



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

ATENCIÓN PSICOLÓGICA INTEGRAL
A PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA EN UNA
ORGANIZACIÓN NO GUBERNAMENTAL

REPORTE DE TRABAJO

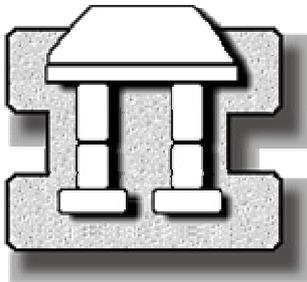
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

MARINA ELIZABETH SALAZAR PEÑA

ASESOR:
MTRA. ARACELI SILVERIO CORTÉS

DICTAMINADORES:
MTRA. MARÍA GUADALUPE AGUILERA CASTRO
LIC. JUANA ÁVILA AGUILAR



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

AGRADECIMIENTOS

A mi Dios:

Señor, por que Por Ti y Para Ti es todo esto.
A ti sea la gloria y la honra.
Gracias por ser mi TODO, sin ti no soy nada.
Gracias por mi identidad en Ti.
Gracias por confiar en mi, cuando
nadie lo hacia.
Gracias fortaleza mía y castillo mío.
Gracias... Mil Gracias.
TE AMO...

A mi Padre:

Papito... Tarde pero obtuviste el fruto deseado, perdón por no escucharte a tiempo y entender tu experiencia y sabiduría, cuantas veces no confronte tus sugerencias y vieras que caro las fuí pagado... Gracias por siempre estar ahí, a pesar de todo, a pesar de mi misma, por darme siempre tu apoyo y amor. Gracias por tu disciplina con AMOR.
Te amo tanto que mi mayor deseo para ti es Cristo en tu corazón.

A mi Madre:

Mami... Gracias por acompañarme siempre y estar a mi lado, por estar en cada momento dispuesta y dando más de lo que necesitaba, cubriendo los más mínimos detalles. Gracias por tu cariño, por tus desvelos, por tu tiempo, por tus consejos, por aguardar en mis silencios, pero sobre todo por ser mi Madre... Eres lo que ha esperado de ti Dios.
Sigue creciendo como hasta hoy en Cristo-Jesús. Te amo.

A mis Hermanos:
Adri, Kari y Rommel

Cada uno de manera especial contribuyó conmigo, consejos, apoyo técnico, compañía, cariño, a ustedes... Gracias por ser y estar siempre.
Sabén que los amo... Dios los bendiga a cada paso de su vida.

A mis Cuñados:
Carlos, Ignacio y Karla

Gracias por todo, por sus detalles, bromas, apoyo en diversas líneas y colaboración.
Manténganse unidos a sus amores que son míos también. Solo con Dios se puede esto y más.

A la memoria de mi Abuelita:

Perdón por tardar... Te me fuiste antes de poder compartir conmigo, esto que también fue tuyo... estuviste en el proceso, pero no viste su culminación... siempre estarás en mi corazón y tu amor ha sellado mi corazón.
Gracias Rey mío por llevarte a tu hija amada en completa paz y amor... se que esta en un buen lugar (como ella lo decía) y que nos volveremos a encontrar ante ti.
Gozosa está, por vivir tu amor y tu paz...
Gracias.
Te amo Abuelita.

A Dánae:

Quizá vengan más y los querré mil... Pero tu pequeñita has formado parte de ese capítulo de mi vida, Gracias por estar a mi lado, regalarme una sonrisa ante el estrés, por acompañarme en cada momento, por disfrutar junto conmigo lo bello de los paisajes de mi institución, pero sobre todo Gracias por permitirme verte crecer y formar parte de todo ello... Te amo "mi bebé"

A Ti Amor:
"El vendrá"

HEBREOS 10:37

37 Porque aún un poquito, Y el que ha de venir vendrá, y no tardará.

A CAPPSSIDA:

Gracias por la oportunidad de brindarme el espacio para desarrollarme profesionalmente y servir con amor, gracias a mis pacientes por creer en mi, forman parte importante en mi experiencia profesional.

Por todos aquellos colaboradores y amigos que forman y han formado parte de esta cálida institución.

Los quiero... Gracias.

A mis asesoras clínicas

Dra. Elisa Salamé

Dra. Ana María Zellhuber

Gracias por su confianza, enseñanzas y apoyo, por darme las herramientas clínicas para atender a mis pacientes portadores, por acercarme a CAPPSSIDA y por seguir conmigo hasta el día de hoy.

Las quiero mucho

Gracias.

A mi asesora de tesis:

Mtra. Araceli Silverio

Mil Gracias por colaborar conmigo a cerrar este capítulo de mi vida, por dedicarme tiempo en tu convalecencia, por tus comentarios y sugerencias, siempre precisas y cargadas de una sabiduría que no veía, gracias por cada palabra de aliento y apoyo.

Eres extraordinaria y creo todo esto permitió el inicio de una buena amistad.

Muchas gracias.

A mi honorable Institución:

Gracias por abrirme las puertas y recibirme con tanto amor, por darme los conocimientos y apoyarme a ser una profesionista de calidad y comprometida con mi labor.

Gracias UNAM

Gracias Iztacala

A mis compañeros y amigos:

Es grande la lista y no quiero omitir a ninguno, pero a todos y cada uno los llevo en mi corazón, sin olvidar las experiencias, palabras de amor, entusiasmo, motivación, apoyo, entre tantas emociones y situaciones vividas; a los de ayer, a los de hoy y los que vendrán mañana.

Los quiero.

GRACIAS SEÑOR... "HECHO ESTÁ"

ÍNDICE

	Páginas
<i>INTRODUCCIÓN</i>	2
CAPITULO 1	
<i>LA PANDEMIA DEL SIGLO EL VIH/SIDA</i>	7
1.1 Definición	7
1.2 Antecedentes	8
1.3 Historia del SIDA en México	11
1.4 Epidemiología	15
1.5 Mecanismos de Infección	19
1.6 Análisis y Diagnósticos	21
1.7 Historia Natural de la Infección	27
1.8 Prevención	32
1.9 Tratamientos	34
1.10 Impacto Socio-económico	41
CAPITULO 2	
<i>PSICOLOGÍA Y EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD</i>	47
2.1 Psicología de la salud	49
2.2 Participación del psicólogo en el área de salud	51
2.3 Sexualidad y psicología	54
2.4 VIH/SIDA como epidemia mental y moral	58
2.4.1 Trastornos Psiquiátricos y el VIH	60
2.4.2 Aspectos clínicos asociados al VIH	61
2.4.2.1 Demencia	
2.4.2.2 Delirio	
2.4.2.3 Psicosis	
2.4.3 Desordenes del afecto	63
2.4.4 Desordenes de ansiedad	65
2.4.5 Fases psicológicas de la infección por VIH	67
CAPITULO 3	
<i>CAPPSIDA: Una Organización No Gubernamental con trabajo en VIH/SIDA</i>	70
3.1 Reseña Histórica	72
3.2 Identidad Oficial	73
3.3 Estructura organizacional	78
3.4 Actividades Generales	78
3.5 Áreas y servicios organizacionales	86

CAPITULO 4	
<i>REPORTE DE TRABAJO "LA PSICOLOGÍA EN CAPPSIDA"</i>	93
4.1 Psicología Organizacional	93
4.2 Psicología Educativa	96
4.3 Psicología Social	99
4.4 Psicología Clínica	104
4.4.1 Detección Integral	104
4.4.2 Atención Psicológica Integral	111
4.4.3 Psicoterapia individual	113
4.4.4 Psicoterapia de pareja y familiar	120
4.4.5 Grupos y el VIH	126
4.4.5.1 Grupo Terapéutico	129
4.4.5.2 Grupo de Autoapoyo	140
4.5 Propuesta clínica en psicoterapia individual y grupal	145
<i>CONCLUSIONES</i>	151
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	162
<i>ANEXOS</i>	166
1. Solicitud de Ingreso	
2. Carta Compromiso	
3. Atención Domiciliaria	
4. Detección de VIH e ITS	
Evaluación pre-prueba	
Evaluación post-prueba	
Consentimiento informado	
5. Historia Clínica (Psicología)	
6. Atención Integral. Historia Clínica General.	

RESUMEN

El campo laboral del psicólogo en áreas de salud, sexualidad y VIH/SIDA es amplio, aunque en ocasiones complejo; ya que nos enfrentamos a uno de los problemas de salud pública más impactantes del siglo XXI a nivel mundial y en México ciertamente no es la excepción, las implicaciones sociales, económicas y políticas vienen endosadas a esta problemática por lo que a través de los últimos años se le ha denominado la pandemia del Siglo.

Actualmente nos encontramos en una etapa de mayor realismo, el SIDA es un problema que requiere de un enfoque y manejo multidisciplinario e intersectorial donde la participación de la sociedad civil organizada es de gran relevancia y es a través de CAPPSIDA, organización no gubernamental con trabajo en VIH/SIDA que mi contribución como profesional de salud en áreas específicas de la psicología he desempeñado y donde he podido ampliar mis conocimientos y experiencia como psicóloga, no sólo en el área clínica en la atención psicológica de los afectados, familiares, parejas o círculo cercano del portador, sino también en el área educativa a través de la información y capacitación para la prevención y atención de los portadores, en el área social en apoyo directo a grupos de riesgo y personas que viven con VIH/SIDA con bajos recursos y en el área organizacional a través de la selección y capacitación del personal que colabora y ha participado en la organización.

Es así como el presente reporte de trabajo, tiene como objetivo principal dar a conocer mi experiencia laboral en una organización no gubernamental con trabajo en SIDA, el crecimiento profesional y personal obtenido a partir de mi colaboración y la contribución de la formación académica otorgada en esta prestigiada institución, así mismo pretende brindar una propuesta laboral multidisciplinaria en el trabajo clínico del psicólogo, para ello se describe toda la información relativa a la infección del VIH/SIDA, el aporte de la psicología de la salud, qué es y qué se hace en una ONG (organización no gubernamental) como CAPPSIDA y la inserción del psicólogo en esta institución.

INTRODUCCIÓN

Desde hace más de veinte años en que aparece una nueva y extraña enfermedad, llamada Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), en la humanidad se desborda una serie de complicaciones que afectan directamente a las diferentes esferas en las que se desenvuelve el ser humano: social, económico, cultural y político; los hechos poco a poco fueron sobrepasando los mecanismos de atención y prevención, hasta el punto que se fueron involucrando más actores en la lucha contra esta enfermedad que ya en ese momento se convertía en la pandemia del Siglo, se involucró la población civil, mientras que el Gobierno Federal a través de la Secretaria de Salud del país, en colaboración con instancias internacionales como el ONUSIDA buscaban alternativas para aminorar el progreso de la infección, pero las acciones en ese entonces, así como al día de hoy no son suficientes y día a día se requiere de más.

A pesar de que no es la misma percepción de la enfermedad a la que se tenía en los 80's o 90's, ya que ha pasado de ser una enfermedad mortal -donde únicamente se podía ayudar al paciente al bien morir, a una enfermedad crónica -patología de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente- gracias a la aparición de nuevos tratamientos antirretrovirales (TARGA-terapia Antirretroviral de Gran Actividad) que han influido en la esperanza de vida de los afectados, la lucha contra el SIDA va dirigida a la población en general en dos vertientes portadores y población no afectada, ya que la educación en la salud y en la sexualidad es para todos, y es aquí donde la labor y contribución por psicólogos especializados es de gran relevancia hoy en día.

En una revisión teórica de temas relacionados con la pandemia, se han detectado tres grandes grupos de variables psicológicas, y las cuales han sido objeto de estudio desde que apareció el VIH/SIDA en la sociedad, aunque no se les haya dado la misma relevancia que en sus inicios, ya que únicamente se contemplaban como factores adicionales a un problema de salud físico-biológica, pero en la

actualidad son de gran impacto en el estado de salud-enfermedad del afectado e importante contribución a la sexualidad de la sociedad del siglo XXI. Estos estudios o investigaciones son relativas a:

1. Evaluación de conocimientos sobre la enfermedad (etiología, prevención, epidemiología, transmisión y sintomatología).
2. Evaluación de comportamientos sexuales en los diferentes grupos sociales (adultos, mujeres, jóvenes, niños, hombres que tienen sexo con otros hombres)
3. Apoyo y atención a las personas que viven con VIH/SIDA, actitudes hacia las personas portadoras y actitudes relacionadas a la infección (adherencia a los medicamentos y sexo-seguro sexo-protegido).

Pero de todos ellos, el que tiene menos contribuciones a la sociedad y en especial a profesionales de salud es el último, relativo a la atención de las personas que viven con VIH/SIDA, el impacto de su red social cercana y las actitudes del paciente ante el VIH y sus cambios en la dinámica personal.

Siempre es importante la información y prevención para la salud sexual de toda la población y es quizá aquí donde se cree podría erradicarse la enfermedad a través del uso consistente del condón, abstinencia o emisión de conductas alternativas (sexo seguro) y es por medio de profesionales especialistas, instituciones de salud, grupos religiosos, padres de familia, profesores, consejeros, entre otros, pero a pesar de todo este esfuerzo, los resultados han sido infructuosos, las relaciones sexuales riesgosas persisten y la infección del VIH o algunas otras ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) continúan, por lo que se puede detectar que mucha de esta labor no sería necesaria si hubiera realmente una conciencia de enfermedad en los portadores del VIH o posibles portadores con base en su historia sexual, ya que con el cambio de actitud y conducta por parte de las personas que viven con VIH, el riesgo se minimiza hasta anularse, es educación en valores, basadas en el amor y cuidado del prójimo, y es esta actividad la función más compleja del psicólogo porque las condiciones de vida en la

actualidad van en otra línea y encaminadas al egoísmo o yoísmo que etimológicamente viene de ego [yo] e ismo [práctica] y consistente en poner los intereses propios en primer lugar.

Los cambios y avances con respecto a la enfermedad, se irán dando día a día hasta llegar a encontrar la cura y vacuna del VIH/SIDA, pero la calidad del ser humano es labor de todos, la familia especie en extinción, la sociedad cada vez más decadente, los medios de comunicación entre ellos el internet que únicamente contribuyen a formar seres humanos de papel, y como se dijo anteriormente, efectivamente la labor y contribución de la sociedad civil es valioso pero en vías de mejorar al ser humano del mañana, nos estamos acabando toda la naturaleza, el agua, el oxígeno, los seres vivos y hasta al hombre, ¿a dónde llegaremos con estas acciones?.

Por lo antes dicho, es mi especial interés contribuir a la calidad y con ello la cantidad de vida de las personas afectadas por el VIH y por ende del ser humano del mañana, a través de la exposición de mis experiencias y la sugerencia de una propuesta clínica en atención psicológica individual y grupal, basada en la sensibilización del paciente, de la vida, del amor y del prójimo, programa que puede ser aplicado en organizaciones civiles o públicas, la implementación de la metodología, es totalmente favorable para los pacientes que viven con VIH/SIDA ya que contribuye al proceso inmunológico del paciente y a la felicidad del hombre.

Es preciso hoy en día tener una percepción diferente de la enfermedad, no postergar el camino a la verdad, a través de salidas falsas y acciones infructuosas, no permitamos que el VIH avance, ya que en la labor del psicólogo podemos apoyarnos de las diferentes herramientas con que cuenta la disciplina, pues al ser una ciencia que estudia la mente y la conducta, puede conocer y explicar el comportamiento de los seres humanos y en alguna ocasión incluso predecir sus acciones futuras, pudiendo intervenir sobre ellas y así beneficiar al paciente y a su entorno social inmediato con un poco de su contribución.

Por lo antes mencionado, el presente trabajo aborda los temas y aspectos más relevantes en la labor de psicólogo; en el ámbito de la salud, la sexualidad y el VIH/SIDA y en donde lo encontrará desglosado de la siguiente manera:

En el capítulo uno se realiza una revisión teórica de los aspectos más relevantes asociados al VIH/SIDA, se revisa para el conocimiento y comprensión del tema en general, definición, antecedentes, historia del SIDA en México, epidemiología, mecanismos de infección, historia natural de la infección, prevención, tratamientos e impacto socio-económico de la infección, toda esta información es de especial relevancia para los profesionales de salud en VIH/SIDA y por ende para la adecuada interpretación de lo aquí expuesto.

En el capítulo dos vemos de manera general la importancia de la psicología en la salud, la participación del psicólogo ante cualquier proceso de salud-enfermedad, la importancia de la salud sexual en la vida de cualquier ser humano, para finalmente tocar el tema de VIH/SIDA desde el punto de vista psicológico, cambios en el estado emocional y conductual y su repercusión en la vida cotidiana del portador.

En el capítulo tres se realizará un esbozo general de lo que es CAPPSSIDA, organización no gubernamental con trabajo en VIH/SIDA desde hace 13 años y en la que he podido desempeñar mis funciones como psicóloga.

En el capítulo cuatro desarrollo un reporte global de mis actividades dentro de la institución en las diferentes áreas donde se puede insertar el psicólogo, organizacional, educativa, social y clínica en sus diferentes modalidades asesoría pre-prueba y post-prueba, psicoterapia individual, de pareja, familiar y grupal expongo mis experiencias y colaboración, para finalmente otorgar una propuesta clínica a profesionales en psicoterapia integral.

Finalmente, en las conclusiones confrontó mi experiencia con la teoría de algunos autores, brindo un panorama general de los alcances y limitaciones de mi labor, expongo lo que pude encontrar en una organización como lo es CAPPSIDA, mi crecimiento profesional y personal, y el cómo contribuyó la institución educativa Iztacala en mi formación académica-profesional y por ende en mi vida.

Capítulo 1

LA PANDEMIA DEL SIGLO EL VIH/SIDA

El VIH/SIDA se ha convertido en el principal problema de Salud a nivel mundial de los últimos tiempos, su impacto ha propiciado múltiples consecuencias, incidiendo no solamente en el individuo infectado y su entorno social inmediato, sino que ha llegado a trascender a la esfera macro social, con un sin fin de repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y hasta políticas.

A pesar del conocimiento que la sociedad de la actualidad tiene con respecto a esta pandemia las consecuencias se siguen manifestando y es por ello conveniente recalcar los puntos más representativos que permitan reafirmar, corroborar o conocer la información que se tiene, ya que con ello el lector entenderá a profundidad la importancia de este trabajo.

1.1 DEFINICIÓN

El VIH (acrónimo de virus de inmunodeficiencia humana) es el agente infeccioso determinante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El nombre de VIH o Virus de Inmunodeficiencia Humana, se le atribuye a un retrovirus lentivirae, que tiene un diámetro de aproximadamente 100 nanómetros, es un virus esférico con varias capas proteínicas. Su material genético se compone principalmente de ARN que debe copiarse en ADN para poder multiplicarse e integrarse en el núcleo de la célula que infectan. Los antígenos (proteínas) de la envoltura exterior, permiten al virus adherirse e infectar los linfocitos T4 (glóbulos blancos). Es decir este virus destruye o desarma el sistema inmunológico, impidiendo que el cuerpo se defienda incluso de las infecciones más leves.¹

Mientras que la palabra S.I.D.A (acrónimo del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida), describe un conjunto de signos y de síntomas asociados a una

¹ Daniels, G. V. (1988). SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. México: El Manual Moderno.

respuesta inadecuada del sistema inmunitario, el cual está encargado de brindar las defensas necesarias para que el organismo combata las infecciones o los agentes oportunistas (microorganismos invasores y extraños).²

Sin embargo aunque coloquialmente se usan estos términos para describir o definir lo mismo, no es así, ya que existe gran diferencia entre estar infectado con VIH y padecer SIDA. Una persona infectada de VIH es seropositiva o portadora del virus y susceptible de infectar a otros ante alguna situación de riesgo que involucre los diferentes fluidos infectantes (sangre, semen, fluidos vaginales y leche materna) y una persona desarrolla un cuadro de SIDA cuando su nivel de Linfocitos T CD4 (que son el tipo de célula que ataca el virus) desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre, lo cual quiere decir que su organismo se encuentra en riesgo de adquirir alguna infección oportunista proveniente de bacterias, hongos, protozoos, virus o por otra complicación como cánceres, afecciones neurológicas, úlceras bucales, trombocitopenia o el ya conocido síndrome de desgaste progresivo, la presencia de alguna o varias infecciones llegan a deteriorar el estado de salud de la persona portadora hasta la muerte.

1.2 ANTECEDENTES

La primera advertencia reconocida sobre este gran padecimiento fue a finales de 1979, en la que el doctor Joel Weisman, médico de los Ángeles, conocido por su valiosa atención a pacientes homosexuales, población en la que había observado un gran incremento de casos con el síndrome mononucleico, presentando lapsos febriles, adelgazamiento y tumefacciones linfáticas. Desde 1956 esta enfermedad era provocada por el citomegalovirus (CMV), sin embargo no era ningún peligro para adultos ya que se manifestaba exclusivamente en recién nacidos sin defensas inmunológicas, uno de sus pacientes fue hospitalizado en 1981 en el servicio de inmunología clínica de la escuela de medicina de la UCLA (Universidad de California en los Ángeles), donde el doctor Michael Gottlieb relacionó el caso con una observación hecha en diciembre de 1980 con un paciente perteneciente

² Sepúlveda, J. (1989). SIDA, ciencia y sociedad en México. México: Fondo de Cultura Económica.

al movimiento Gay que presentaba la misma sintomatología, después de diversas conjeturas al respecto Gottlieb habló con Wayne Shandera, médico al servicio del Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles, quien halló un caso similar en los archivos. En mayo de 1981 el número de los pacientes observados con las mismas características pasó de dos a cinco, y se dio una señal de alarma, pero discreta.

La notificación se convierte en oficial a nivel mundial el 5 de junio de 1981 a través de la agencia epidemiológica federal llamada Centers for Disease Control (CDC) de Atlanta Georgia. En marzo de 1981 murió el primero de estos pacientes y con base en estudios específicos, se considera que pudo haber sufrido la enfermedad desde 1978.³

Sin embargo, actualmente diversos estudios han rastreado el origen del sida desde 1930 en África Central, 20 años antes de lo que se creía, ya que oficialmente el primer caso conocido del virus VIH en África se remonta al año 1959, en la sangre almacenada en un laboratorio de un individuo de sexo masculino del Congo, las líneas de investigación a este respecto han sido variables propiciando diversas teorías acerca de su origen, muchas de éstas han sido descartadas por no tener una base científica; por lo que ahora sólo se reconocen dos hipótesis, las cuales señalan que el virus ha tenido su origen en el VIS (Virus de Inmunodeficiencia Símica), transmitido al hombre por el chimpancé ROSA TOWNSEND a través de la ingesta masiva de su carne, se cree que pasó de un estado inofensivo al ser humano, a uno sumamente agresivo a lo largo de 40 a 100 años aproximadamente, este hallazgo se dió a conocer en EE UU en la VII Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas.

La otra línea de investigación señala que el VIH fue introducido en la población humana a través de la Ciencia Médica. Dentro de esta hipótesis existen diferentes teorías que señalan que el virus se introdujo a los seres humanos a partir de los

³ Grmek, M. (1992). Historia del SIDA en México. México: Siglo XXI Editores.

estudios de las vacunas contra la poliomielitis realizados en África durante los años 50, en las que se utilizaron riñones de chimpancés para prepararlas. Otra teoría destaca que el VIH fue desatado por vacunas contra la Hepatitis B (HB), desarrolladas parcialmente en chimpancés y que fueron utilizadas de manera preventiva en algunos grupos de población. Según algunos investigadores, esto podría explicar mejor cómo y por qué se produjo un súbito brote simultáneo de cuatro cepas importantes de VIH por lo menos, en dos continentes lejanos entre sí (África y Norte América), en dos poblaciones demográficamente distintas.⁴

A la par de estas investigaciones también se creía que la llegada del SIDA al mundo occidental era atribuible a un hombre llamado el «paciente cero», un asistente de vuelo canadiense que habría practicado el sexo con más de mil hombres en distintas partes del mundo.

En el año de 1982 se reconoce al SIDA como una nueva enfermedad. En 1983 se aísla por primera vez el VIH-1 por el doctor Luc Montagnier Montagnier en Francia. Mientras que en Estados Unidos el doctor Dr. Robert Gallo lo aísla en 1984. Luego de una disputa prolongada, accedieron a compartir el crédito por el descubrimiento, así el virus fue llamado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en 1986. El descubrimiento del virus permitió el desarrollo de un anticuerpo contra el VIH, el cual se comenzó a utilizar para identificar dentro de los grupos de riesgo a los infectados. También permitió empezar investigaciones sobre posibles tratamientos y una vacuna.

En 1985 La Administración de Drogas y Alimentos (FDA, siglas en inglés) aprobó la primera prueba que detecta los anticuerpos del VIH en una persona, el llamado “test de Elisa”. En 1987 la FDA, acepta el AZT (Zidovudina o Azidotimidina), como primer medicamento que mostraba ciertos beneficios clínicos en individuos infectados con el VIH, como disminución en sintomatología y ligeros incrementos

⁴ Organización Panamericana de la Salud. Bolivia. (2007)
(<http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161702>)

de corta duración de los conteos de CD4, posteriormente se reconoce ddI (Didanosine) y el ddC (Zalcitabine) análogos nucleósidos. En 1995 se aprueba Saquinavir, como el primer inhibidor de la proteasa. En la XI Conferencia Internacional del SIDA en Vancouver en 1996 se muestran resultados alentadores asociados a la utilización de tres medicamentos antirretrovirales juntos, lo que se llamó el "cóctel" de medicamentos. Más adelante se denominó "terapia antirretroviral altamente activa" con todos estos hallazgos en este mismo año se anunció por primera vez la disminución de las tasas de mortalidad por SIDA, provocando la esperanza de muchos y la falsa percepción de que ya se había encontrado la solución para esta epidemia, sin embargo estos medicamentos no funcionaban de igual manera para todos, por lo que actualmente, nuevos y mejores agentes de las clases conocidas están en desarrollo, así como nuevas clases de medicamentos que afectan nuevos blancos en el ciclo de vida del VIH, como son: inhibidores de la fusión, inhibidores de la integración, inhibidores de coreceptores. Asimismo, están en proceso de investigación nuevas estrategias de tratamiento e iniciativas basadas en la reconstitución del sistema inmunológico.

1.3 HISTORIA DEL SIDA EN MÉXICO

1983

Se registran los primeros datos en México con respecto a esta pandemia, apareciendo el primer caso de SIDA. El diagnóstico se da en extranjeros residentes en el país.

1985

Aparecen las pruebas diagnósticas bajo los nombres de ELISA y Western Blot.

1986

Se publica una ley que establece la obligación de practicar la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH a todos los donadores de sangre, en este año se establece la vigilancia epidemiológica entorno al VIH, hasta el momento se contaba con 134 casos notificados.

1987

Se registran 487 casos y se modifica la Ley Federal de Salud, señalando como obligatorio la notificación de cada caso de VIH/SIDA y se prohíbe la comercialización de la sangre.

Se involucran los medios masivos de comunicación a través de una campaña masiva de información.

1988

Se conforma el CONASIDA órgano responsable de normar, regular y vigilar la aplicación de la política gubernamental sobre SIDA en el sistema nacional de salud y separado de la Secretaria de Salud.

1989

Se establece la línea telefónica de información y de asesoría en VIH-SIDA del CONASIDA conocida como telSIDA, y se propone el primer programa preventivo a mediano plazo en el periodo 1990-1994.

1991

El SIDA aparece por primera vez dentro de las primeras 20 causas de mortalidad general en hombres, ocupando el lugar número 20.

1992

La FDA aprueba el tercer medicamento antiviral: ddC. Se recomiendan los tratamientos combinados de dos antivirales. La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), junto con algunas organizaciones de lucha contra el sida, publica la Cartilla de Derechos Fundamentales de la Personas que Viven con VIH/sida.

1993

Los CDC incluyen más enfermedades oportunistas en la definición del sida.

1994

Se aprueba la venta del cuarto medicamento: el d4T. El uso de AZT durante el embarazo logra reducir en más de 60 por ciento la transmisión materno-infantil del virus.

1995

Se aprueba el saquinavir, primer inhibidor de la proteasa. Se publica la Norma Oficial Mexicana para el Control de la Infección por el VIH en el Diario Oficial de la Federación.

1996

La transmisión del VIH por vía sexual se hace predominante en hombres homosexuales entre 25 y 34 años. La FDA aprobó Nevirapine, el primer análogo no-nucleósido, inhibidor de la transcriptasa reversa.

1997

Se publica en el Diario Oficial de la Federación la inclusión de los nuevos inhibidores de proteasa (indinavir, saquinavir y ritonavir) en el Catálogo de Medicamentos del IMSS.

1998

La FDA aprobó Abacavir para tratamiento del VIH-1 en niños y adultos. La UNAM y la SSA crean el controvertido fideicomiso Fonsida A.C. con el fin de recabar fondos privados para la compra de medicamentos, proyecto que fracasará dos años después.

1999

La FDA aprobó Amprenavir, inhibidor de la proteasa, para ser utilizado en niños mayores de 4 años de edad. Crece la transmisión de virus resistentes a los medicamentos. Se decreta al SIDA desastre mundial.

2000

Con el lema "Ser gay no siempre es color de rosa", la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) echó a andar la primera campaña educativa dirigida a la comunidad gay.

2001⁵

Algunas compañías farmacéuticas rebajan sus precios en África y América Latina, y retiran las demandas contra los países productores de genéricos. Alrededor de

⁵ Payan, V. C. (2001). Veinte años. Repaso cronológico de la pandemia del sida. Suplemento Letra S. Mensual. México: Periódico La Jornada

80 vacunas han sido experimentadas a la fecha en seres humanos sin tener todavía resultados satisfactorios.

2002

Primer año que el gobierno ha generado un alto nivel de información y actividades en torno del VIH/sida a lo largo y ancho del país, mientras que en la Secretaría de salud se tiene por objetivo enfrentar y disminuir el estigma y la discriminación asociados al VIH/sida.

2003

La oportuna decisión de prohibir la comercialización de la sangre y sus derivados, logró eliminar la transmisión sanguínea del VIH; el lanzamiento de las primeras campañas de educación a través de los medios de comunicación y la promoción del uso del condón como una barrera efectiva para evitar la transmisión sexual del VIH, se convierten en los principales mecanismos en lucha contra el SIDA.

2004

Campañas contra el VIH/SIDA se dirigen a los modelos de masculinidad dominante que colocan a los hombres como los principales receptores y vectores de la transmisión del VIH. Los condicionamientos de género impulsan a los hombres a asumir conductas de riesgo y sitúan a las mujeres en una condición de vulnerabilidad frente al VIH/sida.

2005

Derivado de los actos de discriminación contra niños portadoras del VIH en escuelas primarias públicas, el Senado de la República aprobó reformas a la Ley General de Educación que prohíben la discriminación por ese y otros motivos.

2006

Fue aprobada en Estados Unidos la primera terapia anti sida en una sola píldora. Se trata de un fármaco que combina efavirenz, tenofovir y emtricitabina y requiere una sola toma al día. Aunque en México se aprueba el medicamento llamado Kaletra, antirretroviral que combina dos sustancias conocidas como inhibidores de la proteasa: Lopinavir y Ritonavir, en una sola píldora.

2007

Con 115.651 casos registrados y diagnósticados al 15 de Noviembre del 2007, México se compromete a detener la epidemia de VIH/SIDA para el año 2015

1.4 EPIDEMIOLOGIA

El virus del VIH-sida afecta actualmente a un total de 33,2 millones de infectados en todo el mundo, según el último informe de 2007 presentado por el programa de Naciones Unidas contra la enfermedad (ONUSIDA). Comparando estos datos con los del 2006, se observa un total de 6,3 millones de infectados menos, debido a los programas antirretrovirales y a una mejor contabilización de las cifras, según señala dicha instancia.

En cuanto al número de nuevos infectados por esta enfermedad, se estima que en 2007 se dieron 2,5 millones de nuevos casos, 6.800 cada día, mientras que el número de muertes fue de 2,1 millones de seropositivos, 5.700 a diario, a nivel mundial. La región del África subsahariana sigue siendo la región más afectada, al ser el sida la principal causa de muerte.

De los 33,2 millones de personas infectadas en el mundo, hasta el 2007; 15,4 millones de ellas, son mujeres y 2,5 niños menores de 15 años. En el 2007 se estima que habrían contraído el mal alrededor de 2,5 millones de personas, 2,1 de ellos son adultos. Según los estimados de ONUSIDA la tasa para nuevas infecciones en mujeres ha aumentado: En el Caribe, 43% de los adultos con sida en 2007 son mujeres, mientras que en 2001 el porcentaje era del 37. La misma tendencia se observa en América Latina, Asia y Europa del Este, donde el VIH se transmite a mujeres que tienen por compañeros sexuales a hombres que usan drogas intravenosas o que tienen intercambios sexuales con otros hombres sin condón.

En Latinoamérica la epidemia permanece estable y la transmisión del VIH se concentra entre la población de alto riesgo. La estimación de nuevos casos en

2007 fue de 100 mil (las cifras oscilan entre 47 y 220 mil), elevando a 1.6 millones el número de personas con VIH en la región. Alrededor de 58 millones de personas murieron por esta causa en 2006. Un importante factor en los nuevos contagios fue el sexo sin protección.

Con respecto a los datos obtenidos en México por la Secretaría de Salud a través del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA, datos actualizados el 15 de noviembre del 2007)⁶, actualmente contamos con 115,651 casos, de los cuales 3,705 fueron diagnosticados en este año, sin considerar y contemplar los factores de subregistro, el cual se pretende cubrir y cerrar a principios del 2008.

Del total de casos acumulados al 2007, la población más afectada por esta pandemia fue el grupo de hombres con un 82.8% (95,703 casos), mientras que el de mujeres con un 17.2% (19,948 casos).

Entre los casos diagnosticados en 2007, el 96.2% de los varones contrajeron el virus por vía sexual. El 39.3% son hombres heterosexuales, el 33.1% homosexuales y 23.8% bisexuales. Entre las mujeres no se registraron casos de transmisión homo y bisexual; los 740 casos contrajeron la enfermedad en prácticas heterosexuales. Del total de la cifra, 3.4% es usuario de drogas inyectables. El 2.5% de los casos acumulados son menores de 15 años (2,786 casos, de los cuales 98 son nuevos casos) y cuya vasta mayoría adquirió el sida por vía perinatal.

De los casos reportados en el 2006 se puede informar que existen 182,000 personas viviendo con VIH, mientras que el dato obtenido de defunciones por SIDA en el 2005 es de 4,653.

⁶ (FUENTE: SSA Dirección General de Epidemiología. Registro Nacional de Casos de SIDA Datos al 31 de Diciembre de 2006 CENSIDA).

En el territorio mexicano se distribuyen los diferentes casos de SIDA de la siguiente manera:

Tabla 1
*CASOS ACUMULADOS DE SIDA 2007
 POR ENTIDAD FEDERATIVA*

LUGAR	ENTIDAD FEDERATIVA	CASOS ACUMULADOS (1983-2007)
1	Distrito Federal	20,881
2	Estado de México	12,183
3	Veracruz	10,420
4	Jalisco	9,911
5	Puebla	5,676
6	Baja California	5,271
7	Chiapas	4,117
8	Guerrero	4,048
9	Oaxaca	3,726
10	Nuevo León	3,211

Cabe señalar que existen entidades federativas que en el último registro (15 de Noviembre del 2007) aumentaron dramáticamente en el número de nuevos casos de SIDA, mientras que otros estados disminuyeron sus casos de infección, tal como se señala a continuación:

Tabla 2
CASOS NUEVOS DE SIDA 2007
POR ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR	ENTIDAD FEDERATIVA	CASOS NUEVOS (2007)
1	Veracruz	499
2	México	485
3	Jalisco	302
4	Chiapas	290
5	Oaxaca	219
6	Baja California	153
7	Puebla	150
8	Distrito Federal	134
9	Michoacán	129
10	Guerrero	126

A diferencia de los primeros registros de infección en México, donde se ubicaba a la población homosexual como el principal grupo de riesgo, hoy en día los datos muestran cambios radicales, señalando a la vía de transmisión heterosexual como la primer causa de infección, registrando así el 47.2% de los casos acumulados desde 1983 al 2006, mientras que la homosexual es del 27.8% de los casos.

Tabla 3
COMPARATIVO
CASOS ACUMULADOS DE SIDA 1999 - 2007

TRANSMISIÓN SEXUAL	CASOS ACUMULADOS								
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Homosexual	66.7	61.8	31.8	31.4	30.7	29.1	28.4	27.8	27.7
Bisexual			22.4	22.3	21.7	20.7	20.2	19.9	21.6
Heterosexual	16.7	38.2	35.9	37.8	40.2	44.4	46.0	47.2	46.5

En la transmisión sanguínea las medidas adoptadas en 1986, entre ellas la donación altruista y las pruebas de tamizaje al donador y al paquete sanguíneo, así como la concientización hacia el donador han logrado incidir favorablemente en el control de esta vía de infección, pasando del 14.57% de 1984 al 0.09 % para 1999, lográndose que a partir del año 2000 no se haya reportado un solo caso.

1.5 MECANISMOS DE INFECCIÓN

La cadena infecciosa del VIH como en otras infecciones se conforma por los mismos elementos. Un primer elemento es la presencia del antígeno, que es en este caso la presencia del VIH. Un segundo factor ligado a este, es la virulencia en importantes cantidades, ya que una cantidad baja de virus no garantiza su eficiente infección, por otro lado la calidad del fluido que transporta el virus es de gran relevancia, ya que en orden de riesgo no se encuentra la misma cantidad de virus en sangre, semen, líquido preeyaculatorio, fluidos vaginales o leche materna.

Un medio ambiente óptimo puede garantizar la no infección del VIH, ya que este es sumamente lábil a la presencia de cloro, amoníaco, éter, temperaturas superiores a los 56 grados centígrados, o bien el factor tiempo, ya que este virus solo puede mantenerse vivo fuera del organismo en células vivas, y no todas las células por las que sale le garantizan una larga supervivencia.

Por lo anterior es primordial que para que pase el virus de un ser humano a otro exista una vía de salida en uno de ellos, como puede ser una herida sangrante, eyaculación de líquido preeyaculatorio o semen, presencia de fluidos vaginales o leche materna, y que a su vez en el otro ser humano se encuentre una vía de entrada como lo son heridas profundas y frescas, el contacto con líquido potencialmente infectantes en mucosas (orales, anales, oculares, vaginales o penianas), así como contacto intravenoso para que se lleve a cabo la infección.

De lo anterior se desprenden prácticas que potencializan una eficaz infección del VIH, y pueden agruparse en tres grandes rubros: por vía sexual, vía sanguínea o vía perinatal.

Vía Sexual

Esta es la vía que estadísticamente presenta el mayor número de casos de infección. En ella se ven implicados los contactos cóitales anales, vaginales y orales, respectivamente en situación de riesgo.

En el caso del ano y el recto, estos no poseen una lubricación natural lo que los hace más susceptible a tener lesiones al ser penetrados; por su parte el pene tiene mayor fricción, lo que le provoca también micro heridas que pueden quedar expuestas a estas lesiones del ano. El factor de riesgo aumenta si existen lesiones previas en la zona ano-rectal como laceraciones en lavados intestinales, introducción de objetos sexuales o dedeo, hemorroides, o infecciones de transmisión sexual que lesionen la mucosa anal.

En el coito vaginal, el semen, líquido preeyaculatorio y fluidos vaginales bastan para infectar, pero aumenta el riesgo con la presencia de lesiones sin importar su tamaño para favorecer entrada o salida del virus. En el caso del pene la exposición del glande y la uretra permiten la entrada directa del virus al torrente sanguíneo, mientras que las paredes de la vagina cuentan con células que favorecen la entrada del VIH.

El coito oral no se encuentra determinado, pero se sabe que la mucosa oral no es tan susceptible de ser traspasada por el virus a diferencia de las demás mucosas mencionadas, pero la presencia de lesiones en ésta, puede ser una vía efectiva tanto de entrada como de salida del virus. Sin embargo es de considerarse que la cavidad oral cuenta con la saliva, la cual contiene enzimas que inactivan al virus, por lo que se considera atenuante de la posible infección.

Vía Sanguínea

La vía sanguínea, si bien no es más común es la vía más efectiva para la infección por VIH. Entre las practicas de riesgo se encuentra la transfusión con sangre contaminada o sus derivados, transplante de órganos infectados, compartir jeringas o agujas infectadas, o por compartir objetos punzó cortantes contaminados.

Vía Perinatal

Esta vía de infección puede ocurrir, como su nombre lo indica, durante la gestación, al momento del parto, o después del nacimiento. Durante la gestación del producto puede infectarse el bebé a través de los líquidos que la madre y el bebé comparten por medio del cordón umbilical o la capacidad que tiene el VIH de atravesar la placenta e infectar al bebe vía mucosas.

En el momento del nacimiento, ya sea por el canal de parto o por cesárea, las mucosas del bebé pueden ser expuestas a líquidos infectantes como sangre o líquido amniótico. O después del parto la presencia de virus en la leche materna puede infectar al bebé por su tracto digestivo inmaduro que puede permitir el paso del virus al torrente sanguíneo del bebé.

1.6 ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICOS

ANÁLISIS DE ANTICUERPOS CONTRA EL VIH

El análisis del VIH se refiere a las pruebas que determinan si una persona está o no infectado con el virus de inmunodeficiencia humano (VIH), que causa el SIDA. Estos análisis buscan "anticuerpos" contra el VIH. Los anticuerpos son proteínas producidas por el sistema inmune para combatir a un germen específico (VIH).

Los análisis del VIH generalmente buscan anticuerpos anti VIH en la sangre, saliva u orina. El sistema inmune produce estos anticuerpos para combatir al VIH los cuales demoran entre dos y tres meses en aparecer. En raros casos esto puede demorar más de tres meses. Durante este período probablemente no se

obtendrá un resultado positivo aunque esté infectado. Los análisis normales no funcionan en niños recién nacidos de madres VIH+.

Los análisis de anticuerpos contra el VIH tienen un 99.5% de precisión. Antes de que se obtengan los resultados, el análisis fue hecho dos o más veces. A medida que el cuerpo combate el VIH, el sistema inmunológico desarrolla anticuerpos contra el virus. La prueba o análisis de anticuerpos contra el VIH no mide ni detecta al virus, pero sí detecta la reacción del cuerpo contra el virus (la presencia de anticuerpos anti-VIH). Existen tres análisis de anticuerpos que se usan comúnmente para realizar el diagnóstico: ELISA, Western Blot e IFA.

ELISA

La prueba ELISA (enzyme-linked immunoabsorbent assay), también llamada EIA generalmente es la primera prueba que se hace; no es cara y es muy sensible para detectar la presencia de anticuerpos anti-VIH. En la mayoría de los casos se analiza una muestra de sangre, pero existen otros tipos de ELISA que analizan saliva y orina. La prueba ELISA tarda de 3.5 a 4 horas en dar resultados, pero la mayoría de los sitios de prueba envían las muestras a un laboratorio que las analiza en camadas y por lo tanto hay que esperar de una a dos semanas para obtener los resultados.

Después del "período ventana"⁷ *muy raramente* las pruebas ELISA dan resultados "negativos falsos". *Raramente* la prueba ELISA puede dar resultados "positivos falsos". Un resultado positivo falso puede ocurrir si la persona se hace la prueba justo después de haber tenido una estimulación *temporaria* del sistema inmunológico, debido a una infección viral o a una vacunación. También pueden ocurrir debido a errores del laboratorio o debido a la alta sensibilidad de la prueba.

⁷ La CDC menciona lo siguiente con respecto al periodo de ventana: "Los anticuerpos generalmente aparecen dentro de los tres meses de haberse infectado con el VIH, pero en algunas personas pueden tardar hasta seis meses",

Por este motivo, los resultados positivos a la prueba ELISA siempre deben ser confirmados con una prueba Western Blot o IFA. En los sitios serios de diagnóstico, esto se hace automáticamente, lo que quiere decir que no tiene que volver a realizarse otro estudio en instancias del sector salud,

Ensayo Western Blot (WB)

La prueba Western Blot (WB) es una prueba confirmatoria: sólo se hace si la ELISA resulta positiva. La WB puede dar un resultado positivo, negativo o *indeterminado*. Los resultados indeterminados no son positivos ni negativos. Un resultado indeterminado generalmente significa que una persona recién comienza la conversión serológica en el momento en que se le hace la prueba. En los raros casos en que esto sucede, deberá volver a hacerse la prueba un mes después. Los resultados positivos falsos son *extremadamente raros*, pero en caso de ser así demuestra, que los anticuerpos contra el VIH están presentes.

Ensayo por inmunofluorescencia indirecta (IFA)

El ensayo por inmunofluorescencia indirecta (IFA, siglas en inglés) se puede usar en lugar de la prueba WB para confirmar los resultados de la prueba ELISA. Al igual que WB, la prueba IFA detecta la presencia de anticuerpos en una muestra de sangre. La estrategia es diferente ya que utiliza un microscopio. Puede ser más rápida que la prueba WB, y los laboratorios pueden entregar los resultados al paciente con mayor rapidez.

Existen dos casos especiales pueden otorgar resultados falsos:

Los niños nacidos de madres VIH+ pueden obtener resultados positivos falsos varios meses después de que la madre ha pasado anticuerpos al recién nacido. Incluso si el bebé no está infectado, tiene anticuerpos y por lo tanto obtiene un resultado positivo. Deben utilizarse otros análisis, como el de la carga viral.

Y como se mencionó anteriormente, las personas que se han infectado recientemente, pueden tener un resultado negativo si se hacen el análisis inmediatamente después de infectarse (menos de tres meses).

Otros tipos de análisis del "VIH" son usados cuando las personas ya saben que son VIH positivas. Estos miden qué tan rápido se multiplica el virus (análisis de carga viral) o la salud del sistema inmune (recuento de células CD4), los cuales se explicarán a continuación.

ANÁLISIS DE CARGA VIRAL

El análisis de carga viral mide la cantidad de VIH en la sangre. Para ello existen diferentes técnicas.

El método PCR (en inglés, polymerase chain reaction) utiliza una enzima para multiplicar al VIH de la muestra de sangre. Luego una reacción química marca al virus. Los marcadores son medidos y se calcula la cantidad de virus. Este tipo de análisis es producido por Roche y Abbott.

El método bDNA (en inglés, branched DNA) combina la muestra con un material que emite luz. Este material se conecta con las partículas del VIH. Luego se mide la cantidad de luz y se calcula la cantidad de virus. Este análisis es producido por Bayer.

El método NASBA (amplificación basada en la secuencia del ácido nucleico) amplifica las proteínas virales para producir un conteo. Es fabricado por bioMerieux.

Los diferentes métodos dan resultados distintos para una misma muestra de sangre. Por este motivo, es recomendable que el portador se realice siempre el mismo tipo de análisis para monitorear su carga viral.

La carga viral generalmente se reporta en copias de VIH por mililitro de sangre. El análisis llega a contar hasta 1 millón de copias y los siguen mejorando para hacerlos más sensibles. El valor mínimo que el primer test bDNA llegaba a medir era de 10.000 copias. En la actualidad hay análisis ultrasensibles utilizados en las investigaciones que pueden detectar hasta menos de 5 copias.

El mejor resultado del análisis de carga viral que se puede obtener es "indetectable". Esto no quiere decir que no haya virus en su sangre, sino que no hay suficiente como para que el análisis lo encuentre y lo cuente. ¡Con el análisis original indetectable significó hasta 9.999 copias! El valor "indetectable" depende de la sensibilidad del análisis que se use.

El análisis de carga viral se utiliza en diferentes áreas:

El análisis se utiliza para diagnosticar, ya que puede detectar virus varios días después de la infección. Este es mejor que el análisis habitual del VIH (de anticuerpos) que puede ser "negativo" de 2 hasta 6 meses después de la infección.

Para pronóstico. La carga viral puede predecir cuánto tiempo una persona se mantendrá saludable. Cuanto más alta sea la carga viral, más rápido progresa la enfermedad del VIH.

Para la prevención, la carga viral predice el riesgo de transmitir el VIH a otros. Cuanto más alta sea la carga viral, más alto es el riesgo de transmitir el VIH.

Finalmente, el análisis de carga viral se utiliza para el manejo de tratamiento y para verificar si los medicamentos antirretrovirales controlan al virus.

Las guías actuales sugieren medir la carga viral antes de iniciar tratamiento. El medicamento "funciona" si la carga viral disminuye al menos en un 90% dentro de las primeras 8 semanas. Luego debería seguir disminuyendo a menos de 50

copias antes de los 6 meses. La carga viral debe medirse de 2 a 8 semanas después de iniciar o cambiar de tratamiento y luego cada 3 ó 4 meses.

ANÁLISIS DE CÉLULAS CD4

Las células CD4 son un tipo de linfocito (glóbulo blanco). Son una parte importante del sistema inmune. Hay dos tipos principales de células CD4. Las *células T-4* o CD4 son las células "ayudantes", las que dirigen el ataque contra las infecciones. Las *células T-8* o CD8 son las células "supresoras", las que finalizan una respuesta inmunológica. Las células CD8 también pueden ser "asesinas", que matan a células cancerosas y a células infectadas por virus.

Cuando el VIH infecta al ser humano, las células que infecta con más frecuencia son las CD4, pero cuando se multiplican para combatir infecciones, también surgen más copias del VIH.

Cuando alguien ha estado infectado con el VIH por mucho tiempo, el número de células CD4 (recuento de células CD4) disminuye. Este es un signo de que el sistema inmune se ha debilitado. Cuanto más bajo sea el recuento de células CD4, más posibilidades hay que la persona se enferme y pueda desarrollar una enfermedad oportunista

En los resultados se especifica el número de células por milímetro cúbico de sangre (mm^3). No existe un acuerdo acerca de cuál es el nivel promedio normal de células CD4. El recuento normal de CD4 es entre 500 y 1600 y el de CD8 es entre 375 y 1100. Las células CD4 pueden disminuir drásticamente en personas VIH+ y en algunos casos pueden llegar a cero.

El significado del recuento de células CD8 no es claro y aún se sigue estudiando, por eso especialistas con trabajo en VIH se apoyan de ambos análisis CD4/CD8 para ofrecer un mejor diagnóstico, así como de la carga viral, para estimar cuánto tiempo alguien se mantendrá saludable.

El recuento de células CD4 es una medida clave para determinar la salud del sistema inmune. Cuanto más daño haya hecho el VIH, más bajo será el recuento. De acuerdo con el Centro para el Control de Enfermedades (CDC), se considera con SIDA a cualquier persona que tenga menos de 200 células CD4.

El recuento de células CD4 también se usa para determinar cuándo iniciar tratamiento con medicamentos.

Debido a que las células CD4 son un indicador muy importante de la fortaleza del sistema inmune, es que se sugiere hacer un análisis cada 3 a 4 meses.⁸

1.7 HISTORIA NATURAL DE LA INFECCIÓN⁹

La interacción de los mecanismos arriba mencionados desencadena la evolución natural del proceso infeccioso por el VIH-1. La historia natural de la infección por este virus ha ido cambiando con base en los avances en investigación y atención, por ello actualmente se puede dividir en los siguientes estadios:

Transmisión Viral

El modo de transmisión o adquisición del virus se refleja en la velocidad de progresión de la enfermedad; así, el tiempo promedio desde la seroconversión hasta el desarrollo del SIDA es de cerca de siete años para aquellos que adquirieron la infección por transfusión y de ocho a 12 años para quienes se infectaron por relación sexual, de acuerdo a la definición de los CDC de 1987, siendo un poco menor si se usa el criterio de <200 células CD4/ml, mencionada en la definición de 1993.

Infección Primaria

Implica no sólo la adquisición de la infección viral sino las manifestaciones asociadas al episodio de replicación viral inicial. Pocas veces se detecta en

⁸ En: <http://www.ctv.es/USERS/fpardo/vihpags.htm#p6>

⁹ CONASIDA (2000). Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en consulta Externa y Hospitales. México: CONASIDA.

población abierta. La presencia de síntomas durante la infección primaria se asocia a una progresión rápida de la enfermedad. La sintomatología generalmente se presenta de dos a cuatro semanas después de la adquisición de la infección, pero a veces el periodo de incubación puede ser hasta de 10 meses. Las principales manifestaciones son: fiebre, crecimiento ganglionar, faringitis, erupción maculopapular en cara y tronco, ulceraciones mucosas, mialgias y artalgias, así como linfopenia, especialmente de linfocitos CD4 y altos niveles de carga viral (CV).

Seroconversión

Se refiere al desarrollo y detección de anticuerpos en contra del virus en suero o plasma (serología positiva). Ocurre generalmente de tres a doce semanas después del evento de transmisión, aunque más de 95% de los pacientes lo presentan dentro de los primeros seis meses. Al periodo en que la serología es negativa en un paciente infectado se le conoce como periodo de ventana.

Periodo Estable Inicial

Ocurre generalmente seis meses después de la transmisión del VIH, implica la estabilización de la CV y de la cuenta de linfocitos CD4 como consecuencia de la respuesta inmune y de la virulencia de la cepa viral adquirida. Los niveles de CV principalmente y también los de células CD4 en este periodo, correlacionan fuertemente con pronóstico de desarrollo del SIDA, mientras las personas infectadas se siguen viendo y sintiendo bien por mucho tiempo, generalmente años. (Tabla 4).

Infección Sintomática

Es el periodo considerado antes de la latencia, en el cual se encuentra una constante actividad viral y un equilibrio entre destrucción y producción celular (10/9 células CD4 por día). Puede haber linfadenopatía persistente generalizada, debido a que en los ganglios linfáticos es donde se establece el principal reservorio del virus. Aun cuando la CV en este periodo permanece estable con variaciones

menores a $1 \log/10$, el valor absoluto determina el grado de reducción progresiva de células CD4 (30 a 90 células/ml por año), es por ello que muchas personas comienzan a experimentar síntomas leves, como erupciones en la piel, fatiga, sudores nocturnos, pérdida de peso, úlceras en la boca, infecciones por hongos en la piel y en la uñas, es lo que conecta a la enfermedad con la siguiente etapa.

Infección Sintomática Temprana

Incluye manifestaciones clínicas que no sustentan la definición de SIDA, que se presentan como consecuencia de la destrucción de células CD4 y el inicio de la inmunodeficiencia (Tabla 5).

SIDA

Es la consecuencia de la destrucción de linfocitos CD4 y la presencia de inmunodeficiencia adquirida manifestada por infecciones oportunistas y neoplasias secundarias (Tabla 6). De acuerdo con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), se puede dar un diagnóstico de SIDA a una persona VIH positiva que tenga un recuento de CD4 menor que $200/mm^3$ ó antecedentes de una "enfermedad definitoria de SIDA" (como una de las infecciones oportunistas mencionadas antes). Es importante tener en cuenta que esta definición de SIDA puede aplicarse a personas VIH positivas que nunca experimentaron síntomas de enfermedad por VIH antes mencionadas.

Infección Avanzada

Se presenta en pacientes con <50 células CD4/ml, cuya expectativa de vida es de 12 a 18 meses y que generalmente fallecen como consecuencia de condiciones e infecciones relacionadas al VH.

Tabla 4

Porcentaje de progresión a SIDA a los seis años de Infección de acuerdo con la carga viral y el conteo de células CD4 en el periodo estable inicial.

CV < 500 copias /ml	
CD4 > 750	1.7%
CD4 < 750	9.6%
CV 3,000 – 10,000 copias/ml	
CD4 > 750	14.2%
CD4 < 750	37.2%
CV 10,001 – 30,000 copias/ml	
CD4 > 750	36.7%
CD4 < 350	72.9%
CV > 30,000 copias/ml	
CD4 > 500	66.8%
CD4 < 200	97.9%

Tabla 5

Categorías Clínicas

Angiomatosis bacilar
Candidiasis vulvovaginal persistente (> 1 mes) con mala respuesta al tratamiento.
Candidiasis orofaríngea.
Displasia cervical grave o carcinoma <i>in situ</i> .
Síndrome constitucional, ejemplo, fiebre (38.5) o diarrea > 1 mes.
Leucoplaquia pilosa bucal.
Herpes Zoster (dos episodios distintos en más de una dermatoma).
Púrpuras trombocitopénica idiopática.
Listeriosis.
Neuropatía periférica.
Enfermedad pélvica inflamatoria.

Tabla 6
Infecciones Oportunistas

<p>Infecciones bacterianas</p> <p>Mycobacterium Avium Complex (MAC)</p> <p>Mycobacterium Kansasii</p> <p>Salmonelosis</p> <p>Sífilis y neurosífilis</p> <p>Tuberculosis (TBC)</p> <p>Malignidades (cánceres)</p> <p>Displasia/cáncer anal</p> <p>Displasia/cáncer cervical</p> <p>Sarcoma de Kaposi</p> <p>Linfomas</p> <p>Infecciones Virales</p> <p>Citomegalovirus (CMV)</p> <p>Hepatitis C</p> <p>Virus Herpes Simple (herpes oral y genital)</p> <p>Virus Herpes Zoster (culebrilla)</p> <p>Virus Papiloma Humano (VPH, verrugas genitales, displasia/cáncer anal y/o cervical</p> <p>Molusco contagioso</p> <p>Leucoplaquia o leucoplasia vellosa oral</p> <p>Leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP)</p>	<p>Infecciones por hongos</p> <p>Aspergilosis</p> <p>Candidiasis (oral, vaginal)</p> <p>Coccidioidomicosis</p> <p>Meningitis criptocócica</p> <p>Histoplasmosis</p> <p>Infecciones por protozoos</p> <p>Criptosporidiosis</p> <p>Isosporiasis</p> <p>Microsporidiosis</p> <p>Neumonía por Pneumocystis Carinii (PCP)</p> <p>Toxoplasmosis</p> <p>Condiciones neurológicas</p> <p>Complejo de demencia relacionado al SIDA</p> <p>Neuropatía periférica</p> <p>Otras condiciones y complicaciones</p> <p>Aftas (úlceras bucales)</p> <p>Trombocitopenia</p> <p>Síndrome de desgaste progresivo</p>
---	--

1.8 PREVENCIÓN

De acuerdo a la Declaración de compromisos en la lucha contra el VIH-SIDA (2001) la prevención de la infección por el VIH debe ser la base de la respuesta nacional, regional e internacional para disminuir la epidemia, así mismo la prevención, la atención, el apoyo y el tratamiento de los infectados y los afectados por el VIH-SIDA constituyen elementos inseparables de una respuesta eficaz que se refuerzan entre sí y deben integrarse en un planteamiento general de lucha contra la pandemia.

En el rubro de la prevención deben de reconocerse los factores culturales, familiares, éticos, y religiosos, teniendo siempre presente el respetar los Derechos Humanos y las Libertades fundamentales, particularmente en las esferas de la prevención, la atención, el apoyo y el tratamiento, y que reduce la vulnerabilidad al VIH-SIDA y evita el estigma y la discriminación conexas de las personas que viven con VIH-SIDA o con riesgo de contraerlo. Del mismo modo debe hacerse énfasis en el reconocimiento de los factores negativos de índole económica, social, cultural, política, financiera y jurídica que dificultan la toma de conciencia, la educación, la atención, el tratamiento y el apoyo.

Prevención por vía sexual

Una de las formas de evitar eficazmente la infección es la evitación de penetración que favorezca el intercambio de fluidos corporales potencialmente infectantes. Esta forma de ejercer la vida sexual no se basa en los genitales y se conoce como sexo seguro, y ejemplos de ello es la masturbación, abrazar y acariciar a la pareja, compartir un masaje o un baño, imaginar o diseñar fantasías excitantes, entre otras. A estas prácticas puede sumarse la fidelidad mutua, sin que exista una infección previa en uno de los integrantes de la pareja, así como la abstinencia.

En el caso de utilizar la penetración esta puede ejercitarse poniendo de intermedio barreras plásticas como el condón masculino (látex), condón femenino (poliuretano), guantes de látex, dedos de látex, diques dentales de látex o kleen

pack (o sexi pack), acompañando o no estos implementos de lubricante que debe ser soluble al agua, de lo contrario los derivados del petróleo dañan estos materiales y pueden provocar su rotura. Estas prácticas se conocen como sexo protegido, y pueden incluir también el uso de la piel como barrera protectora, siempre y cuando no haya heridas, o lesiones como raspones o exposición prolongada a radiación solar.

Prevención por vía sanguínea

Institucionalmente desde el año de 1986 se realizan pruebas de detección del VIH, así como sífilis y hepatitis B, a los donadores voluntarios de sangre, así como a los paquetes sanguíneos, lo que ha incidido a que los casos por contaminación sanguínea disminuyan.

Se recomienda también usar jeringas y agujas desechables, al tiempo de no compartirlas. Esterilizar así también todo objeto punzo cortante que se exponga a sangre; en caso de prácticas sociales se recomienda no tatuarse masivamente o hacer pactos de sangre. Como refuerzo a medidas higiénicas se indica no compartir cepillos dentales, rastrillos u otros objetos punzo cortantes.

Prevención por vía perinatal

Se intenta concienciar al las personas que quieren concebir un bebé y que han tenido prácticas de riesgo se hagan una prueba de detección; en caso de que haya ya un embarazo se garantiza tratamiento farmacológico a la madre con el fin de disminuir las probabilidades de infección al producto, así como al bebé una vez nacido y hasta su seguimiento a los dos años de edad. Una vez nacido el producto se sustituye la leche materna por suplementos lácteos.

Cómo no se infecta

El VIH no se transmite por donar sangre, por picaduras de insectos, o por besos. El compartir alimentos, saludar de mano, compartir instalaciones sanitarias o albercas, compartir utensilios de cocina, compartir el mismo sitio de trabajo,

compartir el transporte, o abrazar a una persona que vive con VIH o SIDA no infecta a otra persona.

Ante el panorama de la prevención, el estigma, el silencio, la discriminación y la negación de la realidad, así como la falta de confidencialidad, han incidido en los esfuerzos de prevención, atención, y tratamiento, e incrementan los efectos de la epidemia en las personas, las familias, las comunidades y las naciones.

Reconociendo que la falta de productos farmacéuticos de precio asequible y de estructuras de suministro y sistemas de salud viables sigue obstaculizando una respuesta eficaz al VIH-SIDA en muchos países, especialmente para las personas más pobres, y recordando los esfuerzos por proporcionar medicamentos a bajo precio a los necesitados.

1.9 TRATAMIENTOS

Actualmente no hay cura ni vacuna contra el VIH. Los nuevos tratamientos, sin embargo, han logrado efectivamente reducir el progreso de la enfermedad, así como los síntomas, y han extendido la sobrevivencia de los pacientes, aunque, según los disidentes, el aumento de la esperanza de vida de los pacientes es un artefacto estadístico causado por una continua redefinición de la enfermedad que incluye cada vez a más gente sana. De hecho, ya ni siquiera es necesario estar clínicamente enfermo para poder ser diagnosticado como enfermo de SIDA. Los disidentes también apuntan a que los productos químicos utilizados oficialmente para "tratar" la enfermedad, aunque siguen siendo mortales a largo plazo, son cada vez algo menos tóxicos y empleados en dosis más reducidas.

Las opciones de tratamiento del SIDA consisten en combinaciones de dos o más tipos de antiretrovirales, por ejemplo, dos inhibidores de la transcriptasa inversa más un inhibidor de la proteasa viral. Los pacientes tratados con estos fármacos pueden dar negativos a las pruebas usadas para detectar el virus, pero al discontinuar la terapia la carga viral vuelve a aumentar paulatinamente. Existe la

preocupación de que el virus se vuelva resistente a estos esquemas. En el último tiempo se le ha llamado a esta modalidad de tratamiento *terapia antiretroviral altamente activa* (HAART en inglés). Desafortunadamente, la mayoría de los infectados a nivel mundial no tienen acceso a este tipo de terapia, por causas ajenas a sus propias posibilidades.

Se han sugerido y propuesto algunas mejoras a los tratamientos como el simplificar los esquemas de tratamiento para aumentar la adherencia a éstos y disminuir la posibilidad de efectos adversos, sobre esta línea ya existen algunos avances.

Definición de Tratamientos¹⁰

Inhibidores de Proteasa (IP)

Los inhibidores de la proteasa (IP) son una clase de medicamentos anti-VIH. Al combinar un IP con otros medicamentos anti-VIH (generalmente un total de 3 medicamentos), esta terapia combinada, bloquea la multiplicación del VIH en la sangre de una persona.

Los inhibidores de la proteasa evitan que las células T que ya están infectadas con el VIH, produzcan nuevas copias del virus.

Cuando el VIH infecta una célula del cuerpo, hace una copia de su código genético dentro del ADN de la célula. De esta manera la célula queda "programada" para crear nuevas copias del VIH. Una vez que el material genético (ARN) se inserta dentro del ADN de la célula, la misma produce una larga hebra de material genético, que deberá ser cortada y armada correctamente para formar nuevas copias del virus. La enzima proteasa hace las veces de una "tijera" y corta estas hebras de material genético. Los IP bloquean esta enzima y evitan que la célula produzca nuevos virus.

¹⁰AIDSMED. (2007). Medicamentos para el VIH aprobados: Tabla comparativa.
En: http://www.aidsmeds.com/articles/1126_11140.shtml

Tabla 7
Inhibidores de Proteasa (IP)

Nombre comercial	Nombre genérico	Abreviatura en inglés	Compañía farmacéutica
<u>Agenerase</u>	amprenavir	APV	<u>GlaxoSmithKline</u>
<u>Aptivus</u>	tipranavir	TPV	<u>Boehringer Ingelheim</u>
<u>Crixivan</u>	indinavir	IDV	<u>Merck & Co</u>
<u>Invirase</u>	saquinavir	SQV	<u>Hoffmann-La Roche</u>
<u>Kaletra</u>	lopinavir + ritonavir	LPV	<u>Abbott Laboratories</u>
<u>Lexiva</u>	fosamprenavir	FPV	<u>GlaxoSmithKline and Vertex</u>
<u>Norvir</u>	ritonavir	RTV	<u>Abbott Laboratories</u>
<u>Prezista</u>	darunavir	DRV	<u>Tibotec</u>
<u>Reyataz</u>	atazanavir	ATZ	<u>Bristol-Myers Squibb</u>
<u>Viracept</u>	nelfinavir	NFV	<u>Pfizer</u>

Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa (INTR)

Los INTR son una clase de medicamentos anti-VIH. Cuando los INTR se utilizan en combinación con otros medicamentos anti-VIH (generalmente un total de 3 medicamentos), esta terapia combinada, bloquea la multiplicación del VIH en la sangre de una persona. Los primeros 10 INTR listados en la tabla están aprobados actualmente por la FDA para su uso en terapias combinadas.

Los INTR, también conocidos como "análogos nucleósidos" o simplemente "nucleósidos," evitan que las células T sanas del cuerpo se infecten con el VIH. Cuando el VIH infecta una célula del cuerpo, hace una copia de su código genético dentro del ADN de la célula. De esta manera la célula queda "programada" para crear nuevas copias del VIH. El material genético del VIH es ARN. Con el objetivo de infectar las células T, el virus debe convertir su ARN en ADN. Para que este proceso se lleve a cabo se necesita de la enzima transcriptasa reversa.

Los INTR contienen versiones imperfectas de los nucleótidos (trozos de material genético) usados por la enzima transcriptasa reversa para convertir el ARN en ADN. Cuando la enzima transcriptasa reversa usa estos trozos imperfectos, el nuevo ADN no se puede producir correctamente. En consecuencia, el material genético del VIH no se puede incorporar dentro del material genético sano de la célula, evitando así que la célula produzca virus nuevos.

Si bien los análogos nucleótidos (Viread es el único análogo nucleótido aprobado hasta la fecha) son técnicamente diferentes a los análogos nucleósidos, trabajan de manera muy similar. Para que un análogo nucleósido pueda trabajar debe ser activado, es decir someterse a cambios químicos (fosforilación) dentro del cuerpo. Los análogos nucleótidos saltean este proceso químico, dado que ya están activados.

Tabla 8
Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa (INTR)

Nombre comercial	Nombre genérico	Abreviatura en inglés	Compañía farmacéutica
<u>Combivir®</u>	zidovudine + lamivudine	AZT + 3TC	<u>GlaxoSmithKline</u>
<u>Epzicom</u>	abacavir + lamivudine	ABC + 3TC	<u>GlaxoSmithKline</u>
<u>Emtriva®</u>	emtricitabine	FTC	<u>Gilead Sciences</u>
<u>Epivir®</u>	lamivudine	3TC	<u>GlaxoSmithKline</u>
<u>Retrovir®</u>	zidovudine	AZT o ZDV	<u>GlaxoSmithKline</u>
<u>Trizivir</u>	abacavir + zidovudine + lamivudine	ABC + AZT + 3TC	<u>GlaxoSmithKline</u>
<u>Truvada®</u>	tenofovir DF + emtricitabine	TDF + FTC	<u>Gilead Sciences</u>
	<u>didanosine</u>	ddl	<u>Bristol-Myers Squibb</u>
<u>Viread®</u>	tenofovir disoproxil fumarate (DF)	TDF	<u>Gilead Sciences</u>
<u>Zerit®</u>	stavudine	d4T	<u>Bristol-Myers Squibb</u>
<u>Ziagen</u>	abacavir	ABC	<u>GlaxoSmithKline</u>
<u>Racivir®</u>		RCV	<u>Pharmasset</u>
	<u>amdoxovir</u>	AMDX o DAPD	<u>RFS Pharma</u>
	<u>apricitabine</u>	ATC	<u>Avexa Limited</u>
	<u>elvucitabine</u>		<u>Achillion Pharmaceuticals</u>

Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa (INNTR)

Los INNTR son una clase de medicamentos anti-VIH. Cuando los INNTR se utilizan en combinación con otros medicamentos anti-VIH (generalmente un total de 3 medicamentos), esta terapia combinada bloquea la multiplicación del VIH en la sangre de una persona. Los primeros 3 INNTR de la lista están aprobados actualmente por la FDA para su uso en terapias combinadas.

Los INNTR, también conocidos como "análogos no nucleósidos" o simplemente "no nucleósidos," evitan que las células T sanas del cuerpo se infecten con el VIH. Cuando el VIH infecta una célula del cuerpo, genera una copia de su código genético dentro del ADN de la célula. De esta manera la célula queda "programada" para crear nuevas copias del VIH. El material genético del VIH es ARN. Con el objetivo de infectar las células T, el virus debe convertir su ARN en ADN. Para que este proceso se lleve a cabo se necesita de la enzima transcriptasa reversa.

Los INNTR se adhieren a la transcriptasa reversa y evitan que la enzima convierta el ARN en ADN. En consecuencia, el material genético del VIH no se puede incorporar al material genético sano de la célula, evitando así que la célula produzca virus nuevos.

TABLA 9

Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa (INNTR)

Nombre comercial	Nombre genérico	Abreviatura en inglés	Compañía farmacéutica
<u>Atripla™</u>	efavirenz + tenofovir DF + emtricitabine	EFV + TDF + FTC	<u>Bristol-Myers Squibb and Gilead Sciences</u>
<u>Rescriptor®</u>	delavirdine	DLV	<u>Pfizer</u>
<u>Sustiva®</u>	efavirenz	EFV	<u>Bristol-Myers Squibb</u>
<u>Viramune®</u>	nevirapine	NVP	<u>Boehringer Ingelheim</u>
	<u>etravirine</u>		<u>Tibotec</u>
	<u>rilpivirine</u>		<u>Tibotec</u>

Inhibidores de la entrada (incluye los inhibidores de la fusión)

Los inhibidores de la entrada evitan el ingreso del VIH a las células CD4 (células T) en el cuerpo. Estos inhibidores trabajan de una manera diferente a la mayoría de los medicamentos anti-VIH aprobados [los inhibidores de la proteasa (IP), los inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR) y los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTR)], los cuales son activos contra el VIH, después de que el virus entra a la célula CD4.

Los inhibidores de la entrada se adhieren a las proteínas de superficie de las células T o a las proteínas de superficie del VIH. Para que el VIH se una y pueda entrar a las células T, las proteínas de la capa externa del VIH deben unirse a las proteínas de superficie de las células T. Los inhibidores de la entrada evitan que este proceso ocurra. Algunos inhibidores de la entrada se adhieren a las proteínas gp120 ó gp41 de la capa externa del VIH. Otros inhibidores utilizan la proteína CD4 ó los receptores CCR5 ó CXCR4 de la superficie de las células T. Si los inhibidores de la entrada logran adherirse eficientemente a las proteínas, éstas quedan bloqueadas y entonces el VIH no puede unirse a la superficie de las células T e ingresar a las mismas.

La FDA (Administración de Alimentos y Fármacos de los EEUU) ha aprobado dos inhibidores de la entrada. Fuzeon (enfuvirtide) de Roche en marzo de 2003, que actúa a nivel de la proteína gp41 en la superficie del VIH y Selzentry (maraviroc) de Pfizer, aprobado en agosto de 2007 que actúa a nivel de la proteína CCR5. Los medicamentos en experimentación incluyen a vicriviroc (un inhibidor de la entrada, bloqueador de CCR5) de Shering-Plough, el anticuerpo monoclonal bloqueador de CCR5 PRO 140 de Progenics y a TNX-355 de Tanox, que actúa a nivel de la proteína CD4 en las células CD4.

Las personas VIH positivas que tienen resistencia a los IP, INTR e INNTR probablemente se beneficien de los inhibidores de la entrada, dado que son una clase diferente de medicamentos. Estas son buenas noticias para las personas

VIH positivas que han probado y fracasado con muchos de los medicamentos anti-VIH aprobados actualmente.

TABLA 10
Inhibidores de la entrada (incluye los inhibidores de la fusión)

Nombre comercial	Nombre genérico	Abreviatura en inglés	Compañía farmacéutica
<u>Fuzeon</u>	enfuvirtide	ENF	<u>Trimeris and Hoffmann-La Roche</u>
<u>Selzentry o Celsentri</u>	maraviroc	MVC	<u>Pfizer</u>
	<i>vicriviroc</i>		<i>Schering-Plough Corporation</i>
			<i>Progenics Pharmaceuticals</i>
			<i>Tanox, Inc.</i>

Inhibidores de la integrasa

Para poder tomar el control de la maquinaria de la célula CD4 con éxito y así poder producir virus nuevos (los inhibidores nucleósidos/nucleótidos de la transcriptasa reversa pueden impedir este proceso), el ARN del VIH se convierte en ADN usando a la enzima transcriptasa reversa. Después de que se completa la “transcripción reversa”, el ARN se convierte en ADN, el ADN del VIH debe incorporarse dentro del ADN de la célula CD4. Ésto se conoce como integración. Tal como su nombre lo indica, los inhibidores de la integrasa impiden que este proceso se realice.

Los inhibidores de la integrasa podrían ofrecer una gran esperanza, particularmente para aquellas personas VIH positivas que tienen un VIH que ha desarrollado resistencia a medicamentos que bloquean las otras dos enzimas principales del VIH: la transcriptasa reversa y la proteasa.

Isentress (raltegravir) de Merck, fue aprobado por la Administración de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos (FDA) en octubre de 2007. Un segundo inhibidor

de la integrasa, elvitegravir de Gilead (GS-9137), se encuentra en estadios avanzados de estudios clínicos.

TABLA 11
Inhibidores de la integrasa

Nombre comercial	Nombre genérico	Abreviatura en inglés	Compañía farmacéutica
Isentress	raltegravir	RGV	Merck & Co
	<i>elvitegravir</i>		<i>Gilead Sciences</i>

1.10 IMPACTO SOCIO-ECONÓMICO

A nivel mundial el VIH/SIDA es valorado por la magnitud de su impacto como una pandemia, debido a las consecuencias a grandes escalas que ha generado, pasando a ser una emergencia mundial y uno de los desafíos más graves para la vida y la dignidad del ser humano. El VIH/SIDA ha incidido también en el desarrollo económico y social de todo el mundo, así mismo ha afectado a la sociedad en todos sus niveles: individual, familiar, comunitario y nacional. El VIH/SIDA afecta a todas las personas no importando si son ricas y pobres, no tiene distinción de edad, género o raza, siendo los habitantes de países en vías de desarrollo los más afectados, y se reconoce que las mujeres, los jóvenes y los niños, en particular las niñas, son los más vulnerables.

El VIH/SIDA llegó a cuestionar a la humanidad en un momento histórico en que la moralidad de generaciones anteriores se ponía en tela de juicio, y en donde el empoderamiento del cuerpo había llegado a una de sus máximas expresiones tras el encuentro de métodos anticonceptivos altamente efectivos, de la misma forma que la represión a las diversas formas de expresar la vida erótico-sexual parecían vencerse. Con la súbita aparición del VIH no solo se infectaron individuos, sino a la sociedad, yendo más allá de la pareja o familias, se infectó la humanidad y se acentuaron los discursos derechistas que cuestionaban la moralidad y forma de

“hacer” de las personas diferentes a las grandes mayorías: los y las trabajadoras del sexo comercial, las personas que ejercían su vida sexual con el mínimo conocimiento de la pareja, las personas con múltiples contactos sexuales, los hombres que tienen sexo con hombres, así como los usuarios de drogas.

Los medios de comunicación en sus primeras campañas informativas dirigían la alarma a los “grupos de riesgo” más que a formas de prevención que buscaran educar a la población a través de la sensibilización de prácticas de riesgo. El discurso masivo más que advertir, aterraba con imágenes decadentes de los pacientes en fases terminales, lo que provocó indirectamente una parálisis ideológica que favoreciera la cultura de prevención, ya que al no pertenecer a un grupo de riesgo la percepción de éste fue bloqueada. El SIDA trascendió su naturaleza biológica con calificativos de ser producto de la “invasión de un virus”, de un sistema propio de defensas inmunológicas activadas hacia una batalla inminente con la muerte, una guerra con un final predecible: la muerte. En el plano religioso los aspectos morales intrínsecos al ser humano, rebasados por conductas inmorales trajeron al SIDA como un castigo de Dios, un castigo de trascendencia social hacia el desorden moral de los individuos. En el mismo plano religioso se vio al SIDA como indicador del Apocalipsis Bíblico, debido a la magnitud de sus estragos y su calificativo de catástrofe. Ante este panorama el individuo infectado por el VIH ha tenido dos caminos: resignarse a lo inevitable del VIH-MUERTE, o bien desafiar el discurso médico y negar la realidad para exponerse a situaciones de mayor riesgo. En ambos casos el individuo se ve sujeto a sobrevivir, a ser visto como un enfermo sin siquiera manifestar un síntoma que indique el estado de salud.

Pero no solo en lo social se ha visto afectada la población mundial por la epidemia del VIH/SIDA, ya que ha afectado gravemente las economías y crecimientos potenciales de los países en vías de desarrollo. Las características principales de estos países son la pobreza, el subdesarrollo y el analfabetismo, causas que contribuyen a la propagación del VIH/SIDA. El factor pobreza revierte u

obstaculiza actualmente el desarrollo en muchos países, por lo que hay que hacerle frente de manera integrada.

Otro factor que se ha visto está involucrado con el crecimiento de la pandemia son los conflictos armados, ya que generan el intercambio de sexo comercial, el uso de drogas en diferentes modalidades, desde las usadas de forma inyectable hasta drogas psicotrópicas que evitan al individuo reconocer formas de prevención. Los desastres naturales también traen consigo el potencial aumento del número de personas infectadas, ya que el hacinamiento y la exacerbación de las conductas sexuales intensifican las conductas de riesgo, principalmente sexuales, con la consecuente propagación de la epidemia.

En el contexto de pandemias como la del VIH/SIDA el acceso a los medicamentos es uno de los elementos fundamentales para llegar progresivamente a la plena realización del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Sin embargo debe reconocerse que los recursos destinados a luchar contra la pandemia en los planos nacional e internacional no están a la par de la magnitud del problema, de la misma forma que la deuda externa y los problemas de los servicios, han limitado considerablemente la capacidad de muchos países en desarrollo, así como de países con economías en transición, para financiar la lucha contra la pandemia en todos los campos de actuación. Este último elemento es el que atenta mas gravemente con el derecho a la vida de todo ser humano, ya que el VIH/SIDA es vivido como una condena a la muerte en las gentes que padecen de pobreza, y en donde el bienestar en alimentación, vivienda y demás, son prioridad antes que un acceso farmacológico.

Como problema social se manifiesta una débil aceptación y más bien un franco rechazo del enfermo en la cotidianidad familiar y social presentándose como uno de los problemas sociales más recurrentes en nuestros días, particularmente incrementado hacia los sectores juveniles. Esto expresa una contradicción que se hace visible a partir del incremento de la enfermedad (de epidemia en pandemia y

de pandemia en la posible extinción de pueblos enteros), sin olvidar la débil aceptación y respuesta de las Políticas sociales en la lucha para enfrentar este fenómeno social y sus implicaciones culturales.

La indiferencia ante la enfermedad es uno de los principales problemas a los que se enfrenta este fenómeno social. Una gran mayoría de individuos lo ignora por voluntad propia o de forma inconsciente, algunos por falta de tiempo, otros por ignorancia, por miedo, pero la mayoría de las personas piensan que el problema no les concierne: es de otros. El mundo los ve como algo ajeno y extraño a ellos.

Esto se debe al hecho de que se han venido construyendo algunas ideas sobre las ITS/VIH/SIDA dado que antes generalmente se asociaba a prácticas homosexuales o de prostitución (gente de mala vida según el argot popular) los que tenían la posibilidad de adquirir estas enfermedades. Ahora bien, estas ideologías varían según las regiones, por ejemplo en África, -además de lo anteriormente dicho-, es una mezcla de culturas (tradiciones y religión) muy fuerte, que asocia todo lo relacionado con el sexo al tabú; las restricciones respecto a la información sobre sexo y aún menos a una educación sexual, que imposibilita un correcto proceder para su prevención. Por otra parte, la poligamia le otorga al hombre más libertad sexual que a las mujeres, quienes son también víctimas de abuso sexual, maltrato físico, verbal y emocional o, en muchos casos, son presionados para tener relaciones sexuales o casarse contra su voluntad; sin embargo, la mayoría de las víctimas prefieren el silencio para no afectar el funcionamiento y comunicación en la familia y en la sociedad. Aunque en la actualidad existen diversas instituciones y asociaciones que tienen la misión social de ayudar a las mujeres, luchar contra las ITS, y solucionar esta problemática social, aun queda mucho para hacer.

En conclusión entre las manifestaciones de esta problemática social y económica podemos situar:

1. La existencia de pobreza extrema de los países más afectados.
2. Abandono y rechazo de los enfermos debido a estereotipos sociales por lo que las familias no se responsabilizan de ellos.
3. Aislamiento del infectado de la familia y la sociedad por lo que se les niega la oportunidad de tener una vida activa y productiva.
4. Algunos les temen, otros les otorgan ayuda vestimenta y alimentación, pero se olvidan de las necesidades psicoafectivas.
5. Precarias condiciones sociales en cuanto al pronóstico y diagnóstico del VIH/SIDA y el cuidado del enfermo.
6. Enfermos sin recursos económicos para sus subsistencias; otros apenados que no van al médico ni dejan saber que están infectados para evitar el rechazo. Maltrato psicológico y verbal hacia ellos.
7. Débiles sistemas de salud, en los que la atención es inapropiada por parte de los servidores y donde la discriminación es característica primordial en su actividad.
8. A pesar de los desarrollos logrados en los compromisos políticos y el financiamiento, menos de una quinta parte de las personas infectadas con el virus tiene acceso a los programas básicos de prevención del sida a nivel mundial.
9. Acceso de medicamentos restringido solo a los contribuyentes de la economía de la sociedad, a través del sector de salud.
10. Y actualmente a consecuencia de los medios masivos de comunicación, las personas buscan el amor –difícil de encontrar- en líneas de servicio, ya sea telefónicas o vía internet, lo cual puede resultar contraproducente para personas no portadoras, al mantener relaciones parciales con personas de las que no se tiene más información que un “nick” y que en muchos de los casos los lleva a relaciones sexuales riesgosas y favorable a personas seropositivas, ya que es objetivo primordial evitar el fracaso al momento de

revelar la condición de salud, lo que los lleva a tener una segunda cita, sin mayor complicación.

Actualmente la labor en contra del impacto socio-económico parte de la Sociedad Civil y ONUSIDA ¹¹ por parte del gobierno; la cual trabaja basándose en el principio de que para reducir el impacto y la epidemia del VIH/SIDA debe ampliarse constantemente la lucha contra el SIDA. Esta ampliación tiene dos elementos principales los cuales son:

- El aumento de la calidad y el alcance del apoyo, la atención y la prevención en curso y los esfuerzos para mitigar el impacto de la epidemia
- La combinación de estos esfuerzos con acciones que aborden los factores sociales que aumentan la vulnerabilidad de las personas con SIDA

ONUSIDA tiene como principal fin encabezar, reforzar y apoyar una respuesta global contra el SIDA por medio de las siguientes acciones:

- Prevenir la propagación del VIH
- Dar ayuda y apoyo a quienes se encuentren infectados y afectados por este padecimiento
- Reducir la vulnerabilidad de los individuos y las comunidades ante el VIH/SIDA
- Aliviar el impacto socioeconómico y humano de la epidemia

Habiendo presentado toda aquella información de relevancia para la comprensión de la pandemia del Siglo, se procederá a exponer aquellos puntos a nivel psicológico que se relacionan al proceso de salud-enfermedad, la sexualidad y por ende las infecciones sexualmente transmisibles, entre ellas el VIH/SIDA.

¹¹En página oficial de ONUSIDA. http://www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/onusida.htm

Capítulo 2

PSICOLOGÍA Y EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD

En todas las sociedades humanas, sin excepción la morbilidad es extremadamente alta y el gasto de tipo curativo insostenible, situación que se ha convertido en el principal motivo de interés a nivel mundial, ya que el desequilibrio en este rubro modifica el estado integral del ser humano y por ende el equilibrio de todo un país.

Al tocar estos aspectos no hablamos de otra cosa, sino del proceso de salud-enfermedad inherente a todo ser humano, y es la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007)¹ instancia a nivel mundial quien define la salud como: “un estado de bienestar completo físico, mental y social; y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Con esta definición se reafirma la naturaleza bio-psico-social de la salud, dando importancia a todos los factores que integran la comunión mente y cuerpo, sin embargo para algunos autores e investigadores, la definición propuesta por la OMS formula objetivos difícilmente alcanzables aún para los países más desarrollados y por lo tanto completamente inalcanzables en los países menos desarrollados donde la mayoría de la población vive en condiciones ambientales infrasanitarias y donde, lógicamente, el bienestar debe ser concebido de diferente manera.

Más a fin a la realidad de cada país o región, encontramos la definición propuesta por Milton Terris ² donde dice que la salud tiene dos aspectos: uno subjetivo que se refiere a “sentirse bien” y el otro objetivo que implica “la capacidad para la

¹ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

² En González, J. (2003) Psicología y Salud en México. UNAM Iztacala: Tesina. pp. 9

función”, en otras palabras “salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y de capacidad para funcionar en las mejores condiciones en este medio”.

En diversos estudios sobre los diferentes padecimientos que puede desarrollar el ser humano y que afectan su estado de salud-enfermedad se ha encontrado que hay aquellos que pueden provenir como consecuencia de diferentes factores que involucran a la predisposición genética, la fisiología de la persona, los factores inherentes a la alimentación, hábitos, así como elementos medio ambientales. Una intervención a este nivel busca reestablecer la salud mediante diferentes estrategias de control sobre estos factores.

Otro rubro circunscribe su origen a factores inherentes a la realidad interna del individuo (personalidad, emociones, y conducta) y en las cuales su intervención está relacionada exclusivamente en la atención de estos factores, a través de diferentes técnicas terapéuticas que buscan el equilibrio psíquico del individuo partiendo de factores conscientes o inconscientes, actuales o del pasado de la persona.

Y en el tercer rubro los trastornos psicósomáticos cuyos síntomas somáticos no tienen su origen en factores puramente físicos y orgánicos, pero ante los cuales se presenta la manifestación propiciada por un desequilibrio emocional, este tipo de padecimientos son difíciles de diagnosticar ya que no se puede establecer cuál de las dos causas es primigenia, si el factor emocional o la predisposición orgánica.

Existen diversos enfoques para considerar las nociones de salud-enfermedad. El modelo biomédico, en el que están basados o diseñados las políticas, acciones y organización de la salud, ha evolucionado desde la segunda mitad del siglo pasado, inicialmente se basó en un enfoque unicasal que considera un solo tipo de causas de la enfermedad ya que el interés radicaba en eliminar él o los agentes patógenos, físicos, químicos o mecánicos que ocasionan la alteración de

las funciones normales o las condiciones anatómicas del organismo para este enfoque fueron relevantes los hallazgos de microbiología de Koch y Pasteur). Sin embargo, y a partir de la década de los sesenta las ciencias sociales permiten mostrar que el modelo unicausal es insuficiente para explicar el origen de las enfermedades que existen otros elementos del medio ambiente que influye en el proceso de salud enfermedad.

Todo ello nos lleva al punto de considerar que el fenómeno vital humano está en permanente variación no sólo en función de factores orgánicos, sino también en función de factores ambientales y psicosociales. Ello ha llevado a que el ámbito de la salud se amplíe hacia áreas de conocimiento que antes eran relativamente ignoradas, como las ciencias sociales y humanas; ahora no sólo se reconoce su función y aporte, sino que se le demandan a estas ciencias soluciones para problemas que escapan al alcance del modelo biomédico tradicional.

2.1 PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Antecedentes

Los antecedentes de la Psicología de la Salud se han considerado desde centenarios y hasta milenarios si se retrae a Hipócrates como principal exponente en la conjunción de la Psicología Clínica y la Medicina. Su establecimiento formal, se remite a la Medicina Psicosomática, un término acuñado en 1918 en el contexto de la extensión del psicoanálisis para entender trastornos funcionales supuestamente debidos a conflictos psicológicos y destacando a este respecto George Groddeck, desde entonces existen diversas líneas históricas que tratan de fundamentar el origen de la Psicología de la salud a través de la Medicina psicosomática, la Medicina conductual, Psicología médica, Psicofisiología experimental, Sociología médica, Antropología médica, Medicina preventiva, entre otras.

Pero fue en 1969 que se precipita de alguna manera el surgimiento organizado de lo que posteriormente se denominó Psicología de la salud ³, a través de un artículo que William Schofield publicó en la revista *American Psychologist*, en este artículo el autor subraya la presencia “anémica” de la psicología en el campo de los servicios de salud. A partir de entonces se encaminaron los trabajos a investigar la correlación entre salud-enfermedad y los diversos aspectos que contribuyen a propiciar mejoras en el mantenimiento, prevención y atención de la salud.

En 1978 después de una serie de reuniones coordinadas fundamentalmente por Stephen M. Weiss, Joseph D. Matarazzo y George C. Stone, los miembros de la Sección del Network y otros, solicitaron alcanzar el estatus de División en la reunión que la APA (American Psychological Association) celebrada ese año en Toronto, aprobándose entonces la constitución de la División de Psicología de la Salud (División 38) y cuyos objetivos fundamentales fueron los siguientes:

1. Promover las contribuciones de la psicología como una disciplina interesada en la comprensión de la salud y la enfermedad a través de la investigación básica y clínica;
2. Alentar la integración de la información biomédica acerca de la salud y la enfermedad con el conocimiento psicológico actual;
3. Informar a la comunidad científica y profesional, así como al público general, de los principales resultados de la investigación y de las actividades y servicios en esta área.
4. Facilitar y promover la formación de profesionales y la creación de servicios especializados en psicología de la salud.

En 1979 Stone, Cohen y Adler editan el primer libro con el título de *Psicología de la Salud* y en 1982 aparece el primer número de la revista de psicología de la salud (*Health Psychology*).

³ Róales J. (2004). *Psicología de la Salud*. Madrid, Pirámide. 2004

En 1983 se celebra la Primera Conferencia Norteamericana sobre la formación y entrenamiento de psicólogos de la salud como consecuencia se crean las directrices para la formación de especialistas en esta rama.

Actualmente los psicólogos de la salud son requeridos por los servicios sanitarios y contemplados como miembros de importancia en los equipos multidisciplinarios en áreas de salud.

Definición

El primer intento de definición formal se le atribuye a Matarazzo (1980) definiéndola como “el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología, la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las discusiones relacionadas”. Esta definición acabó por convertirse en la definición “oficial” de la División de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA) en 1980.

El momento actual de la psicología de la salud se caracteriza por la búsqueda de una integración cada vez mayor entre los conocimientos básicos de la ciencia psicológica, de una parte, y sus extensiones al ámbito de la salud, pero los aportes más representativos son en prevención o modificación de las enfermedades.

2.2 PARTICIPACIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL ÁREA DE LA SALUD.

La inserción del psicólogo en el área de la salud se ha desarrollado vertiginosamente en las últimas décadas y ha alcanzado de forma creciente más competencias y espacios de trabajo dentro del campo de Salud, y es a través de su labor que ha adquirido un reconocimiento público e interprofesional cada vez más relevante.

Pero al inicio esto no era así, ya que en el trabajo alterno con otros profesionales de salud, su labor se dirigía a ser el encargado de anunciar muertes, amputaciones, operaciones, y otros hechos desagradables, descubrir que problema psíquico tenía el paciente que ha pasado por todos los servicios y especialistas de salud y en el peor de los casos ser el apaga fuegos, de cualquier situación conflictiva, provocada posiblemente por algún error técnico o ético que alguien cometió, y en donde la labor del psicólogo era calmar los ánimos, controlar a los familiares alterados o al paciente mismo, en fin se pudieran citar muchas otras situaciones, pero estas son algunas de las más comunes.

Actualmente son múltiples las actividades que un psicólogo puede desarrollar en un área o institución de salud, tal como lo señala Zas Ros, B.⁴ y las cuales agrupa de la siguiente manera:

- Brindar atención psicológica a los pacientes, familiares y personal asistencial de la institución.
- Integrarse al trabajo multidisciplinario de los diferentes servicios de salud.
- Contribuir a elevar la satisfacción de la población con los servicios recibidos, participando en la evaluación y ajuste de los mismos a las expectativas de la población y a las posibilidades crecientes de la institución.
- Participar en la selección, evaluación y clasificación del personal asistencial que requiera de determinadas condiciones psicológicas para la ejecución de sus labores.
- Desarrollar proyectos de investigación asociados al área de salud en la que existe la experiencia y conocimiento.
- Ofrecer actividad docente y científica con programas metodológicos establecidos.

Por otro lado, encontramos como parte de su labor en el campo de la salud, el modificar el comportamiento de la población para cambiar los estilos de vida que amenazan el bienestar individual, en participar en el análisis de los procesos

⁴ Zas Ros B. (2007). La psicología en las Instituciones de Salud. Cuba: Psicología Online.

psicofisiológicos, así como el interés sobre las dimensiones sociales y ecológicas para prevenir o aminorar la enfermedad.

También puede colaborar en la detección de los factores que afectan al proceso salud-enfermedad, así como en sus determinantes, los cuales son importantes para la prevención.

Ya que las actividades han cambiado y el ámbito de aplicación día a día abarca nuevas áreas de intervención; se han consensuado y centrado como las más importantes:

1. La promoción y acercamiento de la salud.
2. La prevención.
3. La evaluación, tratamiento y rehabilitación de trastornos específicos.
4. El análisis y mejora del sistema de atención sanitaria.

Asociado a estas áreas de aplicación, los objetivos de la psicología de la salud pueden centrarse como se definieron en Yale en 1977 y en el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de ciencias en 1978 y donde se resumen de la siguiente manera:

- Aumento de la salud y bienestar de las personas.
- Prevención o modificación de las enfermedades.
- Mejor funcionamiento de casos con trastornos.

Pero para el manejo de esta investigación nos centraremos en aquellas áreas de intervención en las que el psicólogo se ocupa de todos los problemas psicológicos ligados al proceso de enfermedad (diagnóstico, padecimiento, tratamiento, curación/cronificación y rehabilitación) y en cuya génesis la conducta es un eje etiológico fundamental. Así, algunos de los padecimientos más importantes en la actualidad son el cáncer, diabetes, los que se derivan de los accidentes de circulación, los trastornos cardio-vasculares y el VIH/SIDA, así el psicólogo puede ocuparse del impacto psicológico del diagnóstico de una enfermedad grave, el

impacto psicosocial de la hospitalización, la preparación psicológica para una cirugía a fin de facilitar la recuperación post-quirúrgica, la calidad de vida ligada a tratamientos con efectos secundarios agresivos, entre otros.

Es así como el aporte de éste profesional en la prevención o intervención psicológica se convierte en una importante y útil herramienta para la reducción de la incidencia de la enfermedad y en algunos casos hasta se considera un aspecto esencial en el que circundan muchos trastornos asociados a la propia enfermedad.

Algunas de las temáticas en este campo específico de intervención son:

- Problemas de adherencia al tratamiento.
- Problemas asociados a la asunción del rol de enfermo.
- Trastornos emocionales derivados de la enfermedad.
- Problemas vinculados con el apoyo familiar.
- Problemas psicológicos asociados a los cambios permanentes producidos por la enfermedad y a su adaptación al medio.

Pero para mayor comprensión del presente, en lo relativo al tema del VIH/SIDA, se ahondará en este tema en el capítulo cuatro, tocante a la Intervención Clínica con pacientes portadores del VIH/SIDA, por ser la pandemia a la que se remite esta investigación.

2.3 SEXUALIDAD Y PSICOLOGÍA

En un sentido histórico el término sexualidad no aparece sino en 1830. Y su motivo fue dar cuenta, como tal de un neologismo, que definía un fenómeno nuevo y propio de la Época Moderna que fue el descubrimiento del hecho de los sexos y la toma de conciencia de sus consecuencias en las relaciones entre ellos.

Con el paso del tiempo el concepto sexualidad se fue haciendo cada vez más ambiguo y complejo propiciando una mezcla o confusión conceptual. La sociedad en general tiende a manejar ideas muy superficiales sobre el tema; esta

superficialidad afecta de manera alarmante el proceder del ser humano respecto a dicha cuestión. El concepto reduccionista de la sexualidad tiende a definirla como una serie de sensaciones puramente físicas siempre relacionadas con el placer y el actuar cuasi animal del hombre. El reduccionismo se conforma con lo que se ve y con lo que se siente; lo demás es relativo y fuera de toda comprobación, llegando a decir que la sexualidad es lo genital.

Nuestra sociedad está llamada a trascender del “genitalismo” y empezar a hablar de sexualidad en términos más completos, tomando en cuenta a la persona como un universo.

Uno de los precursores en darle otra dirección y significado a la sexualidad y en quien se tiene el antecedente más claro de la sexología científica fue S. Freud (1856-1939) quien postuló la primera teoría sobre el desarrollo sexual progresivo del niño con el que pretendía explicar la personalidad normal y anormal, asignando a la sexualidad un papel determinante de otras conductas del ser humano, y valoró el deseo sexual, consciente o inconsciente, como condicionante de la salud individual y de las patologías que esta podría generarle, sin embargo profesionales de la sexualidad actual únicamente lo consideran uno más de los investigadores que contribuyó con relevantes aportaciones sobre el tema, pero con un objetivo de estudio diferente, siendo su principal interés lo que hoy se conoce como el psicoanálisis. Es así que se ubica al dermatólogo berlinés Iwan Bloch (1872-1922) como el padre de la sexología por ser quien propuso por primera vez la idea de una labor científica y académica consagrada al estudio del sexo y fue también quien acuñó el término de sexología.⁵

Algunas de las concepciones más recientes y completas hasta el momento son como la propuesta por Lief H. I. en 1971 ⁶ quien menciona que la sexualidad

⁵ Frago, S. y Sáez, S. (2007). Sexología y Educación sexual: El sexólogo hoy. Monografía. Instituto Amaltea de Sexología y psicoterapia. (España). En: <http://www.amaltea.org/content/view/93/70/>

⁶ Freedman, A. M., Kaplan, H. I y Sadock, B. J. (1982). Tratado de Psiquiatría. España: Salvat. V. II. pp 1499. 1982.

puede ser descrita en términos de un sistema, por analogía con los sistemas circulatorio o respiratorio, siendo sus componentes: Sexo biológico (cromosomas, hormonas, caracteres sexuales primarios y secundarios, Identidad sexual (sentimientos de masculinidad o feminidad) y Conducta sexual (conducta motivada por el deseo de placer sexual y orgasmo <sexo físico>; conducta genérica: connotaciones conductuales masculina o femeninas).

Por su lado la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁷ en un informe sobre sexualidad fechado en Guatemala en 2001 la define como el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, políticos, legales, históricos, religiosos y espirituales, por lo que se ha considerado un aspecto central del ser humano a través de su vida, experimentada y expresada en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones, definición mantenida hasta la actualidad.

Pero es a raíz de esta amplitud y diversidad de temas sexuales, así como los notables cambios sociales a nivel mundial, que se desencadena el interés de muchos profesionales de áreas de la salud, propiciando en los últimos años un potencial incremento en el número de investigaciones sobre sexualidad: siendo una de las más espectaculares hasta el momento la propuesta por Master y Jhonson por sus interesantes aportaciones terapéuticas al campo de la fisiología, lo cual atrajo la atención de diversos profesionales y población en general, hasta el punto de llegar a una verdadera eclosión de “terapeutas de la sexualidad”, propiciando algunas irregularidades por lo que se tuvo que reglamentar a través del American Association of Sex Educators and Connseors (AASEC), para llegar a otorgar una correcta cualificación profesional.

⁷ Pagina oficial de la Organización Mundial de la Salud. OMS (2007)
http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html

Hoy en día la sexología desemboca en tres formas de intervención extendidas en el mundo entero y que la OMS institucionalizó en 1974: la *educación sexual*, el *asesoramiento sexual* y la *terapia sexual*.

La Educación Sexual, es ante todo educación. No consiste en adoctrinar, o decir lo que se tiene o no se tiene que hacer, ni propiciar el libertinaje sexual, sino es contribuir en formar personas libres, autoconcientes, capaces de asumir actitudes de respeto y responsabilidad en sus relaciones interpersonales, donde involucren la comunicación en todas sus dimensiones, es transmitir el hecho de ser un hombre y una mujer, son planteamientos integrales organizados y sistemáticos.

El Asesoramiento sexual, es informar o aconsejar sobre algún aspecto de interés. Es un abordaje que no se centra en los problemas, sino en las personas. Trata de acompañar al individuo en su crecimiento y desarrollo de tal forma que pueda enfrentar de modo coherente su problema actual y otros venideros, pretende cultivar y explorar las posibilidades o capacidades que un sujeto es capaz de desarrollar por sí mismo.. Es un modelo de excelencia en la intervención asistencial sexológica, no directiva, personalizada, centrada en la persona, que se sitúa en el aquí y ahora o dificultad concreta, con un formato breve de intervención.

Y la Terapia Sexual, será aquella en la que el referente o punto de entrada sea la realidad del sexo: el hombre y la mujer. Ya sea en su proceso de sexuación, en su vivencia o en su expresión, ya sea en lo individual o interaccional, en su realidad o virtualidad, en su formación convivencial o física (genital o no). La terapia sexual se basa fundamentalmente en la creación de interacciones de conducta entre los miembros de la pareja, en el marco de su relación y que se cimienta en estrategias clínicas, exploración y búsqueda de deseos; y para las que se sirve de juegos, que buscan promover que los miembros de la pareja detecten la causa y origen de su problemática erótica, cultivando la búsqueda y satisfacción

de los verdaderos deseos, aquellos que componen el arte de amar y que posibilita el marco de la relación de pareja.⁸

En sí, el sexólogo o terapeuta sexual puede tratar un sin fin de aspectos:

- Trastornos de identidad y orientación del deseo sexual.
- Campo de la sexuación: alteraciones de la anatomía y fisonomía humana.
- Anticoncepción e información preventiva (ITS/SIDA). Higiene sexual.
- Campo de la erótica: deseo y sus problemáticas, respuesta sexual.
- Conflictos con lo erótico y vivencia sexual.
- Dificultades de pareja en el plano convivencial.

En lo tocante al tema, se ha manifestado mucha controversia en lo relativo a la función del psicólogo como terapeuta sexual, por considerarlo un profesional no especializado en el tema, pero a pesar de lo que mucho señalan los sexólogos, la psicología ha jugado un papel muy importante en el auge de la sexualidad, no sólo en el campo de la investigación y de la terapia que suelen ser las áreas más prestigiadas y reconocidas profesionalmente. Es así como, en la mayor parte de los centros o institutos dedicados a temas y actividades que engloban tópicos relacionados con la sexualidad, el psicólogo es uno de los profesionales cuyo aporte y colaboración es de gran relevancia. En gran número de congresos y jornadas, son los psicólogos los que plantean las ponencias más avanzadas sobre temas de sexualidad, sin tratar de caer en elogios profesionales, ya que los hechos lo han mostrado y es por ello que considero al psicólogo un especialista capacitado en el amplio campo de la sexualidad.

2.4 VIH/SIDA COMO EPIDEMIA MENTAL Y MORAL

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el sexo inseguro o conductas sexuales de riesgo ocupan el quinto lugar en el mundo en cuanto a causas de muerte, y el segundo lugar en cuestión de años de vida saludable

⁸ Amezúa, E. (2007). La sexología como ciencia. Esbozo de un enfoque coherente del hecho sexual humano. Sexología en INCISEX.
<http://www.sexologiaenincisex.com/contenidos/kiosko/articulo.php?id=15&cat=1>

perdidos,⁹ es por eso que la sexualidad en últimas fechas se ha convertido en un factor de riesgo con fuertes implicaciones en la salud y por ende de gran impacto e interés en profesionales del área de la salud y en especial en áreas de la psicología, no importando la modalidad o enfoque terapéutico.

El incremento en la presencia de infecciones de transmisión sexual y especialmente de SIDA y la necesidad de abordar conjuntamente la sintomatología orgánica y emocional que afecta al paciente y su familia; hace necesaria la intervención directa del psicólogo en los momentos críticos del enfrentamiento ante una enfermedad terminal. El apoyo y consejería permite una mejor aceptación del diagnóstico y por ende lo ayuda a convivir con la enfermedad y a proponerse metas de vida a corto y mediano plazo.

Todo individuo que se enfrenta a un proceso de enfermedad crónico-degenerativa que puede estar asociada a la muerte, se conecta directa o indirectamente con el proceso de duelo ante la pérdida de la salud físico-biológica, situación que lo remite a su imagen corporal y el deterioro generalizado, el cual es el vínculo a una futura muerte social. Pocos padecimientos tienen las implicaciones sociales y éticas como las que han acompañado al VIH/SIDA desde su aparición.

El paciente que vive con VIH lleva un dolor psíquico que no le permite realizar sus actividades y lo hace incapaz de involucrarse con las experiencias diarias. La enfermedad del VIH/SIDA tiene la particularidad de que el infectado es al mismo tiempo el infectante, es por ello que el paciente seropositivo es visto como fuente de riesgo para los otros, además de que algunas enfermedades causadas por el VIH son visibles y perjudican su vida social.

⁹ Aburto, G. C. (2005). "Los programas de intervención contra el comportamiento sexual riesgoso". Psicología y Salud. México. V.15 (2).

Modesto, Aguilera y Avery (1994)¹⁰ señalan que la respuesta al diagnóstico de VIH, es común a otras enfermedades graves como esclerosis o cáncer. Entre las respuestas más frecuentes se encuentran: shock emocional, aislamiento, negación, desesperanza, sensaciones puntuales de ansiedad, sentimientos de indefensión, rabia, culpa disminución de la libido, reacciones depresivas. Otro tipo de alteraciones psicológicas que pueden presentarse son los delirios, síndromes orgánicos, cerebrales, hipocondrías, manías y alteraciones obsesivas.

Por otro lado, Arranz y Carrillo (1991)¹¹ mencionan que el objetivo primordial de la intervención psicológica consiste en mitigar las duras implicaciones psicosociales que conllevan a esta enfermedad para poder sobrellevarla, maximizando su calidad de vida y disminuyendo en lo posible, la vulnerabilidad del organismo a padecer procesos infecciosos.

Pero para poder brindar la atención pertinente a las personas portadoras, es conveniente identificar anticipadamente las alteraciones psicológicas y neuropsiquiátricas que pueden causar alteraciones emocionales.

2.4.1 Trastornos Psiquiátrico y el VIH¹²

El sistema nervioso central (SNC) resulta directamente afectado no sólo por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) sino también por las infecciones oportunistas, las neoplasias y los accidentes cerebro vasculares relacionados con el VIH/SIDA. Debido a ello, las personas seropositivas pueden presentar distintos desórdenes neurológicos y neuropsiquiátricos.

El VIH tiene afinidad por los receptores CD4 de los linfocitos y por receptores similares localizados en las células del SNC. Esto induce un daño progresivo en el

¹⁰ Modesto, J., Aguilera, A. y Avery, A. (1994). Aspectos psiquiátricos y sociales del SIDA. Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina. 40 (2), 71-103

¹¹ Arranz, P. y Carrillo (1991). Intervención psicológica en enfermos de SIDA, familiares y personal sanitario. Publicación oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA. Vol. 2 Num. 3. Marzo.

¹² Maldonado, J. L. y Fernández F. (SF). Trastornos psiquiátricos asociados con el VIH/SIDA . Interamerican Collage of Physicians and Surgenos (ICPS). Estados Unidos.

cerebro, con el subsecuente deterioro cognitivo, que puede ser desde leve y casi imperceptible hasta severo e incapacitante como en la demencia por el VIH.

Existen diferentes síndromes neuropsiquiátricos relacionados o independientes de los cambios cognitivos de la infección por el VIH donde se incluyen los desórdenes del afecto, los desórdenes de la ansiedad, la psicosis y el delirio.

Las infecciones oportunistas, las neoplasias intracraneales y los accidentes cerebrovasculares se observan con más frecuencia en pacientes con SIDA, y son frecuentemente responsables de los síntomas y síndromes neuropsiquiátricos.

2.4.2 Aspectos clínicos asociados al VIH

El deterioro de las funciones cognitivas es normalmente progresivo en los pacientes con infección por el VIH y habitualmente preceden a las motoras. Se calcula que el 70% de los pacientes infectados desarrollan desórdenes cognitivo/motores asociado con el VIH, y de un 20 a 30% de estos pacientes acaban desarrollando demencia asociada con el VIH.

2.4.1 Demencia

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.

A través de la historia clínica y el examen neuropsicológico de los pacientes infectados por el VIH, se pueden detectar diferentes trastornos o desórdenes neuropsiquiátricos como son:

- Alteraciones en memoria.
- Alteración cognoscitiva.
- Alucinaciones o ilusiones, sobre todo visuales.

- Síntomas vegetativos (fiebre, taquicardia, sudoración, alteraciones de la tensión arterial)
- Variaciones en la velocidad psicomotora.
- Proceso de información y de la motricidad fina.
- Convulsiones
- Catatonía
- Delirios
- Inhabilidad para comunicarse
- Manía
- Psicosis orgánica (menor porcentaje)
- Depresión
- Hipertonía Muscular
- Hiperreflexia
- Espasticidad
- Incontinencia urinaria o fecal

Estos síntomas requieren un abordaje diagnóstico, ya que las infecciones oportunistas y las neoplasias pueden ser las responsables y requieren tratamientos específicos, los cuales son usualmente paliativos.

2.4.2 Delirio

Su etiología es frecuentemente multifactorial, especialmente en pacientes con infección por el VIH o con SIDA; El delirio puede pasar desapercibido o confundirse con la depresión, la ansiedad y el insomnio primario. En la fase inicial del delirio, los pacientes presentan irritabilidad, ansiedad y dificultad para mantener el sueño. Esto puede progresar en un curso fluctuante y presentar progresiva disfunción cognitiva, dificultad en la motricidad, alteración de las percepciones con alucinaciones, generalmente visuales, ideas falsas, cambios significativos en el ciclo de vigilia/sueño, y confusión.

En pacientes con VIH/SIDA, el delirio es el síndrome neuropsiquiátrico más frecuentemente observado. El 57% de los pacientes hospitalizados con SIDA son diagnosticados con delirio.

2.4.3 Psicosis

En este grupo de pacientes los síntomas psicóticos son consecuencia del daño neurotóxico que el virus causa en el cerebro. Además, los síntomas se presentan

normalmente en las etapas tardías de la enfermedad, en las cuales se observan cambios cognitivos y neurológicos y un rápido deterioro que termina con la muerte de dichos pacientes.

2.4.3 Desórdenes del afecto

Aunque los pacientes con infección por el VIH pueden demostrar episodios de hipomanía y manía secundarios a la infección, los síndromes depresivos son mucho más frecuentes en estos pacientes. Se ha encontrado que hasta un 85% de los pacientes con el VIH presentan síndromes depresivos durante el curso de la enfermedad.

La depresión¹³ es un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas emocionales, físicos y del comportamiento; caracterizado por un estado de ánimo abatido sin causa aparente, puede haber euforia, aunque al mismo tiempo estar irritable o con tristeza, hay disminución de la autoestima, con pensamientos de derrota, pérdida del placer y alteraciones de la capacidad para captar, sentir y manifestar afectos; en etapas avanzadas puede generar dificultad para desempeñarse en alguna o todas las áreas de su vida; laboral, profesional o escolar, social, familiar y de pareja, no dejando de lado el descuido en el consumo de medicamentos, seguimiento médico y clínico y en el peor de los casos, la depresión puede conducir a la presencia de ideas suicidas o el suicidio mismo.

En los factores de riesgo para el suicidio incluyen la historia previa de depresión, los intentos previos de suicidio, la historia previa o actual de abuso del alcohol, el aislamiento social, la percepción de falta de apoyo social, los desórdenes de adaptación, los desórdenes de la personalidad y los problemas interpersonales y ocupacionales relacionados con el VIH.

Siempre es importante considerar que cuando se desarrolla la enfermedad sintomática y avanzada del VIH, un gran número de infecciones oportunistas, así

¹³ Depresión y VIH. AIDSMEDS http://www.aidsmeds.com/articles/Depresion_7661.shtml

como también el mismo VIH, pueden afectar el cerebro propiciando malignidades y producir síntomas de depresión, así mismo algunos medicamentos usados u otras causas médicas, tienen iguales resultados por lo que es importante evaluar para dar un diagnóstico favorable.

En la misma línea Miller, Weber y Green (1989)¹⁴ mencionan que la depresión se manifiesta en tres tipos de respuesta; somático, cognoscitivo y conductual para enfermos con 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 se encuentra 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 con la pérdida de deseo sexual, por lo general sin ningún cambio en la capacidad para actuar sexualmente cuando se llevan a cabo las relaciones.

En el rubro cognoscitivo-conductual, algunas de las características más frecuentes son el pesimismo, asociado a su conducta del pasado ante lo cual se siente culpable, desgraciado o con mala suerte y es una dificultad y una carga para sí mismo y para los otros. Presenta falta de concentración, lentitud en el pensamiento, movimientos o en el habla misma; sensación de inutilidad hasta para realizar la actividad más pequeñas; frecuentes episodios de llanto sin aparente motivo, una característica clave, es que dejan de disfrutar de las actividades que anteriormente les placía realizar.

¹⁴ Miller, D., Weber, J. y Green, J. (1989). Atención a pacientes de SIDA. México: Manual Moderno.

La depresión responde favorablemente a la combinación de la psicoterapia y el tratamiento médico, los medicamentos psicoactivos restauran el estado de ánimo normal del paciente, pero es conveniente acudir con un especialista que tenga algún conocimiento sobre el VIH, para no generar ningún problema con el tratamiento anti-VIH.

2.4.4 Desórdenes de ansiedad

Los desórdenes de la ansiedad son frecuentes en los pacientes infectados por el VIH o con SIDA. Un 37% de estos pacientes tienen algún desorden de ansiedad durante el curso de la enfermedad, y alrededor de un 20% sufren de ansiedad persistente, la cual interfiere con el cuidado general, con la adherencia a los tratamientos y con conductas saludables que pueden beneficiar a los pacientes.

A pesar de que estos pacientes pueden presentar una variedad de desórdenes de la ansiedad, es más frecuente encontrar desórdenes de adaptación con ansiedad. Los desórdenes de adaptación pueden presentarse poco tiempo después de la notificación de seropositividad o durante el curso de la enfermedad del SIDA, especialmente cuando aparecen complicaciones con el deterioro de la salud del paciente en general. El desorden del pánico y el desorden de la ansiedad generalizada son también frecuentes en dichos pacientes. También pueden presentarse síntomas de desorden postraumático, que se manifiestan con pensamientos intrusivos o con sueños relacionados con la notificación de la seropositividad.

Dentro del malestar generalizado a niveles altos de ansiedad, se suelen manifestar síntomas que incluye el sistema nervioso autónomo como diarrea, náuseas, pérdida de peso, sedación, agitación, trastornos visuales, dolores musculares y letargo, los cuales se asocian con frecuencia a los signos del SIDA, en esta etapa es muy importante la intervención integral (médico-psicológica o psiquiátrica) ya que las preocupaciones consiguientes tienden a empeorar los síntomas, posiblemente por ataques de ansiedad aguda.

Las ideas que generan ansiedad en los individuos que viven VIH, o SIDA son diversas y muy complejas y algunas de ellas son:

- Riesgo de infectar a otros o reinfectarse.
- Hostilidad y rechazo social, profesional y sexual.
- Ser abandonado y quedarse solo.
- Aparición de infecciones repetidas o nuevas.
- Capacidad o incapacidad física en el futuro.
- Capacidad de apoyo y dependencia de pareja, familiares o amigos.
- Disponibilidad de un tratamiento integral
- Posible pérdida de privacidad y confidencialidad
- Futura aceptación social y sexual.
- Pérdida de incapacidad física y económica.
- Ser identificado (aún ahora) como homosexual o toxicómano.
- Resultado final de su enfermedad.
- Miedo a una muerte lenta, dolorosa y aislada

Algunas de las reacciones físicas y emocionales más frecuentes son las siguientes:

1. Agitación y nerviosismo: sentirse rígido, irritable e inquieto.
2. Preocupación enfocada a acontecimientos y problemas precisos.
3. Síntomas Físicos:
 - Tensión muscular.
 - Agitación intestinal y vesical.
 - Nauseas y en ocasiones vómitos.
 - Aumento de la sudación, boca seca.
 - Palpitaciones y golpes violentos del corazón.
 - Vértigos, atollondramiento, hormigueo en manos y pies.
 - Visión borrosa y embotada.
 - Mayor sensibilidad al ruido, la temperatura, el tacto y luces brillantes.
 - Ganglios linfáticos crecidos.

4. Trastornos en el sueño (insomnio o sueño alterado).
5. Fatiga física (pérdida del vigor y letargo frecuente).
6. Dificultades cognoscitivas
 - Problemas para concentrarse, recordar y obtener información.
 - Distracción o confusión
7. Cambios de ánimo.
8. Pérdida temporal del deseo o función sexual

Finalmente, cabe resaltar que existe la presencia de ansiedad inducida por medicamentos, como la zidovudina, por las infecciones oportunistas, entre otros, por lo que es de importancia detectar el origen de la misma, en la entrevista.

2.4.5 Fases psicológicas de la infección por VIH

Diversos autores Freud, S. (1925), Sepúlveda, A. (1989), Kübler Ross (1989) han estudiado los posibles estadios por los que atraviesa el paciente ante la enfermedad crónica y terminal, tal como lo es actualmente el VIH/SIDA y en la que han encontrado reacciones comunes, estas son:

NEGACIÓN

El primer estadio comprende el momento en el que se conoce la noticia de la infección o enfermedad y el paciente trata de evitar el dolor psíquico de saberse infectado a través de la negación, es decir, rechazar el hecho de saberse infectado o enfermo, la angustia que surge ante el hecho, quizá irremediable, es tan intensa que la persona tiene que borrarlo de su mente para evitar el dolor que su conocimiento ocasiona, tiene el efecto de amortiguar la noticia y con el tiempo moviliza otras defensas más eficaces y menos radicales. La negación puede perdurar durante mucho tiempo, aun cuando haya manifestaciones clínicas que indiquen que sí está enfermo, mucho más si no existen estas manifestaciones. Y en consecuencia es común que no se cuide, exponiéndose a actividades de alto riesgo, por lo que trata de evitar el contacto con cualquier especialista.

IRA O CÓLERA

Una vez que la negación ya no puede seguir manteniéndose, surge en el paciente rencor, rabia, y hostilidad, suelen presentarse respuestas exageradas e inadecuadas, tiende a desplazar su angustia, envidia y agresión en las personas que lo rodean o hacia sí mismo; el paciente se siente molesto por los cambios en su vida, por la falta de apoyo, se suele comparar con otras personas que tienen los mismos riesgos que él y que sin embargo no han sido infectadas, ante lo que se pregunta constantemente ¿Por qué YO?.

La ira o enojo se presenta como una defensa frente al profundo dolor, el temor a la soledad, el abandono, el desgaste físico, la pérdida de control y la dependencia, así como al temor a ser finalmente aniquilado por la enfermedad que avanza notablemente.

PACTO (NEGOCIACIÓN)

La tercer etapa se conoce como negociación y es en ésta en la que, con la ayuda profesional, el paciente trata de pactar con alguna forma sobrenatural de existencia fuera de su realidad inmediata, maneja conscientemente parte de su conflictiva interna y pide tiempo para intentar hacer cambios en su vida, ahora sus quejas del principio cambian en arreglos por tratar de posponer lo inevitable; esta etapa dura sólo un lapso corto de tiempo.

DEPRESIÓN

Esta etapa conlleva la aceptación del padecimiento y sus limitaciones para hacer algo que acabe con el padecimiento, la realidad es tan abrumante que su pensamiento es “lo he perdido todo estoy infectado, ahora el mundo no tiene sentido”, el paciente se enfrenta a un gran número de pérdidas reales que van acompañadas de otras imaginarias que le generan angustia y ansiedad. En esta etapa existe una permanente necesidad de suministros afectivos que pueden elevar su autoestima. Es importante supervisar el paso a la siguiente fase, la aceptación, ya que en ocasiones cuando las emociones vividas son muy intensas,

puede haber ideas suicidas que requieren ayuda profesional para poder manejarlo.

ACEPTACIÓN

Es la quinta y última fase en la que la persona se resigna y empieza a elaborar el duelo o la relación entre su realidad presente como enfermo y las pérdidas sufridas hasta el momento. Dependiendo de su historia personal podrá hacer los cambios necesarios en su estructura, en su aparato mental, que le permitirán incorporarse a la vida diaria con sus nuevos hábitos de conducta, enfrentando de mejor manera los desafíos que su entorno le exige.

Estas fases son vividas de manera diferente por cada persona, y tienen una intensidad y duración variables, dependiendo de cada caso en particular, pues están matizadas por la historia personal y por las fantasías que cada quien elabora en torno a la enfermedad, en función a sus propias experiencias de vida. Por otra parte debemos considerar que estas etapas no son estáticas, ni siguen siempre un orden determinado, pueden fluctuar y volverse a presentar una vez que se creían superadas.¹⁵

Es por todo lo expuesto que considero de gran trascendencia la labor del psicólogo en áreas de salud, sexualidad y el VIH/SIDA, y es por ello que su participación en organizaciones no gubernamentales (ONG's), organismos gubernamentales de salud y educación ha sido imprescindible y son éstas las causas por las que decidí participar activamente en una ONG del Distrito Federal, donde mi objetivo principal es enfrentar el VIH/SIDA con una actitud de apoyo a través de la información, prevención y atención de personas que viven con VIH/SIDA, la educación sexual y el apoyo emocional de los solicitantes en aspectos relacionados con su sexualidad, pero estos aspectos se lograrán exponer a profundidad en los siguientes capítulos.

¹⁵ Salame, E. (1996) Importancia de la psicoterapia en personas que viven con VIH/SIDA. México: CONASIDA. SIDA/ETS. Vol. 2 No. 2

Capítulo 3

CAPPSIDA: Una Organización No Gubernamental con trabajo en VIH/SIDA

Al convertirse el VIH en un problema crónico y no mortal, ante las diferentes alternativas en prevención y tratamiento, se ha requerido mayor compromiso de las instancias gubernamentales en la elaboración de programas preventivos, actividades de asistencia, investigación, salud y capacitación, todo ello en un manejo intersectorial, la instancia gubernamental rectora de ello es el CONASIDA, sin embargo desde su constitución uno de los principales problemas ha sido la obtención, distribución y manejo de recursos, de hecho el 06 de Octubre del 2005, el periódico la Jornada en el suplemento Letra S dedicado a Salud-Sexualidad y SIDA, comenta ampliamente los desajustes relacionados con el presupuesto 2005 para el VIH/SIDA y los posibles riesgos en el manejo transparente de los recursos del 2006.¹

Es por ello indispensable la participación de la sociedad organizada, quien a pesar de los escasos recursos ha elaborado programas con grupos voluntarios de gran capacidad organizativa, para prevenir la infección por el VIH, reducir el impacto personal y social de la infección, reducir la discriminación social y promover el respeto por los derechos y la dignidad humana, así como unificar los esfuerzos nacionales, (en comunicación con la Secretaría de Salud) e internacionales de lucha contra el SIDA, todo ello planteado por la OMS en la Estrategia Mundial frente al SIDA y en la que las Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) desempeñan un papel muy importante.

En el caso de México, el interés de la población civil por participar en la prevención y atención del VIH/SIDA, se dió de manera conjunta con la aparición del primer

¹ Sánchez, R. (2005). "Estrategias erráticas Presupuesto 2006 para VIH/SIDA". Periódico La Jornada suplemento Letra S. México. No. 111

caso de SIDA, la reacción de la población general fue variada, manifestando reacciones negativas que iban desde prejuicios asociados a la enfermedad, hasta temores y exclusiones de las personas que viven con el VIH, pero así como se manifestaban reacciones de aversión a la enfermedad y sus portadores, existían las positivas que iban dirigidas a minimizar el impacto de la enfermedad en la sociedad, no importando los mecanismos para lograrlo.

Una de las agrupaciones con mayor interés de la sociedad civil y con gran compromiso social, ha sido el grupo homosexual, el cual se ha movilizó en la conformación de diferentes organizaciones con trabajo en VIH, con diferentes objetivos, algunos de ellos con la única finalidad, de dar apoyo y cobertura a un grupo que se ha considerado vulnerable en la población, por la reiterada asociación a los primeros indicios de la enfermedad y a su aparente propagación, la principal intención de estos grupos es tratar de erradicar la estigmatización y la discriminación de las personas que viven con VIH/SIDA y por ende del grupo homosexual.²

Así también, se encontraban Organizaciones No Gubernamentales formadas a partir de un interés directo por verse involucradas en el proceso de salud-enfermedad de las personas que viven con VIH por un lado o por grupos fuertemente sensibilizados en la atención de personas portadoras y con amplio conocimiento de la enfermedad, a través del personal de salud o administrativo con trabajo en VIH/SIDA perteneciente al sector público.

Así como ha llegado a ser impensable, el que el VIH/SIDA se convirtiera en el grave problema de salud pública que representa actualmente, así mismo ha sido increíble predecir la magnitud de la respuesta social organizada en los diferentes sectores de la población, los estilos, estrategias y motivaciones han sido variadas, pero todas ellas se han caracterizado por un enorme compromiso y voluntad de

² Hernández, J. J. (1995). El trabajo en VIH/SIDA de las organizaciones no gubernamentales mexicanas. *Salud Publica de México*, 37 (6), 654-660.

servicio, en sus inicios los rubros de apoyo y atención eran estrictamente médicos y clínicos, sin embargo las implicaciones del VIH/SIDA en la actualidad llegan a abarcar rubros sociales, culturales, económicos y políticos, y es en apoyo a estas líneas de acción que las organizaciones civiles surgen buscando cubrir el espacio que el gobierno no ha podido atender por diversos factores. En México como en muchos países las ONG's fueron las primeras en ensayar una respuesta social ante el SIDA, sin embargo ha sido a través de los años que las instancias no gubernamentales han adquirido experiencia y conocimiento en cuanto a los diferentes factores que influyen directa o indirectamente en el VIH/SIDA.³

Desde entonces, el compromiso y aportación de la sociedad civil fue involucrarse de manera activa en la misión titánica de detener la epidemia a través de diferentes estrategias, conformando Asociaciones, Centros y Fundaciones con espacios diversos de atención e información en toda la República Mexicana, los objetivos y servicios institucionales variaban de una organización a otra, pero el interés común fue y sigue siendo contribuir a minimizar el impacto de esta pandemia, tal es el caso de la Organización a la cual estoy adscrita y contribuyo, y de la cual ahondaremos a continuación.

3.1 RESEÑA HISTÓRICA

A raíz de la culminación del proyecto por parte de la Secretaria de Salud "Quimioprofilaxis para la tuberculosis en personas VIH positivos y PPD (Derivado Proteínico Purificado) positivos de la ciudad de México", de Enero de 1990 a Junio de 1994, la gran demanda de servicios de salud relativas a la atención especializada en VIH/SIDA y los deseos de algunos grupos por apoyar a la población civil en general, surgió la invitación del Sr. José Martín Luna Sámano hacia algunos de los participantes de este proyecto para participar en una Organización No Gubernamental con trabajo en SIDA, siendo su finalidad conjuntar la experiencia, interés y compromiso de estos profesionales para iniciar

³ Biagini G. y Sánchez, M. (1995). Actores Sociales y el SIDA, las ONG's y el complejo VIH/SIDA. Argentina: Espacio.

un trabajo independiente con los mismos objetivos: brindar atención especializada a la población afectada de esta pandemia y proporcionar prevención de la infección en otros sectores de la población, fue así que un grupo de quince personas con trabajo en SIDA decidieron conformar una asociación denominada CAPPSIDA (Centro de Atención Profesional a Personas con SIDA, A. C.) llegando a consolidarse para Octubre de 1994.

3.2 IDENTIDAD OFICIAL

Nombre

Se constituyó ante Notario Público la asociación denominada "Centro de Atención Profesional a Personas con SIDA" (CAPPSIDA) en octubre de 1994.

Misión

El Centro de Atención Profesional a personas con SIDA es una asociación civil mexicana sin fines de lucro que tiene como misión proporcionar atención de alta calidad para mejorar el nivel de vida de las personas que viven con VIH/SIDA a través de atención integral y mediante programas de información y sensibilización, prevenir la infección por VIH para disminuir el impacto de la epidemia en la sociedad.

Políticas

- Fomentar la participación de la sociedad civil al trabajo en SIDA.
- Otorgar atención integral a las personas que viven con VIH/SIDA para tratar de mantener y/o mejorar su calidad de vida.
- Desarrollar programas de atención integral para las personas que viven con VIH/SIDA para tratar de elevar la calidad de los servicios.
- Mantener e incrementar el equipo de trabajo, con personal experimentado y comprometido en la lucha contra el SIDA, con sentido humanitario y espíritu de servicio.

- Fortalecer el equipo multidisciplinario de trabajo mediante programas de capacitación y actualización constante para la atención de las personas que viven con VIH/SIDA.
- Desarrollar programas de asesoría especializada a familiares, parejas, amigos, a trabajadores de salud y a toda persona interesada en la atención de las personas que viven con VIH/SIDA.
- Realizar y fomentar campañas de prevención para disminuir la infección del VIH/SIDA en la población en general.
- Fomentar el respeto a los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA. Elaborar proyectos de investigación relacionados a capacitación, prevención y atención que contribuyan a disminuir el avance de esta pandemia.
- Propiciar la participación de la organización en la toma de decisiones y políticas relacionadas con la salud pública.

Objetivos

- Brindar atención profesional y de calidad, que ayude a incrementar el nivel de vida de todos los pacientes en cualquier fase de la infección por VIH/SIDA, así como fomentar la educación, prevención y capacitación de la población en general, contribuyendo con ello en la lucha para tratar de detener el avance de esta epidemia.
- Formar un grupo experimentado y comprometido en la lucha contra el SIDA con un amplio sentido humanitario y espíritu de servicio a todas las personas, sin distinción de ningún tipo.
- Colaborar en la medida de las posibilidades de la asociación a incrementar la calidad y el nivel de vida de las personas con VIH/SIDA.
- Brindar asesoría y capacitación a las personas sero positivas sobre las diversas enfermedades que podrían desarrollar, formas de prevención, cuidados y atención de las mismas con el fin de proporcionar una mejor calidad de vida.

- Conformar una red de personal especializado en la atención domiciliaria de los pacientes con VIH/SIDA en cualquier fase de la enfermedad.
- Capacitar y orientar a los familiares, amigos y/o parejas, sobre toda la atención domiciliaria que pueden brindar a su paciente.
- Brindar información y capacitación a todos los niveles, dirigida hacia la población en general para la prevención de la infección por el VIH.
- Ampliar el ámbito de trabajo del equipo multidisciplinario de los centros de atención a la unidad familiar del paciente.
- Elaborar proyectos y programas de investigación, educación y atención sobre SIDA.
- Diseñar, elaborar y distribuir material educativo sobre SIDA.
- Participar en proyectos de atención, investigación y educación sobre SIDA a nivel nacional e internacional.
- Realizar y fomentar campañas de prevención y educación sobre SIDA en todos los lugares, condiciones y poblaciones posibles.
- Desarrollar un plan de trabajo que permita la creación de albergues, clínicas y centros de atención a personas con SIDA en cualquier lugar de la República.
- Establecer convenios de colaboración con los diferentes grupos de trabajo en SIDA, así como con los organismos gubernamentales.

Instalaciones

Oriente 168 no. 210 local B Moctezuma 2^a. secc., 15500, Del. Venustiano Carranza (1994-1997)

Fue a partir de 1994 que CAPPSIDA inició su trabajo en sus primeras instalaciones ubicadas en Oriente 168 no. 210 local B, esq. Emilio Carranza, Moctezuma 2^a. secc., 15500, Del. Venustiano Carranza, donde su labor se remitía a brindar prevención y atención médica general, al mismo tiempo que se desarrollaban campañas de difusión acerca de los servicios que la organización prestaba en sus inicios:

- Atención Médica Ambulatoria.
- Atención Domiciliaria.
- Asesoría Pre-prueba / Asesoría Post- prueba.
- Banco de medicamentos.
- Información general sobre VIH/ SIDA e ITS (Infecciones Sexualmente Transmisibles) dirigidas a diversos sectores de la población.

A finales de 1995 se incorpora el servicio de psicología y odontología cuyo objetivo era brindar prevención y atención a la población en general, sin embargo el tamaño de las instalaciones y la lejanía no permitía mayor captación y compromiso con la población principalmente la afectada.

Uno de los logros más importantes para CAPPSIDA fue a partir de Septiembre de 1996 en el que la organización a través de diversas estrategias propicia la captación de recursos y de público en general por medio de:

- Diseño y elaboración de proyectos de investigación atención y capacitación.
- Campañas de recaudación de fondos.
- Colaboración con otras organizaciones en eventos masivos de difusión.
- Programas de cuotas de recuperación por servicios.

Miravalle 715 Col. Portales Oriente. (1997-2003)

El esfuerzo dirigido a proyectos productivos y diversas estrategias para la obtención de recursos dio como resultados el fortalecimiento y crecimiento de la organización, permitiendo así la ampliación de los servicios y el que continuara a partir de Septiembre de 1997 sus actividades ya perfeccionadas en sus nuevas instalaciones, con mejor ubicación e instalaciones, lo que permitió tener mayor captación de la población para los diferentes servicios:

- Atención Médica Integral
- Asesoría Pre-prueba y Post-prueba
- Atención Domiciliaria

- Atención Odontológica
- Atención Psicológica Integral
- Atención de enfermería
- Trabajo Social
- Banco de medicamentos
- Derechos Humanos
- Información y Capacitación a especialistas, personas portadoras del VIH y público en general.

A partir de este cambio surgen proyectos de gran alcance, lo que fue contribuyendo a que CAPPSSIDA se posicionará en el mundo del VIH/SIDA como una organización No Gubernamental con trabajo en VIH profesional y con servicios de alta calidad.

En 1999 se diseña el primer Portal de VIH/SIDA en México (www.vihsida.org.mx) que se caracteriza por proporcionar información especializada, manejada con profesionalismo y confidencialidad, está dirigido a todas aquellas persona que requiriere asesoría relativa a temas de sexualidad, ITS y VIH/SIDA ya sean profesionales de salud, personas portadoras o público en general.

José Antonio Torres No. 618, Col. Vista Alegre, CP. 06860, Del. Cuauhtémoc (2003-2006)

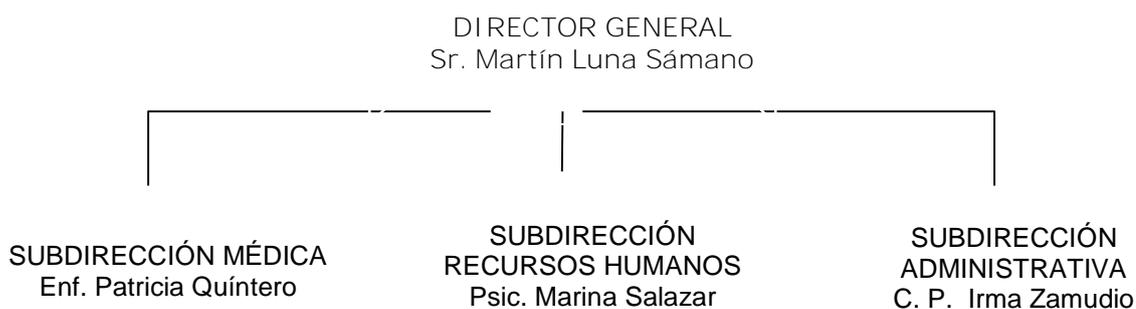
Con base en diversos proyectos productivos desarrollados con gran éxito y en especial aquellos que iban dirigidos a obtener recursos para unas instalaciones propias, CAPPSSIDA cambio su sede a una zona mejor ubicada, lo cual contribuyó a que fueran los años de mayor afluencia de personas portadoras y público en general, siendo a través de otro exitoso proyecto que se puede atender a más gente, otorgándoles más información sobre salud, sexualidad y vida, de ahí el nombre del proyecto “Café Salud y VIHDA”, cabe resaltar que este fue considerado el primer café interactivo, por lo que fue reconocido e imitado por otras organizaciones de salud en México.

Gumersindo Esquer 34, Col. Almpliación Asturias C.P. 06890, Del. Cuauhtémoc (Noviembre 2006- a la fecha).

Es la ubicación donde CAPPSSIDA, actualmente desempeña sus actividades y continúa brindando sus servicio con amplia calidad y calidez humana, cada uno de los servicios han sido perfeccionados día a día, ya que pretendemos ser la primer organización con excelencia en el servicio de personas que viven o son afectadas por la pandemia del siglo el SIDA.

3.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Organigrama:



3.4 ACTIVIDADES GENERALES:

Desde 1994, se desarrollaron diferentes actividades que le han otorgado Imagen Institucional a CAPPSSIDA en diversos espacios públicos; medios relacionados con la Secretaria de Salud con temas relativos a Sexualidad y VIH, en instancias de la Secretaria de Desarrollo Social y la Secretaria de Educación Pública en los que contribuyó con importantes proyectos de apoyo y trabajo social por parte del personal de la institución, el tipo de población atendida ha sido diversa, así como espacios y condiciones para la actividad, todos ellos se describen de manera cronológica en los siguientes cuadros.

En otra línea, todos los colaboradores de CAPPSIDA hemos tenido hasta el día de hoy la oportunidad de participar en los diferentes proyectos y eventos (conferencias, congresos, simposiums, foros, entre otros) como participantes o ponentes, según es nuestro deseo y elección.

ACTIVIDADES DURANTE EL AÑO DE 1994.

Atención Médica.

Atención Domiciliaria.

Asesoría Pre-prueba / Asesoría Post- prueba.

Banco de medicamentos.

Información general sobre VIH/ SIDA e ITS dirigidas a diversos sectores de la población.

PROYECTOS

§ “Participación de la comunidad educativa de las escuelas secundarias técnicas en la prevención y control de VIH/SIDA”

§ Protocolo Eficacia de la quimioprofilaxis contra tuberculosis en sujetos VIH positivos PPD positivos en la Cd. de México.

§ “Importancia de la atención en casa y el seguimiento terapéutico clínico en la ciudad de México”.

EVENTOS

§ Conferencia Internacional de SIDA. Ponente. Yokohama. Del 7 al 12 de Agosto.

ACTIVIDADES DURANTE EL AÑO DE 1995.

PROYECTOS

§ Proyecto de Capacitación Asistencial “Atención Integral Domiciliaria a personas que viven con VIH/SIDA y sus familiares, amigos y parejas: una propuesta, otra alternativa.

§ Atención Integral Domiciliaria: Otra alternativa para mejorar la calidad de vida y ayuda a una muerte digna en personas que viven con VIH/SIDA.

EVENTOS

§ Participación en la conferencia “Atención a pacientes con VIH/SIDA”. Ponente. México. Junio.

§ Conferencia “Atención Integral Domiciliaria: Otra alternativa para mejorar la calidad de vida y ayudar a una muerte digna en personas que viven con VIH/SIDA. Ponente. V Congreso Nacional sobre SIDA. Noviembre.

§ 3era Conferencia de prevención de VIH/SIDA. Ponente. Atención Integral Domiciliaria: Otra alternativa para mejorar la calidad de vida y ayuda a una muerte digna en personas que viven con VIH/SIDA. USA. Febrero.

ACTIVIDADES DURANTE EL AÑO DE 1996.

PROYECTOS

§ Proyecto de Capacitación Asistencial "Capacitación en Atención Domiciliaria a personas con VIH/SIDA.

EVENTOS

§ El encuentro "Los nuevos retos de la sociedad civil con la ciudad. Asistente. México D.F. Julio.

ACTIVIDADES DURANTE EL AÑO DE 1997.

PROYECTOS

§ Conferencias sobre VIH/SIDA. Secundarias del D. F.
 § Proyecto de Capacitación "En la Adolescencia capacitación y educación para la conciencia y prevención sobre VIH/SIDA.

EVENTOS

§ Participación en el 1° Foro de enlace para el Financiamiento de proyectos sociales. Asistente. México D.F. Junio.
 § Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina y el Forum for Social Sciences in Health. Asistente. Cocoyoc, Morelos. 2 al 6 de Junio.
 § Conferencia "Problemática del SIDA". Ponente. Instituto Nacional de Bellas Artes. Noviembre.
 § IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Participación en un taller. México D.F. Junio.
 § Manejo de pacientes con VIH/SIDA en el primer nivel de atención. Ponente. México D.F. Octubre.
 § XI Congreso Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual y la V Conferencia Panamericana de SIDA. Ponente. Lima Perú. Diciembre

ACTIVIDADES DURANTE EL AÑO DE 1998.

PROYECTOS

§ Proyecto de capacitación asistencial: "Capacitación para la prevención de la infección por el VIH/SIDA y otras ITS, dirigidos a trabajadoras domésticas."
 § Propuesta de investigación: "Capacitación integral para la prevención de VIH/SIDA y Fármaco dependencia en el adolescente".

EVENTOS

§ 1ª Jornada Ínter universitaria Aprendiendo a Vivir: SIDA y Derechos Humanos. Ponente en Mesa redonda "Sexualidad y SIDA". Universidad del Pedregal, México D.F. Abril.
 § II Encuentro Nacional de Organismos Civiles con trabajo en VIH/SIDA. Comité Organizador "Coordinador del área de Logística" La Trinidad, Tlaxcala. Abril.
 § Constitución del Consejo de ONG'S del DF. Representante del ámbito de Salud. México D.F. Junio.
 § Inducción Integral al Trabajo en VIH/SIDA. Ponente. México D.F. Junio - Diciembre.

§ I Congreso Nacional de Consejos Estatales. Representante del Comité de Salud / Consejo del D.F. Torreón Coahuila. 21 al 24 de Octubre.

§ 1ª Reunión de Cooperación Técnica Horizontal en VIH / SIDA. Asistencia y promoción de CAPPIDA. Querétaro. 26-28 de Octubre.

§ Congreso Internacional sobre aspectos éticos y económicos del VIH / SIDA. Asistencia y Promoción de CAPPIDA.

ACTIVIDADES DURANTE EL AÑO DE 1999.

PROYECTOS

§ Modelo de Atención Integral Domiciliaria, una Propuesta, otra alternativa.

§ Resultados de una Intervención Educativa para prevención de VIH/SIDA en mujeres dedicadas al servicio Domestico en la CD. De México. Presentación: XII Congreso Latino- Americano de Infecciones Sexuales Transmisibles, VI Conferencia Pan-Americana de AIDS. Brasil. 8-11 de Septiembre.

§ Propuesta de un Modelo de Atención para las personas que viven con VIH/SIDA. Presentación: I Congreso Centroamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual. VI Congreso Nacional de SIDA. San Pedro Sula Honduras. Agosto.

§ FHI. Supervisión – Administración. República Mexicana. Octubre.

§ Prevención de VIH / SIDA y otras ITS en mujeres dedicadas al servicio doméstico originarias de diversos Estados de la Republica y que radican en la CD de México a través de las historietas.

§ Programa de Asistencia y Apoyo en Dx Integral a Personas que viven con VIH/SIDA.

EVENTOS

§ 1er Curso en la Atención Integral de VIH / SIDA. Asistencia. Tabasco. 6 y 7 Septiembre.

§ XII Congreso Latino – Americano de Infecciones Sexualmente Transmisibles. Ponente. Brasil. 11 Septiembre 1999

§ I Congreso Centroamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual VIH/SIDA. Ponente. San Pedro Sula Honduras. 7 al 10 de Noviembre.

§ Curso “ La problemática biopsicosocial del Adolescente en los albores del siglo XXI. Ponencia: “ Los adolescentes infectados con VIH / SIDA. Hospital de la Mujer México D.F. 20 Octubre.

§ Congreso Internacional Avances en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual Retos para el 3er milenio. Asistentes. Acapulco Guerrero. 24 al 26 de Noviembre.

§ 1er Coloquio Internacional de VIH / SIDA. Asistente. Mérida Yucatán. Junio.

ACTIVIDADES DURANTE EL AÑO 2000.

PROYECTOS

Durante el año 2000 no se trabajo ningún proyecto solo se llevo la continuidad del Proyecto FHI.

EVENTOS

§ Foro sobre SIDA en los niños y Prevención en los Adultos. Ponente. México D.F. 31 Enero.

§ Foro Nacional “La Sociedad Civil”. Asistencia. Colima. 15 al 16 Junio.

§ 2do Coloquio Internacional de VIH / SIDA. Asistente. Guadalajara

§ 3er Congreso Nacional de Consejos Estatales de ONG'S. Organizador del Evento. México D.F. Noviembre.

TELEVISIÓN

§ Taller de Sexualidad. Panelista. "SIDA y Practicas Sexuales de Riesgo. CANAL: 11. Octubre.

PRENSA

§ La Jornada (Sociedad y Justicia). SIDA 2da causa de muerte en la población de 24 a 35 años: ONG'S. Artículo.

§ México Hoy D. F. Prevención del VIH en la Sociedad. Artículo.

§ Foro sobre SIDA en los niños y Prevención en los adultos. Ponente. México D.F. Febrero.

§ Reforma (Cultura). Exigen continuidad en la lucha contra el SIDA. Artículo. Septiembre.

ACTIVIDADES DURANTE EL AÑO 2001

PROYECTOS

§ Fortalecimiento Institucional Denominado Casa CAPPSIDA.

§ Punto Focal Grupo Temático de la ONUSIDA en México

§ Fortalecimiento Institucional : Casa CAPPSIDA.

§ Portal Internacional sobre VIH/SIDA.

§ Atención Domiciliaria.

Intervención educativa para la prevención del VIH / SIDA y otras ITS, dirigido a trabajadoras domésticas de la Ciudad de México.

RADIO

§ Núcleo Radio Mil. SIDA. México DF. 26 de Octubre.

§ ABC Radio. Sida y sexualidad. México DF. 26 de Noviembre.

§ ABC Radio. Situación actual de la epidemia del SIDA. México DF. 4 de Diciembre.

§ Orbita 105. Día Mundial de Lucha contra el SIDA. México DF. 2 de Diciembre.

EVENTOS

§ Alianza Ciudadana (Una nueva relación Gobierno – Sociedad Civil. Asistente. Hotel camino real México DF. Junio.

§ 3er Congreso de Cooperación y Desarrollo (Formando Alianzas). CENTRO MEXICANO PARA LA FILANTROPIA. Asistente. México DF. (Hotel Camino Real). Noviembre.

§ El SIDA en los Jóvenes (Vocacional 5 IPN). Conferencista. México DF. Noviembre.

§ Impacto Social Económico de la Acción Solidaria. Asistente. México DF. Noviembre.

§ 2da Jornada Universitaria sobre Derechos Humanos y SIDA. (Facultad de Arquitectura de la UNAM). Asistente. México DF. Diciembre.

§ Foro "Derechos Humanos. Desarrollo Social y Humano en México (una visión Integral). Asistente. México DF. Diciembre.

ACTIVIDADES DURANTE EL 2002.

PROYECTOS

§ Atención Integral Domiciliaria. Gobierno del DF.

§ Atención Integral Domiciliaria. INDESOL

§ Portal Internacional sobre VIH/SIDA.

Propuesta de Intervención Educativa para Prevención de VIH / SIDA Para Hombres que tienen Sexo con otros Hombres.

EVENTOS

§ VIII Congreso de Calidad de vida y salud mental siglo XXI. Ponente. Sociedad Mexicana de Psicología Clínica, A.C. 28 de Febrero al 3 de Marzo

§ III Foro juvenil 2da llamada. Ponente. H. Ayuntamiento de Atizapán de Zaragoza. 23 de Abril, 04 y 11 de Junio

§ III Coloquio Internacional del

RADIO

§ Orbita 105.7. Zona Libre. La visión del Rock. VIH/SIDA: Grupos de autoayuda. Diciembre.

tratamiento del VIH / SIDA. Asistente. Cancún Quintana Roo. 5 al 8 de Junio

§ XIV CONFERENCIA INTERNACIONAL DE SIDA. Asistente. Barcelona – España. 7 al 12 de Julio.

§ II Foro Comunitario de Organizaciones Civiles con Trabajo en SIDA. Comité Organizador. Veracruz – Veracruz. 2 al 3 de Diciembre

ACTIVIDADES DURANTE EL AÑO 2003

PROYECTOS

§ Programa: Mujeres y SIDA: Prevención y Atención por una mejor calidad de vida.

§ Capacitación para prevención de infección por VIH, salud sexual y reproductiva

§ Propuesta de Intervención Educativa para Prevención de VIH / SIDA Para Hombres que tienen Sexo con otros Hombres.

TELEVISIÓN

§ Programa Diálogos en Confianza. VIVIENDO CON VIH/SIDA. Panelista experto. CANAL 11 TELEVISION. 6 de Mayo.

EVENTOS

§ JORNADA DE PREVENCIÓN EN VIH/SIDA. Ponente. Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey Campus, Saltillo. 26 de Febrero.

§ II FORO COMUNITARIO EN VIH/SIDA. Ponente. Palacio de Convenciones de la Habana, Cuba. 7 al 13 de Abril.

§ GRUPO TEMATICO DE COOPERACIÓN HORIZONTAL DEL ONUSIDA CAPITULO MÉXICO. Representante suplente de las organizaciones de la sociedad civil. ONUSIDA, México. Julio.

§ Reunión de trabajo con el presidente Vicente Fox Quezada. Representante de la Red de Atención y Prevención en VIH/SIDA. Residencia oficial de los Pinos. 25 de Noviembre.

§ 8va. Conferencia sobre VIH/SIDA e ITS, de ULACETS. Asistente. Punta del este Uruguay. Del 3 al 6 de Diciembre.

ACTIVIDADES DURANTE EL AÑO 2004

PROYECTOS

§ Programa: Mujeres y SIDA: Prevención y Atención por una mejor calidad de vida.

§ Propuesta de Intervención Educativa para Prevención de VIH/SIDA para Hombres que tienen Sexo con otros Hombres.

TELEVISIÓN

§ Diálogos en confianza. Panelista experto. "Día Mundial de Lucha Contra el SIDA. CANAL 11. 1 de Diciembre

EVENTOS

§ GRUPO TEMATICO DE COOPERACIÓN HORIZONTAL DEL ONUSIDA CAPITULO MÉXICO. Representante suplente de las organizaciones de la sociedad civil. ONUSIDA, México. Desde julio.

§ XV CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE SIDA. Asistente. Bangkok, Tailandia. 10 al 16 de julio

§ Participante en los comités de trabajo de normatividad de derechos humanos atención integral prevención y monitoreo y evaluación del CONSEJO NACIONAL PARA

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH/SIDA (CONASIDA).

§ ACCIONES EN PREVENCIÓN Y ATENCIÓN EN VIH/SIDA. Ponente. Auditorio 2 de la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI. 1º de Diciembre

ACTIVIDADES DURANTE EL AÑO 2005

PROYECTOS

§ Mujer violencia y VIH/SIDA una propuesta de prevención y atención.

§ Propuesta de intervención educativa para prevención de VIH/SIDA para hombres que tienen sexo con otros hombres.

§ Programa de atención integral y capacitación a mujeres en prevención de violencia sexual e intrafamiliar, salud sexual y reproductiva y prevención de VIH/SIDA y otras ITS.

§ Programa de atención integral a personas afectadas por sida.

§ Programa de atención integral a mujeres.

TELEVISIÓN

§ Diálogos en confianza. Panelista experto. TEMA: "Violencia en el Noviazgo". CANAL: 11 TV. 14 de Febrero.

EVENTOS

§ Sesión de alto nivel para el seguimiento de los acuerdos de UNGASS. Representante de OSC en la delegación Mexicana. Nueva York, EU. 31 de Mayo al 2 de Junio.

§ Asamblea de las ciudades del SIDA. Representante de OSC. Atlanta, EU. 22-30 de Julio.

§ 2ª Conferencia de la Asociación Internacional de SIDA. Asistente. Río de Janeiro, Brasil. 23-27 de Julio.

§ Foro Norteamericano de Acción en Tratamientos para SIDA (NATAF). Asistente. Oaxaca, Oax. 27 de noviembre al 30 de Noviembre.

ACTIVIDADES DURANTE EL AÑO 2006.

PROYECTOS

§ Programa de diagnóstico integral en VIH/SIDA y otras ITS dirigido a niños y jóvenes en situación de calle.

§ Modelo de intervención educativa y diagnóstico integral en VIH y otras ITS para poblaciones clave.

§ Programa de diagnóstico integral en VIH/SIDA y otras ITS dirigido a niños y jóvenes en situación de calle.

§ Programa de diagnóstico y atención a la mujer en VIH/SIDA y Violencia.

§ Programa de diagnóstico integral en VIH/SIDA y otras ITS dirigido a niños y jóvenes en situación de calle.

§ Programa de atención integral y capacitación a mujeres en prevención de violencia sexual e intrafamiliar, salud sexual y reproductiva y prevención de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.

EVENTOS

§ Sesión de Alto Nivel de Naciones Unidas. Representante de OSC. Nueva York. Del 31 de Mayo al 2 de Junio.

§ TELE HIT "Prevención y Atención en VIH/SIDA". Especialista. En las instalaciones de CAPPSIDA. Abril.

§ AIDS 2006 – XVI Conferencia Internación de SIDA. Asistencia. Toronto Canadá. 13 al 18 de Agosto.

§ Avances y Retos de la región en la lucha contra el VIH/SIDA. Asistencia. Naciones Unidas, New Cork. 31 Mayo al 2 de Junio

ACTIVIDADES DURANTE EL AÑO 2007.

PROYECTOS

§ Programa de atención integral de diagnóstico y atención en VIH y otras ITS.

PARTICIPACIÓN Y ORGANIZADOR DE EVENTOS MASIVOS NACIONALES RELACIONADOS CON EL VIH/SIDA DESDE 1994:

- Caminata Nocturna
- Velada en recuerdo de los fallecidos por SIDA.
- Día Mundial de Lucha contra el SIDA.
- Congreso Nacional de SIDA (Sedes, diferentes estados de la República Mexicana).
- Simposios sobre VIH/SIDA

CAPACITACIÓN INSTITUCIONAL CONSTANTE 1995:

- Cursos Talleres impartidos por la Secretaria de Salud e instancias derivadas de ésta (INSOL, CENSIDA) sobre temas variados de Salud, Sexualidad, VIH/SIDA e ITS.
- Cursos Talleres sobre Desarrollo y fortalecimiento Institucional (finanzas, proyectos, relaciones interpersonales, recursos humanos y materiales).
- Actualización y capacitación sobre medicamentos por parte de diversos laboratorios nacionales e internacionales del Salud Pública.

La mayoría de estos eventos son financiados por organismos internacionales e instituciones gubernamentales, así como de la iniciativa privada. Cabe resaltar que en el desglose de actividades únicamente se mencionan aquellas que tienen mayor repercusión nacional e internacional por las características de las mismas, así como aquellas que tuvieron impacto en radio, prensa o televisión, sin embargo CAPPSIDA ha participado en más de 100 eventos nacionales, ha contribuido en campañas de información y prevención del VIH/SIDA.

El personal de CAPPSIDA cuenta con amplia experiencia y sensibilidad para la atención de quienes viven con VIH o SIDA, mismos que llevan a cabo una atención profesional personalizada, tomando en cuenta el estado físico general y emocional. Para poder mantener la calidad del trabajo realizado en la institución se requiere capacitación constante y actualizada ya que es la herramienta más importante para poder brindar las mejores alternativas de atención y tratamiento y con ello poder ofrecer mejores servicios de salud con los cuales puedan mantener por más tiempo su calidad de vida.

3.5 ÁREAS Y SERVICIOS ORGANIZACIONALES

- MÉDICA

La atención médica de las personas que viven con VIH/SIDA requiere de personal con experiencia y capacidad para un manejo más efectivo de los diferentes problemas que afectan a quienes padecen esta enfermedad.

El médico tratante realiza el estudio inicial a través de la evaluación clínica que contempla entrevista de su historia clínica, examen físico y exámenes de laboratorio, el seguimiento clínico de los pacientes en cuanto a frecuencia de citas y estudios clínicos dependerá de su condición, tipo de tratamiento y complicaciones.

Como un apoyo importante se involucra al núcleo familiar, ya que el personal médico capacita y asesora a los familiares de los pacientes acerca de los cuidados y atención que le pueden brindar a la persona que vive con VIH/SIDA, así mismo se les dan las herramientas necesarias para poder detectar cualquier anomalía en su estado general de salud y así poder tomar decisiones en el momento que se requiera por alguna recaída o desajuste en su estado salud.

- ENFERMERÍA

CAPPSIDA cuenta con personal capacitado que brinda el cuidado y atención de las personas que viven con VIH/SIDA y que requieren la aplicación detallada de

los conocimientos de enfermería, así como de la utilización de técnicas de valoración bien desarrolladas y manejadas por el personal a cargo, por lo cual es conveniente realizar un plan de atención cuidadosamente diseñado de acuerdo a las necesidades individuales de cada paciente para así brindar un servicio de calidad y calidez.

- DETECCIÓN INTEGRAL

En el momento en que una persona se sabe portadora del VIH es importante tratar de ofrecerle un programa de atención integral, que incluye como parte fundamental de su tratamiento el diagnóstico oportuno de algunas de las principales infecciones oportunistas, ya que así permite iniciar tratamientos preventivos que frenan el desarrollo de estas enfermedades y por lo tanto contienen el progreso de la infección por VIH, mejorando con ello la calidad de vida, y prolongan el tiempo de sobrevivencia de las personas con VIH/SIDA,

Para ello se cuenta con el apoyo del Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE) donde se realizan los exámenes de detección de la infección por VIH (Elisa, Western Blot, CD4 y carga viral) así como de otras infecciones de transmisión sexual y otras infecciones oportunistas.

- ATENCION DOMICILIARIA

En las etapas más avanzadas de la enfermedad se dificulta el traslado del paciente a los centros de atención y se incrementan las necesidades de cuidados especializados.

Por ello *CAPPSIDA* ha desarrollado el programa de atención domiciliaria en el que un equipo de personal capacitado en las áreas de medicina, enfermería, psicología y trabajo social acude a brindar la atención que el paciente necesita, propiciando en la atención mejorar su calidad de vida y en los casos que se requiere se facilita el manejo del proceso del duelo. En estas visitas también se atienden las necesidades de información y atención psicológica de los familiares.

- BANCO DE MEDICAMENTOS

Considerando los elevados costos de los tratamientos para detener el desarrollo de la enfermedad y para la atención de algunas de las principales infecciones oportunistas, se ha implementado un programa para obtener y facilitar medicamentos, siendo el principal objetivo apoyar a quienes requieren de estos tratamientos y así disminuir el impacto en la economía familiar.

- ODONTOLOGÍA

Fomentar la salud bucal en personas seropositivos es de gran relevancia, ya que permite prevenir, detectar y dar tratamiento a diversas enfermedades oportunistas, que pueden propiciar el deterioro general de la persona. Por ello la atención odontológica ha funcionado como un elemento importante en el diagnóstico y atención de algunos padecimientos iniciales en el desarrollo de la enfermedad y que afecta en forma relevante el progreso de la misma.

- TRABAJO SOCIAL

Para CAPPSIDA es de gran relevancia la participación directa en la prevención y atención social de la pandemia del VIH/SIDA.

Por eso cuenta con personal capacitado en el área de trabajo social que tiene como objetivo interpretar y analizar la realidad social con respecto al VIH/SIDA a fin de desarrollar acciones tendientes a la solución de problemas sociales en sus diferentes niveles: sociedad, comunidad, grupos o individuos a través de la investigación social ya que es a través de ella que se reconoce, comprende e interpretan los procesos y problemáticas sociales relacionadas con esta epidemia, a fin de brindar estrategias para la planeación, administración y ejecución de programas de prevención y atención a la población en general, proporcionado con ello el educar para la vida. Asimismo, desarrolla un papel fundamental en la atención de diversas problemáticas económicas, de seguridades sociales, culturales y humanas que afectan a las personas que viven con VIH/SIDA y su entorno social. De igual manera, sirve como asesor o capacitador familiar y social

para mejorar las condiciones físicas y ambientales en las que se desenvuelven quienes viven con VIH/SIDA.

- DERECHOS HUMANOS

El SIDA es uno de los problemas mas graves de nuestro país, que involucra el comportamiento individual y social con un fuerte impacto en los aspectos socio-culturales que llegan a generar la estigmatización social y violación a los derechos humanos. Las personas que viven con VIH o SIDA en nuestro país enfrentan el rechazo social, la negación de los servicios de salud para su atención, dificultad para el acceso a tratamientos, pérdida del empleo, entre otras violaciones a sus derechos

Por esta razón *CAPPSIDA* cuenta con la asesoría en Derechos Humanos:

- *Información:*

Difusión de los derechos humanos reconocidos por nuestra constitución política y plasmadas en la cartilla de los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH/SIDA.

- *Asesoría en Derechos Humanos:*

Capacitación y Orientación al usuario de la importancia del ejercicio de la autonomía y la defensa de sus Derechos Humanos.

- CAPACITACIÓN

Actualmente, el instrumento más eficaz de que disponemos para disminuir el avance de la pandemia es la modificación de comportamientos de riesgo por actitudes de prevención. Esto solo se puede hacer a través de la información e intervención directa en las poblaciones más vulnerables a la infección por el VIH.

Para ello, *CAPPSIDA* cuenta con una serie de programas de información dirigidos a la población en general interesada en conocer esta pandemia, diseñados ya sea en forma individual, a través de la consulta o entrevista, y de forma grupal por

medio de foros, cursos, pláticas, talleres y seminarios, según sea la necesidad o solicitud del interesado.

Nuestro programa de orientación y capacitación brinda las siguientes alternativas:

- Centro de documentación e información en VIH/SIDA

Este servicio está abierto al público en general, a través de los servicios de búsqueda bibliográfica sistematizada y vía Internet. Contamos con diversos materiales: libros, catálogos, reportes técnicos, revistas, folletos, afiches, videos y material didáctico en general. Con lo cual pretendemos apoyar el área educativa, clínica, investigación y apoyo a los medios de comunicación, así como a estudiantes de diferentes niveles en la elaboración de tesis y trabajos de investigación.

- Cursos o pláticas dirigidas a grupos específicos

Los cursos o pláticas se diseñan de acuerdo al nivel socioeconómico y cultural de la población a la que va dirigida la información, así como a las necesidades e intereses de la misma, que va desde sexualidad básica, promoción de la salud, autoestima, enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, sexo seguro/sexo protegido y derechos humanos.

- Conferencias sobre el VIH/SIDA y temas relacionados

Otorgamos conferencias en diversos espacios para todo tipo de población con los siguientes tópicos: Información básica, sintomatología, tratamientos, enfermedades oportunistas y temas afines a esta pandemia.

- Información actualizada a equipos de salud

Dirigido a todo el personal interesado en la atención profesional y especializada de personas que viven con VIH/SIDA, misma que van desde información básica, asesorías pre-prueba y post-prueba, desarrollo de programas de atención, sexualidad, sintomatología, tratamientos, enfermedades oportunistas, seguridad e

higiene en el trabajo, nutrición, derechos humanos, exámenes de detección de anticuerpos contra el VIH y ETS, sexo seguro/sexo protegido, atención psicológica y odontológica.

- Programas alternativos de atención

Se han implementado diversos talleres ocupacionales dirigidos a quienes viven con VIH/SIDA ofreciendo un espacio de esparcimiento y relajación para tratar de desahogar la carga emocional que genera el desarrollo de la enfermedad.

Siempre y cuando su condición lo permita, estos talleres puedan ser utilizados como una fuente de ingresos que ayuden a disminuir la carga económica.

- COMUNICACIÓN SOCIAL

En los últimos años se han presentado cambios radicales que están revolucionando el mundo de la comunicación humana en sus diferentes campos de trabajo, tanto a nivel interpersonal como grupal, CAPPSIDA con la finalidad de contribuir de manera continua a la difusión y análisis de problemas sociales y de salud pública, entre ellos el VIH/SIDA y aprovechar los recursos disponibles en la actualidad a través de la radio, televisión, prensa, cine y actualmente el Internet, ha creado dos espacios de información actualizada en temas de salud, sexualidad y VIH/SIDA.

- La pagina oficial de la institución www.cappsida.org.mx
- Y el portal interactivo www.vihsida.org.mx

El portal está organizado en tres grandes secciones informativas: generales, especialistas y comunidades, en las que se otorga información general, noticias relacionadas con tópicos de interés, mecanismos de prevención, estadísticas, capacitación domiciliaria, preguntas y respuestas, directorio, videoteca con temas relacionados, foros, chats, comunicación directa a través de correo electrónico, testimonios y la sección especial dedicada a niños; en el apartado de especialistas se otorga información actualizada a profesionales de salud relativa a infecciones,

medicamentos, eventos, y se otorga la tabla de clasificación para la infección por VIH, finalmente se facilita la descarga de documentos de interés en comunicación con otros servidores, portales, sitios o paginas.

- ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Para hablar de este servicio, sus actividades, logros, desaciertos y relevancia institucional, lo desglosaré en el siguiente capítulo, ya que es lo que da el sustento de este trabajo.

Finalmente puedo señalar que CAPPSIDA en la actualidad, es una institución reconocida tanto en instancias públicas, como privadas, a nivel nacional e internacional, al ser considerada entre una de las cinco ONG's en el Distrito Federal, más importantes por su profesionalismo, calidad y calidez.

Capítulo 4

REPORTE DE TRABAJO

“ LA PSICOLOGÍA EN CAPPSSIDA ”

El trabajo psicológico con las personas seropositivas en la Organización No Gubernamental CAPPSSIDA, trata de cubrir el objetivo institucional que se expone a través de nuestro eslogan “*Atención Integral por una esperanza de vida*”.

Hay cuatro palabras claves con las que tratamos de:

Otorgar un servicio profesional de calidad y calidez, (ATENCIÓN); total, completo y en este sentido multidisciplinario (INTEGRAL); con lo que el deseo central del paciente, aunado a la expectativa de obtenerlo (ESPERANZA); sea poseer esa fuerza interna y sustancial a través de la cual obra su ser, en la unión de su alma, espíritu y el cuerpo (VIDA), y cuyo móvil es abarcar las múltiples necesidades de los pacientes, físicas, emocionales, sociales y espirituales

Las actividades y funciones del psicólogo en la organización son muy amplias y por ello mi labor fue requerida en diversas áreas de aplicación de la psicología:

1. Psicología Organizacional
2. Psicología Educativa
3. Psicología Social
4. Psicología Clínica

4.1 PSICOLOGÍA ORGANIZACIONAL

Los psicólogos de manera general desempeñan diversas tareas en organizaciones laborales, sus actividades se remiten al departamento de personal o recursos humanos, en asesorías para la contratación y selección de personal, a través de la entrevista y realización de tests a los candidatos o aspirantes, en la elaboración de cursos de formación y en el mantenimiento de un ambiente laboral adecuado,

En lo relativo a selección del personal es de vital importancia considerar el giro de la institución, siendo éste una organización con trabajo en Salud, sexualidad y VIH/SIDA, lo cual requiere características de personalidad específicas, que sólo se pueden detectar a través de un análisis detallado por parte del profesional especializado, en CAPPSIDA hemos diseñado instrumentos de evaluación específicos, independientemente de las pruebas psicológicas ya estandarizadas y utilizadas con frecuencia, se aplican pruebas proyectivas de personalidad, inteligencia, actitudes y aptitudes, instrumentos que evalúan los conocimientos que tiene el aspirante sobre salud, sexualidad y VIH/SIDA, se realiza una entrevista, donde se apoya al psicólogo de la solicitud de ingreso (ANEXO 1) y en donde se hacen preguntas muy específicas con las que se evalúa la motivación consciente e inconsciente para participar en una organización de esta naturaleza.

Ya obtenida la información necesaria se describen los datos y se define el perfil del aspirante al trabajo con lo cual se puede tomar la decisión correspondiente por parte de las autoridades de la institución y firmar la Carta Compromiso y Convenio Laboral (ANEXO 2).

Desde 1994 han colaborado con la institución 124 personas de diferentes especialidades, pero es a partir del 2004 que se decide iniciar con este procedimiento de selección del personal por lo que únicamente se han podido diagnosticar a 41 colaboradores, de los cuales se han rechazado únicamente a 4 aspirantes, las profesiones han sido variadas por lo que se exponen en la Tabla 1 la distribución total del personal:

PERSONAL DE CAPPSIDA	121
Evaluación de Personal	41
Aceptados	37
Rechazados	4
ÁREAS LABORALES	
Socios Fundadores	15
Medicina	5
Enfermería	19
Psicología	8
Odontología	11
Administrativo/Contable	5
Diseño Gráfico	14
Informática	2
Terapia Alternativa	2
Trabajo Social	2
Auxiliar Administrativo	18
Servicios Generales	14
Abogados	3
Externos	3

Tabla 1
PERSONAL DE CAPPSIDA 1994-2007

En un periodo no máximo a un mes se brinda la capacitación necesaria que contribuirá a su formación profesional y laboral en la institución, a través de cursos-talleres y orientación directa.

Algunos cursos otorgados son:

- Información básica de VIH/SIDA y otras ITS
- Atención Telefónica y VIH/SIDA (Información y Atención Psicológica)
- Características psicológicas del paciente VIH/SIDA
- Información actualizada sobre salud, sexualidad y VIH/SIDA a equipos de salud.

A la par de estas actividades se fueron realizando documentos internos que contribuyeron al manejo y administración de personal, en colaboración con el presidente de la ONG como lo es:

- Descripción del puesto
- Reglamento Institucional
- Cartas compromiso
- Formatos de selección del personal

Mismos que se utilizan hasta el día de hoy y que se encuentran en la organización para poder cotejarlos.

4.2 PSICOLOGÍA EDUCATIVA

El trabajo en esta área se amplía tanto como avanza el VIH/SIDA, ya que la psicología educativa abarca todos aquellos ámbitos que necesitan la implementación de procesos de enseñanza-aprendizaje, situación que ha hecho que en la actualidad se incorpore dentro del currículum de la carrera de Psicología en diferentes universidades de prestigio a nivel nacional (UNAM, IPN, La Salle, Tecnológico de Monterrey, entre otras) e internacional, temas relacionados con Sexualidad Humana y en algunas instituciones módulos específicos sobre VIH/SIDA y otras ITS.

La labor del psicólogo en la institución ha sido muy importante en esta área de la psicología, principalmente en la prevención de la infección y en la que su objetivo central es que las personas desarrollen conductas saludables que minimicen los riesgos de infección por el VIH y otras ITS, sabemos que modificar el comportamiento humano ya establecido, es un asunto altamente complejo debido al número tan elevado de factores psicosociales que éste conlleva y por eso es preciso considerar a la psicología como parte central en los diversos programas de prevención del VIH y en la que los conocimientos educativos y clínicos poseídos favorece el que podamos aportar estrategias comportamentales, cognitivas y

afectivas que logren implantar en la comunidad, conductas efectivas para prevenir la transmisión del VIH.

En sus inicios el trabajo institucional se realizaba a través de grupos pequeños acorde al tamaño de las instalaciones y en la que la labor principal consistía en:

- Informar a la comunidad sobre el VIH/SIDA y otras ITS.
- Propiciar conductas saludables y mantenerlas en el tiempo.
- Fomentar la formación personal en cuanto al desarrollo de la asertividad, autoestima y afrontamiento de situaciones de riesgo.

Sin embargo conforme crecía la organización, las solicitudes por parte de instancias públicas y privadas en cuanto a capacitación eran específicas, es así como desde 1997 se inicia otorgando capacitación en las siguientes líneas:

- Sexualidad Integral.
- Promoción de la salud.
- Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.
- Infecciones Oportunistas
- Sexo seguro/sexo protegido.
- Derechos Humanos.

A partir del 2001, en el área de psicología se inicia un programa de información y capacitación, estructurado como se muestra en la Tabla 2 y en la que pude participar directamente en el diseño, organización e impartición (columna cantidad) del mismo. Hubo temas del programa de capacitación e información que no se incluyen en el cuadro por no pertenecer al área psicosocial, sino al área médica.

INFORMACIÓN Y CAPACITACIÓN (Área de Psicología)			
ACTIVIDAD	POBLACIÓN	DURACIÓN	CANTIDAD
PLÁTICA: Información básica sobre VIH/SIDA.	Público en general	2 Horas	8
PLÁTICA: Estados emocionales prevalentes en la persona que vive con VIH/SIDA y su entorno social inmediato.	Relaciones afectivas cercanas al portador	2 Horas	15
PLÁTICA: Consultoría vía telefónica.	Personal de CAPPSIDA	4 Horas	2
PLÁTICA: Ventajas del realizarme la prueba del VIH/SIDA.	Público en general	2 Horas	2
PLÁTICA: Aspectos Sociales de la persona que vive con VIH/SIDA.	Público en general	2 Horas	2
PLÁTICA: Atención Psicológica domiciliaria de personas seropositivas.	Relaciones afectivas cercanas al portador	2 Horas	5
PLÁTICA: Asesoría General al trabajo en entrevista pre-prueba y post-prueba.	Personal de CAPPSIDA Profesionales de la salud	4 Horas	4
CURSO: Autoestima y una vida sexual sana.	Público en general	4 Horas	2
CURSO: Atención Integral a la persona que vive con VIH/SIDA.	Personas seropositivas	15 Horas	21
CURSO: Cambios en la vida sexual de las personas que viven con VIH/SIDA. (Enfoque psicosocial)	Personas seropositivas Relaciones afectivas cercanas al portador	4 Horas	3
TALLER: La Vida Sexual Sana: Sexo más seguro- Sexo más protegido.	Público en general	4 Horas	7
CURSO-TALLER: Inducción integral al trabajo en VIH/SIDA.	Personal de CAPPSIDA Profesionales de la salud	20 Horas	5
CURSO-TALLER: Inducción a familiares, parejas o amigos al apoyo y atención domiciliaria de las personas seropositivas.	Relaciones afectivas cercanas al portador	20 Horas	3

Tabla 2
PROGRAMA DE CAPACITACIÓN E INFORMACIÓN DE CAPPSIDA

Conforme pasó el tiempo, el requerimiento del psicólogo en campo aumentó y algunos de estas pláticas, cursos y talleres fueron propuestos a través de diversos proyectos dirigidos a los grupos más vulnerables, adolescentes, mujeres y hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), en esta fase mi labor como

psicóloga ha sido a través del diseño de nuevos programas y en ocasiones de conferencista o facilitador en algunos temas.

4.3 PSICOLOGÍA SOCIAL

La proliferación del VIH e implicación de sectores sociales vulnerables, junto a una estructura de redes que se organizan para la lucha contra la pandemia hacen de este tema uno de los más trascendentes y preocupantes de este siglo en áreas sociales.

Dentro de las actividades centrales en áreas de la psicología social con personas portadoras está el intervenir en políticas sociales para el tratamiento de los problemas de salud, significa educar y prevenir a partir de los diferentes niveles de intervención individual, familiar, grupal y comunitaria.

Elaborar diagnósticos e instrumentar estrategias con personas afectadas, propicia que la psicología se convierta en una disciplina intermedia entre el profesional de la salud y las ciencias sociales. Estudiar los recursos con que cuentan los enfermos y sus necesidades para generar estrategias de apoyo, convierten a los psicólogos sociales en agentes de transformación educacional sobre la enfermedad.

En estas líneas mi labor ha sido acudir a visitas domiciliarias, para evaluar el entorno social del paciente en lo micro, otorgar información de líneas gubernamentales y no gubernamentales de apoyo, se ofrece capacitación especializada a familiares o entorno social cercano, acerca de la atención del paciente y por ende brindar apoyo psicosocial a todos los involucrados, buscando las alternativas más viables para mejorar su calidad de vida.

ATENCIÓN DOMICILIARIA	
Portadores y Familias atendidas	13

Tabla 3
POBLACIÓN ATENDIDA A TRAVÉS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

La experiencia en esta área de trabajo realmente fue difícil, por las condiciones en las que se han encontrado a las familias y portadores, los cuales en la mayoría de los casos se ubicaban en fases terminales de la enfermedad, casos en los que no se podían desplazar los pacientes y la atención integral se otorgaba en el domicilio, pues los recursos económicos no permitían una atención óptima, ya que carecían de todo y en los que únicamente esperaban la muerte de su ser querido.

Al respecto recuerdo un caso en el 2000, donde mi visita se remitió a acompañar la agonía del paciente con palabras que reconfortaran su partida hasta que murió, yo me encargué de dar la noticia a los familiares y apoyarlos en la aceptación del deceso, así como éste hubo varios casos donde las enfermedades oportunistas los acababan y no había más apoyo de mi parte y área que el acompañamiento.

La organización y procedimiento de este servicio se desarrolla a través del formato Atención Domiciliaria (ANEXO 3) y se utiliza de manera sistemática y constante en todas las visitas domiciliarias desde el 2003. Cabe resaltar que actualmente no participo en esta actividad de manera directa, por cuestiones de tiempo y atención en la institución, pero en caso de urgencia apoyo a la misma.

Para los casos de prevención y atención a la población en general, mi labor primordial ha sido promover la educación sexual en todos los estratos sociales, que aunque ha sido una tarea difícil por todos los aspectos implícitos (valores culturales, actitudes, creencias y hábitos) a la conducta sexual, se han elaborado propuestas de intervención, cursos, talleres a través del diseño y elaboración de diferentes folletos y materiales de información que en los diferentes eventos masivos de Sexualidad y VIH/SIDA, se han distribuido, con información completa,

especializada y acorde a los diversos sectores de la población, como hombres y mujeres heterosexuales, Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH), adolescentes y niños, entre otros. Los objetivos centrales como se dijo previamente son la información y la prevención de la pandemia del Siglo, al respecto los temas han sido variados pero asociados a la educación sexual, sexo seguro-sexo protegido, ITS y el VIH/SIDA, autoestima, violencia en la pareja, entre otros.

Es importante mencionar y no dejar de lado los medios masivos de comunicación tal como los son medios electrónicos, radio, televisión e Internet, a partir de los cuales se lleva a cabo un importante aprendizaje de la temática del VIH/SIDA, ya que se suele hablar de los mecanismos de su propagación, su incremento, la enfermedad como tal y sobre todo la prevención, dirigido todo ello a la población en general.

Asociado a los adelantos tecnológicos a nivel mundial, entre ellos la creación del Internet a partir de 1969 y en el que al día de hoy se otorgan diversos servicios en educación, salud y servicios, entre otros. CAPPSIDA decide ponerse al auge.

Es así como en 1998 se diseña la pagina informativa de la institución cappsida.org.mx, cuyo objetivo primordial es brindar información sobre los servicios, funciones y actividades de la organización, es a través de este mecanismo que diversos usuarios conocieron de nosotros y se acercaron a la institución a recibir información o atención persona-persona.

A raíz del impacto en estos medios y la búsqueda de información anónima, confiable y profesional se diseña en 1999 el Portal vihsida.org.mx que se caracteriza por brindar al usuario:

- Comunicación anónima y sin inhibiciones de temas asociados a salud, sexualidad y VIH.
- Facilita el acercamiento, al eliminar las distancias geográficas.

- Permite acceder a este espacio durante las 24 horas del día, con independencia de tiempo y lugar, así como de participantes en la comunicación.
- Brinda el espacio para buscar información que puede ayudar a aclarar sus dudas.
- Minimiza sentimientos de aislamiento por el tema tratado.
- Permite intercambio de comunicación o información con rapidez.
- Propicia costos bajos por mantener la comunicación.
- Favorece la comunicación con otras personas que viven con VIH/SIDA, profesionales de salud y público en general con información en el tema, propiciando espacios de autoayuda.

Y un aspecto de gran importancia, por ser el área a mi cargo, es que minimiza situaciones de ansiedad o depresión asociado a la catarsis que hace el usuario, al momento de exponer su situación en secciones como los foros, chats o correos electrónicos y que permiten el contacto con especialistas o portadores con experiencia.

Por todo ello actualmente CAPPSSIDA proporciona información profesional, a una población de entre 2000 y 8000 personas mensualmente, con necesidades e intereses variados; por lo que se organiza la información en tres grandes secciones:

- Generales
- Especialistas
- Comunidades

En las que se otorga información general, noticias relacionadas con tópicos de interés, mecanismos de prevención, estadísticas, capacitación domiciliaria, preguntas y respuestas, directorio, videoteca con temas relacionados, foros, chats, comunicación directa a través de correo electrónico, testimonios y la sección especial dedicada a niños; en el apartado de especialistas donde se otorga

información actualizada a profesionales de salud relativa a infecciones, medicamentos, eventos, y se otorga la tabla de clasificación para la infección por VIH, finalmente se facilita la descarga de documentos de interés en comunicación con otros servidores, portales, sitios o páginas.

En este servicio institucional mi labor como psicóloga ha tenido una especial contribución desde el diseño del portal, selección de información que se transmitiría a través del portal, hasta la comunicación directa y constante con el usuario que requiere el servicio por medio de foros, chats y correos electrónicos y en los que se da información especializada dependiendo el caso. A partir de este servicio se discierne el tipo de atención que requiere la persona y se le dan alternativas con base en su solicitud, ya que en los casos que se considere necesario se canalizarán a un servicio persona-persona.

Mi contribución al día de hoy ha sido el actualizar información de áreas sociales y brindar orientación y asesoría a los usuarios del servicio de foros, el cual se caracteriza por una alta demanda, las preguntas son diversas y generalmente encaminadas a temores asociados a la infección, en las que los usuarios requieren una atención personalizada para bajar la angustia y ansiedad, ya que la información se encuentra perfectamente bien desarrollada en el mismo portal, pero el mensaje inconsciente siempre es “mi caso es diferente y especial... necesito ayuda”, y es aquí donde se les da algún comentario al respecto para eliminar temores a la infección, en caso de que persista la ansiedad y miedo o se detecte un problema psicológico más profundo, se canaliza a terapia psicológica en la organización, si reside en el Distrito Federal, de no ser así se canaliza a algún otro centro o institución. Cabe señalar que recientemente se ha tenido que dar de baja el portal por cuestiones económicas, pero se espera reinstalar para el 2008.

PORTAL vihsida.org.mx	
Visitantes mensuales	365
Población atendida en foros mensualmente	15-28
Población atendida en correo electrónico mensualmente	12

Tabla 4
ATENCIÓN PSICOLÓGICA VÍA INTERNET

Como pude explicar anteriormente mi labor realizada en estas áreas es de gran relevancia y crecimiento personal, así como profesional, sin embargo el área que día a día más me ha agradado realizar es la atención clínica en sus diferentes rubros, por el apoyo, contención, dirección y contribución a la calidad y cantidad de vida de las personas portadoras, pero principalmente por el trato persona-persona que hace que mi servicio tenga sentido a mi propia vida.

4.4 PSICOLOGÍA CLÍNICA

4.4.1 DETECCIÓN INTEGRAL

En esta área se otorga asesoría profesional y personalizada a quienes solicitan la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH antes, durante y después de la entrega del resultado, en este servicio pueden hallarse a dos tipos de usuarios y por ello el impacto es diferente, por un lado se encuentran aquellos que acuden a practicarse una evaluación de rutina para el VIH, dentro de una conducta de prevención y en busca de una constancia de no estar infectado y hay quienes acuden, los más de los casos, por considerar que han tenido conductas de alto riesgo para la infección y por ende sospechan de su posible seropositividad, pero que todavía no tienen una constancia fehaciente de ello.

Debido a la respuesta social, mitos, fantasías y realidades asociadas al VIH/SIDA, el realizarse la prueba de detección de anticuerpos resulta una actividad altamente estresante, es por ello que CAPPSSIDA contempla como un factor importante en nuestro programa de atención, la asesoría pre-prueba y post-prueba, con un procedimiento perfectamente estructurado, ya que para dicha acción se participó

activamente en el diseño, elaboración y aplicación de un instrumento denominado Detección de VIH e ITS (ANEXO 4).

PROCEDIMIENTO DETECCIÓN DE VIH E ITS

ASERORIA PRE-PRUEBA

1. Tipo de Intervención:

Individual, confidencial y anónima (si así lo requiere).

2. Duración:

Variable pero el promedio en la intervención es de 30 a 45 minutos.

3. Objetivos:

- Brindar a la persona un espacio confiable y profesional donde pueda hablar abiertamente de su conducta sexual y situación de riesgo a la cual estuvo expuesto.
- Ayudar al individuo a tener conocimiento real del riesgo, independientemente del resultado.
- Brindar información general de la enfermedad en términos de:
 - Prevención
 - Detección,
 - Transmisión
 - Desarrollo de la enfermedad
 - Tratamiento
 - Calidad y cantidad de vida actual
- Otorgar las herramientas indispensables para poder manejar y comprender la angustia que se genera por la posibilidad de ser portador del virus, independientemente de la vía de transmisión, en el periodo de espera.
- Sensibilizar a la protección en próximas situaciones sexuales ante cualquier resultado.
- Generar un ambiente propicio para la entrega del resultado.

4. Técnicas

- Entrevista donde se evalúan los diferentes factores físicos, biológicos, psicosociales del paciente:
- Consultoría entendiendo esto, como la atención de personas “sanas” que atraviesan situaciones de crisis, y que por lo regular es un proceso corto (una a tres sesiones).

5. Evaluación

- Valoración física, biológica y conductual:
 - Datos generales del paciente
 - Evaluación de Exámenes VIH/SIDA y otras ITS
 - Actitudes ante la prueba:
 - § Motivo para realizarse la prueba.
 - § Expectativas del resultado
 - § Reacciones ante el resultado negativo
 - § Reacciones ante el resultado positivo
 - § Preocupaciones vinculadas al resultado positivo
 - Historia Sexual
 - Factores y situaciones de riesgo
 - Padecimientos de infecciones sexualmente transmisibles
 - Acercamiento al VIH/SIDA
 - Información por medios masivos de comunicación
 - Información y conocimientos sobre VIH/SIDA
- Valoración psicológica (especialista):
 - Descripción física del paciente
 - Estado emocional
 - Examen mental
 - Discurso
 - Comunicación no verbal
- Consentimiento informado

Documento oficial que autoriza la realización de la prueba de detección de anticuerpos, que sirve como amparo ante cualquier irregularidad.

ASERORIA POST-PRUEBA

1. Tipo de Intervención:

Individual, personal, confidencial y anónima.

2. Duración:

Variable dependiendo el resultado pero el promedio en la intervención es de 15 a 45 minutos.

3. Objetivos:

- Brindar un espacio confiable y profesional donde pueda expresar temores, ansiedad, tensión asociado al resultado.
- Darle información suficiente sobre la eficacia de la prueba y el significado del diagnóstico
- Recordar información general de la enfermedad
 - Prevención
 - Detección,
 - Transmisión
 - Desarrollo de la enfermedad
 - Tratamiento
 - Calidad y cantidad de vida actual
- Otorgar sugerencias y recomendaciones de acuerdo al resultado.

Negativo (persona no infectada por el VIH):

- Adoptar medidas de prevención, sexo seguro-sexo protegido
- Canalizar a talleres de prevención
- Detectar y evitar prácticas de riesgo

Positivo (persona con anticuerpos contra el VIH):

- Canalizar para valoración inicial (Médico, Psicológico, Odontológico).
- Aceptar y adherirse al tratamiento sugerido por el infectólogo.
- Realizar revisiones médicas frecuentes.
- Adoptar medidas de prevención, sexo seguro-sexo protegido, para evitar infectar o reinfectarse.
- Comunicar a un familiar, pareja o amigo del resultado para que sirva como círculo de apoyo.

- Modificar estilo de vida (alimentación, descanso, sueño y adicciones)

Indeterminado (aún sin diagnóstico por diversos factores):

- Aumentar el cuidado y atención.
- Corroborar el resultado en un periodo no mínimo a tres meses.
- Romper estereotipo de SIDA=MUERTE
- Remitir a intervención psicológica en casos de comportamientos sexuales riesgosos difíciles de modificar o reacciones emocionales extremas (hipocondría, ideación suicida, depresión o ansiedad) en caso de resultado positivo.

4. Técnicas

- Entrevista para valoración de reacciones ante cualquier resultado.
- Consultoría entendiendo esto, como la atención de personas no portadoras que atraviesan situaciones de crisis, (proceso corto de una a tres sesiones).

5. Evaluación

- Valoración psicológica (especialista):
 - Resultado Prueba VIH
 - Descripción primera reacción
 - Estado emocional
 - Examen mental
 - Discurso
 - Comunicación no verbal

En conclusión en esta área se otorga Intervención en la crisis inicial, donde se busca responder a las múltiples reacciones emocionales al momento del diagnóstico como: estupor, miedo, tristeza, rabia, frustración, desesperanza, impotencia, culpa, ideas suicidas entre otras, a partir de una intervención clínico-educativa orientada a ilustrar sobre aspectos básicos de la infección, desarticular la relación SIDA-muerte, fortalecer habilidades de afrontamiento, reactivar las redes de apoyo social y motivar la vinculación al proceso de valoración médica.

En esta área además de realizar instrumentos, participar en la asesoría pre y post prueba, se ha capacitado en el manejo de las evaluaciones al personal de salud en la intervención de Pruebas de Detección de VIH e ITS; así como en la supervisión de los casos riesgoso psicológicamente hablando, por lo que se ha delegado la actividad a otros colaboradores de la institución y únicamente se participa cuando no hay algún colaborador que pueda desarrollar la actividad.

La atención en Asesoría Pre-prueba y Post-Prueba directamente realizada por mi, se muestra claramente en la Tabla 5, con los diferentes resultados.

ASESORIA PRE-PRUEBA Y POST-PRUEBA	
Solicitantes	42
RESULTADOS	
Positivos	12
Negativos	26
Indeterminados	4

Tabla 5
ATENCIÓN OTORGADA EN ASESORIA PRE Y POST-PRUEBA

VIVENCIA PERSONAL

El participar en esta actividad ha sido impactante y me ha podido habilitar en el manejo de situaciones de crisis, en la notificación acertada y profesional del resultado VIH, ya que una palabra (positivo o negativo) cambia de manera radical toda la vida del individuo.

El dar resultados negativos es totalmente reconfortante para cualquier especialista en estos servicios y mi caso no era la excepción, principalmente por que sabes que el paciente tiene una oportunidad más de salud y vida sin ningún temor asociado al deterioro o la muerte. El ver su ansiedad y tranquilidad al momento de dar el resultado, se convierte en el pretexto para exhortarlo a un cambio en sus prácticas sexuales riesgosas, a lo que todos los pacientes acceden sin mayor problema.

Pero en el caso de notificar resultados positivos (16 casos en mi experiencia), es un momento de tensión no solo para el paciente sino para uno como profesional a cargo, aún recuerdo la primer notificación positiva, estaba más nerviosa que el paciente (claro sin perder el estilo) y buscaba resolverle la vida, llevármelo endosado para que no cometiera ninguna acción catastrófica como suicidarse o infectar a otros, pero el que ingresara a terapia conmigo me dio tranquilidad y más aún el verificar que el paciente iniciara una atención médica general.

Algunos casos que recuerdo con impacto son el de un paciente que llevaba una vida sexual extremadamente riesgosa, homosexual con encuentros sexuales frecuentes en cuartos oscuros (punto de ligue), comentaba que llevaba como cien parejas en los últimos meses y señalaba que nunca usaba condón y que realmente no le importaba usarlo, por que el VIH no existía, pero eso si se realizaba un seguimiento serológico cada 6 meses, la ocasión que asistió conmigo hablamos de sus intentos suicidas frustrados y la motivación inconsciente de ello, se le sugirió iniciar un tratamiento pero el no accedió, desafortunadamente para él su resultado en esa ocasión fue negativo, ya que buscaba ser positivo o portador.

Otro paciente de mediana edad fue a acompañar a una amiga a realizarse una prueba, porque ella había tenido una situación de riesgo, el amigo heterosexual, leal y sin aparentemente ninguna situación de riesgo, decide realizarse el estudio para apoyar a su amiga en el tiempo de espera, al momento de entregar los resultados el de la amiga negativo y el del amigo indeterminado, que se confirmó al poco tiempo como positivo, el paciente entró en shock y decidió negar consciente e inconscientemente el resultado, no se supo más del caso ya que por la confidencialidad de la información no se piden datos personales sino únicamente su nombre real o ficticio. La amiga con carga emocional se comunicaba con nosotros pero él rechazó todo apoyo psicológico y mucho menos médico.

Y así situaciones extremas en las que se utiliza el resultado para manipular a la pareja, evitar rupturas, propiciar relaciones sin protección (ante la ignorancia o negación de la reinfección), agredir psicológicamente, entre otras y ante las cuales no se puede hacer comentario alguno por la misma confidencialidad de los casos.

En fin los casos son diversos y tan amplios e intrigantes como lo es la mente humana.

4.4.2 ATENCIÓN PSICOLÓGICA INTEGRAL

En el área de psicología se otorgan diferentes servicios a la población portadora del VIH/SIDA y al público en general a través de los siguientes ámbitos:

- Atención Psicológica Individual
- Atención Psicológica de pareja y familiar
- Atención Psicológica Grupal
- Atención Domiciliaria

Pero para hablar de atención psicológica es conveniente hablar de psicoterapia la cual puede definirse como un tratamiento científico, de carácter psicológico, que promueve el cambio o modificación de conflictos o desórdenes de origen psíquico o corporal a favor de su estabilidad personal, identidad psicológica, adaptación social y por ende calidad de vida basada en la armonía y el amor.

Kolb, C. K. (1992)¹ señala que existen dos enfoques psicoterapéuticos, aquellos en los que el objetivo es llevar al paciente a una comprensión de las fuerzas psicodinámicas que lo motivan, conocidos como los tratamientos de insight, (psicoanálisis) y en segundo lugar las psicoterapias directivas o activas que se enfocan a eliminar los síntomas (cognitivo-conductual), sin ocuparse de que se desarrolle un insight personal, ni un cambio caracterológico, menciona que ya en los últimos años han florecido una multitud de tratamientos derivados de las

¹ Kolb, C. K. (1992). *Psiquiatría Clínica Moderna*. México:La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V.

metodologías psicodinámicas o para agregar diversas variantes a los tratamientos conductistas (enfoque humanista, transpersonal, entre otras).

La elección del enfoque psicodinámico en la intervención clínica no fue difícil, inicialmente porque uno de los motivos por los que decidí estudiar psicología fue a través del conocimiento de la teoría psicoanalítica desarrollada en primera instancia por Freud, elección realizada a través de la materia de psicología en la preparatoria, posteriormente mis primeros acercamientos con pacientes fue a través de un programa de la Cruz Roja Mexicana llamado SAPTEL (Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono) y posteriormente APSIDE (Apoyo Psicológico en Desastres), espacios en los que conozco a dos de mis principales mentoras en el psicoanálisis Dra. Ana Maria Zellhuber (coordinadora de ambos proyectos y Directora General en Telsida) y Dra. Elisa Salame (Coordinadora Paramédica en Área Normativa "A" en CONASIDA de 1982 a 1997 y Socia Fundadora de CAPPSSIDA), y fue esta última quien en ese momento se encargaba de asesorarme los diferentes casos clínicos de SAPTEL y APSIDE y que brindaba los conocimientos necesarios en el tratamiento analítico, es ella también la que me brinda mi primer oportunidad laboral al sugerirme colaborar en una ONG con trabajo en SIDA otorgando asesoría pre y post prueba, así como atención psicológica individual, yo acepto dicha invitación, pero el desconocimiento del tema, requería de supervisión y capacitación constante y fue entonces que la Dra. Salame se reincorpora en la institución como asesor y coordinador externo del área de psicología, hasta mediados de 1997, para posteriormente cederme la coordinación del área, sin embargo la madurez como terapeuta analítico, aún requería mayor capacitación y es así como la Dra. Ana Maria Zellhuber se convierte en mi supervisora de casos clínicos asociados a VIH/SIDA por su amplia experiencia en el campo.

La psicoterapia en el caso de pacientes portadores del VIH/SIDA, no elimina la infección, ni tampoco cura el SIDA, sin embargo sirve como una herramienta que puede ayudarle a enfrentar, con una estructura emocional más sólida, los desafíos

que tanto la infección como la enfermedad ocasionan, le ayuda a manejar sus emociones, fantasías, miedos y angustias, así como las implicaciones sociales, culturales, laborales y familiares que el SIDA trae consigo. La atención psicológica es una opción que ayuda a contender con la infección, le da la posibilidad de expresar abierta y francamente todos los afectos, no importando lo exagerado, desproporcionados, inadecuados o terroríficos que el paciente sienta que sean.

4.4.3 PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

Cuando una persona es diagnosticada como portador del VIH o SIDA como tal, de manera inmediata se alteran las diferentes áreas en las que se desenvuelve (laboral, familiar, sexual, social y personal), todo esto sin importar su nivel sociocultural, edad, sexo, personalidad, información o conocimiento acerca de la enfermedad, mecanismo de infección o preferencia sexual, por eso es conveniente que la persona que vive con VIH esté en un proceso terapéutico a nivel emocional y especialmente en los que se reconocen como momentos claves²:

1. Cuadros de ansiedad y depresión

Presentes durante todo el proceso de la enfermedad

2. Pruebas de laboratorio

CD4 = Tiempo de virus = Esperanza de vida

Por estar relacionado con las defensas del organismo

CV = Esperanza de vida = Ilusiones del paciente

Por estar asociado a la cantidad de virus, el cual en ocasiones se manifiesta como indetectable, generando así esperanzas en su salud.

3. Adherencia a tratamientos médicos

Profesional de salud Medicamento = Salud

Labor de importancia en el área de la salud ya que los tratamientos médicos proporcionan cantidad y calidad de vida

Paciente VIH Medicamento = Hace presente la enfermedad

Aunque para el paciente es el reconocimiento de su enfermedad

² Burgos, M. (2001) Adherencia, Transdisciplina y Psicoanálisis.

4. Aparición de efectos secundarios asociados al tratamiento

Paciente VIH Efectos secundarios = Anticipa deterioro

En algunos casos se manifiestan reacciones inadecuadas ante los medicamentos y esto les hace pensar lo mal que pueden estar en algún momento.

5. Aparición de primera enfermedad (oportunista o no)

Nuevas enfermedades = Hacen presente la recaída en el cuerpo del displacer (independiente de cualquier malestar o enfermedad)

6. Evolución de la enfermedad e instalación de la enfermedad crónica

Hacen presente el tema de la muerte como etapa inevitable en el proceso

7. Fases terminales (desarrolladas a largo plazo)

Algunas de las terapias de uso actual con pacientes portadores del VIH son, la psicoterapia psicoanalítica, la terapia familiar y de pareja, la terapia de grupo, la terapia cognitivo-conductual, sin embargo desde mi perspectiva y por las características de la enfermedad y del paciente tratante al ser un “portador sano” (sin alguna sintomatología asociada al SIDA o deterioro físico), es que utilizó como enfoque prevaleciente en mi trabajo clínico a nivel individual la psicoterapia psicoanalítica, ya que permite elaborar un estudio profundo de cada psicopatología, toma en consideración los diferentes factores de su historia personal, situaciones no resueltas que pueden propiciar la conflictiva en la actualidad, se remonta en todos los casos a los primeros años de vida del ser humano y su interacción con su medio, lo cual propiciará el que quede fijado en alguna etapa del desarrollo, basada en la excesiva gratificación o frustración para cada nuevo desafío, se analiza el tipo de mensajes conscientes o inconscientes mandados por los imagos, las diferentes reacciones o vivencias de éstas, el tipo de relación, además de brindar un panorama de los principales síntomas, mecanismos de defensa, tipo de pensamiento y factores desencadenantes de las reacciones patológicas.

Sin dejar de lado los tres tipos de pérdida que Montes y Bayle (2002)³ considera de gran significado en el tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas:

1. Pérdida de salud y bienestar;
2. Pérdida del status socio-familiar y profesional;
3. Pérdida de libertad y autonomía personal.

Aunque también es importante considerar la percepción de su muerte en un cuarto punto.

La Intervención terapéutica del psicólogo en CAPPSIDA busca y tiene como objetivo:

1. Reorganizar las estructuras de la personalidad que han sido afectadas y que generan conflicto en la interacción del individuo con su entorno.
2. Propicia y promueve la conciencia de uno mismo, haciendo consciente lo inconsciente.
3. Intervención orientada a proveer habilidades y conductas que permitan al paciente vivir con el VIH:
4. Cambios en el estilo de vida.
5. Reestructuración de creencias irracionales
6. Promoción de una sexualidad segura y responsable
7. Adquisición de un locus de control internalizado, para poder contener y manejar sus emociones
8. Comprometer activamente al paciente en su autocuidado (citas médicas, seguimiento de tratamientos con antirretrovirales, entre otras)

En casi 11 años de servicio en la organización hasta Noviembre del 2007, se ha otorgado atención psicológica a 201 pacientes, un promedio de 20 pacientes por año, aunque éste fue variable asociado a la difusión e instalaciones de la institución, todos ellos recibieron el servicio de atención psicológica individual, algunos de ellos participaron adicionalmente en psicoterapia familiar, de pareja o

³ Montes, M. y Bayle, M. (2002). "Aspectos psicológicos y psiquiátricos en unidades especiales de hospitalización". En: <http://www.sepsiquiatria.org>

grupal, el número de sesiones fue variable de 3 sesiones a 8 años de tratamiento en el caso de dos pacientes, que asisten a terapia grupal actualmente.

Como se observa en la Tabla 1 de la población total atendida 201 pacientes, 148 fueron hombres y 53 mujeres, lo cual habla de que la población que más solicita el servicio de psicología en la institución son los varones, de los cuales 108 son de preferencia homosexual y 40 heterosexuales, al respecto confirmamos hipótesis diversas que señalan que los varones heterosexuales no creen en la psicología y sus resultados, cabe señalar que únicamente dos pacientes homosexuales que recibieron la atención fueron mujeres no portadoras y se acercaron al servicio por problemas en relación de pareja.

De la población total atendida 127 pacientes son portadores del VIH/SIDA y 74 son seronegativos, al respecto cabe señalar que once mujeres de las atendidas son portadoras e infectadas por sus esposos, el resto son varones con diferente preferencia sexual, uno de ellos se declara bisexual pero por consideraciones para el análisis de datos no se ubico como tal en la tabla.

El estado civil de la población es de 143 solteros, en correlación podemos decir que 110 son homosexuales (108 varones y 2 mujeres) y 33 heterosexuales de ambos sexos solteros, el resto de la población 58 pacientes tiene algún compromiso civil.

Otro aspecto a considerar es que las 10 personas viudas atendidas son mujeres, 6 de ellas son portadoras, infectadas por su pareja ya fallecida, 2 casos con hijos en riesgo de infección al ser ya portadores ambos padres al momento de la concepción, pero atendidos durante el embarazo con antirretrovirales y en excelentes condiciones a la hora del parto, lo que hizo que ambos hijos resultaran negativos, pero con seguimiento sexológico por tres años y que en el transcurso del tratamiento se diagnosticaron como seronegativos, este tipo de aspectos se consideraron profundamente en la terapia, sin dejar de lado que al fallecer su

pareja las viudas portadoras se hacen cargo de la economía familiar y por ende los recursos para atender su enfermedad.

ASPECTOS	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
SEXO												
Hombre	4	1	19	26	30	26	14	14	5	5	4	148
Mujer	2	2	6	5	9	9	8	4	4	2	2	53
ESTADO DE SALUD												
Positivo (O+)	4	1	13	24	28	26	9	11	5	2	4	127
Negativo(O-)	2	2	12	7	11	9	13	7	4	5	2	74
PREFERENCIA SEXUAL												
Heterosexual	3	2	12	13	17	11	13	8	5	4	3	91
Homosexual	3	1	13	18	22	24	9	10	4	3	3	110
ESTADO CIVIL												
Soltero (a)	4	3	19	21	26	25	18	12	6	5	4	143
Casado (a)	1		4	6	5	7	3	2	3	2	2	35
Divorciado			1	2	3	1	1	3				11
Unión Libre				1				1				2
Viudo (a)	1		1	1	5	2						10
TOTAL	6	3	25	31	39	35	22	18	9	7	6	201

Tabla 6
ATENCIÓN PSICOLÓGICA INTEGRAL

ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO	
Casos Atendidos	201
Salud sexual	74
Portadores	127
Pacientes con registro al 2007	35
Seguimiento terapéutico	15
Conocimiento de vida y salud	13
Fallecimiento	7

Tabla 7
SEGUIMIENTO DE PACIENTES

Con respecto a los datos previamente expuestos podemos comentar que de los 201 casos atendidos, se buscó el informe de los 127 portadores del VIH/SIDA para tener conocimiento de su estado de salud-enfermedad, pero desafortunadamente únicamente se obtuvo información de 35 pacientes, 7 de ellos ya fallecieron, de 13

se tiene conocimiento de vida y salud por informes de familiares o amigos y los 15 restantes continúan en seguimiento a través de terapia individual o grupal.

VIVENCIA PERSONAL:

Uno de los grandes logros en la atención de personas que viven con VIH/SIDA, ha sido poder mantener el estado de salud en óptimas condiciones, reflejado en el periodo asintomático, en resultados de estudios clínicos, en reincorporación a la vida cotidiana, entre otros, sin embargo existe poca adherencia al tratamiento psicológico en numerosos pacientes, en este caso hubo 112 portadores sin seguimiento, uno de los factores que puedo mencionar es que los pacientes seropositivos al momento de sentir que pueden manejar el VIH/SIDA, deciden abandonar el tratamiento y al tratarse de una enfermedad asintomática durante largos períodos, hace que algunas personas infectadas por el VIH presenten una escasa percepción de su condición de enfermos y esto puede manifestarse en un cuidado insuficiente o inadecuado de su salud física y emocional.

Otro de los aspectos más frecuentes como objetivo en la atención de los portadores o seronegativos, pero con resultados variables es poder cambiar comportamientos sexuales de riesgo ya que muchos de ellos mencionan que la gratificación inmediata (orgasmo, excitación sexual) de la práctica sexual es superior a una consecuencia negativa, como lo sería la infección o lo puede ser la reinfección.

Tal situación la pude vivir en la terapia psicológica de un paciente de 28 años que llega a atención psicológica para realizarse un estudio de detección de anticuerpos contra el VIH, su resultado fue negativo, pero presentaba una serie de conflictos sexuales, siendo el de mayor relevancia aceptar su preferencia sexual y decide seguir en el tratamiento psicológico para manejar su conflicto principal, después de un tiempo y con logros personales y familiares, aprende a manejar su sexualidad e inicia una relación de pareja con una persona portadora del VIH, se habló gran número de veces sobre conductas de riesgo, mecanismos de

prevención, aspectos conscientes e inconscientes asociados a la elección de pareja portadora, en fin hubo un trabajo constante y monitoreo serológico igualmente, pero las conductas de riesgo no se eliminaron hasta que desafortunadamente en una ocasión me dijo que ya se había hecho un estudio y que era portador del VIH, se podría considerar un fracaso terapéutico desde mi perspectiva, pero no fue así ya que el paciente buscó de cualquier manera infectarse y compartir la infección de su pareja, señalaba que él quería morir joven porque tenía miedo a la vejez y lo logró ya que actualmente el VIH es una enfermedad crónica con un pronóstico de vida de 10 a 30 años dependiendo de los cuidados.

En otros tratamientos, algunos pacientes indican que los comportamientos preventivos (uso de condón, sexo seguro, sexo protegido) suponen una disminución del placer inmediato o una demora en su obtención, por lo que prefieren una conducta de riesgo (sin condón) placentera e inmediata a pesar del riesgo que implica, este tipo de comentarios generalmente proviene de portadores, con los que se trataba el impulso de muerte (homicida) ya que al trabajarlo desde esa perspectiva modificaban conductas de riesgo, aunque es la parte más complicada del trabajo terapéutico debido a que ha durado años en ellos la conciencia de riesgo.

Otro de los mayores logros en terapia individual, es la adherencia a tratamientos antirretrovirales, en la que los pacientes suelen señalar que están hartos de los medicamentos por lo riguroso de su ingesta, por las reacciones secundarias o por el excesivo número de pastillas que tienen que tomar, esto sin dejar de lado el que el medicamento les recuerda a cada momento que están enfermos de un padecimiento crónico que podría ser mortal o el tener que asistir a las instituciones de salud para una firma en su receta y enfrentarse a personas infectadas con un estado de salud bastante deteriorado o el tener que disponer de fuertes cantidades de dinero para obtener su medicamento; estas son sólo algunas

situaciones que hacen que el paciente decida abandonar el tratamiento ya sea temporal o definitivamente.

Fuera de estos fuertes conflictos asociados al VIH, los logros terapéuticos son diversos, ya que son los mismos que puede obtener cualquier paciente no portador, logros personales, escolares, laborales, familiares, sociales, entre otros.

Algunas de las actividades básicas en la atención del solicitante, son la realización de una Entrevista (Historia Clínica) para elaborar su diagnóstico y pronóstico del caso, cabe señalar que la terapia se puede otorgar a corto, mediano y largo plazo, dependiendo el caso y disposición del paciente.

En este mismo servicio parte de mi labor independiente a la atención psicológica fue el apoyo y contribución realizada al área, a través de la elaboración del formato de Atención Psicológica (ANEXO 5), así como la asesoría de casos clínicos otorgados a los nuevos colaboradores del área de psicología.

4.4.4 PSICOTERAPIA DE PAREJA Y FAMILIAR:

La importancia de la familia radica en que es un organismo vivo que se manifiesta por medio de interacciones y como cualquier otro organismo, se transforma, se crea y se establece a través del tiempo, afectando a cada sujeto particularmente en lo que refiere a sus tres esferas sustanciales: la biológica, la social y la psicológica.

Culturalmente la familia es una instancia que provee al sujeto de un sin número de recursos, que le son necesarios para los diferentes desafíos de la vida. Es el seno familiar donde el individuo establece sus primeras relaciones interpersonales y habilidades sociales, por ella la familia se le considera como la red social inmediata del sujeto. Ésta aunque cuantitativamente es un complejo pequeño,

dota de una gran cantidad de recursos de interacciones y triangulaciones entre sus miembros.

Diversos estudios mencionan que las personas con familia, pareja estable y amigos que puedan proporcionar recursos materiales y psicológicos, tienen una mejor salud que aquellos con un contacto social débil.

Al respecto Jiménez, D. (2002)⁴ asociado a enfermedades crónicas, argumenta que la red social favorece muchas de las actividades cotidianas que se relacionan con la calidad de vida, la red social ayuda a establecer actividades positivas para el sujeto, como el llevar una disciplina en su dieta, ejercicios, sueño, adherencia y seguimiento de tratamientos médicos, entre otras; al tener un sistema de apoyo como una red social sólida, la vulnerabilidad a las enfermedades es muy baja y la posibilidad de recuperación en cualquier enfermedad es mayor que cuando la persona no cuenta con redes sociales consistentes, es decir, cuando la persona se aísla.

Las redes sociales de apoyo, es un término que se debe al psiquiatra inglés S. H. Foulkes en 1964, quién es uno de los organizadores del movimiento de terapia de grupo en Gran Bretaña. Foulkes insistía en la importancia del fenómeno de grupo como un todo. Las redes sociales de un individuo, corresponden a todas las relaciones significativas que establece a lo largo de su vida, estas redes se conforman por: familia, amigos, compañeros de trabajo, personas de su comunidad y miembros de las instituciones educacionales, asistenciales y comunitarias, y es en estos grupos donde el portador puede encontrar el descanso y apoyo que espera.⁵

⁴ Jiménez, D. (2002). "Cuidando a los cuidadores: Familiares de pacientes con infección renal crónica. Hospital General Tacuba del ISSSTE". Memorias de IV Coloquio Internacional sobre Servicio Social Comunitario. México: UNAM

⁵ Álvarez, M. y Puñales, A. (1998). Familia y terapia familiar. Revista de Ciencias Médicas, 1, (2) 16-22.

Por lo anterior es que se ha considerado de gran relevancia que las personas que viven con VIH/SIDA, cuenten con redes sociales de cualquier esfera social, ya que como cualquier otra enfermedad crónica el entorno familiar y/o social con respecto al VIH tiene un papel fundamental en el proceso de adaptación del paciente a la enfermedad, la contribución positiva del entorno potenciará la adherencia al tratamiento, por eso siempre que sea posible es conveniente involucrar a las personas emocionalmente significativas para el paciente en el proceso de su enfermedad. Es erróneo pensar que el enfermo no quiere hablar de lo que le pasa. Para el paciente, es fundamental poder hablar y externar todo lo que siente y piensa de su enfermedad, con alguien que le permita llorar si así lo desea, o solamente permanecer en silencio junto a él y aquí la familia desempeña un papel muy importante.

El impacto social que ejerce una enfermedad como el VIH/SIDA en la familia causa trastornos en el sistema familiar, y en algunas ocasiones puede hasta destruirlo, lo cual se convierte en un agravante más a la situación de la persona infectada, ya que implica enfrentarse a la posibilidad de ser rechazado o blanco de lástima de la familia, sobre todo en los casos que queda al descubierto su vida sexual por un lado y por otro surge el temor de que pueda ocasionar sufrimiento o alguna enfermedad en los integrantes más cercanos, todo esto vive el portador, pero la situación de la familia, pareja o amigos cercanos también es relevante ya que impacta en varios sentidos la dinámica familiar, desde su organización hasta la forma de vida de cada miembro porque precisamente cada uno de ellos reestructura y adecua su papel dentro de la propia familia, y define cuál va a ser su aportación o apoyo hacia ella y por supuesto a quien vive con VIH, sin dejar de lado las emociones por las que pasa cada integrante, algunas veces ambivalentes, tales como: proyección de la propia muerte, angustia de separación, miedo al contagio, culpa o impotencia; desconocimiento de la enfermedad en atención y apoyo del enfermo, como dar soporte emocional en un momento difícil, entre otros tantos aspectos de importancia para el familiar o pareja del portador, de ahí la importancia de que no sea únicamente el afectado el que asista a terapia

psicológica, sino que también la familia se incorpore a una terapia que les permita a los miembros sobrellevar lo mejor posible la enfermedad.

El psicólogo en CAPPSSIDA se encarga de dar una alternativa al círculo social cercano de las personas que viven con VIH/SIDA y la comunicación con la familia es un aspecto blanco que se considera en esta intervención,

Y por ello la labor terapéutica se dirige a ellos de manera directa a través de psicoterapia breve, contribuyendo así al bienestar y calidad de vida del paciente y cuyos objetivos son concretos y específicos a la nueva situación de vida incluyendo:

PSICOTERAPIA FAMILIAR:

1. Propiciar la comunicación en la familia.
2. Facilitar el proceso de aceptación en cada integrante.
3. Reorganizar la dinámica familiar.
4. Favorecer el ambiente confianza que el paciente necesita.
5. Contener estados de ansiedad y angustia de los integrantes.
6. Apoyar en la resolución de conflictos familiares.
7. Otorgar orientación e información básica sobre VIH/SIDA.
8. Asesorar al familiar o pareja en cuanto a la atención y cuidados del portador.

PSICOTERAPIA DE PAREJA:

Al momento de conocer que alguno de los integrantes de la pareja vive con VIH o SIDA, con frecuencia el impacto de la noticia despierta actitudes que pueden lesionar y manifestarse en el vínculo afectivo, a través de emociones y sentimientos negativos exacerbados en ambas partes, aunque vividas desde diferentes perspectivas o puntos de vista, dependiendo de la historia y las condiciones específicas de cada pareja.

La pareja se enfrenta a fuertes cambios en la dinámica de la relación, se enfrenta a temores por fantasías ante la experiencia de convivir sexual, erótica y afectivamente con una persona infectada, puede presentarse culpa, ansiedad, rechazo o cualquier otra emoción disfuncional para la pareja y hablar de esto es indispensable para no afectar el lazo emocional existente, generalmente poco después del conocimiento de la infección aparece un periodo de aplanamiento del interés y deseo sexual, lo cual se considera normal en los primeros días, pero si se extiende por mucho tiempo, puede ocasionar una separación definitiva de la pareja, sobre todo si no se habla.

El objetivo de la psicoterapia de pareja en CAPPSSIDA es brindar un espacio que permita la comunicación de la pareja y en la que el terapeuta valora la historia de la pareja, evalúa las áreas de conflicto, el grado de compromiso, el afecto circundante y predominante, así como las motivaciones inconscientes de las partes involucradas para mantener la unión.

Algunos aspectos básicos en el tratamiento de parejas de personas portadoras del VIH/SIDA son las siguientes:

- Fomentar la comunicación abierta en la pareja.
- Reconocer el proceso de donde deviene la infección (accidente laboral, infidelidad, relaciones extra-pareja de mutuo acuerdo, entre otras).
- Analizar factores de riesgo sexual para la infección o reinfección.
- Adoptar medidas de prevención, sexo seguro-sexo protegido, para evitar la infección o reinfección en la pareja.
- Propicia la descarga emocional y disminución del estrés en parejas serodiscordantes o seropositivas.
- Eliminar la carga psicológica de la pareja seronegativa al considerarse más fuerte para cuidar a la pareja portadora y el descuido de sí mismo.
- Propicia la restauración de la relación de pareja con el VIH/SIDA.

VIVENCIA PERSONAL

En estos servicios los logros fueron muy favorables y en los casos que la situación de salud psicológica del familiar o pareja portadora era inmanejables se dirigía a terapia individual, con el objetivo de analizar a profundidad las situaciones inconscientes y conscientes asociadas al padecimiento del portador, en esta línea los datos encontrados fueron encaminados a ciertos temores asociados a la propia conducta sexual.

Hubo algunos casos de pacientes que dirigían a sus parejas a realizarse un estudio de detección de anticuerpos contra el VIH, cuando ellos eran los posibles responsables de la infección y en el que omitía su responsabilidad.

Pero también hubo casos con reacciones totalmente contrarias a lo habitual, tuve un caso en el que la pareja de una portadora del VIH se encargo de descargar su agresión, diciendo a la portadora que estaba infectada del virus, no siendo cierto (información extraoficial, por estudio realizado en la organización), esta situación mantenía en completo estrés a la paciente, al sentirse culpable de la infección de su pareja, la labor fue encaminar la comunicación para que se verbalizara y buscará la verdad.

También se dió tratamiento a una pareja que asistió a terapia porque eran serodiscordantes y el portador señalaba que su pareja no quería tener relaciones sexuales porque él le exigía el condón y que su pareja diez años menor buscaba vivir las mismas cosas que él, le recriminaba que no lo amaba lo suficiente porque no quería compartir la enfermedad y que él “amaba” demasiado y que prefería infectarse y morir con él, antes de vivir sin él, la labor terapéutica fue difícil ante este caso ya que a pesar de intervenciones e interpretaciones el cambio de pensamiento y actitud no se daba, hasta que desafortunadamente falleció la pareja y se enfrentó al vivir sin él.

4.4.5 GRUPOS Y EL VIH

El hombre posee un instinto gregario, un deseo de pertenecer y es a través de las redes o grupos sociales que encontrará la interacción recíproca y continua con diferentes personas que comparten un interés objetivo en común.

Es a partir de la primer década del apenas concluido siglo XX, que los grupos comenzaron a utilizarse con finalidades terapéuticas, los pioneros de esta técnica son Adler en Viena y Joseph Pratt 1905 ⁶en Estados Unidos, quien aplicó por primera vez esta técnica con enfermos tuberculosos y en los que observó que los que acudían a cursos especializados del padecimiento recaían menos que los que no lo hacían, la técnica fue nombrada terapia represiva inspiradora y también método de clase y se caracterizaba por los siguientes elementos:

- Los miembros del grupo deben presentar problemas o síntomas similares.
- No se analizaban los factores dinámicos de los participantes.
- Se brindaba apoyo emocional, tanto del terapeuta como de unos a otros.
- La discusión de temas inspiradores se realizaba frecuentemente.
- Se estimulaba el intercambio de experiencia entre los miembros del grupo, sobretodo aquellas experiencias de miembros que habían logrado sobreponerse de sus problemas.

La historia de la psicoterapia de grupos, ha sido tratado desde diferentes enfoques entre los que destacan Freud, Jung, Marx, cuyo interés principal fue por el estudio de las masas, mientras que desde una perspectiva más clínica se encuentran Kurt Lewin, Burrow, Rogers, Foulkes, entre muchos más, que han dejado huella a lo largo del estudio de los grupos; sus orígenes son tan extensos como múltiples sus objetivos, indicaciones, técnicas y por ende tipos de grupos de los cuales existen:

⁶ Kolb, L. (1992). *Psiquiatría Clínica Moderna*. México: La Prensa Médica Mexicana, S. A.

- Grupos de sensibilización
- Grupos de trabajo
- Grupos de entrenamiento
- Grupos de encuentro
- Grupos terapéuticos
- Grupos de autoapoyo

Siendo los dos últimos a los que nos abocaremos en el presente trabajo, por las características muy particulares de los pacientes, ya que al momento de recibir la notificación de ser portador del VIH, tienen una necesidad imperiosa de que se les tranquilice y se les conceda la oportunidad de ver y hablar con otros que sufran la misma enfermedad. El ver es trascendental en ese momento de su vida, necesitan apreciar por sí mismos que el VIH no se ve y pasan por personas sanas en la sociedad, esto principalmente por los temores siempre mal infundados de que con el VIH/SIDA no pasan ni un año más de vida y el hablar con ellos para verificar muchos de sus miedos y dudas asociadas a la enfermedad, tranquiliza y favorece su adherencia a la vida.

La psicoterapia grupal o grupo de autoapoyo no suplanta las técnicas de tipo individual, ni necesariamente ofrece en sí misma un tratamiento sustitutivo para los pacientes, ya que el uso de la psicoterapia de grupo, requiere del paciente ciertas características de inclusión, que se evalúan en una entrevista inicial, los aspectos a considerar son:

- Actitud adecuada del paciente para adaptarse a sus semejantes.
- Capacidad para exponer sus problemas delante del grupo.
- Cierta nivel de tolerancia a la hostilidad y agresión de los compañeros.
- Tolerancia a la frustración
- Posibilidades de comunicarse
- Aparente equilibrio emocional.
- Mediana aceptación de la infección de VIH/SIDA

En general los grupos han sido aceptados socialmente y profesionalmente por que son diseñados con objetivos precisos⁷:

- Propicia el crecimiento personal.
- Apoya la economía en tiempo y dinero; es significativa si se compara con el enfoque individual.
- Se focaliza en la interrelación del individuo con la gente del grupo.
- No solo posibilita el intercambio de experiencias, sino que amplía la red de apoyo social.
- Posibilita nuevas líneas de aprendizaje interpersonal.
- Permite el logro de una universalidad en cuanto a problemas comunes, contribuyendo a que dejen de centrarse en sí mismos y se vean como “víctimas del destino”.
- Acrecienta su capacidad para enfrentar y resolver problemas.
- Las fuentes de experiencias e informaciones se multiplican, acorde al número de integrantes.

En un contexto grupal, la universalización es un fenómeno en que las personas que integran el grupo, toman conciencia de la existencia de sucesos comunes y de temas paralelos en la vida de cada uno. El darse cuenta de que los problemas propios no son únicos y que otros enfrentan dificultades semejantes representa un alivio emocional. De este modo la abreacción no sólo es un acto individual, sino que es compartida por todos los miembros del grupo, que lo enriquecen con sus propias vivencias. Esto hace que la catarsis en grupos sea un fenómeno más potente y catalice mayor cantidad de emociones.

Las técnicas y objetivos de los diferentes grupos son variadas y se exponen a continuación:

⁷ Terapia grupal. (2007). En: <http://html.rincondelvago.com/terapia-grupal.html>

PARAMETROS	GRUPO DE AUTO-APOYO	GRUPO TERAPÉUTICO
Coordinador del grupo	Líder con experiencia en manejo de grupos	Terapeuta con experiencia en grupo
Frecuencia	Una vez por semana	Una vez por semana
Duración	6 meses a un año	Un año a tres años
Primera entrevista individual	Generalmente	Siempre
Contenido de entrevista	Principalmente factores ambientales.	Aspectos de la vida pasada y presente, relaciones intragrupo y extragrupo.
Transferencia	Se estimula la transferencia positiva para un mejor funcionamiento.	Son evocadas y analizadas la transferencia positiva y negativa
Dependencia	Se estimula la dependencia intragrupo, los miembros descansan en el líder.	Estimulada la dependencia intragrupo, la dependencia al terapeuta es variable.
Actividad terapéutica	Fortalece las defensas, activo, da consejo.	Desafía las defensas, activo, proporciona consejos o respuestas personales.
Interpretación	No hay interpretación de los conflictos inconscientes.	Interpretación de los conflictos inconscientes.
Principales procesos del grupo	Universalización, aceptación de la enfermedad y comprobación de la realidad.	Cohesión, catarsis, transferencia, aceptación de la enfermedad y comprobación de la realidad.
Socialización fuera del grupo	Estimulada	No aconsejada
Objetivos	Aceptación de la enfermedad. Mejor adaptación al medio.	Aceptación de la enfermedad. Moderar la reconstrucción de la dinámica de la personalidad.

Tabla 8
COMPARACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS GRUPALES OTORGADOS

4.4.5.1 GRUPO TERAPÉUTICO

La psicoterapia de grupo da al paciente la oportunidad de revivir o corregir, muchas de las experiencias que produjeron distorsiones en los primeros años de vida, y que surgieron en el contexto familiar, enfrentándose a situaciones que crearon rivalidad destructiva entre hermanos, separaciones angustiantes, soledad, mimos excesivos, explotación o cualquier otra situación inadecuada o nociva dentro del grupo, estas conductas suelen modificarse o anularse ante la exposición continua de un grupo estructurado.

Vallejo (2002)⁸ menciona que el objetivo de la terapia de grupo es fomentar la salud mental de sus participantes, por que en ella concurren una serie de factores facilitadores:

1. Se reedita la experiencia familiar originaria de cada componente.
2. El grupo proporciona tranquilidad y protección a sus miembros.
3. El grupo suele facilitar la expresión verbal.
4. El sujeto es consciente de que goza de una oportunidad para reaprender a relacionarse con los demás.
5. Se dan fenómenos de identificación rápidos y complejos que facilitan la comprensión de los demás y de las propias dificultades.
6. El grupo potencia al máximo todas las características personales, tanto las más positivas como las más negativas.

El grupo de terapia propicia que cada uno de los miembros del grupo sirvan como modelos a los otros, el terapeuta ayuda a identificar la parte común de sus experiencias y ayuda a que se entiendan entre sí, algunos pacientes al inicio de su tratamiento grupal suelen estar renuentes a participar, sin embargo, no se les fuerza a hacerlo y se les permite que ellos decidan cuando participar, ya que por la misma dinámica del grupo, se sienten en confianza y deseosos de ser escuchados.

El grupo siempre va a buscar que el terapeuta satisfaga sus necesidades, pone enormes expectativas sobre las posibilidades de ayuda del terapeuta y actúa frente a éste como un niño pequeño frente a su madre, con pasividad esperando que todo lo haga el terapeuta al tiempo, que las funciones intelectuales elevadas parecen perderse y aparecen formas primitivas de funcionamiento mental donde la expectativa de que el terapeuta resuelva los problemas y termine con la angustia, se hace predominante durante la terapia.

⁸ Vallejo, R. J. (2002). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. España: Masson, S. A.

El grupo funciona inconscientemente como una familia, el terapeuta como el progenitor y cada miembro del grupo asume el papel de un hermano en relación con los otros miembros del grupo.

El terapeuta desempeña un papel relativamente pasivo, actuando como una pantalla neutral que lo acoge todo, y en la cual los pacientes pueden proyectar sus ideas y sentimientos, permite un intercambio libre, que anima a los pacientes a responder sin restricciones unos a otros y al terapeuta, cuando es necesario interviene e interpreta, señala al paciente como se comporta en situaciones grupales parecidas a las de su familia, el trabajo, la escuela, la vida social, intelectual, espiritual o cualquier otro grupo que conforme su existencia humana. Este fenómeno da a cada paciente una nueva oportunidad de evaluar su persona y su propia opinión.

ETAPAS DEL GRUPO DE TERAPIA

1. IDENTIDAD. Darse cuenta de cada uno de los otros, esta etapa también contiene una fase de independencia (pseudo-intimidad). En esta etapa cada paciente es independiente de la forma en que es percibido por cada paciente del grupo, incluido el terapeuta.
2. INFLUENCIA. Energía y excitación, ansiedad, resistencia, movilización, bloqueo, se da aquí también la contradependencia. Cada miembro del grupo está consciente de que está siendo influido por todo lo que ocurre en el grupo y que ciertas normas implícitas o explícitas en el grupo hacen difícil conducirse de formas distintas de lo que es aceptado por el grupo. Esta etapa se caracteriza por una influencia autoridad-control, por que las normas están inferidas por la conducta y reflejan el cómo las cosas deben ser.
3. INTIMIDAD. Contacto, acción para completar el ciclo. Esta etapa contiene la independencia. Y consiste en ayudar al grupo a realizar el cierre y dar a conocer al grupo los asuntos inconclusos que no se han enfrentado.

4. CIERRE. Reposo retirada de la energía, reconocimiento de lo que no es posible y apreciación de lo que se ha realizado en el grupo. No importa cual es la duración del grupo éste es siempre temporal y debe pasar por un proceso de cierre, para regresar al mundo real.

BENEFICIOS DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL:

1. Sentimiento de que los miembros del grupo no están solos y que no son los únicos con problemas.
2. El altruismo o sensación de que uno se ayuda a sí mismo ayudando a otros.
3. La identificación, ya que en muchas ocasiones se cambian conductas con el ejemplo exitoso de algún otro miembro.
4. La cohesividad o sensación de aceptación incondicional y de pertenencia.
5. El proceso estimula el desarrollo de la alianza de trabajo entre los miembros para que acepten la ayuda.
6. Favorece a que las vivencias del otro sirvan de espejo de su propia realidad.
7. El grupo estimula la discusión, para encontrar alternativas ante los diferentes problemas que se enfrentan en el diario vivir.
8. Incrementa la autoestima, mediante la aceptación de otros miembros del grupo.
9. Propicia la aceptación de la infección, en menor tiempo.
10. Permite manejar temas asociados a sus vivencias sexuales.

VIVENCIA PERSONAL

Para CAPPSIDA el objetivo primordial de los *GRUPOS TERAPÉUTICOS*, se dirige a facilitar a los participantes las herramientas necesarias para manejar y salir de problemáticas o situaciones particulares tales como depresión, angustia, coraje, culpa, entre otras, por lo que el grupo terapéutico es un espacio que permite la catarsis y objetividad de problemáticas específicas que suelen ser afines entre los integrantes que buscan comprensión, compañerismo y apoyo, en

este tipo de grupo se busca el crecimiento de cada uno de sus integrantes con una nueva perspectiva de vida, todo ello a través de diferentes rubros de intervención psicológica que generan logros entre los participantes.

El pertenecer a grupos terapéuticos puede traer grandes logros a nivel personal y social, sin embargo presenta limitantes en el trabajo individual profundo, ya que el participante deja apertura solo a algunas situaciones de la vida que no generan mayor conflicto, las cuales por lo general suelen estar muy cercanas a la conciencia, todo ello resulta ser muy gratificante para el participante, llegando a comprometerse en su totalidad al grupo, pero en el avance y reconocimiento del si mismo se queda restringido, por ello es recomendable llevar a la par un trabajo terapéutico individual en el que se pueda complementar lo analizado en la terapia grupal, pudiendo lograr así el análisis integral del individuo.

El grupo de terapia inicia el 28 de marzo del 2000, con cinco años de trabajo constante y dos de seguimiento ocasional, 2006 con siete sesiones y 2007 con cinco sesiones, he podido constatar que el grupo ha propiciado el crecimiento integral de cada uno de sus participantes a través de la intervención psicológica grupal y la hermandad que se ha generado entre ellos, factores que han propiciado la permanencia de sus integrantes.

ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL DEL GRUPO

Selección de participantes:

El grupo fue seleccionado desde sus inicios a través de una entrevista inicial, en la que se evaluaba el estado de salud-enfermedad física y emocional de cada participante.

Tamaño:

Uno de los factores que contribuyeron a los resultados del grupo, fue el tamaño del mismo, siendo éste de 10 miembros como máximo, aunque el tamaño del grupo varió en asistencia en los cinco años de terapia y en el que se canceló una

sola sesión por falta de quorum, asistiendo un solo paciente, el grupo osciló entre 3 y 12 participantes en algunas ocasiones.

Frecuencia y duración:

El tiempo y frecuencia de las sesiones fue de una hora y media, una vez a la semana.

Características generales:

Inicialmente se pensó en un grupo heterogéneo, es decir compuesto por hombres y mujeres, portadores del VIH o familiares de portadores, preferencia sexual, edad y nivel socioeconómico variable, pero las experiencias en el grupo de autoapoyo, (abajo descritos) cambiaron los objetivos en la selección de los participantes, siendo entonces un grupo homogéneo portadores del VIH, hombres, preferencia homosexual, nivel socioeconómico medio y con edad oscilante entre 25 a 55 años, apertura en la interacción grupal, equilibrio emocional predominante.

Reglas del grupo:

- Asistir y ser puntual.
- Hablar en primera persona con respeto y cordialidad.
- Respetar el espacio de cada miembro, al momento de compartir.
- Evitar hacer subgrupos que distraigan la comunicación del grupo.
- Eludir cualquier comentario sarcástico que dirija la agresión en el grupo
- Evitar relaciones de pareja.
- Confidencialidad de la información otorgada en el grupo.
- No utilizar información para agredir.
- Evitar en lo posible mantener relaciones fuera de la organización.

Logros terapéuticos:

- Concientización y aceptación de la enfermedad.
- Adherencia a tratamientos médicos y estudios clínicos.

- Cambio de hábitos (sexuales, alimentarios, sueño y descanso, entre otros que pudieran afectar su salud).
- Cohesión, respeto y hermandad entre los participantes.
- Integración a la dinámica familiar
- Cambios de actitud frente a la vida.
- Control y manejo adecuado del estrés generado en su entorno (trabajo, familia, sociedad, amigos, escuela).
- Considerar metas y objetivos a corto, mediano y largo plazo.
- Equilibrio, contención y manejo de emociones.
- Manejo de los cambios físicos asociados a la enfermedad a través de un autoconcepto positivo, basado en la calidad humana.
- Mantener calidad y cantidad de vida.

Consideraciones especiales:

En los momentos que algún paciente solicitaba atención individual para profundizar sobre algún aspecto personal, se le otorga un espacio adicional en el que podía externar su sentir o afecto movilizado a través de la terapia grupal y que no podía o quería compartir en el grupo.

Como dinámica anexa a la terapia de grupo, se realizaban convivios después de la sesión en los cumpleaños de los participantes y en fin de año, fue una actividad adicional con muy buenos resultados para la cohesión y hermandad del grupo, favoreció en el proceso de la terapia, en la intimidad, respeto y confidencialidad de la información, ya que como regla general se prohibía hablar de lo tratado en el consultorio y en caso de que alguien lo hiciera se le señalaba la falta, en los siete años del grupo se ha respetado la regla y la interacción conmigo como terapeuta siempre ha sido de respeto, mi posición en esos convivios es de coordinadora de la actividad, sin mayor comunicación que lo relacionado al momento.

VIVENCIA PERSONAL

En el grupo puede ver como algunos de los participantes revivían experiencias de rivalidad destructiva entre hermanos, recuerdo un paciente de los fundadores del grupo, que frecuentemente se convertía en un filtro para el ingreso de nuevos integrantes, generalmente se iniciaba la sesión presentando al nuevo integrante y posteriormente se presentaban cada uno de los miembros ya pertenecientes al mismo, pero era constante que en el momento de preguntas al “nuevo”, *el catalizador* se encargara de bombardear con preguntas que ocasionalmente se vivían como agresivas, a este comportamiento se sumaban dos o tres integrantes más y el “nuevo” si no podía manejar la situación no se volvía a presentar, señalando que no se había sentido cómodo en la sesión por los compañeros, generalmente los integrantes que pasaban esta prueba o “novatada” permanecían en el grupo a pesar de comentarios de el catalizador, al cual se le hacían los comentarios e interpretaciones asociadas a su actitud, pero él mantenía ese comportamiento, ya que era mejor su ganancia secundaria, al tener menor competencia entre hermanos.

Hubo fuerte competencia conmigo como terapeuta con dos pacientes en diferentes momentos del tratamiento, uno de ellos asociado a mi sexo, al ser un grupo 100% gay, se manifestó una rivalidad al ser yo la única mujer, de la cual afectivamente todos los integrantes, excepto él, buscaban la aceptación y el cariño, a la que todos consideraban y trataban como especial, este paciente durante varias sesiones agredía el sexo femenino, ridiculizaba la imagen de mujer, minimizaba mis intervenciones, interrumpía, entre otras conductas exhibidas, a lo cual los integrantes del grupo intervenían con comentarios desfavorables a su posición hasta el punto de molestarse por su posición, las interpretaciones al respecto fueron encaminadas al conflicto y rivalidad con la mujer, lo cual rechazaba en sus etapas maniacas, pero que eran consideradas en los momentos de depresión, con el tiempo y con el pretexto del aumento de la cuota de las sesiones (20 a 50 pesos) decidió retirarse, tratando de llevarse consigo a otros cuantos sin ningún resultado.

Otro caso de fuerte rivalidad fue reciente con un integrante que desde que llegó, trato de tomar el control del grupo, aparentemente con mayor experiencia en el ambiente (como ellos le llaman) y conocimientos de la vida, también manifestaba fuerte conflicto con la mujer como autoridad, su posición ante el grupo era ganar el afecto y reconocimiento de los integrantes y trataba de minimizar mis intervenciones o anularlas con sus comentarios, pero el aprecio que había ganado en el grupo, no lo ubicaban como alguien valorable, con el tiempo y con varias interpretaciones de mi parte que para él fueron funcionales, se ubicó en su posición de integrante, respetó el curso de la terapia y las intervenciones de los integrantes, así como con mis comentarios e interpretaciones.

En otra línea se manifestaron algunas situaciones de rivalidad entre los miembros por mi afecto o reconocimiento, siempre señalando que había cierta predilección de mi parte por algún integrante, un caso muy marcado fue el de un integrante al inicio del proceso, al cual de manera reiterada se le atacaba con comentarios ácidos o burlas, mi posición siempre era hacer consciente la agresión, fortalecer el yo del agredido brindándole herramientas, en fin tratar de contener situaciones de desajuste en el grupo, ante lo que mencionaban que lo defendía porque era mi consentido, estos comentarios por parte de un integrante generaba más enojo y rivalidad, y por ende agresión al compañero, se continuó trabajando en esta línea hasta que por cuestiones de trabajo cambió de residencia y abandonó el grupo, cabe señalar que esta situación hasta la fecha se sigue comentando. Y así como este suceso, se presentaron varias situaciones de rivalidad, pero con menor carga afectiva.

Durante el proceso del grupo se vivió el deceso de dos integrantes, uno de ellos no fue sorpresa por las condiciones de salud en las que llegó el paciente, sin embargo en el poco tiempo que estuvo con nosotros se ganó un lugar muy especial, el duelo fue difícil porque culpaban a su familia del deceso, pues vivía en una familia sobreprotectora que no permitió el avance y readaptación del paciente

a la vida cotidiana; sin embargo el proceso de su enfermedad no nos ayudó a darle un mejor apoyo, ya que su asistencia no era constante, se dio contención de las emociones, el enojo y confrontación con su propia muerte, del otro caso se hablará más adelante.

En otra línea, a pesar de haber hablado de la importancia de respetar las reglas hubo la ruptura de algunos lineamientos de importancia que repercutieron negativamente en la dinámica del grupo, una de ellas fue el que los integrantes del grupo ocasionalmente se veían fuera de la institución y en algunas ocasiones riñas asociadas al alcoholismo o a problemas con terceros terminaban en discusión, estos hechos evidentemente repercutían en problemas en la dinámica del grupo, lo que hacía que se tomara mucho tiempo para solucionar los problemas generados afuera, así mismo repercutió en la apertura de la información e intimidad de los integrantes.

Otra regla que se rompió fue el evitar relaciones de pareja, situación hablada desde el inicio del tratamiento de cada integrante, en el grupo se formaron dos parejas, el convenio inicial fue que si se llegaba a formar una relación de pareja, uno de los integrantes tenía que dejar el grupo y éste sería el que tenía menos tiempo en el mismo, así sucedió con la primer pareja, se respetó la regla y se continuó en la dinámica.

Cuando se dio la segunda relación de pareja, el grupo trató de ocultarlo y lo hizo durante tres sesiones, casi un mes, pero la complicidad no duró más ya que empezaban comentarios al aire y miradas extrañas a lo que externé la situación y ellos aceptaron, al ver que la cohesión del grupo era buena se puso en discusión la permanencia de los miembros de la pareja, se aclararon las ventajas y desventajas del hecho y repercusiones en la terapia de grupo, todos aceptaron la permanencia de ambos en el grupo, al inicio no hubo problema alguno, pero conforme pasó el tiempo se mostraban algunos integrantes molestos, ya que había un lazo especial entre los “hermanos”, la misma situación e incomodidad de

la pareja hizo que el miembro más reciente dejara de asistir al grupo con cualquier pretexto, ya que a la par la relación de pareja estaba concluyendo.

Esta situación fue muy especial ya que este paciente, falleció al año de concluida la relación y el hecho causó gran conmoción en los integrantes, ya que a pesar de saber que se encontraba con problemas graves de salud, no se esperaba el deceso y menos al poco tiempo de haber convivido con él, la elaboración del duelo del grupo llevó varias sesiones y en el caso de la expareja se habló de manera simultánea en terapia individual, ya que su duelo repercutía en el estado de ánimo de todos los integrantes.

Finalmente, cabe señalar que durante todo el proceso de la terapia hubo algunas molestias o enojos de los participantes conmigo, pero ninguno de ellos se quedó en el aire, todos fueron tratados a nivel grupal y en los casos que fueron necesarios a nivel individual, cabe señalar uno de ellos, un miembro del grupo con características especiales (hemiplegia y problemas en la comunicación), lo cual generaba un trato especial por parte de sus compañeros, pero no de mi parte, inicialmente se le felicitaba por su capacidad y deseos de seguir adelante a pesar de las dificultades, pero con el tiempo el paciente mantenía esa misma posición, casualmente en el grupo había un médico que tuvo el mismo problema y estaba totalmente restablecido, solo con pequeñas secuelas casi imperceptibles, éste último lo conocía de tiempo y le sugería seguir con su tratamiento y le recomendaba ejercicios y terapias de rehabilitación, con el tiempo nos percatamos que no quería avanzar, que no asistía a sus terapias físicas y mucho menos hacía sus ejercicios en casa, evidentemente tenía ganancias secundarias al mantenerse así ya que buscaba ser el centro de atención en dondequiera que se parara, así como le ocurría con su familia, estas situaciones se hablaban con él, tanto en el grupo por parte de sus compañeros, como conmigo en sesiones individuales, el resultado de ello fue enojo total, cualquier comentario que se hacía al respecto o en relación a su elección de pareja eran temas intocables para él, con el tiempo no toleró más y decidió literalmente “mandarme a volar”, ya que en una llamada que

le hice para preguntar por sus inasistencias me agredió y dijo que era una persona con la que él no quería tratar jamás, entre otros comentarios. Los miembros del grupo supieron de la situación y desaprobaban totalmente su comportamiento, yo de alguna manera sabía que regresaría por que conocía su dinámica de vida, en la cual el grupo y ese espacio de tiempo era muy importante para él, así fue y unos meses después empezó a comunicarse con los compañeros para que le sirvieran de intermediarios conmigo y le permitiera regresar al grupo, de la misma manera le hice llegar el mensaje que podía presentarse previa plática a nivel individual, él accedió y se habló del tema, se le interpretó el enojo y se le indicó que estaba en una terapia de grupo, no en grupo social donde podía ser apapachado, se habló del significado de la terapia de grupo, sus objetivos y alcances si él lo permitía, y fue así como se reincorporó al grupo aceptando mi posición como terapeuta.

Cierre del grupo:

De manera oficial se hizo en diciembre del 2005, sin embargo por la fuerte relación que existía entre los participantes, sentimientos de abandono, angustias de separación, enojo, entre otros, decidí dar seguimiento a los casos y propiciar la reunión de los integrantes, durante el 2006 se convocó a siete sesiones y en año en curso se contemplaron cinco sesiones, esta actividad ha favorecido al cierre del grupo.

4.4.5.2 GRUPO DE AUTOAPOYO

Este espacio es el que mayor se difunde en la sociedad actual y surge por la necesidad de diferentes grupos de personas, que están en la búsqueda de compartir emociones y sentimientos asociados a situaciones o problemáticas específicas como lo es ante casos de adicciones o problemas de salud, mismos que son afines en los integrantes del grupo, ejemplo de ello son los grupos de AA, Neuróticos Anónimos, Grupos Religiosos, entre otros. La técnica y las reglas son variables dependiendo el objetivo particular del grupo, así como de sus necesidades.

Cabe señalar que para realizar la elección de grupo de autoapoyo es conveniente revisar la estructura y dinámica del mismo, ya que en la actualidad la apertura de diversos grupos sin profesionalismo y compromiso real, se ha diseminado, llegando a perjudicar la imagen de estos servicios ya que se dirige a los solicitantes a objetivos diferentes al motivo de consulta y necesidad real del participante o paciente, como lugares de encuentro o ligue.

Por lo anterior es conveniente mencionar que el grupo de autoapoyo formal y profesional, reduce los sentimientos de aislamiento y soledad, proporciona espacios donde los asistentes intercambian y resuelven problemas ante una amplia gama de puntos de vista, en estos grupos, suele moderar un profesional experto en dinámica de grupos o un paciente con experiencia.

Para el paciente que participa en el grupo de autoapoyo el sólo hecho de verbalizar aspectos íntimos (catarsis emocional), de los que suele sentirse avergonzado, o temeroso le ayuda a desarrollar actitudes más constructivas hacia éstos, los efectos benéficos se deben a la liberación de los sentimientos y emociones acumuladas y la revalorización objetiva de estos elementos internos y dolorosos, los cuales son sujetos a la apreciación respetuosa y sin crítica de los que escuchan.

Para CAPPSIDA el objetivo de los *GRUPOS DE AUTOAPOYO*, es brindar un espacio de interacción entre personas que viven con VIH/SIDA, así como familiares, parejas o amigos que buscan apoyo, comprensión y compañerismo para enfrentar situaciones afines, todo ello con el apoyo del facilitador, líder o coordinador que desempeña una figura de autoridad y compañerismo, generando un ambiente de respeto y cordialidad entre los asistentes, durante un periodo de la enfermedad, que resulta en confusión o descomposición, siendo su objeto principal la restauración o el refuerzo de las defensas y de las capacidades integradoras que han resultado dañadas, permite confrontar información,

desarticular miedos, reestructurar creencias irracionales, favorece el aprendizaje de comportamientos de riesgo en situaciones específicas y propicia la adquisición de habilidades sociales.

VIVENCIA PERSONAL

De manera personal prefiero participar en grupos de terapia en lugar de grupos de autoapoyo, ya que considero que los logros que se obtienen en este último son parciales y en mi posición de psicóloga me es difícil participar como facilitadora o coordinadora únicamente, ya que cuando la profesión se convierte en parte de la vida, la intervención a nivel psicológico se da de manera automática, al momento de estar frente a un grupo.

Sin embargo creo conveniente hacer mención de mi experiencia como coordinadora de grupo de autoapoyo, el incorporar el servicio no fue una de mis propuestas, sino que salió de un compañero en la organización que vive con VIH desde hace más de 15 años, con amplia experiencia en el tema, con profesión de abogado, pero con amplio sentido de responsabilidad y deseos de ayudar a otros, él inicia el grupo de autoapoyo en 1999, una vez a la semana y con una duración de 2 horas, no había selección, ni entrevista inicial alguna, a todo el que deseaba y quería participar se le abría la puerta, independientemente de su estado de salud físico y mental, había hombres, mujeres, familiares, la edad oscilaba de 25 a 55 años, su nivel socioeconómico y preferencia sexual era variable, estos factores hicieron que las sesiones tuvieran sus complicaciones, sin dejar de lado que el coordinador en ese momento al ser portador pasaba por un periodo de inestabilidad física y emocional, a lo que me pidió ayuda para continuar con el trabajo que él realizaba, yo accedo a darle continuidad y él decide pasar de coordinador a participante.

Esta situación hizo que mi recibimiento se tomara con reservas por parte de los miembros, pero aún así hubo apertura a mi coordinación, desde el momento que tomé la dirección del grupo, visualicé posibles conflictos, que poco a poco fui

comprobando, entre los más representativos fueron el mezclar grupos de hombres con mujeres y la preferencia sexual variada, esto hacía que el conflicto de sexos se manifestara con frecuencia y que aunque había respeto a comentarios, muchas veces se sentían agredidos unos u otros, hubo un caso en especial de una mujer enojada aún con su marido por infidelidad, manifestaba su sentir y los compañeros varones justificaban su acción, evidentemente este tipo de situaciones no permitían la elaboración y aceptación de la infección y mucho menos la apertura de otros aspectos en diferente momento. Otro aspecto fue asociado a la preferencia sexual en la que los varones heterosexuales se incomodaban con los comentarios de los homosexuales, manifestándose comentarios homofóbicos y por ende conflictos entre los participantes, estos solo son dos de las dificultades encontradas en el grupo de autoapoyo, sin dejar de lado las vivencias de familiares y amigos que también pertenecían al grupo o el estado físico o emocional que repercutía grandemente en los resultados y dirección de la sesión.

Por todos estos aspectos decido cerrar el grupo de autoapoyo a los seis meses de coordinarlo y resuelvo abrir el grupo de terapia con lineamientos específicos, diferentes a los encontrados con esta experiencia.

Con esto no quiero decir que el grupo de autoapoyo no sea efectivo, sino que simplemente mi experiencia profesional me encamina al trabajo terapéutico en grupos y es por eso que la conformación de grupos de autoapoyo en CAPPSIDA son supervisados por mi, ya que pertenece al área de salud mental y son coordinados por facilitadores con experiencia en VIH/SIDA y dinámica de grupos.

Finalmente y con respecto a el trabajo grupal en la institución, tanto con grupos terapéuticos como con grupos de autoapoyo en etapas iniciales del proceso, la educación y capacitación se han considerado como parte integral del programa y tratamiento del grupo, pues se invita a especialistas en el área para que otorgue diversas conferencias acerca de temas de interés asociados a la enfermedad,

para así aclarar sus dudas y mantenerlos informados en lo relacionado a la pandemia.

Posteriormente para mantenerlos actualizados en el tema, la enseñanza se otorga a través de talleres, cursos o conferencias impartidas en la organización, por especialistas y expertos en los diferentes temas, pero en espacios y tiempos diferentes al especificado para los grupos.

En los casos que se requiere y a petición del paciente, se otorga enseñanza individualizada, ya sea apoyándole con la información que se cuenta o canalizándolo con algún otro especialista de la organización. Otra alternativa de gran valor ha sido a través de material escrito especializado, donde publicaciones científicas proporcionan información y brindan tranquilidad al paciente.

Antes de concluir este tema, cabe señalar que no es lo mismo recibir ayuda profesional individual o grupal, que brindar el acompañamiento o apoyo que ofrece un grupo de personas que viven con VIH. Cada uno tiene su función en un momento determinado, como se señaló anteriormente, lo importante es ubicar las necesidades que tiene el solicitante del servicio para recibir la atención adecuada. Las anteriores intervenciones se ofrecen como parte de un proceso de atención integral a los pacientes de la organización, con el objetivo de contrarrestar el impacto emocional, adherirlos al tratamiento, reactivar sus proyectos de vida y contribuir a mantener por el mayor tiempo posible su condición de portadores asintomáticos y propiciar así una Atención Integral por una Esperanza de Vida.

4.5 PROPUESTA EN ATENCIÓN CLÍNICA:

En mi experiencia laboral en una Institución No Gubernamental con trabajo en VIH/SIDA puedo sugerir a profesionales del área, diez puntos que he implementado en mi actividad y que han sido funcionales en mi labor terapéutica a nivel individual con personas portadoras:

PROCEDIMIENTO PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	
Duración:	Abierto dependiendo enfoque clínico
Frecuencia	45 minutos una vez a la semana
Actividades:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención Integral 2. Colaboración Asesoría Pre-prueba y Post-prueba. 3. Información Clínica Previa 4. Intervención Clínica Inicial 5. Tratamiento Psicológico Individual 6. Enlace Psico-social 7. Tratamiento Psicológico Grupal 8. Independencia terapéutica 9. Alta del paciente 10. Seguimiento Clínico 	

Tabla 9
PROPUESTA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA INDIVIDUAL

1. Atención Integral: Colaboración y comunicación directa con todos los profesionales de salud asociados a la atención de las personas que viven con VIH/SIDA que pueden otorgar información adicional del estado de salud-enfermedad del paciente, como resultados clínicos, infecciones oportunistas, redes sociales de apoyo (familia, amigos, pareja), adherencia a tratamiento médico, situación socioeconómica, entre otros, en caso de

contar con esta alternativa solicitar la información escrita al paciente y hablar sobre los temas asociados.

2. Colaboración Asesoría Pre-prueba y Post-prueba: Ya que en algunas ocasiones la actividad de Asesoría pre y post-prueba queda a cargo de otros profesionales de salud, es conveniente solicitar a los asesores la canalización directa e inmediata al área de psicología al momento de la entrega de resultado del paciente, ya sean casos de pacientes portadores o pacientes positivos potenciales (por mantener conductas de riesgo),
3. Información Clínica Previa: Previo a la intervención revisar entrevista realizada en Asesoría Pre y Post-prueba por parte del especialista, si es de trabajo institucional, de no ser así, evaluar los aspectos considerados en el instrumento de Asesoría Pre y Post-prueba, para evaluar el impacto emocional de la noticia.
4. Intervención Clínica Inicial: Evaluar psicodinamia al momento de la sesión, brindar intervención en crisis, si es necesario, ofrecer información específica al caso si aún carece de ella, resolver dudas, otorgar contención y apoyo a la problemática expuesta consciente e inconscientemente, cerrar sesión con el panorama general de la problemática, posibles reacciones con base en la historia personal y riesgos de un manejo inadecuado de la aceptación de la enfermedad, para así ofrecer un tratamiento psicológico asociado al caso en particular y dar seguimiento al caso. En caso de rechazar la atención, brindar alternativas para un manejo adecuado de la enfermedad considerando sus áreas fuertes.
5. Tratamiento Psicológico Individual: Fortalecer el YO ante la enfermedad, basado en los mecanismos previamente expuestos en la pagina 16.
6. Enlace Psicosocial: Posterior al fortalecimiento del Yo, y para evitar desajustes familiares en caso de no saberlo, buscar el momento y espacio adecuado para propiciar la comunicación asociada al VIH con su red social cercana, ya que contribuirá favorablemente en el desarrollo de la enfermedad.

7. Tratamiento Psicológico Grupal: A la par del tratamiento individual se sugiere el trabajo en grupo por parte de otro terapeuta o coordinador, para evitar truncar el desarrollo y trabajo individual, el grupo apoyará al paciente a sentirse comprendido y acompañado en el proceso de la enfermedad, no sintiéndose único con el padecimiento. Este trabajo se sugiere especialmente para aquellos pacientes que carecen de redes sociales de apoyo. Ante el trabajo de ambos tratamientos, se sugiere abrir el proceso grupal en la terapia individual en caso de que el paciente no comente, para evaluar progreso y afectos asociados a la experiencia, ya que de no ser coordinado adecuadamente puede ser contraproducente para el propio desarrollo de la enfermedad, como el abandono al tratamiento médico porque le ha funcionado a algún compañero, para evitar cualquier situación asociada a ello, si es posible recomendar algún grupo profesional, puede ser más efectivo.
8. Independencia terapéutica: Por las características de la enfermedad y en sí cualquier enfermedad, que favorece a la regresión y por ende dependencia a una figura de autoridad generalmente cálida, se recomienda propiciar la independencia de los pacientes sesión a sesión, otorgándoles las herramientas necesarias para su autonomía. El grupo de terapia apoya en esta labor por ello reafirmo la incorporación del paciente.
9. Alta del paciente: Ya habiendo resuelto gran parte de los conflictos sin resolver previamente en su historia personal y propiciando la aceptación de la enfermedad, se recomienda hacer un cierre tocando los logros terapéuticos, las áreas por resolver pero con habilidades para hacerlo y los posibles puntos ciegos (autoanálisis del terapeuta a la par) que pueden ser tratados en otro momento o en autorreflexión por parte del paciente.
10. Seguimiento clínico: Se recomienda dar seguimiento telefónico ocasional al caso una vez al año como mínimo y no más de dos para evaluar el estado de salud-enfermedad, adherencia a tratamiento médico y estado emocional prevaleciente, en caso necesario (riesgo de salud) se puede citar al

paciente persona-persona y dar una intervención integral que propicie la contención indispensable al caso.

En mi experiencia como terapeuta grupal puedo sugerir doce puntos en el programa de intervención:

PROCEDIMIENTO PSICOTERAPIA GRUPAL	
Duración:	2 años mínimo dependiendo enfoque
Frecuencia	1.30 minutos a 2 horas una vez a la semana
Actividades:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer lineamientos generales 2. Valoración inicial 3. Selección de participantes y convocatoria a sesión inicial. 4. Presentación de participantes del grupo. 5. Micro Taller 6. Inicio de sesiones terapéuticas 7. Apoyo y asesoría individual 8. Cierre de sesión: Frase positiva 9. Cierre del grupo terapéutico 10. Eventos y festejos (opcional) 11. Cierre del grupo 12. Seguimiento Clínico 	

Tabla 10
PROPUESTA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL

1. Establecer lineamientos generales y características de la población que conformará el grupo (número de integrantes, edad, sexo, preferencia sexual, historia personal, estado de salud-enfermedad, entre otras).

2. Valoración inicial: El objetivo principal es seleccionar a los participantes del grupo con base en los lineamientos del mismo. Muchas veces los pacientes evaden una terapia individual y prefieren enfrentarse a un grupo de autoapoyo o una terapia grupal, por diferentes particularidades, por ello es conveniente valorar y en caso de ser necesario sugerir la intervención individual para logros personales, así mismo en la entrevista se sugiere detectar cuáles son las expectativas del grupo conscientes e inconscientes, ya que muchas veces más que terapia buscan espacios de ligue, ante ello es conveniente mencionarlo y tratarlo previo a la aceptación.
3. Selección de participantes del grupo y convocatoria a sesión inicial.
4. Presentación de participantes del grupo: Seleccionar una dinámica grupal para poder conocer aquella información que se requiere de los participantes y romper el hielo, establecer lineamientos internos y externos.
5. Brindar un micro taller de dos o tres sesiones con temas de interés relacionados con la enfermedad, para así partir el grupo terapéutico con la misma información.
6. Primer sesión de terapia grupal formalmente: Explicar dinámica del grupo de terapia: Seguramente en las primeras sesiones se tenga que dirigir la intervención a través de preguntas, pero conforme pasa el tiempo existirá la confianza necesaria para que ellos inicien la sesión, es conveniente dar espacio a cada participante, en primeras sesiones monitorear tiempos entre 5 a 10 minutos por cada intervención dependiendo el número de participantes.
7. Apoyo y asesoría individual: Interpretar siempre que sea necesario la actitud o comportamiento del grupo en lo general y en lo particular, si es necesario ahondar en la intervención con algún integrante informárselo al terminar la sesión. Al respecto, cabe señalar que es conveniente siempre cuidar la integridad e intimidad del paciente en lo individual por lo que las particularidades son convenientes tratarlas al final de la sesión.
8. Cierre de sesión con frase positiva: Siempre es conveniente por las características de la enfermedad y dinámica del propio grupo, cerrar con

una palabra positiva o de aprendizaje en el curso de la sesión, por parte de cada integrante del grupo y el terapeuta.

9. Cierre terapéutico: Se sugiere que el terapeuta previo a concluir la sesión, devuelva el aprendizaje grupal, ya que permite o facilita la introyección de la experiencia.
10. Eventos y festejos: Favoreciendo la cohesión y confianza que se llega a dar en el grupo y para minimizar en lo posible la consecución de la relación fuera del espacio terapéutico, se sugiere realizar uno o dos eventos sociales en el mismo espacio u otro espacio del mismo centro o institución pero con la finalidad de convivir en otra línea, el manejo del terapeuta en esta actividad es totalmente neutral, sin propiciar o permitir el que se hable de situaciones tratadas en la consulta. Evite relaciones cercanas que repercutan en el tratamiento.
11. Cierre del grupo: Con una duración de aproximadamente dos años, es conveniente concluir el tratamiento grupal, informando a los asistentes de los logros grupales e individuales y de las limitaciones del mismo.
12. Seguimiento clínico: Se recomienda dar seguimiento telefónico ocasional a cada integrante del grupo una vez al año como mínimo y no más de dos para evaluar el estado de salud-enfermedad, adherencia a tratamiento médico y estado emocional prevaleciente.

Todas ellas son sólo algunas de las actividades que he podido desempeñar en mi labor como psicóloga y que espero contribuyan a la confianza de futuras generaciones como profesionales de la salud, las herramientas se tienen al momento de egresar, el campo de acción está abierto y la experiencia es cuestión de tiempo.

CONCLUSIONES

La realización de la presente investigación, me permitió recapitular mi formación, ejercicio y experiencia profesional en el área de la salud-sexual, donde los conocimientos otorgados en la universidad se hicieron presentes, materias como psicología clínica, aplicada y social, han contribuido en las diferentes funciones que he desempeñado como psicóloga.

Desde el momento de egresar y gracias al perfil que otorga la institución, puede incorporarme en el ámbito laboral sin mayor problema, en el último año de la carrera y buscando fortalecer mis conocimientos en el área clínica, me incorporé a SAPTEL y APSIDE programas de atención psicológica por parte de la Cruz Roja Mexicana, el programa no solo apoyaba a la población en general ante una situación de riesgo o crisis, sino que a los voluntarios del servicio, nos brindaba capacitación y asesoría personalizada en la atención psicológica, al momento de ingresar se nos dió la oportunidad de elegir la orientación o enfoque clínico para la atención, así como a los especialistas que otorgarían las bases necesarias para nuestro adecuado desempeño, y es a través del panorama general que se nos otorga en la Universidad que conozco y decido elegir al psicoanálisis como enfoque psicológico, en la atención.

Con la invitación de mi asesora clínica a participar en la organización CAPPSIDA como psicóloga en la atención directa de portadores del VIH, me enfrentó a que la elección del enfoque psicoanalítico para la intervención con pacientes seropositivos, puede resultar inadecuado para muchos profesionales en salud mental y médicos especialistas en VIH, ya que el objetivo de éstos es mantener con vida al paciente, no importando los mecanismos para lograrlo y ante lo que generalmente se sugiere tratamientos con dinámicas directivas, en las que se le indica al paciente lo que debe o no debe hacer, estos son los argumentos que

otorgan especialistas en el área como Arranz, P. y Carrillo (1991)¹, donde señala que el objetivo primordial de “la intervención psicológica consiste en mitigar las duras implicaciones psicosociales que conllevan a esta enfermedad para poder sobrellevarla”, y donde su finalidad es acorde a lo que espera el paciente en lo concreto y consciente, pero los cambios psicodinámicos no se dan de raíz, lo que enfrenta al paciente a posibles recaídas a mediano o largo plazo en cuanto a su autocuidado (adherencia a medicamentos, conductas sexuales de riesgo con posibilidad de infección a otros o reinfección, adicciones, alimentación, sueño, estrés, entre otras), esta aseveración está basada en mi experiencia y los logros terapéuticos que he podido obtener con la utilización de este enfoque.

La confrontación de argumentos con respecto al VIH/SIDA y su atención, es muy variada ya que basada en la experiencia de cada especialista es la aseveración, por otro lado me encontré con autores que señalan que la respuesta al diagnóstico de VIH, es común a otras enfermedades graves como esclerosis o cáncer, como lo indican Modesto, J., Aguilera, A. y Avery, A. (1994)², y ante lo cual puedo comentar que no es de esta manera, ya que el VIH no está asociado únicamente al estado de salud-enfermedad, sino que trae como conflicto adicional, el impacto económico y psico-social el cual repercute e influye 100% en su estado de salud. En el trabajo clínico se puede apreciar en un alto porcentaje, que los pacientes tienden a buscar enfermedades socialmente aceptadas como el cáncer, para notificar y reportar en su ámbito laboral o familiar, lo cual prefieren antes de mencionar el SIDA, con estas falsas confesiones evitan el ser rechazados y señalados en los círculos en los que se desenvuelven.

La respuesta social ante el cáncer o paciente oncológico es de una enfermedad que genera un sentimiento de pena y dolor por la desgracia o sufrimiento del afectado (conmiseración), discursos de “cómo... pobrecito tiene cáncer se va a

¹ Arranz, P. y Carrillo (1991). Intervención psicológica en enfermos de SIDA, familiares y personal sanitario. Publicación oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA. Vol. 2 Num. 3. Marzo.

² Modesto, J., Aguilera, A. y Avery, A. (1994). Aspectos psiquiátricos y sociales del SIDA. Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina. 40 (2), 71-103

morir” es lo no dicho, pero queda implícito en su relación con el afectado llegando a proyectarse en toda su familia, aparecen miradas o dichos que el paciente y su familia rápidamente captan, se les trata como si fuera la última vez que se les viera o en el peor de los casos como si ya se hubiese muerto.

Mientras que ante los casos de pacientes que notifican VIH o SIDA, las reacciones son totalmente opuestas, ya que la noticia se convierte en un fuerte impacto social o familiar, por que aún al día de hoy, se habla de homosexualidad, promiscuidad o se habla de su proceder sexual “riesgoso”, y ante lo cual es mejor dejarlo en incógnita, por que de ello depende el apoyo que se le ofrecerá. Ésta, es solo una de las causas principales que propicia que los pacientes oculten su estado de salud general o por el contrario informen de otro padecimiento socialmente aceptado, con el cual obtengan el beneficio de la atención con amor.

Otro aspecto a considerar por cualquier especialista es lo que mencionan Maldonado y Fernández³ donde indican la importancia de realizar un examen minucioso de los pacientes portadores a través de la historia clínica y el examen neuropsicológico, ya que nos podemos enfrentar a diferentes trastornos o desórdenes neuropsiquiátricos que pueden interferir en el proceso adecuado del tratamiento, considerando el mismo punto en CAPPSIDA nos hemos encargado de hacer un diagnóstico integral de los pacientes, en todas las áreas de atención (médica, psicológica y odontológica), con la finalidad de descartar cualquier afección que repercuta en el adecuado progreso del paciente.

En aspectos específicos del área psicológica Miller, Weber y Green (1989)⁴ entre otros autores⁵ mencionan que la depresión se manifiesta en tres tipos de respuesta; somático, cognoscitivo y conductual para enfermos con SIDA y ante lo cual es importante considerar las tres variantes, ya que podemos percibir

³ Maldonado, J. L. y Fernández F. (SF). Trastornos psiquiátricos asociados con el VIH/SIDA . Interamerican Collage of Physicians and Surgenos (ICPS). Estados Unidos.

⁴ Miller, D., Weber, J. y Green, J. (1989). Atención a pacientes de SIDA. México: Manual Moderno.

⁵ Depresión y VIH. AIDSMEDS http://www.aidsmeds.com/articles/Depresion_7661.shtml

únicamente una de ellas en el tratamiento y descartar la problemática de depresión a largo o mediano plazo, lo que puede ser contraproducente para la enfermedad. Por ello y en caso de detectar la problemática, es importante trabajar multidisciplinariamente con el médico y psiquiatra para administrar el tratamiento farmacológico pertinente, aspectos como la suspensión de tratamientos, insomnio, ruptura de relaciones de pareja, pérdidas de peso, trabajo o familiares son de los acontecimientos más significativos que he podido detectar y que afectan de manera integral su estado de salud, reflejándose de manera inmediata en sus estudios clínicos, y en algunos casos propiciando el avance del VIH a fase de SIDA, lo cual puede ser muy riesgoso para la vida del paciente.

A lo largo de mi experiencia con las personas que viven con VIH he podido detectar las diferentes fases psicológicas por las que pasa el portador, que aunque igual que en cualquier enfermedad crónica o terminal, suelen presentarse sus variantes asociadas al factor sexual, al respecto comparto los comentarios expuestos por mi asesora clínica Sálame (1996)⁶ quien menciona que la negación, pacto, ira, depresión y aceptación, forman parte del proceso que suelen pasar las personas portadoras, que aunque son vividas de manera diferente por cada uno, y que tienen una intensidad y duración variables, es importante detectarlas para apoyar al paciente a pasar cada una de ellas y evitar que se quede en esa etapa por tiempos prolongados, puesto que suelen ser contraproducentes al estado de salud general.

En otra línea y buscando exponer mi experiencia laboral, es conveniente mencionar que el principal objetivo de mi vida profesional al elegir participar en una institución no gubernamental que trabaja con personas que viven con VIH/SIDA, es contribuir en brindarles una esperanza de vida, como nuestro lema lo señala, es otorgar atención integral que propicie mayor cantidad y calidad de vida, es dirigir al paciente a su bienestar físico, mental-emocional y social, en

⁶ Salame, E. (1996) Importancia de la psicoterapia en personas que viven con VIH/SIDA. México: CONASIDA. SIDA/ETS. Vol. 2 No. 2

conclusión, es colaborar en todos aquellos aspectos relacionados con su salud integral, los factores físicos dirigiendo al paciente a su atención médica general y los factores psicológicos y sociales, a través de la psicoterapia individual y/o grupal.

Sin lugar a dudas, la labor psicosocial del terapeuta inicia desde el momento de la notificación de una enfermedad que pone en peligro la integridad física, ya que representa un impacto a la estabilidad emocional de cualquier ser humano, entre algunos factores externos como la estigmatización y marginación social, situación que viven los afectados aún en nuestros días, todo ello propicia que el desequilibrio emocional provocado sea mayor, independientemente de su historia personal, edad, sexo, religión, características de personalidad, antecedentes culturales, entre otros y varía durante todo el proceso de la enfermedad.

Por ello, la intervención psicológica integral en cualquiera de sus modalidades, se ha convertido con el paso de los años, en una herramienta eficaz en la calidad y cantidad de vida de cualquier enfermo crónico y en especial el VIH/SIDA, los avances en diversas áreas y en el caso de mi profesión la aceptación y reconocimiento de los grupos médicos, ha sido uno de los mayores logros de esta disciplina.

Pero el aprendizaje no queda aquí, día a día nuevas propuestas de investigación han surgido, donde la prioridad en áreas de la salud mental es vital, ya que especialidades médicas señalan que la relación entre el sistema inmune y la conducta genera cambios significativos en el avance o retroceso de la enfermedad, para lo cual se habla de psicoimmunología, ciencia ubicada entre la psiquiatría y las neurociencias y que se ha encargado de estudiar diversos factores que influyen directamente con el sistema inmunológico como lo son el estrés, enfermedades afectivas (depresión, psicosis) y donde proteínas como la citocina producidas por el sistema inmune se activan y producen cambios bruscos

en la conducta, como fatiga, fiebre, sueño, anorexia, entre otros y por ende repercute en el progreso de la enfermedad.

Es por ello, que el psicólogo clínico brindará la atención necesaria para evitar que el sistema inmunológico se desestabilice a corto o mediano plazo provocando la presencia de infecciones oportunistas, que lo llevarán al deceso.

En mi experiencia y para poder brindar este tipo de atención, siempre he considerado no desligar ningún área y en la interrelación sugiero algunas recomendaciones para el personal de salud *encargado de algún caso de VIH/SIDA*, independientemente del área de salud a la que pertenezca:

1. Intercambiar información sobre la infección de VIH.
2. Mantener comunicación abierta, constante y profesional entre las áreas de salud involucradas en la atención.
3. Dar la oportunidad para que el paciente exprese su miedo, enojo y agresión, en un medio ambiente seguro.
4. Ser sensibles al dolor y entender las pérdidas del paciente tanto internas como externas.
5. Investigar posibles sentimientos de culpa o desadaptación emocional y en casos de detectarlo canalizarlo a las áreas pertinentes
6. Investigar la presencia de mecanismos que permitan continuar con las conductas de riesgo y buscar estrategias para eliminarlos.
7. Involucrar a alguna persona de su círculo cercano que forma parte de su red de apoyo social.
8. Estimular al paciente para que mantenga una buena calidad de vida.

Así mismo sugiero estas *recomendaciones a profesionales de mi área de estudio*, las cuales he podido constatar una a una personalmente y me han permitido otorgar una mejor atención.

- Asistir a terapia psicológica (personal y didáctica) ya que el profesional se enfrenta a los tres grandes temas en la vida: VIDA-MUERTE-SEXUALIDAD.
- Reconocer las emociones (miedo, angustia, impotencia) que surgen frente al trabajo y los pacientes.
- Cuidar de no caer en extremos de frialdad o excesiva calidez
- Supervisar los casos con expertos en el área.
- Mostrar optimismo a los pacientes, ante el VIH/SIDA, sin generar falsas expectativas.
- Evitar emitir juicios, sentimientos de rechazo o intolerancia contra las personas afectadas.
- Reconocer el límite y las posibilidades de nuestras capacidades y recursos, así como del lugar donde trabaja.
- Evite mecanizar su trabajo y permitir el aplanamiento emocional.
- Cuide la relación transferencial (repetición de vivencias del paciente con personas del pasado y con personas de la actualidad) y contratransferencial (reacciones inconscientes del especialista frente al paciente).
- Actualizarse en los conocimientos relativos a la Sexualidad y VIH.

El VIH/SIDA como se conoce hoy es una pandemia con amplias implicaciones en todas las áreas de vida del ser humano, esto hace que la lucha contra el SIDA sea complicada, sin embargo mi participación como parte de la población civil interesada en la solución del problema es totalmente activa con nuevas propuestas en la atención profesional de los portadores.

Durante mi camino en mi vida profesional, he podido trabajar en diferentes instituciones, centros educativos, centros de atención psicológica y consulta privada, pero nada me ha dado más satisfacción, como mi labor a favor de la vida tanto con portadores como con personas "sanas".

El percatarme que con una sesión semanal de 45 ó 50 minutos, en un periodo de seis meses, más o menos dependiendo el caso, puedo contribuir a que el paciente se sienta con vida, no muerto en vida, estable física y biológicamente, escuchado, comprendido, con ganas de seguir adelante, sin temores y ansiedad entre otros; el poder ver a pacientes que pasan de ser pacientes con diagnóstico de SIDA (por sus resultados en CV y CD4), a ser portadores asintomáticos e indetectables, es una gratificación tan grande que hace que me mantenga en esta labor.

Mientras que en la atención con no portadores, me fortalece el saber que contribuyó con algo a mejorar las actitudes o comportamientos del ser humano de hoy, y por ende las condiciones de interacción del hombre del mañana.

Evidentemente esta labor, me permite sentirme parte de la modificación de comportamientos sexuales del futuro, pues aunque sean pocos los casos considerando la magnitud de la población, una semillita propiciará que repliquen los resultados, no en lo inmediato, pero si a mediano o largo plazo.

Por otro lado, la formación recibida en la Carrera de Psicología en mi muy amada institución, me abrió puertas en las diferentes instancias de trabajo, me ha permitido implementar muchos de los conocimientos, especialmente en la elaboración de proyectos, manuales, cartas descriptivas para cursos, talleres o conferencias y recuerdo de manera muy especial el apoyo en mi labor como psicóloga clínica los conocimientos otorgados por la Profra. Rosario Espinosa en el trabajo con familias, sus conocimientos me permitieron darle una atención diferente de calidad a las familias, parejas o amigos de los portadores, las clases de clínica me apoyaron a dar otro tipo de tratamiento en los casos que se requería utilizando técnicas conductuales y los conocimientos en psicoanálisis dados por el Profr. Esteban Cortés que aunque muy limitados en ese entonces por tiempo e importancia en la curricula de la institución, me permitieron acercarme a lo que es hoy en día mi enfoque clínico de elección, el Psicoanálisis. Por todo ello, puedo decir que estoy 100% orgullosa de mis raíces institucionales y siempre llevo con

gusto la camiseta de mi institución, su formación multifacética, sus docentes, sus instalaciones, de todo ello tengo grandes recuerdos y me hacen recomendar en mi diario vivir a futuros profesionistas mi institución Iztacala.

Pero quitando mi amor y pasión por mi institución, tendría que preguntarme ¿Que le falta a mi formación profesional recibida? me resulta difícil contestar esta pregunta, ya que la idealización de mi institución no me permite ser objetiva en sus deficiencias, sin embargo por comentar algo, podría decir que el psicólogo clínico requiere en campo mayor capacitación en enfermedades terminales o crónicas, adiestramiento en psicopatología y diagnóstico diferencial, y la inclusión de módulos clínicos con orientación psicoanalítica.

Lo cual tuve que ir fortaleciendo en mi diario vivir profesional, a través de cursos, talleres, círculos de estudio, asesorías clínicas, entre otras; que aunque uno sabe que al momento de egresar tenemos la obligación seguir capacitándonos, sería muy importante recibir la semillita en la institución.

En cuanto a los alcances obtenidos en mi labor clínica puedo decir que en un 25% de la población atendida, pude apreciar logros terapéuticos en diferentes líneas (familiar, laboral o escolar, social y personal), matizados de éxito y felicidad, puede considerarse que es un porcentaje bajo con respecto a la población atendida, pero también es difícil el enganche terapéutico por las mismas características de la enfermedad, lo cual lo convierte de igual manera en una limitación.

Mientras que en líneas de prevención, siempre es difícil el poder medir resultados, ya que los cambios de actitud y conducta aparentemente se dan a corto plazo, pero generalmente a mediano y largo plazo más del 90% de la población vuelve a sus antiguas conductas sexuales, llegando a ponerse en riesgo una y otra vez; por ello comento que esta es la labor más difícil en el trabajo con seres humanos, ya que el cambio de patrones de conducta de toda la vida, sólo lo he podido ver con pacientes que llevan tratamientos a largo plazo y donde poco a poco

encuentran la revaloración de su ser y amor al prójimo, donde su egoísmo y enojo con el mundo pasa en segundo plano o se anula totalmente, para finalmente vivir feliz y con armonía en su medio.

Algo que se podría presentar como limitaciones en cualquier ámbito laboral es la relación directivos-colaboradores, sin embargo en mi caso no se presentó limitación alguna, ya que siempre hubo y hay apertura a propuestas e intervención clínica y eso ha hecho que me sienta confiada en mis actividades y desempeño de funciones, mi director además de instruirme y capacitarme en el tema, ha permitido que implemente cualquier nuevo programa de intervención, curso, taller o plática a pacientes, familiares, parejas o círculo cercano de los portadores y en más de una ocasión me ha invitado a colaborar tiempo completo en la institución, pero los recursos económicos que me ha propuesto son fluctuantes con base en proyectos financiados por instancias públicas o privadas o en su defecto a través de los donativos de los pacientes atendidos.

Siendo esto otra limitación en mi colaboración, ya que mis actividades se restringieron en algún tiempo a cuatro horas a la semana, debido a algunas actividades que realizaba que me permitían obtener mejores ingresos, lo cual se convirtió en otra limitación ya que CAPPSIDA al ser una asociación civil que trabaja con base en donativos, me permitía cobrar no más de 20 pesos por consulta en sus inicios y actualmente 100 pesos, de lo cual yo percibía el 50% de los recursos, siendo muchas veces más lo que gastaba en pasajes que lo que se me otorgaba por el servicio.

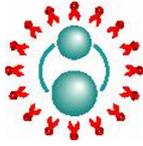
A pesar de todo ello, el mayor logro es contribuir en el enfoque multidisciplinario de la institución, en la que no sólo el médico es importante y valorado, sino todas las áreas de salud que interaccionan en la estabilidad del paciente, por ello desde el momento que llega el paciente se abre un expediente integral (ANEXO 6) y se canaliza a todos los servicios Asesoría Pre-prueba y Post-Prueba (para los casos que lo requieren) Medicina, Enfermería (estudios de laboratorio), Psicología,

Trabajo Social y Odontología y con ello brindar una "Atención Integral por una esperanza de vida".

Y como lo he mencionado antes, se requieren manos, se requiere el compromiso y con profesionistas en el área de psicología con actitud y aptitud de servicio podremos marcar el futuro, no solo en clínica, sino también en social, educativa, e industrial.

Finalmente, considero que este trabajo es sólo una aportación más de lo que ha funcionado en una ONG con trabajo especializado en VIH/SIDA, tanto en la administración de un centro de atención de estas características, como en el área de psicología a mi cargo, mismo que se he podido transmitir a los psicólogos que se han incorporado en la institución en estos doce años de trabajo ininterrumpidos; estoy consciente de que no es la panacea para resolver los problemas emocionales que sufren las personas seropositivas, ya que la magnitud de éste, abarca dimensiones que quizá aquí ni siquiera estén consideradas, pero creo que es una aportación válida para propiciar en los portadores de VIH:

MEJOR Y MAYOR CALIDAD DE VIDA.



CAPPSIDA

Centro de Atención Profesional a Personas con SIDA A.C.



ANEXO 1

SOLICITUD DE INGRESO CONFIDENCIAL

FECHA	PUESTO SOLICITADO	SUELDO SOLICITADO
-------	-------------------	-------------------

DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
DOMICILIO				TELÉFONO	
EDAD		SEXO F M		ESTADO CIVIL	
LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD	

DOCUMENTACIÓN

REG. FED. DE CONTRIBUYENTES	AFILIACIÓN AL SEGURO SOCIAL
CARTILLA SERVICIO MILITAR	PASAPORTE
TIENE LICENCIA DE MANEJO SI NO	CLASE Y NUMERO DE LICENCIA DE MANEJO

ESTADO DE SALUD Y HÁBITOS PERSONALES

SU ESTADO DE SALUD ES		
BUENO	REGULAR	MALO
¿EN QUÉ OCUPA SU TIEMPO LIBRE?		
¿CUÁL ES SU META EN LA VIDA?		

DATOS FAMILIARES

NOMBRE	EDAD	FINADO	VIVE	DOMICILIO	OCUPACIÓN
PADRE					
MADRE					
OTROS					

ESCOLARIDAD

NOMBRE DE LA ESCUELA	DOMICILIO	AÑOS	TÍTULO RECIBIDO
PRIMARIA			
SECUNDARIA			
PREPARATORIA O EQUIVALENTE			
PROFESIONAL			
OTRAS			

CONOCIMIENTOS GENERALES

IDIOMAS QUE DOMINA	FUNCIONES DE OFICINA QUE DOMINA
MÁQUINAS DE OFICINA Y/O EQUIPOS DE TRABAJO QUE SEPA MANEJAR	
PAQUETERÍA QUE DOMINE	
FUNCIONES O TRABAJOS QUE DOMINE	
TIENE INFORMACIÓN SOBRE VIH/SIDA	

EMPLEO ACTUAL Y ANTERIORES

CONCEPTO	EMPLEO ANTERIOR	EMPLEO ANTERIOR	EMPLEO ANTERIOR
TIEMPO DE LABORAR			
NOMBRE DE LA EMPRESA			
DOMICILIO			
TELÉFONO			
PUESTO			
SUELDO			
MOTIVO DE SEPARACIÓN			
JEFE INMEDIATO			
ACTIVIDADES DESEMPEÑADAS			

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE	TELÉFONO	OCUPACIÓN	TIEMPO DE CONOCERLO

OBSERVACIONES	FIRMA DEL SOLICITANTE
---------------	-----------------------

ANEXO 2



VIH/SDA.org.mx



CARTA COMPROMISO

Admito que el realizar una actividad relacionada con el trabajo en sexualidad y SIDA, significa un compromiso y una responsabilidad.

Es por ello, que a través de este medio me comprometo a desarrollar todas las actividades que se me encomienden y estén asociadas con las funciones de mi área, brindando un servicio de calidad, calidez y profesionalismo.

Así mismo reconozco que CAPPSIDA es una asociación civil formada por un grupo de personas, cuya principal característica comulga en brindar atención de calidad, con sentido humanitario y es dirigido a las personas que viven con VIH/SIDA, a familiares y toda aquella persona interesada en conocer más acerca de esta pandemia, de la sexualidad y temas afines.

Por lo antes planteado, estoy interesado (a) en participar en todas aquellas actividades que me sean encomendadas y que estén relacionadas con el trabajo de la organización, quedando en entendido que deberé contemplar los siguientes aspectos:

- Ø *Cumplir y respetar el reglamento general de trabajo, considerando ante todo que cualquier falta que dañe mi trabajo y/o el trabajo del grupo y que afecte la imagen de CAPPSIDA será motivo para que se me excluya de la institución, quedando por entendido que seré merecedor de las sanciones correspondientes.*
- Ø *Cumplir y respetar el reglamento interno del área a la que se me asigne.*
- Ø *Cumplir con los días y horarios previamente convenidos y establecidos en la presente Carta Compromiso.*
- Ø *Cumplir con todas aquellas tareas y actividades que me sean requeridas realizar, las cuales cubriré con profesionalismo, objetividad, entusiasmo y disciplina.*
- Ø *Capacitarme y actualizarme en lo relacionado a la problemática de la epidemia del VIH/SIDA y sobre todo en lo que corresponda al área de trabajo en la que desarrolle mis actividades de CAPPSIDA.*
- Ø *Apoyar en las diversas actividades que se desarrollan en las diferentes áreas que forman CAPPSIDA, incluso en días y horarios especiales (si es que así se me requiere).*
- Ø *De acuerdo al trabajo profesional que debo realizar se me ha hecho saber que toda la información de los expedientes clínicos, proyectos en diseño y ejecución, fuentes de apoyos y financiamientos así como cualquier información relacionada a CAPPSIDA es confidencial y por lo tanto no puedo hacer difusión de la misma sin previa autorización.*
- Ø *Tomando en consideración que CAPPSIDA es una organización no gubernamental que trabaja en base a donativos, estoy enterado (a) que la institución no adquiere obligaciones de tipo patronales.*

De igual manera se me ha informado que CAPPSIDA interesada en el bienestar y desarrollo integral del colaborador se compromete a los siguientes aspectos con todo el personal asalariado o voluntario:

- Ø *Brindar capacitación y actualización constante.*
- Ø *Supervisión permanente en las actividades que desempeñe.*
- Ø *Participación en eventos nacionales e internacionales en base a desempeño y propuestas de trabajo.*
- Ø *Oportunidades de desarrollo profesional a nivel nacional e internacional.*
- Ø *Otorgar sueldo base para empleados bajo el régimen de honorarios asimilados a sueldos y salarios.*
- Ø *Otorgar un porcentaje económico al colaborador en base a la cuota de recuperación del solicitante de algún servicio.*

DÍAS Y HORARIO DE COLABORACIÓN

LUNES _____
MARTES _____
MIÉRCOLES _____
JUEVES _____
VIERNES _____
SÁBADOS _____

VIGENCIA DEL CONVENIO

INICIO _____
TERMINO _____

COLABORADOR ASOCIADO _____

PUESTO _____

DIRECCIÓN GENERAL _____

COORDINACIÓN
RECURSOS HUMANOS _____

COORDINACIÓN
ÁREA RESPONSABLE _____

TERMINOS GENERALES DEL CONVENIO
COLABORADOR-INSTITUCIÓN

FUNCIONES Y ACTIVIDADES
COLABORADOR-INSTITUCIÓN

FECHA DEL CONVENIO

ÁREA PSI CO-SOCIAL				
PRIMERA IMPRESIÓN EMOCIONAL DEL PACIENTE:				
FASE EN EL PROCESO DE DUELO				
NEGACIÓN	ENOJO/ RABIA	NEGOCIACIÓN	DEPRESIÓN	ACEPTACIÓN

ESTADO EMOCIONAL		EXAMEN MENTAL		COMUNICACIÓN	
ANSIEDAD	(SI) (NO)	PENSAMIENTO		TONO	
ENOJO	(SI) (NO)	NIVEL		ALTO	(SI) (NO)
TEMOR	(SI) (NO)	CONCRETO	(SI) (NO)	NORMAL	(SI) (NO)
DEPRESIÓN	(SI) (NO)	FUNCIONAL	(SI) (NO)	BAJO	(SI) (NO)
TRISTEZA	(SI) (NO)	ABSTRACTO	(SI) (NO)	RITMO	
ANGUSTIA	(SI) (NO)	CURSO		RÁPIDO	(SI) (NO)
INDIFERENCIA	(SI) (NO)	INCOHERENTE	(SI) (NO)	ADECUADO-PAUSADO	(SI) (NO)
CULPA	(SI) (NO)	COHERENTE	(SI) (NO)	LENTO	(SI) (NO)
ACTITUD		CONGRUENTE	(SI) (NO)	EXPRESIÓN VERBAL	
TRANQUILA	(SI) (NO)	INCONGRUENTE	(SI) (NO)	VERBORREICA	(SI) (NO)
EVASIVA	(SI) (NO)	DISGREGADO	(SI) (NO)	ADECUADA	(SI) (NO)
DESCONFIADA	(SI) (NO)	ADECUADO	(SI) (NO)	ENTRECORTADA	(SI) (NO)
IRRITABLE	(SI) (NO)	BLOQUEADO	(SI) (NO)	ATENCIÓN	
INHIBIDA	(SI) (NO)	ORIENTACIÓN		CONCENTRADA	(SI) (NO)
PASIVA	(SI) (NO)	TIEMPO	(SI) (NO)	REPRIMIDO	(SI) (NO)
DEMANDANTE	(SI) (NO)	ESPACIO	(SI) (NO)	CONTROLADO	(SI) (NO)
PESIMISTA	(SI) (NO)	PERSONA	(SI) (NO)	LLANTO	
ACCESIBLE	(SI) (NO)	ALTERACIÓN EN MEMORIA		AUSENTE	(SI) (NO)
APÁTICA	(SI) (NO)	(SI)	(NO)	ABUNDANTE	(SI) (NO)
DEFENSIVA	(SI) (NO)	¿CUÁL?		REPRIMIDO	(SI) (NO)
HÓSTIL	(SI) (NO)	ALTERACIÓN EN CONTENIDO		CONTROLADO	(SI) (NO)
ALTERACIONES DE HÁBITOS		IDEAS OBSESIVAS	(SI) (NO)	REC. DEL PROBLEMA	
SUEÑO	(SI) (NO)	IDEAS SUICIDAS	(SI) (NO)	TOTAL	(SI) (NO)
ACT. SEXUAL	(SI) (NO)	IDEAS DELIRANTES	(SI) (NO)	PARCIAL	(SI) (NO)
ALIMENTACIÓN	(SI) (NO)	IDEAS PARANOIDES	(SI) (NO)	NULO	(SI) (NO)

PERCEPCIÓN DE SU ENFERMEDAD:
PREOCUPACIONES VINCULADAS:
PERCEPCIÓN RELATIVA A SU ENTORNO SOCIAL:

ENTORNO SOCIAL INMEDIATO	
ESTADO DE ÁNIMO CIRCUNDANTE A LA PERSONA AFECTADA:	
PREOCUPACIONES REPORTADAS:	

INTERVENCIÓN

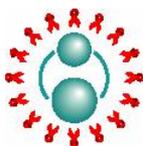
RECOMENDACIONES
PACIENTE:
ENTORNO SOCIAL INMEDIATO:
OBSERVACIONES

CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE CAPPSIDA

MEDICINA	PSICOLOGÍA	ODONTOLOGÍA	NUTRICIÓN	BANCO DE MEDICAMENTOS	CAPACITACIÓN
----------	------------	-------------	-----------	--------------------------	--------------

TERAPEUTA

COORDINADOR
AREA DE PSICOLOGÍA



ANEXO 4

DETECCIÓN DE VIH E ITS

FECHA: _____

CLAVE: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN				
NOMBRE:				
EDAD:	SEXO:	F	M	ESTADO CIVIL:
HIJOS:	SI	NO	¿CUÁNTOS?	EDADES:
ESCOLARIDAD:		OCUPACIÓN:		
LUGAR DE ORIGEN:		RESIDENCIA ACTUAL:		
INSTITUCIÓN DE SALUD (ADSCRITO):				

EXAMENES VIH/SIDA-ITS				
PRIMERA VEZ:	(SI)	(NO)	FECHA:	
RESULTADO ANTERIOR:	POSITIVO	NEGATIVO	INDETERMINADO	NO SABE
INST. DONDE SE REALIZÓ LA PRUEBA:				

ACTITUDES "PRUEBA VIH/SIDA"	
MOTIVACIÓN PARA HACERSE LA PRUEBA:	
PRESENTA ALGUNA SINTOMATOLOGÍA (Asociada con el VIH/SIDA)	
EXPECTATIVAS ANTE EL RESULTADO:	
(NEGATIVO)	(POSITIVO)
REACCIONES ANTE UN RESULTADO NEGATIVO:	
REACCIONES ANTE UN RESULTADO POSITIVO:	
PREOCUPACIONES VINCULADAS AL RESULTADO POSITIVO:	
FAMILIAR	
ESCOLAR/LABORAL	
PERSONAL	
SOCIAL	

HISTORIA SEXUAL:					
INICIACIÓN VIDA SEXUAL:			No. PAREJAS TOTALES:		
FECHA ÚLTIMA DE RELACIÓN SEXUAL:					
No. PAREJAS SEXUALES EN EL ÚLTIMO AÑO:					
PREFERENCIA SEXUAL					
(HETEROSEXUAL)		(HOMOSEXUAL)		(BISEXUAL)	
PRÁCTICAS SEXUALES					
ÚLTIMOS SEIS MESES					
ACTIVIDAD SEXUAL			FRECUENCIA DE USO DE CONDÓN		
COITO ANAL	(SI)	(NO)	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
COITO VAGINAL	(SI)	(NO)	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
COITO ORAL	(SI)	(NO)	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
MASTURBACIÓN (SI) (NO)		SADOMASOQUISMO (SI) (NO)		FETICHISMO (SI) (NO)	
OTRAS, ESPECIFIQUE:					

FACTORES Y SITUACIONES DE RIESGO	
TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA (A PARTIR DE 1980)	(SI) (NO) (NO SABE)
HEMOFÍLIA	(SI) (NO) (NO SABE)
DROGADICCIÓN INTRAVENOSA	(SI) (NO) (NO SABE)
PROSTITUCIÓN	(SI) (NO) (NO SABE)
RELACIONES SEXUALES CON PAREJAS MÚLTIPLES	(SI) (NO) (NO SABE)
SEXO CON PERSONAS SEXO SERVIDORAS	(SI) (NO) (NO SABE)
ALCOHOLISMO	(SI) (NO) (NO SABE)
DROGADICCIÓN	(SI) (NO) (NO SABE)
EXPOSICIÓN OCUPACIONAL	(SI) (NO) (NO SABE)
PAREJA SEXUAL DE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES	(SI) (NO) (NO SABE)

PADECIMIENTO DE ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES			
I. T. S.	RESPUESTA	PAREJA	FECHA
SÍFILIS	(SI) (NO) (NO SABE)		
GONORREA	(SI) (NO) (NO SABE)		
CONDILOMAS	(SI) (NO) (NO SABE)		
HERPES	(SI) (NO) (NO SABE)		
CHANCRO	(SI) (NO) (NO SABE)		
HEPATITIS B	(SI) (NO) (NO SABE)		
CANDIDIASIS	(SI) (NO) (NO SABE)		
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	(SI) (NO) (NO SABE)		
OTRAS, ESPECIFICAR SIGNOS Y SÍNTOMAS:			

INFORMACION POR MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN			
RADIO	(SI) (NO)	FOLLETOS	(SI) (NO)
TELEVISIÓN	(SI) (NO)	PANORÁMICOS	(SI) (NO)
PRENSA	(SI) (NO)	LIBROS	(SI) (NO)
OTRAS, ESPECIFICAR:			

INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA			
EL PACIENTE TIENE INFORMACIÓN		EL CONSEJERO DIO INFORMACIÓN	
PREVENCIÓN	(SI) (NO)	PREVENCIÓN	(SI) (NO)
TRANSMISIÓN	(SI) (NO)	TRANSMISIÓN	(SI) (NO)
DETECCIÓN	(SI) (NO)	DETECCIÓN	(SI) (NO)
DES. DE LA ENFERMEDAD	(SI) (NO)	DES. DE LA ENFERMEDAD	(SI) (NO)
TRATAMIENTOS	(SI) (NO)	TRATAMIENTOS	(SI) (NO)

PERCEPCIÓN DE RIESGO	
(SI)	(NO)

OBSERVACIONES

RECOMENDACIONES

FECHA DE ENTREGA DE RESULTADOS: _____

 NOMBRE // FIRMA
 CONSULTOR



CAPPSIDA

Centro de Atención Profesional a Personas con SIDA A.C.



DETECCIÓN DE VIH E ITS EVALUACIÓN PREPRUEBA

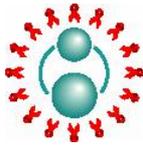
FECHA: _____

CLAVE: _____

DESCRIPCIÓN FÍSICA DEL PACIENTE

ESTADO EMOCIONAL	EXAMEN MENTAL	COMUNICACIÓN
ANSIEDAD (SI) (NO)	PENSAMIENTO	TONO
ENOJO (SI) (NO)	NIVEL	ALTO (SI) (NO)
TEMOR (SI) (NO)	CONCRETO (SI) (NO)	NORMAL (SI) (NO)
DEPRESIÓN (SI) (NO)	FUNCIONAL (SI) (NO)	BAJO (SI) (NO)
TRISTEZA (SI) (NO)	ABSTRACTO (SI) (NO)	RITMO
ANGUSTIA (SI) (NO)	CURSO	RÁPIDO (SI) (NO)
INDIFERENCIA (SI) (NO)	INCOHERENTE (SI) (NO)	ADECUADO-PAUSADO (SI) (NO)
CULPA (SI) (NO)	COHERENTE (SI) (NO)	LENTO (SI) (NO)
ACTITUD	CONGRUENTE (SI) (NO)	EXPRESIÓN VERBAL
TRANQUILA (SI) (NO)	INCONGRUENTE (SI) (NO)	VERBORREICA (SI) (NO)
EVASIVA (SI) (NO)	DISGREGADO (SI) (NO)	ADECUADA (SI) (NO)
DESCONFIADA (SI) (NO)	ADECUADO (SI) (NO)	ENTRECORTADA (SI) (NO)
IRRITABLE (SI) (NO)	BLOQUEADO (SI) (NO)	ATENCIÓN
INHIBIDA (SI) (NO)	ORIENTACIÓN	CONCENTRADA (SI) (NO)
PASIVA (SI) (NO)	TIEMPO (SI) (NO)	REPRIMIDO (SI) (NO)
DEMANDANTE (SI) (NO)	ESPACIO (SI) (NO)	CONTROLADO (SI) (NO)
PESIMISTA (SI) (NO)	PERSONA (SI) (NO)	LLANTO
ACCESIBLE (SI) (NO)	ALTERACIÓN EN MEMORIA	AUSENTE (SI) (NO)
APÁTICA (SI) (NO)	(SI) (NO)	ABUNDANTE (SI) (NO)
DEFENSIVA (SI) (NO)	¿CUÁL?	REPRIMIDO (SI) (NO)
HÓSTIL (SI) (NO)	ALTERACIÓN EN CONTENIDO	CONTROLADO (SI) (NO)
ALTERACIONES DE HÁBITOS	IDEAS OBSESIVAS (SI) (NO)	REC. DEL PROBLEMA
SUEÑO (SI) (NO)	IDEAS SUICIDAS (SI) (NO)	TOTAL (SI) (NO)
ACT. SEXUAL (SI) (NO)	IDEAS DELIRANTES (SI) (NO)	PARCIAL (SI) (NO)
ALIMENTACIÓN (SI) (NO)	IDEAS PARANOIDES (SI) (NO)	NULO (SI) (NO)

NOMBRE // FIRMA
CONSULTOR



CAPPSIDA

Centro de Atención Profesional a Personas con SIDA A.C.



DETECCIÓN DE VIH E ITS EVALUACIÓN POSTPRUEBA

FECHA: _____

CLAVE: _____

RESULTADO PRUEBA VIH		
(POSITIVO)	(NEGATIVO)	(INDETERMINADO)

DESCRIPCIÓN PRIMERA REACCIÓN DEL PACIENTE

ESTADO EMOCIONAL	EXAMEN MENTAL	COMUNICACIÓN
ANSIEDAD (SI) (NO)	PENSAMIENTO	TONO
ENOJO (SI) (NO)	NIVEL	ALTO (SI) (NO)
TEMOR (SI) (NO)	CONCRETO (SI) (NO)	NORMAL (SI) (NO)
DEPRESIÓN (SI) (NO)	FUNCIONAL (SI) (NO)	BAJO (SI) (NO)
TRISTEZA (SI) (NO)	ABSTRACTO (SI) (NO)	RITMO
ANGUSTIA (SI) (NO)	CURSO	RÁPIDO (SI) (NO)
INDIFERENCIA (SI) (NO)	INCOHERENTE (SI) (NO)	ADECUADO-PAUSADO (SI) (NO)
CULPA (SI) (NO)	COHERENTE (SI) (NO)	LENTO (SI) (NO)
ACTITUD	CONGRUENTE (SI) (NO)	EXPRESIÓN VERBAL
TRANQUILA (SI) (NO)	INCONGRUENTE (SI) (NO)	VERBORREICA (SI) (NO)
EVASIVA (SI) (NO)	DISGREGADO (SI) (NO)	ADECUADA (SI) (NO)
DESCONFIADA (SI) (NO)	ADECUADO (SI) (NO)	ENTRECORTADA (SI) (NO)
IRRITABLE (SI) (NO)	BLOQUEADO (SI) (NO)	ATENCIÓN
INHIBIDA (SI) (NO)	ORIENTACIÓN	CONCENTRADA (SI) (NO)
PASIVA (SI) (NO)	TIEMPO (SI) (NO)	REPRIMIDO (SI) (NO)
DEMANDANTE (SI) (NO)	ESPACIO (SI) (NO)	CONTROLADO (SI) (NO)
PESIMISTA (SI) (NO)	PERSONA (SI) (NO)	LLANTO
ACCESIBLE (SI) (NO)	ALTERACIÓN EN MEMORIA	AUSENTE (SI) (NO)
APÁTICA (SI) (NO)	(SI) (NO)	ABUNDANTE (SI) (NO)
DEFENSIVA (SI) (NO)	¿CUÁL?	REPRIMIDO (SI) (NO)
HÓSTIL (SI) (NO)	ALTERACIÓN EN CONTENIDO	CONTROLADO (SI) (NO)
ALTERACIONES DE HÁBITOS	IDEAS OBSESIVAS (SI) (NO)	REC. DEL PROBLEMA
SUEÑO (SI) (NO)	IDEAS SUICIDAS (SI) (NO)	TOTAL (SI) (NO)
ACT. SEXUAL (SI) (NO)	IDEAS DELIRANTES (SI) (NO)	PARCIAL (SI) (NO)
ALIMENTACIÓN (SI) (NO)	IDEAS PARANOIDES (SI) (NO)	NULO (SI) (NO)

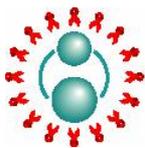
EL TERAPÉUTA SUGIERE		
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	(SI)	(NO)
LOS SERVICIOS DE CAPPSIDA	(SI)	(NO)
RESULTADO POSITIVO	RESULTADO NEGATIVO	
ATENCIÓN INTEGRAL	CURSO-TALLER: La vida sexual sana Sexo más seguro-Sexo más protegido	

DESCRIPCIÓN REACCIÓN DEL PACIENTE AL SALIR DEL CONSULTORIO

OBSERVACIONES

RECOMENDACIONES

NOMBRE // FIRMA
CONSULTOR



CAPPSSIDA Centro de Atención Profesional a Personas con SIDA A.C.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

En esta fecha _____ doy plena autorización al personal de CAPPSSIDA, para que den curso a los trámites necesarios para que se me realice la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual, siendo mi número de clave _____ .

Así mismo hago constar que he recibido los siguientes servicios:

Asesoría Pre-prueba: La cual consta de información general, orientación y apoyo por personal capacitado.

Toma de muestra: Realizada con material nuevo y desechable con el manejo adecuado de las precauciones universales.

Estudios de Laboratorio: Envío de material con extrema seguridad a laboratorios del Sector Salud y de manera confidencial.

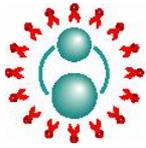
Así mismo estoy informado que recibiré Asesoría Post-prueba relativa a la entrega de resultados por personal capacitado.

Finalmente, estoy enterado (a) que todos los datos que he proporcionado a esta organización, serán manejados con estricta confidencialidad.

ATENTAMENTE

SOLICITANTE
Nombre y Firma

RESPONSABLE



CAPPSIDA

Centro de Atención Profesional a Personas con SIDA A.C.



ANEXO 5

HISTORIA CLÍNICA
PSICOLOGÍA

FECHA: _____

FOLIO: _____

FICHA DESCRIPTIVA		
NOMBRE:		
EDAD:	FECHA DE NACIMIENTO:	
SEXO:	ESTADO CIVIL:	NIVEL SOCIOECONÓMICO:
RELIGIÓN:	ESCOLARIDAD:	
OCUPACIÓN:	PUESTO:	
LUGAR DE ORIGEN:	RESIDENCIA ACTUAL:	
DIRECCIÓN:	TELÉFONO:	
BREVE DESCRIPCIÓN:		
FÍSICA:		
EMOCIONAL:		

ENTREVISTA INICIAL	
MOTIVO DE CONSULTA:	
HISTORIA NATURAL DEL PADECIMIENTO:	
FRECUENCIA:	
SÍNTOMAS:	
ESTADO EMOCIONAL PREVALECIENTE:	
ATENCIÓN PSICOLÓGICA PREVIA:	
EXPECTATIVAS DEL SERVICIO:	

HISTORIA FAMILIAR		
PADRE:		EDAD:
ESCOLARIDAD:		OCUPACIÓN:
TIPO DE RELACION:		
PRESENTE:		
PASADO:		
RECUERDO POSITIVO:		
RECUERDO NEGATIVO:		
PERSONALIDAD CARACTERÍSTICA:		
OBSEVACIONES:		
MADRE:		EDAD:
ESCOLARIDAD:		OCUPACIÓN:
TIPO DE RELACION:		
PRESENTE:		
PASADO:		
RECUERDO POSITIVO:		
RECUERDO NEGATIVO:		
PERSONALIDAD CARACTERÍSTICA:		
OBSEVACIONES:		
HERMANO (1):	EDAD:	ESTADO CIVIL:
ESCOLARIDAD:		OCUPACIÓN:
TIPO DE RELACION:		
PRESENTE:		
PASADO:		
RECUERDO POSITIVO:		
RECUERDO NEGATIVO:		
PERSONALIDAD CARACTERÍSTICA:		
OBSEVACIONES:		
HERMANO (2):	EDAD:	ESTADO CIVIL:
ESCOLARIDAD:		OCUPACIÓN:
TIPO DE RELACION:		
PRESENTE:		
PASADO:		
RECUERDO POSITIVO:		
RECUERDO NEGATIVO:		
PERSONALIDAD CARACTERÍSTICA:		
OBSEVACIONES:		
HERMANO (3):	EDAD:	ESTADO CIVIL:
ESCOLARIDAD:		OCUPACIÓN:
TIPO DE RELACION:		
PRESENTE:		
PASADO:		
RECUERDO POSITIVO:		
RECUERDO NEGATIVO:		
PERSONALIDAD CARACTERÍSTICA:		
OBSEVACIONES:		

HISTORIA PERSONAL		
FUE HIJO DESEADO:	CARACT. EMBARAZO:	CARACT. PARTO:
EDAD QUE HABLÓ:	EDAD QUE CAMINÓ:	EDAD QUE CONTROLÓ OBSERVACIONES:
HUBO ALIMENTO MATERNO:	EDAD QUE CONCLUYÓ:	
OBSERVACIONES DE IMPORTANCIA:		
HISTORIA ESCOLAR		
PRIMER GRADO ESCOLAR:	LLORÓ EL PRIMER DÍA:	
KINDER:		
OBSERVACIONES ACADÉMICAS:		
RELACIÓN CON COMPAÑEROS:		
RELACIÓN CON PROFESORES:		
RECUERDO POSITIVO:		
RECUERDO NEGATIVO:		
RECUERDO OBSERVACIONES:		
OBSERVACIONES:		
PRIMARIA:		
OBSERVACIONES ACADÉMICAS:		
RELACIÓN CON COMPAÑEROS:		
RELACIÓN CON PROFESORES:		
RECUERDO POSITIVO:		
RECUERDO NEGATIVO:		
RECUERDO OBSERVACIONES:		
OBSERVACIONES:		
SECUNDARIA:		
OBSERVACIONES ACADÉMICAS:		
RELACIÓN CON COMPAÑEROS:		
RELACIÓN CON PROFESORES:		
RECUERDO POSITIVO:		
RECUERDO NEGATIVO:		
RECUERDO OBSERVACIONES:		
OBSERVACIONES:		
PREPARATORIA O EQUIVALENTE:		
OBSERVACIONES ACADÉMICAS:		
RELACIÓN CON COMPAÑEROS:		
RELACIÓN CON PROFESORES:		
RECUERDO POSITIVO:		
RECUERDO NEGATIVO:		
RECUERDO OBSERVACIONES:		
OBSERVACIONES:		
OBSERVACIONES:		
OBSERVACIONES ACADÉMICAS:		
RELACIÓN CON COMPAÑEROS:		
RELACIÓN CON PROFESORES:		
RECUERDO POSITIVO:		
RECUERDO NEGATIVO:		
RECUERDO OBSERVACIONES:		
OBSERVACIONES:		
OTROS:		
OBSERVACIONES ACADÉMICAS:		
RELACIÓN CON COMPAÑEROS:		
RELACIÓN CON PROFESORES:		
RECUERDO POSITIVO:		
RECUERDO NEGATIVO:		
RECUERDO OBSERVACIONES:		
OBSERVACIONES:		

HISTORIA LABORAL		
EMPRESA:	TIEMPO DE RELACIÓN LABORAL:	
SUELDO INICIAL:	SUELDO FINAL:	
RELACIÓN CON AUTORIDAD:		
RELACIÓN CON COMPAÑEROS:		
RELACIÓN CON SUBORDINADOS:		
RECUERDO POSITIVO:		
RECUERDO NEGATIVO:		
MOTIVO DE SEPARACIÓN:		
OBSERVACIONES:		
EMPRESA:	TIEMPO DE RELACIÓN LABORAL:	
SUELDO INICIAL:	SUELDO FINAL:	
RELACIÓN CON AUTORIDAD:		
RELACIÓN CON COMPAÑEROS:		
RELACIÓN CON SUBORDINADOS:		
RECUERDO POSITIVO:		
RECUERDO NEGATIVO:		
MOTIVO DE SEPARACIÓN:		
OBSERVACIONES:		
EMPRESA:	TIEMPO DE RELACIÓN LABORAL:	
SUELDO INICIAL:	SUELDO FINAL:	
RELACIÓN CON AUTORIDAD:		
RELACIÓN CON COMPAÑEROS:		
RELACIÓN CON SUBORDINADOS:		
RECUERDO POSITIVO:		
RECUERDO NEGATIVO:		
MOTIVO DE SEPARACIÓN:		
OBSERVACIONES:		
HISTORIA SEXUAL		
HUBO INFORMACIÓN:	OTORGADA POR:	
REACCIÓN ANTE CAMBIOS FÍSICO-BIOLÓGICOS:		
REACCIÓN ANTE CAMBIOS PSICOLÓGICOS:		
JUEGOS SEXUALES:	MASTURBACIÓN:	FRECUENCIA:
EDAD PRIMERA ERECCIÓN/MENARQUIA:	REACCIÓN:	
EDAD PRIMERA RELACIÓN DE NOVIAZGO:	PRIMERA REACCIÓN:	
EDAD PRIMERA RELACIÓN SEXUAL:	PRIMERA REACCIÓN:	
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES:	NÚMERO DE RELACIONES DE PAREJA:	
PRIMER PAREJA:	DURACIÓN DE LA RELACIÓN:	
DESCRIPCIÓN DE LA RELACIÓN:		
RECUERDO POSITIVO:		
RECUERDO NEGATIVO:		
PERSONALIDAD CARACTERÍSTICA:		
OBSEVACIONES:		
PAREJA SIGNIFICATIVA:	DURACIÓN DE LA RELACIÓN:	
DESCRIPCIÓN DE LA RELACIÓN:		
RECUERDO POSITIVO:		
RECUERDO NEGATIVO:		
PERSONALIDAD CARACTERÍSTICA:		
OBSEVACIONES:		
ÚLTIMA PAREJA:	DURACIÓN DE LA RELACIÓN:	
DESCRIPCIÓN DE LA RELACIÓN:		
RECUERDO POSITIVO:		
RECUERDO NEGATIVO:		
PERSONALIDAD CARACTERÍSTICA:		
OBSEVACIONES:		

ESPOSO (A):		EDAD:
ESCOLARIDAD:		OCUPACIÓN:
TIPO DE RELACION:		
PRESENTE:		
PASADO:		
RECUERDO POSITIVO:		
RECUERDO NEGATIVO:		
PERSONALIDAD CARACTERÍSTICA:		
OBSEVACIONES:		
PRIMER HIJO:		EDAD:
ESCOLARIDAD:		OCUPACIÓN:
TIPO DE RELACION:		
PRESENTE:		
PASADO:		
RECUERDO POSITIVO:		
RECUERDO NEGATIVO:		
PERSONALIDAD CARACTERÍSTICA:		
OBSEVACIONES:		
SEGUNDO HIJO:		EDAD:
ESCOLARIDAD:		OCUPACIÓN:
TIPO DE RELACION:		
PRESENTE:		
PASADO:		
RECUERDO POSITIVO:		
RECUERDO NEGATIVO:		
PERSONALIDAD CARACTERÍSTICA:		
OBSEVACIONES:		
TERCER HIJO:		EDAD:
ESCOLARIDAD:		OCUPACIÓN:
TIPO DE RELACION:		
PRESENTE:		
PASADO:		
RECUERDO POSITIVO:		
RECUERDO NEGATIVO:		
PERSONALIDAD CARACTERÍSTICA:		
OBSEVACIONES:		
CUARTO HIJO:		EDAD:
ESCOLARIDAD:		OCUPACIÓN:
TIPO DE RELACION:		
PRESENTE:		
PASADO:		
RECUERDO POSITIVO:		
RECUERDO NEGATIVO:		
PERSONALIDAD CARACTERÍSTICA:		
OBSEVACIONES:		
QUINTO HIJO:		EDAD:
ESCOLARIDAD:		OCUPACIÓN:
TIPO DE RELACION:		
PRESENTE:		
PASADO:		
RECUERDO POSITIVO:		
RECUERDO NEGATIVO:		
PERSONALIDAD CARACTERÍSTICA:		
OBSEVACIONES:		

ESTADO SALUD-ENFERMEDAD				
ESTADO DE SALUD:				
FÍSICO-BIOLÓGICO				
ENFERMEDADES CÓNICAS		ENFERMEDADES RECURRENTES:		
1.		1.		
2.		2.		
3.		3.		
4.		4.		
5.		5.		
EDAD EN QUE INICIARON:		EDAD EN QUE INICIARON:		
PADECIMIENTOS	OSEO	MUSCULAR	ORGÁNICO	ESPECIFIQUE
1. PIERNAS Y SACRO				
2. OMBLIGO				
3. PLEXO				
4. CORAZÓN				
5. GARGANTA				
6. CRÁNEO				
ALERGIAS:				
PSICOLÓGICO				
RELACIÓN TERAPÉUTICA PREVIA:				
MOTIVO DE CONSULTA:				
MOTIVO DE SEPERACIÓN:				
CONOCE LA PSICOTERAPIA CORPORAL:				
HA RECIBIDO ALGUN MASAJE:		TIPO DE MASAJE:		
MOTIVO DE SOLICITUD:		CUMPLIÓ EXPECTATIVAS:		

ESQUEMA CORPORAL

DESCRIPCIÓN FÍSICA DEL DOMICILIO
ORIGEN:
ACTUAL:

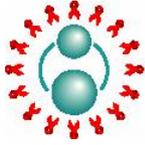
METAS
ÁREA PERSONAL:
ÁREA SOCIAL:
ÁREA LABORAL:
ÁREA PROFESIONAL O ESCOLAR:

DIAGNÓSTICO
PRONÓSTICO
TRATAMIENTO

TERAPÉUTA	FIRMA

FAMILIOGRAMA

OBSERVACIONES



ANEXO 6

ATENCIÓN INTEGRAL
HISTORIA CLÍNICA GENERAL

FECHA DE APERTURA: _____

FOLIO: _____

I.

NOMBRE: _____		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
FECHA DE NACIMIENTO: _____		LUGAR DE NACIMIENTO: _____
OCUPACIÓN: _____		EDAD: _____
	Anterior	Actual
ESCOLARIDAD: _____	COMPLETA ()	INCOMPLETA ()
	SEXO: (F) (M)	
ESTADO CIVIL: SOLTERO () CASADO () UNIÓN LIBRE () DIVORCIADO () VIUDO ()		
FECHA VIH: _____		LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL EXÁMEN: _____
DERECHOHABIENTE: <input type="checkbox"/>	IMSS ()	ISSSTE ()
	OTRO: _____	
DOMICILIO: DEFINITIVO () PROVISIONAL () FORÁNEO () <input type="checkbox"/>		
_____	_____	_____
Calle	Número exterior	Número interior
_____	_____	_____
Colonia	Delegación o Municipio	C.P.
_____	_____	_____
Ciudad	Estado	Teléfono

II.

NOMBRE DE ALGÚN FAMILIAR O ACOMPAÑANTE: _____		
	Parentesco	
_____	_____	_____
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
DOMICILIO: _____		
_____	_____	_____
Calle	Número exterior	Número interior
_____	_____	_____
Colonia	Delegación o Municipio	C.P.
_____	_____	_____
Ciudad	Estado	Teléfono

ESTUDIO SOCIOECONOMICO

III.

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION	INGRESO	
					\$	
					\$	
					\$	
					\$	
					\$	
					\$	

NÚMERO PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR		PERSONAS QUE TRABAJAN	
PERSONAS ECONOMICAMENTE DEPENDIENTES			

IV.

OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE DEL BENEFICIARIO

V.

INGRESOS MENSUALES		PROMEDIO	EGRESO FAMILIAR		PROMEDIO
BENEFICIARIO	\$		ALIMENTACION	\$	
PADRE	\$		VIVIENDA (RENTA O PREDIO)	\$	
MADRE	\$		CREDITO PARA VIVIENDA	\$	
HERMANO (S)	\$		LUZ	\$	
CONYUGE	\$		AGUA	\$	
HIJO (S)	\$		TELEFONO	\$	
OTROS	\$		TRANSPORTE	\$	
TOTAL	\$		GASOLINA	\$	
			EDUCACION	\$	
SERVICIOS PUBLICOS	(SI) (NO)		ABONOS	\$	
RECAMARAS	(1 a 2) (3 a 4) (5 o más)		CONSUMOS ADICIONALES	\$	
APARATOS ELECTRODOMESTICOS			TOTAL	\$	

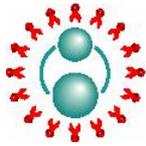
OBSERVACIONES

DIAGNOSTICO SOCIAL

CLASIFICACION	TIPO
25 – 49 PUNTOS	B
50 – 64 PUNTOS	C
65 – 100 PUNTOS	D
MENOS DE 24	E

SUGERENCIAS DE CUOTA	TIPO
NORMAL	100
MEDIA	70
MININA	50
EXCENTA	NULO
ESPECIAL	> 100

EVALUÓ
NOMBRE // FIRMA



CAPPSSIDA

Centro de Atención Profesional a Personas con SIDA A.C.



ATENCIÓN MÉDICA

HISTORIA CLÍNICA

FECHA: _____

FOLIO: _____

PESO ACTUAL: _____

PESO MÁXIMO: _____

¿CUÁNDO? _____

SÍNTOMAS: _____

FECHA DE INICIO: _____

DURACIÓN: _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES FAMILIARES

PADECIMIENTO	RESPUESTA	¿QUIÉN?	PADECIMIENTO	RESPUESTA	¿QUIÉN?
CÁNCER	(SI) (NO)	_____	DIABETES	(SI) (NO)	_____
TUBERCULOSIS	(SI) (NO)	_____	EMBOLIA	(SI) (NO)	_____
EPILEPSIA	(SI) (NO)	_____	INFARTOS	(SI) (NO)	_____
PRESIÓN ALTA	(SI) (NO)	_____	SUICIDIO	(SI) (NO)	_____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES PERSONALES

PADECIMIENTO	RESPUESTA	PADECIMIENTO	RESPUESTA	PADECIMIENTO	RESPUESTA
Varicela	(SI) (NO)	Diabetes	(SI) (NO)	Colitis	(SI) (NO)
Pulmonía	(SI) (NO)	Cáncer	(SI) (NO)	Hemorroides	(SI) (NO)
Reumatismo	(SI) (NO)	Presión alta	(SI) (NO)	¿Es nervioso?	(SI) (NO)
Lumbalgia	(SI) (NO)	Cirugías	(SI) (NO)	Urticaria	(SI) (NO)
Meningitis	(SI) (NO)	Amigdalectomía	(SI) (NO)	¿"Fuegos"?	(SI) (NO)
Gonorrea	(SI) (NO)	Apendicectomía	(SI) (NO)	Fracturas	(SI) (NO)
Sífilis	(SI) (NO)	Otra cirugía	(SI) (NO)	Alergias a:	
Verrugas	(SI) (NO)	¿Cuál? _____		Penicilina	(SI) (NO)
Asma	(SI) (NO)	¿Necesita cirugía?	(SI) (NO)	Sulfas	(SI) (NO)
Anemia	(SI) (NO)	¿Cuál? _____		Aspirina	(SI) (NO)
Hepatitis	(SI) (NO)	¿Fuma?	(SI) (NO)	Neomelubrina	(SI) (NO)
¿A que edad? _____		¿más 10 cig / día?	(SI) (NO)	Otras drogas	(SI) (NO)
Epilepsia	(SI) (NO)	¿toma?	(SI) (NO)	¿Cuáles? _____	
Migraña	(SI) (NO)	¿1 vez/semana?	(SI) (NO)	¿A sueros?	(SI) (NO)
Tuberculosis	(SI) (NO)	¿2-3 veces/semana?	(SI) (NO)		

EN EL ÚLTIMO AÑO HA PADECIDO O TIENE AHORA

PADECIMIENTO	RESPUESTA	PADECIMIENTO	RESPUESTA	PADECIMIENTO	RESPUESTA
Dolores de cabeza severos	(SI) (NO)	Tiene ronquera frecuente	(SI) (NO)	Sangre en excremento	(SI) (NO)
Desmayos	(SI) (NO)	Dolor al tragar	(SI) (NO)	Tos frecuente	(SI) (NO)
Mareos al levantarse	(SI) (NO)	Ganglios inflamados	(SI) (NO)	Tos al acostarse	(SI) (NO)
Vista nublada	(SI) (NO)	Ardor de garganta	(SI) (NO)	Falta de aire al:	
Vista doble	(SI) (NO)	Úlceras en boca	(SI) (NO)	- caminar 2 cuadras	(SI) (NO)
Infección en los ojos	(SI) (NO)	Sangrado de encías	(SI) (NO)	- subir 1 piso	(SI) (NO)
Dolor detrás de los ojos	(SI) (NO)	Dolor de pecho	(SI) (NO)	- estar acostado	(SI) (NO)
Cambios de visión	(SI) (NO)	Sudoraciones nocturnas	(SI) (NO)	Palpitaciones	(SI) (NO)
¿Usa lentes?	(SI) (NO)	Escupe sangre	(SI) (NO)	Dolor de estómago	(SI) (NO)
Dolor de oído	(SI) (NO)	Herpes	(SI) (NO)	Eructo o acedias que ceden con:	
Escurrecimiento de oído	(SI) (NO)	TIFOIDEA	(SI) (NO)	- comida	(SI) (NO)
Zumbido de oído	(SI) (NO)	Dolor muscular	(SI) (NO)	- medicamentos	(SI) (NO)
Disminución del oído	(SI) (NO)	Hinchazón de manos o pies	(SI) (NO)	Buen apetito	(SI) (NO)
Sangrado de nariz	(SI) (NO)	Varices en piernas	(SI) (NO)	Vomita sangre	(SI) (NO)
Catarros frecuentes	(SI) (NO)	Hormigueo o ardor en piernas	(SI) (NO)	Evita comidas	(SI) (NO)
Sinusitis	(SI) (NO)	Tiene pérdida de sabor	(SI) (NO)	Cólicos abdominales	(SI) (NO)
Huele olores extraños	(SI) (NO)	Dolor al evacuar	(SI) (NO)		

EN EL ÚLTIMO AÑO HA PADECIDO O TIENE AHORA

PADECIMIENTO	RESPUESTA	PADECIMIENTO	RESPUESTA	PADECIMIENTO	RESPUESTA
--------------	-----------	--------------	-----------	--------------	-----------

Dolor al orinar	(SI) (NO)	Caída del cabello	(SI) (NO)	Ha tomado con frecuencia:	
Orina más que antes	(SI) (NO)	Baja de peso	(SI) (NO)	Vitaminas	(SI) (NO)
Sangre en la orina	(SI) (NO)	Ronchas en piel	(SI) (NO)	Tranquilizantes	(SI) (NO)
Escurrimiento del pene	(SI) (NO)	Manchas en piel	(SI) (NO)	Aspirinas	(SI) (NO)
Dolor de espalda	(SI) (NO)	Padece insomnio	(SI) (NO)	Cortisona	(SI) (NO)
Calambres	(SI) (NO)	Olvidos fruentes	(SI) (NO)	Hormonas	(SI) (NO)
Debilidad en manos o pies	(SI) (NO)	Se confunde seguido	(SI) (NO)	Antibióticos	(SI) (NO)
Temblor en manos o pies	(SI) (NO)	Se siente triste	(SI) (NO)	Drogas intravenosas	(SI) (NO)
Sensación de calor	(SI) (NO)	Comezón en todo el cuerpo	(SI) (NO)	AZT (RETROVIR)	(SI) (NO)
Cansancio sin razón	(SI) (NO)	Placas blancas en la boca	(SI) (NO)	Dosis	cápsulas/día
Uñas quebradizas	(SI) (NO)	Se ha vacunado recientemente		Tiempo:	meses
Intolerancia al calor	(SI) (NO)	(en los últimos 7 años)	(SI) (NO)	Otros antivirales	
Intolerancia al frío	(SI) (NO)	¿Cuál (es) vacuna? _____		¿Cuáles? _____	

NOTAS ADICIONALES:

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Peso _____ Talla: _____ T.A.: _____/_____ F.C.: _____/min. Temp: _____°C FR: _____
kgs. mts. -

1) CABEZA Y CUELLO

BOCA: (1) normal (2) candida (3) leucoplasia (4) Hiperemía faríngea
(5) aftas (6) S. Kaposi (7) Ulceras (8) Gingivitis
CUELLO: (1) normal (2) adenomegalias mayores de 2 cms. en más de una región anatómica?
PIEL: (1) normal (2) dermatitis seborrética (3) foliculitis (4) incremento pigmentación (5) resequeadad (6) S. Kaposi

2) TORAX

RUIDOS RESPIRATORIOS: (1) normales (2) anormales ¿por qué? _____
estertores () rudeza () sibilancias ()
Taquipnea () Disnea () Cianosis ()
RUIDOS CARDIACOS: (1) normales (2) anormales ¿por qué? _____
Taquicardia () Arritmia ()
ADENOMEGALIAS AXILARES: Derecha () Izquierda ()
PIEL: (1) normal (2) resequeadad (3) foliculitis
(4) S. Kaposi (5) lesiones varioloides

3) ABDOMEN

PIEL: Hepatomegalia () Esplenomegalia () Dolor a la palpación () Giordano () Punto vesicular () Peristalsis anormal ()
(1) normal (2) S. Kaposi (3) resequeadad (4) otras _____

4) GENITALES Y REGION PERIANAL

Úlceras () (1) normal (2) anormal
vesículas () condilomas () adenopatías () S. Kaposi () Otros () _____

5) MIEMBROS INFERIORES

(1) normales (2) onicomicosis (3) edema (4) S. Kaposi (5) lesiones varioloides (6) resequeadad

6) NEUROLÓGICO

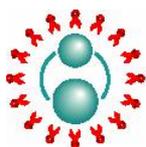
Marca normal () (1) normal (2) anormal
Sensibilidad normal () Orientado () Fuerza normal () reflejos normales ()

ESTADO CLINICO: _____ CDC: _____ OMS: _____

SIDA ()

ASINTOMÁTICO ()

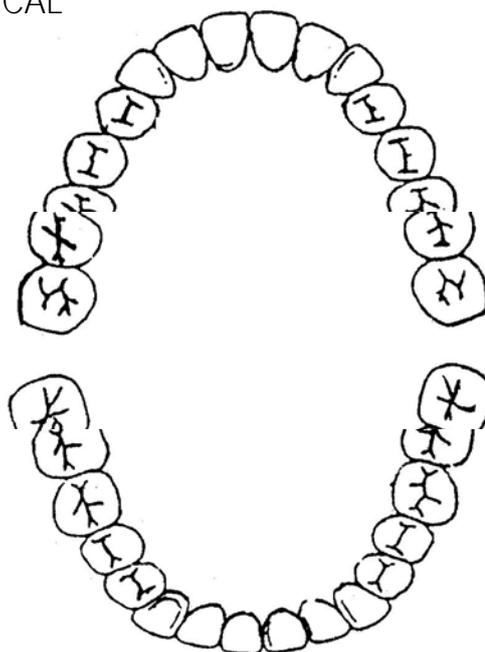
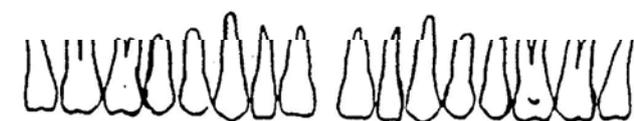
EVALUÓ
NOMBRE // FIRMA



ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

MOTIVO DE CONSULTA _____

EXPLORACIÓN BUCAL



DIAGNOSTICO _____

PRONÓSTICO _____

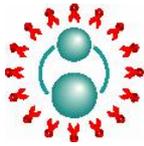
OBSERVACIONES _____

TRATAMIENTO EXTRACCIONES Y CIRUGÍAS

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

TRATAMIENTO PARODONTAL _____



CAPPSIDA

Centro de Atención Profesional a Personas con SIDA A.C.



ATENCIÓN PSICOLÓGICA

HISTORIA CLÍNICA

FECHA: _____

FOLIO: _____

<i>DESCRIPCIÓN FÍSICA</i>

ESTADO EMOCIONAL	EXAMEN MENTAL	COMUNICACIÓN
ANSIEDAD (SI) (NO)	PENSAMIENTO	TONO
ENOJO (SI) (NO)	NIVEL	ALTO (SI) (NO)
TEMOR (SI) (NO)	CONCRETO (SI) (NO)	NORMAL (SI) (NO)
DEPRESIÓN (SI) (NO)	FUNCIONAL (SI) (NO)	BAJO (SI) (NO)
TRISTEZA (SI) (NO)	ABSTRACTO (SI) (NO)	RITMO
ANGUSTIA (SI) (NO)	CURSO	RÁPIDO (SI) (NO)
INDIFERENCIA (SI) (NO)	INCOHERENTE (SI) (NO)	ADECUADO-PAUSADO (SI) (NO)
CULPA (SI) (NO)	COHERENTE (SI) (NO)	LENTO (SI) (NO)
ACTITUD	CONGRUENTE (SI) (NO)	EXPRESIÓN VERBAL
TRANQUILA (SI) (NO)	INCONGRUENTE (SI) (NO)	VERBORREICA (SI) (NO)
EVASIVA (SI) (NO)	DISGREGADO (SI) (NO)	ADECUADA (SI) (NO)
DESCONFIADA (SI) (NO)	ADECUADO (SI) (NO)	ENTRECORTADA (SI) (NO)
IRRITABLE (SI) (NO)	BLOQUEADO (SI) (NO)	ATENCIÓN
INHIBIDA (SI) (NO)	ORIENTACIÓN	CONCENTRADA (SI) (NO)
PASIVA (SI) (NO)	TIEMPO (SI) (NO)	REPRIMIDO (SI) (NO)
DEMANDANTE (SI) (NO)	ESPACIO (SI) (NO)	CONTROLADO (SI) (NO)
PESIMISTA (SI) (NO)	PERSONA (SI) (NO)	LLANTO
ACCESIBLE (SI) (NO)	ALTERACIÓN EN MEMORIA	AUSENTE (SI) (NO)
APÁTICA (SI) (NO)	(SI) (NO)	ABUNDANTE (SI) (NO)
DEFENSIVA (SI) (NO)	¿CUÁL?	REPRIMIDO (SI) (NO)
HÓSTIL (SI) (NO)	ALTERACIÓN EN CONTENIDO	CONTROLADO (SI) (NO)
ALTERACIONES DE HÁBITOS	IDEAS OBSESIVAS (SI) (NO)	REC. DEL PROBLEMA
SUEÑO (SI) (NO)	IDEAS SUICIDAS (SI) (NO)	TOTAL (SI) (NO)
ACT. SEXUAL (SI) (NO)	IDEAS DELIRANTES (SI) (NO)	PARCIAL (SI) (NO)
ALIMENTACIÓN (SI) (NO)	IDEAS PARANOIDES (SI) (NO)	NULO (SI) (NO)

<i>ENTREVISTA INICIAL</i>
MOTIVO DE CONSULTA:
EXPECTATIVAS DEL SERVICIO:

<i>PRE-DIAGNÓSTICO</i>

<i>PRONÓSTICO</i>

<i>TRATAMIENTO</i>

<i>RECOMENDACIONES</i>

*PSICÓLOGO
RESPONSABLE*

*COORDINADOR
ÁREA DE PSICOLOGÍA*

<i>ATENCIÓN MÉDICA</i>	<i>ATENCIÓN PSICOLÓGICA</i>	<i>ATE</i>
FECHA:	FECHA:	FECHA:
ANTECEDENTES	ANTECEDENTES	
OBSERVACIONES	OBSERVACIONES	
RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES	
RESULTADO	RESULTADO	
_____	_____	_____
NOMBRE // FIRMA RESPONSABLE	NOMBRE // FIRMA RESPONSABLE	

BIBLIOGRAFÍA

Aburto, G. C. (2005). "Los programas de intervención contra el comportamiento sexual riesgoso". Psicología y Salud. México. V.15 (2).

Alfaro, M. L. y Díaz, L. R. (1994). Factores psicosociales y conductas sexuales que predicen el uso del condón en estudiantes sexualmente activos. Asociación Mexicana de Psicología Social, La psicología social en México. 5, 636-641.

Alfaro, M. L., Rivera, A. S. y Díaz, L. R. (1992). Actitudes y conocimientos hacia la sexualidad y SIDA en estudiantes de preparatoria. Asociación Mexicana de Psicología Social, La psicología social en México. 5, 95-101.

Álvarez, M. y Puñales, A. (1998). Familia y terapia familiar. Revista de Ciencias Médicas, 1, (2) 16-22.

Amezúa, E. (2007). La sexología como ciencia. Esbozo de un enfoque coherente del hecho sexual humano. Sexología en INCISEX.
<http://www.sexologiaenincisex.com/contenidos/kiosko/articulo.php?id=15&cat=1>

Arranz, P. y Carrillo (1991). Intervención psicológica en enfermos de SIDA, familiares y personal sanitario. Publicación oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA. Vol. 2 Num. 3. Marzo.

Becoña E., Vázquez, L. F. y Obitas, L. A. (1995). "Antecedentes y desarrollo de la psicología de la salud". En Psicología Contemporánea. 2(1). 4-15.

Becoña E., Vázquez, L. F. y Obitas, L. A. (1995). "Estado actual y perspectivas de la psicología de la salud". En: Psicología Contemporánea. 2(1) 100-111

Biagini G. y Sánchez, M. (1995). Actores Sociales y el SIDA, las ONG's y el complejo VIH/SIDA. Argentina: Espacio.

Burgos, M. (2001) Adherencia, Transdisciplina y Psicoanálisis. México: Manual Moderno.

Cohen, F. (1994). Etiología y epidemiología de la infección VIH y del SIDA. En J. D. Dirham y F. Cohen (Eds.) Pacientes con SIDA. (pp. 1-27) México: Manual moderno.

CONASIDA (2000). Guía para la Atención médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales. México: Secretaria de Salud. CONASIDA.

Chávez, P. F. (1990, 5 abril) SIDA en México: situación y perspectivas. Revista Tiempo. México. 94, 2501, 7-9.

Daniels, G. V. (1988). SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. México: El Manual Moderno.

De la Fuente, R. (1992). Psicología médica. México: Fondo de Cultura Económica.

Depresión y VIH. AIDSMEDS

http://www.aidsmeds.com/articles/Depresion_7661.shtml

Díaz, L. R. y Alfaro, M. L. (1995). Factores psicosociales relacionados con el contagio del VIH en estudiantes de preparatoria. Revista Interamericana de Psicología, 29 (2), 215-226.

Durán, G., Becerra, J. y Torrejón, M. (1991). El proceso salud-enfermedad y su interrelación con el comportamiento humano. Psicología y Salud, 3, 101-111.

Fernández, A. F. (1989). Psicología médica y social. Barcelona, Salvat. Cap. 33

Flores, M. G. Y Díaz, R. (1992a). Actitudes hacia la vida, muerte y SIDA. Revista Psicología Social y Personalidad, 7 (2), 11-20.

Flores, M. G. Y Díaz, R. (1992b). Actitudes hacia la salud, enfermedad y SIDA. Revista Psicología Social en México, 4, 83-88.

Frago, S. y Sáez, S. (2007). Sexología y Educación sexual: El sexólogo hoy. Monografía. Instituto Amaltea de Sexología y psicoterapia. (España).
<http://www.amaltea.org/content/view/93/70/>

Freedman, A. M., Kaplan, H. I y Sadock, B. J. (1982). Tratado de Psiquiatría. España: Salvat. V. II. pp 1499. 1982.

Glieman, P. N. B. (1996). Rol del psicólogo en la promoción de la salud pública. Tesis de Licenciatura: Universidad Iberoamericana.

González, J. (2003) Psicología y Salud en México. UNAM Iztacala: Tesina. pp. 9

Gray, R. (1987). Paciente terminal y la muerte. México, Doyma.

Grmek, M. (1992). Historia del SIDA en México. México: Siglo XXI Editores.
Organización Panamericana de la Salud. Bolivia. (2007)
(<http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161702>)

Jiménez, D. (2002). "Cuidando a los cuidadores: Familiares de pacientes con infección renal crónica. Hospital General Tacuba del ISSSTE". Memorias de IV Coloquio Internacional sobre Servicio Social Comunitario. México: UNAM

Hernández, J. J. (1995). El trabajo en VIH/SIDA de las organizaciones no gubernamentales mexicanas. Salud Publica de México, 37 (6), 654-660.

Hill JM, Farrar WL, Pert CB. (1987). Autoradiographic localization of T4 antigen, the HIV receptor in human brain. International Journal of Neurosciences, 32, 687-693

Knapp, E. Y Delgado, E. (1990). "Psicología, cáncer y dolor". En: Revista Cubana de Psicología. 2 (2).

Kolb, C. K. (1992). Psiquiatría Clínica Moderna. México:La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V.

Lipkin, B. G. Y Cohen, G. R. (1980). Atención emocional del paciente. México, La prensa Médica. Pp. 227-284.

López. L., Betto, F. (1995). Vigencia de utopías en América Latina.

López, M. A., Villagrán V. G. Y Díaz, R. (1994). Percepción de riesgo, atribución del contagio y aspectos emocionales en relación con el SIDA. Asociación Mexicana de Psicología Social, La Psicología Social en México, 5, 594-600.

Maldonado, J. L. y Fernández F. (SF). Trastornos psiquiátricos asociados con el VIH/SIDA . Interamerican Collage of Physicians and Surgenos (ICPS). Estados Unidos.

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

Modesto, J., Aguilera, A. y Avery, A. (1994). Aspectos psiquiátricos y sociales del SIDA. Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina. 40 (2), 71-103

Montes, M. y Bayle, M. (2002). "Aspectos psicológicos y psiquiátricos en unidades especiales de hospitalización". En: <http://www.sepsiquiatria.org>

Organización Mundial de la Salud. OMS (2007)
http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html

Piña, J. A. (1988). EL papel de la psicología en la prevención del SIDA: El trabajo comunitario. Asociación Mexicana de Psicología Social, La Psicología Social en México. 2, 291-296.

Preciado, J. y Montesinos, L. (1992). EL SIDA: Desafíos para la psicología. Revista Latinoamericana de Psicología, 24 (1-2), 177-187.

Reyes, L. I. (1990). Actitudes hacia el SIDA en jóvenes universitarios. Asociación Mexicana de Psicología Social, La Psicología Social en México. 3, 316-319.

Richardson, D. (1990). ¿Qué es el SIDA?. La mujer y el SIDA. México: El Manual Moderno.

Rico, B., Bronfman, M. y Del Rio C. (1995). Las campañas contra el SIDA en México: "Los sonidos del silencio". Salud Pública de México, 37 (6), 646-653.

Roales J. (2004). Psicología de la Salud. Madrid, Pirámide. 2004

Salame, E. (1996) Importancia de la psicoterapia en personas que viven con VIH/SIDA. México: CONASIDA. SIDA/ETS. Vol. 2 No. 2

Sánchez, R. (2005). "Estrategias erráticas Presupuesto 2006 para VIH/SIDA". Periódico La Jornada suplemento Letra S. México. No. 111

Sepúlveda, J. (1989). SIDA, ciencia y sociedad en México. México Fondo de Cultura Económica.

SSA Dirección General de Epidemiología. Registro Nacional de Casos de SIDA Datos al 15 de Noviembre de 2007 CENSIDA

Terapia grupal. (2007). En: <http://html.rincondelvago.com/terapia-grupal.html>

Torres, M. K., Alfaro, M. I., Díaz, R. y Cillagrán, V. G. (1994). La atribución del origen del SIDA, percepción de riesgo y respuestas emocionales ante el contagio del VIH. Asociación Mexicana de Psicología Social, La Psicología Social en México. 5, 616-621.

Vallejo, R. J. (2002). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. España: Masson, S. A.

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

Wellisch, K. D. (1986). " Aspectos psicológicos de la enfermedad maligna" En: Sarina, Gregory. Compiladora. Manual de oncología clínica. México: Limusa.

Zas Ros B. (2007). La psicología en las Instituciones de Salud. Cuba: Psicología Online.

Zas, R. B., Carbonell, M. M., Rial, B. N. y Grau, A. J. (1995). "El tratamiento psicológico del dolor. Un programa para el desarrollo de habilidades para el trabajo multidisciplinario". En: Revista Latinoamericana de Psicología. 27 (1) 9-24.