

230
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ACTITUDES Y REACCIONES EMOCIONALES EN EL
PERSONAL DE SALUD ANTE EL PACIENTE
INFECTADO POR EL VIH

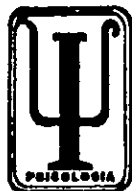
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

ANA LILIA REYES PACHECO

DIRECTOR DE TESIS: LIC. CELSO SERRA PADILLA.
ASESORA DE TESIS: LIC. ANNEMARIE BRUGMANN GARCIA.



MEXICO, D. F.

259215

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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

A mi madre. Rosa

Por su gran amor, su compañía y su comprensión, porque ha estado a mi lado en todo momento y me ha impulsado a ser cada día una mejor persona.

A mi padre. Nemesio

Hombre justo que dejó en su familia un legado de humildad y amor al prójimo.

A Rafael Ortiz

Por ser un gran hombre y un excelente amigo, gracias por tu amor, tu apoyo incondicional y tu paciencia.

A mis hermanos: David, Lourdes, Abraham, Moisés, Lidia y Arturo

Con gratitud y respeto a cada uno de ustedes por su gran calidad humana, gracias por todo.

A mis sobrinos: Alejandro, Carolina, Fernando, Daniel, Brenda, Sebastián y Marian

Con gran cariño para todos, esperando que este sea un incentivo que motive sus propias metas.

A mis amigos: Gilberto González, Rafael García, L. Guillermo Carmona, Jorge Villatoro, Francisco J. Vázquez, Rubén Amaya, Carlos Hernández, Javier Moreno y Ricardo Monroy

Por el orgullo que me hace sentir ser amiga de hombres honestos, amables, respetuosos, agradables e íntegros, como lo son todos ustedes. Gracias por su amistad.

A mis amigos de la facultad: Diana Ortega, Tere Moreno, Rosy Franco, Rosy Latournerie, Marcos Verdejo, Paty Bustos, Abraham, Próspero, Edith Liceaga, Elizabeth Ramírez, Loreto Garduño, Paty Hernández, Juan Castañón y Román Gutiérrez.

A los de Trabajo Social: Norma, Andrea, Ana Isabel, Elizabeth, Víctor, Cecilia, Catalina, Gabriela y Martín.

A Angeles Haces; a Carlos Terrés; a Gabriel González.

Por los buenos momentos

AGRADECIMIENTOS

Mi mas profundo agradecimiento a la Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA, A.C., porque en ella aprendí que el servir a una persona necesitada de tanto apoyo y amor, nos hace cada día ser mejores humanos. Un reconocimiento a todos los integrantes del equipo de salud, que sin condición aceptaron colaborar en esta investigación, de manera muy especial y con mucho aprecio a: Mauricio Ramos, Fernando, Margarita, Jorge O'Neill, Beatriz Ramírez, Arturo Vázquez, David Alvarado, Ismael Díaz, Cecilia, Javier y Efrén Méndez, por la amistad que me brindan.

Al jurado; José de Jesús González Nuñez, Rosario Muñoz Cebada y Ofelia Reyes Nicolat, por sus atenciones y sus útiles comentarios, los cuales enriquecieron la calidad de ésta investigación.

Especialmente al Lic. Celso Serra Padilla y a la Lic. Annemarie Brüggmann García, por su valiosa cooperación y ayuda incondicional, sin la cual no habría sido posible terminar el presente trabajo.

A la Dra. Marcia Morales, por las facilidades brindadas para la finalización de ésta tesis.

A los profesores de la facultad; a la Unidad de Computo, Informática e Instrumentación (UCII); a la Facultad de Psicología y a la Universidad Nacional Autónoma de México.

Gracias

INDICE

RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCION.....	8
CAPITULO I. Aspectos generales del VIH/SIDA.....	10
I. ¿Qué es el SIDA?.....	11
II. ¿Qué es el VIH?.....	12
III. Etapas de la infección del VIH.....	13
A. Infección inicial.....	13
B. Periodo seropositivo asintomático.....	14
C. Linfadenopatía generalizada persistente.....	14
D. Complejo relacionado con el SIDA.....	15
E. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.....	15
1. Síntomas comunes.....	16
2. Enfermedades vinculadas con el SIDA.....	17
3. La situación de México.....	18
F. Demencia por SIDA.....	18
IV. Epidemiología.....	19
A. Incremento del número de casos.....	20

V. Transmisión del VIH.....	21
A. Transmisión sanguínea.....	21
B. Transmisión sexual.....	22
C. Transmisión perinatal.....	23
D. Transmisión ocupacional.....	24
VI. Implicaciones biopsicosociales del VIH/SIDA.....	25
 CAPITULO II. El paciente con VIH/SIDA.....	 26
I. Respuesta ante la noticia de estar infectado por el VIH.....	27
A. Fases de la respuesta psicológica del individuo..	27
1. Crisis.....	28
2. Negación.....	29
3. Cólera.....	30
4. Depresión.....	30
5. Pacto.....	30
6. Aceptación.....	31
II. Aspectos psicológicos individuales.....	32
A. Reacciones emocionales.....	33
III. Reacciones psicológicas por etapas de la infección....	34
A. Reacción de quien acude a realizarse la prueba..	34
B. Reacción ante la infección.....	35
C. Los seropositivos asintomáticos...	36
D. Linfadenopatía generalizada persistente..	37

E. Complejo relacionado con el SIDA.. .. .	38
F. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.. .. .	39
 CAPITULO III. El personal de salud.....	41
I. El personal de salud y el paciente infectado.	42
A. Al principio.....	42
1. La ignorancia.. .. .	43
B. Tensión en el personal de salud... .. .	45
C. Son seres humanos.....	47
II. Impacto emocional.....	48
A. Reacciones psicológicas... .. .	49
B. Recomendaciones para disminuir la tensión emocional del personal de salud.....	50
 CAPITULO IV. Reacciones emocionales.....	53
I. Emociones.....	54
A. Clasificación... .. .	54
B. Funciones.....	55
C. Características.. .. .	56
D. Adaptación emocional.	56
E. Reacciones emocionales... .. .	57
1. Descripción de algunos estados emocionales.....	58

II. Afectos.. .. .	61
III. Actitudes.....	63
A. Definición.....	63
B. Rasgos importantes.. .. .	64
C. Dimensiones.....	65
D. Factores determinantes.....	65

CAPITULO V. Metodología

I. Planteamiento del problema.....	67
II. Objetivo.. .. .	68
III. Hipótesis.....	68
IV. Definición de variables	
A. Clasificación de variables.....	68
B. Definición conceptual de variables.. .. .	68
C. Definición operacional de variables.	69
V. Sujetos.. .. .	70
VI. Tipo de estudio.....	70
VII. Escenario.....	70
VIII. Instrumento.. .. .	71
IX. Procedimiento.....	72

CAPITULO VI. Resultados

I. Datos generales.. .. .	75
II. Reacciones emocionales.... .. .	80
A. Reacciones emocionales por profesión... .. .	88
III. Análisis de resultados.	93
CONCLUSIONES.. .. .	100
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.... .. .	104
BIBLIOGRAFIA... .. .	107
ANEXOS	
1. Cédula de datos generales y cuestionario.. .. .	110
2. Cuestionario estructurado (codificación de las respuestas proporcionadas por el personal de salud).... .. .	113
3. Análisis descriptivo (tablas de frecuencias y porcentajes por dimensiones)..... .. .	122

RESUMEN

Esta investigación da a conocer un estudio descriptivo, en el que participan los integrantes del personal de salud (10 psicólogos; 6 médicos; 2 enfermeras y 2 odontólogos), de la Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA, A.C. Se aplicó un cuestionario exprofeso, con el fin de identificar las reacciones emocionales y las actitudes que con mayor frecuencia presenta el personal de salud, como consecuencia de su trato diario y continuo con el paciente infectado por el VIH o enfermo de SIDA.

En resumen, los resultados obtenidos muestran que las reacciones emocionales que principalmente experimenta son; tristeza, ambivalencia, dolor, impotencia, satisfacción, comprensión, miedo, coraje y que las actitudes se centran en el deseo de ayudar al paciente y de protegerlo. Estas reacciones emocionales y actitudes son diferentes en cada una de las profesiones.

ABSTRACT

This investigation reveals a descriptive study, in which members of the Health's staff participate (10 psychologists; 6 physicians; 2 nurses and 2 odontologists), of the Mexican Foundation against AIDS (Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA, A.C.). An expressly questionnaire was applied in order to identify the emotional reactions and the activities which the health's staff most frequently present, as a consequence of their daily and continuous treatment with the patient infected by HIV or sick of AIDS.

In short the obtained results show that the emotional reactions which they experience are mainly; sadness, ambivalence, grief, impotence, satisfaction, comprehension, fear, anger and that the attitudes are centered on the desire of helping the patient and of protecting him. These emotional reactions and attitudes are different in each one of these professions.

INTRODUCCION

Uno de los mayores problemas de salud en la actualidad y de los más difíciles (por complejo) que haya enfrentado el ser humano a lo largo de la historia, es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), una enfermedad que tiene múltiples implicaciones tanto en quien la padece (o tiene el virus que la ocasiona) como en su entorno, ya que no ofrece aún alguna posibilidad de curación, además de que su virus provoca un gran deterioro progresivo en el organismo al acabar con las defensas naturales del individuo y genera una extraordinaria variedad de problemas emocionales estrechamente relacionados con el proceso evolutivo de la enfermedad.

El SIDA es una enfermedad mortal, que continua propagándose diariamente y sigue acabando con la vida de miles de personas en el mundo entero, es plenamente conocida y sin embargo, todavía no se puede detener o controlar su expansión, socialmente es estigmatizada y las personas que la padecen (o tienen el virus que la desarrolla) están sujetos continuamente al rechazo, la burla, el desprecio, la ignorancia, etc., de parte de aquella gente que le rodea y desconoce el padecimiento.

El personal de salud tiene un papel muy importante en la lucha contra el SIDA, ya que son ellos principalmente, los encargados de transmitir la información

adecuada sobre esta enfermedad, tanto al que la padece (persona infectada), como a la familia de éste, sus amigos y la sociedad en general. Y sobre todo, el personal de salud es quien primordialmente es responsable de cuidar la salud física y emocional del paciente.

Como el VIH destruye el sistema inmunológico, deja libre el paso a múltiples infecciones oportunistas y enfermedades que deterioran la salud de la persona en forma progresiva, esto y el conocimiento de que tarde o temprano van a morir, genera en la persona infectada una enorme variedad de reacciones emocionales que han sido ampliamente estudiadas y difundidas.

Las reacciones emocionales que presenta la persona infectada en cualquiera de sus etapas, forzosamente llegan a despertar en el personal de salud afectos y actitudes estrechamente relacionados a ellos, que por la actividad que desempeñan se consideran "normales" (y no muestras de incapacidad profesional) y llegan incluso a ser elementos importantes para la adecuada atención de los pacientes.

El presente trabajo tiene como objetivo identificar las reacciones emocionales y las actitudes que se generan en el personal de salud, con el trato continuo con pacientes infectados de VIH o enfermos de SIDA.

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES DEL VIH/SIDA

Como menciona Hein (1991), "A veces la epidemia del SIDA nos parece más una película de ciencia ficción que una realidad médica". Esto se debe a que es una plaga que apareció repentinamente a principios de la década de 1980 y hasta la fecha sigue acabando con la vida de miles de personas (la mayoría de ellas jóvenes). No se ha encontrado vacuna, ni curación; el virus que la provoca, se puede esconder en las células del cuerpo, por lo que la mayor parte de los portadores se ven saludables, ya que al principio y por un largo tiempo no muestran ningún síntoma, así lo transmiten a otras personas sin darse cuenta, incrementando con ello la epidemia.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha causado alarma en toda la sociedad y ha puesto al mundo ante una enfermedad que afecta a miles de personas, convirtiendo a ésta en uno de los mayores problemas de salud pública al que se están enfrentando todas las naciones del mundo (Eiff y Gründel 1988 y SSA 1988).

El SIDA, es un problema serio y aunque en la actualidad la mayoría de las personas pueden evitar el riesgo de infectarse y contraer la enfermedad, al paso en que se incrementa la epidemia, finalmente la vida de todos será tarde o temprano afectada por ésta. Durham y Cohen (1992) comentan que de ser así, pronto conoceremos a alguien, a un familiar o amigo de algún afectado de SIDA.

I. ¿QUE ES EL SIDA?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1986, propuso la que hasta hoy en día se considera la definición más aceptada de SIDA, la cual nos dice que "es una enfermedad grave, mortal, caracterizada por una inmunodeficiencia adquirida producida por un retrovirus (género lentivirus) que ataca al sistema inmunológico, específicamente a los leucocitos T4 (leucocitos auxiliares) y macrófagos, *dejando a la persona expuesta a una serie de cuadros clínicos de tipo infeccioso y tumoral, localizados y/o diseminados, que caracterizan a este síndrome*" (tomado de Sandner 1990, p. 31).

Para complementar ésta definición, es necesario analizar al SIDA a través de sus siglas (SSA 1988; Carovano y Ramos 1991 y Hein 1991):

Síndrome: Enfermedad o condición caracterizada por un grupo de signos y síntomas que se presentan simultáneamente. El SIDA se manifiesta a través de una serie de enfermedades y síntomas diversos que suelen ser fatales.

Inmuno: Se refiere al sistema inmunitario, es decir, a la capacidad de defensa que tiene o desarrolla nuestro cuerpo contra los agentes infecciosos para combatir así las enfermedades.

Deficiencia: Indica falta o carencia de algo que necesitamos; en este caso se refiere a la debilidad del sistema inmunitario.

La *inmunodeficiencia* indica que el virus del SIDA hace que el cuerpo sea incapaz de combatir ciertas infecciones y enfermedades.

Adquirido: Quiere decir que no es una condición genética o hereditaria, sino que se obtiene o consigue después de la concepción, a consecuencia de acciones específicas. El VIH se obtiene de alguien más.

El SIDA es una enfermedad infecciosa, relativamente nueva, contagiosa y se puede prevenir, además es universal, afecta a personas de todas las clases sociales y ocupaciones, por lo que no distingue sexo, edad, estado civil, religión y nacionalidad, daña a las defensas del organismo, favoreciendo con ello la aparición de infecciones graves, cánceres raros y una serie de síntomas comunes, y hasta la actualidad es incurable y mortal en todos los casos conocidos.

II. ¿QUE ES EL VIH?

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (mejor conocido como VIH) provoca el SIDA, ya que es el virus que ataca al sistema inmunológico humano y lo va destruyendo en forma gradual y progresiva, lo que ocasiona que disminuya la inmunidad celular y con ello, que la persona afectada sea cada vez más vulnerable, ante cualquier tipo de infección causada por cualquier otro virus, bacteria, parásito u hongo, que en condiciones normales no lograrían hacer daño al hombre (Panos Dossier 1989).

El VIH es diferente de otros virus, sobretodo por la reacción que provoca en el organismo infectado, es decir, otros virus (como el del catarro, la gripe, las anginas, etc.) son atacados y eliminados por los anticuerpos del sistema inmunológico, pero el VIH no, éste una vez que invade las células del cuerpo permanece ahí de por vida. Esto se debe a que como el VIH destruye parte de este sistema, el organismo pierde la posibilidad de combatirlo, lo que ofrece a las infecciones y a las enfermedades, la posibilidad de fortalecerse dentro del cuerpo

y progresar hasta llevar a la muerte al individuo infectado (Eiff y Gründel 1988 y Hein 1991).

Es importante dejar claro que la persona al infectarse no adquiere la enfermedad, sino al virus que la produce, pudiendo entonces si, desarrollarla posteriormente, esto quiere decir que se contagia el VIH pero en ningún caso se contagia el SIDA (SSA 1988; Cahn 1992 y Miller 1992).

III. ETAPAS DE LA INFECCION DEL VIH

Desde el momento en que el individuo se expone al VIH, comienza su organismo a desarrollar la infección, la cual atraviesa por una serie de etapas que marcan de manera general el grado de deterioro que este virus provoca en el sistema inmunitario del individuo. A continuación se presentan las diversas fases por las que pasa la persona infectada (tomadas de Panos Dossier 1989; CONASIDA 1991; Hein 1991; GPSIDA 1992 y Velásquez y Gómez 1993):

A. Infección inicial

Esta etapa corresponde a la infección con el virus, es cuando la persona queda infectada y comienza a originar anticuerpos contra el VIH, por lo general, ocurre entre las 8 y las 12 semanas aproximadamente de iniciada la infección.

Muchas seroconversiones son asintomáticas, sin embargo, varios pacientes presentan síntomas algunas semanas después de infectarse, a estos síntomas se les conoce como "infección aguda por VIH" y se pueden parecer a una gripe. La infección aguda se presenta sin causa aparente y se disipa al poco

tiempo, en consecuencia, la mayoría de las veces no se toma en cuenta y pasa desapercibida, dejando al individuo asintomático por un largo periodo de tiempo.

B. Periodo seropositivo asintomático

Es la persona infectada con el VIH que no presenta síntomas ni signos clínicos, es decir, que ésta persona es portadora del virus pero goza de buena salud. Es el periodo de mayor duración ya que el individuo puede permanecer en esta condición por mucho tiempo (de 6 a 15 años aprox.).

En este periodo el virus esta presente en algunas células de su organismo pero no esta activo, es por ello que muchas personas infectadas no saben que tienen el virus del SIDA, o que lo están transmitiendo a otras personas, no obstante, el hecho de que en esta fase el individuo no presente síntomas, no quiere decir que éste, no pueda transmitirlo a otras personas, o bien, que no continúe sufriendo un deterioro progresivo en su sistema inmunitario.

C. Linfadenopatía Generalizada Persistente (LGP)

Después de mantenerse por un periodo de varios años asintomáticos los individuos infectados pueden desarrollar un crecimiento generalizado persistente de los ganglios linfáticos, esto es lo que se conoce como Linfadenopatía Generalizada Persistente y se considera un precursor de SIDA¹.

¹ Miller (1992) y Daniels (1993) describen las características de la LGP y comentan que se refiere a la presencia prolongada de los ganglios linfáticos (crecidos palpables) cuando menos en dos o más sitios anatómicos distintos con un mínimo de tres meses de duración y sin ninguna causa conocida para la linfadenopatía, estos ganglios aumentan de tamaño, son duros, se mueven ampliamente y no suelen ser dolorosos, son bilaterales y muy simétricos, por lo tanto, afectan por igual ambos lados del cuerpo y los mismos grupos de ganglios linfáticos.

Esta linfadenopatía generalmente es asintomática y es posible que los pacientes no se den cuenta de su presencia hasta que el médico o él mismo, lo nota en la exploración, sin embargo, a veces puede venir acompañada de fiebre, sudoración nocturna, dolor de cabeza, pérdida de peso, infección bucal por hongos, etc.

D. Complejo Relacionado con el SIDA (CRS)

En esta fase el VIH ha dañado ya de manera considerable el sistema inmunitario, ésta etapa es más agresiva que la linfadenopatía y algunos la consideran la fase prodrómica para SIDA ya que marca la progresión inminente al síndrome terminal. El Complejo Relacionado con el SIDA no necesariamente incluye entre sus síntomas a la LGP y se puede definir de una mejor manera como una infección sintomática con VIH en ausencia de infección o tumor oportunista.

Daniels (1993) nos dice que mientras sólo el 10% de los pacientes que padecen LGP avanzan hacia el SIDA, el 25% de quienes tienen CRS, llegan a desarrollar la enfermedad. Los síntomas de este complejo son; malestar y letargo intensos, pérdida de peso, diarrea inexplicable, fiebres, sudoraciones nocturnas, entre otros, todos sin causa aparente.

E. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Esta fase marca el final de la infección, en las anteriores el individuo presentaba algunas complicaciones pero como su sistema inmunológico aún estaba en condiciones, o al menos no estaba tan dañado, éstas podían ser ligeras, pasajeras y hasta imperceptibles.

Las enfermedades que se presentan en el SIDA, son la consecuencia del deterioro progresivo del sistema inmune y generalmente, representan la reactivación de infecciones latentes que fueron adquiridas años atrás y controladas cuando el sistema de defensas estaba intacto, pero a medida que éste se fue deteriorando, comenzaron a despertar y a hacer daño al organismo, es por ello que el SIDA ya desarrollado es casi siempre fatal, ya que pocos pacientes diagnosticados viven más allá de 3 o 4 años (Panos Dossier 1989; Hein 1991 y Velásquez y Gómez 1993).

1. *Síntomas comunes*

El SIDA y su sintomatología no siempre se presentan de la misma forma en todos los individuos de todo el mundo, sino que varía dependiendo de ciertas condiciones como nacionalidad, sexo, edad, estado civil, nivel económico, tiempo de estar infectado y de factores más individuales como hábitos, costumbres, creencias, actividades, actitudes, etc. No obstante, existen algunos síntomas comunes en casi todos los pacientes con SIDA (tomados de CONASIDA s.a.; Rozenbaum 1985; FIPF 1990; Carovano y Ramos 1991 y Hein 1991). Estos síntomas son:

- Adelgazamiento.
- Fiebre o escalofríos persistentes.
- Diarrea continua por varias semanas.
- Secreción blanquecina, espesa y dolorosa en la boca, vagina o recto.
- Cansancio, fatiga o debilidad inexplicable y prolongada.
- Aparición continua de infecciones virales (catarro, gripe, etc.).
- Glándulas inflamadas en diferentes partes del cuerpo.

- Aparición de tos seca o con flema persistente, con dificultades respiratorias.
- Afección cutánea anormal, en cualquier parte de la piel.
- Ulceraciones o infecciones que no desaparecen con tratamiento médico.
- Piel muy seca y escamosa o exceso de comezón sin razón aparente.

Estos aunque son síntomas comunes en enfermedades comunes, por lo general, en el paciente de SIDA, nunca son tan banales como en las anginas o el catarro, ya que los síntomas son más severos, duran más tiempo, se presentan de forma inexplicable, sin causa aparente y su tratamiento es más difícil (Rozenbaum 1985 y Hein 1991).

2. *Enfermedades vinculadas con el SIDA*

Además de los síntomas que arriba se mencionan, las personas con SIDA pueden manifestar o desarrollar enfermedades que antes del SIDA solían considerarse extrañas o poco comunes en gente joven y saludable. Esto se debe a que "como el VIH destruye el sistema inmunológico del paciente con SIDA, el virus abre las puertas a una gran cantidad de infecciones, la mayoría de las cuales pueden ser fatales" (Cotte 1988, p. 113).

En orden de importancia las enfermedades que atacan al paciente con SIDA son (Rozenbaum 1985; Cotte 1988; SFAF 1992; Daniels 1993 y Miller 1993): Sarcoma de Kaposi, neumonía (*Pneumocystis carinii*), linfoma, tuberculosis, criptococosis, citomegalovirus, candidiasis o algodoncillo, criptosporidiosis y toxoplasmosis.

Cada una de las infecciones mencionadas puede desarrollarse de manera independiente, aunque a menudo se pueden asociar o también suceder.

3. *La situación de México*

Continuando con las enfermedades relacionadas con SIDA, tenemos que en México el 65% de los pacientes que padecen la enfermedad, inician con diarrea a diferencia de lo que ocurre en EUA, que comienza con insuficiencia respiratoria. De hecho una de las complicaciones más comunes de los pacientes mexicanos con SIDA es la desnutrición grave, a la que se le ha denominado "síndrome de desgaste", esto se debe a que los pacientes sufren diarreas crónicas y por lo tanto desnutrición, lo que origina en ellos un desgaste físico gradual a corto plazo. Este síndrome es la principal causa de muerte de los pacientes de SIDA en México.

La segunda enfermedad asociada con el SIDA en nuestro país es la tuberculosis y la tercera esta relacionada con los problemas respiratorios, los agentes infecciosos, la demencia, el sarcoma de kaposi y los linfomas (tomado de Villeda 1992, p. 37).

F. Demencia por SIDA

Ya en la última fase de la infección se observa que el VIH puede atravesar la barrera hematoencefálica, invadiendo así las células cerebrales, esto le permite destruirlas y ocasionar daños al cerebro. Si esto sucede la persona infectada puede mostrar síntomas como; confusión, falta de concentración, pérdida de equilibrio, deterioro en el habla y la visión, cambios en la personalidad, pérdida de memoria y razonamiento, etc. (Panos Dossier 1989; Hein 1991 y Daniels 1993).

Para Hein, la mayoría de los pacientes de SIDA desarrollan algunos de los síntomas mencionados arriba, dichas manifestaciones pueden ser los primeros signos de SIDA en la gente infectada, sin embargo, por lo general la demencia ocurre en las últimas etapas del desarrollo de la infección cuando a las personas sólo les quedan unos meses de vida, es por ello, que se considera la última fase del desarrollo del virus en el organismo.

Es importante aclarar que la persona infectada es transmisora del virus en todas estas fases, y aunque aún no se sabe con certeza cuanto tiempo dura el proceso de infección hasta el desarrollo de SIDA, se ha observado que oscila entre los 6 y los 15 años, aunque hay personas que no llegan a enfermarse, o bien, hay aquellas que desarrollan muy rápido los síntomas de SIDA.

IV. EPIDEMIOLOGIA

En los primeros años de la década de 1980, jóvenes homosexuales empezaron a morir de una nueva y extraña enfermedad que debilitaba su sistema inmunológico. Los médicos, nada sabían sobre esta enfermedad y por las características que presentaba, pensaron que estaba relacionada directamente con la homosexualidad o bisexualidad masculina (Rozenbaum 1985 y Guarneros 1994).

A medida que continuaron las investigaciones (y el número de casos de SIDA se incrementó), se identificó que la epidemia no sólo afectaba a los homosexuales, sino que también afectaba a los toxicómanos, a los hemofílicos y a los emigrantes haitianos. Esto alertó a la población, porque se percató que

"cualquiera" podía infectarse, que ya no existían grupos de riesgo, sino que todos podían adquirir el VIH y su consecuencia final; el SIDA, y fue cuando se estableció la histeria contra la enfermedad, porque "el SIDA ya no era una enfermedad de homosexuales, el virus no discriminaba, afectaba tanto a homosexuales como a heterosexuales, a blancos y negros, pobres y ricos, mujeres y hombres... también niños" (Richardson 1990; Daniels 1993 y Miller 1993).

A. Incremento del número de casos

Si para la población fue alarmante el hecho de saber que cualquiera estaba propenso de adquirir el VIH, esta alarma se incrementó al saber que la infección se estaba propagando muy rápidamente en cada país y por todo el mundo.

En la actualidad todavía no hay respuestas absolutas, ni los medios precisos para determinar el número total de casos, tanto de enfermos de SIDA como de infectados por VIH, Cahn (1992) comenta que aún cuando las hubiera, sólo servirían para el momento concreto de su elaboración, dada la velocidad de crecimiento de la pandemia.

No obstante esta indeterminación, las últimas cifras indican que actualmente se infectan por VIH en el mundo 16,000 personas al día, de las cuales más del 50% son mujeres. En la actualidad hay aproximadamente un total de 22 millones de personas infectadas con el VIH, de los cuales el 60% ya han fallecido. Para el año 2,000 se calcula que en todo el mundo existirán de 30 a 40 millones de personas infectadas con el VIH y de 10 a 15 millones de enfermos de

SIDA. El mayor crecimiento.... se espera en África, Asia y Latinoamérica (CONASIDA *s.a.*, p. 22).

V. TRANSMISIÓN DEL VIH

Hein (1991) cuando se refiere a las formas de transmisión, opina que "no es fácil adquirir el virus que provoca el SIDA" ya que las únicas vías de transmisión son; la sanguínea, sexual, perinatal y ocupacional y aunque todos estamos expuestos, si seguimos los métodos de prevención contra el VIH, tendremos aún menos probabilidades de adquirirlo.

A. Transmisión sanguínea

Este tipo de transmisión, indica ponerse en contacto directo con sangre contaminada por medio de: transfusiones, transplante de órganos, inseminación artificial, instrumentación con equipos que no se hallan esterilizado correctamente, inyecciones intramusculares e intravenosas y objetos punzo cortantes contaminados (CONASIDA *s.a.* y Velásquez y Gómez 1993).

Como la sangre es el tejido de mayor potencial contaminante, una sola transfusión o exposición a sangre infectada con el VIH puede ser suficiente para infectar al receptor. El riesgo se puede incrementar, dependiendo del número de transfusiones que requiera la persona, o bien, del tipo de producto sanguíneo recibido, del predominio de infectados entre la población donante y de las deficiencias de la red de hemoterapia.

B. Transmisión sexual

Ahora bien, aunque la sangre se considera el tejido de mayor potencial contaminante, no es la vía sanguínea sino la sexual, la que constituye el principal mecanismo de diseminación del VIH en todo el mundo. Cahn (1992) comenta que la transmisión sexual pese a su baja eficiencia es responsable de 3 de cada 4 contagios del VIH o sea, del 80% de todos los casos, esto se debe a la mayor frecuencia de exposiciones.

La transmisión sexual indica ponerse en contacto directo con semen, fluidos vaginales, líquido preeyaculatorio y presencia de sangre (de pequeñas heridas o menstrual), a través de relaciones sexuales. La eficiencia de este tipo de transmisión se relaciona con el tipo de contacto sexual, con su frecuencia y con los niveles de VIH del infectado en el momento de la relación, por lo tanto, no todo contacto sexual es igualmente efectivo para transmitir el VIH.

Como la vía de transmisión sexual es la más común en nuestro país, es importante seguir las siguientes recomendaciones: tener una sola pareja (monogamia), no tener relaciones con alguien desconocido o con alguien que haya tenido muchos compañeros (as) sexuales y exigir el uso del condón. Porque el único modo de evitar el contagio por vía sexual, es la prevención mediante el sexo seguro, el uso del condón y la información.

C. Transmisión perinatal

La transmisión madre-hijo, es un mecanismo creciente de contagio porque el VIH ha podido identificarse en las diferentes secreciones de la embarazada seropositiva, en líquido amniótico, en tejidos embrionarios y tejidos fetales desde periodos tempranos del embarazo y en la leche materna, por lo que este tipo de transmisión puede ocurrir; durante el embarazo; durante el parto y después del parto.

Ahora bien, la posibilidad de riesgo en el producto varía, se sabe que es mayor cuando la madre presenta un bajo recuento de linfocitos CD4², cuando es sintomática o cuando ha tenido ya (previamente) otro niño infectado, en la práctica se considera que la mujer con VIH positivo que se embarace, tiene una probabilidad sobre 3 de dar a luz a un niño infectado, lo más grave de esto, es que el curso de la infección en estos bebés es más agresivo y severo que en los adultos y presentan altas probabilidades de desarrollar la enfermedad en los primeros años de su vida.

² El sistema inmunológico está compuesto por una serie de células especializadas llamadas linfocitos (células T), que se dividen en células *T ayudantes* (también llamadas T4 o CD4) y células *T supresoras* (llamadas también T8 o CD8). Un conteo de células "T" mide el número de células T ayudantes (CD4) presentes en un milímetro cúbico de sangre y por lo tanto indica que tan suprimido está el sistema inmunológico, es decir, en que medida el VIH está afectando dicho sistema y como está respondiendo éste. (SSA 1990, p. 5 y SFAF 1992, p. 8)

D. Transmisión ocupacional

En los trabajadores de la salud, sólo las exposiciones parenterales³ a material contaminado, se han asociado con infección a VIH y aunque es poco probable la exposición, es un mecanismo eficaz de contagio. La probabilidad es mínima porque el personal de salud cuenta con la información y el material necesario para evitar la transmisión y además, depende de su profesión básica, de su actitud a la bioseguridad y de las condiciones de su oficio. Se ha observado que la infección ocupacional se produce en el siguiente orden:

- Enfermeras.
- Trabajadores manuales.
- Cirujanos.
- Médicos.
- Técnicos de laboratorio.

Para concluir, es necesario aclarar que hasta la fecha no se ha demostrado ningún caso de transmisión por otra vía, y aún cuando el virus se ha aislado de otros líquidos corporales como; la saliva, el sudor, las lágrimas, la orina y el líquido cefalorraquídeo, éste se ha encontrado en cantidades tan pequeñas como para que pueda contagiar (CONASIDA *s.a.*).

³ Transmisión Parenteral: Este tipo de infección se produce por el contacto directo con objetos contaminados, porque a pesar de que el VIH es un virus sensible ante las variaciones del medio, este puede permanecer vivo en agujas, jeringas, material quirúrgico, cuchillos, equipo de laboratorio y superficies que hayan sido contaminadas con líquidos o tejidos orgánicos infectados. Velásquez y Gómez (1993) mencionan que la infección por exposición parenteral a material contaminado con el VIH es un mecanismo efectivo de infección entre; los usuarios de drogas intravenosas y los trabajadores de la salud.

VI. IMPLICACIONES BIOPSIICOSOCIALES DEL VIH/SIDA

Si el SIDA solo se observa desde la perspectiva biomédica; la falta de una vacuna nos conduciría a una sola conclusión: la muerte inminente de toda persona infectada por el VIH. Cunningham (1991) al respecto opina que sin embargo, el SIDA no sólo tiene que ver con el ambiente biológico de la persona infectada, sino que también afecta su ambiente psicológico y social.

Para el individuo, cualquier enfermedad tiene repercusiones físicas y psicológicas, sin embargo, para quienes están infectados por el VIH o enfermos de SIDA, estas repercusiones son mayores debido a que muchos de ellos adquirieron al virus por sus prácticas y por lo tanto, transgredieron ciertas normas de comportamiento sexual o socialmente aceptadas. "Esta transgresión de las normas, unida al carácter contagioso de la enfermedad (mejor dicho del VIH), es la causa de que el enfermo sea socialmente estigmatizado, aislado y rechazado y que se considere su enfermedad como un castigo por su comportamiento" (Garau y Martínez 1990, p. 127).

Esto trae como consecuencia ciertas reacciones psicológicas en los individuos afectados. Dichas reacciones se explicarán en el siguiente capítulo.

CAPITULO II

EL PACIENTE CON VIH/SIDA

Hasta ahora hemos visto al VIH/SIDA desde una perspectiva general, histórica, médica, pero a partir de éste capítulo nos centraremos en los aspectos psicológicos que genera dicho problema en las personas infectadas. Porque si bien es cierto que "el SIDA es virus, linfocitos, infecciones oportunistas, tumores y demencia, no es menos cierto que el SIDA también es sexo, droga, prejuicio, discriminación, temor al contagio, estigma, persecución y aislamiento" (Cahn 1992, p 21).

En CONASIDA (1994) se ha comprobado que cuando las personas reciben la notificación de que están infectadas, lo interpretan como que tienen algo que pone en peligro su integridad física y sin lugar a dudas esto les representa un impacto a su estabilidad emocional, más aún, porque se trata de una enfermedad incurable. Y si a todo ello se le agrega, que la enfermedad por su medio de transmisión involucra la intimidad sexual de cada individuo, y que las personas afectadas están injustamente sujetas a estigmatización y marginación social, la descompensación emocional provocada es mayor.

Desde que sabe que es portador del VIH hasta cuando recibe el diagnóstico de SIDA, la persona infectada manifiesta una gran variedad de reacciones emocionales, porque en todo momento conoce la gravedad del pronóstico... la muerte inminente, dichas reacciones dependen de las condiciones

individuales de cada persona, de la etapa de la infección por la que atraviese, de los cuidados médicos y del apoyo psicológico que reciba.

I. RESPUESTA ANTE LA NOTICIA DE ESTAR INFECTADO POR EL VIH

López (1991) y GPSIDA (1992) nos dicen que si por lo general, al recibir el resultado positivo se siente que todo se ha acabado y provoca que afloren la mayoría de las veces sentimientos negativos aún cuando no se tengan síntomas y se ignore si se tendrán, el diagnóstico de SIDA con mayor razón, tiene profundas implicaciones psicológicas para el paciente.

El reconocimiento de que aún no existe curación y que los amigos y otros están muriendo de SIDA, origina un sentimiento de atrapamiento para la mayoría de los pacientes, en especial en los primeros meses después de la noticia, ya que para ellos, esto significa una derrota ante todos los esfuerzos del ser humano por prolongar la vida (López 1991; GPSIDA 1992 y Miller 1992).

A. Fases de la respuesta psicológica del individuo

Kübler-Ross señala un proceso presente en la mayoría de los pacientes cuando son informados de padecer una enfermedad incurable y mortal. Estas fases también son perceptibles en los pacientes infectados por VIH, los cuales manifiestan reacciones de choque, negación, ira y desesperación al enfrentarse a la noticia de la infección, las cuales con frecuencia preceden a la reorganización y al enfrentamiento de la condición (Kübler-Ross en Sepulveda 1989, p. 209 y Sherr 1992, p. 207).

Todavía entre los autores no existe una clasificación unificada de dichas etapas y aunque la mayoría se basa en la de Kübler-Ross hay quienes agregan o restan etapas a la misma. A continuación se explican cada una de estas fases, procurando hacer una buena recopilación de las que los autores mencionan (Sepulveda 1989; Garau y Martínez 1990; Sherr 1992; Miller 1993 y Velásquez y Gómez 1993).

1. Crisis

La primera fase corresponde a la crisis que se produce al conocer el diagnóstico, cuando al individuo se le da la noticia de que es portador del VIH o que ya está manifestando los primeros signos de SIDA.

En este estado inicial se experimenta una gama de sentimientos y vivencias tales como; la culpabilidad por la transgresión; el temor de revelar una orientación sexual, con el consiguiente derrumbamiento de su imagen; el temor de afrontar una enfermedad asociada con conductas estigmatizadas; el temor al rechazo y abandono por parte de su familia, amigos y compañeros; el miedo ante la posibilidad del deterioro físico; el miedo a la enfermedad; y el miedo a la muerte; todo ello le lleva a experimentar una gran variedad de reacciones psicológicas (Garau y Martínez 1990 y Velásquez y Gómez 1993).

Miller (1993), revela que las personas en choque comentan típicamente sentirse confundidas y aturdidas, motivo por el cual, en este estado es casi imposible concentrarse o recordar las cosas con claridad además de que; algunos se tornaran muy emocionales cuando reciben la noticia; otros es posible que

comiencen a llorar y a "desbaratarse" o sean más agresivos; algunos más quizá respondan guardando silencio, aislándose y dejando de ser comunicativos y habrá otros más que no responderán y actuaran como si nada pasara. Miller comenta que cualquiera que sea la reacción de las personas, es importante recordar que es una respuesta normal a noticias que ponen en peligro la vida y que toda crisis puede encararse.

2. *Negación*

Como su nombre lo indica, el rasgo dominante de esta fase es la negación de su condición, que alterna con la ansiedad que la misma le provoca. Velásquez y Gómez (1993) comentan que al pasar el choque por la noticia (o dentro del mismo proceso de crisis), la negación se presenta para proteger al individuo de acercarse a una realidad que en ese momento es caótica.

La negación como defensa debe permitirse más no favorecerse, ya que durante este periodo el paciente puede continuar realizando prácticas sexuales sin precauciones pudiendo con ellas reinfectarse o bien, infectar a otras personas. En este periodo es más probable que el paciente repita su examen una y otra vez, en varios laboratorios, buscando encontrar un error en el diagnóstico, por lo que entonces la negación cumple la función de conservar fuera de la percepción consciente la existencia de realidades desagradables, pero como es una defensa, lenta y parcialmente va cediendo para dar paso a otras respuestas como la rabia o la depresión.

3. *Cólera*

Pasada la fase de negación, el paciente se vuelve irritable y difícil, desplaza su angustia, envidia y agresión a las personas que lo rodean (ya sea a individuos en particular o bien, hacia la población en general). La rabia es un sentimiento que se presenta con frecuencia en los pacientes y obedece a las múltiples pérdidas que tiene que afrontar. Tanto la negación como la cólera son de singular importancia en el caso de pacientes diagnosticados como seropositivos, porque precisamente es en estos periodos donde pueden infectar a otras personas (Sepulveda 1989 y Velásquez y Gómez 1993).

4. *Depresión*

Sepulveda (1989) menciona que cuando la fase de rabia termina; el individuo entra en franca depresión, analizando sus pérdidas (del trabajo, casa, amigos, familia, pareja, etc.). La mayoría de las veces son pérdidas que ellos mismos han provocado por el monto de angustia y la culpa que sienten respecto a la infección, o por el miedo injustificado de infectar a otros, lo que ocasiona que se alejen evitando así cualquier tipo de contacto social normal. En esta fase el apoyo que pueden ofrecerle amigos y familiares lo ayudará en gran medida a disminuir su angustia y a reconstruir su personalidad y su entorno, para así pasar poco a poco a la quinta de las etapas (Garau y Martínez 1990).

5. *Pacto*

Es el momento en que el paciente generalmente pacta con alguna forma sobrenatural de existencia o con alguien que esta fuera de su realidad inmediata,

el infectado así puede pactar con Dios, con el médico, con la enfermera, con el amigo o con el psicólogo, la ampliación de un periodo de vida útil para poder terminar sus actividades inconclusas, o bien, alcanzar sus metas propuestas. Es hasta este momento en que el paciente maneja conscientemente parte de su conflictiva interna y vuelve a retomar sus actividades rutinarias (Sepulveda 1989 y Velásquez y Gómez 1993).

6. Aceptación

El estadio de aceptación es el momento en que el paciente manifiesta la adaptación al diagnóstico hablando tranquilamente del proceso de enfermedad y muerte, es el período donde el paciente empieza a elaborar su duelo o la relación entre su realidad presente como enfermo y las pérdidas sufridas. Este proceso se favorece y agiliza si se le ofrece a la persona, la posibilidad de que se hable de su enfermedad, y si de parte de su entorno no existe el rechazo, porque esto facilita que el individuo vuelva a aceptarse y disminuya con ello su ansiedad (Sepulveda 1989; Garau y Martínez 1990 y Velásquez y Gómez 1993).

Durante el desarrollo del VIH se producen hechos que replantean la aceptación de la infección y que hace que se superpongan la fase de transición (es decir las fases de pacto, depresión, ira y negación), la de aceptación, e incluso hace que en algunos momentos la crisis aparezca nuevamente y se reinicie el proceso. Garau y Martínez (1990) mencionan que esto va relacionado muy estrechamente con la aparición de nuevos síntomas, o bien, con alguna situación de crisis personal del paciente (en su casa, trabajo, escuela, etc.).

Cada uno de estos diferentes estadios va acompañado de periodos de ansiedad, miedo o desesperación. En términos generales los pacientes infectados por el VIH pasaran por estas fases, cabe señalar que no todos los pacientes siguen este orden riguroso descrito por Kübler-Ross; algunas personas reaccionan de un modo distinto, algunas no pasan por todas las etapas y algunas jamás experimentan tales emociones o reacciones (Sepulveda 1989; Sherr 1992 y Velásquez y Gómez 1993).

II. ASPECTOS PSICOLOGICOS INDIVIDUALES

"Cada ser humano vive, experimenta y asume los procesos de la vida de maneras muy diversas", por lo tanto, el efecto del diagnóstico se siente en muchas formas importantes; hay ocasiones en que éste enfatiza la soledad y el aislamiento; en otras se hace una remembranza de todo aquello que se pudo hacer y no se realizó; o bien, el individuo se reencuentra y comienza a amar la vida y todo lo que le rodea. Esto refleja de alguna manera que las repercusiones emocionales que provoca la noticia del VIH o el diagnóstico de cualquiera de sus etapas de infección, son múltiples y variadas para cada individuo y dependen directamente de la historia individual, de la estructura de la personalidad, de la gravedad de los síntomas, o bien, del momento por el que esté pasando el paciente en relación a su familia, su pareja, su trabajo, etc. (Sepulveda 1989 y CONASIDA 1994).

A. Reacciones emocionales

A continuación, se mencionan las reacciones psicológicas que con mayor frecuencia e intensidad presentan los pacientes con VIH/SIDA y se indican aquellas que sin dejar de ser importantes, se presentan en menor grado.

- Ansiedad
- Depresión
- Incertidumbre
- Tensión
- Temor
- Enojo
- Fantasía
- Retraimiento
- Negación
- Culpa
- Irritabilidad
- Duelo
- Confusión
- Desesperación
- Aislamiento
- Pesar
- Soledad
- Frustración
- Agresividad
- Rebelión
- Tristeza
- Indiferencia
- Desesperanza
- Desconsuelo
- Racionalización

No podemos dejar de remarcar que todas y cada una de éstas reacciones son causas que alimentan una angustia que va más allá del sufrimiento físico del enfermo, es por ello que las consecuencias psicológicas en un individuo que sabe que está afectado por el VIH pueden desembocar en un considerable sufrimiento,

cualquiera que sea el grado de evolución de su enfermedad (Barré-Sinoussi 1990).

III. REACCIONES PSICOLÓGICAS POR ETAPAS DE LA INFECCIÓN

Las manifestaciones psicológicas antes mencionadas, se presentan de muchas formas e intensidades a lo largo de la vida de todo ser humano y dependen de las condiciones psicosociales que este enfrentando el individuo en determinado momento. Con esta idea, es posible comprender porque las personas con VIH/SIDA comenzaron a tener reacciones emocionales intensas relacionadas con la infección, aún antes de conocer si eran portadoras del virus.

El efecto del diagnóstico de que se es portador del VIH o bien, de alguna de sus etapas de infección tiene profundas implicaciones para el paciente y lo siente en muchas formas importantes y aunque la gran variedad de reacciones emocionales se presentan a lo largo del proceso de infección en mayor o menor medida, enseguida se mencionarán aquellas que caracterizan el diagnóstico de cada etapa del deterioro del organismo (Sepulveda 1989; Miller 1992; Miller 1993 y CONASIDA 1994).

A. Reacciones de quien acude a realizarse la prueba

La gente desde que acude a realizarse la prueba para detectar anticuerpos del VIH y conocer así su estado serológico (si esta infectada o no), manifiesta principalmente; negación; angustia; racionalización; miedo; fantasías; desconsuelo; indiferencia; confusión; agresión; culpabilidad y depresión, además de una incertidumbre intensa originada por el pronóstico desconocido de si están

infectados o de si todavía tienen la oportunidad de "salvar" su vida y salir bien librados de esa exposición al contagio. Ahora bien, como del momento de hacerse la prueba hasta que la persona recibe su resultado, pasan de 1 a 3 semanas en promedio, estos momentos para la mayoría de las personas resultan de mucho desgaste emocional, sobre todo porque saben que la consecuencia de la infección (aunque a largo plazo) es el SIDA y con este la muerte.

Cuando a las personas se les dice que su estado es negativo (es decir, que no están infectadas) en general reaccionan de manera positiva y explotan en una variedad de sensaciones tales como risa, llanto, desahogo, tranquilidad, alegría, esperanza, etc., dan gracias muchas veces a Dios por el resultado y salen con una mayor consciencia de riesgo y con la reflexión de que "tienen la oportunidad de seguir seronegativos siempre y cuando realicen prácticas de prevención, como sexo seguro o uso del condón" (CONASIDA 1994).

B. Reacción ante la infección

Desafortunadamente, no todos los que se realizan la prueba salen negativos y por lo tanto, no todos pueden gozar de otra oportunidad. Cuando la persona recibe un resultado positivo, es decir, que esta infectada por el VIH, las reacciones que manifiesta son las siguientes (tomadas de CONASIDA, 1994):

- *Mente disparada*: Un diagnóstico de seropositividad suele provocar que la mente se dispare por laberintos negativos, sin posibilidad de conexiones positivas.
- *Peregrinaje*: En consecuencia, el paciente corre como de un lugar a otro, de un médico a otro, de una institución a otra, tras sus propios pensamientos.

- *Falta de ubicación:* En estos casos, aferrados a la esperanza de encontrar alguna cura física, se disponen a buscarla a toda costa. Estas conductas irracionales u obsesivas que aparecen, lo que están haciendo es tratar de enfrentar sin enfrentar, están tratando de reconocer que están infectados de una forma menos dolorosa.
- *Claridad para diferenciar el origen del malestar:* Es muy frecuente que el malestar psicológico sea confundido con el generado a nivel físico, por ello es importante que el paciente aprenda a establecer la diferencia entre ambos malestares, a fin de que la mente no agrande y se deleite en una situación física inexistente.
- *Optimizar:* Conforme el paciente vaya reconociendo más y más aspectos de su realidad, se dará la oportunidad de aprovechar sus condiciones de vida y sus capacidades personales.

C. Los seropositivos asintomáticos

Las personas que llegan con un resultado positivo, son las que mas complicaciones implican, ya que su condición misma es difícil, aún más cuando tienen pocos días de saberse portadores del VIH, pues llegan (a las instituciones) con la esperanza de que haya sido un error y con la confianza de que ahí se pueda rectificar su resultado.

Miller (1993) nos dice que para las personas a quienes se ha comentado que son seropositivas en fase asintomática es muy importante recordarles que no es lo mismo que tener LGP, CRS o SIDA, explicándoles que ser seropositivo significa que se ha expuesto al virus y como resultado se infectó, pero esto no quiere decir que está enfermo o que va a morir en un corto tiempo, porque lo único que en este momento tiene es la infección y no la enfermedad.

Esto es necesario ya que las personas a quienes se les diagnóstica su estado serológico positivo en fase asintomática, generalmente responden con grados altos de ansiedad y depresión, porque la imagen de la muerte futura se agiganta en sus mentes, lo que les lleva a caer también en situaciones agresivas y paranoicas, además de presentar otras reacciones aisladas tales como; negación, desesperación, culpa y duelo, entre algunas otras. Estas reacciones, pueden ser disipadas por la presencia de mecanismos de adaptación que le faciliten a la persona posponer la confrontación con el futuro, proporcionándole con ello, una situación de esperanza que le ayude a la conservación de la homeostasis psicológica.

D. Linfadenopatía generalizada persistente

Cuando el paciente pasa de una etapa asintomática a una sintomática, todo lo que antes había sido imaginado, ahora sí, se convierte en un hecho real que no sólo lo alarma a él sino a toda persona que le rodea, ya que esto significa el anuncio de un final inevitable. Este momento se experimenta con tristeza por el dolor que la familia, los amigos, la pareja y toda persona allegada, vivirán y por el deterioro físico paulatino que se nota en el enfermo... el cual en ocasiones no querrá ver ni escuchar a nadie... posiblemente llegue a pensar que nadie comprende su situación, que la enfermedad es un castigo que merece por su mala conducta, generando sentimientos de culpa o coraje contra sí mismo (Miller 1993).

Así que cuando en la exploración el médico percibe los ganglios inflamados de manera persistente y hace del conocimiento del paciente esta condición, la persona infectada responde con mayor ansiedad y depresión que cuando supo que era portador asintomático, a estas reacciones le acompaña también una intensa negación la cual imposibilita su asistencia médica y psicológica, esto se debe a la gran incertidumbre acerca de su futuro, del tratamiento y sus expectativas de vida.

E. Complejo relacionado con el SIDA

Estas personas con frecuencia reaccionan con grados altos de ansiedad y en ocasiones depresión, en particular porque como ya presentan síntomas del deterioro orgánico, quedan con un juego de espera perturbador sobre la dirección final a la que los conducirá su infección viral.

En quienes padecen CRS, los síntomas (tales como diarrea, náuseas, pérdida de peso, sudoración, agitación, etc.) son interpretados con frecuencia como signos de SIDA y las preocupaciones consiguientes tenderán a empeorar sus síntomas lo que posiblemente originará ataques de ansiedad aguda (mejor conocidos como ataques de pánico)⁴.

⁴ Cuanto más tiempo afronta una persona una ansiedad mayor de lo normal, más vulnerable se torna a la aparición frecuente de síntomas, cuya intensidad también puede aumentar y las labores (del hogar, trabajo, etc.) se tornan más difíciles, menos interesantes y cada vez toma más tiempo terminarlas. Cuando la ansiedad es una característica crónica, es decir, que se ha soportado por algún tiempo a un grado alto, ocurren episodios de ansiedad aguda en "ondas" repentinas, abrumadoras que causan en la persona gran alarma y pánico sobre lo que está sucediendo. A estos episodios se les llama *ataques de pánico*.

F. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Para quien ya tiene SIDA, los síntomas se interpretan con frecuencia como indicaciones de una continua declinación de su estado físico, lo que les origina mayor sufrimiento, su autoestima también sufre, ya que se afecta más que en cualquier otra etapa, lo que les puede generar soledad y aislamiento. Las personas con SIDA, piensan que pierden el control sobre su vida y las opciones disponibles para ellos, porque toda actividad que realicen esta dictaminada por su enfermedad.

Todo estas reacciones se originan principalmente, por la falta actual de una curación, misma que provoca que se resalte la impotencia que tiene el hombre frente al síndrome, lo que con frecuencia provoca en el paciente una sensación de desesperanza que inhibe posibles acciones constructivas futuras. La incertidumbre también es una característica central y representa un papel primordial en el desarrollo de los síntomas psicológicos.

Así para quienes padecen CRS o LGP, la incertidumbre se refiere a la posibilidad de "progresar" hacia SIDA, mientras que para quienes ya padecen SIDA, esta se relaciona con la evolución del síndrome, con el pronóstico, con la eficacia de los tratamientos médicos y problemas como los efectos sobre la pareja y la familia... muchos reaccionan al diagnóstico estableciendo una revalorización completa de sus vidas y actividades, pero siempre permanecerá la gran incertidumbre sin importar lo que hagan ellos, su médico, su terapeuta, etc.

Ante una situación así, el paciente necesita recuperar el equilibrio interno, la identidad, la esperanza y la fe, esto se logra frecuentemente a través de dos maneras; ya sea en el encuentro con otras personas que estén en su misma situación (aquellas que como igual son testigo de su enojo, su impotencia, sus miedos, y su vergüenza), o bien, a través del apoyo emocional, el cual les permita expresar sus sentimientos para que puedan superar sus miedos y sean capaces de tomar las decisiones más convenientes, ya que el tomar la responsabilidad en adelante es quizá un factor importante y diferencia a los supervivientes del resto, y a quienes viven efectivamente e incluso disfrutan de la vida, de los que se tornan desdichados y miserables.

La experiencia ha demostrado que con un apoyo afectivo adecuado brindado por el personal de salud en general, la familia y la red social, el paciente no sólo logra superar la crisis y adaptarse constructivamente a su situación, sino que también puede disminuir su estado de inmunosupresión logrando un mayor bienestar físico por más tiempo.

CAPITULO III

EL PERSONAL DE SALUD

En este capítulo, la atención se centrará en aquellos que proporcionan desde diversas áreas de la salud; apoyo, atención y cuidados a los pacientes con VIH/SIDA, aquellos que de una manera u otra, en mayor o menor intensidad, se encuentran involucrados directamente en la problemática que genera este tema. Me refiero a los médicos (en sus diversas especialidades), psicólogos, odontólogos, enfermeras, trabajadores sociales, técnicos de laboratorio y de los bancos de sangre, químicos, etc., que en su conjunto integran el personal de salud; profesionistas y técnicos que tienen como objetivo que el paciente presente una mejor y pronta recuperación tanto física como psicológica.

Las reacciones psicológicas de las personas infectadas por el VIH, afectan de manera directa o indirecta al personal de salud en su labor diaria, independientemente de su sexo, edad, profesión, estado serológico y preferencia sexual y por lo mismo, el personal de salud no está exento del impacto emocional que le proyecta el paciente infectado o del impacto que le origina por sí mismo el tema o la problemática del SIDA, como tampoco está libre del enfrentamiento directo con el propio sentimiento de pérdida, duelo y muerte y por ello, el mismo personal de salud puede muchas veces verse involucrado en reacciones psicológicas inherentes al VIH/SIDA.

I. EL PERSONAL DE SALUD Y EL PACIENTE INFECTADO

El personal de salud tiene un papel muy importante en la lucha diaria contra el SIDA, así como en el apoyo y orientación del paciente para que mejore su calidad de vida, sus relaciones personales, su salud, etc. Cassutto (1987) menciona que el personal de salud debe estar plenamente al tanto de todo lo que concierne a la enfermedad y no debe tener ningún temor injustificado al contagio, además de que tiene que ser capaz de rectificar toda información falsa que circule entre los miembros del equipo, los enfermos y su familia.

A. Al principio

Cómo todos, al principio los médicos y demás profesionales de la salud no sabían nada del SIDA, sin embargo, a medida que la enfermedad se fue propagando, los grandes hospitales de muchas ciudades (principalmente de EUA pero sin quedarse atrás otras naciones como México) empezaron a sufrir una escasez de personal y como consecuencia un exceso de población afectada, derivado principalmente de la falta de conocimientos precisos acerca de la infección ó por un exceso de prejuicios hacia quienes estaban siendo afectados por la enfermedad, o bien, por el temor de que se pudieran contagiar al atender a estos pacientes⁵ (Hein 1991).

⁵ Existe un riesgo que corren los trabajadores de la salud (principalmente aquellos que manipulan sangre y otros líquidos corporales) y es que están más expuestos a la infección por el VIH. Hasta el momento se han registrado más de 1,200 trabajadores de la salud, con antecedentes de inoculación parenteral accidental por materiales infectados con VIH, no obstante, a pesar del alto número de accidentes, los niveles de seroconversión son mínimos (se ha comprobado que el riesgo de infección ocupacional es mucho menor del 1.0 %), basta decir que en el lapso de 1981-1992 se documentaron solo 19 casos como producto de la transmisión ocupacional, donde el único mecanismo de transmisión fue la inoculación directa con material contaminado mediante la punción por aguja o similares (pinchazos) y en menor frecuencia se han presentado por cortaduras o exposición mucosa. (Sande y Volberding 1992; Sherr 1992 y Velásquez y Gómez 1993)

El SIDA desde que se identificó como una nueva enfermedad, levantó mucha emoción por su relación directa con la muerte y provocó un sinnúmero de reacciones en la población en general y por lo tanto en el personal de salud también. Para Rozenbaum (1985), el SIDA por sí mismo no representaba gran peligro si se hubieran dejado de lado los prejuicios, la información distorsionada, la incompetencia, la irracionalidad, los miedos sin fundamento, etc. y toda esta atención se hubiera centrado en el origen del mal, o si solamente no se hubiera dejado que ésta se asociara con otros elementos peores que el SIDA, los cuales permitieron, fomentaron y propiciaron el incremento incontrolable de la pandemia; dichos elementos son: la indiferencia; la estrechez de vista; la intolerancia y la ignorancia.

Sherr comenta que "de todos los factores que influyen en las actitudes hacia un padecimiento letal, el más importante es la ignorancia" (Sherr 1992, p. 226).

1. *La ignorancia*

La ignorancia fue quizá el elemento más importante que impidió que el SIDA en algún momento pudiera haberse controlado y que en la actualidad impide que la pandemia se detenga. La falta de conocimientos precisos acerca de lo que era el SIDA, al principio (y por mucho tiempo) provocó que no se le diera la importancia adecuada a la enfermedad, porque si bien es cierto, que la aparición de SIDA llamó mucho la atención de la sociedad en general, dicha atención no se enfocó al origen real del mal; sino que se desvió, debido al estigma y al prejuicio

contra quienes estaban siendo afectados por el SIDA (especialmente hacia los homosexuales), mostrando rechazo hacia ellos más que hacia la enfermedad.

Esto impidió que por algún tiempo se desconociera o no se aceptara al SIDA como una enfermedad que podía atacar a cualquiera que se expusiera al virus, así entonces el personal de salud al igual que el resto de la sociedad cerró sus oídos ante este nuevo problema de salud y evadió muy al principio, la responsabilidad que tenía como profesional hacia la persona infectada y al igual que todos estigmatizó, marginó y rechazó a quien estaba siendo afectado por el nuevo virus.

Cuando se desconoce qué es lo que está pasando con alguna enfermedad o padecimiento mortal (como el SIDA o el cáncer), lo que se hace es "imaginar" como será, que implicaciones tendrá, cuales serán sus dificultades y como será el proceso; el cual se piensa que es muy desalentador, doloroso y con mucho sufrimiento y que no hay nada que hacer, sin embargo, al paso del tiempo y ya con mayor información, conocimiento y experiencia práctica, el personal de salud se dio cuenta que si seguía las normas universales de protección⁶, la posibilidad de que pudiera infectarse era muy reducida, y fue hasta entonces que la atención que empezó a brindar al paciente infectado, fue mas adecuada.

⁶ Las normas *universales de protección* son un conjunto de medidas dirigidas al personal de salud para evitar la exposición percutánea, mucosa o de lesiones de la piel de los siguientes materiales orgánicos: sangre, semen, secreciones vaginales, trasudados serosos, exudados inflamatorios y líquido cefalorraquídeo. El personal de la salud debe seguir estas medidas con todos los pacientes para evitar la transmisión de patógenos. El Centro para el Control de las Enfermedades (CDC) menciona las siguientes precauciones universales; uso de guantes, mascarilla, gafas protectoras y batas o delantales de goma; uso de equipo apropiado para resucitación; aplicación de especiales precauciones cuando se laven, manipulen o descarten agujas, cuchillos o materiales cortopunzantes; lavado y desinfección con *hipoclorito* de toda superficie contaminada; enfatizar la prevención de las lesiones mediante punciones de aguja y ubicar una barrera de protección para evitar la exposición a materiales potencialmente infecciosos. (tomadas de Sande y Volberding 1992 y Velásquez y Gómez 1993)

Sherr (1992) menciona que los especialistas en cáncer y quienes trabajan en este campo son más realistas y optimistas hacia sus pacientes que quienes laboran en unidades generales, atendiendo pacientes con enfermedades más comunes y menos transgresoras de la integridad humana y que por lo tanto no se ven continuamente confrontados con la muerte de sus pacientes⁷. Si extrapolamos esto al problema que nos concierne, podemos afirmar que ya con el tiempo, los avances médicos, la mayor información y la relación directa con los pacientes, los especialistas en SIDA y quienes trabajan en este campo son más realistas, optimistas y tienen una mejor actitud que quienes laboran en unidades generales.

B. Tensión en el personal de salud

La tensión del personal de salud que trata con los pacientes de VIH/SIDA es mayor que la tensión de quienes atienden otro tipo de pacientes (diabéticos, hipertensos, etc.). Garau y Martínez (1990) comentan que sin embargo, esta tensión es similar a la que se ha observado en centros hospitalarios donde solo se trata pacientes de cáncer o pacientes terminales.

Se ha observado que la tensión emocional se origina por las siguientes causas (tomado de Garau y Martínez 1990 y Cunningham 1991):

- *El duelo anticipado ante la muerte.* Tanto el personal de salud que atiende a pacientes con cáncer, como el que atiende a pacientes con SIDA, se enfrentan

⁷ Para que esto quede más claro, mencionaré un estudio sobre tensión llevado a cabo entre enfermeras dedicadas a cuidar pacientes cancerosos, en el cual Wilkinson en 1986, describió como aquellas que tenían un bajo nivel de educación y preparación en oncología fueron las que experimentaron mayor nivel de tensión, por lo que se concluye que quien sabe menos acerca de algún problema, experimentará mayor tensión que quienes son expertos en él, y que por lo tanto, la ignorancia tiene remedio ya que la educación tanto del público como de los profesionales empezará por enmendar la información errónea que por lo general caracteriza este tema. (Wilkinson 1986, tomado de Sherr 1992, p 226).

mucho antes con el duelo que provoca en el paciente y en ellos mismos el conocimiento de su condición mortal.

- *El duelo ante la muerte de un paciente.* Cuando se ha atendido durante cierto tiempo a un paciente, es inevitable que el personal de salud se involucre emocionalmente con él y como consecuencia le duela cuando éste fallece.
- *La cólera y la rebelión* producidas por la imposibilidad de alterar el curso de la enfermedad sobre todo, si está muy avanzada y el individuo por lo tanto, se encuentra muy cerca de la muerte.
- *La frustración* porque no todo el mundo siente lo mismo con respecto al enfermo y a la enfermedad, es por esto que el personal muchas veces se siente solo y aislado, luchando con sus propias y debilitadas fuerzas ante una enfermedad que acaba con el ánimo, la esperanza y la voluntad de las personas y quisiera sentir apoyo de la comunidad.
- *La incertidumbre ante un posible contagio*, mantiene al personal de salud a la expectativa de cualquier mal contacto con los fluidos corporales de los pacientes, principalmente aquellos que tienen un contacto directo con los mismos.
- *La muerte a una edad inesperada*, como la mayoría de los decesos se presentan en personas jóvenes, en edad productiva, provoca en el personal de salud un mayor impacto emocional. Garau y Martínez, mencionan que esto es debido a la identificación del profesional con el enfermo y a la consciencia de la propia vulnerabilidad frente a la infección, frente a la enfermedad y frente a la muerte⁸.
- *La incapacidad de concebir soluciones inmediatas* que aminoren el dolor físico y psicológico de cuantos sufren por causa del SIDA, esto principalmente provocado por la falta de una cura.
- *El pesimismo por no poder alterar el rumbo de los sucesos*, lo que genera una mayor preocupación y ansiedad en los profesionales de la salud.
- *El cansancio* provocado por los numerosos problemas médicos, humanos y sociales a los que dan lugar estos pacientes.

⁸ Tratar con estos temas provoca reacciones intensas, que incluyen sentimientos de incomodidad en algunos trabajadores de la salud que los atienden, dicha incomodidad es perpetuada por una sociedad que utiliza la negación para manejar la muerte (ya que se considera la muerte como algo que le ocurre solo a los ancianos), por ello es que atender a pacientes más jóvenes que están muriendo, obliga a los que brindan cuidados a confrontar su propia mortalidad, una tarea que muchas veces resulta amenazante y difícil. (Kubler-Ross 1969, 1975 en Durham y Cohen 1992, p. 92)

C. Son seres humanos

La tensión emocional en el personal de salud se origina por muchas causas, lo que nos lleva a una interrogante interesante ¿Por qué el personal de salud se ve afectado emocionalmente al trabajar con el paciente infectado?... La respuesta es sencilla... porque son seres humanos.

En Ministerio de Salud (1990) se comenta que el hecho de enfrentarse a una permanente frustración y sentimientos de fracaso por la pérdida de sus pacientes o por el trabajo con personas de diagnóstico sin esperanzas, coloca al personal de salud, en la realidad de que son mortales y les despierta temores ante su propio fallecimiento.

Además Garau y Martínez (1990) y López (1990) nos dicen que en el personal de salud se produce una reacción frente al enfermo similar a la que se produce en la sociedad, pues el personal de salud no está exento de tener miedo al contagio, de sentir vergüenza o coraje si un familiar presenta síntomas, tristeza cuando un paciente muere, impotencia ante aquello que se está enfrentando y asume una posición ante el problema, de acuerdo a la evaluación que hace de él, manifestando rechazo, agresión y sobreprotección; actitudes que como seres humanos, el personal de salud no está exento de manifestar.

Existe un asunto que se presenta de manera constante entre las preocupaciones que más afectan o causan aflicción en el equipo de salud y se refiere en esencia, a no poder ofrecer ninguna solución. Sabemos que cualquier profesional que trabaje con el paciente con VIH/SIDA (aunque no sea psicólogo) es contenedor de las emociones del paciente y tiene como labor reducir la

angustia, por lo que conviene que el personal de salud esté plenamente convencido de las alternativas que propondrá al paciente, lo que implica dominar la información de lo que es el VIH y saber que seguramente se enfrentará a la angustia, el enojo o la depresión del paciente (Sherr 1992 y CONASIDA 1994).

Para afrontar todos estos problemas de manera convincente, el personal de salud debe determinar los problemas y los temores que puedan experimentar respecto a la enfermedad y lo que dicha enfermedad representa para ellos, es decir, que deben volverse más conscientes de sus propios temores y actitudes hacia los diversos aspectos que abarca el SIDA, tales como; sexualidad, muerte, prejuicio, miedo, marginación, desgaste emocional, etc., a fin de evitar que estos sentimientos se interpongan en la consulta con el paciente (Barré-Sinoussi 1990; FIPF 1990 y Sherr 1992).

II. IMPACTO EMOCIONAL

Aún cuando el personal de salud en su experiencia profesional ha enfrentado el cuidado de pacientes con diferentes enfermedades graves y/o terminales, el trabajo con pacientes que sufren SIDA representa una carga emocional especial por el tipo de vivencias que éste conlleva (tomado de Ministerio de Salud 1990).

- Ante el VIH/SIDA el personal de salud se enfrenta a una enfermedad relativamente nueva y atemorizante, que le plantea tanto retos profesionales como retos personales.
- El mayor contacto físico y emocional lo tienen con personas homosexuales, drogadictas, promiscuas, etc. (dado que en la actualidad estos grupos constituyen todavía una mayoría en población infectada).

- La enfermedad le despierta temor de ser contagiado accidentalmente, especialmente en aquellos integrantes del equipo de salud que tienen mayor contacto con la sangre de los pacientes, como los médicos, las enfermeras, los odontólogos o los laboratoristas.
- Esta al cuidado de pacientes que sufren un gran dolor físico y emocional.
- La mayoría de los pacientes son jóvenes, llenos de vitalidad, proyectos e ilusiones, las cuales quedan truncadas abruptamente por la infección, el desgaste físico y la muerte.
- Muchos pacientes se encuentran en una situación de aislamiento y abandono por la familia y amigos, en una gran soledad.
- Son pacientes demandantes de mayor atención, cuidado y ayuda que otro tipo de pacientes.
- Hay pacientes que descargan en el personal de salud, la ira que la situación les produce a tal grado que pueden llegar a agredirlo directamente o en diversas formas más sutiles y pasivas, esto es difícil de manejar y puede ser sentido como un ataque o bien, como un rechazo personal.

Si a esta lista le agregamos que en muchas organizaciones el personal de salud que tiene como responsabilidad el cuidado de pacientes con VIH/SIDA, recibe poco reconocimiento por sus esfuerzos, el impacto emocional es mayor.

A. Reacciones psicológicas

CONASIDA (1994) nos explica que por los elementos antes descritos y por la naturaleza misma de este tipo de actividad, se suelen provocar en el personal de salud crisis de diversa intensidad, además de una serie de reacciones psicológicas provocadas por el contacto diario con el paciente infectado, las cuales se mencionan a continuación:

- Por lo general, los que trabajan contra esta enfermedad están expuestos a un constante cuestionamiento de tres temas fundamentales en SIDA: vida-muerte-sexualidad, dicho cuestionamiento a veces puede llegar a ser muy fuerte y le provoca al personal de salud una ambivalencia y un desequilibrio con respecto al paciente y a sí mismo.

- El personal de salud pasa por los mismos procesos psicológicos que los pacientes, por lo tanto, la negación (la imposibilidad de aceptar una situación tal cual es), también es una reacción que se presenta en el personal de salud con mucha frecuencia.
- Es habitual sentirse impotente ante un situación avasalladora como lo es el SIDA, por lo tanto, les conviene aceptar el propio dolor, miedo, angustia, impotencia y todos los sentimientos generados, y no reprimirlos, ni exacerbarlos, sino simplemente vivirlos.
- También deben cuidarse de no caer en extremos de frialdad o excesiva calidez, ya que en el personal de salud son frecuentes los cambios emocionales.
- Mecanizarse es muy fácil, ya que a fuerza de repetir la experiencia, el trabajo se llega a hacer de manera mecánica y rígida y un trabajo realizado de esta forma sirve para muy poco.
- Con todo esto es muy posible que con el tiempo aparezca un aplanamiento emocional en este personal de salud, este es un proceso esperado como resultado del desgaste y la defensa.

Miller (1993) comenta que es probable que el personal de salud que atiende pacientes relacionados con el VIH, se desgaste tanto por la frustración, el estrés y la desesperación que acompañan la actividad; como por el servicio arduo y la condiciones de trabajo relativamente difíciles en que muchos tienen que laborar⁹.

B. Recomendaciones para disminuir la tensión emocional del personal de salud

El personal de salud necesita apoyo continuo mientras trabaja con la persona con SIDA, dado que los sentimientos de ira, frustración e impotencia se

⁹ En un estudio reciente se encontró que en el personal médico, los índices de depresión, ansiedad y estrés eran notablemente más elevados como resultado de su trabajo, en particular si también pertenecían a un grupo con mayor riesgo de infección. El aspecto más interesante de dicha investigación, nos dice Miller, se relaciona con el hecho de que el estrés más elevado se vincula no con el número de años trabajando con el problema, sino mas bien, con la concentración e intensidad de su participación en él, por ello es que conviene valorar el compromiso y lo que uno esta dispuesto a dar en este trabajo, a fin de tomar las mejores decisiones. (Miller 1993 y CONASIDA 1994)

vuelven en ocasiones abrumadores cuando se trabaja con personas jóvenes que (hasta la actualidad) no tienen esperanza de curación.

He aquí algunas de las recomendaciones para disminuir la tensión emocional del personal de salud que atiende personas con SIDA (OPS 1989; Ministerio de Salud 1990; Durham y Cohen 1992 y Sande y Volberding 1992).

- Las organizaciones deben proporcionar un equipo de salud que sea adecuado al grado de agudeza de la enfermedad, así como al volumen de los pacientes.
- Cada profesional de la salud, debe obtener información realista sobre la enfermedad, formas de contagio y medidas de prevención y reforzar periódicamente tales conocimientos, además de darse la oportunidad de discutir sus dudas.
- Tener un grupo de apoyo en el cual se puedan ventilar y compartir las experiencias y sentimientos recientes con respecto al VIH/SIDA.
- Si no se puede contar con reuniones de equipo de trabajo o grupos de apoyo, lo más recomendable, es buscar una persona amplia y receptiva, o bien consultar con los profesionales de salud mental para discutir y descargar emociones.
- El personal de salud puede requerir horarios mas flexibles o una reducción del tiempo necesario para la atención de los pacientes con SIDA o una reducción de las horas de trabajo, para así disminuir el estrés acumulado por el contacto diario e intenso con el mismo.
- Las organizaciones deben diseñar y poner en marcha programas intensos y regulares de educación, que se orienten sobre una base repetitiva para reforzar la información y para que el personal de salud pueda realizar todas sus tareas con mayor eficiencia.
- Debido a que parte del temor es de transmisión ocupacional, los profesionales que tienen más probabilidad de sufrir heridas por su labor, deben formular las medidas de control de la infección.
- Se debe permitir siempre la expresión de sus sentimientos, tratando de comprender y de manejar su hostilidad y su ira, aceptar el dolor que le produce un paciente y la tristeza que le despierta su muerte, también se debe permitir llorar, no culparse, ni se sentirse débil por sus reacciones; son normales.
- Buscar estímulos gratificantes en su vida, fuera del trabajo.

- El descanso y la supervisión adecuada y efectiva, ayudan al personal durante las semanas o días en que ocurren varias muertes o el número de infectados crece.
- Los hospitales han de establecer un número de medidas comprensivas y claramente formuladas con respecto al SIDA, las cuales incluyen aspectos del control de la infección, respuesta ética, responsabilidad profesional de atender a pacientes con SIDA y lineamientos para los estudios de detección en las instalaciones hospitalarias en el manejo administrativo del riesgo y temor a la infección ocupacional.

Es indispensable seguir todas estas indicaciones, ya que el personal de salud necesita comprender los problemas y repartir la carga de ellos, necesita aceptar la importancia de darse un tiempo para reflexionar, evaluar y valorar su propio trabajo y necesita aprender a manejar sus propias ansiedades, para poder orientar de manera más adecuada a otros individuos o grupos (FIPF 1990 y Sherr 1992).

CAPITULO IV

REACCIONES EMOCIONALES

El hombre es un ser emocional por naturaleza, sin las emociones los seres humanos serían poco más que máquinas que trabajan de la misma manera día tras día, sin ellas, no conoceríamos los goces del amor, ni la felicidad del éxito, no experimentaríamos simpatía por el desgraciado, ni pena por la pérdida del ser amado, así la vida sin sentimientos, ni emociones sería trivial e insípida (Whittaker 1974 y Vidales 1990).

Todos sabemos algo acerca de los sentimientos y de las emociones por nuestra propia experiencia y las mostramos en distinta intensidad, incluso en la misma persona, ya que dependen de las distintas ocasiones. La emoción parece estar siempre con nosotros y en cambio parece que hay una emoción para cada situación. Hay que recordar que todas y cada una son rasgos de la conducta humana y por lo tanto, se consideran respuestas humanas normales en diferentes circunstancias de la vida (Jakobson 1959; Whittaker 1974; Engle y Snellgrove 1987 y Reeve 1994).

Todos los seres humanos tenemos emociones y las hemos observado en los demás, así las personas están continuamente conscientes de su experiencia emocional, ya que, el tipo de emociones que sentimos es un factor muy importante en la conducta que adquirimos hacia los demás y en el entendimiento de nosotros mismos (Whittaker 1974; Engle y Snellgrove 1987 y Reeve 1994).

I. EMOCIONES

Para Vidales (1990) la emoción es un estado afectivo derivado inmediatamente de la percepción, sin que intervengan en su nacimiento las experiencias pasadas, ni la actividad mental.

Para Richelle y Droz (1982) por su parte, las emociones son reacciones afectivas, producidas por un acontecimiento exterior, es decir por percepciones que se sienten como agradables o desagradables, situaciones atrayentes o repulsivas, que desencadenan reacciones complejas en el interior del cuerpo.

Mientras que para Young (1979), las emociones son procesos complejos, que tienen su origen en las situaciones que una persona afronta en la vida y se manifiestan en sentimientos subjetivos.

Las reacciones emocionales implican tres aspectos: reacciones orgánicas, expresiones externas y experiencias sentidas y tienen causas múltiples, se expresan de distintas maneras, cumplen distintas funciones y tienen múltiples consecuencias en la conducta y por lo general tienen un fin (Guilford 1973 y Reeve 1994).

A. Clasificación

Las personas tienen reacciones emocionales ante los éxitos y los fracasos de la vida. Después de un éxito, las personas se sienten generalmente felices, mientras que después de un fracaso se sienten generalmente tristes o frustradas. Allport divide a las emociones en *agradables* y *desagradables*, así la persona cuya vida esté dominada por emociones desagradables es poco feliz; en cambio

quienes generalmente experimentan emociones agradables tienen una vida relativamente feliz (Engle y Snellgrove 1987; Vidales 1990 y Reeve 1994).

Es importante señalar que no obstante lo anterior, Weiner (1986), comenta que los sentimientos de felicidad y de malestar, se dan independientemente de la causa del resultado (Weiner, en Reeve 1994, p 233).

B. Funciones

- *Funciones adaptativas de la emoción:* Facilitan la adaptación del individuo a los cambios de su entorno. Robert Plutchik (en Reeve 1994) menciona que la conducta emocional tiene 8 propósitos distintos: protección, destrucción, reproducción, reintegración, afiliación, rechazo, exploración y orientación.

Todas las emociones son beneficiosas ya que son básicamente adaptativas. Cada emoción proporciona un estado de preparación único y le permite reaccionar ante una situación en concreto.

- *Funciones sociales de la emoción:* Facilitan la adaptación de las personas al entorno social. Entre las funciones sociales de la emoción tenemos que:
 - * Las expresiones emocionales comunican a los demás como nos sentimos; ya que las expresiones emocionales son mensajes potentes no verbales de comunicación y revelan nuestras emociones a los demás de forma efectiva.
 - * Las expresiones emocionales regulan la manera en que los demás reaccionan ante nosotros. La expresión emocional de una persona puede provocar reacciones conductuales (actitudes) específicas en otra persona. Esto se manifiesta de manera clara en la relación del personal de salud y el paciente infectado con el VIH.
 - * Las expresiones emocionales facilitan la interacción social, ya que a menudo éstas, son motivadas socialmente y no emocionalmente, lo que favorece a la interacción social (por ejemplo una sonrisa). Así, las expresiones emocionales influyen sobre el estado emocional del otro.
 - * El efecto positivo facilita la conducta prosocial. Cuando las personas se sienten bien, tienen mayor acceso al material positivo, suelen estar más optimistas, juzgar los acontecimientos como ligeramente

más positivos de lo habitual y actuar de acuerdo con ello, manifestándose como más amistosos, cooperativos y sociales.

C. Características

- Polaridad: Son los sentimientos contradictorios (amor-odio, alegría-tristeza), ante un mismo objeto o fenómeno que pueden ser positivos o negativos, es decir, podemos aceptarlo o rechazarlo.
- Fuerza: Es el vigor con que se manifiestan las emociones, y depende básicamente de la disposición temperamental (genética) y de la importancia que tengan para el individuo las circunstancias que originan la aparición del sentimiento, es decir, la intensidad del sentimiento y la fuerza de la vivencia.
- Profundidad: Se caracteriza por la significación que tiene el sentimiento para el individuo, así como por su estabilidad. Cuando el sentimiento es profundo, la pérdida del objeto produce grandes cambios -a veces muy duraderos- en el estado del individuo.

D. Adaptación emocional

Hay casos en que si la emoción producida por un objeto o circunstancia determinada, se repite muchas veces, el sentimiento se debilita (lo que conmovía, va dejando de conmover) y tiene lugar lo que suele llamarse *adaptación emocional*, ya que, a base de repetir la experiencia, se forma un hábito que trae como consecuencia una disminución de la impresionabilidad o la indiferencia ante aquello que hace poco producía alegría o pena, entusiasmo o miedo.

Si la aparición reiterada del objeto que origina una vivencia determinada no aporta nada nuevo, es decir, no incluye ningún factor nuevo capaz de modificar la reacción emocional, ésta, debido a la fuerza de la adaptación, será cada vez más débil a medida que se va repitiendo el fenómeno que lo suscita. Pero si este objeto entraña nuevos elementos; modifica la reacción emocional, la profundiza y la hace más firme, gracias a la experiencia emocional ya existente (Iakobson 1959).

E. Reacciones emocionales

Las emociones siempre están presentes en nuestra consciencia y se manifiestan en la mayoría de los actos humanos, varían constantemente en términos de calidad, intensidad y duración y están determinadas por la situación que rodea a cada individuo en un momento dado (Iakobson 1959; Richelle y Droz 1982; Vidales 1990 y Reeve 1994).

Los rasgos, las cualidades y peculiaridades de los sentimientos del individuo y su diferencia de los sentimientos de los demás, nos dice Iakobson (1959), se deben al carácter particular de su personalidad individual y dependen de la naturaleza de sus necesidades existenciales y su ulterior desarrollo como miembro de la sociedad, además, de que también los determina la experiencia pasada, la actitud ya establecida ante diversos fenómenos de la realidad y su anterior conducta y actuación.

Reeve (1994) comenta que así existiría la posibilidad de que hubiera tantas emociones como posibles evaluaciones de una situación; una evaluación de

pérdida lleva a la angustia (como sucede en el paciente infectado por el VIH); una evaluación de que le han mentido produce rabia; una evaluación de amenaza a la autoestima produce miedo.

1. *Descripción de algunos estados emocionales*

A continuación se mencionan las reacciones emocionales que con mayor frecuencia e intensidad presentan los pacientes infectados por el VIH o enfermos de SIDA y se mencionan aquellas que sin dejar de ser importantes se presentan con menor frecuencia:

- **Ansiedad:** Es la emoción más negativa y aversiva. Los activadores principales de la misma, son la separación, la pérdida de un ser querido, el fracaso y el dolor. La ansiedad persistente conduce a la aflicción y también a la depresión. La ansiedad es una respuesta humana normal ante enfermedades que ponen la vida en peligro y en consecuencia cabe esperarla en el paciente con VIH.
- **Depresión:** Es una de las reacciones psicológicas más frecuentes y comunes en seropositivos a tal grado que ha despertado alrededor de todos los relacionados con esta enfermedad, un clima de melancolía y desaliento.
- **Incertidumbre:** Para la mayoría de las personas seropositivas la incertidumbre es quizás el aspecto más difícil de la infección o la enfermedad, dado que ésta nunca desaparece en su totalidad y el paciente tiene que encontrar la forma para afrontarla y vivir con ella para evitar que ésta debilite su seguridad.
- **Temor:** El temor se activa por la percepción de daño o peligro extremo real. Esta reacción psicológica surge al enfatizarse la ansiedad y la depresión. Los temores a menudo están relacionados con el temor que tiene el paciente infectado a la muerte, a la pérdida de control, a la incapacidad para tomar decisiones. Así el temor se considera como una advertencia emocional de que se aproxima un daño físico o psicológico.

- **Rabia:** La ira se presenta como una reacción a un problema surgido cuando algo impide que el individuo afronte debidamente la situación, o por la frustración que produce la interrupción de la conducta dirigida hacia una meta. La rabia es la emoción potencialmente más peligrosa ya que su propósito funcional es el de destruir las barreras en el ambiente, a veces la rabia provoca destrucción y daños innecesarios.
- **Tendencias destructivas y autodestructivas:** Son productos de la negación y pueden provocar cambios externos en el ánimo del paciente, pudiendo así pasar rápidamente de un estado depresivo a una sensación de omnipotencia e incluso de agresividad. En pacientes con VIH/SIDA es común que aparezcan tendencias *destructivas* que se manifiestan en agredir a otros, romper cosas, mantener relaciones sexuales sin protección, etc. y *autodestructivas* como; aumentar la ingesta de alcohol o enervantes, tener accidentes corporales, impactos o golpes y suicidio.
- **Fantasia, egocentrismo y retraimiento:** También se puede encontrar otra gama de reacciones individuales; algunas personas se refugian en la *fantasia* y parecen estar fuera de contacto o de relación con la realidad; otros se tornan muy *introspectivos* a pesar de todos los esfuerzos por atenderlos; y algunos se *retraen* en un grado extremo.
- **Deterioro y sentimiento de impotencia:** Algunas personas con SIDA estarán limitadas en términos de algunas de sus funciones (deterioro visual o dificultades motoras), por lo que la adaptación y adecuación deben ser anticipadas para evitar la frustración y el sentimiento de impotencia que le pueden traer al paciente las limitaciones.
- **Culpa:** Se culpan a sí mismos por haber sido vulnerables a la infección, por "defraudar" a la familia, por tener determinada preferencia sexual o por la falta de aceptación a la misma.
- **Principio de realidad debilitado:** El paciente se haya confuso, no sabe con claridad qué hacer en su actual situación de vida, no sabe con que cuenta, ni

en qué orden, por lo que muchas veces se propone hacer cosas que están fuera de sus posibilidades o espera que otros hagan por él aquello que también está fuera de su alcance o de su voluntad.

- **Irritabilidad:** Suelen enojarse con gran facilidad incluso con las personas que los apoyan.
- **Autocastigo:** Se castigan aislándose de los demás o volviéndose autodestructivos.
- **Duelo:** Esta reacción emocional en la infección por VIH es imprevisible, debido a la rapidez con la cual pueden aparecer los síntomas, por lo tanto el duelo se convierte en un factor estressante crónico.
- **Emociones extremas:** Algunas personas pueden demostrar explosiones emocionales extremas; estas pueden variar desde llorar, gritar y perder el control de las posturas corporales, hasta reacciones más tranquilas como miradas perdidas, aceptación calmada, ojos vidriosos y distanciamiento.
- **Sentimientos de abandono:** También pueden presentar sentimiento de abandono que afectan a sus contactos sociales, familiares y sexuales.
- **Sorpresa:** La sorpresa es la más breve de las emociones y es la consecuencia de un hecho inesperado o la interrupción de alguna actividad en curso. Por ser de duración tan breve, la sorpresa suele convertirse rápidamente en otra emoción: angustia, coraje, frustración, etc.
- **Asco:** El asco es, relativamente hablando, una emoción compleja e implica una respuesta de huida o de rechazo ante un objeto o situación repulsiva, por lo que la persona tiende a rechazar dicha situación.
- **Otros estados emocionales (sentimientos) que se pueden presentar son:** Mal humor, aislamiento, pesar, frustración, agresividad, rebelión, terror, aprensión, alegría, interés, furia, sospecha, desprecio, burla, aborrecimiento, disgusto, repugnancia, horror, recelo, alarma, vergüenza, remordimiento, pavor, lástima, gratitud, júbilo, deleite, excitación, placer, disgusto, regocijo, afecto, cólera,

amor, preocupación, enojo, celos, felicidad, tristeza, desprecio, timidez, aceptación y anticipación (tomadas de Guilford 1973; Richelle y Droz 1982; Rozenbaum 1985; Cassutto 1987; Engle y Snellgrove 1987; Sepulveda 1989; Barré-Sinoussi 1990; Vidales 1990; GPSIDA 1992; Sherr 1992; Miller 1992; Velásquez y Gómez 1993; CONASIDA 1994 y Reeve 1994)

II. AFECTOS

Para Reeve (1994), el afecto es una parte importante del temperamento humano ya que esta relacionado directamente con la emocionalidad.

La *intensidad del afecto* es la fuerza con la que las personas suelen vivir sus emociones. Las personas de afecto intenso (o emocionalmente reactivos) viven sus emociones con fuerza y muestran inestabilidad emocional en muchas situaciones que involucran emoción, mientras que las personas de afecto estable (o emocionalmente estables), viven sus emociones no muy intensamente y muestran cambios leves en sus reacciones emocionales. La mayor parte de las personas se encuentran entre ambas dimensiones (Reeve 1994).

Típicamente los estados emocionales, nos dice Reeve, se conciben en términos de estados afectivos introspectivos, así cuando pensamos en alegría, pensamos en como nos sentimos. Según Plutchik tal introspección no es fiable ni puede ser analizada científicamente, sin embargo, sabemos que los auto-informes de los estados emocionales están sujetos al hecho de que los afectos (Jakobson 1959 y Plutchik en Reeve 1994):

- Son acontecimientos enteramente privados.

- Requieren ser asociados a un concepto lingüístico, ya que por medio del lenguaje, los hombres expresan sus sentimientos, se los comunican a los demás y conocen el mundo emocional de la gente que les rodea.
- Para poder ser estudiados (analizados), las emociones se deben estudiar como respuestas conductuales objetivas, no como estados afectivos subjetivos.

De esto se rescata que para conocer los sentimientos, es preciso darles un nombre, definirlos; sólo entonces se tiene consciencia de ellos. El simple hecho de definir un sentimiento, de incluir una vivencia en una categoría determinada, modifica en cierto modo el sentimiento que el propio individuo experimenta, ya que empieza a comprenderlo de acuerdo con lo que sabe sobre los sentimientos humanos (Jakobson 1959).

Así la palabra nos permite comunicar nuestros sentimientos a otra persona, pero la claridad de esa comunicación dependen del grado en que el propio individuo se dé cuenta de sus sentimientos, de lo bien que comprenda su mundo sentimental.

Se pueden juzgar los sentimientos de un individuo por sus palabras, cuando manifiesta abiertamente el contenido de sus emociones, o bien, por el tono con que habla del objeto que ha despertado en él los sentimientos en cuestión. Jakobson nos dice que la persona puede no darse plena cuenta de su actitud emocional ante un determinado fenómeno o persona (su simpatía, atracción, enamoramiento, hostilidad o antipatía), pero por el modo con que habla de esa persona o fenómeno, por la frecuencia con que vuelve a tratarlo en la

conversación, por las expresiones que emplea, los demás pueden juzgar su actitud, ya que aparece en él una actitud determinada frente a ese sentimiento (le produce alegría, inquietud, etc.).

III. ACTITUDES

Para Jakobson (1959), la acción y la palabra son las formas fundamentales de expresión de la emoción. En este proceso de acción recíproca con el medio, aparecen en el individuo diversas reacciones ante las influencias recibidas. Muchas de ellas, matizadas emocionalmente, tienen un carácter estable, reiterado y se convierten en formas emocionales constantes que ocupan un lugar importante en la vida del ser humano y ejercen determinada influencia sobre su actividad.

A través de nuestras experiencias en nuestro ambiente, adquirimos muchas expectativas diferentes sobre un objeto en particular. La configuración de todas las expectativas de una persona sobre un objeto forman una actitud (Doyle 1979).

A. Definición

Una actitud es la predisposición para responder favorablemente o desfavorablemente hacia una persona, objeto, situación o suceso. Cuando una persona expresa una opinión está verbalizando una actitud, así todas las personas asumen una actitud hacia todas las cosas. Entonces la actitud se refiere a la persistente disposición a reaccionar ante una situación de una determinada manera. (Engle y Snellgrove 1987)

Para Guilford (1973) las actitudes son disposiciones muy complejas para aceptar o rechazar, favorecer o desfavorecer a una persona, una institución, una proposición o un aspecto social. La tendencia positiva o negativa es aparente en cada actitud ya que estamos a favor o en contra de algo de manera consciente o inconsciente, verbalizada o no, activa o inactiva.

Morales (1994) comenta que la actitud, en sí misma, no es directamente observable; es latente y ha de ser inferida de ciertas respuestas mensurables y que refleja -en última instancia-, una evaluación global positiva o negativa del objeto de la actitud.

B. Rasgos importantes

- Las actitudes están generalmente asociadas a imágenes, ideas u objetos externos de la atención.
- Las actitudes expresan una dirección: Se caracterizan por implicar acercamiento o alejamiento, gusto o disgusto, reacciones favorables o desfavorables y como éstas están dirigidas a situaciones específicas o generalizadas.
- Las actitudes están vinculadas con sentimientos y emociones; asociaciones de agrado o desagrado respecto de un objeto o situación intervienen en las actitudes.

C. Dimensiones

- Posición: Es el grado de expectativa de agrado o desagrado asociada con el objeto.
- Intensidad: Es la fuerza de la expectativa afectiva.
- Especificidad del concepto: Actitud determinada hacia un objeto en particular.
- Grado de diferenciación: Se refiere a cuantas creencias y conceptos están asociados con el objeto.
- Opinión: Es la expresión verbal de una actitud.

D. Factores determinantes

- Todas las actitudes se expresan como reacciones afectivas, provocadas por las personas y las situaciones.
- El significado que tiene una situación para el individuo depende menos de sus factores reales u objetivos, que de la forma en que parece ante él y de la impresión que le produce, o sea, de la actitud que el individuo asume ante la situación.
- Las actitudes se *desarrollan*. Unas veces el origen se ve claramente, pero otras veces está incrustado tan profundamente en relaciones anteriores, que se requiere un gran esfuerzo y mucha habilidad para comprender el "tema" total.
- Las actitudes son creadas por las *actitudes de los demás*, que influyen en ellas y pueden modificarlas, favorablemente o desfavorablemente; estas son, por consiguiente, determinantes esenciales del desarrollo de la personalidad y de la conducta.

Las actitudes son entonces, tendencias reactivas específicas o generalizadas, que influyen sobre la interpretación de nuevas situaciones y la respuesta frente a éstas. Son hábitos internos, en su mayor parte inconscientes originadas por valores introyectados, juicios y prejuicios, que indican las tendencias reales de la conducta manifiesta, mejor que las expresiones verbalizadas y gran parte de nuestra conducta social esta determinada por nuestras actitudes (Young 1967 y Whittaker 1974)

Las reacciones emocionales del ser humano frente al mundo que le rodea, ponen de manifiesto lo que es inherente al individuo; como su personalidad; su concepción del mundo; sus gustos; aspiraciones; etc. Los objetos y los fenómenos del medio circundante influyen sobre el individuo a lo largo de toda su vida y suscitan en él vivas reacciones.

CAPITULO V

METODOLOGIA

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El personal de salud de la Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA, A.C. (al igual que todo aquel profesional que atiende pacientes infectados con el VIH) tiene un papel muy importante en la lucha contra el SIDA y por lo tanto, se enfrenta en su experiencia diaria con una problemática física y emocional difícil al trabajar con pacientes afectados por este padecimiento, lo que le lleva a almacenar un cúmulo de emociones, afectos y actitudes (reacciones emocionales) que se expresan tanto en su trabajo como en su vida diaria.

Las reacciones que cada integrante del personal de salud presenta, aún cuando son elementos importantes para la adecuada relación del equipo de salud (médicos, psicólogos, odontólogos y enfermeras) y el paciente, no han recibido la debida atención, porque para todos, lo que interesa es la salud del paciente, olvidándose de que al igual que éste, el personal de salud está viviendo la infección y el deterioro de la salud de sus pacientes.

Con base en lo anterior, se planteó la siguiente interrogante:

¿El personal de salud presenta reacciones emocionales como consecuencia del trato directo con pacientes infectados por el VIH o enfermos de SIDA?

II. OBJETIVO

Identificar las reacciones emocionales que presenta el personal de salud que atiende a pacientes infectados de VIH o enfermos de SIDA en la FMLS.

III. HIPOTESIS

Toda persona que padece una enfermedad seria o mortal, despierta en los demás reacciones emocionales. Los que tienen un mayor contacto con el paciente, manifiestan con mayor intensidad dichas reacciones emocionales. El personal de salud tiene un trato directo y un continuo contacto con los pacientes infectados y con mayor razón está expuesto a experimentar emociones, que se manifiestan a través de sus actitudes.

IV. DEFINICIÓN DE VARIABLES

A. Clasificación de variables

Variable independiente: Personal de salud.

Variable dependiente: Reacciones emocionales del personal de salud ante los pacientes infectados por el VIH o enfermos de SIDA.

B. Definición conceptual de variables

Personal de salud: Es un conjunto multidisciplinario constituido por médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, odontólogos, técnicos de laboratorio y de los bancos de sangre, químicos, personal mortuario, etc., cuyo

trabajo signifique contacto con pacientes, su sangre u otros líquidos orgánicos corporales o con cadáveres (Sepulveda, 1989).

Reacciones emocionales: Reacciones afectivas, producidas por un acontecimiento exterior, es decir, por percepciones que se sienten como agradables o desagradables (Richelle y Droz, 1982).

Pacientes infectados: Personas en tratamiento por tener un agente infeccioso en el organismo (Sepulveda, 1989).

VIH: Con estas siglas se conoce al Virus de la Inmunodeficiencia Humana, es un agente infeccioso que afecta a las células del sistema inmunológico provocando que bajen las defensas del organismo y como consecuencia de ello después de un largo periodo, provoca el SIDA (CONASIDA, s.a.).

Enfermo: Persona que padece una enfermedad (Pequeño Larousse Ilustrado, 1981).

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es un conjunto de signos y síntomas que manifiestan la adquisición de una deficiencia en el sistema de defensas del organismo, quedando el mismo expuesto a diferentes tipos de infecciones oportunistas y cánceres" (SSA, 1988).

C. Definición operacional de variables

Reacciones emocionales: Manifestaciones tales como sentimientos, afectos y actitudes del personal de salud como producto de su trabajo diario con los pacientes con VIH/SIDA, que se obtendrán a través de la aplicación de un cuestionario aplicado en forma individual al personal de salud.

V. SUJETOS

Participaron 20 personas del equipo de salud de la F.M.L.S., de ambos sexos, solteros y casados, de 23 a 47 años de edad, con diferentes preferencias sexuales y grado escolar, cuyo tiempo de laborar en la institución va de 10 meses hasta 8 años, los cuales se distribuyen de la siguiente manera: 10 psicólogos, 6 médicos (de diversas especialidades), 2 odontólogos y 2 enfermeras.

VI. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio cae dentro de varias clasificaciones siendo así un estudio:

Ex post facto: Porque no hay control directo sobre las variables puesto que ya acontecieron sus manifestaciones y por lo tanto no pueden manipularse.

Exploratorio: Porque como es una primera aproximación al fenómeno de estudio de la presente tesis, nos permite reunir la información necesaria para conocer el estado actual de esta investigación.

De campo: Porque se efectúa en el medio natural de los individuos, es decir, dentro de las instalaciones de la FMLS o sea, en el lugar donde laboran.

Descriptivo: Porque sólo se señala si aparece o no la variable estudiada.

VII. ESCENARIO

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

VIII. INSTRUMENTO

La elaboración del cuestionario tuvo el siguiente procedimiento:

- Como no se podía llegar y preguntar de forma rotunda al personal de salud ¿Qué reacciones emocionales presenta al trabajar con los pacientes infectados?, se decidió emplear un cuestionario expofeso que nos indicara de forma clara dichas reacciones.
- El cuestionario partiría de lo general a lo específico tratando con ello de que los diversos profesionales de la salud se sintieran cómodos al no ver comprometida sus emociones en primera instancia. Así el cuestionario se estructuró en las tres dimensiones siguientes:
 - * *Conocimientos generales* acerca del VIH y su desarrollo a SIDA, así como el tratamiento y las ideas del personal de salud acerca del contagio del VIH.
 - * *Información profesional y del paciente*: Se refiere al número de horas, tipo de pacientes y el tiempo que tiene el personal de salud de trabajar con los pacientes infectados de VIH, así como los objetivos que tienen con respecto a este trabajo en su profesión.
 - * *Psicológico (reacciones emocionales)*: Son las emociones, afectos y actitudes del personal de salud como respuesta al trabajo diario con el paciente infectado.
- Lo anterior se realizó para permitir que el personal de salud se fuera sensibilizando a lo largo de la entrevista y exteriorizara al final de ésta las reacciones emocionales que verdaderamente le origina el trato diario con los pacientes infectados.
- A partir de las dimensiones antes mencionadas se crearon 40 preguntas que al someterlas a jueces, se incrementaron a 46, quedando de acuerdo en que eran las necesarias para cubrir el objetivo.

- Como los sujetos de estudio eran todo el personal de salud de la institución, sólo se sometió el cuestionario al análisis y opinión del Director de la FMLS, el cual aprobó, sugiriendo algunas modificaciones mínimas en cuanto a redacción y lugar de las preguntas.
- Así quedó estructurado el cuestionario distribuyendo las preguntas de la siguiente manera:
 - * *Información general:* 1-9, 34 y 42
 - * *Información profesional y del paciente:* 10-13, 15-18, 20, 23-25 y 30-32
 - * *Reacciones emocionales:* 14, 19, 21, 22, 26-29, 33, 35-41 y 43-46
- Se acordó que de ésta última dimensión se tomarían para el análisis estadístico, las siguientes preguntas como ítems clave: **27, 29, 36, 37, 40, 43, 44, 45 y 46** ya que dichas preguntas se enfocan en las reacciones emocionales del personal de salud. Así como el ítem No. 4 para saber en que etapa de infección se encuentran los pacientes que atienden.
- Se anexó a este cuestionario una cédula de datos generales. Con esto el cuestionario quedó estructurado para su aplicación (Ver anexo 1).

IX. PROCEDIMIENTO

Los cuestionarios fueron aplicados en forma individual dentro de las instalaciones de la Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA, A.C. y se procedió de la siguiente manera:

- Se solicitó a cada profesional su participación explicándole el motivo (la realización de la tesis) y se le pedían unos minutos (30 min. aprox.)
- Se procuró en la mayoría de los casos estar en condiciones confortables y sin interrupciones.

- El desarrollo de la entrevista comenzaba siempre por los datos generales y en todos los casos se grabó, a fin de que no se perdieran detalles importantes de las respuestas dadas por los profesionales de la salud.
- Una vez obtenidas las respuestas de todos y cada uno de ellos, tuvieron el siguiente procesamiento para su codificación:
 - * Como todas las entrevistas fueron grabadas, lo primero que se hizo fue reproducir cada una de ellas.
 - * Ya teniendo todos los cuestionarios transcritos, se procedió a resaltar de cada respuesta los datos que contestaran la pregunta planteada.
 - * Posteriormente se sacaron las respuestas que se presentaron con mayor frecuencia.
 - * Ya con las respuestas frecuentes se realizó por jueces la unificación de las mismas a fin de que quedaran como reactivos en un cuestionario estructurado para facilitar la codificación.
 - * Finalmente quedó integrado el cuestionario estructurado (Ver anexo 2). Se sacaron 20 copias del mismo.
 - * En cada copia se señalaron las respuestas dadas por cada uno de los integrantes del personal de salud..
 - * Con todos los cuestionarios contestados se procedió a vaciar las respuestas a una hoja de tabulaciones, para ya con esto someter dichas respuestas al análisis descriptivo (Ver anexo 3).

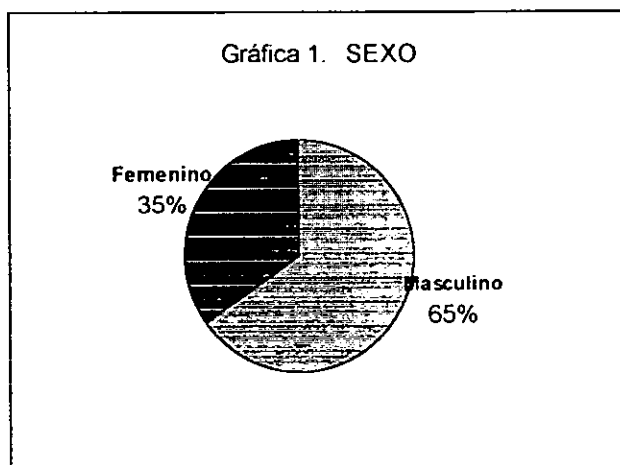
En el anexo 3 se presentan los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario; exponiendo los mismos por dimensiones, primero los que se refieren a los conocimientos generales del padecimiento y su tratamiento, después la información profesional y del paciente, así como los objetivos y finalmente se presentan aquellos que nos indican las distintas reacciones emocionales. En estos últimos se resaltan los ítems que previamente se seleccionaron para realizar el análisis y obtener conclusiones.

CAPITULO VI

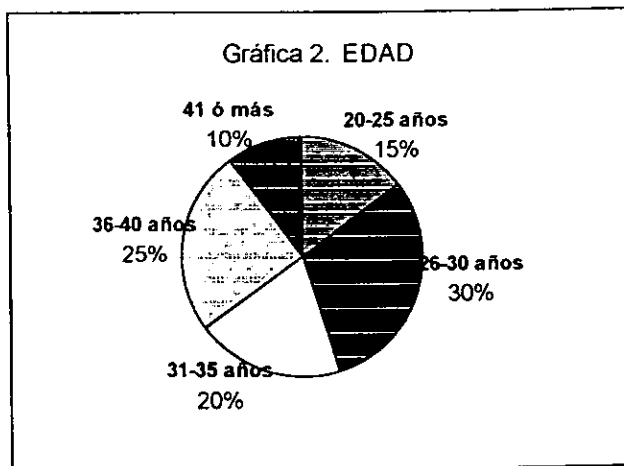
RESULTADOS

I. DATOS GENERALES

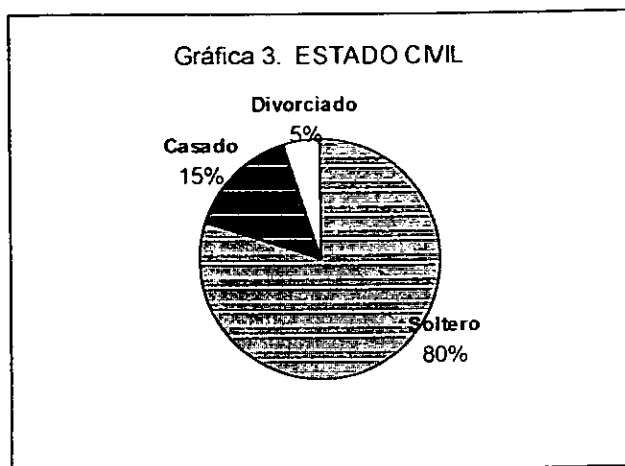
A continuación se presentan gráficamente los datos generales para poder apreciar las características del personal de salud que atiende a los pacientes infectados por el VIH o enfermos de SIDA en la FMLS.



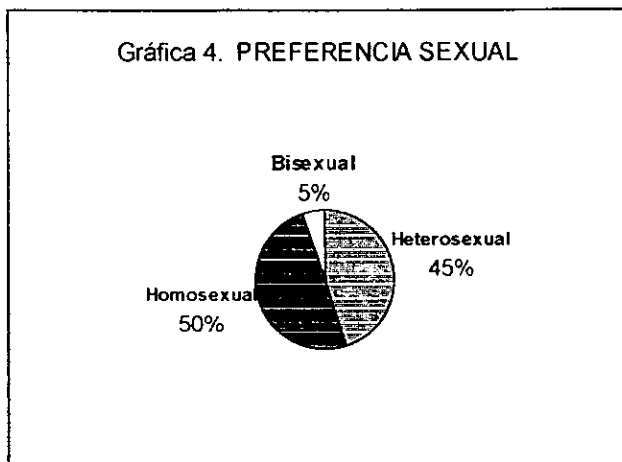
En la gráfica No. 1 se observa que el 65% de los integrantes del personal de salud son hombres y que sólo el 35% son mujeres, por lo tanto, por cada mujer que presta sus servicios en la institución hay 2 hombres.



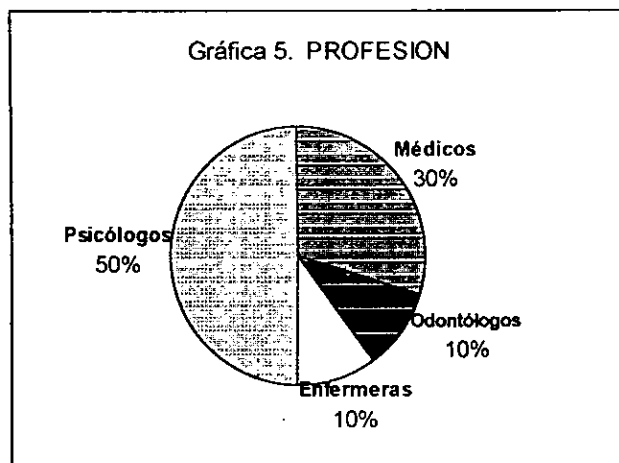
La gráfica No. 2 nos muestra las edades del personal de salud las cuales oscilan entre los 20 y los 40 años, sin embargo, se puede apreciar que los mayores porcentajes se concentran entre los 26 y los 30 años con el 30%, entre los 36 y 40 años con un 25% y entre los 31 y 35 años con el 20% y que en los extremos están los que tienen más de 41 años y los que están entre los 20 y 25 años, con el 10% y 15% respectivamente.



La gráfica No. 3 presenta el estado civil del personal de salud donde tenemos que de los 20 integrantes del mismo; 16 son solteros (o sea el 80%), 3 son casados (el 15%) y una persona es divorciada (el 5%), así tenemos que por cada persona casada o divorciada que hay en el personal de salud son cuatro los que permanecen solteros.

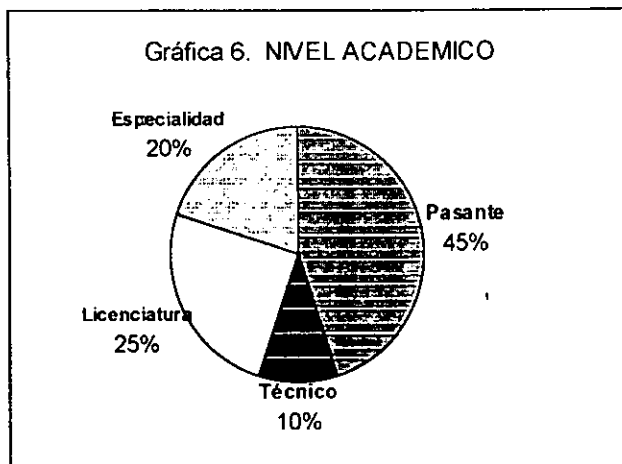


En la gráfica No. 4 se observa que el 45% de los integrantes de salud tienen como preferencia sexual la heterosexual, el 5% es bisexual y el resto 45% es de preferencia homosexual, aquí se aprecia que por cada heterosexual hay uno que es homosexual.



En cuanto a las distintas profesiones que tiene el personal de salud que labora en la FMLS, la gráfica No. 5 nos muestra que de los 20 integrantes del equipo de salud, 10 son psicólogos (o sea el 50%) y el otro 50% lo constituye el equipo médico, distribuido de la siguiente manera; un 30% son médicos con diversas especialidades, un 10% son odontólogos y el resto 10% son enfermeras. Por cada integrante del equipo médico (médicos, odontólogos y enfermeras), hay 1 psicólogo.

Respecto al nivel académico, en la gráfica No. 6 se puede advertir que de los 20 integrantes del personal la mitad de ellos cuentan ya con alguna especialidad (20%), con licenciatura (el 25%) y en nivel técnico (un 10%) y que el resto son pasantes (un 45%). Así que hay una proporción de 1 a 1 entre los que están titulados a nivel técnico o profesional y los pasantes (la mayoría de estos terminaron los créditos pero no se han titulado).



Finalmente en la gráfica No. 7 se observa que sólo el 30% del personal de salud, asiste a algún tipo de terapia y el resto, 70% no, así que de los 20 integrantes del equipo de salud, 6 son los que se hallan en psicoterapia.

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

Las características del personal de salud obtenidas de los datos generales son las siguientes: Existe una proporción mayor de hombres que de mujeres prestando su servicio en la institución; los cuales se agrupan principalmente entre los 25 y los 40 años de edad; el estado civil de la mayoría es soltero aunque también hay casados y divorciados; la preferencia sexual es heterosexual y homosexual en el mismo porcentaje; también tenemos que la mitad de ellos son psicólogos y el resto forman el equipo médico (médicos, odontólogos y enfermeras); que tienen un nivel académico desde pasantes, técnicos, profesionales y con alguna especialidad; finalmente tenemos que muy pocos son los que asisten a terapia emocional, lo cual resulta interesante, dado el trabajo desgastante en el que están involucrados.

II. REACCIONES EMOCIONALES

A continuación se exponen los resultados de los ítems que determinamos como clave para realizar el análisis de las reacciones emocionales que presenta el personal de salud, los ítems a analizar son como recordaremos; el 4, 27, 29, 36, 37, 40, 43, 44, 45 y 46, los cuales se exponen a través de frecuencias y porcentajes.

Tabla No. 1

Variable	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Pacientes que tiene en tratamiento con base en las etapas de infección. (item No. 4)	Sólo de 1ª vez y asintomáticos	1	5
	Desde 1ª vez hasta con C.R.S.	5	25
	Desde 1ª vez hasta con SIDA	3	15
	Desde asintomáticos hasta terminales	5	25
	Sólo con C.R.S. y con SIDA	1	5
	Sólo pacientes terminales	2	10
	En todas las etapas	3	15

La tabla No. 1 describe de manera explícita las etapas en las que se encuentran los pacientes que atiende el personal de salud. Se advierte que dicho personal no se dedica al cuidado de algún tipo de paciente en particular, sino que atiende de acuerdo a la demanda de los mismos, no obstante, aunque el cuidado no es específico, sí se centra en la atención de algunas etapas, así podemos ver que el 5% se dedica a la atención de los pacientes de 1ª vez y asintomáticos, un 25% agrega a éstos; los que tienen CRS, el 15% trata desde los de 1ª vez hasta los que tienen SIDA, un 25% ya no trata pacientes de 1ª vez y se dedica a brindar atención desde los que están en fase asintomática hasta los enfermos terminales. A partir de aquí, los porcentajes disminuyen ya que sólo el 5% se dedica a la atención de los pacientes con síntomas (con CRS y SIDA) y un 10% sólo se concentra en la atención de los pacientes terminales. Finalmente un 15% comenta que trata a pacientes en todas las etapas de la infección del virus.

Tabla No. 2

Variable	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
¿Cuál es el sentimiento que prevalece, cuando atiende a una persona infectada? (ítem No. 27)	Tristeza	4	20
	Satisfacción	1	5
	Comprensión	3	15
	Impotencia	1	5
	De ayuda	7	35
	Paternalista	1	5
	Ambivalencia	3	15

La tabla No. 2 presenta los sentimientos que el personal de salud manifestó que le generaba por sí sólo el paciente infectado por el VIH, el 35% dijo que era el sentimiento de querer ayudarlo, el 20% expresó que principalmente le

produce tristeza, un 15% dijo tener sentimientos ambivalentes (tanto favorables como desfavorables) y otro 15% manifestó comprensión, finalmente con un 5% cada uno, están aquellos que afirmaron que el atender al paciente infectado les produce satisfacción, impotencia y un sentimientos paternalista.

Tabla No. 3

Variable	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
¿Que paciente le genera mayor ansiedad? (item No. 29)	Los que tienen mucha carga emocional	5	25
	Los pacientes con síntomas y terminales	6	30
	El preocupado sano	2	10
	Ninguno	2	10
	Los niños	1	5
	Los que no tienen servicio médico	1	5
	Los que tienen problemas psiquiátricos	2	10
	Los que creen que tu tienes que hacer todo	1	5

En la tabla No. 3 se puede observar que los pacientes que principalmente generan ansiedad en el personal de salud, son aquellos que ya presentan sintomatología o están en fase terminal (30%) y los que tienen mucha carga emocional (25%), hay quien manifestó que le generaba ansiedad el preocupado sano¹⁰ (10%) y otro 10% dijo que no había paciente que le generara ansiedad. Un 5% expresó que era atender a los niños infectados y a un 10% les angustian los pacientes psiquiátricos. Es importante señalar que parte del personal de salud exteriorizó que eran otro tipo de circunstancias, más que algún tipo de paciente, lo que les generaba ansiedad; los que no tienen servicio médico, que son de

¹⁰ El preocupado sano es una persona que por diversas razones percibe que está en peligro y se encuentra realmente preocupada y angustiada porque tiene la inquietud de desarrollar SIDA, pero se encuentra bien de salud, o sea físicamente sana. Generalmente es una persona que tiene un concepto erróneo de los riesgos de infección y transmisión del VIH, pero que sin embargo esta padeciendo emocionalmente.

bajos recursos y aquellos que creen que el profesional tiene que hacer todo por ellos, con un 5% cada uno.

Tabla No. 4

Variable	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
¿Qué sentimientos le provoca el tema de la muerte? (item No. 36)	Tristeza	6	30
	Olor	1	5
	Alivio	1	5
	Miedo	4	20
	Angustia	1	5
	Interés	1	5
	Duda	1	5
Ninguno	5	25	

La tabla No. 4 muestra los sentimientos que le provoca al personal de salud el tema de la muerte, podemos observar que al 30% le genera tristeza y al 20% miedo y que comparten un 5% aquellos que expresan que el tema de la muerte les produce dolor, alivio, angustia y duda, finalmente una proporción importante (el 25%) manifestó que este tema no le generaba ningún sentimiento.

Tabla No. 5

Variable	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
¿Qué siente al estar involucrado con personas que viven con la amenaza de muerte? (item No. 37)	Sentimientos favorables	4	20
	Sentimientos desfavorables	8	40
	No me afecta	7	35
	Depende de la persona	1	5

En la tabla No. 5 se observa que el estar involucrado con estas personas, genera en el 20% del personal de salud, sentimientos favorables tales como; esperanza, bienestar, compromiso, tranquilidad y fortaleza, mientras que para el

40% lo que les provoca son sentimientos desfavorables como; cansancio, tensión, impotencia, tristeza, angustia, coraje, dolor e inseguridad. Hay quienes manifiestan en un porcentaje importante, que esta relación no les afecta (un 35%) y un 5% dijo que el sentimiento depende de la persona que tenga enfrente.

Tabla No. 6

Variable	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
¿Se ha modificado su vida desde que atiende este tipo de pacientes?	Si	17	85
	No	3	15
(ítem No. 40)	Valoras más tu vida	7	41.18
	Tengo una mayor sensibilidad	2	11.77
	He modificado conductas (prevención)	4	23.52
	Me ha ayudado a manejar mi sexualidad	2	11.77
De qué manera	En mi visión de la vida y la muerte	1	5.88
	Mayor conocimiento de la enfermedad	1	5.88

La tabla No 6. nos muestra de forma clara algunas de las actitudes que adquirió el personal de salud a partir del trabajo con los pacientes infectados de VIH/SIDA. Se observa en esta tabla, que de los 20 integrantes del personal de salud, 17 (el 85%) afirman que su vida se modificó desde que atiende a estos pacientes y sólo 3 (un 15%) dicen que no se ha modificado. Del 85% que ha modificado su vida; casi la mitad, el 41.18 % manifiesta que aprendió a darle más valor a su propia vida; el 23.52% comenta que ha modificado conductas, básicamente dirigidas a la prevención de la infección; coinciden con el 11.77% aquellos que aseguran que tienen una mayor sensibilidad y los que declaran que esta actividad les ha ayudado a manejar su sexualidad (los de preferencia homosexual); un 5.88% expresa que cambió su visión de la vida y la muerte y un 5.88% dice haber adquirido un mayor conocimiento de la enfermedad.

Tabla No. 7

Variable	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
¿Cuáles son sus principales reacciones emocionales ante el paciente infectado? (item No. 43)	Tristeza	2	10
	Compasión	1	5
	Coraje	2	10
	Satisfacción	2	10
	Impotencia	3	15
	De ayuda	3	15
	Ambivalencia	5	25
	Depende de la persona	1	5
	Ninguno	1	5

Las principales reacciones emocionales que presenta el personal de salud ante el paciente con VIH/SIDA se presentan en la tabla No. 7 y son ambivalencia con un 25%, le siguen la impotencia y el deseo de apoyo con un 15%, así como la tristeza, el coraje y la satisfacción con un 10% cada uno, finalmente con 5% tenemos a quien manifestó compasión, el que expresó que dependía de la persona y quien dijo que no tenía ninguna reacción emocional ante el paciente.

Tabla No. 8

Variable	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
¿Cuáles son sus principales miedos? (item No. 44)	Ninguno	4	20
	Que yo o mi familia nos infectemos	6	30
	No poder ayudar al paciente	8	40
	Que no se cuide el paciente	1	5
	El morir aterrado o insatisfecho	1	5

La tabla No. 8 presenta los aspectos que les generan mas miedo al personal de salud, como podemos observar, se centran en dos aspectos importantes; que el profesional o su familia se puedan infectar (30%) y que no pueda ayudar al paciente (40%), comparten el 5% quienes tienen miedo de que el

paciente no se cuide y el temor del propio profesional de morir aterrado o insatisfecho, finalmente una quinta parte del personal de salud (el 20%) dijo que no tenía ningún miedo.

Tabla No. 9

Variable	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
¿Que le despierta mayor ansiedad? (item No. 45)	Nada	3	15
	No poder ayudar al paciente	4	20
	Que el paciente no haga nada para salir adelante	3	15
	El dolor	2	10
	Mi impotencia ante la agudeza emocional	3	15
	Que se expongan a la infección conscientemente	2	10
	Mi relación de pareja	1	5
	Que me pueda pasar lo mismo	1	5
	La soledad en que viven los pacientes	1	5

La tabla No. 9 nos presenta los aspectos que generan ansiedad en el personal de salud respecto al paciente; se puede observar que estos son diversos y con porcentajes bajos; un 20% dice que le genera ansiedad el que no pueda ayudar al paciente, comparten un 15% quienes manifiestan que les produce este sentimiento el que el paciente no haga nada para salir adelante y aquellos que expresan que les origina ansiedad su propia impotencia ante la agudeza de la problemática emocional del paciente. Por otro lado, el 10% expuso que es el dolor con que viven los pacientes y otro 10% declaró que la ansiedad se presenta cuando tratan con una persona que se expone conscientemente a la infección, coinciden con un 5% aquellos que mencionan que les produce ansiedad la relación de pareja que mantienen en la actualidad; los que temen que les pase lo mismo (que se infecten) y los que les afecta la soledad en que viven los

pacientes. Finalmente un 15% manifestaron que nada les originaba este sentimiento.

Tabla No. 10

Variable	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
¿Qué le proporciona mayor satisfacción? (item No. 46)	Verlos acabados y que se recuperen	4	20
	Que la persona maneje sus problemas	5	25
	La gente motivada a seguir adelante	3	15
	El trabajo con los pacientes infectados	3	15
	Los reforzadores profesionales	2	10
	Todo lo que me da la vida	1	5
	La sonrisa de los pacientes	1	5
	Cuando los veo en la calle y no me saludan	1	5

La tabla No. 10 muestra los aspectos que les generan satisfacciones al personal de salud, un 25% manifestó que le produce satisfacción el que la persona aprenda a manejar sus propios problemas, un 20% expresó que les satisface ver la recuperación del paciente cuando éste ya estaba acabado, con un 15% coinciden aquellos que comentan que les agrada la gente motivada a seguir adelante y el propio trabajo con los pacientes infectados, un 10% nos dice que los reforzadores profesionales que le brindan las personas es lo que más le complace y un 5% expresa que es todo lo que le da la vida; otro 5% manifiesta que le provoca mucha satisfacción ver sonreír a sus pacientes y el 5% restante mencionó que cuando ve a sus pacientes en la calle y no lo saludan, es lo que más le agrada.

III. REACCIONES EMOCIONALES POR PROFESION

A continuación se presentan las mismas tablas anteriores, pero divididas por profesión a fin de informar por separado las respuestas que nos dieron los psicólogos, los médicos, los odontólogos y las enfermeras.

TABLA NO. 1
PACIENTES QUE TIENE EN TRATAMIENTO CON BASE EN LAS ETAPAS DE INFECCION

Etapa	Psicólogo	Médico	Odontólogo	Enfermera	Total
Sólo de 1ª vez y asintomáticos	1	0	0	0	1
Desde 1ª vez hasta con C.R.S.	4	0	1	0	5
Desde 1ª vez hasta con SIDA	2	1	0	0	3
Desde asintomáticos hasta terminales	1	4	0	0	5
Sólo con C.R.S. y con SIDA	0	0	0	1	1
Sólo pacientes terminales	0	1	0	1	2
En todas las etapas	2	0	1	0	3

TABLA NO. 2
¿CUAL ES EL SENTIMIENTO QUE PREVALECE CUANDO ATIENDE A UNA PERSONA INFECTADA?:

Sentimiento	Psicólogo	Médico	Odontólogo	Enfermera	Total
Tristeza	0	3	0	1	4
Satisfacción	1	0	0	0	1
Comprensión	3	0	0	0	3
Impotencia	0	0	1	0	1
De ayuda	3	2	1	1	7
Paternalista	0	1	0	0	1
Ambivalencia	3	0	0	0	3

TABLA No. 3
¿QUE PACIENTE LE GENERA MAYOR ANSIEDAD?

Sentimiento	Psicólogo	Médico	Odontólogo	Enfermera	Total
Los que tienen mucha carga emocional	3	2	0	0	5
Los pacientes con síntomas y terminales	2	2	0	2	6
El preocupado sano	2	0	0	0	2
Ninguno	0	0	2	0	2
Los niños	0	1	0	0	1
Los que no tienen servicio médico	0	1	0	0	1
Los que tienen problema psiquiátrico	2	0	0	0	2
Los que creen que tú tienes que hacer todo	1	0	0	0	1

TABLA No. 4
¿QUE SENTIMIENTOS LE PROVOCA EL TEMA DE LA MUERTE?

Sentimiento	Psicólogo	Médico	Odontólogo	Enfermera	Total
Tristeza	5	1	0	0	6
Dolor	0	0	0	1	1
Alivio	0	0	0	1	1
Miedo	4	0	0	0	4
Angustia	1	0	0	0	1
Interés	0	1	0	0	1
Duda	0	1	0	0	1
Ninguno	0	3	2	0	5

TABLA No. 5
¿QUE SIENTE AL ESTAR INVOLUCRADO CON PERSONAS QUE VIVEN CON LA AMENAZA DE MUERTE?

Sentimiento	Psicólogo	Médico	Odontólogo	Enfermera	Total
Sentimientos favorables	4	0	0	0	4
Sentimientos desfavorables	3	4	0	1	8
Ninguno	2	2	2	1	7
Depende de la persona	1	0	0	0	1

TABLA No. 6

¿SE HA MODIFICADO SU VIDA DESDE QUE ATIENDE ESTE TIPO DE PACIENTES?

Sentimiento	Psicólogo	Médico	Odontólogo	Enfermera	Total
Si	10	4	1	2	17
No	0	2	1	0	3

DE QUE MANERA

Valoras más tu vida	4	2	1	0	7
Tengo una mayor sensibilidad	1	1	0	0	2
He modificado conductas	2	0	0	2	4
Me ha ayudado a manejar mi sexualidad	2	0	0	0	2
En mi visión de la vida y la muerte	1	0	0	0	1
Mayor conocimiento de la enfermedad	0	1	0	0	1

TABLA No. 7

¿CUALES SON SUS PRINCIPALES REACCIONES EMOCIONALES ANTE EL PACIENTE INFECTADO?

Sentimiento	Psicólogo	Médico	Odontólogo	Enfermera	Total
Tristeza	1	0	0	1	2
Compasión	0	1	0	0	1
Coraje	1	1	0	0	2
Satisfacción	1	1	0	0	2
Impotencia	1	0	1	1	3
De ayuda	1	1	1	0	3
Ambivalencia	3	2	0	0	5
Depende de la persona	1	0	0	0	1
Ninguno	1	0	0	0	1

TABLA No. 8
¿CUALES SON SUS PRINCIPALES MIEDOS?

Sentimiento	Psicólogo	Médico	Odontólogo	Enfermera	Total
Ninguno	0	2	1	1	4
Que yo o mi familia nos infectemos	4	1	1	0	6
No poder ayudar al paciente	4	3	0	1	8
Que no se cuide el paciente	1	0	0	0	1
El morir aterrado o insatisfecho	1	0	0	0	1

TABLA No. 9
¿QUE LE DESPIERTA MAYOR ANSIEDAD?

Sentimiento	Psicólogo	Médico	Odontólogo	Enfermera	Total
Nada	1	1	1	0	3
No poder ayudar al paciente	0	2	0	2	4
Que el paciente no haga nada para salir	2	1	0	0	3
El dolor	1	0	1	0	2
Mi impotencia ante la agudeza emocional	3	0	0	0	3
Que se expongan a la infección consciente	1	1	0	0	2
Mi relación de pareja	1	0	0	0	1
Que me pueda pasar lo mismo	0	1	0	0	1
La soledad en que viven los pacientes	1	0	0	0	1

TABLA No. 10
¿QUE LE PROPORCIONA MAYOR SATISFACCION?

Sentimiento	Psicólogo	Médico	Odontólogo	Enfermera	Total
Verlos acabados y que se recuperen	0	2	0	2	4
Que la persona maneje sus problemas	4	1	0	0	5
La gente motivada a seguir adelante	2	0	1	0	3
El trabajo con los pacientes infectados	1	1	1	0	3
Los reforzadores profesionales	2	0	0	0	2
Todo lo que me da la vida	1	0	0	0	1
La sonrisa de los pacientes	0	1	0	0	1
Cuando los veo en la calle y no me saludan	0	1	0	0	1

TABLA A
REACCIONES EMOCIONALES DESFAVORABLES

Sentimiento	Psicólogo	Médico	Odontólogo	Enfermera	Total
Tristeza	6	4	0	2	12
Ambivalencia	6	2	0	0	8
Impotencia	1	0	2	1	4
Miedo	4	0	0	0	4
Coraje	1	1	0	0	2
Dolor	0	0	0	1	1
Angustia	1	0	0	0	1
Duda	0	1	0	0	1

TABLA B
REACCIONES EMOCIONALES FAVORABLES

Sentimiento	Psicólogo	Médico	Odontólogo	Enfermera	Total
Satisfacción	2	1	0	0	3
Comprensión	3	0	0	0	3
Alivio	0	0	0	1	1
Compasión	0	1	0	0	1

TABLA C
ACTITUDES

Sentimiento	Psicólogo	Médico	Odontólogo	Enfermera	Total
De ayuda	4	3	2	1	10
Interés	0	1	0	0	1
Paternalismo	0	1	0	0	1

TABLA D
NINGUNO

	Psicólogo	Médico	Odontólogo	Enfermera	Total
Ninguno	3	5	4	1	13

IV. ANALISIS DE RESULTADOS

Con base en los resultados antes presentados se elaboró el siguiente análisis:

A nivel general, el personal tiene las siguientes características; existe una proporción mayor de hombres que de mujeres prestando su servicio en la institución y que de éstos hombres (13 en total) el 80% son psicólogos, sin título (todos pasantes), solteros, de preferencia sexual homosexual, de los cuales muy pocos asisten a terapia emocional, lo cual resulta interesante dado el trabajo desgastante en el que están involucrados.

Tabla 1. Pacientes que tiene en tratamiento con base en las etapas de infección

El personal de salud que labora en la FMLS, proporciona atención a toda persona que llega a solicitar el servicio a la institución, independientemente de su etapa de infección; así se interesa, tanto en la persona que acude por primera vez

a solicitar información o a hacerse la prueba de detección de anticuerpos del VIH, como en los pacientes que llegan con el resultado positivo pero que todavía no tienen síntomas, así como en los que ya presentan alguna sintomatología (LGP, CRS, SIDA) y en los pacientes terminales.

Es importante conocer en qué etapa de infección se encuentran las personas que acuden a solicitar el servicio ya que dependiendo de ésta, es la intensidad del impacto emocional en las personas que le rodean (en nuestro caso el personal de salud), ya que no es lo mismo atender a una persona que apenas acude a solicitar información, que atender a una persona, que por la cantidad de padecimientos, ya no puede salir de su casa, y eso sólo hablando de lo físico. Así igual influye el impacto emocional que deja por si solo, la presencia del SIDA en la vida de todo ser humano, en las reacciones emocionales y actitudes de la gente que se relaciona con estos pacientes.

Tabla 2 y 7. Principales reacciones emocionales ante el paciente infectado.

Respecto a los sentimientos que el personal de salud manifestó que le produce el paciente infectado son en general; comprensión; paternalismo (o la necesidad de querer proteger al paciente); angustia; coraje; compasión y con mayor frecuencia; impotencia; apoyo (o un sentimiento de querer ayudar al paciente); tristeza; satisfacción; y ambivalencia (entre sentimientos positivos y negativos). Aquí es importante señalar que los sentimientos que manifiesta el personal de salud, en ningún momento son de rechazo, sino más bien de apoyo y comprensión hacia el paciente.

Tabla 3. Paciente que le genera mayor ansiedad.

Los integrantes del personal de salud manifestaron que les producen ansiedad principalmente; los pacientes con síntomas o que ya están en etapa terminal (aquellos que sólo esperan la muerte) y los pacientes que tienen mucha carga emocional. Dos psicólogos expresaron que les generan ansiedad los "preocupados sanos" (personas que no tienen motivos para pensar que tienen VIH, pero que sin embargo, sufren porque viven convencidos de que están infectados) y los odontólogos afirmaron que ningún paciente les provoca ansiedad. Por otra parte, dos médicos declararon que los pacientes en sí, no les producen ansiedad, sino que son las circunstancias que rodeaban a los mismos, lo que les provoca esta reacción (por ejemplo, los pacientes de bajos recursos que no tienen acceso al servicio médico, o aquellos pacientes que creen que el personal de salud tiene la obligación de hacer todo por el).

De esta tabla se rescata por su importancia, la cantidad de ansiedad que genera en el personal de salud, dos situaciones que vive el paciente infectado, por un lado, las enfermedades que le produce a la persona el desarrollo de la infección y sobre todo el desgaste físico que presentan conforme va progresando la misma, y por el otro, la cantidad de emociones que esto les produce, por lo tanto, se infiere que el personal de salud se encuentra constantemente con ansiedad.

Tabla 4. Sentimientos que le provoca el tema de la muerte.

Los sentimientos que el personal de salud manifestó que le suscitaba el tema de la muerte son; tristeza, angustia, alivio, dolor, interés, duda y miedo. Estas emociones probablemente están más asociadas con el desgaste progresivo de la salud de sus pacientes y con la incapacidad de poder hacer algo para minimizar su deterioro, que con el tema de la muerte y son naturales dado el tipo de pacientes que atienden. Para algunos médicos y los odontólogos, el tema de la muerte no les genera ninguna reacción emocional.

Tabla 5. Sentir del personal de salud al estar involucrado con personas que viven con la amenaza de muerte.

Esta tabla se relaciona estrechamente con la anterior ya que señala de manera clara los sentimientos que le provoca al personal de salud la persona infectada, aquella que vive con la esperanza de vida mutilada, la que está enfrentando la enfermedad y sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales, ya que que sabe que atiende individuos que tarde o temprano van a morir.

Así, las emociones que manifestaron en un mayor porcentaje, fueron los sentimientos que podríamos considerar desfavorables, tales como; cansancio, tensión, impotencia, tristeza, angustia, coraje, dolor e inseguridad, aunque otra proporción importante expresó que el trabajar con estos pacientes, le originaba sentimientos favorables como; esperanza, bienestar, compromiso, tranquilidad y fortaleza y hubo una parte importante (profesionistas de todas las áreas) que mencionó que no le afectaba el trabajar con personas que viven en este estado.

Tabla 6. ¿Se ha modificado su vida desde que atiende este tipo de pacientes? De que manera.

La mayoría de los integrantes del personal de salud que trabajan con los pacientes que viven infectados con el VIH o enfermos de SIDA, afirman que esta actividad ha modificado su vida de distintas maneras. La mitad de ellos mencionan que han aprendido a valorar más su vida; otra parte nos dicen que han modificado conductas sobre todo encaminadas a la propia prevención de la infección; otros más expresan que han adquirido una mayor sensibilidad ante el problema o bien que les ha ayudado a tener un adecuado manejo de su sexualidad, finalmente otros mencionan que a partir de esta ocupación han modificado su visión de la vida y la muerte y que adquirieron un mayor conocimiento de la enfermedad.

El que el 85% del personal de salud haya manifestado que su vida se ha modificado, es importante, porque nos conduce a deducir que el paciente con VIH/SIDA influye de alguna manera en la gente que lo rodea y provoca que los mismos, modifiquen actitudes, conductas, pensamientos, hábitos, ideas y sentimientos.

Tabla 8. Principales miedos

Se observa que el miedo en el personal de salud, se concentra básicamente en dos aspectos: el no poder ayudar al paciente y el que el propio personal se pueda infectar (o su familia). Es interesante la situación de que temen al contagio, sobre todo porque si aplican las medidas universales de protección, el riesgo de contagio es reducido. Se puede inferir por lo tanto, que el miedo a la

infección no proviene de la actividad que realizan, sino del tipo de prácticas que mantienen, gracias a su preferencia sexual (homosexual).

Tabla 9. Que le genera mayor ansiedad

Los elementos que despiertan ansiedad, son más que los que originan los miedos antes descritos. Principalmente los siguientes factores son los que provocan ansiedad en el personal de salud; el que no puedan ayudar al paciente (es decir, ver como se van acabando y que no puedan hacer nada para ayudar a que se recuperen o al menos minimizar su dolor debido a que no hay aún un tratamiento efectivo); que el paciente no haga nada para salir adelante (y se deje llevar por la enfermedad); o bien, la propia impotencia ante la agudeza de la problemática emocional por la que pasan los pacientes (el saber que tienen un virus que debilita enormemente su organismo de manera progresiva, mismo que provoca en algún momento la muerte de la persona, le afecta bastante al individuo ya que aún cuando todos vamos a morir, ellos ya saben de qué, cómo y más o menos cuándo, si no se encuentra alguna vacuna o curación y esto le produce múltiples sentimientos); también les origina ansiedad el dolor por el que pasa el paciente; o que éste, se exponga a la infección conscientemente. La ansiedad también la provoca la relación de pareja que el personal de salud mantiene en la actualidad (que evidentemente es de riesgo); ó que les pueda pasar lo mismo (el que se puedan infectar), además de la soledad en que viven los pacientes infectados.

Tabla 10. Que le proporciona mayor satisfacción

Aquí se observa que lo que principalmente proporciona satisfacción al personal de salud, es ver acabado al paciente y que éste se recupere, seguido de que la persona maneje sus propios problemas, la gente motivada a seguir adelante, el trabajo con los pacientes infectados y los reforzadores profesionales.

Aquí se nota un interés claro en la salud física y emocional de sus pacientes; ya que lo que le proporciona satisfacción al personal de salud, está estrechamente relacionado con esos dos aspectos. Sin embargo, también resalta el hecho de que hay a quien le complacen los reforzadores profesionales, cosa que resulta de interés, porque al prestar el servicio, debe interesar la salud y el progreso del paciente y no lo que se pueda obtener en lo personal de esa relación.

CONCLUSIONES

En conclusión, el análisis de las emociones y actitudes expresadas por el personal de salud que atiende a los enfermos con VIH/SIDA, son predominantemente la tristeza (12) y la ambivalencia (8) con respecto a la relación con el paciente. En el personal de orientación homosexual se expresa también el miedo a contraer la enfermedad, emoción que no se observa en el resto de los profesionistas, aún cuando el médico, el odontólogo y la enfermera tienen mayor contacto directo con fluidos que podrían resultar en una infección (ver tabla A).

En menor grado se expresa por los psicólogos y un médico, la satisfacción de poder brindarle ayuda al paciente y el deseo de comprender y acercarse emocionalmente al enfermo (tabla B). En el contacto con el paciente, también se generan actitudes de protección y apoyo (como el deseo de brindar ayuda) y sobre todo, el médico puede asumir una actitud paternalista (tabla C).

Tomando en cuenta que son el médico y la enfermera los profesionistas que llevan a cabo el tratamiento a lo largo de todas las etapas, pero sobre todo en la fase terminal, se comprende que el compromiso con el paciente sea muy grande y que experimenten impotencia ante la enfermedad; duda en cuanto a los

efectos terapéuticos; coraje cuando no hay apego del paciente al tratamiento y en la fase terminal compasión y dolor.

Estos sentimientos y actitudes revelan un involucramiento emocional tanto de psicólogos, médicos y enfermeras, pero llama la atención que los dos odontólogos que forman parte del equipo, se mantengan afectivamente distantes, niegan todo sentimiento y parecen cumplir con una función asistencial en forma totalmente fría e impersonal. No se puede decir si ésta, es la actitud general de los profesionistas de esta área, pero si de los dos participantes en esta investigación, que parecen cumplir nada más una labor técnica.

El odontólogo interviene desde la primera consulta y a lo largo del curso de la enfermedad, pero su intervención es básicamente paliativa y esporádica, lo que explicaría su escasa respuesta afectiva. Llama la atención entonces que el grupo de psicólogos sea el más involucrado con los pacientes ya que la mayoría de ellos (7) sólo están en contacto con los pacientes asintomáticos y hasta la presentación de los primeros síntomas de SIDA, ya que solamente dos psicólogos acompañan a los pacientes en la fase terminal (tabla 1).

Es probable que la mayor intensidad afectiva expresada por los psicólogos como tristeza, deseo de prestar ayuda, comprender y acompañar al paciente en su enfermedad, pudiera ser una reacción contratransferencial, ya que por sus características (principalmente su preferencia homosexual), se identifican con el

paciente y les angustia la posibilidad de llegar a verse en la misma situación. En este grupo, al entrar en contacto con pacientes que irremediamente están sentenciados a muerte, parece haber una revalorización de su propia vida, así como la modificación de algunas conductas sexuales, probablemente con el fin de tomar precauciones por su miedo a contraer la enfermedad.

Al ser el SIDA en la actualidad la principal causa de muerte de gente joven (en la plenitud de su vida); por no encontrarse vacuna, curación o un tratamiento eficaz; por todo el rechazo y la estigmatización al que son sujetos aquellos que se infectan, principalmente porque hoy día el único medio de transmisión es la vía sexual; porque el curso de la infección implica múltiples pérdidas y es muy agresiva física y psicológicamente; por su asociación con la homosexualidad (al ser estos todavía los principalmente afectados); porque la gente sigue exponiéndose al virus y la enfermedad sigue generando miedo, el paciente infectado vive inmerso en una serie de reacciones emocionales, ya que en todo momento conoce el pronóstico de su enfermedad que es la muerte inminente.

Toda persona que padece una enfermedad mortal, despierta en los demás diversas reacciones emocionales y actitudes en distinta intensidad, en el personal de salud, con mayor razón se presentan estas reacciones, debido a que son ellos los que principalmente tienen un trato directo y sobretodo continuo, con pacientes infectados y enfermos de SIDA en distintas fases del desarrollo.

Podemos concluir que efectivamente el trabajo con pacientes con VIH/SIDA provoca en el personal de salud (médicos, enfermeras, odontólogos y psicólogos) reacciones emocionales tanto favorables como desfavorables, mismas que los han impulsado a cambiar sus actitudes respecto a muchos aspectos de su vida personal, del paciente infectado y de la enfermedad misma.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Los resultados nos dejan ver la necesidad de continuar el interés por el personal de salud que se dedica a la atención de pacientes infectados por el VIH o enfermos de SIDA, ya que es necesario que éste se encuentre satisfecho consigo mismo, con la institución y con los beneficios que ésta labor le brinda, pues esto derivaría en una mejor atención y servicio al paciente.

Las limitaciones de la investigación fueron:

- Se centró únicamente en el personal de salud de la Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA, A.C., por lo que los resultados no se pueden generalizar a todo el personal de salud que atiende pacientes infectados en otras instituciones.
- La muestra fue pequeña ya que sólo se tomó al personal de salud que presta sus servicios, mientras duró la aplicación del cuestionario y por lo tanto, no es totalmente homogénea.

Se plantean las siguientes sugerencias:

- Llevar a cabo una investigación con el personal de salud que atiende a pacientes con diferentes enfermedades mortales o en fase terminal (cáncer,

SIDA, enfisema, etc) para ver si las reacciones emocionales y las actitudes que presentan son similares, a fin de realizar un plan de apoyo para este personal.

- Realizar un estudio con muestras más grandes, para comparar las reacciones emocionales que presentan los psicólogos, los médicos, los odontólogos y las enfermeras ante el paciente infectado y ver sus diferencias y similitudes por profesión.
- Promover la necesidad de que se brinde apoyo emocional al personal de salud, a fin de que libere a través de éste, todo el cúmulo de emociones que le genera estar continuamente expuesto a pacientes infectados, con pronóstico de muerte.
- Diseñar un plan de capacitación para los psicólogos que laboran en la institución (FMLS) desde que ingresan, debido a que la mayoría de ellos carecen de experiencia terapéutica y tienden a involucrarse emocionalmente con los pacientes, lo que hace que el apoyo que puedan brindar no sea totalmente efectivo.
- Continuar un estudio que revele el por qué se involucra emocionalmente tanto el psicólogo con el paciente, a pesar de que sólo trata a éste, en las primeras fases de la infección.
- Realizar una investigación para estudiar la contratransferencia en este personal de salud.

- Efectuar un estudio de las reacciones emocionales que presenta el personal de salud cuando ingresa a la institución y comparar éstas, un tiempo después, para detectar cambios y modificaciones de las mismas.
- Elaborar una investigación donde sea el paciente quien evalúe las actitudes de los diferentes profesionales de la salud.

BIBLIOGRAFIA

- Barré-Sinoussi, F., *et al* (1990) El SIDA en preguntas. Edivisión, México.
- Buela-Casal, G. y Caballo, V. (1991) Manual de psicología clínica aplicada. Siglo XXI, España.
- Cahn, Pedro, *et al* (1992) PSIDA. Un enfoque integral. Paidós, Buenos Aires.
- Carovano, K. y Ramos, M. (1991) A través del espejo. Guía de consejería. AIDSCOM, E.U.A.
- Cassutto, J-P., *et al* (1987) SIDA. Cómo se manifiesta, cómo prevenirlo, cómo tratarlo. Paidós, España.
- Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (s.a.) Guía de orientación para informadores. CONASIDA, México.
- Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (1991) Preguntas y respuestas sobre SIDA del personal de salud. CONASIDA, México.
- Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (1994) Guía para la atención psicológica de personas que viven con VIH/SIDA. CONASIDA, México.
- Cotte, Carlos. (1988) SIDA y sexo. Monte Avila, Venezuela.
- Cunningham (1991) El SIDA en Puerto Rico: Acercamientos multidisciplinarios. Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico.
- Daniels, Victor (1993) SIDA. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Manual Moderno, México.
- Durham, J.D. y Cohen, F.L. (1992) Pacientes con SIDA. Cuidados de enfermería. Manual Moderno, México.
- Eiff, A. y Gründel, J. (1988) El reto del SIDA. Orientaciones médico-éticas. Herder, España.
- Engle, T. y Snellgrove, L. (1987) Psicología. Principios y aplicaciones. Publicaciones cultural, México.

Federación Internacional de Planificación de la Familia, *FIPF* (1990) La prevención del SIDA y la planificación familiar. Presencia Ltda, Colombia.

Garau, J. y Martínez, J. (1990) El SIDA. Emeká, España.

Grupo de Prevención SIDA, *GPSIDA* (1992) Nosotros. Recomendaciones para un VIH positivo. GPSIDA, Cuba.

Guarneros, Roberto (1994) "*Luc Montagnier: A 10 años del descubrimiento del virus de inmunodeficiencia humana*", en Muy Interesante. Año XI, N° 4, México.

Guilford, J.P. (1973) Sicología general. Diana, México.

Hein, Karen *et al* (1991) SIDA: Verdades en lugar de miedo. Una guía para jóvenes. Promexa, México.

Iakobson, P. (1959) Psicología de los sentimientos. Pueblos Unidos, Uruguay.

Kendall, P. y Norton-Ford, J. (1988) Psicología clínica: Perspectivas científicas y profesionales. Limusa, México.

López Márquez, M.I. y López Zúniga, L.C. (1990) *Actitud del personal de salud de CONASIDA. zona centro y norte del D.F. ante pacientes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)*. Tesis UNAM, México.

López, Muñoz, A. Azucena (1991) *Mecanismo de negación y su relación con la infección por el VIH*. Tesis UNAM, México.

McKeachie, Doyle (1970) Psicología. Fondo Educativo Interamericano, México.

Miller, David *et al* (1992) Atención de pacientes de SIDA. Manual Moderno, México.

Miller, David *et al* (1993) Viviendo con SIDA y HIV. Manual Moderno, México.

Ministerio de Salud (1990) Plan Nacional de Prevención y Control de SIDA: Manual de conductas básicas. Trazo Ltda, Colombia.

Morales, Francisco *et al* (1994) Psicología social. Mc Graw-Hill, España.

Organización Panamericana de la Salud, *OPS* (1989) SIDA: Perfil de una epidemia. OPS, s.l.

Panos Dossier (1989) SIDA y tercer mundo. Panos, Londres.

- Reeve, J. (1994) Motivación y emoción. Mc Graw-Hill, España.
- Richardson, Diane (1990) La mujer y el SIDA. Manual Moderno, México.
- Richelle, Marc *et al* (1982) Introducción a la psicología científica. Herder, Barcelona.
- Rozenbaum, Willy *et al* (1985) SIDA: Realidades y fantasmas. Katún, México.
- San Francisco AIDS Foundation, *SFAF* (1992) Guía médica sobre el SIDA y manual de recursos de la Comunidad Latina: Manual para personas con el VIH. SF AIDS Foundation, E.U.A.
- Sande, M. y Volberding, P. (1992) Manejo médico del SIDA. Interamericana, México.
- Sandner, Olaf (1990) SIDA. La pandemia del siglo. Monte Avila, Venezuela.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (1988 y 1990) SIDA. Manual de trabajo para capacitadores. SSA, México.
- Sepulveda Amor, Jaime *et al* (1989) SIDA, ciencia y sociedad en México. Fondo de Cultura Económica, México.
- Sherr, Lorraine *comp.* (1992) Agonía, muerte y duelo. Manual Moderno, México.
- Velásquez, G. y Gómez, R.D. (1993) SIDA: Enfoque integral. Fundamentos de medicina. Carvajal, Colombia.
- Vidales, Ismael *et al* (1990) Psicología general. Limusa, México.
- Villeda, Concepción (1992) "Científicos mexicanos" en Muy Interesante. Año IX, N° 4, México.
- Whittaker, James O. (1974) Psicología. Interamericana, México.
- Young, Kimball (1976) Psicología de las actitudes. *s.e.*, Buenos Aires
- Young, Paul T. (1979) Cómo comprender mejor nuestros sentimientos y emociones. Manual Moderno, México.

CUESTIONARIO

1. ¿Qué es el Virus de la Inmunodeficiencia Humana?
2. ¿Qué es el SIDA?
3. ¿Cuáles son las etapas por las que pasa un individuo infectado?
4. ¿Qué pacientes tiene en tratamiento con base en las etapas de infección?
5. ¿Cuánto tiempo dura el tratamiento del paciente infectado?
6. ¿De qué depende la duración del tratamiento?
7. ¿En qué consiste el tratamiento?
8. ¿Cuál es la mayor dificultad que experimenta durante el tratamiento?
9. ¿Cuáles son los objetivos del tratamiento?
10. ¿Cuántos pacientes atiende por lo general al día?
11. ¿Qué tiempo tiene de trabajar con pacientes con VIH?
12. ¿Por qué eligió trabajar con pacientes con VIH?
13. ¿Cuántas horas al día se relaciona con pacientes infectados?
14. ¿Cómo le hace sentir el trabajar con personas infectadas?
15. ¿Qué tipo de paciente le agrada más en relación a su edad?
16. ¿Qué tipo de paciente le agrada más en relación a su sexo?
17. ¿Qué tipo de paciente le agrada más en relación a su preferencia sexual?
18. ¿Qué tipo de paciente le agrada más en relación a su etapa de infección?
19. ¿Qué tipo de paciente considera es el más difícil de tratar?
20. ¿Hacia que tipo de paciente siente mayor posibilidad de recuperación?
21. ¿Tiene un paciente favorito?
22. ¿Por qué es su favorito?
23. ¿Qué busca al trabajar con pacientes con VIH/SIDA?
24. ¿Cuáles son sus objetivos personales?
25. ¿Cuáles son sus objetivos profesionales?
26. ¿Cuál es su posición con respecto al contagio ocupacional?
27. ¿Cuál es el sentimiento que prevalece cuando atiende a una persona infectada?

28. ¿Este sentimiento varía dependiendo de la etapa de infección en que está la persona?
29. ¿Qué paciente le genera mayor ansiedad?
30. ¿El trabajar con estos pacientes le provoca cansancio?
31. ¿A que cree que se deba?
32. ¿Cómo se siente los fines de semana?
33. ¿Cómo le hace sentir el tema del SIDA?
34. ¿Ha trabajado con pacientes en fase terminal?
35. ¿Qué opina de la muerte?
36. ¿Qué sentimientos le provoca el tema de la muerte?
37. ¿Qué siente al estar involucrado con personas que viven con la amenaza de muerte?
38. ¿Vale la pena invertir tiempo y dinero en una persona que va a morir?
39. ¿Por qué?
40. ¿Se ha modificado su vida desde que atiende este tipo de pacientes?
41. ¿De qué manera?
42. A través de su práctica profesional... ¿Cuál sería su definición de SIDA?
43. ¿Cuáles son sus principales reacciones emocionales ante el paciente infectado?
44. ¿Cuáles son sus principales miedos?
45. ¿Qué le despierta mayor ansiedad?
46. ¿Qué le proporciona mayor satisfacción?

ANEXO 2**CUESTIONARIO ESTRUCTURADO (CODIFICACION DE LAS RESPUESTAS
PROPORCIONADAS POR EL PERSONAL DE SALUD)****DATOS GENERALES****A. Sexo:**

1. Masculino
2. Femenino

B. Edad:

1. De 20 a 25 años
2. De 26 a 30 "
3. De 31 a 35 "
4. De 36 a 40 "
5. 41 ó más

C. Estado civil:

1. Soltero
2. Casado
3. Divorciado

D. Preferencia sexual

1. Heterosexual
2. Homosexual
3. Bisexual

E: Profesión:

1. Psicólogo
2. Médico
3. Enfermera
4. Odontólogo

F. Nivel académico:

1. Pasante
2. Técnico
3. Licenciatura
4. Especialidad

G. Asiste a terapia:

1. Si
2. No

CUESTIONARIO

1. ¿Qué es el Virus de la Inmunodeficiencia Humana?
 1. Virus que afecta al ser humano
 2. Agente que causa el SIDA
 3. Tiene características muy particulares
 4. Otros

2. ¿Qué es el SIDA?
 1. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
 2. Etapa final (momento en el que el paciente adquiere un conjunto de enfermedades mortales provocadas por la infección del VIH)
 3. Condición ante la cual el organismo queda indefenso ante las infecciones porque falla el sistema inmunológico

3. ¿Cuáles son las etapas por las que pasa un individuo infectado?
 1. Correcto
 2. Incorrecto
 3. No sabe

4. ¿Qué pacientes tiene en tratamiento con base en las etapas de infección?
 1. Sólo de 1ª vez y asintomáticos
 2. Desde 1ª vez hasta con C.R.S.
 3. Desde 1ª vez hasta con SIDA
 4. Desde asintomáticos hasta terminales
 5. Sólo con C.R.S. y con SIDA
 6. Sólo pacientes terminales
 7. En todas las etapas

5. ¿Cuánto tiempo dura el tratamiento del paciente infectado?
 1. No tiene un tiempo definido
 2. Tiene que ser continuo
 3. Dura hasta que muere el paciente

6. ¿De que depende la duración del tratamiento?
 1. Depende del paciente
 2. Depende del tratamiento
 3. Depende de la problemática

7. ¿En qué consiste el tratamiento?
 1. Brindar apoyo psicológico (manejo de las emociones)
 2. Brindar atención preventiva y seguimiento
 3. Otros

8. ¿Cuál es la mayor dificultad que experimenta durante el tratamiento?
 1. El costo del tratamiento
 2. El paciente no cree en el tratamiento
 3. El juego de las emociones
 4. Mayor importancia al tratamiento médico
 5. Un sentimiento de incompetencia profesional
 6. Otros
 7. Ninguno

9. ¿Cuáles son los objetivos del tratamiento?
 1. Lograr un óptimo desarrollo del paciente
 2. Promover que enfrente, acepte y se adapte a la infección
 3. Brindar apoyo emocional
 4. Que conserven su salud
 5. Otros

10. ¿Cuántos pacientes atiende por lo general al día?
 1. De 1 a 5
 2. De 6 a 10
 3. Variado

11. ¿Qué tiempo tiene de trabajar con pacientes con VIH?
 1. De 0 a 1 año
 2. De 2 a 4 años
 3. De 5 a 7 años
 4. De 8 a 10 años

12. ¿Por qué eligió trabajar con pacientes con VIH?
 1. Para aprender sobre el tema
 2. Brindar un apoyo
 3. Me sentí parte de la comunidad afectada
 4. Es un tema de actualidad
 5. Otros

13. ¿Cuántas horas al día se relaciona con pacientes infectados?
1. De 1 a 5
 2. De 6 a 10
 3. Las 24 hrs.
 4. Muy variable
14. ¿Cómo le hace sentir el trabajar con personas infectadas?
1. Ambivalencia
 2. Satisfacción
 3. Impotencia
 4. Angustia
 5. Más humano
 6. No me afecta
15. ¿Qué tipo de paciente le agrada más en relación a su edad?
1. Indiferente
 2. Jóvenes
 3. Adultos
16. ¿Qué tipo de paciente le agrada más en relación a su sexo?
1. Indiferente
 2. Hombres
 3. Mujeres
17. ¿Qué tipo de paciente le agrada más en relación a su preferencia sexual?
1. Indiferente
 2. Homosexuales
18. ¿Qué tipo de paciente le agrada más en relación a su etapa de infección?
1. Indiferente
 2. Asintomática
 3. C.R.S.
 4. 1ª vez
19. ¿Qué tipo de paciente considera es el más difícil de tratar?
1. Paciente terminal (SIDA)
 2. El que no se previene
 3. El que no acepta la infección
 4. Los que tienen algún problema crónico
 5. Los que tienen mucha carga emocional
 6. Otros

20. ¿Hacia que tipo de paciente siente mayor posibilidad de recuperación?
1. Etapa asintomática
 2. C. R. S.
 3. Gente apoyada por los demás
 4. Gente dispuesta a vivir y a aceptar
 5. Otros
21. ¿Tiene un paciente favorito?
1. Si
 2. No
22. ¿Por qué es su favorito?
1. Existe una identificación
 2. Es gente comprometida y con ganas de luchar
23. ¿Qué busca al trabajar con pacientes con VIH/SIDA?
1. Desarrollo personal y profesional
 2. Brindar apoyo
 3. Otros
24. ¿Cuáles son sus objetivos personales?
1. Tener un crecimiento personal
 2. Brindar apoyo
 3. Prevenir
 4. Investigar
 5. Otros
25. ¿Cuáles son sus objetivos profesionales?
1. Desarrollo profesional
 2. Mayor conocimiento del tema
 3. Brindar apoyo
 4. Otros
26. ¿Cuál es su posición con respecto al contagio ocupacional?
1. No puedo infectarme
 2. Lejana pero no imposible
 3. Muy riesgosa

27. ¿Cuál es el sentimiento que prevalece cuando atiende a una persona infectada?

1. Tristeza
2. Satisfacción
3. Comprensión
4. Impotencia
5. De ayuda
6. Paternalista
7. Ambivalencia

28. ¿Este sentimiento varía dependiendo de la etapa de infección en que está la persona?

1. Si
2. No

29. ¿Qué paciente le genera mayor ansiedad?

1. Los que tienen mucha carga emocional
2. Los pacientes con síntomas y terminales
3. El preocupado sano
4. Ninguno
5. Los niños
6. Los que no tienen servicio médico
7. Los que tienen problemas psiquiátricos
8. Los que creen que tu tienes que hacer todo

30. ¿Trabajar con estos pacientes le provoca cansancio?

1. Si
2. No

31. ¿A que cree que se deba?

1. Al tipo de actividades
2. A la cantidad de pacientes
3. Al desgaste emocional

32. ¿Cómo se siente los fines de semana?

1. Bien
2. Los dedico a mi
3. Tranquilo
4. Cansado
5. Descansado
6. Extraño el trabajo

33. ¿Cómo le hace sentir el tema del SIDA?
1. Es algo cotidiano y normal
 2. Me interesa
 3. Coraje, miedo, tristeza...
 4. Es un compromiso de todos
 5. Hay cosas que manejo bien y otras no
 6. A cambiado mi concepción
 7. No se
34. ¿Ha trabajado con pacientes en fase terminal?
1. Si
 2. No
35. ¿Qué opina de la muerte?
1. Es parte de nuestra existencia
 2. Es un proceso natural
 3. Es algo difícil de aceptar
 4. En SIDA la muerte es muy dura
36. ¿Qué sentimientos le provoca el tema de la muerte?
1. Tristeza
 2. Dolor
 3. Alivio
 4. Miedo
 5. Angustia
 6. Interés
 7. Duda
 8. Ninguno
37. ¿Qué siente al estar involucrado con personas que viven con la amenaza de muerte?
1. Sentimientos favorables
 2. Sentimientos desfavorables
 3. No me afecta
 4. Depende de la persona
38. ¿Vale la pena invertir tiempo y dinero en una persona que va a morir?
1. Si
 2. No

39. ¿Por qué?
1. Sigue estando viva
 2. Es un derecho de todos
 3. Debemos apoyarlos
40. ¿Se ha modificado su vida desde que atiende este tipo de pacientes?
1. Si
 2. No
41. ¿De qué manera?
1. Valoras más tu vida
 2. Tengo una mayor sensibilidad
 3. He modificado conductas (prevención)
 4. Me ha ayudado a manejar mi sexualidad
 5. En mi visión de la vida y la muerte
 6. Mayor conocimiento de la enfermedad
42. A través de su práctica profesional... ¿Cuál sería su definición de SIDA?
1. No es una enfermedad es un síndrome
 2. Etapa con mayor deterioro físico
 3. Una nueva enfermedad mortal donde todos tenemos riesgo
 4. Enfermedad que acaba física y emocionalmente
 5. Enfermedad que ha venido a cambiar la vida
 6. No proporcionó definición
43. ¿Cuáles son sus principales reacciones emocionales ante el paciente infectado?
1. Tristeza
 2. Compasión
 3. Coraje
 4. Satisfacción
 5. Impotencia
 6. De ayuda
 7. Ambivalencia
 8. Depende de la persona
 9. Ninguno
44. ¿Cuáles son sus principales miedos?
1. Ninguno
 2. Que yo o mi familia nos infectemos
 3. No poder ayudar al paciente
 4. Que no se cuide el paciente
 5. El morir aterrado o insatisfecho

45. ¿Qué le despierta mayor ansiedad?
1. Nada
 2. No poder ayudar al paciente
 3. Que el paciente no haga nada para salir adelante
 4. El dolor
 5. Mi impotencia ante la agudeza de la problemática emocional
 6. Que se expongan a la infección conscientemente
 7. Mi relación de pareja
 8. Que me pueda pasar lo mismo
 9. La soledad en que viven los pacientes
46. ¿Qué le proporciona mayor satisfacción?
1. Verlos acabados y que se recuperen
 2. Que la persona maneje sus problemas
 3. La gente motivada a seguir adelante
 4. El trabajo con los pacientes infectados
 5. Los reforzadores profesionales
 6. Todo lo que me da la vida
 7. La sonrisa de los pacientes
 8. Cuando los veo en la calle y no me saludan

ANEXO 3**RESULTADOS****ANÁLISIS DESCRIPTIVO****(TABLAS DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES POR DIMENSIONES)****TABLA 1. CONOCIMIENTOS GENERALES**

Variable	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
¿Qué es el virus de la inmunodeficiencia humana? ítem 1	Virus que afecta al ser humano	8	40
	Agente que causa el SIDA	6	30
	Tiene características muy particulares	5	25
	Otros	1	5
¿Qué es el SIDA? ítem 2	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	5	25
	Etapa final (enfermedades mortales)	12	60
	Organismo indefenso ante infecciones	3	15
¿Cuáles son las etapas por las que pasa un individuo infectado? ítem 3	Correcto	13	65
	Incorrecto	4	20
	No sabe	3	15
¿Cuál es su posición con respecto al contagio ocupacional? ítem 26	No puedo infectarme	11	55
	Lejana pero no imposible	6	30
	Muy riesgosa	3	15
¿Ha trabajado con pacientes en fase terminal? ítem 34	Si	14	70
	No	6	30
A través de su práctica profesional... ¿Cuál sería su definición de SIDA? ítem 42	No es una enfermedad es un síndrome	3	15
	Etapa con mayor deterioro físico	6	30
	Enfermedad mortal, todos tenemos riesgo	4	20
	Enferm. que acaba física y emocionalmente	4	20
	Enfer. que ha venido a cambiar la vida	2	10
	No proporcionó definición	1	5

TABLA 2. TRATAMIENTO

Variable	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
¿Qué pacientes tiene en tratamiento con base en las etapas de infección? ítem No. 4	Sólo de 1ª vez y asintomáticos	1	5
	Desde 1ª vez hasta con C.R.S.	5	25
	Desde 1ª vez hasta con SIDA	3	15
	Desde asintomáticos hasta terminales	5	25
	Sólo con C.R.S. y con SIDA	1	5
	Sólo pacientes terminales	2	10
	En todas las etapas	3	15
¿Cuánto tiempo dura el tratamiento del paciente infectado? ítem 5	No tiene un tiempo definido	17	85
	Tiene que ser continuo	1	5
	Dura hasta que muere el paciente	2	10
¿De que depende la duración del tratamiento? ítem 6	Depende del paciente	8	40
	Depende del tratamiento	8	40
	Depende de la problemática	4	20
¿En que consiste el tratamiento? ítem 7	Brindar apoyo psicológico	9	45
	Brindar atención preventiva y seguimiento	6	30
	Otros	5	25
¿Cuál es la mayor dificultad que experimenta durante el tratamiento? ítem 8	El costo del tratamiento	2	10
	El paciente no cree en el tratamiento	3	15
	El juego de las emociones	8	40
	Mayor importancia al tratamiento médico	1	5
	Un sentimiento de incompetencia profesional	2	10
	Otros	3	15
	Ninguno	1	5
¿Cuáles son los objetivos del tratamiento? ítem 9	Lograr un óptimo desarrollo del paciente	7	35
	Promover que acepte la infección	5	25
	Brindar apoyo emocional	4	20
	Que conserven su salud	2	10
	Otros	2	10

Tabla 3. TIEMPO DE RELACIONARSE CON EL PACIENTE CON VIH

Variable	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
¿Cuántos pacientes atiende por lo general al día? ítem 10	De 1 a 5	15	75
	De 6 a 10	2	10
	Variado	3	15
¿Qué tiempo tiene de trabajar con pacientes con VIH? ítem 11	De 0 a 1 año	8	40
	De 2 a 4 años	6	30
	De 5 a 7 años	5	25
	De 8 a 10 años	1	5
¿Cuántas horas al día se relaciona con pacientes infectados ítem 13	De 1 a 5	10	50
	De 6 a 10	7	35
	Las 24 hrs.	1	5
	Es muy variable	2	10

Tabla 4. TIPO DE PACIENTE QUE LE AGRADA MAS EN RELACIÓN A:

Variable	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
SU EDAD ítem 15	Indiferente	10	50
	Jóvenes	9	45
	Adultos	1	5
SU SEXO ítem 16	Indiferente	14	70
	Hombres	4	20
	Mujeres	2	10
SU PREFERENCIA SEXUAL ítem 17	Indiferente	16	80
	Homosexuales	4	20
SU ETAPA DE INFECCIÓN ítem 18	Indiferente	10	50
	Asintomática	7	35
	C.R.S.	2	10
	1ª vez	1	5

Tabla 5. EL TRABAJO CON EL PACIENTE INFECTADO

Variable	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
¿Por qué eligió trabajar con pacientes con VIH? ítem 12	Para aprender sobre el tema	6	30
	Brindar un apoyo	2	10
	Me sentí parte de la comunidad afectada	5	25
	Es un tema de actualidad	5	25
	Otros	2	10
¿Cómo le hace sentir el trabajar con personas infectadas? ítem 14	Ambivalencia	11	55
	Satisfacción	2	10
	Impotencia	1	5
	Angustia	3	15
	Más humano	2	10
	No me afecta	1	5
¿Qué tipo de paciente considera es el más difícil de tratar? ítem 19	Paciente terminal (SIDA)	5	25
	El que no se previene	2	10
	El que no acepta la infección	1	5
	Los que tienen algún problema crónico	3	15
	Los que tienen mucha carga emocional	7	35
	Otros	2	10
¿Hacia que tipo de paciente siente mayor posibilidad de recuperación? ítem 20	Etapa asintomática	7	35
	C.R.S.	2	10
	Gente apoyada por los demás	3	15
	Gente dispuesta a vivir y a aceptar	5	25
	Otros	3	15
¿Tiene un paciente favorito? ítem 21	Si	7	35
	No	13	65
¿Por qué es favorito? ítem 22	Existe una identificación	4	57.14
	Es gente comprometida	3	42.86
¿Trabajar con estos pacientes le provoca cansancio? ítem 30	Si	17	85
	No	3	15
¿A qué cree que se deba? ítem 31	Al tipo de actividades	2	11.77
	A la cantidad de pacientes	2	11.77
	Al desgaste emocional	13	76.46
¿Cómo se siente los fines de semana? ítem 32	Bien	6	30
	Los dedico a mi tranquilo	5	25
	Cansado	3	15
	Descansado	3	15
	Extraño el trabajo	2	10
		1	5

Tabla 6. OBJETIVOS

Variable	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
¿Qué busca al trabajar con pacientes con VIH/SIDA? ítem 23	Desarrollo personal y profesional	12	60
	Brindar apoyo	5	25
	Otros	3	15
¿Cuáles son sus objetivos personales? ítem 24	Tener un crecimiento personal	7	35
	Brindar apoyo	6	30
	Prevenir	1	5
	Investigar	2	10
	Otros	4	20
¿Cuáles son sus objetivos profesionales? ítem 25	Desarrollo profesional	6	30
	Mayor conocimiento del tema	9	45
	Brindar apoyo	3	15
	Otros	2	10

Tabla 7. SENTIMIENTOS ANTE LA MUERTE DE LOS PACIENTES

Variable	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
¿Qué opina de la muerte? ítem 35	Es parte de nuestra existencia	12	60
	Es un proceso natural	4	20
	Es algo difícil de aceptar	2	10
	En SIDA la muerte es muy dura	2	10
¿Qué sentimientos le provoca el tema de la muerte? ítem No. 36	Tristeza	6	30
	Dolor	1	5
	Alivio	1	5
	Miedo	4	20
	Angustia	1	5
	Interés	1	5
	Duda	1	5
	Ninguno	5	25
¿Qué siente al estar involucrado con personas que viven con la amenaza de muerte? ítem No. 37	Sentimientos favorables	4	20
	Sentimientos desfavorables	8	40
	No me afecta	7	35
	Depende de la persona	1	5

Tabla 7. SENTIMIENTOS ANTE LA MUERTE DE LOS PACIENTES (Cont.)

Variable	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
¿Vale la pena invertir tiempo y dinero en una persona que va a morir? ítem 38	Si	20	100
	No	0	0
¿Por qué? ítem 39	Sigue estando viva	10	50
	Es un derecho de todos	7	35
	Debemos apoyarlos	3	15
¿Se ha modificado su vida desde que atiende este tipo de pacientes? ítem No. 40	Si	17	85
	No	3	15
	Valoras más tu vida	7	41.18
	Tengo una mayor sensibilidad	2	11.77
	He modificado conductas (prevención)	4	23.52
¿De qué manera?	Me ha ayudado a manejar mi sexualidad	2	11.77
	En mi visión de la vida y la muerte	1	5.88
	Mayor conocimiento de la enfermedad	1	5.88

Tabla 8. REACCIONES EMOCIONALES

Variable	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
¿Cuál es el sentimiento que prevalece cuando atiende a una persona infectada? ítem No. 27	Tristeza	4	20
	Satisfacción	1	5
	Comprensión	3	15
	Impotencia	1	5
	De ayuda	7	35
	Paternalista	1	5
	Ambivalencia	3	15
¿Este sentimiento varía dependiendo de la etapa de infección en que está la persona?	Si	9	45
	No	11	55
¿Que paciente le genera mayor ansiedad? ítem No. 29	Los que tienen mucha carga emocional	5	25
	Los pacientes con síntomas y terminales	6	30
	El preocupado sano	2	10
	Ninguno	2	10
	Los niños	1	5
	Los que no tienen servicio médico	1	5
	Los que tienen problemas psiquiátricos	2	10
	Los que creen que tu tienes que hacer todo	1	5

Tabla 8. REACCIONES EMOCIONALES (Cont.)

Variable	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
¿Cómo le hace sentir el tema del SIDA? ítem No. 33	Es algo cotidiano y normal	3	15
	Me interesa	6	30
	Coraje, miedo, tristeza...	3	15
	Es un compromiso de todos	1	5
	Hay cosas que manejo bien y otras no	2	10
	A cambiado mi concepción	4	20
	No se	1	5
¿Cuáles son sus principales reacciones emocionales ante el paciente infectado? ítem No. 43	Tristeza	2	10
	Compasión	1	5
	Coraje	2	10
	Satisfacción	2	10
	Impotencia	3	15
	De ayuda	3	15
	Ambivalencia	5	25
	Depende de la persona	1	5
Ninguno	1	5	
¿Cuáles son sus principales miedos? ítem No. 44	Ninguno	4	20
	Que yo o mi familia nos infectemos	6	30
	No poder ayudar al paciente	8	40
	Que no se cuide el paciente	1	5
	El morir aterrado o insatisfecho	1	5
¿Qué le despierta mayor ansiedad? ítem No. 45	Nada	3	15
	No poder ayudar al paciente	4	20
	Que el paciente no haga nada para salir	3	15
	El dolor	2	10
	Mi impotencia ante la agudeza emocional	3	15
	Que se expongan a la infección	2	10
	Mi relación de pareja	1	5
	Que me pueda pasar lo mismo	1	5
La soledad en que viven los pacientes	1	5	
¿Qué le proporciona mayor satisfacción? ítem No. 46	Verlos acabados y que se recuperen	4	20
	Que la persona maneje sus problemas	5	25
	La gente motivada a seguir adelante	3	15
	El trabajo con los pacientes infectados	3	15
	Los reforzadores profesionales	2	10
	Todo lo que me da la vida	1	5
	La sonrisa de los pacientes	1	5
	Cuando los veo en la calle y no me saludan	1	5