

31
Ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

EVALUACION PSICOLOGICA PRE Y POST PRUEBA
PARA PERSONAS QUE SE SOMETEN
AL ANALISIS DEL VIH/SIDA

REPORTE LABORAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
ALEJANDRO BARRERA HERNANDEZ

DIRECTOR DE REPORTE LABORAL: LIC. JESUS MORALES TAPIA
ASESOR DE REPORTE LABORAL: LIC OFELIA REYES NICOLAT
DIRECTOR DE LA FACULTAD: DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA

MEXICO, D.F. 1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

Alfredo: Te agradezco mucho ocho años de espera, finalmente el trabajo está terminado.

A Luis y Socorro por enseñarme que el amor puede ser infinito.

A Luz por más de 500 horas frente a la computadora.

A Rocio porque hemos podido vencer a la muerte en dos ocasiones.

A mis pacientes que pasan por esta fuerte experiencia llamada SIDA.
A quien labora en la Fundación, en especial a Mauricio Ramos Madrigal,
A David e Iskader por su descubrimiento en el primer encuentro de voluntarios.

A la señora de Garay, por su admirable trabajo en el Hogar Infantil a la madre Antonia y mi amigo Adalberto.

A la Lic. Ofelia Reyes Nicolat, por su apoyo constante.

A la Lic. Olivia, de Educación Continua.

Al Lic. José de Jesús Morales Tapia
Lic. Celso Serra Padilla
Lic. Sofía Rivera Aragón
Lic. Alma Treviño Nogueira

"Sólo la lucha le da sentido a la vida.

**El triunfo o la derrota está en manos
de los Dioses, celebremos la lucha"**

**Canto de Guerra
Suahili**

Al final de la batalla,
y muerto el combatiente, vino hacia él un hombre
y le dijo "No mueras; te amo tanto"
Pero el cadaver siguió muriendo.

Se le acercaron dos y repitiéndole:
"! No nos dejes! ¡Valor! ¡Vuelve a la vida!"
Pero el cadaver siguió muriendo.

Acudieron a él cien mil, clamando:
!Tanto amor y no podemos contra la muerte!
Pero el cadaver siguió muriendo

Entonces todos los hombres de la tierra
le rodearon; los vió el cadáver triste,
emocionado: se incorporó lentamente
los abrazo y comenzó a caminar...

César Vallejo
T.D.V. 1995

EVALUACION PSICOLOGICA PRE PRUEBA Y POST PRUEBA PARA PERSONAS
QUE SE SOMETEN AL ANALISIS DEL VIH/SIDA

INDICE

	Pág.
I) INTRODUCCION	1
II) ANTECEDENTES	3
EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA SIDA Y EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA VIH	7
a) Historia del SIDA	7
b) VIH y SIDA conceptos	9
c) Mecanismos de transmisión del virus	11
d) Epidemiología	18
e) Tendencias de la epidemia	19
EL SIDA Y SUS COSTOS	26
a) Costo social	26
b) Costo económico	30
c) Costo laboral	32
d) Costo familiar	35
e) Costo emocional	38
f) Iatrogenia	42
ASPECTOS PSICOLOGICOS	44
a) Un enfoque multidisciplinario del problema	46
b) Niveles de intervención psicológica	47
c) Intervención psicológica de primer nivel	48
d) Intervención psicológica de segundo nivel	56
e) Intervención psicológica de tercer nivel	59
f) Qué debe hacer el psicólogo para ayudar al paciente	60
g) Modelo asistencial de Sternswärd	61
h) Modelo de atención psicológica propuesta por la OMS	64
i) Resumen	66

III PROCEDIMIENTO	70
EVALUACION PSICOLOGICA PRE Y POS	70
a) Objetivos, sujetos e instrumentos	70
b) Descripción del cuestionario	71
c) Metodología	73
1) Presentación	74
2) Explicación del servicio	74
3) Explorar las necesidades	75
4) Informar al paciente	75
5) Decisión	78
6) Evaluación emocional	78
7) Aplicación de la encuesta	79
8) Cierre	79
9) Toma de muestra	79
10) Evaluación psicológica o informe	79
e) Evaluación post prueba entrega de resultado	80
1) Recepción	80
2) Evaluar espera	80
3) Reafirmar información	80
4) Introducción antes del resultado	80
5) Entrega del resultado	80
6) Resultado negativo	81
7) Resultado indeterminado	81
8) Resultado positivo	82
IV EVALUACION	88
a) Tablas del cuestionario previo a la prueba	86
b) Tablas del cuestionario posterior a la prueba	87
c) Gráficas	89
d) Resumen de resultados	91
V ANALISIS Y CONCLUSIONES	94
VI CONTRIBUCION	99
BIBLIOGRAFIA	101
ANEXOS	105

INTRODUCCION

EVALUACION PSICOLOGICA PRE Y POST PRUEBA PARA PERSONAS QUE SE SOMETEN AL ANALISIS DEL VIH/SIDA

I) INTRODUCCION

CONTEXTO

La Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA (ubicada en calle 19 No. 75, Col. San Pedro de los Pinos, D.F.) creada en 1987 es el primer organismo no gubernamental establecido en México que trata los efectos y propagación del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA, su principal objetivo es enfrentar los retos que nos impone la epidemia de este síndrome. Toda persona que lo solicite puede someterse a la prueba de detección de anticuerpos al VIH tanto la de carácter presuntivo como la de carácter confirmatorio.

Desde su origen la Fundación realiza actividades en forma programada para instrumentar la lucha contra el SIDA, para informar y ayudar en la toma de conciencia sobre las formas de transmisión y prevención del VIH y especialmente para atender a quienes viven con el VIH.

También se ofrece una batería de exámenes para la detección de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Se cuenta, además, con servicios: de capacitación diagnóstico, apoyo psicológico, servicios médicos, de enfermería, odontológicos, de nutrición, de atención en casa a los pacientes y de información telefónica.

Capacitación: se imparten cursos y talleres de información básica sobre VIH y SIDA, al público en general.

Diagnóstico: Un paso importante que algunas personas han dado y otras quieren dar, es someterse a la prueba de detección de anticuerpos al VIH. Es un paso difícil y en la Fundación se ayuda al paciente a que esté bien informado. La persona que lo solicite puede someterse a la prueba de detección del VIH tanto por prueba de ELISA como la confirmatoria llamada Western Blot.

Apoyo psicológico: Cuando una persona decide hacerse la prueba, la Fundación le brinda apoyo emocional antes y después del examen. Se proporciona atención psicológica a familiares y amigos, además se promueve con buenos resultados la formación de grupos de autoayuda.

Servicio médico y de enfermería: Se ofrece atención médica en sus distintas áreas además de canalizar a los enfermos a clínicas y hospitales especializados, se ofrecen servicios de enfermería y venta de medicamentos.

Servicio odontológico: La especialidad de odontología ofrece atención a los pacientes VIH positivo que lo requieran.

Nutrición: Una persona seropositiva o con SIDA requiere especial cuidado en su alimentación, en la Fundación se ofrece una asesoría personalizada en este Servicio.

Atención en casa al paciente con SIDA: Ante el incremento en el número de personas que día a día, desarrollan sintomatología como consecuencia de la infección por VIH/SIDA, las necesidades de atención van aumentando rápidamente y las diversas instituciones hospitalarias saturan su capacidad de atención. Como consecuencia, en

muchos casos no pueden brindar la atención que un paciente necesita y lo envían a su casa para que sea atendido ahí. Debido a la evolución de la enfermedad, que compromete seriamente el estado de salud del paciente, la atención domiciliaria adquiere gran importancia. Los voluntarios de la Fundación Mexicana para la Lucha Contra el SIDA realiza visitas domiciliarias para apoyar y capacitar a los familiares de las personas que viven con VIH/SIDA, ayudando al paciente en muchos de los problemas tanto físicos como emocionales.

Información telefónica: La Fundación proporciona información básica y asesoría preliminar, a quien lo solicite por este medio.

ANTECEDENTES

II) ANTECEDENTES

En la época actual la magnitud y la tendencia esperada a la epidemia del SIDA son tales que el personal de salud en algún momento de su ejercicio profesional, se verá atendiendo a una persona portadora del VIH o SIDA. Con mayor frecuencia el psicólogo se encuentra ante una persona a la que juzga necesario practicarle los análisis de sangre para detectar anticuerpos contra el VIH o se enfrenta al reto de entregar un resultado positivo. En la mayoría de las ocasiones sin contar con el entrenamiento o los conocimientos para dar la asesoría necesaria ante la posible realización de la prueba o reducir el impacto emocional y psicosocial que provoca conocer el resultado positivo.

El SIDA ha dejado al descubierto la vulnerabilidad humana porque evoca temores y profundas inhibiciones en el ser humano, además de reacciones mezquinas e irracionales. El SIDA ha modificado el ejercicio de la sexualidad, el amor y las relaciones humanas, como menciona Arango (1993).

Si la enfermedad que se enfrenta es incurable, puede ocasionar al que recibe la notificación un impacto emocional o que ponga en peligro su integridad física. Sin lugar a dudas, el VIH-SIDA representa un golpe a la estabilidad de cualquier ser humano. A todo ello se agrega, que la enfermedad, por su medio de transmisión involucra la intimidad sexual del individuo, y que las personas afectadas están injustamente sujetas a estigmatización y marginación social. Y el temor a la muerte es muy fuerte. Sin embargo, como ya se sabe, el ser portador de VIH no significa que se tenga SIDA ni que se va a morir el paciente; puede ser asintomático. La forma no aparente o asintomática es cuando la persona es portadora del VIH pero goza de buena salud y carece de síntomas. El virus está presente en algunas células de su

organismo pero no está "activo". Es lo que se llama un portador asintomático; puede permanecer así durante 10 años o más o evolucionar hacia otra fase de la infección por VIH (Bayés, 1995).

Las reacciones iniciales de los pacientes ante un resultado positivo pueden variar: algunos individuos experimentan una conmoción o crisis, se sienten aturdidos, confundidos, no pueden pensar con claridad, o en ocasiones se acompaña con llanto; en otros la reacción es ira, o bien pueden guardar silencio, aparentemente tranquilos y sin ninguna emoción; una vez pasado este periodo inicial, algunas personas se sienten abrumadas emocionalmente y experimentan una sensación de pérdida de control, seguida de una sucesión de emociones, pensamientos e interrogantes (Carovano y Ramos, 1991).

Si no se cuenta con un antecedente del paciente respecto a como se enfrentaría a la posibilidad de ser positivo, no sabremos como orientarlo adecuadamente.

Por lo tanto, como expone Arango (1993), las reacciones del paciente frente al diagnóstico de infección por VIH/SIDA están determinadas por una serie de variables personales desarrolladas a lo largo de su vida como son: edad, sexo, personalidad, religión, habilidades, antecedentes culturales, salud mental, estilo de vida e inteligencia. Por aspectos sociales como: la familia, las relaciones interpersonales, habilidades de comunicación, aspectos relacionados directamente con la enfermedad, la calidad y asistencia que reciba, el deterioro físico y psicológico y el tiempo de sobrevida.

Una vez que el paciente toma la decisión de someterse o no a la prueba de anticuerpos, el psicólogo puede ayudarle en:

- a) El proceso de la toma de decisión brindando información veraz sobre la prueba y su significado, y ayudándole a analizar sus posibilidades de haber estado expuesto al VIH de acuerdo al análisis de riesgo previamente efectuado.
- b) Establecer sus motivos para tomarse la prueba y
- c) Evaluar si se está preparado emocionalmente para aceptar el resultado. El psicólogo debe analizar las formas en las que el paciente se ha adaptado a situaciones de tensión en el pasado, así como sus fuentes actuales de apoyo emocional. Estos conocimientos son importantes para poder manejar las emociones durante el tiempo que transcurre entre la fecha en que se tome la muestra de sangre y la fecha en que los resultados están disponibles, para que el paciente pueda prepararse para la posibilidad de recibir un resultado positivo.

EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) Y EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

a) HISTORIA DEL SIDA

Respecto al origen del virus que produce el SIDA existen diferentes teorías, por ejemplo: algunos científicos pensaban que el virus fue transmitido por un mono en África que contagió la enfermedad a un ser humano, éste a su vez infectó a otras personas de su comunidad. Posteriormente, un grupo de obreros haitianos se infectaron con el virus y lo llevaron a Norteamérica. Debido a que muchos hombres homosexuales de Nueva York y Florida viajan a Haití, se cree que llevaron la enfermedad de regreso a su país.

Por otro lado, también surgió la teoría de que la CIA estaba experimentando con armas biológicas y se infectaron por accidente algunos lotes de gama globulina. No es tan importante saber quién lo trajo o de dónde vino el virus, de hecho se cree que el SIDA existía desde hace muchos años.

Según L. Hay (1990) en 1969, en St. Louis, se guardaron muestras de tejido cerebral de un joven de 15 años que murió misteriosamente, se ha comprobado que este joven estaba infectado con el virus del SIDA. La teoría más acertada es la que dice que el virus ya existía y sufrió mutaciones que lo llevaron a ser un virus mortal.

Sin embargo, no es sino hasta el año de 1981 en la ciudad de Los Angeles, California, cuando los médicos detectaron a un grupo de jóvenes adultos que presentaban un tipo de neumonía muy raro llamado Pneumocystis Carinii y un cáncer muy extraño llamado Sarcoma de Kaposi. Desde entonces la comunidad médica se empieza a cuestionar sobre este nuevo padecimiento.

En 1986 el virus que causa el SIDA es identificado y se le denomina VIH. Lo cual quiere decir:

V.- Virus

I.- Inmunodeficiencia

H.- Humana

Es un virus que afecta el sistema inmunológico de los seres humanos únicamente.

Por otra parte, el Dr. Gallo y sus colaboradores desarrollan métodos confiables para la detección del virus, a través de una prueba de sangre.

Más tarde, las investigaciones dan a conocer las formas de transmisión del virus, que son las siguientes:

- 1) Por exposición de sangre contaminada
- 2) Mediante transfusión por agujas infectadas
- 3) Por vía perinatal de madre a hijo (a través de la placenta o en el momento del parto).
- 4) Por contacto sexual en el que existiera intercambio de líquidos corporales (sangre y/o semen)

En los 10 años transcurridos desde la identificación del SIDA, la epidemia ha afectado a todos los sectores de la sociedad y de las instituciones: familia, empresa, gobierno, comunidad en general. También ha influido en la práctica científica, médica y asistencial en el mundo entero (Arango, 1993).

b) EL VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un bloque de material genético revestido por un envoltorio proteico llamado: Capside. El virus utiliza 4 tipos de secuencia genética para multiplicarse:

- 1) ARN de espiral simple (ácido ribonucleico)
- 2) ADN de espiral doble (ácido desoxirribonucleico)
- 3) ARN de espiral doble
- 4) Y un peculiar virus, ARN llamado retrovirus

Al encontrar una célula huésped el virus perfora sus membranas y se introduce en la célula y utiliza sus mecanismos para reproducirse.

Comúnmente si un paciente tiene una infección cuenta con 2 clases de células para enfrentarla:

1) Células "T" (se congregan en el lugar de la infección, leen el antígeno o al intruso y lo neutralizan).

2) Células "B" (producen anticuerpos contra el agente infeccioso)

El VIH está provisto de ARN de espiral simple y tiene una enzima llamada transcriptasa inversa. Cuando entra en la célula huésped puede permanecer dormido o bien empezar a multiplicarse. Si se multiplica se une al ADN de la célula huésped utilizando la transcriptasa inversa, transcribe la imagen exacta de un espiral de ADN, formando un producto interno llamado ADN/ARN. En ese momento el virus se enmascara en el material genético robando a la célula huésped y se transforma en ADN de espiral doble, anteriormente era ARN de espiral simple. Después de multiplicarse el virus puede brotar a través de la membrana de la célula huésped y la mata.

El VIH ataca a los Linfocitos T4, inutiliza el sistema inmunológico y provoca una enfermedad llamada SIDA. Cualquier ataque posterior de alguna infección oportunista, como la neumonía o el sarcoma de Kaposi, puede ser mortal (L. Hay, 1990).

c) EL SIDA

El SIDA es el resultado de la infección por el VIH e incapacita al organismo para defenderse de otros virus y bacterias, SIDA significa:

S (Síndrome).- Enfermedad o condición caracterizada por un conjunto de signos y síntomas que se presentan simultáneamente.

I (Inmuno).- Deterioro del sistema inmunológico

D (Deficiencia).- Disminución o deterioro.

A (Adquirido).- Porque es secundaria a la infección por el VIH; no es heredado sino que se adquiere.

d) MECANISMOS DE TRANSMISION

El VIH se puede encontrar en algunas células y en líquidos y secreciones orgánicas de las personas infectadas, en cantidades variables a lo largo del tiempo.

El virus se encuentra en:

- a) La leche materna
- b) Las lágrimas
- c) La saliva
- d) La transpiración

- e) Las heces fecales y la orina
- f) La sangre
- g) El semen, el líquido preeyaculatorio y los fluidos vaginales

Sin embargo, actualmente se acepta que sólo a través de la sangre, semen, líquido preeyaculatorio, secreciones vaginales y leche materna se puede transmitir el virus a otra persona.

Las principales puertas o entradas del VIH pueden ser:

- 1) Mucosas.- Membranas muy delicadas que recubren el recto, la vagina, la boca y parte de los ojos
- 2) Piel dañada.- Por cortaduras, abrasiones o ulceraciones

Tanto debajo de las mucosas como de la piel que recubre la superficie externa del cuerpo se encuentran los vasos sanguíneos y linfáticos. Con lo que hace posible la transmisión de la infección.

Los mecanismos de transmisión de la infección por el VIH son:

- a) A través del contacto sexual.
- b) A través de la sangre o sus componentes, y por órganos o tejidos infectados por el VIH
- c) De una mujer infectada por el VIH al feto o recién nacido.

a) A través del contacto sexual

El contacto sexual con una persona infectada es el modo de transmisión más frecuente de la infección por el VIH, especialmente si se practica el acto sexual sin protección, es decir, sin la utilización del preservativo.

El riesgo de contagio depende de varios factores, a saber: el tipo de acto sexual, la probabilidad de que uno de los miembros de la pareja pueda ya estar infectado, la cantidad de virus presente en la sangre o las secreciones genitales de la persona infectada, y la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual o de lesiones en piel o en las mucosas en uno de los miembros de la pareja.

El acto sexual con penetración, en el que no se utiliza protección, entraña un riesgo significativo de transmisión del VIH si las secreciones de una persona infectada se pone en contacto con las mucosas que recubren el recto, la vagina, la uretra o la boca de la persona expuesta.

No todas las personas tienen el mismo riesgo de estar infectadas por el VIH. El intercambio frecuente de parejas sexuales hace que las personas tengan mayor riesgo de relacionarse con una persona infectada y, por lo tanto, contraer la infección. La prostitución, tanto la masculina como femenina, implica riesgos elevados de infección debido a la actividad sexual con múltiples parejas.

Ser homosexual, bisexual o adicto a las drogas no conduce por el hecho en sí a la infección por VIH y posteriormente a contraer el SIDA: Lo que ocurre es que, muchas veces, el número y la frecuencia de intercambio de parejas sexuales aumenta el riesgo de adquirir la infección, así como el intercambio de agujas en el caso de los drogadictos.

Poco tiempo después de la infección inicial por el VIH, la cantidad de virus es mayor y el grado de contagio es alto; en etapas subsiguientes disminuye la cantidad de virus y aumenta la de anticuerpos, pero la persona infectada continúa siendo una fuente de contagio. Al cabo de varios años, la cantidad de virus aumenta nuevamente, hasta que se presentan los síntomas del SIDA.

El riesgo de transmisión a través de la sangre, las secreciones vaginales y el semen de las personas infectadas radica en el hecho de que en estos líquidos orgánicos el virus se encuentra habitualmente en mayores cantidades que en otros líquidos y secreciones.

b) A través de sangre o sus componentes y por órganos o tejidos infectados por el VIH.

Estas formas de transmisión incluye:

- 1.- El uso de agujas y jeringas contaminadas.
- 2.- La transmisión de sangre contaminada.
- 3.- El trasplante de órganos o tejidos infectados por el VIH.

1.- Por el uso de agujas y jeringas contaminadas con el VIH.

La forma que tiene lugar en este modo de transmisión es la siguiente: cuando una persona infectada por el VIH se inyecta droga, la jeringa y la aguja con que lo hace se contaminan con sangre. Si la otra persona utiliza estos mismos instrumentos sin esterilizar, parte de la sangre del primer usuario contaminada por el VIH, entra en la circulación sanguínea de la próxima persona y la infecta.

Otro modo de transmisión por aguja y jeringas contaminadas se puede dar entre los agentes de salud que atienden a personas con SIDA, o entre el personal de laboratorio donde se manipula material contaminado, quienes pueden infectarse por pinchaduras accidentales con agujas contaminadas.

También las prácticas que conllevan riesgos cuando se utiliza material contaminado y no esterilizado son la transmisión de paciente a paciente por personal médico y de enfermería, o por tratamientos dentales. Los tatuajes, la perforación de las orejas y la acupuntura son también prácticas riesgosas cuando no se observan las precauciones necesarias.

2.- La transmisión de sangre contaminada

Aunque a disminuido la transmisión de VIH a través de las transfusiones de sangre, continúa siendo un problema serio en algunos países en desarrollo. Esto se debe al hecho de que en muchos de esos países no se efectúan pruebas para la detección del VIH en sangre a transfundir, ya sea por problemas de costos o bien porque se carece de medios técnicos.

El problema de las transfusiones es más serio, en el caso de aquellas personas que las requieren con frecuencia. Como ocurre en los enfermos de hemofilia. Por ello aumenta el riesgo de recibir sangre contaminada.

3 - El trasplante de órganos o tejidos contaminados con VIH

Por último, los trasplantes de órganos o tejidos infectados , así como el semen contaminado en el caso de la inseminación artificial, son otras fuentes de infección que conviene tener en cuenta.

c) De una mujer infectada por el VIH al feto o al recién nacido .

Si una mujer embarazada está infectada por el VIH, existe la posibilidad de que el virus se transmita al feto, ya que, aún cuando la corriente sanguínea de la madre y el feto están separadas por la placenta, esta separación sólo previene el intercambio de células, pero no de sustancias nutritivas o de partículas pequeñas tales como los virus. El recién nacido puede entrar en contacto con la sangre de la madre durante el parto. Además la transmisión de la infección de la madre a su hijo también se puede dar durante la lactancia a través de la leche materna.

A partir de que se es portador del virus, el individuo pasa por varias etapas o fases:

PRIMERA FASE:

Cuando el virus entra en el cuerpo se conoce como infección aguda. Todas las personas infectadas atraviesan por esta etapa pero pocas de ellas presentan algún síntoma de los que le caracterizan: fiebre, malestar general, dolores musculares, crecimiento de ganglios.

Se puede confundir con cualquier infección viral como la gripa y una semana después desaparecen todas las molestias. A partir de esa fase ya se puede contagiar a otra persona.

SEGUNDA FASE:

A la persona que se encuentra en esta etapa se le conoce como portador asintomático o seropositivo. En esta fase el virus puede estar "dormido" o poco activo y no causa daño al sistema inmunológico.

El tiempo que dura esta etapa es muy variable y el portador puede estar en aparente salud durante años.

La única forma de saber que está infectado es a través de una prueba de laboratorio que detecte anticuerpos contra el VIH. La mayoría de los pacientes pasan por esta fase de la enfermedad.

TERCERA FASE

En esta etapa pueden aparecer "bolas" en el cuello, axilas e ingle, que persisten durante meses. Estas bolas se deben al crecimiento de ganglios. A esta tercera fase se le conoce como linfadenopatía generalizada, sin embargo, no todos pasan por ella.

CUARTA FASE:

La cuarta fase se le conoce con el nombre de SIDA. Es la última etapa de la infección, aquí surgen infecciones y tumores malignos que son el resultado de que el sistema de defensa del cuerpo ya se encuentra dañado.

SINTOMATOLOGIA DEL SIDA

La sintomatología más común que se manifiesta en las personas que pasan de ser portadores o seropositivos a enfermos de SIDA son las siguientes:

- Diarreas ininterrumpidas por más de un mes y resistentes a tratamientos.
- Pérdida excesiva y rápida de peso (10% del peso total en un mes)
- Complicaciones de enfermedades broncorespiratorias y tos seca.
- Fiebres y sudoraciones excesivas vespertinas y nocturnas
- inflamación de ganglios, especialmente en el cuello y axilas (1 cm aproximadamente)
- Cáncer de piel (Sarcoma de Kaposi)
- Cansancio y malestar general
- Pérdida de apetito considerablemente
- Falta de aire consecutivamente

Para considerar que se está enfermo de SIDA se deben presentar varios síntomas juntos sin causa aparente y tener el diagnóstico de laboratorio (Bayés, 1995).

COMO NO SE TRANSMITE

El VIH no se transmite por el contacto habitual de persona a persona en el hogar, ni por las relaciones sociales cotidianas en escuelas, lugares de trabajo o lugares públicos.

Hasta la fecha no se sabe de ningún miembro de la familia de un paciente, encargado de su cuidado que se haya infectado por el contacto habitual con el enfermo. El VIH no se transmite por el contacto diario casual, ya que el virus no sobrevive por mucho tiempo, en el aire, el agua o los objetos que una persona infectada pudiera haber contaminado con su sangre o su semen.

Está demostrado que se puede besar, abrazar y acariciar a las personas infectadas sin peligro de contraer la infección por el VIH. Tampoco implica riesgos de infección por

el VIH el compartir los platos o los cubiertos con un enfermo, o aún su ropa de cama. Además, el VIH no se transmite por las lágrimas, el sudor, la tos o los estornudos. La comida preparada por una persona infectada no conlleva riesgo de infección para los que la comen, ni de suponer riesgo de contagio al cuidar a los enfermos que deseen permanecer en el hogar y que no requieran hospitalización.

El hecho de que reconocidos deportistas hayan adquirido la infección por el VIH llamó la atención sobre el riesgo potencial que supone la práctica deportiva de las personas infectadas. Hasta ahora no se ha comprobado que algún deportista se haya infectado por su participación en un deporte en el que también participa una persona infectada por el VIH.

d) EPIDEMIOLOGIA

La distribución y frecuencia de los infectados por VIH y de los enfermos de SIDA en las poblaciones y áreas geográficas, así como su evolución en el tiempo, depende de factores psicológicos y sociales, además de las características biológicas de la interacción entre este virus y el ser humano (Toledo, 1996):

Las cifras hablan por sí mismas sobre el veloz incremento y la necesidad de prevenir la mortal enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó a nivel mundial:

En 1988	81433 casos de SIDA
En 1990	266 098 casos de SIDA
En 1991	314 616 casos de SIDA
En 1995	18.5 millones de casos de SIDA

Entre 14 y 15 millones de estos casos siguen vivos. El 31 de enero de 1996 CCNASIDA reportó 37,077 casos de SIDA en México.

A lo largo de 9 años podemos notar el aumento alarmante de los casos de SIDA en México (ver cuadro 1)

CUADRO 1 CASOS NUEVOS DE SIDA POR AÑO DE NOTIFICACION
MEXICO ENERO DE 1996

AÑO	CASOS	TASA DE INCIDENCIA	RAZON DE MASCULINIDAD	% DE CASOS EN MUJERES
1983	6	0.05	0:0	0.0
1984	6	0.08	0:0	0.0
1985	29	0.4	14:1	6.9
1986	246	0.4	30:1	3.3
1987	518	6.4	11:1	8.1
1988	905	10.9	5:1	13.5
1989	1605	19.0	6:1	15.2
1990	2587	31.0	5:1	16.2
1991	3155	37.1	5:1	15.2
1992	3210	37.0	6:1	15.2
1993	5057	57.2	6:1	14.8
1994	4112	45.6	6:1	14.4
1983-1995	23064		6:1	14.4
1995-1996	37077		6:1	50.2

* Tasa por 1 000,000 de habitantes

FUENTE: 1980-1989 Proyección realizada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO).

1990 XI Censo General de Población y Vivienda 1990 INEGI

1991-1995 Proyección del Centro de Estudios en Población y Salud, SSA.

1995-1996 CCNASIDA

México ocupa el 10° lugar frente al mundo en casos de SIDA y el 3° en el continente

Americano (ver cuadro 2)

CUADRO 2 DISTRIBUCION DE CASOS DE SIDA NOTIFICADOS EN EL 4° TRIMESTRE DE 1990, 1994 Y 1995 POR REGION GEOGRAFICA, MEXICO HASTA EL 1° DE ENERO 1996

ESTADO	No DE CASOS NOTIFICADOS EN 4o TRIM DE 1990	No DE CASOS NOTIFICADOS EN 4o TRIM DE 1990	No DE CASOS NOTIFICADOS EN 4o TRIM DE 1990	No DE CASOS NOTIFICADOS EN 4o TRIM DE 1990	TASA	PORCIENTO DEL TOTAL ACUMULADO DE CASOS
REGION CENTRO						
DF	275	259	238	7 783	750	30.2
Subtotal	275	259	238	7 783	750	30.2
REGION CENTRO ORIENTE						
MEXICO	148	378	145	3 895	308	14.4
PUEBLA	38	59	53	1 371	331	5.3
VERACRUZ	6	63	29	888	145	3.8
MORELOS	24	18	28	575	448	2.2
GUANAJUATO	8	10	2	352	98	1.4
HIDALGO	0	2	7	220	119	0.8
TLAXCALA	1	11	4	190	281	0.7
QUERETARO	2	5	5	134	137	0.5
Subtotal	227	555	273	7 525	240	20.2
REGION CENTRO OCCIDENTE						
JALISCO	58	88	27	2 941	558	11.4
GUERRERO	32	64	3	742	285	2.9
MICHOACAN	24	31	50	715	209	2.8
SINALOA	5	35	9	334	138	1.3
NAYARIT	14	6	23	294	343	1.1
S.L.P.	18	7	18	249	121	1.0
DURANGO	2	12	1	148	109	0.6
ZACATECAS	3	4	3	108	83	0.4
AGS	9	18	1	102	145	0.4
COLIMA	0	2	3	82	192	0.3
Subtotal	161	285	138	5 715	280	22.2
REGION NORTE						
B.C.	75	27	81	844	559	3.3
NUEVO LEON	12	40	29	808	252	3.1
TAMAULIPAS	19	11	29	403	170	1.6
COAHUILA	13	4	17	398	205	1.5
SONORA	24	27	4	282	154	1.1
CHIHUAHUA	4	2	1	244	108	0.9
B.C. SUR	0	8	4	104	318	0.4
Subtotal	147	119	172	3 083	233	12.0
REGION SUR						
YUCATAN	6	60	24	481	302	1.9
OAXACA	3	68	14	387	143	1.5
CHIAPAS	0	4	22	233	91	0.9
TABASCO	1	1	11	148	112	0.8
Q. ROO	1	9	1	125	302	0.5
CAMPECHE	1	9	4	71	118	0.3
Subtotal	14	150	78	1 445	162	5.6
SUBTOTAL	824	1348	897	25 531	303	99.2
EXTRANJERO	3	11	6	215		0.8
TOTAL	827	1359	903	25 746	306	100.0

* TASA POR 1000 000 DE HABITANTES

* Las tasas se calculan de acuerdo al Banco de Datos Sociodemográficos 1980-2010 de la Secretaría de Gobernación/CONAPO
FUENTE DE REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA

En la epidemiología del SIDA en México se han observado las siguientes tendencias:

- a) Heterosexualidad progresiva
- b) Aumento de casos pediátricos
- c) Disminución de casos por transfusión sanguínea
- d) Ruralización de la epidemia

a) HETEROSEXUALIDAD PROGRESIVA

La proporción de casos atribuibles a transmisión heterosexual aumentó durante los siguientes periodos:

- 4to. trimestre de 1990 21% de los casos en heterosexuales
- 4to. trimestre de 1994 35% de los casos en heterosexuales
- 4to. trimestre de 1995 35.2% de los casos en heterosexuales

b) AUMENTO DE CASOS PEDIÁTRICOS

En 1990 56.8%

En 1994 73.7%

En 1995 82.6%

Este incremento se asocia al aumento de casos de SIDA en mujeres heterosexuales. En mujeres adultas se ha presentado el contagio más alarmante, tiene un porcentaje de 50.2%.

El 1ero de enero de 1996 se reporta un total de mujeres infectadas de 3,395 en México.

c) DISMINUCIÓN DE CASOS POR TRANSFUSION

Por vía sanguínea se presenta una disminución importante cuando fue obligatoria la prueba de VIH a la sangre y se prohibió la comercialización de la sangre.

En 1990	43.0%
En 1994	18.0%
En 1996	1.9%

d) RURALIZACION DE LA EPIDEMIA

Es cierto que si el mayor número de casos se concentra en las grandes ciudades, se observa lo siguiente:

- 1) Aumento de casos en estados cercanos a la frontera
- 2) Aumento de casos en estados del interior donde hay un alto flujo de población inmigrante de Estados Unidos de Norteamérica

GRUPOS DE MAYOR INCIDENCIA

Edad y sexo

Durante los cuatro trimestres de 1990, 1994 y 1995 la mayor parte de los casos notificados ocurrió en los grupos de 20 a 49 años. En estos grupos entre el 87.1% y el 88.0% de los casos correspondió a hombres (ver cuadro 3).

CUADRO 3 CASOS DE SIDA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO (MEXICO, HASTA EL 1ero DE ENERO DE 1996)

GRUPO	No. CASOS NOTIF EN EL 4to TRIM 1990			No. CASOS NOTIF EN EL 4to TRIM 1994			No. CASOS NOTIF EN EL 4to TRIM 1995			No. CASOS ACUMULADOS HASTA 4to TRIM 1990			No. CASOS ACUMULADOS HASTA 4to TRIM 1994			No. CASOS ACUMULADOS HASTA 4to TRIM 1995		
	MASC	FEM	TOT	MASC	FEM	TOT	MASC	FEM	TOT	MASC	FEM	TOT	MASC	FEM	TOT	MASC	FEM	TOT
1	5	5	10	8	2	8	7	5	12	13	11	24	22	11	33	25	15	44
1-4	5	5	9	3	2	4	1	3	1	28	18	46	9	5	14	7	14	21
5-9	4	0	5	2	2	4	2	0	2	9	2	11	5	6	11	14	0	23
10-14	5	0	5	3	1	4	3	1	4	9	1	10	10	4	14	14	3	17
Subtotal	19	6	28	14	7	21	13	6	19	58	32	91	48	26	72	60	45	105
15-19	12	3	15	24	3	27	10	3	13	28	10	38	45	12	58	51	18	87
20-24	82	11	93	125	21	146	78	11	89	241	46	287	322	58	388	338	50	388
25-29	148	15	163	231	21	252	182	17	179	471	70	541	691	85	778	758	100	858
30-34	157	22	179	260	41	301	161	18	178	444	63	507	755	126	885	800	91	900
35-39	105	16	121	164	30	194	126	20	146	318	67	385	532	83	615	614	86	700
40-44	76	14	90	125	25	150	80	13	93	236	49	287	341	61	402	382	45	437
45-49	42	12	54	88	9	97	58	11	69	137	38	175	238	23	262	270	37	307
50-54	30	8	38	47	8	55	38	5	44	103	18	121	154	25	183	188	28	216
55-59	17	3	20	41	4	45	24	2	26	55	7	62	120	12	132	115	12	127
60-64	10	4	14	24	2	26	20	2	22	33	10	43	76	9	87	81	10	71
65-	2	5	7	15	0	15	17	2	19	20	8	28	58	5	61	56	10	66
MAS																		
Subtotal	681	113	798	1144	164	1308	775	104	879	2088	386	2474	3358	501	3859	3662	485	4147
MEN																		
Subtotal	5	0	5	23	7	30	5	0	5	24	3	27	58	16	117	54	4	58
TOTAL	705	122	827	1181	178	1359	793	110	903	2171	421	2592	3402	546	4048	3776	534	4205

FUENTE DE REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA

Del total de casos acumulados tanto en hombres como en mujeres en 1995, el 86.8% pertenece a estas edades correspondiendo el 30.3% al grupo de 20 a 29 años, al de 30 a 39 años, el 35.8% y al de 40 a 49 años el 18.0%.

Los resultados del análisis por tasa indican que los hombres están seis veces más afectados que las mujeres.

Uno de cada 637 hombres del grupo de edad de 30 a 34 años se ha visto afectado por la enfermedad, en comparación con una de cada 4,425 mujeres de ese mismo grupo; de 35 a 39 años uno de cada 691 hombres se ha visto afectado, en comparación con una de cada 4,444 mujeres.

La razón hombre/mujer es diferente según los grupos de edad. Para los grupos más afectados (25 a 39 años) esta razón varía entre 6 y 8 hombres por cada mujer afectada, mientras que esta proporción es de 2:1 en los grupos menores de 10 años.

EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDO (SIDA) Y SUS COSTOS

La pandemia del SIDA se perfila como un problema de salud a escala mundial y tiene amplias repercusiones a nivel biológico, médico, psicológico, social, económico, laboral e ideológico-político.

El SIDA representa un problema sin precedentes en la historia moderna y ha cobrado numerosas vidas y ha representado una enorme erogación de recursos económicos, debido a que el mayor número de afectados son personas en edad productiva, es elevadísimo el costo de los tratamientos y servicios de salud; de ahí la importancia de analizar los diferentes costos que enfrenta el individuo, su familia y la sociedad.

A) COSTO SOCIAL: Las enfermedades nuevas siempre han causado temor en los seres humanos, así fue con la viruela, el cólera, la lepra, la fiebre amarilla y otras enfermedades denominadas "pestes".

El miedo al contagio surge por ignorancia y por no saber los mecanismos de transmisión de las enfermedades. A través de la historia el origen de las enfermedades se ha relacionado con un castigo divino o como resultado de un determinado comportamiento, no aprobado socialmente por la moral o por la religión.

El estudio de la bibliografía médica histórica nos permite ver que lo anteriormente expuesto también ha sucedido con el SIDA y con aquellas viejas enfermedades, como la sífilis y la gonorrea; el SIDA va acompañado de una serie de prejuicios, de actitudes sociales y de estigmatización del enfermo (Toledo, 1986).

En cuanto al origen del SIDA primeramente se culpó a los hombres con prácticas homosexuales; esto ha ido cambiando y ahora se sabe que cualquier persona pueda estar en riesgo de adquirir el virus.

Por lo tanto, no se maneja ahora el concepto de grupos de riesgo sino de prácticas de riesgo. Así, cualquier persona puede estar expuesta a contagiarse ya sea un intelectual, un campesino, una ama de casa, una estrella de cine, etc.

Debido a que existen enfermedades virales que se contagian fácilmente, por ejemplo: la gripe, la rubéola, la gente piensa que el SIDA (por ser causado por un virus) se contagia también fácilmente; esto es falso ya que el virus del SIDA es muy lábil y muere fácilmente.

Por otro lado, debido a la falta de apoyo del Gobierno Mexicano a las campañas de educación y atención a los pacientes ocasiona que la epidemia del SIDA avance y ha sido la sociedad civil la que ha enfrentado el reto del SIDA y se ha solidarizado con los enfermos: en prevención, apoyo médico, psicológico y legal, al proveer medicamentos, ayudar a familiares y amigos de gente con SIDA.

El SIDA ha rebasado el ámbito médico y se ha convertido en un importante problema de salud pública por lo que se le ha considerado una enfermedad social, debido a que ha cimbrado la estructura de la sociedad, ha repercutido en todas sus instituciones: familia, empresa, ejército, estado y comunidad en general. También ha producido reacciones multifacéticas que se manifiestan de manera muy diversa; principalmente porque el SIDA se ha producido en un siglo donde supuestamente se encuentran

separados el discurso científico y tecnológico, y existe una verdadera revolución en el campo de la tecnología que no tiene precedentes. Además, ha venido a desafiar algunas concepciones científicas firmemente establecidas; en áreas tan diversas como la medicina, la epidemiología, la salud pública, la biología molecular, la ingeniería genética y la sexología entre otras (Sepúlveda, 1989).

También el VIH/SIDA ha venido a invadir espacios privados de la vida humana, porque su transmisión ocurre en el contexto de las relaciones sociales más íntimas o aquellos espacios donde no es factible o deseable el control social (Sepúlveda, 1989), así ha forzado a la confrontación entre lo privado y lo público y ha demandado una respuesta hacia actos privados que ha tenido consecuencias sin precedentes por su asociación con determinadas prácticas sexuales, se ha modificado la concepción sobre el ejercicio de la sexualidad las relaciones humanas y que ha originado una gran cantidad de debates (Arango, 1993).

El VIH/SIDA ha estimulado campos muy diversos de la actividad humana en la búsqueda de avances o soluciones, todos enfocados a la prevención y erradicación de la enfermedad, a la que se mezclan aspectos tan diversos como la legislación sanitaria, investigación biomédica, organización de la salud pública y la coordinación de ayuda internacional en materia de salud. Además, se han movilizado los poderes públicos, organismos civiles, grupos de voluntarios y organizaciones internacionales.

El problema del SIDA y su relación con los aspectos sociales no puede verse de manera mecánica, bajo un mismo cartabón, ya que aun cuando desde la perspectiva biológica se demuestre la existencia de una historia natural de la enfermedad, debemos también preocuparnos por conocer la historia social de la enfermedad del SIDA. Es decir en que circunstancias sociales surge, cuales son los grupos más afectados y por qué causas se presenta; que variables socioeconómicas y culturales influyen para que se difunda la enfermedad; como perciben los individuos desde su marco sociocultural las campañas de educación sexual para la prevención del SIDA y que conducta adoptan frente a dichas medidas (Soriano, 1988).

Todo esto implica analizar la sociedad en que vivimos, la ideología las clases y grupos sociales y las relaciones entre sí. Implica también conocer como trabajan y viven los individuos y analizar la crisis generalizada que enfrenta nuestro país.

Además, al estudiar la historia social del SIDA es interesante ver como siendo México un país dominado y conquistado por los españoles que en algún tiempo trajeron enfermedades que aquí no existían ahora son los Estados Unidos en donde se desarrolla el SIDA y cómo se fue diseminando por el territorio mexicano.

Por otro lado, la cultura y la ideología también influirán en cómo la gente adquiere el SIDA, ya que cada persona tendrá un concepto diferente sobre la sexualidad o las ideas sobre su prevención.

También lo social está presente cuando los individuos pertenecientes a grupos considerados con prácticas de alto riesgo tienen que realizarse periódicamente los análisis respectivos, seguramente enfrentará dificultades para cumplir con lo que se dice en las campañas, pues aun cuando dichos análisis sean gratuitos en las Instituciones del Sector Público, el hecho de dejar de asistir al trabajo uno o dos días en época de crisis con un desempleo generalizado en todos los niveles de la sociedad, representa para muchos un verdadero problema.

Esto plantea que se analice el aspecto económico; es cierto que existen presupuestos para atender a los enfermos de SIDA pero son muy reducidos; esto enfrenta a la familia a pensar ¿Quién va a solventar los gastos?, si además de que son elevados, el paciente es en muchos de los casos el único sostén de la familia.

B) COSTO ECONOMICO

Dado que el 90% de los casos de SIDA que aparecerán en los próximos 4 ó 5 años se desarrollarán en personas que en este momento se encuentran ya infectadas, lógicamente los costos sanitarios de la epidemia del SIDA equivaldrán a varios millones de pesos.

Durante los próximos años es previsible que deban hospitalizarse y mueran, tanto en los países industrializados como en el tercer mundo un número creciente de jóvenes y adultos de mediana edad como consecuencia del SIDA. Cada nueva infección que se produce supone una pesada carga a la comunidad que, en la mayoría de los casos, pueden traducirse en millones de pesos.

Teniendo en cuenta que los recursos materiales de los que dispone un país son limitados y que debe atender diferentes enfermedades, si se dedicaran todos los recursos a atender una enfermedad, se descuidarían otras.

En 1992, el costo sanitario anual de un enfermo de SIDA en Estados Unidos se estimaba en 32 000 dólares. Además, en algunos países, los costos indirectos del SIDA son superiores a los asistenciales debido a que el 80% de las personas afectadas tienen entre los 20 y 40 años de edad. Grupo de población activa que, con su trabajo, debe permitir mantener el sistema educativo de los niños y la jubilación de los ancianos. En la antigua Alemania Occidental se estimaba en 1986 que cada 300 casos de SIDA suponían para el país un costo de 100 millones de marcos.

Por otra parte, las pruebas de laboratorio son sumamente necesarias tanto en el diagnóstico de la infección, como para tener la información sobre el avance de la enfermedad, los efectos de tratamientos, las infecciones oportunistas y su estado de salud en general.

Todas las pruebas de laboratorio son de alta tecnología y equipo muy sofisticado, por esto, los costos son muy elevados: 14 mil pesos anuales por pruebas y 7 mil pesos en medicamentos (IMSS, 1990). Lo anterior hace que se vuelvan inaccesibles para la población de escasos recursos y que el estado no pueda o no quiera gastar en ello.

Las pruebas necesarias para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se pueden dividir en 4 grupos que son:

- 1) Pruebas para diagnóstico de la infección
- 2) Pruebas para ver alteraciones inmunológicas
- 3) Pruebas para detectar infecciones oportunistas causadas por gérmenes
- 4) Pruebas para ver los efectos secundarios de los medicamentos.

Se debe tomar en cuenta que un paciente VIH positivo que tiene sintomatología puede presentar una infección oportunista cada 6 meses y que su sistema inmunológico debe ser evaluado cada 45 días, lo cual implica gastos frecuentes.

Según Barriga (1994), el costo anual por exámenes de laboratorio es de \$14,190 pesos.

Son mucho más económicas las campañas educativas que la atención de cada enfermo de SIDA; todo lo que se invierta en educación no equivaldría a un porcentaje mínimo del costo que significa atender a las personas afectadas por este padecimiento. Hacen falta muchos recursos para intensificar las acciones educativas y en un país en crisis como México, tampoco se pueden canalizar los escasos recursos de la Secretaría de Salud para enfrentar el VIH/SIDA y dejar de atender otras enfermedades. Pero a la larga los costos serán mucho más altos.

COSTO LABORAL

La epidemia del SIDA está teniendo un fuerte impacto en las actividades laborales de la gente. En particular, la falta de conocimiento y los temores acerca de la infección por VIH determinan que trabajadores y patrones discriminen a las personas con VIH/SIDA.

Actualmente, la mayoría de las personas que viven con VIH o que están en riesgo de contraer la infección son adultos sexualmente activos en edad productiva.

Un número importante de personas en países en vías de desarrollo trabajan para grandes Compañías privadas o en el sector público: en los servicios sociales y de salud, el ejército y la industria nacionalizada. Cada muerte por SIDA acarrea consigo la pérdida de un promedio de 15 a 20 años de experiencia laboral; se pierde tiempo también en la inversión en educación y capacitación, junto con la tercera parte del producto que esa persona hubiese podido ganar el resto de su vida. El incremento estimado de muertes por SIDA tienen enormes implicaciones para las economías nacionales, en términos de producción de bienes para el consumo interno y en el mercado de exportación.

El SIDA también significa que, junto con los días que tiene que faltar el trabajador enfermo, muchos otros tienen que faltar para cuidar a familiares enfermos o atender funerales. Algunas prestaciones laborales que proporcionan los patrones a los trabajadores (y a veces a sus familiares) como seguro y atención médica, pueden verse amenazadas por el aumento de la demanda, debido a enfermedades relacionadas con el SIDA.

Otro costo del SIDA en el lugar de trabajo, es el impacto moral de los colegas cuando alguno de ellos muere. La productividad se reduce cuando los obreros asisten a funerales y cuando, posteriormente, deben tomar tareas adicionales en tanto se encuentra y capacita a un sustituto.

Por otro lado, otro punto a considerar es sobre los trabajadores migrantes. Muchos jóvenes mexicanos viajan a Estados Unidos en busca de trabajo y allí tienen relaciones sexuales con otros hombres o trabajadoras sexuales.

Las mujeres mexicanas también se ven obligadas a viajar a Estados Unidos y prostituirse.

En el estado de Michoacán se observó que el 34% de los infectados por VIH habían vivido en Estados Unidos (Foster, 1993).

Los choferes de camiones y los representantes de ventas y negocios, viajan como parte de su trabajo. Muchos trabajan en minas, en la industria de la construcción y en trabajo agrícola temporal, regresando a su casa solo una o dos veces por año.

Por otro lado, a partir del primero de enero de 1991 las personas con incapacidades, incluyendo quien vive con la infección por VIH/SIDA está protegido bajo la Ley de acuerdo a la Comisión Nacional de Derechos Humanos por:

- Discriminación en el trabajo
- Empleo
- Promoción
- Pago
- Entrenamiento de trabajo

Y otros relacionados con el empleo

Además, como lo señala la Comisión Nacional de Derechos Humanos el patrón tiene la obligación hacia sus empleados que estén afectados por VIH y SIDA.

El patrón no está autorizado a pedir los análisis para VIH a sus empleados, no puede hacerlo ni imponerlo como una condición para darle el trabajo o conservarlo.

Sin embargo, a pesar de las leyes en todo el mundo los empleados que viven con VIH son discriminados, despedidos, obligados a tomarse el examen para darles el empleo o son echados prácticamente de sus empleos. Esto afecta a la familia que es sostenida por el paciente, quien además de enfrentar los gastos de la familia y de la enfermedad pierde su trabajo y su fuente de ingresos.

Es importante considerar que el enfermo VIH positivo no siempre está incapacitado para trabajar, ya que el SIDA es una infección de evolución lenta y el paciente puede durar hasta 15 años siendo asintomático y continúa siendo productivo.

Es necesario que el enfermo de SIDA continúe trabajando para que se mantenga en actividad física e intelectual que le hará sentirse vivo y productivo lo que eleva su autoestima y, sobre todo, para que cuente con los medios necesarios para su sostén.

Una persona con el VIH debe ser tratada como cualquier trabajador sano y cuando ya desarrolla síntomas debe ser apoyado.

Otro de los costos a considerar es el costo familiar.

C) COSTO FAMILIAR

Es posible que al saber que algún miembro de la familia está contagiado de VIH se presenten toda clase de sentimientos y emociones desde las más sensibles (amor y cariño) hasta las más crudas (coraje y odio).

El hecho de que el paciente tenga SIDA hace que el dolor sea muy profundo ya que éste lleva de la mano miedos, prejuicios sociales y culpabilidad. Algunos de los familiares se encuentran no sólo con el dolor espiritual de haber perdido a un ser querido, sino también se encuentran con cansancio físico después de haber atendido personalmente al paciente.

La familia puede verse alterada en cuanto a los gastos que tiene que afrontar para tratamientos, medicamentos y hospitalización. Así, también, algunos miembros de la familia pueden apoyarlo y otros rechazarlo.

En cuanto a los sentimientos que surgen, la culpa es preponderante, algunos familiares se sienten responsables y creen que hubieran podido evitar el contagio que se dio en el miembro de la familia VIH positivo. Además de la ansiedad y tensión surgen otros sentimientos de impotencia. La pareja, familiares o amigos atraviesan por las mismas etapas por las que atraviesa el paciente cuando ha sido diagnosticado. O sea negación, tristeza, rabia, depresión y aceptación.

Por otro lado, algunos pacientes tienen que regresar al hogar cuando ya antes eran independientes debido a que el SIDA los puede incapacitar o porque pierden su trabajo.

Así, el paciente VIH positivo regresa a su casa algunas veces para recibir el apoyo de su familia y otras veces, como mostró el testimonio de un paciente, al regresar a su casa se encontró con la sorpresa que le habían construido un baño para él y mantener a "salvo" a los demás miembros de la familia, a pesar de que, no existe ningún riesgo de convivir con alguien que tiene el VIH/SIDA.

A veces el riesgo es más grande para el paciente VIH positivo debido a que su sistema inmunológico puede estar débil y puede ser susceptible a virus y bacterias, sobre todo si en la casa no hay una adecuada higiene.

Es por esto que, el paciente debe evitar entrar en contacto con amigos y familiares que tengan enfermedades infecto-contagiosas; debemos saber que el VIH no se transmite:

- * Por saludar de mano
- * Por usar los utensillos de cocina
- * Usar el mismo sillón o el peine
- * Dormir en la misma cama
- * Por usar la misma ropa del enfermo
- * Al convivir con los niños no hay ningún riesgo

Es aconsejable que la pareja, familiares y amigos asistan a un grupo de autoapoyo para que se den cuenta que no están solos en el mundo, y de que muchas personas están pasando por lo mismo que ellos. Es recomendable que saquen todas sus emociones y de ser posible que asistan con un psicólogo o terapeuta especializado en VIH/SIDA. Se debe buscar unir a la familia y darle la oportunidad de que expresen sus sentimientos y miedos, ya que entre ellos encontraron mucho apoyo. Deben manifestar no solo su tristeza, sino también su rabia y resentimiento.

Algunas personas se sentirán culpables por muchas razones tal vez por rechazar al enfermo, enfrentar a la sociedad o no haber podido evitar que se infectara.

La familia para apoyar y cooperar en todas las necesidades del paciente, debe formar un equipo con todos los familiares para repartirse el trabajo y evitar que recaigan en una o dos personas.

E) COSTO EMOCIONAL.

La identidad es el concepto o representación mental que un individuo tiene de sí mismo (es decir su cuerpo y su mente). Todas las experiencias de un individuo en el ambiente en el que se desenvuelve conforman su identidad; pero la identidad está definida por diversos factores que se extienden más allá del individuo como son los sociales, históricos, culturales y familiares.

La identidad se mantiene a través del tiempo, es decir una persona a pesar de que crece y cambia, es él mismo, en sus valores, ideales y aspiraciones.

En la Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA se ha observado que los pacientes VIH positivos reportan que esta identidad construida en años sufre cambios al saberse seropositivos.

La posibilidad de desarrollar el SIDA, la posibilidad de la muerte o el deterioro físico hace que el paciente sienta que ya no es el mismo.

Cuando se enfrenta una situación tan adversa como el SIDA el paciente puede rechazar, negar, odiarse a sí mismo o tener lástima y, en algunas ocasiones, si cuenta con una familia amorosa, una buena red de apoyo social y alternativas de atención médica y psicológica, puede ir integrando poco a poco esta nueva experiencia.

La manera en que se realizan los ajustes para enfrentar esta nueva situación dependerá de la historia previa del individuo; de su estabilidad emocional, de la postura que asuma ante una crisis, de la conducta y apoyo de amigos y familiares, de la orientación y atención del personal médico, pero sobre todo del apoyo que pueda brindarle el psicólogo.

En el caso de que la persona reciba un resultado positivo, la experiencia acumulada en atención psicológica a estos pacientes señala que las reacciones son muy diferentes de una persona a otra; en algunas ocasiones la vivencia puede ser tan dolorosa que el individuo no se da cuenta del proceso debido a que el periodo de ajuste es muy variable (Mexicanos Contra el SIDA, 1993).

Así, puede ir de quedarse mudo al llanto, la negación, la agresión, la depresión, la negociación o la aceptación.

Después de estas reacciones inmediatas, la persona puede atravesar por diferentes etapas según (Arango, 1993) son:

1) **CHOQUE:** La persona experimenta un aturdimiento, una gama de sentimientos, emociones y vivencias; temor al rechazo y al abandono, miedo al deterioro físico, ideas suicidas, impotencia, desesperación, culpabilidad y autocensura.

2) **NEGACION:** A menudo se presenta la negación, que actúa como una defensa y se manifiesta por no reconocer el hecho; por ejemplo, en este periodo el paciente puede repetir su examen en varias instituciones, buscando un error en el diagnóstico.

La negación actúa como una defensa que cumple la función de conservar fuera de la percepción consciente una experiencia que resulta sumamente desagradable; esta negación va cediendo lenta y parcialmente a otras emociones.

3.- **DEPRESION:** Se manifiesta por retraimiento, desinterés y apatía en actividades cotidianas; pérdida de la atención, la concentración y la memoria; pérdida del apetito, trastornos del sueño y sentimientos de tristeza. Puede variar desde un estado leve o severo, y con frecuencia se acompaña de pensamientos suicidas.

4.- **RABIA E IRA:** La rabia es un sentimiento que se presenta frecuentemente y puede expresarse contra amigos, familiares, personal de salud y hacia sí mismo.

5.- **NEGOCIACION:** La persona establece un pacto y reinicia sus actividades rutinarias, se propone alcanzar metas y termina las actividades inconclusas por lo que es muy importante alentarla en esta fase.

6.- **ACEPTACION:** La persona se adapta a su seropositividad, hablando tranquilamente de ésta e incluso puede comenzar a asimilar otros aspectos de su vida como relación con la pareja, medidas de salud y su muerte.

No todos los pacientes llegan a la fase de aceptación algunos se sitúan por mucho tiempo en una de las fases y otros optan por el suicidio.

Otra fuente de estrés que enfrentan los individuos VIH positivos es cuando se tienen que someter a un tratamiento largo, a menudo de consecuencias desconocidas; el hecho de estar completamente enfermos debido a enfermedades oportunistas y al debilitamiento progresivo (Coates y Coles, 1989).

Se ha demostrado que el impacto emocional puede afectar negativamente el curso de la enfermedad (Bayés, 1994), por la influencia de factores psicológicos en la función inmune (Borrás, 1989).

Estas diversas reacciones psicológicas también puedan ser motivadas por la acción directa del virus sobre el sistema nervioso central que se manifiesta como alteraciones conductuales y afectivas, ansiedad y en casos graves se presenta la demencia asociada al VIH (Arranz, 1994). A menudo estas manifestaciones psicológicas se inician temporalmente como alteraciones cognitivas y motoras que son detectadas por el mismo paciente (Wilkinson, 1993).

Los pacientes que enfrentan un diagnóstico de SIDA son similares a otros enfermos terminales que se han descrito en el modelo de Elisabeth Kübler-Ross (1969) que tienen su origen en las observaciones y varios años de trabajo con enfermos de cáncer en estado terminal y posteriormente con enfermos de SIDA en fase terminal. Este modelo enfatiza los aspectos emocionales y conductuales de una persona al enterarse que sufre una enfermedad terminal y durante el transcurso de la misma hasta su muerte.

Las fases del morir según Kübler-Ross (1969) son:

1.- NEGACION Y AISLAMIENTO.- LA negación se presenta como una reacción ante el diagnóstico de la enfermedad y también durante el curso de la misma; funciona como un amortiguador que permite movilizar otras defensas; generalmente se utiliza inicialmente para ser remplazada por el aislamiento.

2.- IRA.- Esta fase comprende sentimientos de ira, rabia, envidia, resentimiento y conducta hostil, que refleja la inconformidad del paciente con su situación particular. La ira se puede desplazar en todas direcciones y puede tomar varias formas: agresión física o verbal; negarse a recibir visitas o hacer peticiones de forma exigente.

3.- PACTO.- Es un intento de posponer los hechos, suelen pedirse y prometerse cosas, por ejemplo la prolongación de la vida o pasar unos días sin molestias físicas. A menudo las promesas se relacionan con sentimientos de culpa.

4.- DEPRESION.- Estos sentimientos de ira o resentimiento son sustituidos por una sensación de pérdida. La depresión se caracteriza por sentimientos de tristeza y pena respecto a la pérdida de actividades que la persona solía realizar o ante el darse cuenta de la proximidad de la muerte.

5.- ACEPTACION.- La persona es capaz de expresar sus sentimientos, contempla su muerte como una expectativa tranquila y llega a aceptarla.

F) IATROGENIA

CONCEPTO.- El Diccionario de la Lengua Española (1992) define a la iatrogenia como toda alteración del estado del paciente producida por el médico.

Por otro lado, Jorge Cervantes en su libro iatrogenia en cirugía (1991) dice: la palabra iatrogenia viene del griego IATROS- médico y GENIA- originado o causado por, y se refiere al daño que resulta de la actuación del médico. En VIH podemos decir que IATROS es toda alteración producida por el personal médico.

En la antigua Unión Soviética se dio el caso de un niño infectado por VIH el cual transmitió la infección a 50 pacientes, debido a que los médicos utilizaron instrumental no esterilizado en el hospital (Nájera, 1990).

Se dice que "el médico entierra sus errores" y es costumbre no hablar de ellos. Se dice que es de humanos equivocarse, pero no hay que olvidar que es de sabios rectificar.

Abordar la iatrogenia en SIDA es algo que muy poco se ha hablado, pero existe y es el caso del paciente al cual se le practica un análisis para VIH y se le da un falso resultado positivo; esto ha ocurrido en algunas instituciones del sector salud según el testimonio de algunos pacientes atendidos en la Fundación Mexicana para la Lucha Contra el SIDA.

En algunos laboratorios privados desafortunadamente no se cuenta con asesoría pre y post prueba para personas que se someten al análisis del VIH.

Otras veces, además de que no se cuenta con personal capacitado para dar apoyo psicológico, éste está lleno de prejuicios en torno al enfermo VIH positivo.

Esto puede provocar que el paciente no asimile su resultado y se deprima en lugar de buscar opciones, que se aisle, se desespere o intente suicidarse.

Además, el paciente se pone en manos del médico o del personal de salud porque confía en él y confía lo más valioso para él: su vida y si este profesional, por prejuicios, ignorancia, negligencia, deshonestidad, omisión o equivocación le

ocasiona un problema, lo estará afectando definitivamente y faltará al juramento básico de su profesión: no hacer daño al paciente (Cervantes, 1991).

Un profesional en salud debe estar bien preparado y ser cuidadoso para no cometer errores, o debe reconocerlos y pedir ayuda si no puede o no sabe qué hacer.

Lo importante es que el médico y todo el personal de salud actúen de una forma humana, responsable y profesional.

Por lo tanto, la mejor manera de evitar la iatrogenia es discutirla, sacarla al aire, analizar sus causas, estudiar la manera de prevenirla, ya que si no se analizan los errores tenderán a repetirse, pero, sobre todo, lo importante es capacitarse.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

La infección por VIH/SIDA no sólo afecta al individuo en su integridad física, también repercute ampliamente en el aspecto psicológico, ya que al recibir un resultado positivo de una enfermedad que actualmente es incurable, algunas personas experimentan una sensación de desesperación e inestabilidad emocional. Son muchos los aspectos del VIH/SIDA que originan estrés en los pacientes; entre otros, están:

- a) El someterse al análisis del VIH
- b) El momento en que el VIH es encontrado en la sangre del paciente
- c) La aparición de los primeros síntomas de la infección del SIDA.

De los anteriores el más importante es al recibir un resultado positivo.

Las reacciones de una persona que recibe un resultado positivo pueden ser: de conmoción o crisis, el paciente puede sentirse aturdido, llorar, quedarse mudo, aparentemente tranquilo y sin ninguna emoción; una vez pasado este período, algunas personas se sienten abrumadas emocionalmente y experimentan una pérdida de control, seguida de una sucesión de pensamientos e interrogantes.

La forma en que cada persona reaccionará ante un resultado positivo dependerá de variables como: su historia personal, su personalidad, sexo, edad, religión, antecedentes culturales o la red de apoyo social.

A) UN ENFOQUE MULTIDICPLINARIO DEL PROBLEMA

El problema del SIDA es sumamente complejo y para abordarlo se debe pasar del ámbito exclusivamente asistencial al de la salud en general.

La única forma de evitar la pandemia del SIDA es mediante un cambio de comportamientos.

Los enfermos no tienen sólo necesidades biológicas, sino también intelectuales, afectivas y espirituales; es por esto que la psicología, que es la ciencia que estudia la conducta del hombre, resulta de gran ayuda en el problema del SIDA, el cual sigue transmitiéndose a través de comportamientos sexuales de riesgo y es una enfermedad en la que influyen decisivamente los factores emocionales en la calidad y estilo de vida de las personas portadoras del VIH y enfermos de SIDA.

El psicólogo, al igual que el médico, la enfermera, el virólogo y el farmacólogo debe ser una pieza clave en los equipos multidisciplinares de investigación e intervención (Bayes, 1994).

La intervención psicológica es importante en todos los niveles de la vida de una persona, ya sea en la esfera individual, emocional, social, económica y familiar.

A NIVEL INDIVIDUAL, al tener apoyo y comprensión de otros y a compartir los sentimientos con un especialista (psicólogo) contribuye a una mejora del bienestar general y por lo tanto de la salud física. Además, cuando una persona se somete a un análisis del VIH pasa por un estado de tensión y miedo que puede ser enfrentado con la ayuda de la intervención psicológica. Además de motivar al paciente a reflexionar, se le orientará para que tome decisiones que le ayuden a cuidar su vida, ayudarlo a que identifique su riesgo frente al SIDA.

Se apoya también al paciente en el caso de que ya esté infectado al impedir que transmita el VIH a otros.

Son seis los puntos claves en los cuales se ayuda al paciente:

- 1) Entender que es el SIDA y el VIH, cómo se transmite y cómo se previene.
- 2) Reconocer el riesgo de contraerlo.
- 3) Elegir la mejor manera de protegerse.
- 4) Desarrollar un plan personal de prevención.
- 5) Tomar la decisión de hacerse o no la prueba de anticuerpos al VIH.
- 6) Si decide tomarse la prueba comprender y asimilar su resultado.

A NIVEL EMOCIONAL Si el paciente decide someterse al análisis, requiere de una intervención psicológica previa a la prueba y posterior a la prueba. Se debe ofrecer al paciente no sólo una información clara y precisa sino, ayudarlo en el proceso de diagnóstico en la reducción del riesgo. Debido a que él solo no puede encontrar soluciones objetiva a los problemas que enfrenta es por esto que necesita de la ayuda de un profesional.

A NIVEL SOCIAL. Se despejarán las dudas y los prejuicios hacia los pacientes VIH positivos y se evitarán actitudes de estigmatización al enfermo de SIDA.

A NIVEL ECONOMICO. Con la intervención psicológica se reducirá el número de personas infectadas por medio de la orientación brindada por el psicólogo y se reducirían los costos económicos que genera el que una persona sea seropositivo; se evitarían gastos de hospital, medicamentos y pérdidas de personas que se encuentran en edad productiva.

A NIVEL FAMILIAR Se puede trabajar la culpa, el miedo y la angustia que surge en los familiares de los pacientes y se puede conseguir con la psicoterapia hacer que los familiares se solidaricen con los pacientes, que cooperen y formen un equipo para poder ayudarlos.

B) NIVELES DE INTERVENCION PSICOLOGICA

A partir de la experiencia obtenida en la Fundación Mexicana para la Lucha Contra el SIDA se proponen 3 niveles de intervención psicológica.

1ER NIVEL (ANTES DE LA INFECCIÓN POR VIH).- Se proporciona información, se realiza un diagnóstico del riesgo y se disminuye ese riesgo mediante modelos psicológicos de prevención.

2DO. NIVEL (DURANTE EL ANÁLISIS PARA VIH).- Atención psicológica previa y posterior a la prueba del VIH.

3ER. NIVEL (DESPUÉS DE RECIBIR UN RESULTADO POSITIVO).- Ayuda o intervención en crisis y seguimiento para pacientes VIH positivos.

C) INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE PRIMER NIVEL.

Consiste en acciones educativas y directas, las que pretenden lograr una reducción del riesgo de contraer la infección por VIH.

El que una persona se mantenga sana o se infecte depende esencialmente de dos aspectos:

- a) La frecuencia y grado de agresividad de las condiciones patógenas a los que su organismo se encuentra en riesgo.
- b) El grado de vulnerabilidad que presenta el organismo ante el VIH.

En otras palabras para que se de la infección debe existir agresividad del medio y vulnerabilidad del huésped.

Por lo tanto, en la prevención del VIH debe haber un doble objetivo.

- 1) Disminuir el carácter patógeno del medio y en el caso de que esto no sea posible o suficiente, promover la práctica del comportamiento que evite el contacto de las partes sensibles del organismo con dicho medio.

2) Mantener en su mínima vulnerabilidad al organismo.

PROCESO Y FASES DE LOS CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO

Para poder ayudar al paciente hacia cambios de comportamientos de bajo riesgo debemos conocer las fases por las que pasa. Según Prochaska (1992) se distinguen 5 fases en el proceso de cambio de conducta, a saber:

1. **Precontemplación:** El paciente en esta fase no quiere cambiar y sólo asiste a terapia porque alguien, un amigo o familiar, se lo dijo o presionó, pero él no desea modificar su conducta, no quiere cambiar en los próximos 6 meses.
2. **Contemplación:** El afectado se da cuenta del problema, piensa que quiere cambiar, pero no sabe cómo y quiere cambiar en los próximos 6 meses.
3. **Preparación:** El paciente ya está dispuesto a cambiar y empieza a hacerlo reduciendo su número de parejas sexuales o usa el condón algunas veces, quiere cambiar en el próximo mes.
4. **Acción:** Se producen cambios en el paciente, pero aún no se mantienen estos cambios, se han adoptado conductas de bajo riesgo pero que duran poco tiempo.
5. **Mantenimiento:** En esta fase el paciente se esfuerza por prevenir las recaídas y consolidar los cambios conseguidos en la fase anterior. Se estabilizan los cambios de conducta, sin recaídas durante más de 6 meses.

COMPORTAMIENTOS DE PREVENCIÓN Y SEXO SEGURO EN EL ASPECTO SEXUAL: Abstinencia, sexo sin penetración, monogamia, preservativo.

Desde el punto de vista sexual, en la actualidad existen varios tipos de estrategias que brindan ciertos grados de garantía en la prevención de la infección por VIH y son las siguientes:

- a. Garantía absoluta: la abstinencia sexual, la masturbación y las relaciones sexuales sin penetración ofrecen seguridad absoluta de no contraer el VIH, pero hay que recordar que nada es 100% seguro.
- b. Garantía elevada: La monogamia y el uso sistemático del preservativo.
- c. Garantía dudosa pero alentable: Disminución del número de parejas, evitar la relación sexual con personas desconocidas, no realizar el coito durante la menstruación, eliminación del coito anal, incluso con preservativo, no tener relación sexual con personas que padezcan alguna enfermedad de transmisión sexual y no realizar coito con usuarios de drogas intravenosas.

Desde el punto de vista del uso de drogas por vía parenteral existen varios tipos de estrategias que confieren diversos grados de garantía en la prevención de la transmisión del VIH:

- a. Garantía absoluta: abandono de todo tipo de droga inyectada, uso de agujas esterilizadas y no compartidas.
- b. Garantía elevada: desinfectar y esterilizar el material de inyección usado.

(Bayés, 1994); Desjarlais y Friedman 1988, proponen un modelo para prevenir la infección por VIH a usuarios de drogas inyectadas.

1° Información: Información sobre el SIDA y las formas de transmisión del VIH, además de dar estrategias de prevención.

2° Prevención: Programas para aquellos que desean abandonar la droga, los que no pueden hacerlo, sustituir las drogas inyectadas por drogas de otro tipo como la metadona u otros fármacos no inyectables, usar jeringas esterilizadas, usar material de desinfección como lejía, alcohol o cloro.

3° Interacción: Abordar la toxicomanía como un problema de salud comunitaria y que sean los mismos grupos de adictos a droga los que busquen las soluciones como lo hicieron los grupos de homosexuales en San Francisco (Stakk, Coates y Hoff, 1986).

4° Cambio de ambientes: Resolver los problemas de pobreza, discriminación, desempleo, atender los barrios marginados, combatir el narcotráfico. Este punto es sumamente complejo.

Además de lo anterior se proponen dos diferentes dimensiones de acción para abordar el problema del SIDA.

a) Dimensión política: Conseguir apoyo del gobierno para dar información y solidarizarse toda la sociedad civil con las personas que padecen el VIH.

b) Dimensión educativa: Educar a la población sobre hábitos de vida sanos y estables y que todas las personas se conviertan en agentes de salud (Costa y López, 1986).

Prochaska (1993) apunta que los procesos de cambio tradicionalmente asociados a los enfoques se dan de la siguiente manera, así como las estrategias a seguir.

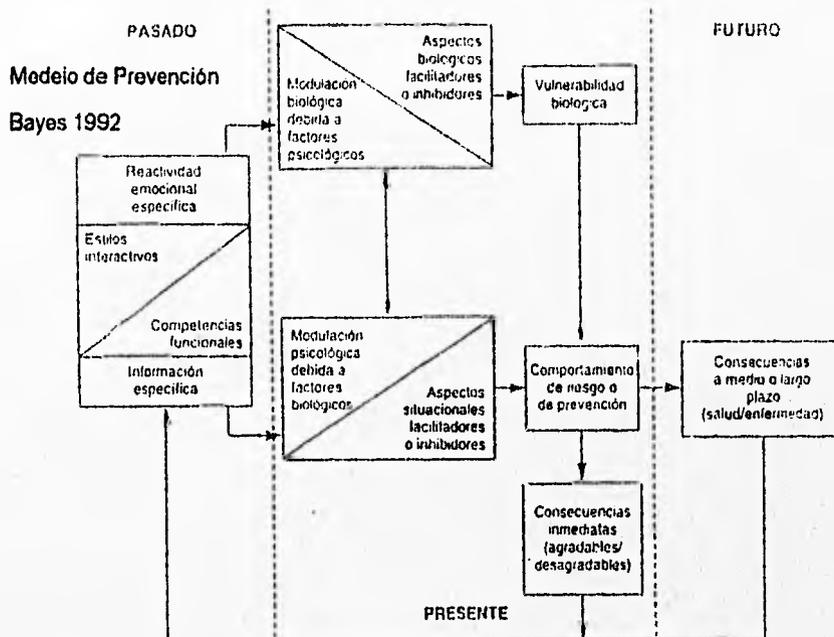
FASES	ENFOQUE	ESTRATEGIAS
1) Precontemplación	Cognitivo y dinámico	Concienciación, dramatización, valoración ambiental
2) Contemplación	Cognitivo y dinámico	Concienciación, dramatización, valoración ambiental
3) Transición		Autoevaluación autoliberación
4) Acción, mantenimiento	Orientación conductual	Reforzamiento, relación de ayuda, contracondicionamiento, control de estímulos

Definición de las estrategias:

- a. **Concienciación:** se proporciona información sobre el VIH/SIDA y cómo afecta a las personas.
- b. **Dramatización:** se ayuda a la persona a que experimente y exprese sus sentimientos sobre el VIH/SIDA y que plantee soluciones de prevención a través de técnicas como juego de roles.
- c. **Valoración ambiental:** Se fomenta que la persona se de cuenta que si se infecta puede afectar a los demás, puede perder el empleo y tener problemas económicos.
- d. **Autoevaluación:** se ayuda a la persona a valorar cómo se siente y piensa respecto al SIDA y se usan técnicas de clarificación de valores o imaginación.
- e. **Autoliberación:** se ayuda a que la persona elija la forma en que se va a cuidar y que confíe en él para que se de el cambio.
- f. **Reforzamiento:** reforzar al paciente en sus cambios o hacer que él se autoesfuerce al tener prácticas seguras.
- g. **Relación de ayuda:** el paciente debe confiar en el psicólogo y compartir sus problemas.
- h. **Contra condicionamiento:** facilita alternativas a los problemas que se presentan en los 3 niveles de respuesta a través del aprendizaje de relajación, desensibilización sistemática o entrenamiento assertivo.
- i. **Control de estímulos:** conseguir que las personas eviten o se opongan a prácticas de riesgo, evitar gente o lugares que los orillen a prácticas peligrosas.

MODELO PSICOLOGICO DE BAYES

Este modelo es multifactorial e interactivo y pretende tener un carácter bio-psico-social y ser dinámico; busca resultados inmediatos, consecuencias agradables o desagradables que siguen a comportamiento de riesgo o prevención y a largo plazo percepción de cambios en el continuo salud-enfermedad.



El Modelo incluye 3 fases

Pasado.- Factores históricos, predisponentes susceptibles de influir en cada nueva situación interactiva concreta.

Presente.- Comprende los factores que forman parte momentánea, de una interacción de prevención o riesgo.

Futuro.- Consecuencias a mediano o largo plazo.

Los factores históricos comprenden:

- 1) **Estilos interactivos:** Personalidad, idiosincracia y reacciones de el individuo
- 2) **Competencias funcionales:** Son los recursos del individuo para enfrentar las situaciones.
- 3) **Información específica.-** Esta información puede ser de dos tipos:
 - **Objetivo- Contingencia:** que se refiere a conocer los comportamientos y situaciones de riesgo y la práctica de sexo seguro.
 - **Normativo cultural**

Información objetivo contingencia.- La información que se brinda a un grupo debe ser importante para las personas, creíble, no ofensiva, interesante y comprensible.

Información normativo cultural.- Son las normas y orientaciones vigentes en el contexto social en el que el individuo vive y considera como propio y que, entre otras cosas, señalan de forma explícita o implícita, qué prácticas son aceptables o deseables, y cuáles no para los miembros que lo constituyen.

Aspectos situacionales.- Estos factores pueden ser ingesta de alcohol o droga que contribuyen a que las personas se expongan al riesgo.

Modulación psicológica.- Debida a las condiciones biológicas vigentes en la Interacción: estados de privación o saciedad por ejemplo.

- a) **Moduladidad biológica:** vulnerabilidad biológica del organismo.
- b) **Prácticas de comportamiento de riesgo o prevención.**

Un buen modelo de intervención psicológica no solo debe facilitar la información sino asegurarse que la misma ha sido asimilada; se deben cambiar actitudes y normas, adiestrar físicamente en habilidades tales como colocar y retirar el preservativo o

desinfectar una jeringa, reforzar los comportamientos de prevención y rechazar explícitamente los peligros, establecer programas de deshabitación de drogas; erradicar los factores que incrementan la vulnerabilidad y fomentar los que la disminuyan.

VULNERABILIDAD BIOLÓGICA

Es muy importante analizar la vulnerabilidad biológica de un organismo al VIH ya sea antes o después de adquirir el virus. Existen diferentes factores que afectan el sistema inmunitario e incrementan la vulnerabilidad del organismo, a saber:

- a) Algunos medicamentos, drogas y vacunas.
- b) El embarazo que puede alterar el sistema endócrino.
- c) El estrés psicológico.
- d) Los estímulos neutros asociados fortuitamente a los anteriores y que han adquirido propiedades estresantes o perturbantes.

D) INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE 2° NIVEL PRE Y POST PRUEBA

La decisión de someterse o no a la prueba de anticuerpos debe tomarla cada paciente por sí mismo. El psicólogo puede ayudarle en el proceso de toma de decisiones brindando información veraz sobre la prueba y su significado y ayudándole al paciente a analizar sus posibilidades de haber estado expuesto al VIH, de acuerdo al análisis de riesgo previamente efectuado. La información debe ser dada de manera que sea fácil de entender y además estar actualizada. La prueba debe ser discutida como algo positivo que está ligado a los cambios en los componentes de riesgo.

Se le informará al paciente que la prueba es confidencial y anónima.

Se analizarán los motivos por los cuales se solicita la prueba.

Además se evalúan la situación de riesgo: La frecuencia y el tipo de comportamiento sexual, si ha recibido transfusiones sanguíneas o ha estado expuesto a procedimientos incisivos posiblemente no estériles como tatuajes.

También, el psicólogo investiga el motivo por el cual solicita la prueba, qué le preocupa, qué sabe sobre la prueba y cómo reaccionará si su resultado es positivo o negativo.

Con qué apoyo emocional cuenta: amigos, familiares.

Se analiza la habilidad del paciente para enfrentar su diagnóstico y los cambios que deben realizarse como respuesta a esto habiéndole sobre los procedimientos de la prueba tanto la de ELISA como de las pruebas confirmatorias.

Se le explica al paciente que la prueba no indica si una persona tiene SIDA o no lo tiene, ni si lo desarrollará en el futuro.

SI EL RESULTADO ES POSITIVO, significa que se encontrarán anticuerpos en la muestra de sangre de la persona, que la persona ha sido infectada con el VIH y que puede contagiar a otros.

SI EL RESULTADO ES NEGATIVO, significa que la persona no ha sido infectada con el VIH o no ha desarrollado anticuerpos por estar en el periodo de ventana que dura de 2 a 12 semanas o hasta 2 años, después de la última relación de riesgo

INTERVENCION POST PRUEBA

Aún si el resultado es negativo, es importante discutir cuidadosamente el significado del mismo, se debe hablar sobre una futura exposición al virus.

Si el resultado es positivo, puede causar en el paciente un impacto con ramificaciones psicológicas o sociales.

El apoyo emocional después de la prueba ofrece la oportunidad para promover la adopción de comportamientos de bajo riesgo y le permite al paciente aclarar la información que tiene sobre el VIH, expresar sus sentimientos y reacciones, integrar la información sobre el resultado de la prueba, identificar las estrategias de adaptación y comenzar a aceptar la conveniencia de los comportamientos preventivos alternativos.

Cuando se recibe un resultado positivo, es posible que el paciente entre en un estado de shock, éste puede durar unos minutos o durante toda la sesión. La persona parecerá como adormecida y no podrá absorber más información. Después del estado de shock las personas se sienten abrumadas y experimentan una pérdida de control con una rápida efusión de emociones, pensamientos y preguntas. Con frecuencia se encuentra detrás de esta respuesta un sentido de urgencia acerca del resultado de la prueba y el miedo de que la muerte sea inminente; el psicólogo debe ayudar a contener la ansiedad, reconocer los sentimientos del paciente y asegurarle que habrá tiempo para abordar sus sentimientos y preocupaciones.

Las reacciones que pueden presentar los pacientes son: depresión, impotencia, desesperación, culpa, autocensura e ira.

COMO REVELAR EL RESULTADO

Se debe establecer empatía con el paciente, resolver sus dudas, dejar que el paciente señale el momento oportuno para saber dar el resultado. Dar el resultado en un tono neutral, dejar que el paciente pregunte y después responderle.

E) INTERVENCION PSICOLOGICA DE 3er NIVEL AL RECIBIR UN RESULTADO POSITIVO

Como señala Bandura (1986) y Lazarus (1984) el hombre ante los factores desencadenantes producirá una interacción mutua entre tres niveles de respuesta: cognoscitivo, fisiológico y motor.

COGNOSCITIVO: (pensamientos, ideas, fantasías y recuerdos). El paciente seropositivo tendrá miedo al abandono, al rechazo, a desarrollar SIDA, a morir, se sentirá culpable por no haberse cuidado y se abandonará, no va a cuidarse.

FISIOLOGICO (sentimientos, emociones y pasiones). Su ritmo cardiaco se incrementará, acompañándose de sudoración, tensión muscular y sensación de fatiga, entre otros.

MOTOR (hablar, llevar a cabo, hacer algo). Al saberse seropositivo un individuo puede llorar, empezar a presentar síntomas, disminuye su rendimiento laboral, sus actividades lúdicas, su actividad sexual.

F) QUE DEBE HACER EL PSICOLOGO PARA AYUDAR AL PACIENTE

A NIVEL COGNOSCITIVO:

- a. Eliminar errores de información o dejar clara la diferencia entre ser VIH positivo y estar enfermo de SIDA; o hablarle sobre los retrovirales que hay en la actualidad.
- b. Prevenir la aparición de síntomas, decirle que algunos síntomas que tenga en el presente pueden deberse a que está ansioso y no porque esté desarrollando la infección.
- c. Incrementar su sensación de control, hablarle sobre tener una vida sana y como contribuye esto a mejorar su sistema inmunológico.
- d. Mejorar su autoestima, haciéndole consciente de su valor como ser humano y de sus capacidades y valores y la importancia de su vida para otras personas.
- e. Sugerirle que se autoadministre mensajes positivos, tales como ¡Estoy vivo!, ¡Soy una persona maravillosa!, ¡Puedo lograr salir adelante!, etc.

A NIVEL FISIOLÓGICO: Esencialmente, se trata de aprender técnicas de respiración y relajación.

A NIVEL MOTOR

- a) Sugerir actividades gratificantes, adecuadas a las características, gustos y posibilidades individuales, así como a las formas de acceder a ellas.
- b) Promover cambios de comportamiento, evitar infectar a otros o reinfectarse, usando el preservativo y evitando intercambio de líquidos corporales.

F) QUE DEBE HACER EL PSICOLOGO PARA AYUDAR AL PACIENTE

A NIVEL COGNOSCITIVO:

- a. Eliminar errores de información o dejar clara la diferencia entre ser VIH positivo y estar enfermo de SIDA; o hablarle sobre los retrovirales que hay en la actualidad.
- b. Prevenir la aparición de síntomas, decirle que algunos síntomas que tenga en el presente pueden deberse a que está ansioso y no porque esté desarrollando la infección.
- c. Incrementar su sensación de control, hablarle sobre tener una vida sana y como contribuye esto a mejorar su sistema inmunológico.
- d. Mejorar su autoestima, haciéndole consciente de su valor como ser humano y de sus capacidades y valores y la importancia de su vida para otras personas.
- e. Sugerirle que se autoadministre mensajes positivos, tales como ¡Estoy vivo!, ¡Soy una persona maravillosa!, ¡Puedo lograr salir adelante!, etc.

A NIVEL FISIOLÓGICO: Especialmente, se trata de aprender técnicas de respiración y relajación.

A NIVEL MOTOR

- a) Sugerir actividades gratificantes, adecuadas a las características, gustos y posibilidades individuales, así como a las formas de acceder a ellas.
- b) Promover cambios de comportamiento, evitar infectar a otros o reinfectarse, usando el preservativo y evitando intercambio de líquidos corporales.

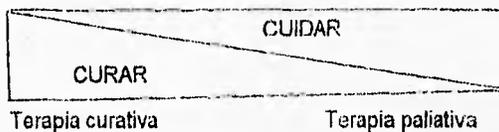
- c) Adiestrar en habilidades de comunicación que permitan al paciente llevar a cabo con eficacia tareas tales como: informar a su pareja o familia que se ha infectado con VIH, negarse a una relación sexual imprevista sin uso del preservativo.

G) MODELO ASISTENCIAL DE STJERNSWÄRD: CURAR Y CUIDAR

Stjernswärd (1990) creó un modelo para abordar la problemática del cáncer, que también puede ser aplicado al problema del SIDA por ser una enfermedad terminal y porque los pacientes pasan por las mismas etapas en el SIDA y el cáncer

Modelo de acción sanitaria (Stjernswärd)

Diagnóstico----- Proceso crónico----- Situación terminal



Cuando se diagnostica una enfermedad lo primero es tratar de curarla. A veces, en este intento se utilizan medicamentos y terapias muy agresivas; si esto no funciona y la enfermedad avanza y se comprende que es incurable, que avanza rápidamente, se entra en una fase terminal y todos los esfuerzos del psicólogo deben estar destinados al cuidado del enfermo.

Con base en el modelo de Stjernswärd, se pueden llegar a las siguientes conclusiones:

- a) En la enfermedad aguda, el objetivo sanitario principal es curar y restaurar el equilibrio biológico.
- b) En la enfermedad crónica el objetivo es mixto: se debe seguir intentando la cura, pero, además, paliar los efectos de la enfermedad sobre la vida del enfermo.
- c) En la fase terminal el objetivo no es ya intentar una curación posible, sino paliar los síntomas, sanear las emociones para que el paciente muera sin sufrimiento y con dignidad y con el mayor grado de confort posible.

Cuidar equivale a proporcionar bienestar, disminuir el sufrimiento físico y satisfacer en lo posible, las necesidades emocionales, sociales y espirituales, escuchándolo, acompañándolo y atendiendo sus sentimientos de soledad.

Por lo anterior, una acción psicoterapéutica no solo es deseable sino necesaria y exigible como señala Cassel (1982) que el objetivo primordial de toda práctica terapéutica es erradicar o paliar el sufrimiento humano.

El sufrimiento humano no solo es a nivel físico sino también a nivel psicológico.

(Miller, 1988) señala que algunas de las reacciones psicológicas en el caso de una infección por VIH son las siguientes:

1. **IMPACTO:** El enfermo se siente próximo a la muerte y pierde toda esperanza además de sentirse Impávido.

2. **MIEDO Y ANSIEDAD:** Tiene miedo e incertidumbre ante la enfermedad, al abandono, al rechazo social o sexual; se siente ansioso de infectar a otros o reinfectarse, teme perder sus capacidades físicas, cognoscitivas, sociales y laborales.
3. **DEPRESION DEBIDA AL:** Deterioro físico, sabe que no hay un tratamiento eficaz para el SIDA, temor por lo que sucederá en el futuro, el rechazo social, laboral, emocional y sexual, culpa y recriminación.
4. **IRA Y FRUSTRACIÓN:** Que se originan por sentirse impotente, tener prohibiciones y límites que antes no tenía el paciente, se siente atrapado e inseguro.
5. **CULPA:** Por lo que ha hecho en el pasado, por ser homosexual o toxicómano.
6. **OBSESIÓN:** Que se traduce en buscar nuevos síntomas o buscar remedios o curas milagrosas y exagerar en la higiene personal.

A estas reacciones se le puede añadir las ideas suicidas y la automedicación de sedantes (Martín y Dean, 1993).

Desde un ángulo profesional psicológico, García Huete (1993) propone técnicas específicas de control cognoscitivo que se han utilizado hasta el momento con eficacia y son las siguientes:

- a. Parada de pensamiento.
- b. Reestructuración cognitiva.
- c. Autoinstrucciones y resolución de problema.

H) MODELO DE ATENCION PSICOLOGICA PROPUESTO POR LA OMS EN 1985

La atención psicológica en VIH y SIDA tiene varios fines:

1. Ayudar a las personas a cambiar los patrones de conducta que les conduce a una situación de riesgo y así se evitará la infección por VIH.
2. Motivar a las personas infectadas por VIH a evitar reinfectarse e infectar a otros.
3. Apoyar a las personas infectadas por VIH a afrontar las consecuencias emocionales y sociales de la infección.
4. Informar, tranquilizar y ayudar a la gente preocupada por el SIDA

Miller (1988) menciona, por su parte, que la atención psicológica debe tener 2 objetivos:

1. PREVENIR.- Prevenir la infección por VIH, evaluar el riesgo, hacer consciente al paciente del riesgo, ayudarlo a identificar los recursos que tiene para cuidarse, mejorar sus habilidades de autocontrol, ayudarlo a que se comunique, mejorar la relación con su pareja, motivarlo para que alcance y mantenga los cambios conductuales preventivos.
2. APOYAR.- Establecer con la persona una relación de confianza, que le permita al psicólogo trabajar en ella, ayudar a que afronte las consecuencias emocionales y sociales que provoca la infección por VIH.

Suministrarle apoyo en tiempo de crisis, con el fin de prevenir o amortiguar el impacto emocional o la patología psicológica, si existe depresión, ansiedad, ideación e intentos suicidas.

Como señala Carmen Gómez (1993), esto lo puede lograr el psicólogo mediante:

1. **MOSTRAR EMPATIA.** Es decir ponerse en el lugar del paciente, decirle "entiendo lo que sientes", "comprendo que reacciones así"
2. **ESCUCHAR ACTIVAMENTE:** No interrumpir al paciente o contener su llanto, respetar su silencio y en muchas ocasiones apoyarlo con el contacto físico, no enviarle mensajes negativos ni con palabras gestos o posturas.

El escuchar implica:

- a. **Expresar.-** expresarle interés y comprensión.
- b. **Mirarlo.-** mirar a los ojos al paciente compartiendo con él apoyo y comprensión
- c. **La postura.-** sentarse tranquilamente para brindarle al paciente seguridad y darle la sensación de que tenemos todo el tiempo para escucharlo.
- d. **Los gestos.-** usar los gestos y movimientos para dar énfasis a la información.
- e. **Proximidad física.-** esta modula la calidad y el tipo de interacción entre los interlocutores.
- f. **Contacto físico.-** puede ayudar a subrayar, si es oportuno nuestra simpatía o comprensión para las personas y el deseo de acompañarlo en su problema.
- g. **Claves locales.-** Cuidar el tono de voz, volumen, claridad, velocidad, énfasis y fluidez.
- h. **La apariencia personal.-** el estar bien vestidos y limpios genera confianza y brinda respeto al paciente

3. **PREGUNTAR:** De forma abierta, específica y respetuosa.

4. **ESPECIFICAR:** Usar un lenguaje claro y comprensible no estereotipar al paciente ni hacer generalizaciones.
5. **COMPROBAR:** Si la información que le brindamos la comprendió y le quedó clara.
6. **REFORZAR:** Apoyarlo en las conductas positivas y en los cambios que quiere lograr el paciente.
7. **AYUDAR:** Ayudarle a controlarse y que sepa que todo está en sus manos.
8. **PEDIR OPINION:** El paciente debe participar en la solución, podemos preguntarle ¿Qué más se le ocurre que podamos hacer?

Además de lo anterior, el paciente no debe sentirse juzgado moralmente.

De esto depende que la intervención psicológica sea de gran importancia si se desea enfrentar el problema del SIDA, sin embargo esto es sumamente complejo.

Se debe hacer evaluaciones y crear instrumentos para evaluar el riesgo al que se expone la gente, se deben desarrollar programas capaces de incrementar la frecuencia y comportamientos preventivos, ya que el SIDA se transmite principalmente por comportamientos sexuales de riesgo y uso de drogas con agujas no esterilizadas. Se deben hacer estudios serios de prevención y planificación sanitaria.

I) RESUMEN

Debido al enorme impacto que causa en el paciente el enfrentarse al VIH y al SIDA la intervención psicológica es de gran importancia.

El trabajo del terapeuta debe estar perfectamente estructurado y se debe ver el problema del SIDA desde el ámbito de la salud en general y no desde el ámbito asistencial. A partir de la experiencia obtenida en la Fundación Mexicana para la Lucha Contra el SIDA se proponen 3 niveles de intervención psicológica, los cuales son:

INTERVENCION DE PRIMER NIVEL.- En el cual se obtiene información sobre el paciente, su edad, escolaridad, sexo, estado civil, y factores de riesgo.

INTERVENCION DE SEGUNDO NIVEL.- Se brinda atención pre y pos prueba para personas que se someten al análisis del VIH.

INTERVENCION DE TERCER NIVEL.- Se realiza ayuda o intervención en crisis una vez que el paciente ha recibido un resultado positivo.

INTERVENCION DE PRIMER NIVEL

Se pretende lograr una reducción del riesgo y se analizan las fases en las que se encuentra el paciente, además de proporcionarle información sobre comportamientos de prevención y sexo seguro. Además, se aborda el problema de prácticas de riesgo con diferentes estrategias como son: concienciación, dramatización, valoración ambiental, autoevaluación, autoliberación, reforzamiento, contra condicionamiento y control de estímulos.

Y se propone el modelo de Bayes, el cual es de carácter multifactorial y contemplan los siguientes factores para tener en cuenta: la historia interactiva previa, los aspectos situacionales inmediatos, el estado fisiológico y sus condicionantes, las habilidades adquiridas, la información que se posee sobre la enfermedad y sus formas de transmisión y prevención. También se tienen en cuenta las interacciones entre el sistema nervioso, el sistema endócrino y el sistema inmuno, las cuales constituyen el campo de estudio de la psiconeuroinmunología.

EN LA INTERVENCION DE SEGUNDO NIVEL

El psicólogo ayuda al paciente que va a tomarse el análisis; le da información sobre la prueba y sobre el VIH/SIDA; se evalúa el riesgo al que pueda haber estado expuesto y se analiza la posibilidad de ser VIH POSITIVO.

También se trabaja sobre la posibilidad de un resultado negativo.

En la intervención de segundo nivel se le da a conocer el resultado al paciente y se trabajan con él las emociones que pueden surgir como son: depresión, impotencia, desesperación, culpa, autocensura e ira.

INTERVENCION DE TERCER NIVEL

Se trabaja con el paciente como señala Bandura (1987) a nivel: cognositivo, fisiológico y motor.

Además, se propone el modelo asistencial de Stejernswärd (1990)

Este modelo asistencial se basa en dos objetivos esenciales de toda acción sanitaria: curar y cuidar. Para que pueda ser llevado a la práctica clínica supone dos premisas:

- a) Una concepción integral del hombre; y
- b) Una copia multidisciplinaria

Así mismo, se propone el modelo de atención psicológica propuesta por la OMS, en el cual se pretende evitar que el paciente se exponga a reinfectarse y transmitir la enfermedad a otras personas.

También, en este nivel de intervención, se realiza intervención en crisis por medio de:

- a) Mostrar empatía
- b) Escuchar activamente
- c) Preguntar eficazmente
- d) Brindar información clara y veraz
- e) Reforzar conductas positivas en el paciente
- f) Hacerlo participe en su tratamiento.

PROCEDIMIENTO

III PROCEDIMIENTO

EVALUACION PSICOLOGICA PRE Y POST PRUEBA PARA PERSONAS QUE SE SOMETEN AL ANALISIS DEL VIH/SIDA

La Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA recibe diariamente un gran número de pacientes, es por esto que se decidió utilizar solamente a los pacientes que se atendieron en pre y post prueba a lo largo de un año de que se empezó a aplicar el cuestionario. No se tomaron en cuenta para la investigación los pacientes de seguimiento debido a que a ellos se les brinda psicoterapia individual o grupal.

A) OBJETIVOS:

Los objetivos de la intervención que se realiza en la Fundación Mexicana para la Lucha Contra el SIDA son los siguientes:

1. Brindar apoyo psicológico pre y post prueba a pacientes que se someten al análisis del VIH.
2. Proporcionar la información básica sobre VIH/SIDA a los pacientes.
3. Orientar a los pacientes sobre de comportamiento sexual.
4. Informar a los pacientes sobre las prácticas sexuales de riesgo y sobre el sexo protegido y más seguro.
5. Dar información básica sobre Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

1. **SUJETOS:** De enero a diciembre de 1995 se aplicó el cuestionario a 77 sujetos, los que presentaron las siguientes características: edades diferentes, sexo; hombres y mujeres; nivel socioeconómico diferente.

Algunos era la primera vez que se realizaban la prueba de detección del VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana).

2. **INSTRUMENTOS:** Una vez que el paciente llega a la Fundación para tomarse la prueba, se le aplica una encuesta médica (la cual no se analizará aquí) que es enviada por el INDRE (Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica, ver anexo 1) y que es entregada junto con su muestra de sangre al laboratorio correspondiente. Se aplica también una Evaluación Psicológica Pre Prueba de opción múltiple y una Evaluación Psicológica Post Prueba (ver anexo 2), de opción múltiple elaborada por (Barrera, 1995). Con el fin de recabar mayor información de los pacientes y facilitar el trabajo de los psicólogos de la Fundación, estas evaluaciones son de opción múltiple y tiene las siguientes características:

B) DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO

EVALUACION PRE PRUEBA

a) **DATOS GENERALES:** Nombre, edad, escolaridad, religión, ocupación, sexo, estado civil, preferencia sexual, y si es la primera vez que se somete a la prueba, si no, el lugar y fecha donde se realizó el examen anterior.

b) **MOTIVO DE CONSULTA:** Sirve para determinar por qué el paciente se desea realizar el análisis de sangre. Además, es útil para explorar la información que posee el paciente sobre el VIH/SIDA.

c) **FACTORES DE RIESGO:** Aquí se analizan las prácticas de riesgo a las que el paciente pudo estar expuesto de contraer la infección, el número de parejas que ha tenido, si usa o no el preservativo y si su pareja era posiblemente portadora del virus.

d) **EXPECTATIVAS ANTE EL RESULTADO:** Se refiere a si el paciente piensa que es positivo o negativo. El psicólogo anota la impresión que él tiene acerca del resultado del paciente.

e) **SENTIMIENTOS DEL PACIENTE:** Se explora: ¿Qué hará si es positivo?, ¿Qué le preocupa?, ¿Qué hará si es negativo?, Cómo se siente? y que piensa. Aquí se puede elaborar un pronóstico y a juicio del psicólogo comentarlo con el paciente.

f) **OBSERVACIONES:** Durante la entrevista el psicólogo va registrando el estado mental del paciente y aquí se anotan las alteraciones emocionales que haya presentado y se registra la impresión diagnóstica.

EVALUACION POST PRUEBA

a) **FECHA:** De toma de muestra, de entrega de resultado y de la pre prueba.

b) **DUDAS:** Si el paciente tuvo dudas respecto a la información que se le dio o si surgieron en el transcurso de la espera del resultado.

c) **OBSERVACION:** El psicólogo anota el comportamiento observado y expresado por el paciente cuando está en la sala de espera.

d) **RESULTADO PARA VIH:** Se registra el resultado que puede ser: positivo, negativo o indeterminado.

e) **RESULTADO PARA ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL:** Se registran otras ETS como: Hepatitis-B, Gonorrea, Sífilis VDRL, Sífilis FTA, Clamidia y Herpes.

f) **APOYO PSICOLOGICO:** Se registra si el paciente solicita apoyo psicológico y si el psicólogo le ofrece apoyo psicológico. Un gran número de pacientes tienen temor de acudir a terapia debido a que tienen ideas equivocadas sobre lo que es la terapia psicológica.

g) **REACCIONES ANTE EL RESULTADO:** Cómo asimiló el resultado y cómo se siente: alegre, con llanto, aliviado, tenso, calmado, silencioso, incrédulo, enojado, reflexivo a resignado.

h) RECOMENDACIONES: Aquí se anotan todas las recomendaciones que el psicólogo le sugiere al paciente, como son: uso del condón, opiniones de prácticas sexuales seguras, seguimientos psicológicos, reducir el número de parejas, descanso, consulta médica, repetir la prueba en 6 meses, mayor información sobre la enfermedad.

i) OBSERVACIONES: Registro del estado de ánimo del paciente y sus reacciones, así como las áreas más importantes para trabajar.

C) METODOLOGIA

El objetivo en la primera entrevista es obtener información suficiente, que permita valorar si una persona ha estado expuesta a un posible contagio del VIH y por lo tanto, amerita la prueba, o sólo necesita información que aclare sus dudas, de ser así se procede de la siguiente manera.

Primero el paciente concerta la cita por teléfono o personalmente, se le asigna una hora y un día en el cual se hará su entrevista psicológica y se le tomará el examen, se registra el nombre o la clave que da el paciente en la agenda de psicología, se le dan las siguientes indicaciones:

Debe asistir con 4 horas de ayuno y que hayan transcurrido por lo menos 3 meses desde su última práctica de alto riesgo ya sea que haya estado expuesto a sangre contaminada o haya tenido relaciones sexuales sin utilizar preventivo.

Si desea tomarse el análisis para ETS (enfermedades de transmisión sexual) el paciente debe acudir con dos horas de no haber orinado para tomar su muestra uretral o vaginal y detectar un posible contagio de clamidia.

Una vez que el paciente llega a su cita es recibido en recepción y se avisa al psicólogo que se encargará de atenderlo.

El psicólogo sale a recepción lo saluda y recibe, ya sea en la entrada de la Fundación o cuando menos en la puerta del consultorio.

Se establece el rapport y considerando que es el primer contacto que el paciente tiene con el psicólogo, se usa un tono cordial para recibir el paciente, ya que esto le ayuda a reducir la ansiedad del paciente y se siguen los siguientes pasos:

1) PRESENTACION

El psicólogo es quien primero se presenta. En caso de que el paciente no dé su nombre, se le pregunta como quiere que lo llamemos, a fin de facilitar un manejo personalizado de la sesión. Muchos pacientes eligen otro nombre o un seudónimo

2) EXPLICACION DEL SERVICIO

Se le explica al paciente que su examen será:

Anónimo: No se proporcionará el nombre o cualquier dato que permita la identificación o localización del paciente, aunque se solicite un nombre de pila (falso o no) para personalizar el servicio.

Confidencial: Toda la información pedida tiene el objetivo de mejorar el servicio, su manejo es estrictamente confidencial.

Voluntario: Una vez recibida la información, es el paciente quien decide hacerse o no la prueba; no por estar ahí está obligado a tomarse el examen.

3) EXPLORAR LAS NECESIDADES

Se le pregunta al paciente ¿Cuál es su motivo de consulta? y ¿En qué se le puede ayudar?, se conversa con él sobre sus necesidades, deseos o cualquier duda o preocupación que tenga. Y se analiza la demanda o el motivo de consulta; es conveniente estar alerta y atento a lo que el paciente nos pide.

Se deben evitar preguntas abruptas como ¿Qué necesita? o ¿Qué problema tiene?. Se le explica al paciente que hay todo un equipo de personas para ayudarlo médico, psicólogo, nutriólogo, dentista y enfermera.

VALORAR INFORMACION SOBRE VIH/SIDA

Se le invita al paciente a que hable acerca del conocimiento que tiene del virus, y de la enfermedad. Se valora la información que tiene.

Una vez que el paciente termina de exponer su información, se le completará, a fin de resolver sus dudas, se reafirma la información correcta y se corrigen los conceptos erróneos. Se le explica la diferencia entre ser VIH positivo y tener SIDA y se le informa sobre las características de la prueba.

Los puntos que se hablan con el paciente son:

a) Formas de transmisión del VIH:

- Sexual
- Sanguíneo
- Perinatal

b) Formas de prevención:

- Uso del condón y sexo seguro
- Evitar el intercambio de líquidos corporales, agujas, rastrillos y objetos punzo cortantes.

c) Se le explica sobre el periodo de ventana; este es un periodo de 2 ó 3 meses, a partir de la infección, es el tiempo que el cuerpo tarda en producir anticuerpos contra el VIH; posteriormente las pruebas pueden detectar la presencia o no de dichos anticuerpos en el suero sanguíneo.

d) Seguimiento serológico, si el paciente tiene una pareja VIH positivo, si tiene prácticas de riesgo frecuentes o si tiene un resultado dudoso o indeterminado es conveniente repetir en 3 meses el análisis.

e) Se le explican las fases de la enfermedad.

- Asintomática: la persona está infectada con el VIH, puede transmitir el VIH, no tiene ningún síntoma, puede sentirse y verse saludable.
- Sintomática: la persona está infectada con el VIH, puede transmitir el VIH, padece infección u otras enfermedades.

- SIDA: la persona está infectada con el VIH, puede transmitir el virus, sus sistema inmunológico está débil, desarrolla una variedad de infecciones u otras enfermedades potencialmente mortales, el SIDA sólo puede ser diagnosticado por un médico

f) Significado del resultado

- Negativo: se le explica al paciente que si obtiene un resultado negativo significa que la persona no se ha expuesto al virus o está en periodo de ventana, pero un resultado negativo no significa que la persona es inmune al VIH.

- Positiva: Quiere decir que el anticuerpo al VIH ha sido detectado en la sangre, y que por lo tanto, la persona ha sido infectada y le puede pasar el VIH a otra aunque no tenga ningún síntoma del SIDA. Igualmente indica que la persona podría desarrollar el SIDA eventualmente, el resultado positivo no significa necesariamente que la persona tiene SIDA en ese momento.

g) Prevención.

Se le sugieren varias medidas de prevención al paciente:

- Sexo seguro: Se basa en evitar el intercambio de semen, líquido preeyaculatorio, sangre y fluidos vaginales, se puede ir más allá de la genitalidad, revalorando diversos juegos eróticos sin riesgo: caricias, masturbación mutua, frote de piel sana, etc.

- Uso del condón: El condón debe ser de látex, se revisa la fecha de manufactura (MFG) y la de expiración (EXP). Los condones tienen un periodo de duración de 5 años aproximadamente; se abre el paquete con la yema de los dedos, se checa el sentido en el que se desenrolla, se utilizan lubricantes base de agua: KY ó LUBRIZAL, se coloca en el pene erecto antes del primer contacto con el pene, boca,

ano o vagina, se oprime el condón para retirar el aire. En caso de romperse se suspende la relación sexual y se retira de inmediato y se coloca otro preservativo.

h) Dudas: El psicólogo invita al paciente a expresar sus dudas, en cuanto a todo lo mencionado en la sesión; en este momento se trabajan con las posibles resistencias del paciente, como negar, olvidar y contradecir.

5) DECISION

Después de escuchar la información el paciente está listo para tomar la decisión de hacerse o no la prueba. En este momento se explora ¿Qué hará si es negativo y qué hará si es positivo?

Es preciso evaluar la seguridad del paciente en caso de tratarse de una persona con prácticas de alto riesgo y poca seguridad personal; se le sugerirá la conveniencia de hacerse la prueba como una manera de saber a qué atenerse, tomar decisiones y modificar sus conductas de riesgo.

6) EVALUACION EMOCIONAL

Una vez que el paciente ha tomado la decisión de practicarse la prueba, es preciso preguntarle ¿Cómo se siente después de lo hablado?. Esto le permite al paciente disminuir sus miedos, ansiedad y fantasmas y podemos darnos cuenta si la información es clara. Cada persona actuará diferente y es importante estar atento si el paciente muestra tendencias suicidas o si parece que podrá adaptarse a su nuevo estilo de vida.

7) APLICACION DE LA ENCUESTA

Se aplica la encuesta del INDRE (ver anexo 1); esta información tiene el objetivo de recabar información que es valiosa para diseñar intervenciones educativas o saber hacia dónde dirigir acciones posteriores.

Para el control y prevención del SIDA se le recuerda al paciente la confidencialidad y el anonimato, ya que muchas preguntas son de aspecto muy personal.

Se establece un plan de salud con el paciente en caso de que sea portador o no lo sea.

8) CIERRE

El cierre se realiza precisándole al paciente la última información; se le entregan en este momento folletos y preservativos, se le recuerda tanto la clave de identificación de su muestra, como la importancia de la confidencialidad, es decir, el resultado sólo se le entregará al interesado y será personalmente y no por teléfono.

9) TOMA DE MUESTRA

Se le toma una muestra de sangre y la muestra uretral o vaginal según el caso, para analizar si hay contagio de clamidia.

10) EVALUACION PSICOLOGICA O INFORME

Al finalizar la entrevista es fundamental que el psicólogo elabore el informe posterior a la entrevista. En este debe registrar: los datos generales, el motivo de consulta, factores de riesgo, expectativas ante el resultado, sentimientos del paciente y observaciones.

En la intervención que realice es conveniente incluir, además de lo anterior, la información referida a rasgos de personalidad del paciente, y si el paciente está consciente o no del riesgo de infectar o infectarse, si existe congruencia entre lo que dice y hace, si sus respuestas fueron agresivas, si las reprimió, si se sintió culpable y anotar: Datos sobre otras crisis que ha enfrentado; y como las ha resuelto.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- ¿Quién le puede proporcionar apoyo emocional, familiares, amigos, otros?.

Todo este material será útil para la entrega del resultado o para una segunda entrevista.

EVALUACION POST PRUEBA Y ENTREGA DE RESULTADO

El objetivo de esta entrevista es entregar de la mejor manera el resultado y establecer un plan de trabajo con el paciente, independientemente de su estado serológico.

1) **RECEPCION:** Es recomendable que el mismo psicólogo que atendió al paciente en la pre prueba lo reciba en la post prueba.

2) **EVALUAR ESPERA:** Se le pregunta al paciente ¿Cómo se ha sentido desde la última vez que nos vimos?, ¿Qué ha pensado en cuanto a la sesión de hoy?. Con estas preguntas el psicólogo explora el estado de tensión en el que se encuentra el paciente.

3) **REAFIRMAR INFORMACION:** Se le pregunta al paciente si tiene dudas; este diálogo intenta disminuir la ansiedad. El psicólogo no se debe apresurar a entregar el resultado, ya que la ansiedad y tensión es fuente de cambios de actitudes y conductas de riesgo, pero no se debe esperar demasiado.

4) INTRODUCCION ANTES DEL RESULTADO

Se le explica lo que implica un resultado negativo y uno positivo

5) **ENTREGA DE RESULTADO:** La entrega de resultado se hace de una manera lo más neutral posible y varía de acuerdo al resultado obtenido.

6) RESULTADO NEGATIVO: Se entrega el resultado de una manera directa, justo en el momento en que la ansiedad del paciente sea óptima (ni muy impaciente, ni muy depresivo) y aun cuando sea negativo, se debe dar información completa sobre VIH y SIDA.

SEGUIMIENTO: Si hay prácticas de riesgo es útil esperar 3 meses y repetir la prueba, si la situación del paciente así lo requiere (parejas múltiples), parejas con VIH positivo; debe realizarse un seguimiento cada 3 ó 6 meses por 2 años.

SIGNIFICADO DE SER NEGATIVO: Se le explica al paciente que ser negativo no significa que permanecerá de esta manera, ya que si no se cuida, puede ser positivo.

INFORMAR: Se le proporciona información sobre conductas de salud seguras, se le explican métodos de negociar esta conducta con otras personas.

DESPEDIDA: Durante la entrega de un resultado negativo es de fundamental importancia garantizar si la claridad y comprensión de la información permite establecer un compromiso profundo con respecto a la prevención, para evitar la propia sero conversión como la de otras personas.

7) RESULTADO INDETERMINADO

En algunos pacientes se obtiene un resultado indeterminado; es decir, no es positivo ni es negativo, debido a que en su muestra de laboratorio no existen elementos suficientes para considerarlo VIH positivo. Se debe, por lo tanto, utilizar otros métodos para tratar de alcanzar un resultado confiable, se pueden necesitar combinaciones de técnicas de laboratorio para excluir los resultados falsos positivos, realizar una segunda ELISA o WESTERN BLOT. El psicólogo debe reforzar la información que se le dio al paciente y se le explica que el resultado indeterminado se obtuvo:

a) Debido a que la prueba es reacción cruzada con una proteína no VIH (usualmente la reacción de la proteína está simulando la reacción asociada con el núcleo de la proteína p24).

b) El tiempo ha sido insuficiente para que ocurra la seroconversión total desde que la persona estuvo expuesta al VIH.

En el caso de un resultado indeterminado no se llevan a cabo más pruebas en ese momento, sino después de 3 meses. La ansiedad en estos casos es enorme y el psicólogo debe disminuirla y debe acentuar los mensajes relacionados a la prevención de la transmisión, en relación con la actividad sexual, el consumo de drogas, la donación de tejidos o fluidos del cuerpo y la alimentación con seno materno.

8) RESULTADO POSITIVO: Se entrega con confianza, seguridad y sin ser indiferente; no se entrega con compasión o sobreprotección y angustia. Lo que se obtuvo en la prueba nos sirve para conocer al paciente y saber cómo entregarle el resultado y hablar con él de los siguientes puntos:

1.1 CON QUIEN COMPARTIR: Se le ayuda al paciente a decidir con quien compartirá su resultado y sobre la importancia de informar a sus parejas anteriores.

1.2 SERVICIOS MEDICOS: Se le hace hincapié sobre la necesidad de hacer ejercicios regularmente, de llevar una dieta balanceada, de dormir lo suficiente, de no usar drogas, o alcohol, se le canaliza a servicio médico si requiere tratamiento y se le informa sobre los medicamentos más recientes y terapias alternativas, se le proporciona nombres de instituciones y grupos civiles que lo pueden apoyar.

1.3 DEJARLO QUE VIVA EL IMPACTO: Las reacciones de cada paciente suelen ser diversas. Es importante permitir que el paciente viva el impacto de la manera más adecuada para él, en un clima de confianza, el psicólogo sólo le da la pauta asegurar. En este sentido el tiempo de entrega del resultado dura lo que el paciente necesite, algunas entrevistas se extienden varias horas.

1.4 INTERVENCION EN POSIBLE CRISIS: Se espera la respuesta del paciente y se interviene en una posible crisis. El papel del psicólogo es ayudar al paciente a contener la ansiedad, reconocer los sentimientos que en ese momento se presentan y asegurarle que habrá tiempo para abordar sus sentimientos, preocupaciones y que sus decisiones no deben ser apresuradas.

1.5 ANALIZAR LA NEGACION: El paciente muchas veces puede negar su resultado o no creerlo. Esta es una reacción común, pero el psicólogo debe determinar si la negación es de ayuda al paciente o si es una forma destructiva.

1.6 AYUDARLO A FIJARSE METAS: Se le ayuda al paciente a planear metas realistas en los cambios que surgirán en su vida a partir del resultado.

1.7 DAR INFORMACION: Es importante explicarle al paciente que ser seropositivo no implica tener SIDA, el ser seropositivo es estar en la etapa asintomática y se puede o no desarrollar la infección. Se despejan todos los mitos y temores falsos e irracionales que pueda tener al pensar que el contacto cotidiano pondría en riesgo a sus amigos o familiares.

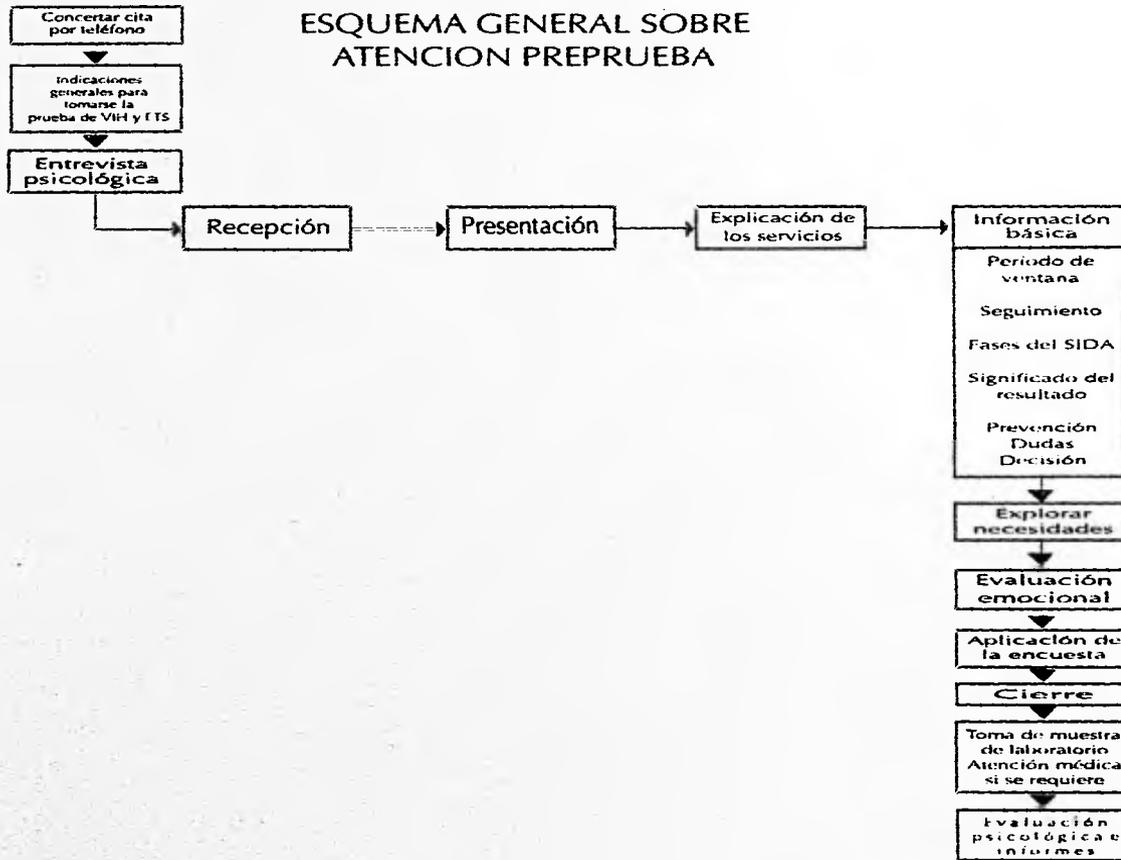
1.8 MANTENER LA ESPERANZA: Se estimula en el paciente las estrategias positivas de adaptación como: religión y espiritualidad, manejo del estrés, maximización del apoyo social. Se fomenta la participación activa por parte del paciente en su adaptación a la realidad de un resultado positivo y a su propio plan de salud. Se le ayuda a que haga uso de sus recursos disponibles. La noticia de tener VIH puede acarrear problemas no resueltos en la persona. Esto puede complicar la aceptación y el ajuste el paciente y debe ser manejado con sensibilidad y lo más pronto posible.

1.9 RECURSOS Y REMISIONES: Si el paciente así lo requiere se canaliza al servicio médico, a grupos de autoapoyo, terapia reiki, asesoría legal, servicio de nutrición, servicio dental y de enfermería. Estos son servicios con los que cuenta la Fundación.

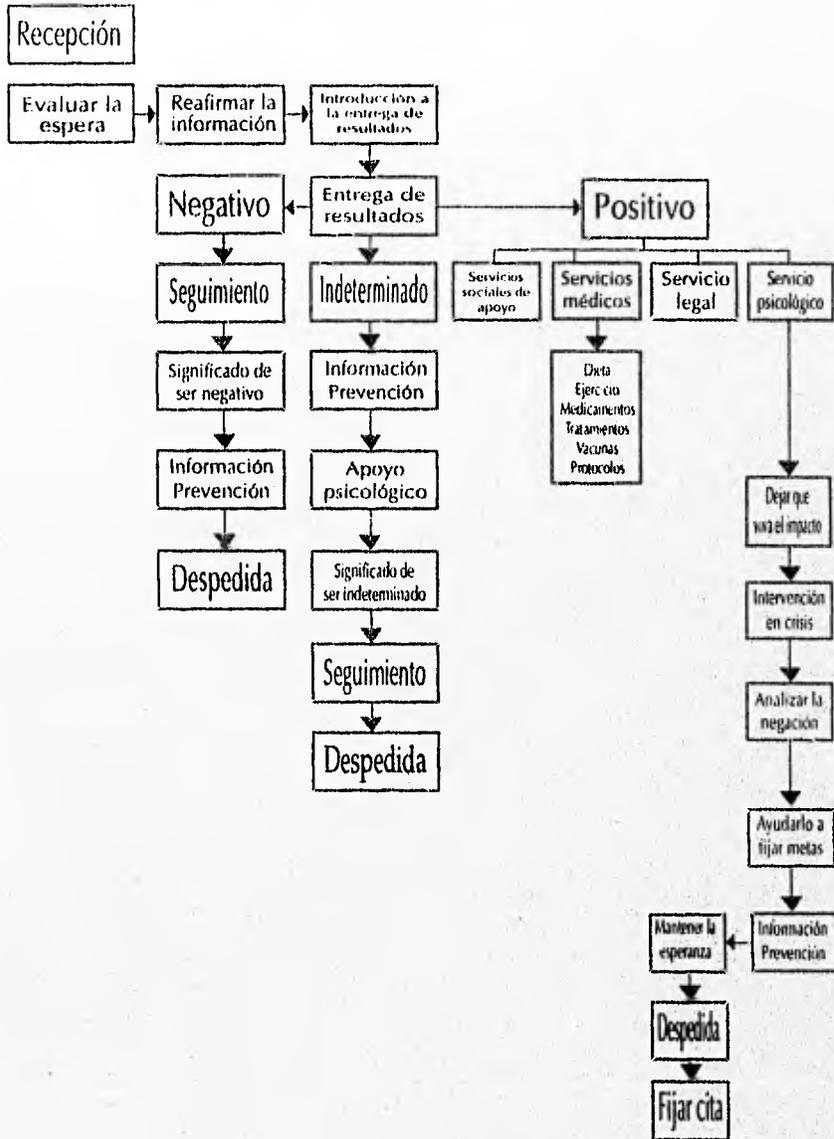
DESPEDIDA: Al paciente seropositivo se le da el tiempo que requiera para poder enfrentarse a la calle. Incluso conviene dejarlo solo unos minutos y después se le pregunta si se siente bien para salir

FIJAR UNA CITA: Al finalizar una sesión de entrega de resultado positivo conviene hacer una cita para un próximo encuentro; en él se elaborará un plan de trabajo para el paciente, de acuerdo con lo que sea mejor a su situación: grupos de información o los grupos de autoapoyo terapéutica. Al cerrar la sesión, se establece la idea de que hay mucho por hacer. Se le entregan folletos y material porque una vez que esté más tranquilo el paciente deseará informarse más.

ESQUEMA GENERAL SOBRE ATENCIÓN PREPRUEBA



ESQUEMA GENERAL SOBRE ATENCION POST PRUEBA



EVALUACION

IV EVALUACION

Para fines de presentar los resultados después de aplicar el cuestionario pre prueba y post prueba, se elaboró una tabla para obtener las frecuencias de cada uno de los reactivos del cuestionario que contestaron 77 pacientes. Se elaboraron, posteriormente, las tablas y las gráficas para cada reactivo del cuestionario.

A) TABLAS DEL CUESTIONARIO PRE PRUEBA

En el Anexo 3 se muestran primero las tablas y más adelante las gráficas que incluyen los resultados de este estudio de la siguiente forma:

Tabla (1) EDAD DE LOS PACIENTES.- El mayor porcentaje (37.66%) correspondió a jóvenes de entre 21 y 25 años de edad.

Tabla (2) TOTAL DE PACIENTES QUE ACUDIERON A PRE Y POST PRUEBA.- De 77 pacientes, 67.53% regresaron a recoger su resultado y 32.46% no lo hicieron.

Tabla (3) SEXO: El mayor porcentaje (74.02%) correspondió a hombres.

Tabla (4) ESTADO CIVIL: El 86% de los pacientes era soltero.

Tabla (5) PREFERENCIA SEXUAL: 48% de los pacientes tenían preferencias heterosexual contrario a lo que se creía en la Fundación al pensar que se atendía a un mayor número de población homosexual.

Tabla (6) ACEPTACION DE SU PREFERENCIA: El 99% de los pacientes en la entrevista manifestó sentirse aceptado en su preferencia sexual.

Tabla (7) NUMERO DE VECES QUE SE HAN PRACTICADO EL EXAMEN: 67.54% de los pacientes se han practicado el análisis para VIH más de una vez, esto nos indica que la información que se brinda no es suficiente para generar un cambio de conducta en los pacientes.

Tabla (8) RELIGION: Podemos notar que casi la mitad de los pacientes (50.64%) tienen religión católica.

Tabla (9) OCUPACION: 65.38 De los pacientes trabajan, con lo cual podemos suponer el enorme impacto económico que causa la epidemia del SIDA.

Tabla (10) MOTIVOS: Son diversos los motivos por los cuales los pacientes acudieron a realizarse el análisis 53 de los 77 pacientes acudieron por tener una vida sexual activa 20 de ellos no se protegían, no utilizaban condón, ni realizaban prácticas de sexo protegido.

Tabla (11) FACTORES DE RIESGO: El mayor porcentaje dentro de los factores de riesgo es la relación sexual sin protección (47.67%) y el menor es por tatuaje o violación.

Tabla (12) EXPECTATIVAS: 71.42% de los pacientes deseaban que su resultado diera negativo, sin embargo como se vio anteriormente, 47.67% no se protegieron al tener relaciones sexuales.

Tabla (13) REACCIONES ANTE EL RESULTADO POSITIVO: 40% de los pacientes dijeron que reaccionarían sintiéndose mal y deprimidos, pero solo 22% buscarían apoyo e información sobre la enfermedad.

Tabla (14) REACCIONES ANTE UN RESULTADO NEGATIVO: El mayor porcentaje de los pacientes (64.77%) dijeron que se sentiría bien, felices y tranquilos si su resultado fuera negativo, pero sólo el 32.46% se protegerían si volvieran a tener prácticas de riesgo.

B) TABLAS DEL CUESTIONARIO POST PRUEBA

Tabla (15) OBSERVACION INICIAL: De los 77 pacientes atendidos, 47% se mostraron nerviosos, ansiosos y angustiados al acudir por el resultado de su análisis, y 25% se mostraron tranquilos y relajados gracias al apoyo recibido en la pre prueba.

Tabla (16) DUDAS: 92.30% de los pacientes manifestaron no tener dudas en cuanto a la información que se les proporciona acerca del VIH, su forma de transmisión y el SIDA.

Tabla (17) RESULTADOS AL VIH: El 90% de los pacientes obtuvieron un resultado VIH negativo y el 10% obtuvieron un resultado positivo en su análisis de detección al VIH.

Tabla (18) RESULTADOS DE ETS: El 58.18% de los pacientes obtuvieron un resultado negativo en enfermedad de transmisión sexual y a pesar de explicarles sobre la gravedad de no detectar oportunamente una ETS, el 36.53% de los pacientes no se practicó el análisis para detectar dichas enfermedades.

Tabla (19) RESULTADOS DE LOS PACIENTES QUE NO REGRESARON: El 88% de los pacientes que no regresaron a recoger su resultado obtuvieron un resultado negativo y 12% un resultado positivo para el análisis de anticuerpo al VIH.

Tabla (20) PACIENTES QUE SOLICITARON APOYO PSICOLOGICO: El 81% de los pacientes no solicitaron apoyo psicológico a pesar de saber que en el problema del SIDA el aspecto emocional es de gran importancia.

Tabla (21) EL PSICOLOGO OFRECIO APOYO: Ofreció apoyo psicológico en 19% de los casos. Esto debe ser modificado y se debe trabajar con todos los pacientes.

Tabla (22) REACCIONES ANTE EL RESULTADO NEGATIVO: Una vez que los pacientes conocieron su resultado, 39.36% reaccionaron con alegría, gusto y alivio, pero podemos notar que sólo el 2.12% de pacientes deseaban protegerse más.

Tabla (23) REACCIONES ANTE EL RESULTADO POSITIVO: El 27.20% de los pacientes reaccionó con silencio e incredulidad al conocer su resultado positivo.

Tabla (24) RECOMENDACIONES: Al 41.96% de los pacientes, el psicólogo les sugirió cuidarse y utilizar condón; esto debe ser modificado y la sugerencia se les debe dar a todos los pacientes.

C) GRAFICAS

Gráfica (1) EDAD: El mayor porcentaje de pacientes que acudió a la fundación fue el de entre 21 y 25 años y el menor de entre 41 y 45 años.

Gráfica (2) PACIENTES QUE REGRESARON: 68% de los pacientes acudieron tanto a pre como a post prueba.

Gráfica (3) SEXO: 74% de los pacientes que acudieron eran de sexo masculino el SIDA sigue afectando mas a los varones que a las mujeres.

Gráfica (4) ESTADO CIVIL: El 85.71% de los pacientes que acudieron a la fundación eran solteros.

Gráfica (5) PREFERENCIA SEXUAL: El 48% de los pacientes mostraron preferencia sexual heterosexual.

Gráfica (6) ACEPTACION: El 99% de los pacientes en la entrevista mostraron aceptación por su preferencia sexual.

Gráfica (7) NUMERO DE VECES: El 68% de los pacientes era la primera vez que se practicaban el análisis de anticuerpos al VIH.

Gráfica (8) RELIGION: Casi la mitad de los pacientes 51% tenían religión católica.

Gráfica (9) OCUPACION: El 65% de los pacientes que acudieron eran personas que trabajan.

Gráfica (10) MOTIVOS: El 25.92% de los pacientes acudieron a tomarse la prueba de anticuerpos teniendo una vida sexual activa.

Gráfica (11) RIESGO: El 47.67% de las personas, acuden a hacerse el análisis del VIH por tener relación sexual sin protección.

Gráfica (12) EXPECTATIVAS: El 71% de los pacientes espera que su resultado sea VIH negativo.

Gráfica (13) REACCIONES. Ante un resultado positivo el 51.94% de los pacientes si su resultado fuera positivo reaccionarían sintiéndose mal y deprimidos.

Gráfica (14) REACCIONES: Ante un resultado negativo el 64.77% si su resultado fuera negativo manifestaron que se sentirían felices y tranquilos.

Gráfica (15) OBSERVACION INICIAL: El 58.02% de los pacientes acudieron a post prueba; nerviosos, ansiosos y angustiados.

Gráfica (16) DUDAS: El 92% de los pacientes entendieron la información que se les dio en la evaluación pre-prueba sobre el VIH y sus formas de contagio.

Gráfica (17) RESULTADOS VIH: El 90% de los pacientes obtuvo un resultado VIH negativo.

Gráfica (18) RESULTADOS ETS: El 58.18% de los pacientes obtuvieron un resultado negativo en el análisis para detectar enfermedades de transmisión sexual; las enfermedades más frecuentes fueron la sífilis y el herpes.

Gráfica (19) RESULTADOS DE LOS PACIENTES QUE NO REGRESARON A POST PRUEBA: De los pacientes que no regresaron por su resultado, 12% obtuvieron un resultado VIH positivo.

Gráfica (20) APOYO PSICOLOGICO: El 81% de los pacientes no solicitó apoyo psicológico.

Gráfica (21) SE OFRECIO APOYO PSICOLOGICO: En 70% de los casos no se ofreció apoyo psicológico.

Gráfica (22) REACCIONES ANTE UN RESULTADO NEGATIVO. El 39.36% de los pacientes reaccionó con alegría y calma ante un resultado negativo.

Gráfica (23) REACCIONES ANTE UN RESULTADO POSITIVO: El 27.2% de los pacientes reaccionó con silencio e incredulidad.

Gráfica (24) RECOMENDACIONES. La recomendación más frecuente que hizo el psicólogo a 41.96% de los pacientes fue que se cuidaran usando el condón y teniendo sexo protegido, esto debe modificarse, la recomendación debe ser para todos.

D) RESULTADOS

EVALUACION PRE PRUEBA

A) DATOS GENERALES

En cuanto a la edad de los pacientes se vio que el grupo más afectado es el de 21 a 25 años de edad y se atendieron pocas personas entre 41 a 45 años (ver tabla 1 y gráfica 1). No todos los pacientes acudieron a pre y post prueba (ver tabla 2 y gráfica 2). La mayoría de los pacientes eran de religión católica (ver tabla 8 y gráfica 8) y el grupo de mayor incidencia en cuanto a sexo es de hombres a pesar de que se está incrementando el SIDA en mujeres y el mayor porcentaje se registra en heterosexuales (ver tabla 5 y gráfica 5) (ver tabla 3 y gráfica 3). En cuanto a su estado civil, la mayoría eran solteros (ver tabla 4 y gráfica 4). La mayoría de ellos aceptaban su preferencia sexual (ver tabla 6 y gráfica 6) y es mayor el número de personas que se practicaron el análisis por primera vez. Sin embargo, existió un alto porcentaje de personas que era la segunda o tercera vez que acudían a tomarse la prueba de detección al VIH (ver tabla 7 y gráfica 7). La mayor parte de los pacientes trabajan (ver tabla 9 y gráfica 9)

B) MOTIVO DE CONSULTA

El motivo principal por el cual una persona acude a practicarse la prueba de ELISA es debido a tener una vida sexual activa y no utilizar protección en sus relaciones sexuales (ver tabla 10 y gráfica 10).

C) FACTORES DE RIESGO

Las prácticas de riesgo más comunes a las que se expusieron los pacientes que acudieron a la Fundación fue por tener relaciones sexuales sin protección o con varias parejas, o con trabajadoras sexuales (ver tabla 11 y gráfica 11).

D) EXPECTATIVAS ANTE EL RESULTADO

A pesar de haber estado en riesgo, la mayoría de los pacientes esperaban obtener un resultado negativo en su análisis de sangre (ver tabla 12 y gráfica 12).

E) REACCIONES ANTE EL RESULTADO

Si el resultado fuera positivo más de la mitad de los pacientes se sentirían mal y deprimidos y sólo a un paciente le preocupó infectar a otras personas (ver tabla 13 y gráfica 13).

Por otro lado, si los pacientes obtuvieran un resultado negativo se sentirían bien, felices y tranquilos y sólo la cuarta parte de ellos consideró cuidarse o protegerse en sus futuras relaciones sexuales (ver tabla 14 y gráfica 14).

EVALUACION POST PRUEBA

A) DUDAS DEL PACIENTE

La mayoría de los pacientes manifestaron no tener dudas o preguntas respecto a la información que se les proporcionó en la pre-prueba referente a el virus, su forma de transmisión y sobre las prácticas de riesgo (ver tabla 16 y gráfica 16).

B) OBSERVACION INICIAL

Al acudir a recoger su resultado los pacientes se sentían en su mayoría muy nerviosos, ansiosos y angustiados (ver tabla 15 y gráfica 15).

C) RESULTADOS PARA VIH

La mayor parte de los pacientes obtuvieron un resultado negativo a su prueba de detección del VIH (ver tabla 17 y gráfica 17).

D) RESULTADOS PARA ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

La enfermedad de mayor frecuencia detectada fue la sífilis en prueba FTA pero la mayoría de los pacientes no presentaron ningún ETS o no se practicaron el análisis (ver tabla 18 y gráfica 18).

En cuanto a VIH algunos pacientes no regresaron a recoger su resultado para VIH (ver tabla 19 y gráfica 19).

E) EL PACIENTE SOLICITO APOYO PSICOLOGICO Y EL PSICOLOGO OFRECIO APOYO PSICOLOGICO.

La mayor parte de los pacientes no solicitó apoyo psicológico (VER TABLA 20 Y GRÁFICA 20) y el psicólogo no ofreció apoyo psicológico a la mayoría de los pacientes (ver tablas 21 y gráficas 21).

Este fue un error que debe ser superado ya que en el 100% de los casos se los debe ofrecer apoyo psicológico independientemente de su estado serológico.

F) REACCIONES ANTE EL RESULTADO

Los pacientes asimilaron el resultado negativo con alegría, gusto y alivio (ver tabla 22 y gráfica 22) el llanto, el silencio y la tensión se presentaron cuando los pacientes obtuvieron un resultado positivo (ver tabla 23 y gráfica 23).

G) RECOMENDACIONES

La principal recomendación por parte del psicólogo fue que el paciente se siguiera cuidando y usara el condón, así como que tuviera un apoyo psicológico para poder lograrlo, repetir la prueba en 6 meses y obtener una mayor información de la enfermedad (ver tabla 24 y gráfica 24).

ANALISIS Y CONCLUSIONES

V ANALISIS, CONCLUSIONES Y DISCUSION

El psicólogo en el campo del VIH/SIDA desempeña un papel clave ya sea en:

- a) Prevención y control del VIH/SIDA.
- b) Apoyo a pacientes que quieren someterse al análisis (asesoría pre y post prueba).
- c) Información sobre VIH/SIDA.

a) Prevención: La prevención del VIH/SIDA debe realizarse primeramente por profesionales en psicología, ya que se trabaja con aspectos conductuales y de personalidad de los pacientes.

Como señala Arango (1993) el trabajo del psicólogo es de gran importancia en prevención y control del SIDA, y constituye un medio práctico para promover la adopción de comportamientos de bajo riesgo a mediano y largo plazo.

Debido a que la información continúa siendo insuficiente, es necesario trabajar con un cambio de actitudes para tener un cambio conductual; de allí la importancia de conocer los factores de personalidad, cognocitivos, emocionales y motivacionales que lleven a una persona a tener prácticas sexuales de alto riesgo.

b) Apoyo: El psicólogo que trabaja con pacientes VIH positivos enfrenta considerables desafíos al tener que apoyar la crisis que surge después de conocer el resultado. Por otro lado, con el paciente VIH negativo no es fácil cambiar prácticas sexuales de riesgo ya que, el paciente puede estar confuso o negar lo que le sucede.

El trabajo pre y post prueba busca reforzar la autodeterminación, la confianza en si mismo, mejorar la calidad de vida de los pacientes .

Por lo tanto, dar asesoría para el VIH/SIDA también significa proporcionar apoyo a los familiares y seres queridos de pacientes que están en riesgo o han contralado el virus.

En la medida que el apoyo se incrementa, la calidad y la esperanza de vida mejoran.

por lo tanto existe una relación directamente proporcional entre terapia y calidad de vida.

c) Información sobre VIH/SIDA. esta información no sólo afecta al individuo en su integridad física, repercute ampliamente en el aspecto psicológico. Los problemas que enfrenta el paciente seropositivo van más allá de su propia persona.

El aislamiento, la hospitalización, la discriminación, los problemas financieros y la pérdida de las relaciones entre otros, estos problemas son algunos de los aspectos que tendrán que trabajar juntos psicólogo y paciente, ya que sólo así podrán encontrar respuesta a algunas de las interrogantes más frecuentes.

Está extensamente comprobado que las personas que participan en algún tipo de terapia de apoyo emocional o que consultan regularmente a un psicólogo cuentan con una esperanza y calidad de vida mucho mayor que los que no lo hacen (Bayés, 1994).

Se observó en la intervención que se realizó en la Fundación, que las personas continúan teniendo relaciones sexuales sin protección. Se encontró además, que el SIDA está afectando a las mujeres y sus hijos; por otra parte se corrobora que en nuestro país, la principal vía de transmisión es la sexual y no la sanguínea, pues la transfusión de sangre está más controlada desde 1987 y las drogas que más frecuentemente se usan en el país son los inhalantes y no las drogas inyectadas.

En un principio se le sugería apoyo emocional sólo a los pacientes VIH positivos debido a que la demanda era enorme y no se podía atender a todos los pacientes.

Después de analizar el cuestionario pre y post prueba se vio la importancia de trabajar con pacientes VIH negativos para evitar que estos se contagien.

La mayoría de los pacientes VIH positivos ya no regresan a la Fundación, existe una enorme deserción.

Si los pacientes VIH positivos regresan se trabaja en la Fundación con ellos semanalmente en sesiones de 50 minutos, ya sea en terapia individual o grupal.

Los puntos que primero se trabajan son los siguientes:

- * Se le ayuda al paciente a decidir con quien compartirá la información, qué debe contar, cómo debe contarlo.
- * Se le habla sobre la conveniencia y la forma de contarles a sus compañeros/as sexuales, actuales y anteriores, acerca de su condición.
- * Se le hace énfasis en la necesidad de hacer ejercicio regularmente, de llevar una dieta balanceada y de dormir lo suficiente.
- * Se le recomienda que no consuma drogas o alcohol ya que puede afectar su comportamiento y exponerlo a riesgo.
- * Se ofrece información y apoyo a sus familiares.
- * Se le recomienda que permanezca activo en la comunidad y que mantenga contacto con sus familiares.

PUNTOS A MEJORAR EN EL CUESTIONARIO DE EVALUACION

En pre prueba:

- a) Sería adecuado anotar un familiograma a fin de explorar la red de apoyo social; además preguntarle además al paciente ¿Con quién ha comentado, si es que lo ha hecho, el haber acudido a realizarse el análisis de VIH? y ¿Con quién compartirá la noticia en caso de ser positivo?
- b) Revisar con preguntas clave la información que posee el paciente en relación al VIH/SIDA.

- c) Explorar cómo ha enfrentado a otras crisis en el pasado.
- d) Detectar si el paciente tiene conductas agresivas, depresivas o autodestructivas.
- e) Anotar los sentimientos más característicos del paciente.
- f) Evaluar el nivel de tensión física.
- g) Investigar si pertenece a algún club, organización, iglesia, club social, etc.
- h) Preguntar al paciente sobre sus reacciones si se obtiene un resultado indeterminado.
- i) Reportar el estado emocional del psicólogo durante la sesión.

En post prueba:

- a) Detectar el estado emocional del paciente cuando acude por su resultado.
- b) Reportar el estado emocional del psicólogo antes y después de la entrega del resultado.
- c) Investigar sobre las expectativas que tenía el paciente de su resultado.
- d) Registrar a que tipo de servicio se canalizó al paciente: medicina, enfermería, nutrición, terapia individual o grupal, terapia alternativa reiki, viaje interno, servicio legal y derechos humanos.

CONTRIBUCIONES

VI CONTRIBUCION

La aportación de este reporte laboral se enfoca a tres aspectos:

- 1) Sistematizar el trabajo en una institución donde acuden las personas a realizarse el análisis del VIH.
- 2) Diseñar una entrevista organizada para registrar datos del paciente que sean de utilidad en la entrega de resultados.
- 3) El trabajo pre y post prueba debe ser realizado por un psicólogo capacitado en aspectos de la conducta humana y con suficiente información del VIH/SIDA.
- 4) Llevar a cabo el seguimiento de los casos.

A continuación se describen brevemente estos puntos.

1) Sistematizar: En un gran número de instituciones, tanto públicas como privadas, se realiza el análisis del VIH sin brindar apoyo emocional o lo hacen sin seguir un trabajo estructurado. En la Fundación Mexicana para la Lucha Contra el SIDA a partir de 1995 se empezó a utilizar la evaluación pre y post prueba en la cual se brinda apoyo emocional a los pacientes que se someten al análisis del VIH.

2) Diseñar: Los datos registrados en el cuestionario pre prueba permiten conocer algunos rasgos básicos de la personalidad del paciente, así como diagnosticar el riesgo al que ha estado expuesto. Sirve para que el paciente diseñe un plan de acción preventivo orientado al autocuidado para su salud y a reducir angustia. Para evaluar lo anterior se requiere una entrevista organizada, al contar con un cuestionario elaborado para tal fin, éste es de gran utilidad. Por este motivo, en 1995 se diseñó el cuestionario de evaluación pre-prueba y post prueba que intenta registrar datos que sean de utilidad en la entrega del resultado, aunque es perfectible y se

pueden estar llevando constantemente variaciones hasta lograr un instrumento confiable.

3) ¿Quién debe realizar el apoyo emocional?: Por la experiencia que se ha tenido en la Fundación resulta recomendable que el trabajo pre y post prueba tiene que ser realizado por un psicólogo capacitado; de no ser así, el paciente enfrentará angustia, depresión y puede no asimilar adecuadamente su resultado, incluso puede llegar al suicidio.

Por otro lado en el Encuentro Nacional de Personas que viven con VIH/SIDA (1995): En un estudio presentado en la IX Conferencia Internacional sobre SIDA, en Berlín 1994, se demostró que los aspectos emocionales incidían en un 80% en la posibilidad del éxito terapéutico. Si lo ponderamos diríamos que los antirretrovirales, los inmunomoduladores y los medicamentos representan tan sólo un 20% de la posibilidad de éxito. La ponderación está entonces en el apoyo psicoterapéutico y, curiosamente, este apoyo emocional es el menos utilizado por una sencilla razón, de que es más fácil depositar la responsabilidad en los demás que en uno mismo.

Ahora sabemos muy bien que el SIDA es un problema que nos concierne a todos y que no está limitado a un solo grupo ni a una sola persona, debemos sobreponernos a nuestros temores y prejuicios y haciendo lo posible en un sentido positivo. Para encontrar la respuesta y la curación a esta pandemia llamada SIDA la enfermedad de la falta de amor.

La intervención Pre y Post prueba que se realizó en la Fundación Mexicana para la Lucha Contra el SIDA es importante a todos los niveles de la vida de una persona, ya sea en la esfera individual, emocional, social, económica y familiar.

A nivel individual, al tener el apoyo y comprensión de otros y al compartir los sentimientos con un especialista (psicólogo) contribuye a una mejoría del bienestar general y por lo tanto de la salud física. Además de motivar al paciente a reflexionar se le orienta para que tome decisiones que le ayuden a cuidar su vida.

Con la intervención psicológica se evita también a que si el paciente ya es seropositivo se reinfecte o transmita el virus a otra persona.

Se contribuye a brindar información y orientar a los pacientes sobre el VIH/SIDA.

A nivel social, se despejan las dudas y prejuicios hacia VIH positivos y se evitan actitudes de estigmatización al enfermo del SIDA.

A nivel económico, con la intervención psicológica se reducirá el número de personas infectadas por medio de la orientación brindada por el psicólogo y se reducirían los costos económicos que genera el que una persona sea seropositivo; se evitarían gastos de hospital, medicamentos y pérdidas de personas que se encuentran en edad productiva.

A nivel familiar, se puede trabajar la culpa, el miedo y la angustia que surge en la familia una vez que se enteran de que uno de sus seres queridos es VIH positivo.

SUGERENCIAS

Después de realizar este trabajo se sugiere que todo aquel paciente que se somete al análisis del VIH/SIDA debe recibir apoyo psicológico pre y post prueba. Y todas las instituciones deben contar con una evaluación psicológica pre y post prueba que sirva de base para obtener información sobre el paciente que está atendiendo y le brinde un servicio profesional.

Además de que los pacientes tengan su expediente y se les brinde una adecuada información sobre VIH/SIDA.

El apoyo emocional no debe ser visto como un lujo sino como un derecho que tiene toda persona que se enfrenta a la posibilidad de ser VIH positivo.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

Acción en SIDA (1993) Enero-MARzo Núm, 18. AHRTAG Appropriate Health Resources y Technologies Action Group Ltd.

Acosta, F y Laso, L. (1986). Guía para el cuidado del hogar de personas con el SIDA. New York.

Arango, V. (1993) Aspectos psicosociales del VIH y el SIDA. México. Manual Moderno.

Aluelals, V. (1993) SIDA. Enfoque Integral Medellín Colombia.

Arranz, P. (1994) Guidelines for psychological care. Word Federación of Hemophilia (policopiado).

Bandura, A. (1986) Social Fundation of thought and action: A social cognitive theory, englewood Cliffs. Nueva Jersey: Prince-Hall.

Bandura, A. (1987) Social Learning Theory. Nueva Jersey:

Barriga, A. (1994) Los costos del SIDA en México. México. Artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre O.E.A. (1994).

Bayés, R. (ed) (1994) Psicología y SIDA. Revista de Psicologia General Aplicada. 47 (2) España. Martinez Roca.

Borrás, F.V. (1989). Los parámetros Inmunológicos como variable dependiente en el estudio de los procesos de adaptación. En el II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Comunicaciones. Area 5: Psicología y Salud (pp. 101-106). Valencia: Colegio Oficial de Psicólogos

Camp, R. y Tallada, J.C. (1994) Vivir con el VIH/SIDA. Barcelona. Fausal

Casi, A. y otros (1990) SIDA: Manual de trabajo para capacitadores. Introducción
Pág. 1 a 3 World Health Organization.

Cassel, E.J. (1982) The nature of suffering and the goals of medicine. The New
England Journal of Medicine. 3067-636-645.

Cassuto, J.P. Pesca A. Quaranta J.F. (1991) Manual de SIDA e infección por VIH.
Barcelona. Masson.

Cassuto, J.P., Pesca, A. y Quaranta J.F. (1987) SIDA como se manifiesta, como
prevenirlo, como controlarlo. Barcelona. Masson.

Cervantes, J. (1991): Introgencia en cirugía. México. Salvat.

Córdoba (1991). Salud comunitaria. Prince-Hall. Barcelona. Martínez Roca.

Costa, M. y López, E. (1986) Salud Comunitaria. Barcelona. Martínez Roca.

Costa, M., López, E. (1991) Manual para el educador social. Habilidades de
comunicación en la relación de ayuda. Madrid. Ministerio de asuntos sociales.

CONASIDA (1988) Gaceta Aspectos sociales del SIDA. Nov/Dic (1) 4. México.

CONASIDA (1988) Gaceta Aspectos Sociales del SIDA Nov/Dic (1) 5. México.

CONASIDA (1988) Gaceta El SIDA, su impacto social y demográfico. May/Jun (I) 5.
México.

CONASIDA (1989) Preguntas y respuestas sobre el SIDA del personal de salud.
México. CONASIDA.

CONASIDA (1994) Guía para la atención psicológica para personas que viven con el
VIH/SIDA. México. CONASIDA.

CONASIDA (1995) Guía para la atención domiciliaria. Cap. 3, 4, 5, 6, 7. Pp. 11-22. México. CONASIDA.

CONASIDA (1996) Separata SIDA ETS. Sep, Dic, Vol. 1 Núm. 3.

Diccionario de la Lengua española (1992) Madrid Vigésima primera edición pág. 802.

Dilley James, W. (1990) Face to face, A guide to AIDS Counselling Consejería sobre SIDA. California.

Fernández, R.P. (1996) FMLS, Manual para el buen morir para enfermos de SIDA. México. Patrocinado por Laboratorios Limont, S.A. de C.V.

Foster, L. (1993) Abnormal Behavior And Personality. Philadelphia.

García-Huete, E. (1993) SIDA: Apoyos en el entorno personal, familiar y laboral. Madrid. Eudema.

Gómez, C. (1993). Habilidades de comunicación en la problemática del SIDA desde la atención primaria de la salud. Curso de habilidades de relación con afectados VIH/SIDA. Madrid. F.A.S.F. Policopiado.

Guide for coluntary (1990) Human service organization (Guía para voluntarios). United Way. Canada.

Guidelines for counselling about HIV infection and disease (1990) HWO, AIDS. serie 8 (Guía para Consejería) Geneva.

Hay, L. (1990) El SIDA como abordarlo de manera positiva. Estados Unidos. Urano.

Kiecolt-Glaser, J.K., y Glaser, R. (1986) Psychological influences on immunity. Psychosomatics 27, 261-624.

Kubler, R. (1990) On death and dying. New York Mac Millan.

Lazarous, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. Nueva York: Springer (estrés y procesos cognitivos). Barcelona. Martínez Roca.

Madrigal, M. (1991) *Consejería AIDS através del espejo*. Washington COM/AED.

Martin, J.L. y Dean, L. (1993) *Effects of AIDS related bereavement and HIV related illness among gaymen: A 7-years. Longitudinal study, 1985-1991* *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 99-103.

Miller, R. (1989) *Viviendo con SIDA y VIH México*. Manual Moderno.

Miller, R. (1988) *Conselling (consejería)* en N. W. Adler (ed) *ABC of AIDS* (pp 37-40) Londres: British Medical Journal.

Monsivais, C. (en prensa) (1995 octubre). *letra S. Periódico el Nacional* pp. 3, 12.

Najera, R. (1990). *epidemiología*. En R. najera, (ed), *SIDA: De la Biomedicina de la Sociedad* (pp. 115-163). Madrid EUEMA.

Prochaska, J.O., y Diclemente, C.C. (1992) *Stages of change in the modification of problem behaviors*. en M. Herseni, R.M. Eisler y P.M. Miller (eds), *Progress in behavior modification* (pp. 184-214). Sycamore, Illinois: Sycamore Press.

Resolutivos de la reunión ONG (1995) V Congreso Nacional sobre SIDA. 28 de Noviembre al 1ero de Diciembre. Centro Médico Nacional.

Robert, B. Miller, R. y Goldman, F. (1992) *Theory and practice of HIV Counselling, a systemic approach (Consejería un sistema aproximado)*. Estados Unidos. sin editorial.

Sepúlveda Amor, J. y otros (1989) *SIDA, Ciencia y sociedad en México*. México. Fondo de Cultura Económica.

Soriano, V. (1988) *Cambio en el espectro de enfermedades en pacientes hospitalizados con infección por VIH*. *Medicina Clínica*, 101, 736-740.

Spigel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H. y Gottheil, E. (1989). Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer the Lancet 14 de octubre, 888-892.

Stakk, D. Coates, T.J. y Hoff, C. (1988) Behavioral risk reduction for HIV infection. Among gay and bisexual men. American Psychologist 43 (11) 878-885.

Sternswärd, J. (1990) Conferencia pronunciada en el Colegio de Médicos de Barcelona en la sesión inaugural del curso 1990/91 de la Sociedad Catalana de Oncología, 25 de septiembre de 1995.

Tamayo, T. (1987) El proceso de la investigación científica. México. Limusa.

Toledo, A.R. (1996) La capacitación de tres grupos de multiplicadores adolescentes como táctica para la prevención del SIDA. reporte Laboral Licenciatura en Psicología. México. UNAM.

Wilkinson, J. (1993). ethical issues in palliative care. En D. Doyle, G.W.C. Kanks y N. Donald (eds.), Oxford textbook of palliative Medicine (pp. 495-504). Oxford: Oxford University Press.

Zorrilla, A. (1993) Introducción a la Metodología de la Investigación. México. Aguilar.

ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA CENTINELA SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL Y VIH

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

HOMBRES

ENVIAR AL INSTITUTO DE DIAGNOSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLOGICOS
 PROLONGACION DE CARPIO No. 470 Col. Santa Tomás Delegación Miguel Hidalgo
 C.P. 11340 México D.F. Tels. 341 - 4153, 341 - 4766, 341 - 4046, 341 - 4154,
 341 - 4840, 341 - 4104, 341 - 4820 y 341 - 4780 FAX 341-32-64



Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA, A.C.

Nombre (Hospital, Clínica, Otro) otras calle San Pedro de los Pinos No. 75, colonia en Pedro de los Pinos.c.p. 03300. México, D.F.

Institución (Especificar, por ejemplo ISA) _____ Dominio _____

D.F. **D.F. 09**

Localidad _____ Estado _____

Nombre del responsable _____ Teléfono **515 79 13**

Año Mes Día

CLAVE **PAIS09**

EDAD Años OCUPACION: _____ (Actual o Última)

ESCOLARIDAD: _____

Residencia Habitual: _____

CIUDAD DE RESIDENCIA A PARTIR DE 1990:

Ciudad _____ Estado _____ País _____

Ciudad _____ Estado _____ País _____

Ciudad _____ Estado _____ País _____

ESTADO CIVIL ¿TIENE HIJOS NACIDOS A PARTIR DE 1990? SI NO ¿CUANTOS?

¿LA PERSONA SE ENCUENTRA ACTUALMENTE:

ASINTOMÁTICO SI NO

INFECCION AGUDA POR VIH SI NO

MANIFESTACIONES INSUFICIENTES PARA EL DIAGNÓSTICO DE SIDA (Fiebre, dolor, pérdida de peso, linfadenopatía generalizada, candidiasis oral) SI NO

SIDA, notificar en FORMATO DE CASO SI NO

¿CON OTRA SINTOMATOLOGÍA O PADFCIMIENTO? (especificar) _____ SI NO

¿HA PRESENTADO ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL? SI NO En caso negativo pasar a la siguiente sección

REGRESION URETRAL (POR FENE) QUE MANCHERE LA ROPA _____ SI NO

¿Tiene ULCERAS (CHANCRO, ROZADURAS O GRANOS) EN LOCALIZACION _____ SI NO

- REGION GENITAL _____ SI NO

- EN ANO _____ SI NO

- EN BOCA _____ SI NO

- SON DOLOROSAS _____ SI NO

- LE REPITEN PERIODICAMENTE _____ SI NO

NÚMERO DE LESIONES _____

6 A PARTIR DE 1980, ALGUNA VEZ HA CONTRATADO PROSTITUTAS(OS) SI (1) NO (2)

En caso afirmativo:
 LA MAYORIA DE LAS VECES HA CONTRATADO: HOMBRES (1) MUJERES (2) HOMBRES Y MUJERES por igual (3)

A partir de 1980, ha ejercido alguna vez la prostitución SI (1) NO (2) En caso negativo, pase a la siguiente sección

A QUE EDAD EMPEZO A EJERCER LA PROSTITUCION: Años

LA MAYORIA DE LAS VECES SUS CLIENTES SON: HOMBRES (1) MUJERES (2) HOMBRES Y MUJERES por igual (3)

7 NUMERO DE CLIENTES DE LOS ULTIMOS SEIS MESES

8 A PARTIR DE 1980, ALGUNA VEZ HA UTILIZADO DROGAS INTRAVENOSAS? SI (1) NO (2) En caso negativo, pase a la siguiente sección

FECHA DE INICIO DE USO DE DROGAS INTRAVENOSAS Año Mes

A PARTIR DE 1980 ALGUNA VEZ HA COMPARTIDO AGUJAS Y JERINGAS (1) (2)

En caso afirmativo, LIMPIA LAS AGUJAS Y JERINGAS ANTES DE REUTILIZARLAS (1) (2)

9 FECHA DE INGRESO AL RECLUSORIO *Utilizar solamente en caso de rechazo (mínimo 3 meses reclusión) Año Mes

Dentro del reclusorio:
 HA TENDIDO RELACIONES SEXUALES CON MUJERES SI (1) NO (2)

HA TENDIDO RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES (1) (2)

SE HA INYECTADO DROGAS POR VIA INTRAVENOSA (1) (2)

En caso afirmativo,
 HA COMPARTIDO AGUJAS Y JERINGAS (1) (2)

En caso afirmativo,
 LIMPIA LAS AGUJAS Y JERINGAS ANTES DE REUTILIZARLAS (1) (2)

10 OTROS FACTORES DE RIESGO, A PARTIR DE 1980 SE HA PRACTICADO TATUAJES SI (1) NO (2)

SE HA INYECTADO CON AGUJAS Y JERINGAS NO ESTERILIZADAS (1) (2)

LE HAN PRACTICADO ACUPUNTURA (1) (2)

11 ¿USTED PERTENECE O HA PERTENECIDO A ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES GRUPOS A PARTIR DE 1980?

SI NO NO SABE

1. HOMOSEXUAL (1) (2) (3)

2. BISEXUAL (1) (2) (3)

3. HETEROSEXUAL (1) (2) (3)

3. A. Alguna de sus parejas sexuales a partir de 1980 es o ha sido:

A.1 INFECTADA DE VIH/SIDA (1) (2) (3)

A.2 TRANSFUNDIDA A PARTIR DE 1980, USUARIA DE DROGAS INTRAVENOSAS, DONADORA REMUNERADA (1) (2) (3)

A.3 PROSTITUTA (1) (2) (3)

3. B. Ha practicado la prostitución (1) (2) (3)

3. C. Ninguno de los anteriores (1) (2) (3)

4. TRANSFUNDIDO (1) (2) (3)

5. HEMOFILICO (1) (2) (3)

6. USUARIO DE DROGAS INTRAVENOSAS (1) (2) (3)

7. DONADOR REMUNERADO (1) (2) (3)

8. EXPOSICION OCUPACIONAL A VIH (1) (2) (3)

ENCUESTA SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL Y VIH

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

MUJERES

ENVIAR AL INSTITUTO DE DIAGNOSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLOGICOS
 PROLONGACION DE CARPIO No. 470 Col. Santo Tomás Delegación Miguel Hidalgo
 C.P. 11340 México D.F. Tels. 341 - 1101, 341 - 4389, 341 - 4184, EXT. 33
 FAX 341-3264



FUNDACION MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA, A. C.

Nombre (Hospital, Clínica, Otros)

OTRAS calle 12 No. 75, colonia San Pedro de los Pinos, 03800, México, D.F.
 Institución (Especificar, por ejemplo BSA) Domicilio

D.F.

D.F. 09

Localidad

Estado

515 79 13

Nombre del responsable

Teléfono

FECHA

Año Mes Día

CLAVE **E T S 0 9**

EDAD

Años

OCUPACION:
(Actual o Última)

ESCOLARIDAD:

Residencia Habitual:

LUGARES DE RESIDENCIA A PARTIR DE 1980:

Ciudad

Estado

País

Ciudad

Estado

País

Ciudad

Estado

País

ESTADO CIVIL

¿TIENE HIJOS NACIDOS A PARTIR DE 1980?

¿CUANTOS?

LA PERSONA SE ENCUENTRA ACTUALMENTE:

ASINTOMÁTICO

INFECCION AGUDA POR VIH

MANIFESTACIONES INSUFICIENTES PARA EL DIAGNOSTICO DE SIDA

(Fiebre, diarrea, pérdida de peso, linfadenopatía generalizada, candidiasis oral)

SIDA, notificar en FORMATO DE CASO

CON OTRA SINTOMATOLOGIA O PADECIMIENTO: especificar

HA PRESENTADO ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL:

REGION VAGINAL QUE MANCHE LA ROPA

TIENE ULCERAS (CHANCRO, ROZADURAS O GRANOS) EN:

- REGION GENITAL

- EN ANO

- EN BOCA

SON DOLOROSAS

LE REPITEN PERIODICAMENTE

NUMERO DE LESIONES

ANEXO 2

EVALUACION PRE-PRUEBA.- Elaborada por Barrera (1995)

Instrucciones.- por favor marcar con una "x" la o las respuestas indicadas.

Fecha: _____

Nombre: _____

Edad :	Sexo:	ETS (1)
Menor de 20 años (1)	Masculino (1)	Centinela (2)
21-25 años (2)	Femenino (2)	Transfusión (3)
26-30 años (3)		Clave muestra _____
31-35 años (4)		Clave psicológica _____
36-40 años (5)	Preferencia:	
41-45 años (6)	Homosexual (1)	Estado civil:
46-50 años (7)	Heterosexual (2)	Soltero (1)
51-55 años (8)	Bisexual (3)	Casado (2)
Mas de 50 años (9)		Divorciado (3)
		Separado (4)
Sexo		Unión libre (5)
Masculino (1)		Pareja
Femenino (2)		homosexual (6)

- (11) Angustia
- (12) Sin percibir riesgo
- (13) Inseguridad/infidelidad
- (14) Violación
- (15) Tatuaje

Otros: _____

Factores de riesgo

- (1) Sin riesgo aparente
- (2) Relación sexual sin protección/condón roto
- (3) Relación sexual sin protección y varias parejas
- (4) Sexo oral sin protección
- (5) Uso de jeringas no esterilizadas
- (6) relación sexual con compañero POSITIVO sin protección
- (7) Relación sexual con compañero POSITIVO con protección
- (8) Transfusión
- (9) Riesgo ocupacional
- (10) Relación sexual con protección y varias parejas
- (11) Tatuaje/acupuntura
- (12) Relación sexual con prostituta(o) sin protección
- (13) Relación sexual con prostituta(o) con protección
- (14) Violación
- (15) Infidelidad

Otros: _____

Expectativas del resultado

Positivo (1) Negativo (2) No sabe (3)
Ninguno (4) Abierto a cualquiera (5) Otro: _____

Reacciones ante un resultado

NEGATIVO

- (1) Sentirse bien/feliz /tranquilo
- (2) Cuidarse/protecterse/ser fiel
- (3) Precaución en el manejo de fluidos
- (4) Usar condón/sexo seguro
- (5) Seguir su vida normal/nueva
- (6) Darle gracias a Dios
- (7) Sería una lección

Otros: _____

POSITIVO

- (1) Sentirse mal/deprimido
- (2) Comenzar tratamiento médico
- (3) Seguir indicaciones/buscar apoyo/información
- (4) Miedo a la muerte
- (5) Cuidar su estado de salud/usar condón
- (6) Aceptar su estado seropositivo
- (7) No considera ser positivo
- (8) Preocuparse por su pareja/perderla
- (9) Preocupación de infectar a otros
- (10) Dañar a otro(angustiarlos/preocuparlos)

(11) No sabe

(12) resignarse

Otros: _____

Preocupaciones vinculadas a un resultado positivo

- (1) Que su familia sepa su preferencia sexual
- (2) Reacción de la familia/hijos
- (3) reacción de amigos
- (4) Miedo a morir
- (5) Complicaciones económicas, sociales, laborales
- (6) Infectar a otro
- (7) No cumplir planes a futuro vida "anormal"
- (8) Que se entere la familia del resultado
- (9) No le preocupa
- (10) Etapa final y sus complicaciones
- (11) Rechazo de la familia y amigos
- (12) Su pareja
- (13) No poder casarse/tener hijos
- (14) Su salud

Observaciones:

Entrevisto: _____

Nombre

Firma

EVALUACION POST-PRUEBA.- Elaborada por Barrera (1995)

Instrucciones - por favor marcar con una "x" la o las respuestas indicadas

Fecha: _____

Fecha de pre prueba: _____

OBSERVACIONES INICIALES

- (1) Tranquilo/tranquilo aparente
- (2) Mutismo
- (3) Nervioso/ansioso/angustiado
- (4) Inseguro
- (5) Controlado
- (6) Llega antes de su cita
- (7) Tenso
- (8) Tembloroso
- (9) Pálido
- (10) Turbado al hablar
- (11) Callado
- (12) Inquieto
- (13) Llega tarde
- (14) Sonriente
- (15) Relajado
- (16) Molesto
- (17) Acude sin cita
- (18) Pensativo

¿Hubo dudas en Consejería? si (1) no (2)

Cuales: _____

RESULTADOS

VIH

Negativo (1)
Positivo (2)
Indeterminado (3)
No se práctico (4)

E.T.S.

Herpes positivo (1)
Hepatitis B positivo (2)
Gonorrea positivo (3)
Sifilis VDRL positivo(4)
Clamydia positivo (5)
Todas negativas (6)
Todas positivas (7)
Hepatitis C positivo (8)
Sifilis FTA positivo (9)
No se practicó (10)

SOLICITO Apoyo Psicológico SI (1) NO (2)

SE OFRECIO Apoyo Psicológico SI (1) NO (2)

REACCIONES ANTE EL RESULTADO

- (1) **Alegría/gusto/alivio**
- (2) **Calma/tranquilidad**
- (3) **Deseo de llanto/llanto**
- (4) **Apoyo de su acompañante**
- (5) **Risa/optimismo**
- (6) **Silencio/incredulidad**
- (7) **Tensión inicial y calma/alegría posterior**
- (8) **Reflexión**
- (9) **Confirmar el resultado**
- (10) **Aceptación**
- (11) **Protegerse más**
- (12) **Deseo de un resultado contrario**

Otros:

Observaciones: _____

Entrevistó

Nombre

Firma

ANEXO 3

TABLAS DEL CUESTIONARIO PRE-PRUEBA
TABLA (1)

EDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA FMLS
AÑO 1995
(77 PACIENTES)

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a) Menores de 20 años	14	18.18
b) 21 ---- 25 años	29	37.66
c) 26 ---- 30 años	18	20.77
d) 31 ---- 35 años	9	11.68
e) 36 ---- 40 años	7	9.09
f) 41 ---- 45 años	2	2.57
TOTAL	77	100%0

TABLA 2
TOTAL DE PACIENTES QUE ACUDIERON A
PRE Y POST PRUEBA (FMLSS)
1995

PACIENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Acudieron a pre y post prueba y entrega de resultado	52	67.53%
Acudieron solo a prueba, no acudieron a recoger resultado	25	32.46 %
TOTAL	77	100%

* (FMLS) FUNDACION MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

TABLA 3
SEXO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA FMLS
AÑO 1995

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hombres	57	74.02 %
Mujeres	20	25.98%
TOTAL	77	100%

TABLA 4
ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA FMLS
AÑO 1995

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Solteros	66	85.71%
Casados	4	5.19%
Divorciado	1	1.20%
Separado	4	5.19%
Unión Libre	2	2.60%
TOTAL	77	100%

• (FMLS) FUNDACION MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

TABLA 5
 PREFERENCIA SEXUAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA FMLS
 AÑO 1995

PREFERENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Heterosexuales	37	48.05 %
Homosexuales	31	40.25%
Bisexuales	9	11.68%
TOTAL	77	100%

TABLA 6
 GRADO DE ACEPTACION DE SU PREFERENCIA SEXUAL EN
 PACIENTES QUE ACUDIERON A LA FMLS
 AÑO 1995

GRADO DE ACEPTACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	76	99.00%
NO	1	1.00%
TOTAL	77	100%

• (FMLS) FUNDACION MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

TABLA 7
NUMERO DE VECES QUE SE HAN PRACTICADO EL EXAMEN PARA VIH
AÑO 1995

NUMERO DE VECES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primera vez	52	67.54 %
Más de una vez	25	32.46%
TOTAL	77	100%

TABLA 8
RELIGION DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA FMLS
AÑO 1995

RELIGION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	19	24.67%
Católico	39	50.64%
Creyente	15	19.48%
No practica	4	5.19%
TOTAL	77	100%

* (FMLS) FUNDACION MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

TABLA 9
OCUPACION DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA FMLS
AÑO 1995

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Trabajan	34	65.38 %
No trabajan	18	34.61%
TOTAL	52	100%

TABLA 10
MOTIVOS POR LOS CUALES LOS PACIENTES ACUDEN
A HACERSE EL EXAMEN PARA VIH
AÑO 1995

MOTIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Malestar Físico	6	5.5%
Inicio de relación	8	5.5%
Relación sexual ocupacional	15	13.88%
Vida sexual activa	28	25.92%
Malestar Físico	11	10.18%
Confirmar el resultado	2	1.85%
Relación sexual sin protección	20	18.51%
Exámen periódico	2	1.85%
Angustia	15	13.88%
Sin percibir riesgo	1	0.92%
Inseguridad	1	0.92%
Violación	1	0.92%
TOTAL	108	100%

*(FMLS) FUNDACION MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

TABLA 11
FACTORES DE RIESGO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA FMLS
AÑO 1995

FACTORES DE RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin riesgo aparente	8	9.30%
Relación sexual sin protección	41	47.67%
Relación sexual sin protección y con varias parejas	10	11.62%
Sexo oral sin protección	6	6.97%
Relación sexual con compañero VIH positivo	5	5.81%
Relación sexual con compañero VIH positivo sin usar protección	3	3.48%
Tatuaje	1	1.16%
Relación sexual con prostituta	11	12.79%
Violación	1	1.16%
TOTAL	86	100%

TABLA 12
EXPECTATIVAS DEL RESULTADO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA FMLS
AÑO 1995

EXPECTATIVAS DE RESULTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Negativo	55	71.42%
Positivo	2	2.59%
No sabe	15	19.48%
Abierto a cualquiera	5	6.49%
TOTAL	77	100%

* (FMLS) FUNDACION MEXICANA DE LUCHA CONTRA EL SIDA

TABLA 13
 REACCIONES ANTE UN RESULTADO POSITIVO DE LOS PACIENTES
 QUE ACUDEN A LA FMLS
 AÑO 1995

REACCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sentirse mal, deprimidos	40	51.94%
Buscar apoyo e información	17	22.02%
Resignarse	12	15.58%
Comenzar tratamiento médico	11	14.28%
Miedo a la muerte	6	7.79%
Aceptarlo	5	6.49%
No considera ser positivo	5	6.49%
No sabe	3	3.89%
Preocupación de infectar a otros	1	1.29%
TOTAL	100	100%

TABLA 14
 REACCIONES ANTE UN RESULTADO NEGATIVO DE LOS PACIENTES
 QUE ACUDIERON A LA FMLS
 AÑO 1995

REACCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
sentirse bien/feliz/tranquilo	57	64.77%
Cuidarse/protegerse/ser feliz	25	28.40%
Precaución en el manejo de fluidos	2	2.27%
Usar condón/sexo seguro	1	1.13%
Seguir su vida normal	2	2.27%
Tomarlo como una lección	1	1.13%
TOTAL	88	100%

* (FMLS) FUNDACION MEXICANA DE LUCHA CONTRA EL SIDA

TABLAS DEL CUESTIONARIO POST-PRUEBA

TABLA 15

OBSERVACION INICIAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN
A POST PRUEBA EN LA FMLS
AÑO 1995

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mutismo	3	3.70
Nervioso, ansioso, angustiado	47	58.02
Llega antes de su cita	1	1.23
Tenso	3	3.70
Tembloroso	4	4.93
Pálido	1	1.23
Turbado al hablar	1	1.23
Callado	2	2.46
Inquieto	2	2.46
Llega tarde	1	1.23
Molesto	1	1.23
Acude sin cita	1	1.23
Pensativo	1	1.23
Tranquilo, controlado, sonriente, relajado	13	16.04
TOTAL	81	100%

TABLA 16
HUBO DUDAS EN LA PRE-PRUEBA
AÑO 1995

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	7.69 %
NO	48	92.30 %
TOTAL	52	100%

TABLA 17
RESULTADOS DE LOS PACIENTES QUE REGRESARON A LA FMLS
AÑO 1995

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Negativo	47	90.00 %
Positivo	5	10.00%
TOTAL	52	100%

TABLA 18
PACIENTES QUE REGRESARON POR SU RESULTADO SOBRE ETS
AÑO 1995

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Todas negativas	32	58.18%
Positivo a Sífilis VDRL	1	1.81%
Herpes positivo	1	1.81%
No se práctica	19	34.54%
Sífilis positivos (FTA)	2	3.63%
TOTAL	55	100%

* ETS Enfermedades de transmisión sexual

TABLA 19
PACIENTES QUE NO REGRESARON A POST-PRUEBA
A RECOGER SU RESULTADO A LA FMLS
AÑO 1995

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Negativo	22	88.00 %
Positivo	3	12.00%
TOTAL	25	100%

TABLA 20
EL PACIENTE SOLICITA APOYO PSICOLOGICO A LA FMLS
AÑO 1995

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	19%
NO	42	81%
TOTAL	52	100%

*(FMLS) FUNDACION MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

TABLA 21
 EL PSICOLOGO OFRECIO APOYO PSICOLOGICO
 AÑO 1995

NUMERO DE CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	19.00 %
NO	42	81.00%
TOTAL	52	100%

TABLA 22
 REACCIONES ANTE EL RESULTADO NEGATIVO
 AÑO 1995

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alegria/gusto/alivio	37	39.36%
Calma/tranquilidad	7	7.44%
Deseo de llanto/llanto	6	6.38%
Apoyo de su acompañante	1	1.08%
Risa/optimismo	10	10.63%
Silencio/incredulidad	6	6.38%
Tensión inicial y calma posterior	15	15.95%
Reflexión	4	4.25%
Confirmar el resultado	4	4.25%
Aceptación	2	2.12%
Protegerse más	2	2.12%
TOTAL	94	100%

* (FMLS) FUNDACION MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

TABLA 23

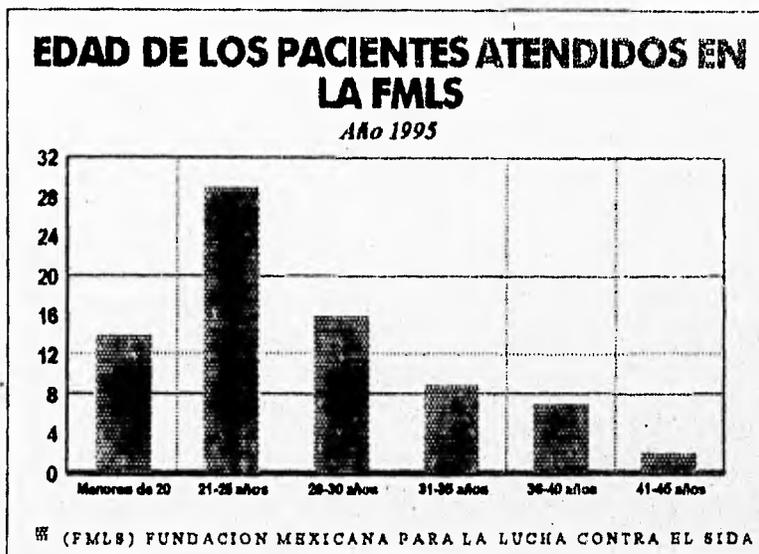
REACCIONES ANTE UN RESULTADO POSITIVO

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Calma, tranquilidad	2	18.2
Desen de llanto llanto	2	18.2
Silencio, incredulidad	3	27.2
Reflexión	1	9.1
Confirmar el resultado	1	9.1
Aceptación	2	18.2
Total	11	100%

TABLA 24
RECOMENDACIONES A LOS PACIENTES DE PARTE DE EL PSICOLOGO
AÑO 1995

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Seguirse cuidando/usar condón	47	41.96%
Consultar al médico	10	8.92%
Seguimiento Psicológico	18	16.02%
Repetir la prueba en 6 meses	14	12.5%
Mantenerse fiel	5	4.46%
Descansar	2	1.78%
Mayor información de la enfermedad	12	10.71%
Informar a su pareja del resultado	1	0.09%
Recomendaciones Higienico-dietéticas	3	2.67%
TOTAL	112	100%

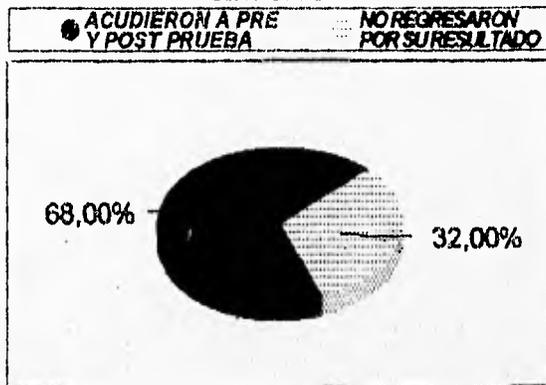
Gráfica (1)



Gráfica (2)

PACIENTES QUE ACUDIERON A PRE Y POST PRUEBA (FMLS)

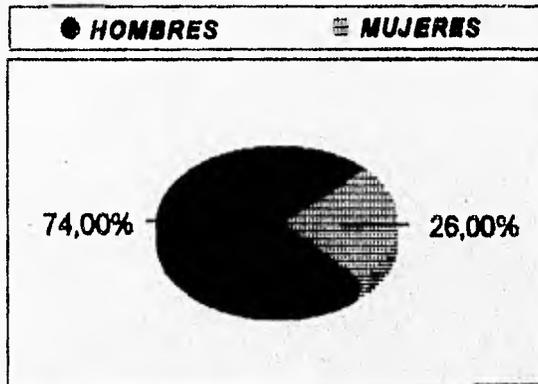
Año 1993



(FMLS) FUNDACION MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

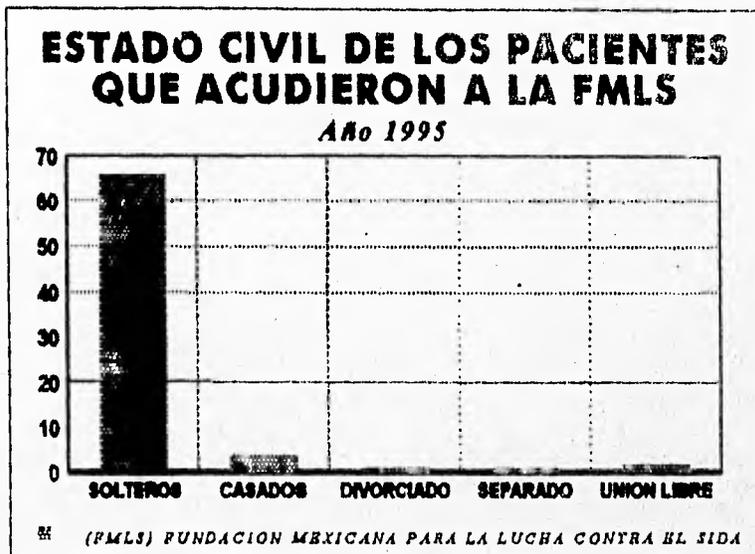
Gráfica (3)

**SEXO DE LOS PACIENTES QUE
ACUDIERON A LA FMLS**
Año 1995



(FMLS) FUNDACION MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

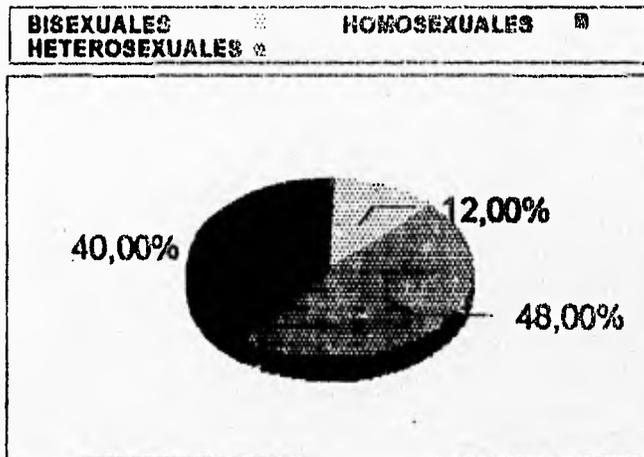
Gráfica (4)



Gráfica (5)

PREFERENCIA SEXUAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA FMLS

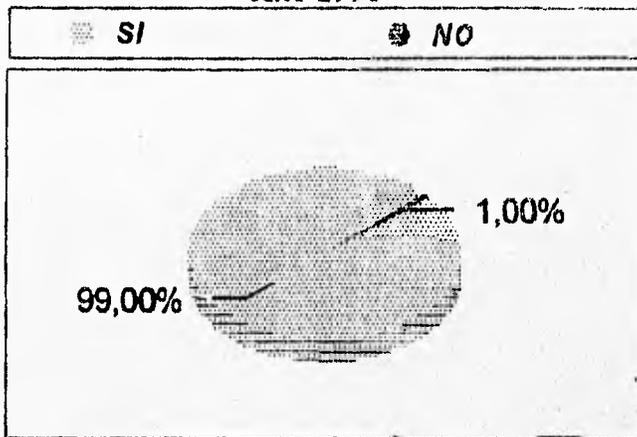
Año 1995



(FMLS) FUNDACION MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

Gráfica (6)

**GRADO DE ACEPTACION DE SU
PREFERENCIA SEXUAL EN PACIENTES QUE
ACUDIERON A LA FMLS
Año 1995**

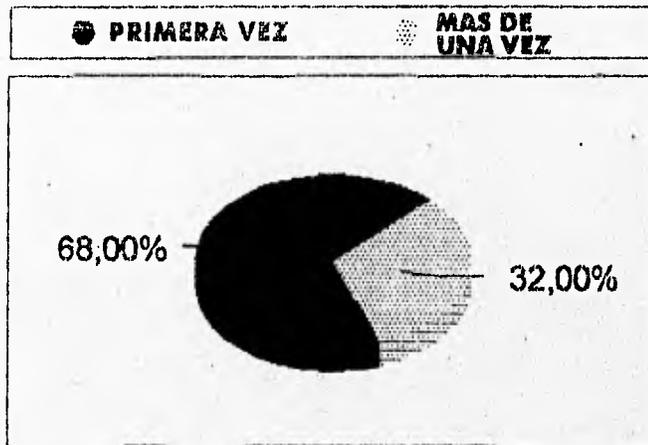


(FMLS) FUNDACION MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

Gráfica (7)

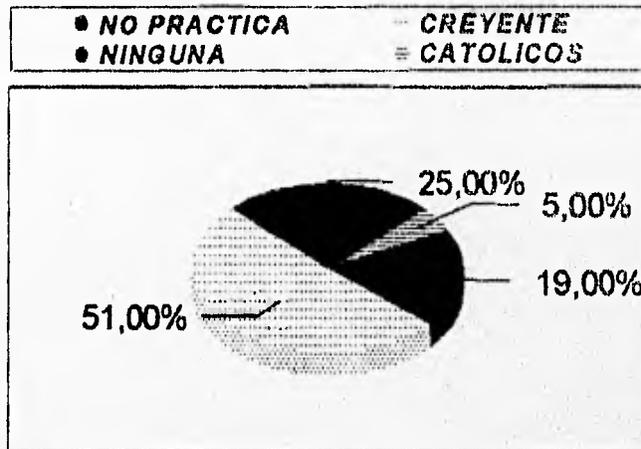
NUMERO DE VECES QUE SE HAN PRACTICADO EL EXAMEN PARA VIH

Año 1995



Gráfica (8)

**RELIGION DE LOS PACIENTES QUE
ACUDIERON A LA FMLS**
Año 1995



(FMLS) FUNDACION MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

Gráfica (9)

OCUPACION DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA FMLS

Año 1995

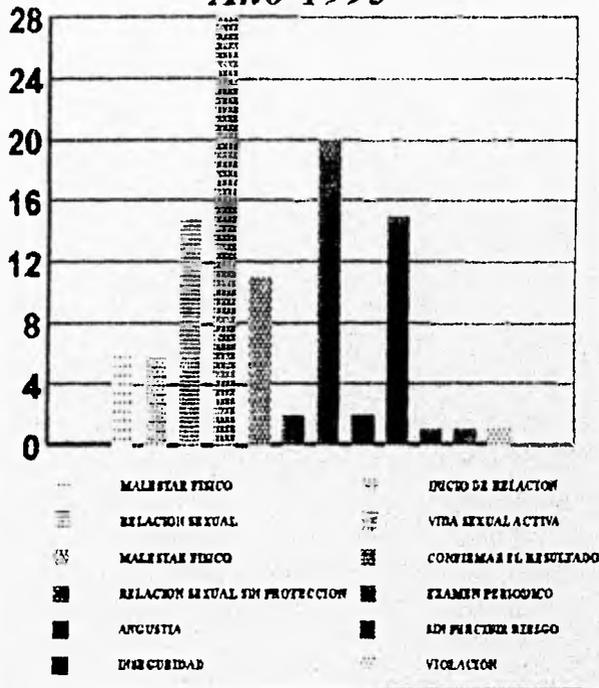


(FMLS) FUNDACION MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

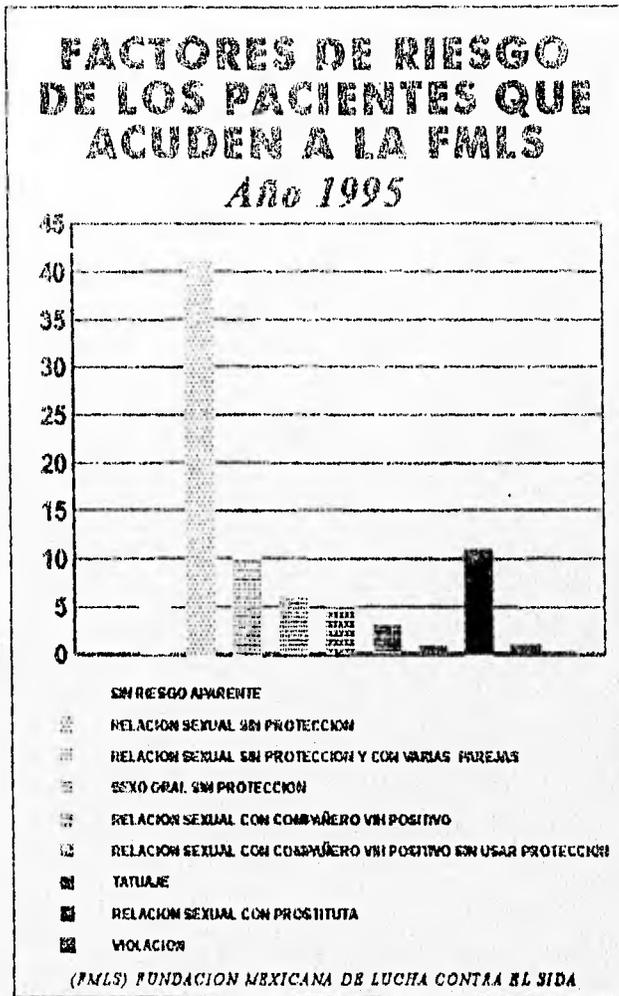
Gráfica (10)

MOTIVOS POR LOS CUALES LOS PACIENTES ACUDEN A HACERSE EL EXAMEN PARA VIH

Año 1995



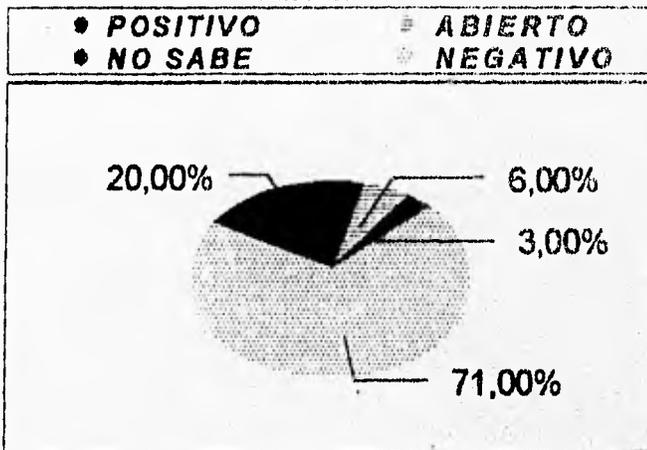
Gráfica (11)



Gráfica (12)

EXPECTATIVAS DEL RESULTADO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA FMLS

Año 1995

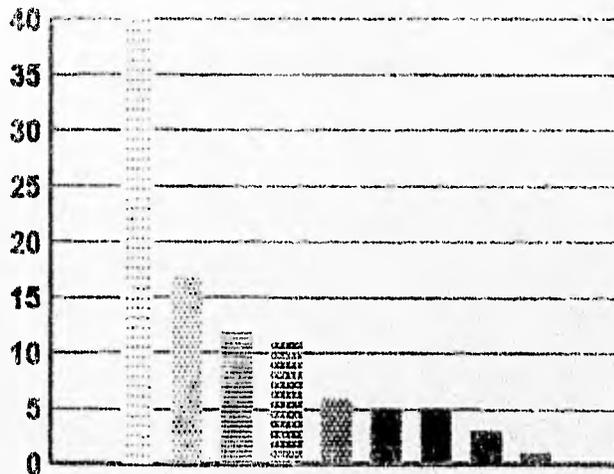


(FMLS) FUNDACION MEXICANA PARALA LUCHA CONTRA EL SIDA

Gráfica (13)

REACCIONES ANTE UN RESULTADO POSITIVO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA FMLS

Año 1995



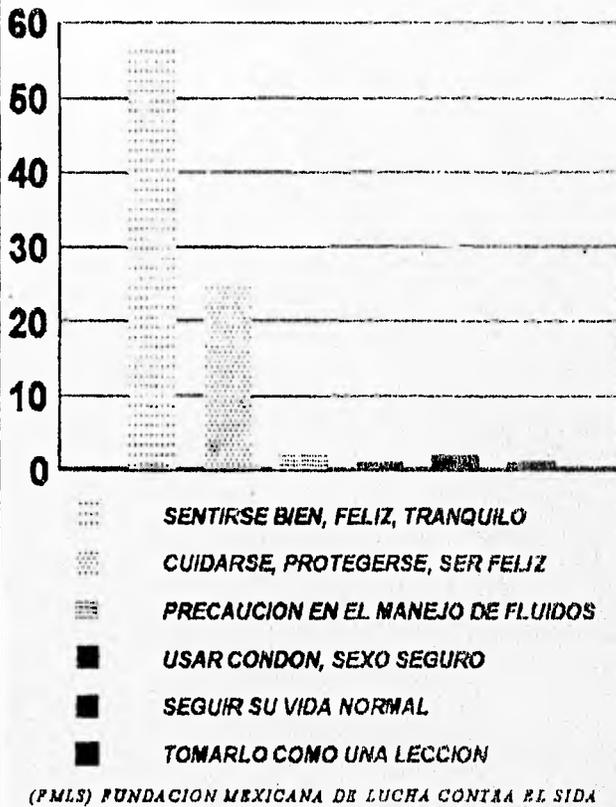
- SENTIRSE MAL, DEPRIMIDOS
- BUSCAR APOYO E INFORMACION
- RESIGNARSE
- COMENZAR TRATAMIENTO MEDICO
- MIEDO A LA MUERTE
- ACEPTARLO
- NO CONSIDERA SER POSITIVO
- NO SABE
- PREOCUPACION DE INFECTAR A OTROS

(FMLS) FUNDACION MEXICANA

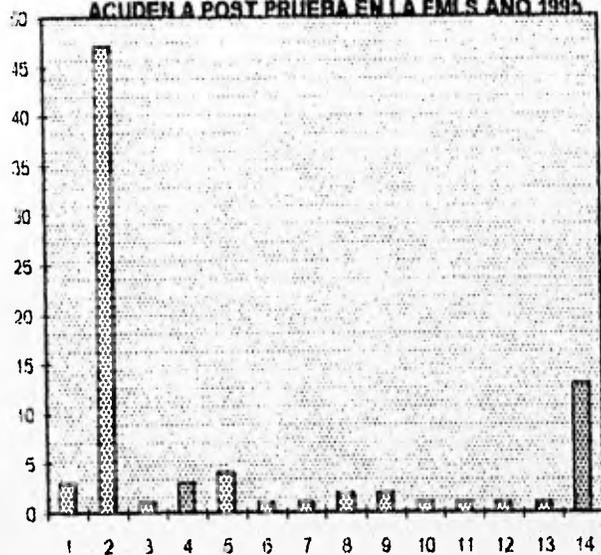
Gráfica (14)

REACCIONES ANTE UN RESULTADO NEGATIVO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA FMLS

Año 1995



GRÁFICA 15
OBSERVACION INICIAL DE LOS PACIENTES QUE
ACUDEN A POST PRUEBA EN LA FMI S AÑO 1995

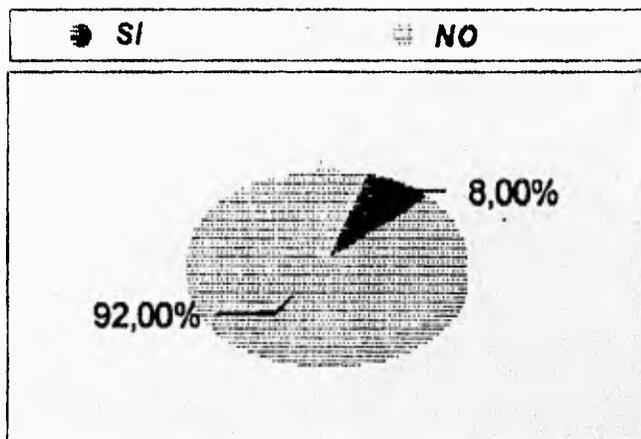


- Mutismo
- Nervioso, ansioso, angustiado
- Llega antes de su cita
- Tenso
- Tembloroso
- Pálido
- Turbado al hablar
- Callado
- Inquieto
- Llega tarde
- Molesto
- Acude sin cita
- Pensativo
- Tranquilo, controlado, sonriente, relajado

Gráfica (16)

DUDAS EN LA PRE PRUEBA DE LOS PACIENTES (FMLS)

Año 1995

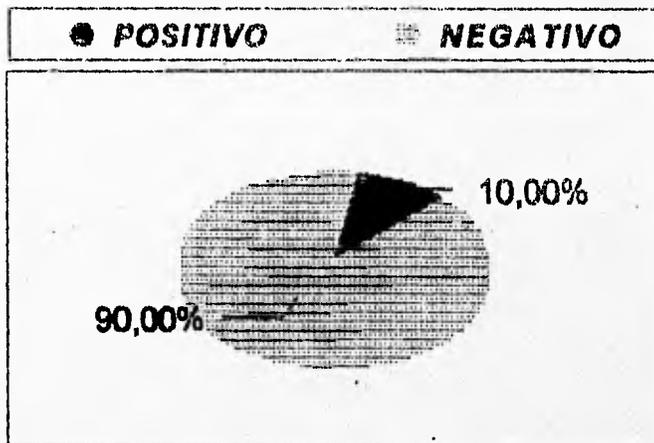


(FMLS) FUNDACION MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

Gráfica (17)

RESULTADO DE LOS PACIENTES QUE REGRESARON A LA FMLS

Año 1995

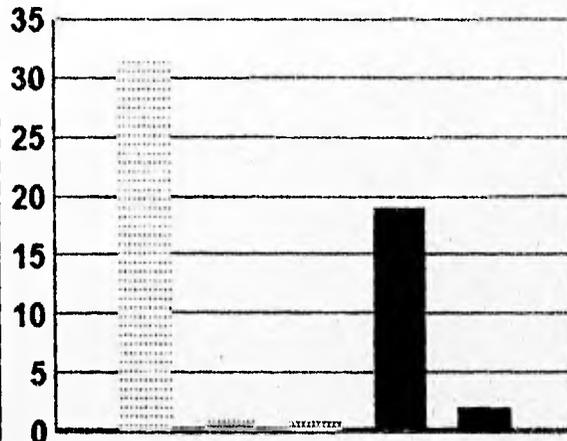


(FMLS) FUNDACION MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

Gráfica (18)

PACIENTES QUE REGRESARON (ETS) A LA FMLS

Año 1995



..... TODAS NEGATIVAS

..... SIFILIS VDRL

..... HERPES POSITIVO

■ NO SE PRACTICA

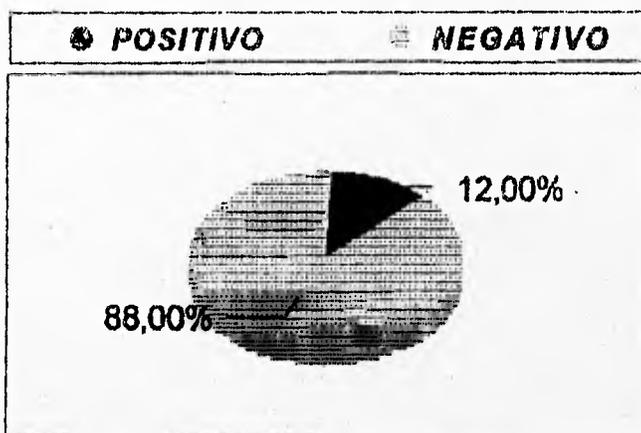
■ SIFILIS (FTA)

(ETS) ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

Gráfica (19)

RESULTADO DE LOS PACIENTES QUE NO REGRESARON A LA FMLS

Año 1995



(FMLS) FUNDACION MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

Gráfica (20)

PACIENTES QUE SOLICITARON APOYO PSICOLOGICO

Año 1995

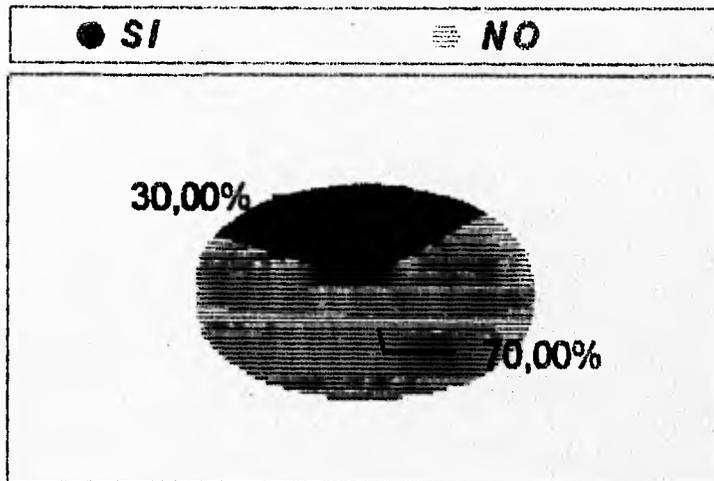


(FMLS) FUNDACION MEXICANA PARALA LUCHA CONTRA EL SIDA

Gráfica (21)

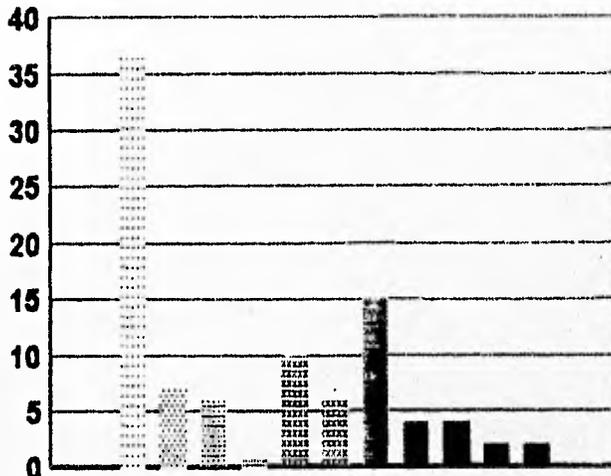
EL PSICOLOGO OFRECIO APOYO PSICOLOGICO

Año 1995



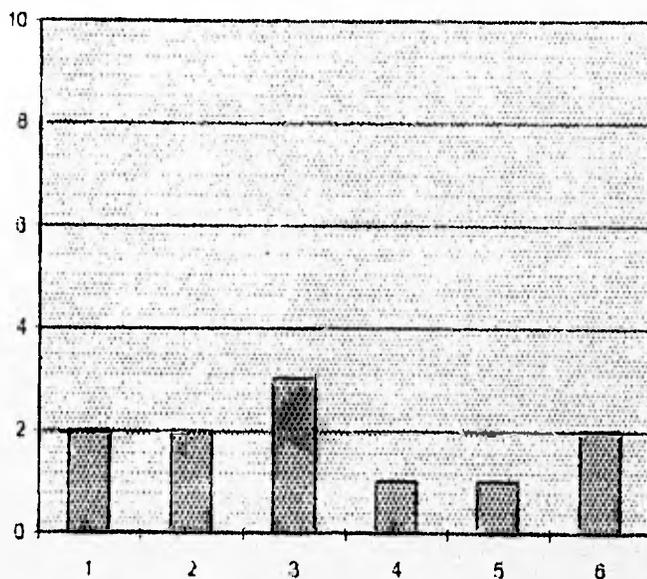
Gráfica (22)

REACCIONES ANTE EL RESULTADO NEGATIVO *Año 1995*



- ALEGRIA
- CALMA
- LLANTO
- APOYO DE SU ACOMPAÑANTE
- RISA
- SILENCIO
- TENSION
- REFLEXION
- CONFIRMAR
- ACEPTACION
- PROTEGERSE MAS

GRÁFICA 23
REACCIONES ANTE UN RESULTADO POSITIVO



Calma, tranquilidad

Deseo de llanto, llanto

Silencio, incredulidad

Reflexión

Confirmar el resultado

Aceptación

gráfica 2.4)

