaciones de enfermedad.

I - Inmuno: Se refiere al sistema de defensas llamado sistema inmunológico, encargado de reconocer y eliminar a los microorganismos dañinos para el ser humano.

D - Deficiencia: Falla o función insuficiente. La inmunodeficiencia hace que el organismo humano quede expuesto a un sinnúmero de infecciones y cánceres, ya que el sistema inmunológico esta deficiente.

A - Adquirida: Hace referencia a que esta enfermedad no se hereda, sino que se puede contraer en algún momento de la vida.

Por otra parte, el VIH actúa dentro del organismo de la siguiente manera. Éste, entra en el organismo y se reproduce sin causar síntomas por mucho tiempo. Es cuando se dice que una persona es seropositiva; es decir, que tiene el virus pero aún no ha desarrollado la enfermedad. Poco a poco los virus atacan las defensas y dejan al organismo expuesto a enfermedades e infecciones que pueden causarle la muerte (Bayes, 1994).

Desde el principio la actividad del virus es intensa y comienza a multiplicarse, este proceso se conoce como replicación. Y a medida que se replica, el VIH ataca sobre todo a los linfocitos T4 (una de las células que representan un papel importante en el sistema de defensas), aunque también puede atacar otros tipos de células. Poco a poco, y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

progresivamente, va incapacitando el sistema de defensas hasta que deja expuesto al cuerpo a muchas enfermedades. Normalmente, el sistema inmunológico o de defensa las rechazaría, pero al no tener los elementos o fuerzas suficientes estas enfermedades e infecciones pueden llegar a dañar seriamente el organismo y llevarlo a la muerte (Cassuto, Pesce y Quaranta, 1991; psicológico, 2000).

Como se mencionó el avance es progresivo así que, durante un tiempo que puede prolongarse por años, el VIH sigue actuando sin que la persona se sienta afectada, note algún síntoma serio o se enferme de algún mal serio. Durante este tiempo aparentemente está físicamente sana, o lo que se conoce como asintomática.

El período puede alargarse en la medida en que el diagnóstico y el tratamiento médico se realicen de manera precoz. Y por supuesto depende del buen cuidado que la persona ejerza con su salud física y mental. También hay factores como la fortaleza del cuerpo, predisposición, conductas alimenticias, de ejercicio. Se conocen casos de personas que están infectadas desde hace unos 15 años y aún son asintomáticas.

Los individuos infectados con VIH pueden clasificarse en cuatro categorías generales:

- 1.- Portadores asintomáticos – sin signos de inmunosupresión.
- 2.- Linfadenopatía Generalizada Persistente (LGP) – con tumefacciones ganglionares (Linfadenopatía) en axilas, cuello e ingles.
- 3.- Complejo Relacionado con el SIDA (CRS) – Sintomático, con fatiga, fiebre y a menudo deterioro del sistema inmunológico.
- 4.- SIDA plenamente manifiesto – sintomático (aparece el Sarcoma de Kaposi), con infecciones oportunistas que ponen en peligro la vida.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) apareció de una manera sorpresiva en el año de 1981 (Daniels, 1988). Las enfermedades más comunes son el Sarcoma de Kaposi (SK), linfadenopatías y las lesiones cutáneas. Sumando el efecto de

estas enfermedades al desgaste ya producido por la lucha del cuerpo contra la infección que tal vez lleve años se llega a un deterioro tal que trae consigo la muerte. El Sarcoma de Kaposi es el principal tumor del SIDA y aunque básicamente es de la piel, en el SIDA puede afectar a cualquier órgano excepto, SNC (Sistema Nervioso Central). Se piensa que el SK es un tumor que se origina en células endoteliales multifocal, más que diseminación a través de metástasis. Dentro de las lesiones cutáneas está el Eccema Seborreico y este se presenta en pacientes sin antecedentes de afección cutánea y puede ser florido. Por último, se ha reportado que algunos pacientes con SIDA sólo presentan Linfadenopatía, con infección de ganglios linfáticos por agentes micóticos o microbacterianos oportunistas o por infiltración por Sarcoma de Kaposi. (Kobler - Ross, 1987; Volberding, 1992; Llamas, 1995; Saavedra y Magis, 1998).

2.1. Historia

La historia de la enfermedad que posteriormente se llamaría AIDS (adquirid inmune deficiency síndrome) o SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), se inicia en E.U.A.(Estados Unidos de Norteamérica) a mediados de 1981. En esa época el Center for Diseases Control (CDC), Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta, emite un informe llamando la atención sobre un síndrome hasta entonces desconocido. Habían observado que una serie de jóvenes varones de raza blanca, habitantes de Nueva York, Los Ángeles y San Francisco presentaban un cuadro de inmunodeficiencia adquirida, con la alteración de la inmunidad celular hasta entonces no descrita que les provocaba infecciones respiratorias por gérmenes no habituales y tumores poco frecuentes como el angiosarcoma de Kaposi. Este cuadro es frecuente en sujetos sometidos a transplantes de órganos o en individuos que por otras causas toman medicamentos inmunosupresores. Sin embargo, ninguno de ellos pertenecía a este tipo de enfermos. Por otra parte, curiosamente todos los sujetos referidos en el informe eran homosexuales (Bigar, 1986 en Fernandez - Rios, 1994).

Se descubren otros nuevos casos, con los mismos rasgos, en los que aparecen otros casos con alteraciones nerviosas de infecciones por otros gérmenes oportunistas. También estos enfermos eran homosexuales. En mayo de 1981, en la prestigiosa revista New England Journal of Medicine, Gottlieb y colaboradores publican un trabajo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

denominado "Comunicación de una inmunodeficiencia celular adquirida", hablando de esta enfermedad, que pasara ya a ser conocida en el mundo entero y será objeto de estudios por muy diversos investigadores.

Dado que los primeros afectados eran homosexuales explica que a esta enfermedad se le llamó también "peste gay" y GRID: gay related immunodeficiency = déficit inmunitario ligado a los gay.

Poco tiempo después se observaron otros casos en mujeres y en niños pequeños, así como en heterosexuales, haitianos, drogadictos e individuos que habían recibido transfusiones. Se vio, por tanto, que esta enfermedad no era exclusiva de los "gay", aunque formaban un grupo muy importante.

Desde un principio los científicos intuyeron que la enfermedad era la consecuencia de una depresión del sistema inmunitario producida por una serie de infecciones. La característica de la enfermedad, su propagación, el tipo de sujetos que la poseían, etc., orientaban a que el SIDA debería considerarse como una enfermedad infecciosa y la inmunodeficiencia que la caracterizaba como inducida por un agente vírico. Estas suposiciones fueron confirmadas posteriormente (Sanz, Vega y Martínez, 1999).

Al tanto de este hecho y sabiendo que el agente infectante era un virus transmisible, hubiera sido posible tomar algunas medidas oportunas a tiempo para controlar la infección en los países en que se estaba diseminando la enfermedad. Dado que los primeros casos surgieron en varones blancos de Nueva Cork, California y San Francisco, se pensó en un principio que el virus había nacido en E. U. A. (Bigar, 1986 en Fernandez - Rios, 1994).

La investigación de los casos iniciales del SIDA evidenció que muchos de los enfermos homosexuales norteamericanos, tenían en común, el haber pasado previamente a la enfermedad un periodo de vacaciones en Haití, que es un país en donde con frecuencia se daban cita los "gays" y donde las prácticas homosexuales con los autóctonos eran frecuentes. Por otra parte, un porcentaje relativamente elevado de los primeros casos de SIDA en E.U.A., se observó en individuos de origen haitiano, que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

viven legal o ilegalmente en New York. Todo esto hizo pensar durante algún tiempo que el origen de la enfermedad podía ser Haití, e incluso durante alguna época se considero a los haitianos, por el mero hecho de serlo, como un grupo de riesgo.

El descubrimiento de un foco epidémico en la zona central de África y concretamente en Zaire, despertó nuevas expectativas. Estudios retrospectivos parecen indicar que la enfermedad surgió antes en África que en Haití y E.U.A. (Delgado, 1988 en Daniels, 1988), aunque aún es rechazado, con frecuencia enérgicamente por algunos gobiernos africanos que consideran que el virus fue llevado a ese continente por turistas estadounidenses promiscuos.

Al mismo tiempo según Sanz, Vega y Martínez (1999) el virus del SIDA tiene más de 30 años. Se ha probado entonces que hubo personas que murieron entonces de causa desconocida y que, posteriormente, se ha constatado fallecieron como consecuencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Hoy se cree que el reservorio primitivo del virus es el mono verde africano y que de éste pasó al hombre, esta transmisión, probablemente ocurrió en África por primera vez. La opinión más firme, que no puede considerarse de ninguna manera definitiva, considera posible que el VIH afectaba a ciertas poblaciones tribales africanas muy poco relacionadas con el exterior y con una normativa rígida en el terreno sexual. La diseminación del VIH desde el África rural, coincidió probablemente con la migración de personas de estas áreas a las urbanas en desarrollo. Los años 60 y 70 han sido épocas de grandes cambios económicos en muchos estados de África, no menores que las industrias del turismo crecientes. En muchas partes, la vida de la clase media en las ciudades se acompaña de cifras relativamente altas de compañeros sexuales, varones jóvenes en particular, que acuden a prostitutas de manera regular cuando están lejos de sus esposas y familiares que viven en zona rural. En este contexto de una industria sexual establecida y un turismo creciente es fácil imaginar la probabilidad de diseminación de la infección del VIH a muchos otros países (Millon, 1982).

Según Daniels (1988), la comunidad científica ha rechazado unánimemente que el virus del SIDA haya podido ser creado en el laboratorio, como consecuencia de las técnicas de manipulación genética. Recientemente se ha especulado con la posibilidad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de que la transición del virus desde algunos monos a la especie humana se haya producido por las experimentaciones realizadas para conseguir las vacunas contra la malaria o la polio.

Desde África paso a Haití, dado que las relaciones entre este país y Zaire han sido muy activas en los años 70. Una vez importado el virus al Caribe, los homosexuales norteamericanos se infectaron durante sus visitas a Haití y posteriormente lo llevaron y diseminaron a las comunidades de homosexuales, de donde pasó a otros grupos (bisexuales, drogadictos, etc.) y posteriormente a Europa, aunque también llegó a ese continente sobre todo a Francia y Bélgica, directamente de África. Esta hipótesis sobre la emigración del virus a lo largo del planeta no está plenamente confirmada, pero es muy sugestiva y ha sido propuesta por el doctor Robert Gallo que es sin duda uno de los estudiosos más autorizados sobre la enfermedad (Delgado, 1988). Según otros autores parece más probable que el virus haya provenido de África y entrado en América, y de allí, haya sido exportado a Haití por turistas extranjeros (Millon, 1982).

2.2. Modos de transmisión

Como se menciona en ciudadfutura (2001), el SIDA únicamente puede ser contagiado por tres modos de transmisión; por la vía sexual, sanguínea o perinatal. A continuación se explicará de manera breve estas tres vías de contagio:

1. Por contacto sexual no protegido: al intercambiar semen, líquido pre eyaculatorio, secreciones vaginales o sangre, con una persona infectada.
2. Por vía sanguínea: cuando se realizan transfusiones con sangre infectada o al compartir jeringas.
3. Por vía perinatal; de una madre infectada a su hijo, ya sea durante el embarazo, el parto o por medio de la leche materna.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Todos los que se expongan a cualquiera de las formas de transmisión, sin importar sexo, edad, raza, condición social o económica, pueden contagiarse del VIH, por eso existen medidas de prevención que se abordan más adelante, por lo pronto es necesario dejar bien claro que la mayor incidencia de contagios en el mundo (incluyendo México) es transmitida por la vía sexual, sobre todo en aquellas personas que sus practicas sexuales son consideradas de alto riesgo como son los homosexuales, prostitutas y drogadictos sexualmente activos.

Por otra parte se ha considerado que la única forma de saber que el individuo se ha infectado es mediante la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH, que se hace en el laboratorio con una muestra de sangre. Si están presentes dichos anticuerpos se dice que la prueba es positiva, y la persona es seropositiva. Cuando se ha dado el diagnóstico positivo, lo más recomendable es que la persona se atienda con el personal capacitado para su futuro tratamiento como se mencionara más adelante.

Debido a factores que influyen en la percepción de los individuos, derivados de sus creencias, tradiciones y tabúes, así como la ignorancia del tema de estudio, algunas persona estructuran cognitivamente sus propias estrategias de prevención contra el contagio del VIH, las cuales llevan a la práctica en los diferentes contextos en los que se desenvuelven. Así, al interactuar con otras personas que crearon sus propias hipótesis contra el contagio, se van creando mitos cada vez más enraizados y fuera de la realidad.

Está comprobado que el VIH no puede transmitirse por el contacto casual o cotidiano, como los abrazos, las caricias, los besos, o por compartir utensilios personales (para comer o de baño), ni por nadar en albercas. Tampoco se trasmite a través de los animales, ni por las picaduras de insectos.

El SIDA esencialmente es una enfermedad conductual (es decir, por las actividades que realiza el individuo), de hecho se trata de una pandemia que es transmitida por dos comportamientos de riesgo bien definidos: penetración sexual sin protección (ya que el virus se encuentra en el semen, los líquidos vaginales y la sangre) y el compartir instrumentos de inyección no esterilizados, ya que la tercera vía de transmisión (de madre infectada a hijo) tiene como antecedente una de las dos anteriores.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3. Grupos de riesgo.

La Literatura revisada presenta que cualquier persona puede contraer el SIDA, si ésta es expuesta a transfusiones o al uso de productos hematológicos, pero según el tipo de actividad y la vida a nivel sexual que llevan, existen ciertos grupos dentro de la sociedad que son considerados como de riesgo y que tienen más probabilidades de contraer dicha enfermedad (Daniels, 1988; Miller, Weber y Green, 1989; Nilsson y Ross, 1999), éstos son: prostitutas, bisexuales, usuarios de drogas que utilizan instrumentos de inyección intravenosa, hemofílicos y en general personas que mantienen frecuentes relaciones sexuales con múltiples parejas sin protección sin importar el género de éstas. A continuación, se explicará cada uno de éstos grupos anteriormente nombrados.

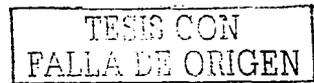
Varones Homosexuales o Bisexuales

Este grupo es considerado como de riesgo por la exposición a semen o sangre, durante las relaciones sexuales anales y con múltiples compañeros sexuales o anónimos. La infección por el posible agente del VIH dentro de la población homosexual es frecuente.

Se recomienda que para reducir las probabilidades de infección a los individuos que pertenecen a este grupo, que traten de sostener relaciones sexuales con menos varones, evitar tener relaciones anales, excepto si lo realizan con una pareja estable, y si en el caso extremo es sumamente difícil que lleven a cabo estos métodos preventivos se aconseja tener relaciones sexuales con varones que tienen pocos compañeros sexuales, del mismo modo la recomendación del buen uso del condón masculino es recomendable en este tipo de relaciones sexuales.

Toxicómanos que utilizan drogas intravenosas

Un estudio realizado en España (Royo, Viladrich y Bayéz, 1994) muestra que las personas que antes de conocer su seropositividad eran heroínómanos, a pesar de conocer su diagnóstico continúan realizando dichas prácticas compartiendo jeringas y agujas. Ante esta situación, es notable la frecuencia de los toxicómanos de compartir las



agujas que utilizan para inyectarse y de esta manera "el barboteo" o extracción e inyección repetitiva de sangre dentro de la jeringa, puede aumentar el riesgo de infección del SIDA. (Gannon, 1981; Miguez y Magri, 1993; Villatoro y Medina, 1996; Unikel, Galván, Soriano, 1998).

En el caso de que la persona que practica dichas actividades no quiera abstenerse, entonces es importante que ésta acceda y que siempre utilice un equipo en buenas condiciones y limpio, para así evitar propagar el virus. Asimismo es importante que aquellos individuos que no alberguen el virus, pero que sean toxicómanos, pongan en práctica las relaciones sexuales seguras, para evitar un posible contagio en el caso de que la persona lo porte y nunca se haya hecho una revisión, evitando contagiar a otros, por lo que es indispensable el uso del condón.

Hemofílicos

En ausencia de cualquier factor de riesgo obvio en este grupo de pacientes, se ha dado la mayor atención a los factores de coagulación como posible fuente de transmisión. Este trastorno determinado genéticamente sólo se manifiesta en varones, aunque las mujeres también pueden ser portadoras.

Es importante que los pacientes hemofílicos hagan uso de una serie de recomendaciones para prevenir la propagación del virus, tales como: el uso del condón y de lubricante durante las relaciones sexuales, conservar su cepillo de dientes aislado en caso de hemorragia, además de pensar de forma meditada sostener relaciones sexuales en busca de la procreación.

Por productos hematológicos

Algunas pruebas sugieren que basta con la exposición a tan poco como una unidad de sangre para causar la infección. Sin embargo, considerando el número pequeño de posibles casos de SIDA en este grupo, suele aceptarse que el riesgo de no acceder a una transfusión sanguínea necesaria sobrepasa con mucho el riesgo a contraer SIDA por la sangre transfundida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ante esta situación es importante que los servicios de transfusión de sangre hospitalaria tengan en cuenta que aquellas personas que hayan mantenido relaciones sexuales con pacientes contagiados de SIDA no están en condiciones para donar sangre por el resto de su vida, asimismo como aquellos varones que hayan sostenido contacto homosexual, así también los que hayan sido y que actualmente son toxicómanos.

Compañeros heterosexuales de pacientes con SIDA

Algunos estudios sostienen que existen casos en los que ha habido contagio cuando el individuo ha practicado relaciones heterosexuales, en estos casos la mayor parte han sido mujeres que sostienen relaciones sexuales sin protección con pacientes con SIDA. A pesar de los diferentes métodos de prevención hacia las enfermedades venéreas y del embarazo, existen individuos que sostienen relaciones sin utilizar algún método preventivo. Se deduce que debido a las prácticas que realizan las prostitutas, éstas fungen como una de las principales transmisoras con lo que concierne a este grupo. De esta manera no se descarta a las amas de casa como una de las principales afectadas por dicho grupo.

En algunos casos se ha demostrado que los infectados directamente de prostitutas, podrían haber adquirido el VIH del semen infectante de un cliente anterior, que permanecía en la vagina de la prostituta.

SIDA Infantil

En el caso de este grupo, se ha demostrado que el virus pasa de la madre al infante por vía transplacentaria o si no por medio de la leche materna. Asimismo también se puede transmitir el virus por medio de aquellos padres que utilicen drogas intravenosas o niños que las utilizan, hemofílicos y niños nacidos de hemofílicos o si no, en aquellos niños que nacieron o que vivieron en África, Medio Oriente, Estados Unidos o el Caribe (Klober - Ross, 1987).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.4. Modos de prevención

Dentro de este apartado, y como lo señalan algunos autores (Daniels, 1987; psicologionline, 2001) sólo se remitirá a abordar los modos de prevención más eficaces para controlar el crecimiento de la población infectada en general.

Cómo evitar contagio por vía sexual

No teniendo relaciones sexuales (abstinencia), teniendo relaciones sexuales con una sola pareja que no esté infectada y que a su vez sólo tenga relaciones con la misma pareja (fidelidad mutua), evitando el intercambio de fluidos corporales mediante prácticas de sexo sin penetración (sexo seguro), o usar una barrera que impida ese intercambio, como el condón masculino de látex o el femenino de poliuretano, que empleados regular y correctamente, evitan el contagio. A la práctica sexual con condón se le conoce como sexo protegido.

Cómo evitar el contagio por vía sanguínea

Sólo utilizando en las transfusiones sangre que haya sido previamente analizada y esté libre de virus (sangre segura). Actualmente existen leyes que obligan a los bancos de sangre, laboratorios y hospitales a analizar toda la sangre que se utiliza en las transfusiones, por lo que es necesario exigir que se cumpla esta disposición y que sólo se utilice sangre segura.

Cómo se puede evitar que una embarazada VIH positiva contagie a su bebé

La embarazada seropositiva debe recibir asesoría muy completa sobre los riesgos que corren ella y su futuro hijo, de manera que pueda tomar decisiones conscientes e informadas. En México, actualmente existe un medicamento que administrado a la madre durante el embarazo, reduce en forma importante la posibilidad de que el bebé nazca infectado



La prueba de detección

La única forma de saber si se tiene el virus del SIDA, es mediante una prueba de laboratorio. Existen diversos tipos de análisis el más conocido y utilizado en México es el llamado ELISA, sólo se requiere:

Ir en ayunas o esperar seis horas después de haber ingerido el último alimento.

- Una muestra de sangre.

Finalmente se puede observar que así como el origen de la enfermedad se debe a agentes patógenos externos al cuerpo humano, su rehabilitación hasta el momento está enfocada a aminorar los malestares fisiológicos derivados del contagio. Aunque cabe destacar que algo que precede a la infección son los factores comportamentales inadecuados (que han sido abordados ampliamente en este capítulo) también es necesario que se atienda en lo psicológico a los afectados por este virus, para buscar estilos de vida que se adapten al estado en que se encuentran y mejorar su condición emocional, por lo que en el siguiente capítulo se describen dichos aspectos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL VIH

En la discusión sobre si se debe hacer la prueba de forma rutinaria e indiscriminada o incluso sólo de forma selectiva, las reacciones psicológicas ante la prueba son uno de los factores más importantes. ¿Tiene sentido hacer la prueba cuando no hay una curación eficaz? ¿se incrementará de forma consecuente la ansiedad y el riesgo suicida realizando la prueba? El argumento de que el saberse seropositivo es necesario para proteger a los compañeros sexuales pierde fuerza al considerar que en cualquier caso deberían tomarse estas precauciones.

Montañés (2000) realizó una investigación en New York con voluntarios en que se estudiaba la presencia y niveles de malestar psicológico previo y posterior a la realización de una prueba serológica para el VIH. Hay niveles altos de malestar (distress) previo a la notificación de resultados tanto en los pacientes cuyo resultado era positivo como negativo. Como el 90% de las pruebas realizadas en clínicas son negativas esto apoya que el hacer el test indiscriminadamente produce un innecesario y consecuente malestar. A aquellos a los que se comunicó un resultado positivo, el malestar psicológico no les aumentó, sino que les disminuyó. Las personas que predijeron que su resultado sería negativo, no tuvieron más malestar.

Como consecuencia de un diagnóstico positivo referente al contagio de VIH generalmente los afectados reaccionan con un patrón de conductas similar en todos los casos, es decir, las implicaciones psicológicas pueden generalizarse en la mayoría de los casos. Antes de conocer como ayudar a eliminar o bajar el grado de malestar del paciente se deberá conocer su cuadro sintomático posterior al diagnóstico positivo de infección de dicha enfermedad.

De acuerdo con Modesto, Aguilera, y Avery (1994) las respuestas al diagnóstico que se producen son comunes a las de otras enfermedades graves como esclerosis en placas o el cáncer. Entre las más frecuentes se encuentran: shock emocional, aislamiento, negación, desesperanza, sensaciones puntuales de ansiedad, sentimientos de indefensión, rabia, culpa, disminución de la libido, reacciones depresivas. Los signos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

y síntomas incluyen en el cuadro de manifestaciones de estrés situacional, reacciones depresivas ansiosas o reacciones desadaptativas. Otro tipo de alteraciones psicológicas que pueden presentarse son los delirios, síndromes orgánicos, cerebrales, hipocondrías, manía y alteraciones obsesivas.

Montañés (2000) menciona que no se deben realizar pruebas serológicas de manera indiscriminada ya que la mayoría de las pruebas saldrían negativas y se produciría inmediatamente un malestar psicológico innecesario. La realización de pruebas serológicas debe realizarse en grupos de riesgo. La notificación de seropositividad no aumenta el malestar psicológico o ideación suicida que hubiera antes de realizarse la prueba, al menos en pacientes que desean realizarse la prueba voluntariamente y que reciben terapia antes y después de la determinación serológica.

Dentro de los aspectos psicológicos más relevantes relacionados al SIDA se encuentra la depresión y la ansiedad. Estas provocan reacciones diversas dentro del pensamiento del afectado. Pensamientos catastróficos o de autodestrucción como el suicidio o un posible revanchismo provocan conducta inadaptadas, es decir, prácticas sexuales de alto riesgo en donde la persona afectada busque infectar a otros debido a su enfado, descuido de sí mismo e incidencia en posible reinfecciones que repercutan negativamente directo en su salud, desinterés hacia la vida al pensar que nada vale la pena y que estando destinado hacia una inevitable muerte se deben abortar los proyectos futuros que se han planeado (Miller, 1987).

Dentro de este malestar generalizado se puede observar que una característica común y preocupante de la ansiedad, en particular a niveles altos, es el grado de síntomas que incluye el sistema nervioso autónomo como diarrea, náuseas, pérdida de peso, sudación, agitación, trastornos visuales, dolores musculares y letargo, se interpretan con frecuencia como signos del SIDA y las preocupaciones consiguientes tienden a empeorar los síntomas, posiblemente por ataques de ansiedad aguda.

Por otra parte la depresión conduce a la pérdida de motivación sobre todo en los aspectos laborales o actividades que normalmente el paciente realizaba antes de conocer su diagnóstico positivo, también es característico la pérdida de interés en actividades previamente compensadoras y pueden contribuir a una disminución y supresión

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

funcional general, de hecho se sabe que la depresión es el problema psicológico más típico en pacientes con SIDA, y al parecer resulta del aislamiento real o imaginario posterior al diagnóstico, la incertidumbre sobre su futuro y la tristeza de perder la salud, sus ingresos, el empleo y futuras relaciones (Miller, Weber y Green 1989).

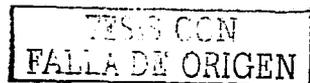
3.1. Repercusiones emocionales y conductuales

La infección por el VIH supone un impacto emocional considerable, a lo largo de todo el proceso que va desde la sospecha de encontrarse contagiado, la decisión de hacerse la prueba de anticuerpos y el conocimiento de un diagnóstico de seropositividad, hasta las fases avanzadas y terminal de la enfermedad. Este impacto emocional puede traducirse en angustia, depresión o ideas de suicidio. Y afectará, sin duda, a la calidad de vida de la persona afectada y de sus allegados.

Los datos disponibles, permiten además, sugerir la posibilidad de que él mismo pueda producir algún tipo de modulación inmunológica que afecta negativamente al curso de la enfermedad. Por ello aún cuando las intervenciones psicológicas vayan primordialmente destinadas a disminuir el impacto emocional y a mejorar la calidad de vida de las personas seropositivas y enfermos de SIDA, no puede desestimarse que las mismas posean, paralelamente, algún tipo de incidencia sobre su cantidad de vida.

Aún cuando no se pueden precisar, en este momento, pruebas concluyentes, con los datos empíricos disponibles en la mano, se considera, en línea con las hipótesis de Cousins (1988, en Bayes, 1994) que es más probable la hipótesis de que la relajación y las emociones positivas pueden tener, en alguna medida, repercusiones biológicas deseables en la evolución de las enfermedades, incluido el SIDA.

Muchos síntomas psiquiátricos, que se desarrollan después del diagnóstico del SIDA, o complejo relacionado con SIDA, son similares a los que se detectan en los pacientes con Cáncer terminal. (Modesto, Aguilera y Avery, 1994). Al momento del diagnóstico, las reacciones del paciente se tipifican como negación e incredulidad a las que, luego, siguen síntomas depresivos y de ansiedad. Un sentimiento de desesperanza e



incertidumbre angustiosa puede presentarse y, junto con ideas de suicidio, constituyen el cuadro clínico.

Los síntomas de ansiedad pueden incluir agitación, ataques de pánico, anorexia, taquicardia e insomnio. La cólera intensa es algo común y generalmente se dirige contra lo que consideran como: ineficientes cuadros médicos, discriminación pública, descontento por actitudes y acciones gubernamentales en torno a la epidemia. Los pacientes con complejo relacionado con el SIDA probablemente no se preguntan en el hecho de que el SIDA aún no les ha sido diagnosticado y viven tal vez en el temor de contraer el terrible síndrome.

Los pacientes enfermos de SIDA, están más expuestos que la población general a desarrollar un trastorno mental orgánico (Kasparas, 1994). Por estos motivos es indispensable que el agente de salud mental esté alerta para detectar esta posibilidad, que algunas veces puede poner en riesgo la vida del paciente. Hay una serie de signos y síntomas que deben hacer pensar en que haya causas orgánicas en la etiología de un trastorno mental:

- Resultados fluctuantes en la exploración del estado mental.
- Alteración cognoscitiva.
- Alteraciones de la memoria.
- Alucinaciones o ilusiones, sobre todo visuales.
- Síntomas vegetativos (fiebre, taquicardia, sudoración, alteraciones de la tensión arterial)
- Otros síntomas físicos acompañando a las alteraciones del estado mental.
- El antecedente de la ingestión reciente de sustancias o medicamentos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- La alteración súbita de alteraciones psicopatológicas sin antecedentes psiquiátricos personales o familiares a cualquier edad, pero sobre todo en mayores de 40 años.

El Complejo Demencia SIDA (CDS) es el trastorno mental orgánico específico del SIDA, que se produce por la acción directa del VIH sobre el Sistema Nervioso Central (SNC). El CDS, es una entidad que incluye trastornos cognitivos, de la conducta y motora. Se desarrolla habitualmente en el curso tardío de la infección, con mayor frecuencia después que se han desarrollado infecciones oportunistas mayores o neoplasias que definen la aparición de SIDA-enfermedad. Un pequeño grupo puede presentarlo antes. Sólo un pequeño número de pacientes desarrollan demencia sin ningún síntoma previo, pero en ellos ya hay criterios de laboratorio de inmunosupresión.

Los síntomas más tempranos consisten en alteraciones de la concentración y de la memoria. Los pacientes se pueden quejar de un entecimiento en el pensar. Las tareas más complejas se les hacen más difíciles. Las manifestaciones cognitivas habitualmente preceden a las motoras. Muchas veces son los familiares o amigos los primeros en notar cambios cognitivos o de la personalidad. En un menor porcentaje, puede haber una psicosis orgánica.

En la medida en que las manifestaciones motoras aparecen suelen quejarse de falta de estabilidad e incoordinación, sufriendo tropezos o caídas. Pueden hacerse más lentos o menos precisos en las actividades manuales como el escribir. Suelen volverse apáticos y retraídos socialmente. El curso de este trastorno, se caracteriza por la ausencia de déficits focales como afasia o hemiparesía. En los estadios terminales puede llegar a una demencia global, con falta de habilidad para la comunicación o deseos de hablar y con incontinencia urinaria o fecal.

3.2. Depresión

La depresión hoy en día es un trastorno que ha tomado gran fuerza dentro de nuestra sociedad, por lo tanto es un problema que a la población en general llama la atención por su alta frecuencia, de acuerdo con Carrillo y Macia (1988) la prevalencia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de depresión en los países industrializados son del 3 por cada 100 habitantes en varones y de 5 a 9 por cada 100 para las mujeres, de esta manera se piensa que el problema en sus dimensiones y repercusiones es realmente grave (Cameron, 1982, en Vargas e Ibañez, 1998).

La depresión es un problema que afecta a la población en general. Se puede definir a la depresión como un conjunto de síntomas tanto fisiológicos como cognitivos y conductuales. Entre los fisiológicos, está una inhibición de la actividad nerviosa, pero lo más importante se encuentra en los aspectos cognoscitivos. En cuanto al estado de ánimo, el paciente puede tener un estado de euforia, aunque al mismo tiempo, se encuentra irritable. La depresión es un estado en que el paciente tiene frecuentes pensamientos de derrota, se encuentra en un estado de ánimo abatido sin causa aparente. A pesar de que tiene lo que se podría llamar "todo en la vida", en el sentido de que no tiene razones para sentirse mal anímicamente, pero a pesar de esto se sigue sintiendo mal. Por ejemplo, desde que amanece hasta que anochece, se la pasa llorando todo el día, y así de esta manera durante semanas (Alvarez y Alfonso, p. 104, en Carrillo y Macia, 1988).

Aplicando el término "reforzamiento" a la depresión Lewinsohn, Youngren y Grosseup (1979, en Salinas, 1988) elaboraron varias hipótesis. La hipótesis inicial estableció que la baja tasa de reforzamiento contingente constituye un antecedente crítico de la ocurrencia de la depresión. El reforzamiento es definido por la calidad de las interacciones de las personas con su ambiente. Aquellas interacciones con resultados positivos constituyen reforzamiento y fortalecen, por lo tanto, la conducta de las personas, siempre y cuando dichos resultados sean positivos. De esta manera, se supone que la conducta de las personas deprimidas no produce reforzamiento positivo en el nivel suficiente para mantener su conducta. Consecuentemente, las personas deprimidas tienen dificultad para iniciar o mantener su conducta haciéndose cada vez más pasivas; también, se supone que la tasa baja de reforzamiento es la causante de los sentimientos de euforia, que son centrales a la fenomenología de la depresión.

Brage y Meredith (1993, en Vargas e Ibañez, 1998) mencionan que del 10 al 20% de las personas adultas presentan síntomas depresivos en algún momento de sus vidas. Estos síntomas se vinculan a trastornos de tipo afectivo que se ligan directamente

a la alteración de la capacidad afectiva del individuo que es patente no sólo en el caso de la tristeza, sino también en la incapacidad de dar afecto y recibirlo de quienes les rodean. Se tiene entonces que la depresión puede ser interpretada por una alteración de la capacidad para captar, sentir y manifestar afectos. Además, consideran que pese a que la depresión es una de las enfermedades mentales más comunes, también es cierto que 90% de la población lo puede tratar de manera eficaz y que tiene una duración relativamente corta, que puede durar semanas o meses y en sus casos más extremos quizás un año o más, aunque en un 30% de los sujetos se puede llegar a establecer una depresión crónica con graves consecuencias.

Coleman (1990, en Vargas e Ibañez, 1998) menciona que en estos casos más severos de depresión puede haber una completa transformación de la realidad, respecto a las percepciones visuales y auditivas del individuo, que van desde el deterioro corporal a sentimientos increíblemente irracionales relacionados con ideas de pecado, culpa y enfermedad. La depresión es una entidad psiquiátrica, ya que ha sido clasificada, analizada y estudiada por esta disciplina. Por un lado se menciona que existen dos tipos de depresión, la endógena, en la cual las causas se encuentran en el interior del sujeto, por ejemplo, como resultado de una alteración en los electrolitos del cuerpo; la otra es la exógena, en la cual las causas son externas, por ejemplo, una muerte cercana. También se ha clasificado a la depresión como neurótica y psicótica (dependiendo del grado de afectación y contacto con la realidad que mantiene el sujeto). Los tratamientos psiquiátricos han consistido básicamente en terapia farmacológica con los beneficios y efectos negativos que conlleva esto (Arletti y Bemporad, 1981; Lowen, 1982; Ingram, Miranda y Segal, 1998).

Por otro lado, los tratamientos psicológicos se han planteado desde algunas perspectivas teóricas. La aproximación conductual afirma que las conductas de depresión se ven reforzadas, mientras que las conductas normales son extinguidas; todo esto debido a una modificación accidental del ambiente externo, por ejemplo, una muerte cercana. Las aproximaciones cognitivas, hablan de una deformación en la forma en que se observan las cosas. Es decir, que el sujeto analiza de forma errónea el ambiente que le rodea. Beck (1976, en Salinas, 1988) concibe a la depresión como un desorden del pensamiento. Supone que los signos y síntomas de la depresión son una

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Para esto, existen varias estructuras cognitivas específicas que son centrales al desarrollo de la depresión.

Del mismo modo, de acuerdo con Miller, Weber y Green (1989), la depresión se manifiesta en tres tipos de respuesta; somático, cognoscitivo y conductual para enfermos de SIDA.

El primero enfatiza sobre todo los trastornos relacionados con el sueño, particularmente cuando el paciente se despierta más temprano de lo acostumbrado y no puede volver a conciliar el sueño. De igual manera muchos pacientes deprimidos duermen mucho más de lo usual cuando tienen depresión, quizá hasta 30 % más. Dentro de estos síntomas somáticos también encontramos la falta de apetito, pérdida de peso, estreñimiento y diarrea cuando hay gran ansiedad, así mismo es común que en pacientes infectados de VIH se manifieste la depresión en la pérdida del deseo sexual, por lo general sin ningún cambio en la capacidad para actuar sexualmente cuando se llevan a cabo las relaciones. Uno de los problemas para la identificación de los síntomas somáticos en seropositivos es que el virus en sí puede provocar muchos trastornos que se observan en la depresión. Por lo mismo resulta difícil saber si la anorexia es debido al virus o a la depresión, lo mismo pasa con los síntomas gastrointestinales. No obstante lo importante para diagnosticar la depresión es el patrón total, cuantos más síntomas tenga el enfermo más probable es el diagnóstico.

Dentro de las características cognoscitivas estos mismos autores señalan que el pesimismo es una de las más frecuentes; cuando el paciente piensa que ya no hay salida a determinado problema o se sienta culpable por su comportamiento pasado, él mismo se siente desgraciado o con mala suerte y es una dificultad y una carga para sí mismo y para los otros. Otras repercusiones en este canal de respuestas, son la falta de concentración y la lentitud del pensamiento, también se nota una irritabilidad mayor a la anterior y una sensación de inutilidad hasta para realizar la actividad más pequeña, en pacientes deprimidos es frecuente los episodios de llanto sin aparente motivo. Por último, una característica clave en los deprimidos, es que dejan de disfrutar de las actividades que anteriormente disfrutaban.

Finalmente dentro de los síntomas conductuales se puede encontrar que en pacientes seropositivos es frecuente que estos dejen de hacer cosas, es decir, cualquier actividad, tienden a dejar las cosas pendientes para el día siguiente. En casos extremos los pacientes pueden mostrar retraso motor, es decir, lentitud en el movimiento y el habla de tal forma que hasta pueden parecer drogados.

3.3. Ansiedad

La mayoría de las personas sienten un choque y desorientación cuando descubren que padecen SIDA o están infectados por el virus que lo causa. Quizá rechacen el diagnóstico y se enojen. De manera alternativa, es posible que reaccionen culpándose y se sientan deprimidas. Casi todas se sienten con ansiedad y asustadas (Richardson, 1990).

La ansiedad es algo que todo mundo experimenta en diferentes épocas de su vida, sin embargo, en este contexto es inevitable (en quienes padecen VIH, o SIDA). Las ansiedades que los individuos afrontan en situaciones que ponen en riesgo su vida, son múltiples y con frecuencia muy complejas. Las personas con SIDA y VIH, según Miller (1987), presentan en la mayoría de las veces las siguientes ideas de ansiedad:

- El riesgo de infección que ellos implican para otros y que otros representan para ellos.
- Hostilidad y rechazo social, doméstico, profesional y sexual.
- Ser abandonado y quedarse solo en su dolor.
- Incapacidad para modificar sus circunstancias.
- Cómo estar seguro de la mejor capacidad física en el futuro.
- La posible aparición de infecciones repetidas o nuevas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

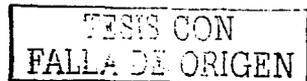
- La capacidad de su amado, compañero, familiares, amigos, para afrontar sus problemas.
- Resultado final de su infección o enfermedad a corto y largo plazo.
- La disponibilidad de tratamiento médico, dental o ambos.
- Ser identificado como homosexual o toxicómano.
- La posible pérdida de privacidad y confidencialidad.
- Su futura aceptación (o no) social y sexual.
- Una decreciente capacidad para afrontar el futuro.
- La pérdida de independencia física y económica.

Latorre y Benoit (1994) mencionan que las causas que dan lugar a este tipo de pensamientos y comportamientos, son debido a los siguientes factores:

- La propia enfermedad que obliga al enfermo a abandonar las posiciones que ocupaba en la sociedad (ya no puede hacer nada de lo que hacen los adultos).
- El estado de dependencia extrema en que suelen encontrarse.
- El entorno; ya que en el hospital pierde su identidad, se convierte en un número, en un simple objeto de cuidados.

Debido a tantas preocupaciones que surgen con el diagnóstico o un resultado de anticuerpo positivo, en ocasiones hay reacciones físicas y emocionales que agravan su situación. Según Miller (1987) en un estado de ansiedad, la conducta normal se altera en una o más de las siguientes formas:

- 1.- Agitación y nerviosismo: sentirse "tieso", irritable e inquieto.



2.- Gran preocupación: algunas veces enfocada en acontecimientos y problemas precisos, en ocasiones con ansiedades vagas, cambiantes, que es difícil restringir.

3.- Síntomas Físicos:

- Tensión muscular, que origina dolores en tórax, cuello y espalda, cefaleas, agitación y temblor, estomago "anudado".
- Agitación intestinal y vesical, que provoca viajes esporádicos o frecuentes al baño.
- Nauseas, y en ocasiones vómitos, y dificultad para digerir la comida, que a veces causa cierta pérdida de peso.
- Aumento de la sudación.
- Palpitaciones y golpes violentos del corazón.
- Vértigos, atolondramiento y posiblemente hormigueo en manos y pies.
- Cierta visión borrosa y "embotada".
- Mayor sensibilidad al ruido, la temperatura, el tacto y luces brillantes.
- Rubores, manchas, exatemas o ambos.
- Sensación de falta de aliento.
- Boca seca.
- Ganglios linfáticos crecidos.

4.- Dificultades en el sueño: problemas para dormirse, despertar temprano y un sueño más alterado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.- **Fatiga física:** pérdida del vigor y letargo frecuente, en ocasiones con largos periodos de falta de energía.

6.- **Dificultades cognitivas:** problemas para concentrarse, recordar y obtener información; distracción y confusión con facilidad, incluso con labores, en apariencia sencilla.

7.- **Cambios del ánimo:** cambios rápidos o repentinos del ánimo, en ocasiones de un extremo a otro. Algunas personas se tornan extrañamente irritables y es difícil comunicarse con ellas, tal vez tornándose enérgicas y en especial exigentes con quienes aman.

8.- **Perdida del impulso infantil:** una pérdida temporal del deseo o la función sexual.

Dado que el SIDA o la infección por VIH ocurre principalmente en adultos jóvenes, esto determina la posibilidad de que el hecho de morir sea más difícil de aceptar. El temor a la muerte no es tan considerable, como el miedo a que sea lenta y dolorosa, aislados de las personas que los conocen y cuidan. Para las personas con CSR, o positivas a anticuerpo, el temor al SIDA se torna en una fuente constante de ansiedad. Quizá piensen en algo más que no sea la posibilidad de desarrollar SIDA y cuales serán las consecuencias.

Muchos de los síntomas de ansiedad y preocupación, como se mencionó anteriormente, son similares a los del SIDA (Miller, 1989). En consecuencia, es posible que una mujer preocupada sobre su estado, confunda los síntomas de estrés o de una infección leve con los signos que está desarrollando el SIDA. Ello puede originar incluso, mayor ansiedad, empeorando sus síntomas, que confirman más su creencia de tener la enfermedad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

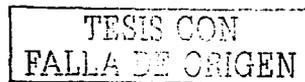
3.4. Recomendaciones en el tratamiento a nivel psicológico del VIII.

La mayoría de los trabajos realizados con persona seropositivas, van enfocados a la atención primaria, la cual parte de una atención globalizadora en donde se atienden aquellos factores médicos, psicológicos, sociales, etc. que trabajan en unión para prestarle un mejor servicio al paciente con el virus (Barreto, 1994; Gutiérrez, Lacoste y Pitti, 1994). Tomando en cuenta que las necesidades de los pacientes son múltiples, físicas, emocionales, espirituales y sociales, es de vital importancia satisfacer cada una de éstas, procurando dar igual importancia o en su caso, priorizarlas, tomando como base la percepción del paciente.

La atención primaria tiene su origen desde la educación que se le brinda a la población, con relación a los métodos de prevención a su uso y desuso, asimismo como aquella educación sanitaria que permite que los individuos realicen una buena inspección en su higiene al momento de sostener relaciones por lo que se les enfatiza en el reconocimiento de las diferentes enfermedades de transmisión venérea que se pueden contagiar.

Esta primera parte se desarrolla por medio de programas que se realizan con los medios hospitalarios, los cuales proporcionan en primera instancia los medios para que las personas puedan hacer uso de sus métodos de prevención y en su momento, de una revisión periódica que permita tener un control con relación a un posible contagio de alguna infección. Asimismo es importante el acercamiento a grupos sociales, tales como grupos de homosexuales, en donde se pueda difundir cada vez más información a la sociedad acerca de temas de índole sexual. Cabe destacar que esta primera etapa en la Atención Primaria tiene por objetivo la difusión masificada a la sociedad, por lo que esta muy lejos de aplicarse por sólo un grupo de profesionales, ya que éste requiere de suficiente capital y de la aprobación de ciertos grupos políticos y sociales para que se pueda llevar a cabo.

Los medios que van encaminados a trabajar en los aspectos psicológicos del individuo con SIDA, se inician desde el momento mismo en que se le da la mala noticia a éste, momento que es importante, ya que desde aquí el individuo con SIDA, ya es un paciente, al cual en un futuro se le brindarán todas las facilidades para que pueda



acceder a una vida más o menos plena. Gutiérrez, Lacoste y Pitti (1994) hacen mucho énfasis en aquella parte que corresponde a la entrega de los resultados positivos a la persona infectada, en donde destacan que el profesional en cuestión debe hacer uso de una serie de habilidades que le permitan eliminar el estado ansiógeno del paciente y asimismo del que él mismo, como profesional, pudiera tener. Recomiendan que se den mensajes cortos y repetidos, en el caso de que no entienda bien la persona, no asumir un papel paternalista, sino que seguir con la línea profesional que corresponde, mostrarse empático y proponer una serie de alternativas que le permitan seguir con un tratamiento, ya sea de tipo social, médico o psicológico.

Dentro de la ayuda psicológica que se les brinda a este tipo de personas, varios autores (Arranz, 1994; Paez, Ubillos y Pizarro, 1994) señalan que una parte fundamental durante este proceso es la anticipación a los diversos problemas psicológicos, para poder brindar un buen soporte que facilite un estado emocional pleno. Son tres los puntos que pueden deducirse como de vital importancia dentro de la intervención psicológica:

- 1) Identificación anticipada de aquellos problemas que pueden causar alteraciones emocionales, dado si esto se lleva a cabo, se pueden evitar y contrarrestar las posibles crisis y tener la posibilidad de generar alternativas de solución.
- 2) Identificar de manera anticipada las alteraciones psicológicas y neuropsiquiátricas, para poder intervenir y no provocar un problema mayor a nivel emocional.
- 3) Proporcionar los instrumentos adecuados a las personas que tengan desequilibrios emocionales, con la intención de que puedan manejar sus distintos cambios a nivel emocional.

Esta serie de recomendaciones son parte de un proceso bien estructurado, en donde el paciente después de conocer los resultados de su examen, se mantendrá inmerso en esta estructura a fin de que sus malestares sean lo menos dolorosos, tanto a nivel médico, como a nivel emocional.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Asimismo y como ya se había mencionado dentro de los grupos de riesgo, es importante señalar que este mal puede contagiar a cualquier persona, por lo que es importante que toda la sociedad tenga conocimiento tanto de las formas de contagio, como de información general acerca de la misma, pero como esta situación es muy difícil que se de en nuestra sociedad por una diversidad de factores, también tenemos que reconocer que existen personas que aún antes de saber que estaban contagiadas tenían escasa información con relación al SIDA (Pratt, 1987).

Ante esta situación, se debe tener en cuenta que un cierto número de población contagiada tiene escasa información con relación a la enfermedad que está padeciendo o sino en su contraparte existen personas que a pesar de conocer las implicaciones que conrae el hecho de ser portador se mantiene desarrollando un ritmo de vida en donde lo más importante para él es propagar la enfermedad o sino, mantienen un cierto desinterés en el peligro de contagiar a otros. De esta manera, es importante proporcionar una información precisa al individuo para que le sea posible manejar la enfermedad y crearle una conciencia que le permitirá desarrollarse de manera cuidadosa y libre con la enfermedad (Arranz, 1994).

De la literatura revisada, algunos autores (Miller, Weber y Green, 1989; Gutiérrez, Lacoste y Pitti, 1994; Arranz, 1994) hacen referencia a la importancia que tiene la parte informativa en el proceso de mejora y estabilidad del paciente con SIDA, por lo que se pueden sintetizar algunos puntos que a nuestra consideración son importantes dentro del proceso informativo:

- Identificar lo que él sabe de su actual situación clínica, para conocer cuánto conoce él, de la enfermedad viéndose a sí mismo y con el fin de saber qué es aquello que quisiera conocer.
- Discutir los tratamientos posibles y mencionar las investigaciones recientes, fomentando la esperanza y la actitud de que "tenemos cosas que hacer y medios para hacerlo".
- Transmitir la importancia de la autoresponsabilidad en su tratamiento, tomando un papel activo en sus cuidados para mantener y fortalecer su salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Mencionarle o volverle a mencionar (en caso de que ya lo sepa o tenga escasos conocimientos) acerca de las medidas preventivas para evitar reinfecciones y el posible contagio a otros.
- Anticipar situaciones al paciente, prepararle ante determinadas pruebas, como el TAC, la endoscopia o posibles efectos secundarios de una medicación.

También se señala la importancia que tienen el núcleo familiar o las personas que están a su alrededor las cuales van a influir de una manera determinante en el logro de un equilibrio tanto emocional, como médico, por parte del individuo. Este grupo le va a cuidar en los momentos de máxima desesperación, le va a proporcionar los elementos para su cuidado, procurara crearle un ambiente lleno de tranquilidad en donde el paciente se sienta a gusto y relajado, además de estar a su lado protegiéndolo (Zulaica, en Gatell, Clotet, Podzamlzer, Miró y Mallolab, 1992).

No hay que descartar que también existen pacientes los cuales no tienen todo ese apoyo familiar y que debido al conocimiento de su enfermedad lo hicieron a un lado, o también aquellos que no cuentan con una familia unida o en su caso, que ya no tengan familiares en condiciones idóneas como para brindarles un cuidado correcto, como lo señala Arranz, (1994) quien menciona que "deberíamos considerar también la opinión y los deseos del paciente, y si no coinciden con los de la familia, como sucede con relativa frecuencia, reconocer que *el protagonista es el enfermo y la persona prioritaria a respetar*" (p. 189).

Dado este supuesto, cabe destacar que dentro de las actividades que corresponden a la eliminación de la depresión se incluye uno que corresponde a un trabajo físico, con el fin de generar el vigor para el desarrollo de otras actividades alternativas, como señalan Miller, Weber y Green. (1989), por lo que se debe de realizar un análisis para poder definir si el paciente está en condiciones físicas de realizar dichas actividades, por lo que esta práctica no se debe generalizar dentro de los programas de rehabilitación. O si en realidad el paciente está en condiciones, pero no desea realizar alguna actividad física, ya sea porque nunca han sido de su agrado o simplemente no quiere hacerlo, es importante proporcionarle otras actividades que lo mantengan estable,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

pero sin descartar y dejarle abierta la posibilidad de las implicaciones y de las consecuencias positivas que le generarían las actividades físicas (Fernández - Ríos, 1994).

Uno de las principales obstáculos que generan un estado pasivo en el paciente son las ideas de muerte que tiene que lo conllevan a esperar a la misma y deducir que nada de lo que haga va a cambiar el curso que le espera. Ante esto se espera un trabajo con relación a dichas ideas, además de proponer una serie de actividades que le generen estados emotivos y lo conduzcan a mantener relaciones sociales, que le permitirán ratos de felicidad así como Omenos de ocio. Miller, Weber y Green, (1989) presentan el caso de un individuo con cáncer terminal al que en una ocasión de manera pública se le cuestionó con relación a su ritmo de vida, ya que a pesar de su enfermedad él seguía obstinado en trabajar en sus proyectos, los cuales el mismo sabía que no terminaría, pero a pesar de ésto él mencionó que este proceso era similar a llegar a una fiesta y no quitarse la gabardina, no comer, no bailar o beber, porque en unas horas llegaría el taxi para irse, por lo que es importante tomar parte en la actividad y disfrutarla, en lo que llega el fin.

De esta manera, y a partir de los fundamentos teóricos revisados en este capítulo, dentro del trabajo con pacientes seropositivos es importante, que se trabaje tanto a nivel médico, como en el aspecto psicológico, ya que esta última constituye una gran aportación para el mejoramiento emocional del paciente y para la adquisición de estilos adecuados de vida y comportamentales, que permitan al paciente restablecer sus interacciones personales, así como las que pueda tener con sus familiares y personas ajenas a ésta.

Dentro de este proceso patológico, el individuo, como ya se ha visto anteriormente, está expuesto a considerables problemas psicológicos, principalmente a aquellos como la depresión y la ansiedad, por lo que es necesario un tratamiento psicológico adecuado que disminuya dichos malestares, y por lo tanto, ayude a disminuir sus problemas psicológicos que derivan de este estado.

Otros aspectos importantes a considerar con los portadores de VIH son los de tipo social, en donde la familia, los amigos y el medio laboral pueden constituir un

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

apoyo o bien un obstáculo para el bienestar de dichos individuos. En el siguiente capítulo se abordan dichos aspectos sociales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 4

ASPECTOS SOCIALES DEL VIH

El impacto social que han tenido las enfermedades desde la antigüedad, ha sufrido una metamorfosis en cuanto a su explicación y a su origen. Pero la actitud de la sociedad sigue siendo la misma, dado que persisten con sus miedos y su inseguridad, debido a las creencias ilógicas y populares, formuladas por las mayorías, las cuales son las que arrastran el pensamiento del individuo (Durham y Cohen, 1994).

Desde tiempos remotos, se ha clasificado a las enfermedades colectivas, como enfermedades morales, las cuales provenían a consecuencia de comportamientos pecaminosos, realizados por individuos que no se apegaban a la normatividad religiosa o ideológica de determinado pueblo. A este tipo de enfermedades colectivas, se les asignaba su origen, a castigos divinos de un ser superior, produciéndose así, una reacción de miedo generalizado hacia algunos comportamientos no aceptados por las mayorías, con el fin de proseguir con su estilo de vida.

Así también, generaba un miedo colectivo, hacia las consecuencias de dichos comportamientos, es decir, el castigo divino del ser superior (enfermedades colectivas). Sepulveda (1989) menciona que en la antigüedad clásica, la peste tenía sólo una explicación primaria o general: era un castigo, que en venganza, una divinidad ofendida enviaba a un pueblo o nación. La cólera divina, en este caso, fue la causa abocada invariablemente, por novelistas, cronistas y aún, médicos, para explicar las epidemias. La ira del Dios, se desataba, por una desobediencia, un desacato, o bien por una perversión en las relaciones de un grupo cuyas reglas emanaban del orden divino.

Así también, se dice que el mismo Remulo para alejar la calamidad o peste que azotaba Roma, tuvo que resarcir con sacrificios y ofrendas, la afrenta que los romanos cometieron asesinando a los embajadores de un pueblo vecino, lo cual desato la furia de los dioses que defendían el derecho del pueblo (Durham y Cohen, 1994).

Las sociedades han tenido un miedo generalizado ante dichas enfermedades colectivas, asumiendo así, una actitud negativa, en primera instancia, mostrando un total

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

rechazo hacia los afectados y contagiados por estas "pestes", creando mecanismos de defensa en la búsqueda de su total aislamiento, y así también, para su prevención con base en estrategias carentes de toda lógica científica que explique la génesis del fenómeno.

Algunos autores (Sepulveda, 1989; Sontag, 1989; Durham y Cohen, 1994) mencionan que ninguna sociedad está preparada para hacerle frente a una enfermedad o siendo más precisos a una epidemia (como lo es el SIDA). A pesar de contar con todos los recursos médicos y tecnologías científicas, la actitud que la sociedad tome de estos fenómenos seguirá siendo negativa mientras no se divulgue y difunda eficazmente el origen, prevención y consecuencias del problema.

En un siglo que se precia de haber separado el discurso científico, del teológico, de haber desarrollado un saber médico racional, de haber enfrentado exitosamente las epidemias conocidas y de haber prescindido de cualquier interpretación metafórica de la enfermedad, el SIDA ya ha venido a desafiar espacios públicos y privados de la vida humana, ha planteado dilemas, lo mismo en el orden de la Psicología, que de la Salud Pública, el Derecho y la Moral. (O.P.S., 1989)

El SIDA se ha convertido en una sombría y mortal amenaza. Ha relativizado los triunfos que la Medicina logró durante más de dos siglos frente a las enfermedades infecciosas; ha cuestionado las maneras en que una comunidad concibe y organiza sus relaciones con el proceso salud - enfermedad, y ha suscitado reacciones similares a las de antaño en los contextos sociales, políticos y científicos.

4.1. Confrontación ante el diagnóstico positivo de VIH

El sentido del dolor y sobre todo el sentido de la muerte son cuestiones cuyo planteamiento y resolución determinan los posibles modos de pensar o de creer. En este plano del pensamiento o de la creencia se pone de manifiesto la enorme dimensión existencial que adquiere para cada hombre el modo de afrontar la enfermedad y la muerte.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para Heidegger, (en psicológico, 2000) por ejemplo, el morir es un modo de ser que el hombre adopta en cuanto nace. Por tanto no es algo que le atañe en el futuro sino que está siempre presente, por lo que el existir (Dasein) humano también debe entenderse como "ser para la muerte". El Dasein en cuanto Dasein sólo desde la muerte se completa. De acuerdo con este modo de pensar sería bueno encararse con la muerte como una posibilidad harto real, hacerla propia, adelantarse decididamente hacia ella.

Para Jean Paul Sartre (en Sepulveda, 1989) se trata de lo contrario. La muerte es un hecho fortuito, que irrumpe desde fuera, que no tiene ningún sentido y del que en ningún caso podemos disponer. No sólo no ayuda al hombre a conseguir su totalidad, sino que la obstruye definitivamente. La muerte quita sentido a la vida y la muerte es absurda porque hace absurda toda nuestra vida.

El concepto de afrontamiento se desarrolló en los años 40s y 50s. Este término define el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas, externas o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos. Si estos esfuerzos resultan efectivos en la resolución de los problemas proporcionarán alivio, recompensa, tranquilidad y equilibrio: en definitiva, disminuirán el estrés (Hyde y Forsyth, 1987).

El paciente después de haber recibido el diagnóstico donde presenta VIH debe evaluar la situación enfrentándose al dolor, la postración o incluso la invalidez; debe redefinir su propio rol, y modificar sus metas a corto o largo plazo, asumiendo la alteración, temporal o no, de sus relaciones intra e interpersonales. Los sujetos que presentan esta actitud suelen ser optimistas, prácticos, flexibles y detectan y resuelven los problemas eficazmente, aunque hay que admitir que nadie es capaz de lograrlo en todas las circunstancias y de hacerlo además perfectamente, sobre todo en aquellas situaciones que ponen en peligro la propia vida (Barreto, 1994).

Existen en cambio, otras actitudes que impiden afrontar debidamente las dificultades. Aparecen en los sujetos que niegan sistemáticamente todos los problemas o en aquellos que sintiéndose abrumados por su "mala suerte", transfieren todas sus

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

responsabilidades a otros. Según Gutiérrez, Lacoste y Pitti (1994) se deben cumplir con los siguientes pasos para confrontar a los pacientes con su enfermedad (VIII):

- 1.- Comunicar claramente el resultado sin dar rodeos (aumenta la ansiedad del profesional y de la persona afectada), evitando ser bruscos. La información en todo momento debe ser veraz y científica.
- 2.- Empatizar: es decir, comprender la autentica significación que hoy día supone ser positivo y las consecuencias que genera.
- 3.- Dar mensajes cortos y repetidos si observamos que la persona no comprende muy bien lo que le decimos, utilizando a la vez un lenguaje asequible para quien escucha.
- 4.- Explicarle que ser seropositivo no es estar enfermo o incapacitado.
- 5.- Aportar alternativas de actuación: proponer seguimiento medico, control psicológico y apoyo social, etc.
- 6.- Evitar dar consejos y el tono paternalista, lo que implica que el profesional debe escuchar y respetar los silencios de la persona afectada.
- 7.- El asesoramiento no sólo ha de enfocarse al paciente, sino también debe estar enfocado a su entorno (pareja, familia, amigos), respecto a la pareja lo deseable es que sea el propio paciente quien le comunique cual ha sido el resultado de la prueba, igualmente ocurre con la familia.

De esta manera no sólo la confrontación con la enfermedad del paciente esta enfocada a aceptar su realidad actual, sino destaca también nuevas alternativas para aprender a vivir con ella. Es dentro de esta línea donde aparece la atención primaria posterior al diagnóstico, no está de más informar que la atención primaria abarca otras disciplinas de la salud, sin embargo aquí únicamente se abordarán los aspectos psicológicos dentro de dicha atención.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.2. Paciente con VIH y contexto familiar

Las consecuencias médicas y sociales, características de esta infección, pueden desembocar en numerosas reacciones emocionales y en alteraciones psicológicas y neuropsiquiátricas (Arranz y Carrillo, 1994).

Algunos investigadores (Rogni y Nimovics, 1990, en Arranz, 1994) han identificado algunas características psicosociales particularmente susceptibles de generar alteraciones emocionales, entre las cuales están la existencia de una historia psiquiátrica previa familiar, escasa educación escolar, historia personal de situaciones intensas de estrés anteriores al diagnóstico, escaso apoyo familiar y social y experiencias de recientes pérdidas.

Barreto (1994) destaca otro tipo de características importantes que se deben de considerar en el paciente con SIDA para que en un futuro sean atendidas sus demandas emocionales, ya que según él, estas marcan diferencias hacia con otros enfermos. Entre estas características encontramos la edad, en donde es importante señalar que los enfermos están entre los 25 y 45 años, por lo que algunos establecen proyectos de vida u otros apenas los comienzan. También esta el caso de aquellos jóvenes cuya adolescencia se prolonga aún y la madurez correspondiente a su edad cronológica no ha llegado todavía o quizá no llegará.

La doble problemática que coexiste en muchos de estos pacientes: marginalidad, comportamiento adictivo, cronicidad; la ruptura de la identidad corporal, justo en el momento en que el cuerpo tiene que un gran valor simbólico funcional, y por consiguiente, las sensaciones de inutilidad y miedo al rechazo físico, son habituales. Dentro de la conciencia inmensa de la muerte, podemos encontrar varios factores, tales como la pérdida funcional progresiva, el contacto continuo con la muerte de amigos, el conocimiento de la inexistencia de un remedio eficaz para la enfermedad, desde el momento del diagnóstico con VIH, que agudiza la sensación de pérdida emocional, etc.

Además de la cierta preocupación y el descontrol que provoca el conocimiento del contagio en el enfermo, éste también influye en aquellas personas que están a su alrededor, y con esto hacemos énfasis en la postura familiar. La familia se encuentra

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

perturbada por la inminente pérdida de alguien a quien aman y por quien, en muchos de los casos, han tenido que sufrir en gran medida debido a otras problemáticas. Además, en el caso de los padres, la muerte de un hijo rompe los esquemas habituales, ya que la vida enseña a aceptar algo inevitable como lo es la muerte de nuestros mayores, pero siempre es fuerte "asistir a la muerte de nuestros propios hijos"(Romo, Salido y Valdivieso, 1997).

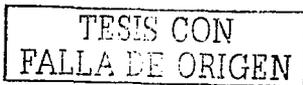
Por otra parte, la familia supone la fuente de afecto y de cariño, así como de protección para el paciente. La calidad afectiva y el monto del tiempo que dedican a su lado, son difícilmente sustituibles. Por lo que, además de enfrentarse a su propio dolor, han de proveer de apoyo emocional y cuidado físico a la persona enferma. La situación de la familia es, difícil de soportar, pues debe manejar emociones propias, algunas veces ambivalentes, tales como: proyección de la propia muerte, angustia de separación, miedo al contagio, culpa o impotencia; desconocimiento de recursos: como hablar de temas tan difíciles, como cuidar a un enfermo con tantas complicaciones, como dar soporte emocional en un momento tan duro. Por lo que el contexto en el que se encuentra el individuo y se le presta la atención que necesita es depresogeno y falta de estimulación, según Sanz (1990, en Barreto, 1994).

4.3 La discriminación ante el VIH

Uno de los problemas más graves que se presentan con la epidemia del SIDA, es la discriminación por parte de distintos sectores de la sociedad en contra de las personas afectadas por el virus.

El argumento más utilizado para justificar esta discriminación, es pretender crear un conflicto entre los derechos de la mayoría no infectada y los de las personas con VIH o enfermas de SIDA. Ante este aparente enfrentamiento y bajo el resguardo de la supuesta necesidad de proteger la salud pública, frecuentemente y de manera arbitraria se violan sus derechos (Pommier, 1997).

Esta discriminación entorpece los esfuerzos de las políticas de salud debido a que aleja a las personas afectadas por el virus de los servicios de salud, asistencia y



educación necesarios para prevenir la expansión de la epidemia; ocasiona una división en la sociedad entre enfermos y sanos y fomenta la intolerancia hacia determinados grupos que, en forma errónea, han sido percibidos como la representación de la enfermedad.

En el caso del SIDA, el problema de la discriminación se complica debido a que frecuentemente los afectados son personas a quienes la sociedad ya marginaba con anterioridad, con lo cual se agrava su condición de indefensión. La discriminación constituye una violación a la dignidad y a los derechos fundamentales de las personas con VIH o que han desarrollado SIDA al negar, restringir o suspender los derechos que tiene todo ser humano, frustrando su acceso a la igualdad y la justicia social.

La tercera epidemia ha llevado a cometer algunos abusos inauditos. Se ha negado la vivienda, enseñanza, empleo y hasta sepultura a adultos y niños de los cuales solamente se sospechaba que tuvieran la infección por el VIH. Asimismo, en varios casos, algunos trabajadores de la salud se han negado en atenderlos, aún en las sociedades teóricamente más ilustradas, el miedo ha conducido a la histeria, por ejemplo con la negación de algunas enfermeras de cambiar cómodos, alimentarios, bañarlos o incluso platicar con alguien de su sala que padece SIDA o VIH. (Richardson, 1990). En Estados Unidos, la casa de dos niños hemofílicos infectados fue incendiada cuando trataron de inscribirse en la escuela local, y en varias empresas se ha despedido de inmediato a empleados con SIDA (Scholle, en O.P.S., 1989). Algunas compañías de seguros se han rehusado emitir póliza a hombres residentes en zonas conocidas de ambiente homosexual. Igualmente varios propietarios de viviendas han desalojado a inquilinos cuyos exámenes serológicos resultaron positivos.

La postura de la Comisión Nacional ante esta problemática, es que ningún rasgo, característica o condición que sea propia de un individuo y que le distinga de los demás, puede modificar cuantitativa o cualitativamente el goce de sus derechos. Con base en el principio de igualdad establecido en el artículo 1o. de la *Declaración Universal de Derechos Humanos*, "todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos (Sánchez, 1994; ciudadfutura, 2001).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los Derechos Humanos del SIDA tienen diversos e importantes puntos de contacto. El principal se manifiesta en la discriminación que junto a la marginación y violación de derechos propicia y aumenta el riesgo de contraer el virus. La discriminación relacionada con el VIH/SIDA no es útil para promover la salud pública y sí, por el contrario, pone en peligro a la sociedad.

De manera cotidiana las personas afectadas por el VIH se ven rechazados por la sociedad, en este sentido se puede hablar de que dicho rechazo, contribuye enormemente, a que el paciente con dicha enfermedad tenga continuas recaídas depresivas y ansiógenas ante esta situación. Por lo anterior, Bayes (1994) señala que aun y cuando las intervenciones psicológicas vayan destinadas a disminuir el impacto emocional y mejorar la calidad de vida de las personas seropositivas, no puede desestimarse que las mismas posean, paralelamente, alguna incidencia en su cantidad de vida.

"Aun y cuando no podemos esgrimir, en este momento, pruebas concluyentes con los datos empíricos disponibles en la mano, consideramos, en la línea con las hipótesis que es más probable que la relajación y las emociones positivas, puedan tener, en alguna medida, repercusiones biológicas deseables en la evolución de las enfermedades, incluido el SIDA" (Sepulveda, 1989 p. 84).

De esta manera nos inclinamos a creer que si las personas afectadas por el VIH en su etapa asintomático de seropositividad son incluidos como parte de la sociedad activa, tendrán una mejor calidad de vida por el tiempo que les resta de ella.

Cualquiera que sea la forma en que se lleve a cabo la discriminación por el SIDA, será molesta para quienes padecen una enfermedad relacionada con el VIH o son positivas al anticuerpo. Algunas pueden responder con enojo u otras aterrizadas por haberlo descubierto, quizá tengan gran ansiedad o aislamiento.

Después de haber presentado una panorámica de diversos aspectos relacionados con la psicología de la salud, las generalidades del VIH, los aspectos psicológicos y sociales de las personas que lo padecen, en el siguiente capítulo se presentan la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

metodología, los resultados y los ejes de discusión que se obtuvieron en la presente investigación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO 5

INVESTIGACIÓN REFERENTE AL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LOS PACIENTES INFECTADOS POR VIH EN LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA DEL LA ZONA METROPOLITANA

En este capítulo se presenta la metodología que se utilizó para la realización del presente trabajo, la cual incluye el tipo de investigación, los sujetos, el instrumento que se ocupó y el procedimiento. Se investigó la presencia de psicólogos que laboraran en hospitales públicos con pacientes infectados por el VIH, cabe señalar, que en las estancias donde no hubo psicólogos; el instrumento se aplicó al personal que estuviera a cargo de estos pacientes (médicos y psiquiatras), con la finalidad de obtener datos representativos de la labor con los pacientes infectados de VIH en estas instituciones.

5.1 Método

Participantes

En esta investigación participaron 6 profesionales de la salud, de las siguientes instituciones, como se muestra a continuación:

- ISSEMYM : (Clínica de Consulta Externa) Calle Corona No. 10, col. Los Remedios, Naucalpan de Juárez, Edo. Méx. (1 psiquiatra)
- DIF: Vía Adolfo López Mateos No.1, Naucalpan Centro, Naucalpan de Juárez, Edo. Méx. (No se brinda atención a esta población).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ISSSTE: (Hospital 1° de Octubre) Av. Instituto Politécnico Nacional, col. Lindavista, Gustavo A. Madero, DF. (1 médico).
- IMSS: Periférico Norte s/n, Santa Mónica, Naucalpan de Juárez Edo. De México (2 psicólogos).
- ISEM: (Hospital Dr. R. John) Av. López Mateos s/n, Atizapán de Zaragoza, Edo. Méx. (2 psicólogos)

Instrumento

Se elaboró un cuestionario (ver anexo 1), el cual contiene 15 preguntas abiertas divididas en tres áreas:

- 1) Psicología de la salud (abarca de la pregunta 1 hasta la 5). Esta área buscó evaluar, si los psicólogos que laboraban en los hospitales cuentan con información sobre el área de Psicología de la Salud y cuál es el desarrollo del psicólogo en este ámbito de la salud, que son los hospitales.
- 2) Psicología y VIH (abarca de la pregunta 6 a la 10). La segunda área evalúa las aportaciones de la psicología, como disciplina, en el área de Infectología. Se pretende conocer cuáles son los apoyos que puede dar la psicología a los pacientes, familiares y personal de salud a cargo de las personas con VIH, en las diferentes etapas de la enfermedad. También se desea obtener información que posibilite un mejor entendimiento de aquellos factores (psicológicos) que se interrelacionan con el VIH.
- 3) Tratamientos psicológicos a pacientes infectados por el VIH (abarca de la pregunta 11 a la 15). Esta última área, se hizo con la finalidad de conocer lo que están realizando los psicólogos actualmente con los pacientes infectados con VIH, respecto al trabajo con familiares y en el área de prevención. Además, se pretende obtener información acerca del marco teórico utilizado y de las técnicas de intervención que se utilizan.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Procedimiento

Se asistió con los responsables de la institución de salud a la que pertenecen (IMSS, ISSSTE, DIF, ISSEMYN e ISEM) para que nos dieran el acceso y poder aplicar los cuestionarios con los posibles participantes de dichas instituciones.

DIF

En la institución del DIF, nos indicó la coordinadora que ninguno de los psicólogos que ahí labora se dedica al trabajo con pacientes infectados de VIH, ya que todo su trabajo va encaminado a la violencia intrafamiliar y al maltrato infantil, por lo que ellos mismos tienen en sus instalaciones un ministerio público para denunciar este tipo de delitos.

Se insistió en el hecho de poder conversar con algún psicólogo de la institución para obtener información acerca de su postura y a partir de esto, nos indicara si había tenido alguna experiencia de trabajo psicológico con pacientes infectados, pero no se pudo, argumentando que por su carga de trabajo, era imposible que pudiéramos charlar con ellos.

Cabe destacar que solamente se visitó un centro del DIF y que se encontraba dentro de la zona conurbada, por lo que no se puede generalizar que ningún centro de esta institución realice algún trabajo o programa a nivel psicológico con estos pacientes.

ISSEMYN

En esta institución, se asistió inicialmente a las oficinas administrativas ubicadas en la Avenida 16 de Septiembre s/n, en Naucalpan Centro, en Naucalpan de Juárez, Edo. de México. Ahí se nos proporcionó la dirección del Hospital General del ISSEMYN, ubicado en la zona de Satélite. Acudimos con el director del área de Infectología, quien nos indicó que en dicho hospital no se realizaba trabajo psicológico alguno con los pacientes infectados por VIH, destacando que no existen psicólogos en el hospital. Así, nos dio la dirección de la Clínica de Consulta Externa, en donde la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

única psicóloga que ahí labora se dedica al trabajo con los niños, como ella lo refirió, y por lo mismo no accedió a contestar el cuestionario, pero nos canalizó con el psiquiatra, quien sí había tenido experiencias de trabajo con pacientes infectados por VIH. De esta manera, se le dejó el cuestionario y tres días después nos lo regresó.

ISSSTE

Asistimos al Hospital 1 de Octubre y nos dirigimos con la trabajadora social quien nos canalizó, con el director de Medicina Interna, quien es el que se dedica al trabajo con pacientes infectados por VIH. En su oficina sostuvimos un diálogo en donde le expusimos nuestro interés por la investigación, a la vez que nos proporcionaba algunos datos referentes al trabajo que realiza con esta población. Así, se le entregó el cuestionario, el cual nos dijo que devolvería en el lapso de una semana, pero esto se prolongó por causas ajenas a nuestra voluntad, tres semanas.

IMSS

Se asistió al Hospital del IMSS ubicado en Santa Mónica, en donde acudimos con la Trabajadora Social en turno, quien nos indicó que los psicólogos que se encargaban de este trabajo, se ubicaban en Medicina Interna. De esta manera y tras una breve exposición de la investigación con los 2 psicólogos, se les entregaron los cuestionarios debido a que por sus múltiples actividades, como ellos lo refirieron, no tenían tiempo de contestarlo en esos momentos, por lo que nos señalaron que regresáramos en 3 días.

ISEM

En el Hospital del ISEM, se nos indicó en Medicina Interna, que los psicólogos en turno estaban en Consulta Externa (dentro de la misma institución). A éstos se les expuso brevemente la investigación por lo que se manifestaron interesados en la misma, sin embargo dichos profesionales se encontraban muy ocupados para contestar los cuestionarios en este tiempo, por tanto, nos propusieron pasar en un lapso de cinco días hábiles para regresar los mismos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.2 Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos, dentro de las áreas en las que está dividido el cuestionario.

1er Area: Psicología de la Salud

Con lo que respecta al ISSEMYM, inicialmente se asistió al Hospital central de esta Institución, pero se nos indicó que ahí no existía psicólogo alguno que trabaje con pacientes infectados por VIH, de hecho no había área de psicología. En la Institución de Consulta Externa, en donde se realizó la entrevista, la única psicóloga que ahí labora sólo se dedica al trabajo con los niños, por lo que se asistió con el psiquiatra en turno, quién tuvo la oportunidad de trabajar con 2 pacientes infectados por VIH.

Con lo que respecta al ISSSTE, los psicólogos se encargan principalmente, del trabajo con los niños y todo lo relacionado a los problemas específicos de aprendizaje. El tratamiento a nivel psicológico no lo realizan propiamente ellos, dado que dentro de su área sólo se trabaja con niños y con los padres de éstos. Según reporta el encargado de Medicina Interna del ISSSTE el poco acercamiento que tienen los cerca de 500 pacientes infectados por VIH para un tratamiento a nivel psicológico o relacionado a sus problemas emocionales, es el que se realiza con el psiquiatra, quien solamente los atiende por una o dos sesiones, debido al intenso trabajo que éstos tienen con sus otros pacientes.

Debido a la población de pacientes infectados tan grande que existe actualmente en este hospital, la cual es atendida por 2 médicos, el trabajo a nivel emocional con ellos, no lo llevan a cabo los psicólogos, sino que estos pacientes son atendidos por los psiquiatras, así como también los médicos, quienes refieren proporcionar esta atención en cada una de las citas en las que trabajan con éstos.

Los psicólogos del IMSS proporcionaron poca información, dentro de ésta, ellos se dedican básicamente a prestar atención como psicoterapeutas e informar tanto a los pacientes como a los familiares sobre malestares de enfermedades crónicas y terminales. A diferencia de los psicólogos del ISEM quienes desempeñan labores de atención al

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

adolescente, clínica de tabaquismo, atienden un grupo fonasida, consulta externa e interna a hospitalizados y familiares, además trabajan en la atención a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y además cumplen con funciones de supervisión y algunas actividades administrativas.

Dentro de las técnicas más utilizadas por los psicólogos clínicos en las instituciones de salud antes mencionadas, podemos destacar que los psicólogos del ISEM utilizan un número considerable de técnicas para cada caso en específico, éstas varían desde la intervención en crisis, manejo de estrés, habilidades sociales, afrontamiento con el problema y relajación. Por su parte los psicólogos del IMSS sólo trabajan la intervención en crisis y contención emocional.

Por otra parte, y a consideración de los psicólogos del IMSS, los beneficios de que éstos laboren dentro de la institución, es que los pacientes aprenden a recuperar su funcionalidad dentro de las actividades cotidianas, establecen su estado emocional y aprenden a reconocer los problemas con objetividad. Del mismo modo los psicólogos del ISEM reportan los mismos beneficios, sin embargo ponen mayor énfasis en la atención integral como el máximo beneficio.

Ahora bien, se puede observar cierta diferencia en las respuestas de los psicólogos de una y otra institución, una de las diferencias mayormente marcadas se expresa con los psicólogos del IMSS, ya que ellos consideran que la formación de éstos debe incluir la carrera de psicología terminada, más conocimientos generales de anatomía y neurofisiología, a diferencia de los psicólogos del ISEM, quienes señalaron primordialmente que la formación del psicólogo de la salud debe incluir la especialización en Psicología Clínica con una actualización continua. Sin embargo tanto los psicólogos de dichas instituciones (IMSS e ISEM), están de acuerdo y manifiestan que el principal obstáculo para que éstos se desarrollen en el ámbito hospitalario es que los médicos crean que son los únicos especialistas de la salud y están preparados adecuadamente para atender al paciente bajo cualquier circunstancia, además que se muestren incrédulos y poco serios ante los comentarios y recomendaciones de los otros profesionales de la salud, incluyendo al psicólogo clínico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2ª Área: Psicología y VIH

En general es muy difícil observar psicólogos que trabajen directamente con pacientes infectados por el VIH dentro de las principales instituciones de Salud Pública, ya que tanto en el IMSS como en otras instancias, según reporta el profesional de esta institución, esta labor se encuentra en completo abandono o simplemente no existe el personal para atender dichos casos. Sin embargo, se puede observar que en el ISEM por lo menos existe un psicólogo por hospital para atender a los afectados por esta infección (VIII).

El trabajo en el ISSSTE con los estos pacientes empezó desde que se dieron los primeros contagios de este virus en la población de México, ya que a través de los años los casos de contagios han sido cada vez más, además de que en ocasiones se han dado casos en que llevan a pacientes ya en estado terminal que sólo llegan a morir y los cuales murieron sin siquiera saber que tenían VIH, situación que alertó al personal médico para poner más atención en este rubro.

Del mismo modo los psicólogos del ISEM señalan que desde hace aproximadamente dos años, es decir, desde el 2000 se trabaja en la atención a pacientes infectados por el VIH, ya que precisamente en ese año se incrementó el número de infectados y que acudían a consulta externa en ese hospital (ubicado en Atizapán de Zaragoza), por tanto la institución abrió sus puertas para atender a infectados por el VIH en consultas internas y externas. De manera contraria los psicólogos entrevistados del IMSS no tienen idea si existe algún psicólogo dedicado a esta labor, por su parte expresaron ignorar la situación en la que se encuentra la institución con respecto a este problema. El psiquiatra del ISSEMYM, señaló que durante los 5 años que lleva laborando es esa institución sólo ha tenido la oportunidad de trabajar con 2 pacientes seropositivos, los cuales sólo acudieron a 2 citas cada uno, y de eso ya hace algún tiempo por lo que destacó que muy probablemente ya han de haber muerto.

Por otra parte, el personal entrevistado en el IMSS, señaló que en general, la psicología no aporta técnicas hacia el área de Infectología, ya que dicha área sólo compete a los médicos especializados y manifestaron ignorar por completo el papel de la psicología en la misma. Sin embargo por su parte los psicólogos de la salud del ISEM

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

manifestaron que las aportaciones que la psicología aporta de manera directa dentro de esta institución hacia el área antes mencionada es diversa, entre las más frecuentes se encuentran las siguientes: Adherencia terapéutica, afrontamiento, calidad y estilos de vida y todo esto con un enfoque psicoeducativo, en donde se enseña al paciente a adquirir comportamientos adecuados para la prevención de todo tipo de infecciones y posibles reinfecciones si éstas ya existen, desde un punto de vista comportamental.

Del mismo modo, el personal entrevistado en las anteriores instituciones de salud manifestó que el trabajo que se realiza con los pacientes es multidisciplinario y por lo tanto está integrado diverso personal de la salud como son el médico internista, el médico general, el trabajo social, laboratorio, rayos "X", enfermeras y por supuesto el psicólogo de la salud.

A su vez en el ISSSTE, el trabajo que se realiza en conjunto para atender a la población de pacientes, como así lo reportaron, se da primero con el diagnóstico positivo de contagio del virus el cual es detectado por el médico de consulta externa, posteriormente éste lo canaliza con el especialista, quién es el médico que trabaja en Medicina Interna, y este médico es el que lleva a cabo todo el seguimiento en cuanto al control de su salud y la proporción de medicamento para mantener su estabilidad. Este mismo médico canaliza al paciente al área de virología para realizar constantes análisis para conocer cómo ha ido evolucionando el virus. Dependiendo de lo que este médico pueda apreciar en cuanto a lo psicológico en cada una de las consultas que lleva a cabo con los pacientes, canaliza a éste con el psiquiatra o él mismo trabaja con aquellos problemas emocionales, como pudieran ser estados depresivos o de angustia.

Sin embargo, las respuestas de los psicólogos del IMSS y del ISEM fueron distintas en cuanto a las modificaciones que harían en el tratamiento a los pacientes con VIH. Los primeros manifestaron que les agradaría aprender más con respecto a la enfermedad (SIDA), por medio de un curso de especialización para mejorar el tratamiento de los pacientes y tener conocimientos generales de Tanatología para preparar tanto a familiares como a los pacientes a la inminente pérdida de los últimos.

A diferencia de los psicólogos del IMSS, los del ISEM manifestaron su interés por implementar un mejoramiento en todas las áreas de servicio y salud dentro del

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

hospital, especialmente en la atención odontológica, ya que los pacientes infectados requieren de constantes y periódicas revisiones, además expresaron su deseo de realizar diversos talleres que permita a los pacientes llevar una mejora en su calidad de vida por lo que les resta. Dichos talleres están enfocados a temas como la sexualidad, el trabajo, la prevención de reinfecciones, la convivencia y estilos de vida sanos o adecuados para mantener su salud física y mental.

Por último, el médico del ISSSTE, destacó que sería muy bueno que más profesionales de la salud participen dentro de este tipo de programas y tratamientos a este tipo de población, y que los profesionales que están actualmente trabajando y que aquellos que se están formando en las escuelas superiores, conozcan más acerca de este virus y de las enfermedades que se derivan, además de participar en aquellos problemas de índole psicológico, el cual, como así lo reporta, influye mucho en su salud.

Además, señaló lo importante que sería la realización de otro tipo de talleres que tuvieran como objetivo el apego al tratamiento, el cual trabajaría con los pacientes para que ellos mismos aprendieran a tomar adecuadamente sus medicamentos, ya que como indicó, del consumo de éstos depende su estabilidad en cuestiones de salud, y si alguna de las 4 o 7 pastillas que consumen al día se le olvida o la toma fuera de la hora de consumo, repercute y obstruye su estado de salud.

3er Area: Tratamientos psicológicos a pacientes infectados por el VIH

Se reportó que en el ISSSTE gradualmente se llevan a cabo pláticas con los pacientes infectados o con sus familiares, las cuales realizan los mismos médicos o en ocasiones Organizaciones No Gubernamentales (ONG's). Estas pláticas están destinadas a proporcionar un apoyo psicológico a los pacientes y familiares y a darles las herramientas necesarias para continuar con su tratamiento, así como para hacerle frente a la enfermedad.

Además dentro de estas pláticas se les ayuda a los pacientes para que aprendan a ocultar su enfermedad en sus centros de trabajo, en el sentido de que, les digan que están enfermos de otras enfermedades como leucemia o asma y por lo mismos tienen que salir constantemente de sus centros laborales. Se les enseña esto, ya que se han dado

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

casos en que por hacer público su estado en sus trabajos, éstos son despedidos, por lo que se diseñó esta alternativa para hacerle frente a estos actos discriminatorios.

Se hizo mención de la participación y el acceso que se les dio a algunas ONG's, dado que ellas conocen más sobre el tratamiento psicológico a los pacientes seropositivos, además de estar más organizados, pero desde hace algún tiempo (el cual no se mencionó) éstas ya no asisten, sin conocer los motivos del por qué de esa decisión.

Se encontró que en el ISEM se realizan diversos programas de prevención al VIH como: conferencias y cursos para adolescentes principalmente abordando el tema de la sexualidad y enfermedades relacionadas a ésta, los talleres de educación comportamental y estilos de vida, que están dirigidos a la población en general y los diferentes folletos y publicaciones que se exhiben dentro del hospital relacionados con las enfermedades de transmisión sexual, entre éstas el VIH.

Por su parte los psicólogos del IMSS declaran que, sólo las publicaciones y los folletos son los únicos apoyos dentro de la institución porque no existen programas de prevención, sin embargo expresan su interés por realizar talleres que apoyen el trabajo de prevención en relación a dicha enfermedad.

Por otra parte el personal de la salud del IMSS y en especial los psicólogos, dirigen su tratamiento a pacientes infectados por el VIH, con base en objetivos tales como: la aceptación de la enfermedad y la enseñanza de nuevos estilos de vida adaptados a las personas con esta enfermedad únicamente. Por su parte los psicólogos del ISEM realizan conferencias y cursos para adolescentes sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual, por lo que se encontró que este programa esta dirigido únicamente para los adolescentes, excluyendo a la población no considerada dentro de esta categoría.

El objetivo del tratamiento, con lo que respecta al ISSSTE, va dirigido a mantener la salud del paciente, en lo más posible y a enseñarle la importancia que reviste el tomar adecuada y gradualmente el medicamento, para que así se pueda mantener en lo mayor posible como una persona funcional. Asimismo, y dado lo difícil

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que es que entiendan su condición, uno de los objetivos que recientemente ha destacado trabajar y obtener, es el de enseñar a los pacientes a evitar las posibles reinfecciones para ellos mismos y las que repercuten en la propagación del virus.

Del mismo modo, ambas instituciones (IMSS e ISEM) trabajan bajo el mismo marco teórico, aunque con algunas variantes, ya que consideran al enfoque conductual como el más adecuado debido a que el SIDA, según mencionan, es antes que otra cosa una enfermedad comportamental, es decir, derivada de ciertas conductas inadecuadas para su propagación e infección, aunque cabe destacar que algunos psicólogos del IMSS trabajan además con el enfoque cognitivo conductual.

Por último se reconoce que en instituciones como el IMSS y el ISEM utilizan similares técnicas psicológicas con los pacientes infectados por VIH, básicamente trabajan con reestructuración cognitiva; TRE, relajación, psicoeducación y manejo de habilidades sociales.

Finalmente las instituciones anteriormente mencionadas coincidieron al incluir a la familia dentro del tratamiento psicoterapéutico en los enfermos infectados por el VIH, aunque cabe mencionar que en el ISEM sólo se incluyen a los familiares cuando el paciente se encuentra hospitalizado, ya que de esta manera, se hace más fácil la localización de algún familiar, de manera contraria, si el paciente sólo asiste a consulta externa, no se trabaja con familiares por falta de personal y de capacidad en el horario.

A su vez el profesional del ISSEMYM, menciona que podría ser muy importante la participación de la familia dentro del trabajo y mantenimiento de la salud del paciente, ya que ellos son los individuos que pueden dar contención y protección al paciente, dependiendo el estado en que se encuentre.

Durante los talleres que se realizaban en el ISSSTE, se buscaba la participación de la familia para que adquiriera información de lo que significaba el atender a un paciente con VIH, además de que se proporcionaba información para que ellos mismos se hicieran participes en este proceso y que conocieran los medios de transmisión, y así quitar un poco los estigmas que se tienen de este virus. Pero, dado lo difícil que es que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

puedan asistir, sólo podían contar con algunos familiares en los talleres, por lo que su asistencia se volvió opcional.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 6

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Podemos deducir de manera general, que dentro de los principales hospitales de salud publica de la zona metropolitana y área conurbada, el trabajo en el ámbito psicológico con los pacientes infectados por VIH es casi nulo (por no decir que no existe) y no existen los profesionales especializados para realizar este trabajo, como lo son los psicólogos de la salud.

Dada la magnitud que tiene actualmente la infección por este virus y sus posteriores enfermedades que debilitan y alteran el estado emocional y familiar del paciente, es de vital importancia que se atienda el aspecto psicológico, de igual forma que el médico, y que se le conceda un sitio especial a este tipo de trabajo, dado que los componentes que ayudan al equilibrio de la salud, no sólo se encuentran en los medicamentos y sus posibles tratamientos.

A partir de lo que se pudo observar, podemos generalizar que además de que no se reserva un sitio especial para trabajar en cuanto a lo psicológico, no existe el personal especializado y preparado para la realización de esta labor, destacando que en algunos casos, otros profesionales de la salud, son los que realizan el trabajo que compete al área de la psicología. Bajo esta premisa, es necesario que, particularmente en estos centros, primero se defina el personal que se va a encargar del trabajo que le corresponde, claro esta, dependiendo de su formación y que posteriormente se busque su especialización para cada problema psicológico o enfermedad.

Es importante señalar, que la incursión de los profesionales de la psicología en los centros hospitalarios, no solo se limite al trabajo con los niños, ya que la psicología no se dedica solo a la atención de este tipo de población, por lo que sería importante la incursión de más psicólogos en estos centros y que se promueva dentro de los mismos la atención, primero, a otro tipo de población, y posteriormente, un constante seguimiento a cada uno de los pacientes sin importar la gravedad de su enfermedad, y sin particularizar en la atención

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

con pacientes infectados por VIH, claro esta, tras haber visto que en la mayoría de las instituciones no se presenta.

Cabe destacar y ser insistentes en que el trabajo psicológico no sea realizado por otro tipo de profesionales, como lo son los psiquiatras y los propios médicos, ya que ellos no tienen la preparación adecuada y necesaria para ayudar en este tipo de problemas, por lo que en estos términos, la ayuda más bien parece un auxilio, ya que por lo mencionado anteriormente, como profesionales que estamos al servicio de la sociedad y alegando a la ética que cada uno debe demostrar de acuerdo a la carrera que tiene, es irresponsable que se trate de ayudar a la gente aunque no se tenga conocimiento de lo que le este sucediendo.

Por lo anterior, en los mismos centros hospitalarios se debe tomar atención a este tipo de hechos, y que por nuestro lado los mismos psicólogos, y todavía más aquellos que ya están inmersos dentro del área de la salud o que estén por hacerlo, exijan respeto al trabajo que les compete realizar, dadas las habilidades y la pertinente formación que se obtuvo.

De acuerdo a lo que señala (Velasco, 1993) en donde enfatiza las labores del psicólogo de la salud dentro de los hospitales, refiere que éste solamente debe realizar las actividades pertinentes a su formación y a las habilidades para las que fue capacitado y las que, debido a su acreditación, son las que desarrolla correctamente. Por lo que, en lo referente a las cuestiones administrativas, éstas deben ser hechas por otro personal de la institución, como las que llevan a cabo los psicólogos del ISEM, quienes realizan dichas actividades, entre otras.

Se destaca la importancia de la formación actualizada y continua de los psicólogos de la salud por parte de algunos autores (Latorre y Beneit, 1994; Rodríguez y Rojas, 1998) quienes señalan algunos supuestos que se debieran seguir para la adecuada preparación en la atención a pacientes portadores del VIH o de otras enfermedades en centros hospitalarios. De este modo existe una correlación de ideas, entre lo que opinan los profesionales que se encuentran laborando actualmente acerca de las necesidades que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

requieren para realizar mejor su trabajo, como así lo refieren, los autores revisados en la literatura correspondiente.

Asimismo se debe señalar que dado el avance en cuanto al número de personas infectadas por el VIH y el aumento a la atención que se debiera dar a estos pacientes, se debe buscar una especialización por parte de la psicología, para el trabajo con esta población, ya que, difícilmente pudimos encontrar psicólogos de la salud en los centros hospitalarios y además, como ya lo mencionamos, los que existen sólo se enfocan al trabajo con la población infantil.

Bajo este rubro una especialización permitiría abrir un campo más de trabajo para los futuros psicólogos y aquellos que se encuentran actualmente laborando con estos pacientes. Asimismo tendría muchos beneficios en los centros hospitalarios, ya que se formaría una área especial en cuanto al trabajo psicológico para la ayuda de estos pacientes, y que por ésto no sucedería lo que actualmente esta pasando que algunos profesionales de la salud no conocen mucho al respecto del virus de VIH y el SIDA.

Por otra parte, consideramos que la formación del psicólogo clínico dentro de las universidades, debe estar enfocada hacia las exigencias y demandas de la sociedad y la salud pública, en este caso, observamos la carencia del personal capacitado para una atención psicoterapéutica a pacientes infectados por VIH en los diferentes hospitales de salud pública (con excepción del ISEM), por tanto es necesario que se incluya dentro de la matrícula de las diferentes universidades del área de la salud diversas especializaciones que ayuden en un futuro a colocar a los psicólogos egresados dentro de los hospitales en las áreas correspondientes a su formación.

Del mismo modo, podemos concluir que, si la formación especializada para el psicólogo en distintas áreas de la salud por parte de las instituciones educativas es considerada, el trabajo en los hospitales con los diversos pacientes - en nuestro caso pacientes infectados de VIH -, tendrá una mayor eficacia y rendirá mejores dividendos tanto para los usuarios del hospital como para el prestigio del mismo y de los que laboren

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ahí, aunque también debemos considerar factores que impiden la formación adecuada y especializada de los psicólogos clínicos en el área de la salud; uno de estos factores podrían tener relación con el presupuesto económico de las instituciones educativas y sobre todo de las instituciones de salud pública.

Sin embargo no dejamos de enfatizar que la carencia del personal capacitado, es un problema que evidentemente debe ser abordado para una pronta solución, por lo cual se concluye que ante la carencia de psicólogos especializados en casos de infección por VIH, la prioridad de las instituciones de salud debe ir enfocada a atender este problema y reclutar un número considerable de psicólogos de la salud correspondiente a cada centro de atención u hospital de dichas instituciones.

Por lo anterior, debemos destacar que el trabajo multidisciplinar entre los distintos profesionales de la salud se está dando, aunque no bajo criterios metodológicos bien estructurados, no obstante, médicos de cabecera, psiquiatras, personal de laboratorio, enfermeras y psicólogos trabajan conjuntamente y obtienen información de los casos entre ellos, sin embargo esto sólo es en las instituciones públicas que cuentan con mayores recursos, es decir ISSSTE, IMSS e ISEM. Por lo tanto, con relación a las anteriores instituciones, es gratificante reconocer que el seguimiento de los pacientes infectados por VIH cuenta con apoyo de varios profesionales, no obstante esta labor en algunos casos (concretamente en el hospital del IMSS y del ISSSTE) se considera, debe evolucionar para el mejoramiento del servicio.

Siguiendo con esta línea y bajo lo señalado por los profesionales que laboran en algunas de las instituciones visitadas, encontramos como uno de los principales personajes que obstaculizan la labor del psicólogo como encargado del trabajo que le compete (y como uno de los principales encargados que debiera trabajar con los pacientes del VIH) es el médico. Por esta razón y por la urgencia en la atención a los pacientes infectados por VIH, se debería de reorganizar la situación en los hospitales en cuanto al número de profesionales de la salud, que ahí laboran, ya que no sólo se necesita personal médico y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que por el alto número de éstos, suele suceder que piensen que la incursión de los profesionales de la psicología no es necesaria.

Por otro lado los psicólogos de las distintas instituciones (IMSS, ISSSTE e ISEM), están de acuerdo en realizar algunas modificaciones al servicio que prestan los hospitales de dichos organismos, aunque cabe destacar que éstas varían, de acuerdo a las carencias de los mismos. Así, se encuentra que el personal de salud entrevistado no está conforme con el servicio que prestan sus respectivas instituciones, ya que las demandas están enfocadas básicamente a la falta de personal en distintas áreas y la carencia de especialización de otras.

Podemos concluir que el servicio de salud en instituciones públicas es deficiente aún para aquellos profesionales que laboran dentro y que las carencias en los servicios son tan evidentes, que el mismo personal de salud declara, que existe en los respectivos hospitales donde trabajan, serias deficiencias que deberán ser atendidas por dichos organismos y por el sector público de salud. Con base en lo anterior, podemos expresar que el servicio de salud pública, al menos dentro de estas instituciones no está atendiendo ni trabajando adecuadamente a los usuarios y presta un deficiente servicio a la población que lo requiere, por lo cual pensamos que el incremento del personal especializado dentro de los hospitales públicos desarrollarían favorablemente la atención y calidad de los servicios que se esperan de instituciones de salud de primer nivel.

Algunos de los programas que van encaminados a la reeducación de los pacientes infectados, con el objetivo de que restablezcan su estilo de vida, de acuerdo a su condición, como los que realizan en el ISEM, están conformados de acuerdo a lo señalado por los especialistas (Lacoste y Pitti, 1994; Arranz, 1994) quienes señalan la importancia de que estos pacientes aprendan a tener hábitos sexuales adecuados, correcta administración de los fármacos y a establecerse en alguna actividad funcional.

Como lo señalan algunos autores (Arranz, 1994; Latorre y Bencit, 1994) los principales problemas emocionales que pueden afectar a los pacientes infectados por VIH,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

son aquellos como pérdida de apetito, desinterés por las actividades cotidianas, pensamientos de culpa, ideas de autodestrucción y de revancha hacia otras personas, dificultades cognoscitivas, cambios radicales de ánimo, hipersensibilidad hacia cualquier estímulo, las cuales se sintetizan en depresión y ansiedad (Miller, 1987; Miller, Weber y Green, 1989).

Las técnicas cognoscitivas y conductuales, como reestructuración cognitiva, relajación, psicoeducación, manejo de habilidades sociales, etc. utilizadas en algunas instituciones (IMSS e ISEM) son las idóneas para el manejo de los principales problemas psicológicos que presentan estos pacientes.

En cuanto a los principales problemas que se han logrado encontrar en el tratamiento a los pacientes portadores del VIH, es el abandono del consumo constante y gradual de sus medicamentos, situación que agrava su condición. Por lo anterior, es pertinente abordar este problema con la intención de que se enseñe a los pacientes y que por lo mismo y que por lo mismo, aprendan el beneficio que tiene el hecho de seguir satisfactoriamente con su tratamiento, por lo que en este contexto la labor del psicólogo sería muy importante en cuanto a la formación de hábitos y a la adquisición de un estilo de vida apegado a su tratamiento.

Por lo que el principal objetivo que se espera obtener a partir del correcto trabajo con los pacientes infectados, es que ellos adquieran una aceptación de la enfermedad y se estructuren nuevos pensamientos adecuados que le permitan desarrollarse de manera cuidadosa y libre con la enfermedad (Arranz, 1994). Así, se tiene que en instituciones como el IMSS y el ISEM, comparten esta idea de que el paciente se maneje de manera autónoma y funcional.

Se puede destacar que como lo señala Sarafino (1994) es necesario que se incremente el uso del modelo conductual dentro de los programas psicoterapéuticos en los centros hospitalarios, dado que se ha comprobado que este es el que ha proporcionado mejores resultados en la rehabilitación de los pacientes, por lo que, salvo en el IMSS y en el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ISEM, dicho modelo está en practica y por lo mismo sigue vigente, de acuerdo a los programas y técnicas que se usan. Así es pertinente señalar que en el ISSSTE y en el ISSEMYM, no se basan en este modelo y por lo tanto carecen de una metodología adecuada en la atención para dichos pacientes.

Dado que el paciente portador del VIH se ve inmerso en una condición vulnerable en donde se ve expuesto a diversos estímulos exteroceptivos e interoceptivos, que producen un desequilibrio en el estado emocional, cognitivo y conductual, es necesario el apoyo de otras personas que le proporcionen un ambiente seguro y afectivo, por lo que, como señala Sanz (1990, en Barreto, 1994) la familia constituye un apoyo difícilmente sustituible. Por lo que los profesionales de los centros hospitalarios visitados coinciden en involucrar a la familia en la búsqueda de un equilibrio óptimo y de un estado funcional adecuado.

No obstante lo anterior, los programas de prevención al VIH dentro de éstas instituciones públicas, son bastante pobres, ya que los hospitales visitados carecen de programas bien estructurados, y cuentan con una difusión en el ámbito interno y externo muy precaria, por lo que nosotros creemos que la correcta utilización de los medios de difusión masivos para la prevención de esta enfermedad pueda ayudar a todos los sectores de la población que tengan acceso a ellos, cabe destacar que ésta difusión masiva no excluye los carteles, folletos, trípticos, talleres y conferencias que se podrían impartir en los diferentes hospitales como es el caso del ISEM, quien cuenta con estos medios dentro de su programa de prevención al VIH y es la única institución que a nuestro juicio ha utilizado correctamente distintos medios para éste fin.

Finalmente destacamos la incoherencia existente entre los objetivos del tratamiento psicológico con los pacientes infectados por VIH y la práctica que se lleva a cabo dentro del sector público de salud, dado que los primeros en el papel están bien estructurados y cuentan con una planeación correcta, pues dichos objetivos en general están encaminados hacia la rehabilitación funcional de las personas que padecen este mal con propuestas verdaderamente aceptables y desde nuestro punto de vista lógicas. Sin embargo, la práctica y el trabajo, que los diferentes profesionales de la salud realizan con dichos pacientes ésta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

muy distante de la planeación y estructuración de sus objetivos, esto se debe a la falta de preparación de dichos profesionales en el área de la psicología de la salud y / o la falta de especialización de dichos psicólogos. No obstante queremos mencionar que en el ISEM la práctica es totalmente coherente con los objetivos que se trazan y por tanto dicha institución trabaja, al menos con estos pacientes, de una forma más satisfactoria.

Se deduce que los portadores de VIH de escasos recursos, ante el reducido número de alternativas, en cuanto a los centros de salud, asisten a instancias publicas dada su condición, es decir, que dichos usuarios no reciben el tratamiento adecuado y que por lo señalado anteriormente, se ven en la imposibilidad de acudir a otras instituciones privadas de salud, en donde posiblemente se les brindaría un mejor servicio.

Por ultimo, y como punto central de esta investigación, se plantea que en lo que respecta a las instituciones de salud publica que comprenden el Distrito Federal y la zona conurbada, no existen los programas enfocados y especializados al tratamiento con pacientes portadores de VIH, por lo que esta población esta expuesta a sufrir con su condición, mientras no se tomen las medidas pertinentes para darle una solución a este problema.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arletti, S. Y Bemporad, J. (1981). **Psicoterapia de la depresión**. Argentina: Paidós.
- Arranz, P. (1994). Intervención psicológica en niños y adultos afectados de SIDA. **Revista de Psicología General y Aplicada**, 47 (2), 25-36
- Arranz, P. Y Carrillo A.(1994). Intervención psicológica en niños y adultos afectados de SIDA. **Revista de Psicología General y Aplicada**, 47 (2), 105-132
- Ballester, R. (1997). **Introducción a la Psicología de la Salud**. España: Promolibro.
- Barreto, P. (1994). Cuidados paliativos al enfermo de SIDA en situación terminal: enfoque multidisciplinar. **Revista de Psicología General y Aplicada**, 47 (2), 78-98
- Bayés, R. (1994). SIDA y Psicología: realidad y perspectivas. **Revista de Psicología General y Aplicada**, 47 (2), 67-87
- Bazán, E. (1997). "Psicología de la Salud en el tratamiento de pacientes con infarto de miocardio: aplicación de la tecnología conductual." Tesis de maestría no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Edo. Méx. México.
- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2000). Psicología de la Salud: Antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En E. Becoña y L. Oblitas (Eds) **Psicología de la Salud**, México DF. : Plaza y Valdez.
- Carrillo, F. y Macia, D. (1988). **Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta**. Estudio de casos. Madrid: Ediciones Pirámide, Pp. 101 – 112.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cassuto, J; Pesce, A. y Quaranta, J. (1991). **Manual de SIDA e infección por VIH**. Barcelona: Masson

Ciudadfutura (2001, Diciembre). **Técnicas y habilidades de intervención en la psicología**. <http://psico/técnica-habilidades/>

Costa, M. y López, E. (1986). **Salud Comunitaria**. México: Martínez Roca

Daniels, G. (1987). **SIDA. El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida**. México: Manual Moderno.

Daniels, G. (1988). **SIDA México: Manual Moderno**, Cap. 1 y 2

Durham, D. y Cohen, F. (1994). **Pacientes con SIDA. Cuidados de enfermería**. México: Manual Moderno.

Fernández - Ríos, L. (1994). **Psicología Preventiva en acción: Prevención en casos específicos**. En Fernández - Ríos, L. **Manual de Psicología Preventiva**. España: Siglo XXI Pp. 374 - 397

Flores, L. (2001). **Psicología de la Salud, Psicología**. (en red) disponible en: www.psychologya.com/biblioteca.

Gannon, F. (1981). **Drogas. ¿Qué son y como actúan?**. Editorial Pax: México,

Gatell, J.; Clotet, B.; Podzamlzer, D.; Miró, J. Y Mallolab, J. (1992). **Guía Práctica del SIDA. Clínica, Diagnóstico y Tratamiento**. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.

Golfried, M. y Davison, G.(1981). **Técnicas Terapéuticas y Conductistas**. Buenos Aires: Editorial Paidós.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Greenspan, D. (1990). **El SIDA en la cavidad bucal**. Copenhague: Munksgaard Internacional

Gutiérrez, A.; Lacoste, J. Y Pitti, C. (1994). Atención primaria e infección por VIH / SIDA. **Revista de Psicología General y Aplicada**. 47 (2) 17-38

Holtzman, W., Evans, R., Kennedy, S. e Iscoe (1988). Psychology and health: Contribution of psychology improvement health and care. **Bulletin on the World Health Organization**. 913 - 935.

Holtzman, W. (1993). La psicología y la salud por todo el mundo. En: J. Palacios y E. Lucio (Eds), **Primer Congreso Internacional de la Psicología de la Salud**.

Hyde, M. Y Forsyth, E. (1987). **AIDS**. United States of America: Walker Publishing Company

Ingram, R.; Miranda, J. Y Segal, Z. (1998). **Cognitive Vulnerability to Depression**. New York: Guilford Publications

Kasparas, G. (1994). Trastornos mentales orgánicos y SIDA. **Acta Psiquiatra Psicológica de América Latina**. 40 (4) , 46-67

Latorre, J. (1994). Psicología de la Salud: Introducción y conceptos básicos. En: J. Latorre y P. Bencit (Eds) **Psicología de la Salud**. 17 - 25 Argentina. : Lumen.

Latorre, J. y Bencit, P. (1994). **Psicología de la Salud: Aportaciones para los profesionales de la salud**. Argentina: Lumen.

Lowen, A. (1982). **La Depresión y el cuerpo**. España: Editorial Alianza.

ESTÁ LA TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Linn, S. Y Garaske, J. P. (1988). **Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y Métodos.** Bilbao: Desclee de Brower, Cap. 8.

Llamas, R. (1995). **Construyendo Sidentidades.** Madrid: Siglo XXI

Matarazzo, J. (1982). Behavioral health's challenge to academy, scientific and professional psychology. **American Psychologist.** 1 (14), 27-48

Míguez, H y Magri, R. (1993). Patrones del uso de drogas en jóvenes de clase alta. **Acta Psiquiátrica Psicológica** (4), 294-300.

Miller, D. (1987). **Viviendo con SIDA y HIV.** México: Manual Moderno

Miller, D.; Weber, J. Y Green, J. (1989). **Atención a pacientes de SIDA.** México: Manual Moderno.

Millon, T. (1982). **On the Nature of Clinical Health Psychology.** En Millon, C. Green y R. Meagher, (Eds) *Handbook of clinical health psychology* Pergamon Press Cap. 1, |New York.

Modesto, J.; Aguilera, A. y Avery, A. (1994). Aspectos psiquiátricos y sociales del SIDA. Informe de 4 casos. **Acta Psiquiatra Psicológica de América Latina.** 40 (2), 71-103

Montañas, R. (2000, Diciembre). **Problemas Médico – Psicológicos en el SIDA.** <http://psicologia/medicina/sida.com>

Nilsson, L y Ross, M. (1999). **Copyng with HIV infection,** United States of America: Klower Academic/Plenum Publishers.

Organización Panamericana de la Salud. (1989). **SIDA. Perfil de una Epidemia.** México, D.F.:Autor

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Páez, D.; Cubillos, S. y Pizarro, M (1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del SIDA. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 47 (2), 107-131

Pratt, R. (1987). **SIDA. Implicaciones en Enfermería**. Barcelona: Ediciones Doyma

Pommier, G. (1999). **El SIDA en la Cultura. Problemáticas a fines de siglo**. Argentina: Homo Sapiens Ediciones

Psicologíaonline (2001, Diciembre). **Psicología**. [www/autoayuda/ http.](http://www/autoayuda.com/psicologia/)

Psicológico (2001, Enero). **Tratamientos psicológicos**. (2 párrafos) [DIR/psicologico.htm](http://www.dirpsicologico.com/DIR/psicologico.htm)

Ramírez, M. (1996). **Psicología Pediátrica**. Tesis de maestría, México. Carrera de psicología. UNAM – Campus Iztacala

Richardson, D. (1990). **La mujer y el SIDA**. México: El Manual Moderno

Rodríguez, G. y Palacios, J. (1989). Algunas consideraciones sobre la psicología de la salud en México. En: J. Urbina (Ed) **El psicólogo: formación y ejercicio**. (473 – 481). México D.F. UNAM.

Rodríguez, G. y Rojas, M.(1996). **Psicología de la Salud en América Latina**. México DF.: Facultad de Psicología. UNAM.

Rodríguez, G. y Rojas, M.(1998). **Psicología de la Salud en América Latina**. México DF.: Facultad de Psicología. UNAM – Miguel Ángel Porrúa.

Romo, J; Salido F. y Valdivieso, J. (1997). **SIDA. Manejo del Paciente con VIH**. México: Manual Moderno.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Royo, J.; Viladrich, M. y Bayés, R. (1994). Diagnostico de seropositividad al VIH y comportamientos de riesgo de heroínómanos. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 47 (2), 115-136

Saavedra, J. y Magias, C. (1998). *Costos y gastos en la atención médica del SIDA en México*. México: Grafia

Salinas, R. (1988). La Aplicación de Técnicas Cognitivo y Conductuales para el Tratamiento de la Depresión: Un Caso. *Revista Iztacala*. 1(1)

Sánchez, L.(1994). *Casos Clínicos del SIDA*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.

Sanz, M; Vega, G. y Martínez, B. (1999). *SIDA: Aspectos Médico - Legales y Deontológicos*. Valladolid: Gráficas Varona

Sarafino, E. (1994). *Health Psychology: biopsychosocial interaction*. New York: John Willy Sons.

Sepulveda, J. (1989). *SIDA, Ciencia y Sociedad en México*. México: Fondo de Cultura Económica.

Sontag, S. (1989). *El SIDA y sus metáforas*. Barcelona: Muchnik Editores

Stone, C. (1979). Psicología de la Salud: Una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 3(15) 15 - 26.

Unikel, C.; Galvan, J. y Soriano, A. (1998). Evolución del consumo de cocaína y su presencia entre las clases menos favorecidas en México. *Salud Mental*. (2), 29-36.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Vargas, F.J. e Ibañez, R.E.(1998). Aplicación de la Terapia Racional Emotiva y del Entrenamiento asertivo a un caso. *Revista Iztacala*. 1(1)

Velasco, C. (1993). *Las funciones del psicólogo en una institución de la salud*. Tesis de Licenciatura, Iztacala. UNAM.

Villatoro, V. y Medina, M. (1996). La dependencia y los problemas asociados al consumo de drogas en México. *Salud Mental*. (3), 1-6.

Volberding, S. (1992). *Manejo médico del SIDA*. México: Interamericana McGraw-Hill

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FES - IZTACALA.

El objetivo de éste cuestionario es realizar una investigación a las principales instituciones públicas de salud dentro del Distrito Federal y la zona conurbada, para identificar como se esta abordando el problema del SIDA en dicha zona geográfica, las estrategias psicológicas para combatir esta pandemia y sobre todo, la inserción del psicólogo como profesional de la salud en el tratamiento de dichos pacientes infectados por VIH.

Se le proporcionarán una serie de preguntas a las cuales le pedimos que responda con la mayor sinceridad posible. Los datos que nos proporcione serán totalmente confidenciales. ¡De antemano le damos gracias por su colaboración!

Institución _____ Profesión _____
 Área y/o especialidad en la que se desarrolla _____
 Tiempo de desarrollo en su área de especialidad _____
 Edad _____ Género _____

1.- ¿Qué funciones desempeña el psicólogo en ésta institución?

2.- ¿Cuáles son las técnicas que el psicólogo de la salud proporciona a ésta institución?

3.- ¿Cuáles son los beneficios para los usuarios y/o pacientes que el psicólogo trabaje en un hospital?

4.- ¿Qué formación debe tener un psicólogo de la salud?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.-¿Cuáles son los obstáculos que considera existen para que un psicólogo se desarrolle adecuadamente en el ámbito hospitalario?

6.- ¿Cuántos psicólogos se dedican al trabajo de pacientes con VIH en ésta institución?

7.- ¿Sabe usted desde cuándo los psicólogos trabajan con los pacientes con VIH en ésta institución y por que?

8.- ¿Qué técnicas puede aportar la psicología al área de infectología?

9.- ¿Con qué profesionales colaboran para atender a los pacientes con VIH en ésta institución?

10.- ¿Qué modificaciones usted haría al trabajo que realiza en ésta institución en pacientes con VIH?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11.-¿Qué programas de prevención al VIH realizan en ésta institución?

12.- ¿Hacia que objetivos dirigen el tratamiento psicológico con estos pacientes?

13.- ¿Bajo qué marco teórico trabajan con los pacientes con VIH y por que?

14.-¿ Qué técnicas y/o procedimientos psicológicos utilizan con los pacientes con VIH en ésta institución y por qué?

15.-¿ Incluyen a la familia en el tratamiento psicológico, si – no y por qué?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN