



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

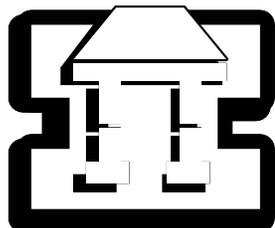
LAS TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES COMO
APOYO PSICOLÓGICO A PACIENTES CON VIH/SIDA

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
R O S A L I A A L V A R E Z L Ó P E Z

COMISIÓN DICTAMINADORA:

MTRA. NORMA COFFIN CABRERA
LIC. MARÍA DE LOURDES JIMÉNEZ RENTERÍA
LIC. CLARA BEJAR NAVA





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a Dios, por permitirme cumplir este sueño

A mi madre, la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, por permitir reformar parte de la institución, por formar a una profesional y enseñarme sus valores. Gracias.

A mis abuelos Norma L y Ray Clara por su dedicación y dedicación al proyecto

A ti mamá por ser mi mentor, mi apoyo y guía. Gracias por darme vida, por tenerme paciencia y por tu dedicación que ha estado aquí, este trabajo es el reflejo de tu esfuerzo por hacer de mí una profesional. Eres una gran mujer, y no tengo con qué pagar todo lo que me has dado, no te voy a poder pagar. Te quiero mucho.

A ti papá por apoyarme y darme tu cariño. Gracias por estar conmigo siempre en lo bueno y también en los momentos malos. Gracias por ser mi papá y darme la extensión de la vida. Te quiero mucho, por darme este trabajo.

A todos, por que sin su apoyo no habría podido llegar hasta aquí. Gracias por impulsarme a dar mi vida y levantarme cuando necesité. A ustedes mi admiración, respeto y T O D O M I A M O R .

A Sandy, mi hermana y amigos incondicionales por su apoyo y cariño, y mi pequeño Diego por llenarme de vida con carcajadas.

A mis tías, que siempre me apoyaron y estuvieron conmigo aunque sea de lejos, las que o

A toda mi familia, mi abuela Celia, mis tíos y primos que quieren y me quieren, a todos por ser parte de mi vida.

A Sofi, Trini y Salvador, que están en el cielo pero sé que desde allí me apoyan y están felices. Siempre los voy a amar.

A ti, en donde estás, por que llegaste en un momento preciso, me apoyaste durante la carrera y aún después, estuviste cuando necesité. Por compartir tantas cosas, por tu tiempo, tu espacio y tu amor, gracias. Te quiero mucho y nunca te voy a olvidar.

A todos mis amigos por compartir conmigo el camino de la vida. Por darme ánimo, por darme la mano. Además, Jaime y Javier, gracias por sus palabras, su compañía, sus consejos y su cariño.

ÍNDICE

Resumen	5
Introducción	6
CAPÍTULO 1. ¿QUÉ ES EL SIDA?	9
1.1 Antecedentes Históricos	9
1.2 Características del VIH	13
1.2.1 Tipos de VIH	14
1.2.2 ¿Cómo actúa el virus?	17
1.3 Formas de contagio y prevención	18
1.4 Fases de la infección	24
1.5 Detección y diagnóstico	27
1.6 Situación actual del VIH/SIDA en México	28
1.7 Instituciones de apoyo a personas con VIH/SIDA	31
CAPÍTULO 2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE CON VIH/SIDA	33
2.1 Impacto ante la seropositividad	33
2.2 El paciente después del diagnóstico	35
2.3 Reacciones psicológicas en el proceso de la infección por VIH	38
2.3.1 Ansiedad	38
2.3.2 Estrés	39
2.3.3 Delirium por VIH	41
2.3.4 Demencia asociada al VIH	42
2.3.5 Depresión	42
2.3.6 Suicidio	47
2.4 Influencia de los factores psicológicos en el curso de la infección por VIH	48
2.5 Terapias Cognitivo-Conductuales a pacientes con VIH/SIDA	49
2.5.1 Terapia racional-emotiva	50
2.5.2 Terapia cognitiva de Beck	51
2.5.3 Inoculación de estrés	54
2.5.4 Entrenamiento asertivo	55
2.5.5 Autocontrol	56
2.5.6 Detención del pensamiento	56
2.5.7 Relajación	57

	4
CAPÍTULO 3. EL APOYO PSICOLÓGICO AL PACIENTE CON VIH/SIDA	58
3.1 Intervención de la psicología de la salud en la infección por VIH/SIDA	60
3.2 Los fármacos y su reacción en el paciente	64
3.3 Propuesta de programa de intervención psicológica en pacientes con VIH/SIDA	66
CONCLUSIÓN	76
APÉNDICES	78
BIBLIOGRAFÍA	117

RESUMEN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) para la psicología, se presenta como un fenómeno complejo, conformado por la interrelación de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Por lo que es necesario que los pacientes con VIH/SIDA cuenten con un tratamiento que atienda estos aspectos, es decir, que cuente con atención multidisciplinaria.

El objetivo del presente trabajo, es realizar una revisión bibliográfica acerca del VIH/SIDA, los aspectos psicológicos del paciente y las principales técnicas cognitivo-conductuales utilizadas para éste caso, para posteriormente, proponer un programa de apoyo psicológico que considere el tratamiento de posibles trastornos durante el proceso de la enfermedad en el paciente con VIH/SIDA. Este programa estará basado en la teoría y técnicas cognitivo-conductuales, las cuales se enfocan en el tratamiento y modificación de pensamientos.

Durante la revisión bibliográfica, el lector podrá encontrar también aspectos médicos del VIH/SIDA, ya que es información que resulta importante para una intervención psicológica eficaz.

Se hace especial hincapié en la importancia del trabajo del psicólogo de la salud para el tratamiento de los pacientes, ya que se ha descubierto que la parte psicológica del paciente, juega un papel importante en la adherencia al tratamiento médico.

Se concluye que la intervención psicológica en pacientes con VIH/SIDA está enfocada a proporcionar al paciente herramientas para hacer frente a las situaciones que se aproximan, así mismo, atender los problemas específicos que presente cada paciente.

El tratamiento del VIH/SIDA en todos sus aspectos, es una tarea que los profesionales de la salud deben realizar para garantizar al enfermo el respeto de sus derechos humanos, y para ello, debe existir una estrecha colaboración entre todo el equipo multidisciplinario, cumpliendo todo lo anterior, entonces podremos brindar una óptima calidad de vida, que finalmente es el objetivo de este apoyo.

INTRODUCCIÓN

La Psicología de la salud, de acuerdo a la definición de Matarazzo (1980, en: Phares, 1999), es el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología para el fenómeno y preservación de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, así como la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas.

Esta rama de la psicología clínica brinda un apoyo al paciente, como se mencionó anteriormente, en la prevención y ya en el tratamiento de la enfermedad. El tratamiento adecuado, debe estar basado en las causas de ésta, es decir, qué está provocando el malestar del paciente, los factores que están afectando, o cómo es que la está enfrentando.

En específico, trataremos la enfermedad del VIH/SIDA. Cuando el doctor Luc Montaigner hizo los primeros registros del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en 1983, no se imaginó que tal infección se podría convertir en lo que hoy conocemos como una de las pandemias más graves que se hayan dado nunca.

Debido a la complejidad de la enfermedad, el trabajo multidisciplinario con los pacientes se ha hecho indispensable. Sobre esto, Ponce y Rangel (2000) comentan que aún dentro de los hospitales, las distintas especialidades deben hacer un frente común que permita al paciente integrar los conocimientos pertinentes, entender la magnitud del trastorno, así como tener el espacio para expresar sus angustias y temores; si éstos no son manejados de manera apropiada, producirán un efecto negativo para el cumplimiento terapéutico, así como para la alianza de trabajo médico-paciente, y por lo tanto para la evolución misma del padecimiento.

Queda claro que el trabajo del profesional de la salud en el campo específico de esta enfermedad, en un principio es evitar la propagación del virus, difundiendo información verídica sobre las formas de contagio; posteriormente, el trabajo consiste en la asistencia al paciente en todos los aspectos necesarios y brindarle las herramientas para el afrontamiento de la enfermedad. La evolución de la enfermedad en el paciente y su calidad de vida, dependerá de que él mismo aprenda a controlar situaciones de estrés y sea capaz de desarrollar actividades para cuidar su salud.

Este apoyo debe tener tres objetivos en particular:

- 1) APOYO INFORMATIVO. Este consiste en ayudar al paciente a comprender la enfermedad y todo lo que tiene que ver con ella, así mismo hacerle saber las actividades que puede realizar para mejorar su situación.
- 2) APOYO INSTRUMENTAL. Es necesario apoyar al paciente dándole herramientas para realizar tareas sociales sin que sus problemas físicos sean un obstáculo.
- 3) APOYO EMOCIONAL. Este es el apoyo que el paciente necesita para hacer frente a las posibles perturbaciones emocionales que se puedan presentar durante la enfermedad, y de esta forma incrementar su autoestima.

Existen investigaciones que descubren y ponen de manifiesto la interacción de las variables psicológicas en la respuesta del sistema inmunológico, las cuales afectan directamente la evolución de la infección por VIH. En especial los efectos de determinadas reacciones psicológicas como la ansiedad y la depresión en la producción del número de CD4, que son los linfocitos encargados del funcionamiento del sistema defensivo contra la reproducción del VIH. Lo que nos permite suponer que con la detección e intervención temprana de trastornos psicológicos en el paciente con VIH/SIDA, es posible evitar efectos negativos en el sistema inmunológico del paciente.

La idea del apoyo psicológico, principalmente se dirige al paciente con VIH/SIDA, sin embargo, sería ideal que la información médica de la enfermedad y sus implicaciones psicológicas, también sean del conocimiento de los familiares y amigos del paciente, para poder brindarle un ambiente de apoyo mientras culmina el proceso lo más adaptativo posible.

Con la presente tesina, se pretende dar una visión general sobre el VIH/SIDA, pero sobre todo, hacer énfasis en este apoyo psicológico, que como ya se mencionó, resulta de gran importancia en la evolución de la enfermedad.

El apoyo que se propone está basado en las técnicas cognitivo-conductuales, ya que por medio de éstas, podremos modificar los pensamientos erróneos del paciente y por lo tanto cambiar su actitud ante la enfermedad, todo esto propiciará una mejor calidad de vida para el paciente y para sus familiares y amigos.

Por todo lo anterior, es importante que el psicólogo esté preparado con las herramientas necesarias para enfrentar las diferentes situaciones por las que pasan los pacientes con VIH/SIDA, es deber del profesional, contar con la información y las opciones de tratamiento y apoyo al paciente para lograr el control y el desarrollo individual de éste.

En el primer capítulo abordaremos información general sobre el VIH/SIDA, las diferencias entre éstas así como una breve historia sobre la aparición de la enfermedad y su situación actual en nuestro país. En el capítulo dos se tratarán específicamente los aspectos psicológicos del paciente y las técnicas utilizadas en estos casos; y por último, en el capítulo tercero se realizará la propuesta del apoyo psicológico a los pacientes con VIH/SIDA.

CAPÍTULO 1.

¿QUÉ ES EL SIDA?

De forma concreta, podemos decir que el SIDA es una enfermedad causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), que se instala en las células y permanece allí por años antes de manifestarse, razón por la cual el individuo infectado puede transmitir el virus sin darse cuenta. La característica principal del SIDA es la incapacidad del sistema inmunológico para proteger al cuerpo de las infecciones (Díaz-Loving y Torres, 1999).

Pero esta enfermedad tiene antecedentes que veremos a continuación.

1.1. Antecedentes Históricos.

Los primeros casos de SIDA descubiertos en Europa, ocasionaron diferentes reacciones en las esferas sanitarias; muchos profesionales respondieron con un exagerado alarmismo que inclusive llegó a situaciones de histeria general, otros tomaron este mal con cierta tendencia publicitaria sensacionalista y algunos manifestaron reacciones extremadamente escépticas, con actitudes anulativas que impedían impulsar un plan de investigación sobre esta grave enfermedad (Sandner, 1990).

Y, aunque no se puede hablar de una fecha exacta en la que aparece el SIDA, podemos construir una cronología de la evolución de la enfermedad, a partir de los primeros informes médicos acerca del tema.

En el año de 1979, empezaban a aparecer casos de una rara enfermedad, pero fue hasta el invierno de 1980 cuando en la ciudad de Los Ángeles, se detecta una afección que llamó poderosamente la atención de los médicos, ya que se presentaba curiosamente sólo en varones homosexuales.

Fue el doctor Michell Gottlieb, inmunólogo de la Universidad de California y científico del Centro de Control de Enfermedades (C.D.C.) en Atlanta, quien

describió esta rara enfermedad, que era capaz de aniquilar el mecanismo de defensa del individuo homosexual previamente sano, y de iniciar el desarrollo de infecciones secundarias y cáncer que los llevaba a la muerte (los pacientes presentaban una neumonía causada por el hongo *Pneumocystis carinii*).

Por otro lado, en New York, el doctor Alvin Friedman-kien, descubrió a un paciente que presentaba *Sarcoma Kaposi*, que es un cáncer de origen Mediterráneo que no solía presentarse en personas jóvenes.

Lo que habían descubierto los médicos, les hizo pensar que se trataba de alguna enfermedad relacionada con alguna deficiencia de la inmunidad, posteriormente con estudios de laboratorio, se comprobó que había un daño en los glóbulos blancos de los pacientes.

Conforme pasaba el tiempo, los casos comenzaron a aumentar, y no solamente en pacientes homosexuales, ahora también había mujeres y hombres drogadictos que presentaban los mismos síntomas.

Es en el año de 1982, después de múltiples estudios y de discutirlo entre los médicos del C.D.C. en Atlanta, se decide llamar a la enfermedad *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)*, nombre aprobado por las autoridades en salud de diferentes países y por la Organización Mundial de la Salud (OMS), definiéndola como aquella enfermedad caracterizada por infecciones oportunistas y enfermedades malignas en pacientes sin una causa conocida para inmunodeficiencia.

Para 1983, el Doctor Luc Montagnier, con un equipo de investigadores en el Instituto Pasteur en París, logra el aislamiento del retrovirus causal del SIDA, estudiando el ganglio de un paciente de 33 años, le denominan Virus Asociado a la Linfadenopatía (LAV), sin embargo el paciente no presentaba los síntomas del SIDA. Un año más tarde, en 1984, otros investigadores, dirigidos por el Doctor Gallo, comunican el clonaje de éste virus denominado HTLV-III (Virus Leucémico de las Células T).

En 1985, se llevan acabo estudios para detectar anticuerpos contra el virus por medio de técnicas inmunoserológicas; y en 1986, el Comité Internacional sobre Taxonomía de Virus, denomina a éste retrovirus como Virus de Inmunodeficiencia Humana (**VIH**).

Al siguiente año, se descubre un segundo retrovirus que produce la misma inmunodepresión, éste virus es denominado Virus de Inmunodeficiencia Humana-2 (VIH-2), y al virus descubierto por el Doctor Luc Montagnier en 1983 se le denominó Virus de Inmunodeficiencia Humana-1 (VIH-1).

Existen muchas especulaciones acerca del origen del SIDA, la explicación más aceptada por la mayoría de la comunidad científica, dice que el virus proviene del África Subsahariana, y que es en África Central donde empezó la epidemia para después extenderse al resto del mundo. Se conocían virus parecidos al VIH en los animales, como el virus de la inmunodeficiencia simia (VIS), que causaba una enfermedad similar a la del SIDA en monos. El virus pudo haber saltado y mutado al ser humano por medio de algún rasguño o mordida del animal, y así pudo haber comenzado la epidemia.

En África, entre 1981 y 1983, se registraron especialmente en Ruanda, Tanzania, Uganda, Zaire y Zambia, epidemias clínicas de enfermedades crónicas y mortales como la meningitis criptocócica, Sarcoma Kaposi progresivo y candidiasis del esófago. La primera muestra de sangre obtenida en África, en la cual se encontró el VIH pertenece a un posible paciente con SIDA en Zaire, testeado con relación al brote, ocurrido en 1976, del virus Èbola.

Por otra parte, datos serológicos han sugerido la presencia de infección por VIH en Zaire desde 1959. Otros investigadores han detectado evidencia de VIH en tejidos de un marinero que falleció en Manchester, Inglaterra, en 1959.

El VIH se transformó en epidemia 20 ó 30 años después, quizás como consecuencia de las migraciones de zonas rurales a centros urbanos de países desarrollados, de individuos jóvenes, pobres y sexualmente activos, con el consiguiente retorno a su zona de origen e internacionalmente, como

consecuencia de guerras civiles, turismo, viajes de negocios y tráfico de drogas (Cogusida, 2005).

A partir de todas las investigaciones, y después de establecer que el virus puede ser contagiado vía sanguínea y sexual, se inician fuertes campañas de prevención en diferentes países. Conferencias, informes y programas sobre SIDA se llevaron a cabo durante los siguientes años, dándole a la enfermedad la relevancia que tiene hoy en día.

En México, el primer caso de SIDA se diagnosticó en el año de 1983, se trataba de un varón de origen haitiano, quien fue atendido en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". Durante ese año, se notificó a la Dirección General de Epidemiología, de la Secretaría de Salud, sobre otros cinco casos de SIDA en varones, con lo cual el número total informado ese año fue de seis pacientes. Según lo anterior, y al saber que el tiempo que transcurre entre la infección por el VIH y el desarrollo del SIDA es en promedio de unos 10 años, puede afirmarse que el virus de la inmunodeficiencia humana fue introducido a México en el decenio de 1970 (Ponce y Rangel, 2000).

En 1985, se inicia en los bancos de sangre la utilización de pruebas serológicas en donadores, lo que permitió determinar la magnitud de la infección. En mayo de 1986, se publica la ley que establece la obligación de practicar pruebas en todos los donadores de sangre.

El Consejo de Salubridad General, crea en ese mismo año el Comité Nacional de Prevención del SIDA, cuyo objetivo era evaluar la situación nacional en lo concerniente al SIDA y a la infección por VIH; se establecieron criterios para su diagnóstico, prevención y control, coordinando la implantación y evaluación de normas, pautas y actividades de control adecuadas al país. Este comité evolucionó y se convirtió en un organismo descentralizado de la Secretaría de Salud y en agosto de 1988 se crea el Consejo nacional para la prevención del SIDA (CONASIDA); así el SIDA se convierte en una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica (Díaz-Loving y Torres, 1999).

Desde el inicio de la epidemia hasta el 1 de noviembre del año 2003, en México se han registrado de manera acumulada 71,526 casos de SIDA. Se calcula que, existen entre 116 y 177 mil personas infectadas por el VIH en el grupo de 15-49 años, con una estimación media de 150 mil, de la que se obtiene un estimado de la prevalencia de personas viviendo con VIH/SIDA en este grupo poblacional, la cual asciende a 0.3%.

Como vemos, la preocupación por el aumento de los casos de SIDA no sólo en México, sino en el mundo, ha hecho que la sociedad preste atención al tema y se trabaje en la creación de instituciones para el apoyo e investigación de la enfermedad. Mediante los estudios hechos a esta pandemia, se ha logrado determinar la constitución del virus, su evolución y por supuesto las formas de transmisión, a continuación se abordarán estos temas.

1.2. Características del VIH.

Como ya vimos, el SIDA es causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), posteriormente veremos que el SIDA es la última fase de la infección por VIH.

El VIH pertenece a la familia de los retrovirus, esto significa que en lugar de almacenar su información genética en el ADN (Ácido Desoxiribonucleico), como los otros virus, la almacena en el ARN (Ácido Ribonucleico). Es un organismo muy pequeño, mide aproximadamente 0.00001mm, tiene un núcleo y una serie de envolturas, receptores y factores para su replicación, que le diferencian de otros retrovirus. El núcleo del virus lleva el material genético del mismo que contiene la información esencial que el VIH necesita.

El VIH, utiliza para su replicación una serie de enzimas (que son sustancias que produce el virus para su correcto funcionamiento) llamadas transcriptasa inversa y proteasa, entre otras. En la envoltura del VIH, hay una serie de receptores que le permiten interaccionar con las células del cuerpo humano y penetrar en el interior de las mismas. Las células elegidas por el VIH para ser

destruidas son las células de la defensa humana, las células CD4. El VIH también penetra al interior de otro tipo de células, un tipo de glóbulo blanco llamado macrófago.

Una vez dentro de la célula, el VIH incorpora su material genético al núcleo de la célula de defensa e inhibe a ésta el control de su actividad. De ésta forma, la célula de la defensa queda totalmente a merced de las instrucciones del virus. El VIH utiliza el interior de la célula infectada como base de operaciones, y utiliza la maquinaria de la célula para crecer y reproducirse. Cuando ha conseguido replicarse en un número apropiado, el virus y todos sus descendientes salen de la célula, matándola en esta salida final. Una vez fuera, los nuevos virus buscan más células a las que infecta y luego destruye (Del Amo, 1999).

El VIH como retrovirus, pertenece a su vez, a la familia de los *Lentivirus*, los cuales se caracterizan por ser muy lentos en su actuar, y por lo tanto, las manifestaciones en el cuerpo por este virus se presentan mucho tiempo después de haber sido adquirido.

La capa externa del VIH es muy frágil, esto hace que fuera del cuerpo y fuera de la célula, éste se inactive fácilmente. A pesar de lo anterior, el virus es fuertemente resistente a los fármacos cuando esta dentro del cuerpo. Esto sucede porque puede reproducir un componente clave de la maquinaria genérica de su célula huésped. Este fenómeno es el que acelera la reproducción del virus, proceso que finalmente permite la destrucción del sistema inmunológico del cuerpo y aparece el SIDA.

1.2.1. Tipos de VIH.

Existen dos tipos de VIH, el VIH-1 y el VIH-2, el primero es el virus que se presenta con mayor frecuencia, y por lo tanto, el responsable de la epidemia mundial de SIDA. Ambos pueden producir SIDA, pero las diferencias fundamentales entre ambos tipos de virus, además de su estructura genética, es su distribución mundial.

El VIH-2 está localizado en áreas muy específicas, como países de la costa occidental de África como Guinea, Senegal y Costa de marfil, otros casos de VIH-2 se presentan en Portugal y en algunos puntos de la costa de la India.

El VIH-2 es menos transmisible o infeccioso que el VIH-1, y también tarda más en lesionar el sistema inmune y causar enfermedad. Un grupo de científicos, realizó un estudio en Senegal para saber si de alguna forma, el VIH-2 servía como vacuna contra el VIH-1. Los resultados mostraron que el VIH-2 puede proteger de la infección por VIH-1, pero no en todos los casos, ya que hay personas que se encuentran infectadas por ambos tipos de virus al mismo tiempo.

Ahora bien, dentro del VIH-1, pueden existir variaciones, es decir, sabemos que el virus dentro del cuerpo está replicándose constantemente, esto puede hacer que se cometan errores, que hacen que las copias no sean exactamente iguales, lo que se llama "mutación". Algunas de estas mutaciones pueden sobrevivir y reproducirse, pero otras de ellas pueden estar defectuosas y morir (Del Amo, 1999).

Aquí es muy importante mencionar un dato que recientemente surgió alrededor del VIH/SIDA. Según un comunicado de CENSIDA, fechado el 15 de febrero del 2005, se detectó una nueva cepa del virus multiresistente a los antirretrovirales. En los medios de comunicación se informó de la existencia de un nuevo virus de la inmunodeficiencia humana al cual se le denominó "**Megavirus**", que es más agresivo y resistente que el VIH-1 que ya mencionamos y describimos anteriormente. El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA estableció las siguientes observaciones:

1. Se identificó un caso de VIH/SIDA rápidamente progresivo, dado a conocer por el Departamento de Salud e Higiene Mental de Nueva York, en el que se identificó una cepa de VIH-1 resistente a la mayor parte de los antirretrovirales actualmente disponibles, no significa la aparición de un nuevo virus causante del SIDA. Constituye, sí, un pronunciamiento de

política pública para alertar sobre la importancia de darle mayor divulgación a la existencia de cepas del VIH multirresistentes a la acción de los fármacos antirretrovirales. De acuerdo a la opinión de los expertos, aún es muy pronto para saber qué impacto puede tener la identificación de este caso en el curso de la epidemia.

2. El reconocimiento público de la rápida progresión del SIDA en el caso señalado, así como la multirresistencia de la cepa analizada, revelan un dato ya conocido: que los medicamentos antirretrovirales no curan la inmunodeficiencia adquirida; si bien retrasan el deterioro del sistema inmunológico y mejoran la calidad de vida, la evolución de la enfermedad también depende de características propias de cada paciente.
3. Como en otras enfermedades infecciosas, existen factores por los cuales, las bacterias y los virus se vuelven resistentes a los fármacos que se utilizan contra ellos. En el caso del VIH la causa más importante de la resistencia a los fármacos son los tratamientos inadecuados, por combinaciones que no son correctas, dosis inapropiadas, suspensión del tratamiento por parte del paciente o del mismo médico, e incluso por tratamientos prolongados.
4. Existen estudios realizados en otros países y en México de pacientes que no han recibido ningún tratamiento antirretroviral y sin embargo poseen virus con resistencia a varios de los antirretrovirales disponibles; evidentemente el tratamiento de ellos resulta más complicado y de mayor costo. El año pasado el Instituto Nacional de la Nutrición, en colaboración con la Organización Mundial de Salud, realizó un estudio en pacientes con VIH/SIDA que no habían recibido tratamiento previo, encontrando resistencia a algunos fármacos en un 13%.
5. La identificación de cepas resistentes, enfatiza la importancia de la prevención y el uso sistemático del condón, especialmente en personas que viven con VIH/SIDA, independientemente de que estén tomando o no

antirretrovirales, con el objetivo, no solamente de limitar la circulación de cepas resistentes, sino también para evitar la reinfección y ejercer la sexualidad de manera segura y protegida. Sin duda, el uso del condón debe extenderse como una práctica ordinaria en toda la población, independientemente de su estatus serológico, sexo o preferencia sexual

Como podemos ver, el VIH no sólo evoluciona al SIDA, sino que ahora se han detectado casos de una nueva cepa resistente a los medicamentos. Esta situación pone en alerta tanto a los médicos como a la población infectada. Todo lo anterior pone de manifiesto la importancia de la información acerca del tema del VIH/SIDA, todo lo que concierne a él, formas de contagio, prevención, etc. Pero, ¿cómo es que actúa el virus dentro del cuerpo?

1.2.2. ¿Cómo actúa el virus?

El VIH ingresa al organismo a través de la sangre, el semen y los fluidos vaginales, como lo veremos más adelante, y una vez incorporado ataca el sistema inmunológico. Este sistema está constituido por un conjunto de componentes que incluyen células, anticuerpos y sustancias circulantes que enfrenta a todo elemento que sea reconocido como ajeno o extraño. Esto sucede, especialmente con los agentes infecciosos como bacterias, hongos, virus y parásitos.

Frente a la presencia de agentes infecciosos, el sistema inmunológico moviliza células llamadas linfocitos para defenderse. Los linfocitos, al ser invadidos por el virus VIH pierden su capacidad para reconocer y enfrentar a los agentes extraños, los que aprovechan la oportunidad de esta caída de la vigilancia inmunológica para proliferar.

Para multiplicarse, el virus pone en funcionamiento un mecanismo específico de los retrovirus, por el cual copia su genoma (conjunto de información genética de un ser vivo) de ARN, en el ADN de la célula. La presencia del virus estimula la actividad reproductiva de los linfocitos, pero dado que tienen copiado el genoma del VIH, en vez de reproducirse, multiplican células virales.

A medida que el virus se reproduce, el organismo se hace cada vez más vulnerable ante enfermedades, contra las cuales, en situación normal, puede defenderse. A estas enfermedades se les denomina enfermedades oportunistas. La caída de las defensas no es masiva y uniforme, sino que permite con mayor probabilidad la aparición de ciertas enfermedades: infecciones (las más frecuentes son las pulmonares, y también otras producidas por diversos virus, bacterias, hongos y parásitos), y distintos tipos de cáncer (los más comunes son lo que afectan la piel y los ganglios linfáticos).

Uno de los indicadores más evidentes del avance de la infección y del desarrollo del SIDA, es la aparición de estas "enfermedades oportunistas". Estas enfermedades marcan la presencia y evolución de la infección. A ellas se suman los efectos directos del virus en el organismo, que incluyen, entre otros, trastornos del sistema nervioso y del aparato digestivo. Cuando el portador del VIH desarrolla este conjunto de afecciones se le considera enfermo de SIDA.

Puede suceder que el virus entre en el cuerpo humano y permanezca "en reposo" dentro de los linfocitos, por lo tanto el paciente permanece asintomático, sin embargo es capaz de contagiar el virus aún sin saber que es portador.

1.3. Formas de contagio y prevención.

Como ya se mencionó, el VIH se encuentra en todos los líquidos y secreciones corporales en forma libre y en células infectadas. Martínez (1997), nos presenta una lista de los fluidos que contienen el VIH en una persona ya infectada:

En hombres:

Líquido preeyaculatorio.

Líquido eyaculatorio

En mujeres:

Fluidos vaginales.

Líquido eyaculatorio.

Sangre menstrual.

Líquido amniótico.

Leche materna.

En ambos sexos, independientemente de su edad:

En la sangre.

En el líquido pericárdico.

Líquido cefalorraquídeo.

Líquido peritoneal.

Líquido pleural.

Líquido sinovial.

Por lo anterior, podemos decir que, cuando exista el contacto con alguno de los fluidos mencionados de una persona infectada, el individuo se encuentra entonces en riesgo de contraer el VIH. Para poder saber si se está infectado o no, también se han creado pruebas específicas que permiten diagnosticar al paciente.

A partir de 1985, se contó con métodos de diagnóstico serológico, determinación de anticuerpos mediante ELISA, Western blot y cultivo del virus, y con ellos fue posible evaluar las vías de transmisión. En la actualidad, se acepta que existen tres modos primarios de transmisión: contacto sexual, exposición a sangre y de madre a hijo.

En México, como en el resto del mundo, las características de la epidemia han cambiado con el transcurso de los años. A pesar de la considerable disminución de casos asociados a transfusión sanguínea, se ha incrementado la población de mujeres infectadas, sobre todo como resultado de transmisión heterosexual (Ponce y Rangel, 2000).

Para que haya una transmisión, es necesario que los fluidos contaminados con el virus encuentren una vía de acceso para entrar al huésped. A continuación se describirán las formas específicas de transmisión del VIH/SIDA.

Transmisión sexual.

Realizar prácticas sexuales de riesgo, constituye la principal forma de contagio del VIH/SIDA. Las prácticas sexuales de riesgo, son aquellas en donde no se utiliza protección, por lo tanto se realiza el intercambio de fluidos sexuales que contienen el virus, por este medio, el VIH encuentra la vía de entrada al nuevo huésped.

Ponce y Rangel (2000), mencionan que la práctica sexual con mayor riesgo de transmisión, es el contacto anal pasivo homosexual o heterosexual sin protección.

La transmisión a través de la saliva por contacto oral-oral y oral-genital, es muy baja, ya que en la saliva de las personas infectadas, el virus se encuentra en muy bajas concentraciones. El riesgo puede existir cuando existen en la boca úlceras, o alguna otra herida, ya que funcionaría como entrada para el virus. La presencia de úlceras genitales, también puede aumentar la capacidad de infección del individuo, porque existe mayor excreción viral en el aparato genital. Muma y Lyons (2000), mencionan como prácticas sexuales de riesgo (esto independientemente de la orientación sexual del individuo), el *anilingus*, *cunilingus* y *felatio*.

El contagio por esta vía, está relacionado con el número de contactos sexuales con desconocidos y relaciones anales activas y receptoras (Gatell, Clotet, Podzamozer, Miró y Mallolas, 1998)

Transmisión sanguínea.

Al realizarse una transfusión de sangre contaminada por VIH/SIDA, hay una probabilidad de 100% de contagio, al igual que con otros productos sanguíneos como el plasma, plaquetas y eritrocitos. Por lo tanto, al llevarse a cabo un transplante de órganos, en donde queda expuesta la sangre, también existen muchas probabilidades de contagio. Gatell, Clotet, Podzamozer, Miró y Mallolas (1998), describen el contagio del VIH después de un transplante renal, hepático, cardíaco, pancreático y óseo, principalmente.

Los autores mencionan que el riesgo en la transfusión sanguínea es proporcional al número de transfusiones.

Transmisión por inyecciones.

Otra forma de contagio, es el uso de drogas intravenosas, al compartir agujas y jeringas contaminadas. Por lo que los usuarios de estas drogas, se convierten en un grupo de riesgo, ya que tienen posibilidades de rápida diseminación de la infección. Además del tiempo de adicción y el consumo en lugares de riesgo elevado como las cárceles, una clase social baja y la marginalidad también son factores de riesgo.

La realización de tatuajes y perforaciones con material infectado, no esterilizado, también se convierte en un riesgo de contagio.

Transmisión perinatal.

Existe la transmisión directa del VIH/SIDA a través de la madre al hijo, durante la gestación o el parto, y en el periodo post-parto, a través de la leche materna.

Estudios prospectivos de mujeres embarazadas infectadas con VIH, mostraron que la transmisión del virus de madre a feto o neonato ocurría con menor frecuencia de lo esperado, y era tan errática que incluso se encontraron casos de gemelos en los que uno de los niños estaba infectado y el otro no. Por otra parte, algunos niños, al parecer “depuran” el virus, pues mediante la reacción en cadena de la polimerasa se han encontrado anticuerpos contra VIH (Ponce y Rangel, 2000).

En cuanto a la transmisión por la leche materna, se han observado claramente casos de contagio durante la lactancia, aunque no se ha encontrado relación entre la presencia de VIH en la leche materna o la duración de la alimentación al seno materno y la transmisión del VIH.

Riesgos de los trabajadores de la salud.

La exposición a sangre y fluidos líquidos corporales contaminados, a través de membranas mucosas y la piel, ponen a los trabajadores de la salud en riesgo de contagio del VIH/SIDA.

Es por ello, que en los hospitales se toman medidas de seguridad, como el uso doble de guantes durante cirugía y el extremo cuidado con el uso de instrumentos punzo-cortantes, la esterilización de éstos, para reducir las posibilidades de accidentes.

Por otro lado, existen conductas que aunque se realicen con personas infectadas con el virus, no constituyen un riesgo real de contagio. Por ejemplo, el simple contacto casual, como lo es el saludar, estornudar, abrazar, toser, etc., esto es debido a que no se presentan las condiciones para la transmisión. De igual forma el compartir utensilios como vasos, cucharas o platos que hayan usado personas infectadas, no son factores de riesgo. Hasta ahora tampoco hay registros de contagio por piquetes de insectos como los mosquitos.

Ahora sabemos cómo es que se puede infectar una persona con el VIH y cómo NO es posible contagiarse. Sin embargo, es importante mencionar las medidas de prevención que en cada una de las vías de transmisión anteriormente mencionadas, se pueden tomar.

En primer lugar, y por ser la vía de transmisión más común, según las estadísticas de la Secretaría de Salud en México (2003), tenemos la *vía sexual*. En este rubro, se han realizado campañas de prevención por parte de diversas instituciones. Principalmente, promoviendo el “sexo con protección”, o sea, el uso del condón, ya que éste impide el intercambio de fluidos sexuales, al igual que otros implementos de protección como el condón femenino, guantes de látex y diques dentales y dedales. También se promueve el sexo seguro, lo que se refiere a toda aquella práctica que exente la penetración (besos, abrazos y caricias), así como evitar la promiscuidad y las relaciones sexuales ocasionales con personas

desconocidas. Así mismo, la única forma de prevención 100% segura, la abstinencia sexual, o bien el compromiso de fidelidad sexual absoluta con la pareja.

En cuanto a la vía de *transmisión sanguínea*, las alternativas de prevención están enfocadas al correcto análisis de la sangre de donantes, así como el uso de jeringas desechables o, en su defecto, correctamente esterilizadas. En cuanto al trasplante de órganos, también es importante evaluar a los donantes en relación con la infección por VIH y el análisis de anticuerpos, así como preferentemente el conocimiento total entre el donante y el receptor. Y en cuanto a la transmisión por el uso de drogas, tiene que ver con el compartir jeringas infectadas, por lo tanto, es necesario utilizar objetos punzo cortantes de uso exclusivamente personal, y de preferencia esterilizado y/o desinfectado.

La detección temprana de una infección por VIH en la mujer, constituiría la mejor prevención de contagio *perinatal*, pero en el caso de que una mujer infectada se encuentre ya embarazada, las alternativas para evitar un contagio al bebé, se reducen a la interrupción del embarazo, o bien el uso de medicamentos antirretrovirales y de ésta forma, reducir el riesgo de contagio en un 8%. Después del embarazo, el evitar la lactancia, reduce también el riesgo de contagio para el bebé.

Los *trabajadores de la salud*, se pueden encontrar en constante riesgo de una infección por VIH, al trabajar con pacientes enfermos, tanto los doctores como los trabajadores sanitarios. Pero como mencionamos, hay disposiciones especiales en los hospitales, para prevenir contagios accidentales. Por ejemplo, el uso de guantes quirúrgicos, esterilización de instrumentos y/o uso de material desechable. Es necesario también evitar la manipulación de éstos instrumentos después de haber sido utilizados. Especial precaución en áreas quirúrgicas y de urgencias.

La información y educación sobre este tema, son los medios necesarios para poder prevenir la expansión del VIH/SIDA, pero definitivamente es necesario que

tanto la información como la educación, estén acompañados por las actitudes que debemos tomar ante ésta situación, es decir, proteger los derechos y la dignidad de las personas infectadas, esto a través de la NO discriminación.

Ahora bien, ya hablamos de las formas de contagio y prevención del VIH/SIDA, pero es necesario también aclarar que ambos términos no son lo mismo. Hemos dicho que cuando mencionamos el VIH, se trata del Virus de Inmunodeficiencia Humana, y el segundo es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, por lo tanto, entendamos que éste último es consecuencia del primero. A continuación la explicación.

1.4. Fases de la infección.

Una vez que el VIH entra en el huésped, comienza una serie de acontecimientos clínicos que determinarán la evolución de la enfermedad. La gran variabilidad de signos y síntomas, creó la necesidad de utilizar un sistema de clasificación de las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Es por ello que en el año de 1986, el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta en EE.UU., clasifica a la infección en cuatro categorías generales o estadios:

INFECCIÓN AGUDA. Estadio que comprende desde el momento de la infección por VIH hasta la aparición de anticuerpos contra el virus. Es una etapa generalmente asintomática que dura aproximadamente entre ocho y doce semanas.

INFECCIÓN ASINTOMÁTICA. Este estadio se caracteriza por la ausencia de signos y síntomas, pero con la presencia de anticuerpos. Generalmente ésta etapa comienza desde la seroconversión (doce semanas después de que el VIH entra al organismo), hasta la aparición de los primeros signos y síntomas asociados a la deficiencia inmunitaria. El periodo puede durar entre cinco y diez años.

LINFADENOPATÍA GENERALIZADA PERSISTENTE. Es la inflamación de los ganglios linfáticos. Las manifestaciones clínicas se deben a que el cuerpo se está defendiendo del VIH.

SIDA. Es el estadio final de la infección por el VIH. Es el periodo donde se presenta un conjunto de manifestaciones clínicas, como máxima expresión de la infección viral, con la presencia de enfermedades oportunistas y/o cánceres como el sarcoma Kaposi.

Existen otras clasificaciones para la infección que, de alguna forma se complementan tratando de explicar el mismo proceso. Fan, Conner y Villarreal (2004), nos presentan una evolución de la infección más actualizada que la anterior establecida por el CDC de Atlanta.

INFECCIÓN PRIMARIA Y PERIODO ASINTOMÁTICO.

Algunas personas infectadas con el VIH, no experimentan síntomas en la infección primaria. Por otro lado, puede suceder que algunos pacientes presenten síntomas leves justo después de la infección pero antes de la seroconversión. Estos síntomas son referidos como agudos y generalmente duran algunos días y después desaparecen. En este periodo, pueden aparecer dos tipos de síntomas agudos:

Linfadenopatía, que es, como ya se mencionó, la inflamación de los ganglios linfáticos y se caracteriza por fiebre y dolor/inflamación de garganta.

Encefalopatía, que es la inflamación del cerebro, por lo que hay debilitación de las funciones cerebrales, dificultad para concentrarse, para recordar, resolver problemas, y pueden presentarse cambios de personalidad.

Se llama periodo asintomático porque durante la fase anterior de la infección, los niveles de VIH en la sangre son detectables al 100%, pero después de esta fase, estos niveles de infección disminuyen al grado de ser prácticamente indetectables. Los pacientes suelen sentirse bien (sin síntomas), pero en el

organismo se esta llevando a cabo la seroconversión. Este periodo puede durar entre 1 y 10 años.

SÍNTOMAS INICIALES DE LA ENFERMEDAD.

En este periodo, se presentan tres clases de síntomas, y los individuos infectados pueden llegar a presentar más de uno de los siguientes síntomas.

Síndrome destructor. Se caracteriza por la pérdida hasta del 10% del peso corporal total, fiebre que causa sudoraciones nocturnas. La pérdida del peso suele ser progresiva, lo que lleva a la destrucción del paciente infectado, y pueden presentarse cuadros de diarrea. Además las altas temperaturas pueden terminar dañando el cerebro.

Síndrome de la linfadenopatía. Particularmente en este síndrome, el crecimiento de los ganglios linfáticos es persistente. Los ganglios de la cabeza y el cuello, las axilas y las ingles, se inflaman aunque generalmente no son dolorosas.

Enfermedad neurológica. La infección del VIH, puede expandirse al cerebro y dañarlo directamente o por medio de otros agentes infecciosos. Además, otras partes del sistema nervioso pueden ser afectadas y causar diferentes síntomas neurológicos como demencia, mielopatía y neuropatía.

DAÑO TOTAL DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO.

El mayor problema de la infección por VIH, es el daño al sistema inmunológico, las dos principales consecuencias de este daño son, la aparición de infecciones oportunistas y la aparición de cánceres. Las personas infectadas, pueden desarrollar ambas cosas, incluso al mismo tiempo, pero, normalmente, las infecciones oportunistas son las causantes de la muerte en el paciente con VIH.

Como vemos, la infección por VIH es un proceso continuo y progresivo, cuando llegan las infecciones oportunistas o el cáncer, podemos hablar de que el SIDA ha

aparecido en el paciente, o bien, que el sistema inmune ha sido destruido por el VIH.

Para poder brindarle al paciente con VIH/SIDA una mejor calidad de vida, sería ideal una detección temprana de la infección, ya que se ha demostrado que de esta forma se pueden obtener mejores resultados con el tratamiento farmacológico.

1.5. Detección y diagnóstico.

Ya se explicó que la infección comienza cuando el virus entra en la sangre, ya que en ese momento comienza en el organismo la producción de anticuerpos que pueden ser detectados en la sangre, esto puede suceder alrededor de los tres meses después de la infección. A éste periodo entre el momento de la infección y el desarrollo suficiente de anticuerpos para ser detectados en la sangre, se le conoce como **periodo de ventana**. Aunque en un primer examen el resultado sea negativo, la persona puede encontrarse ya infectada, pero aún no ha pasado el periodo de ventana.

Con el fin de poder detectar la presencia del virus en la sangre, se han desarrollado diferentes pruebas que utilizan procesos de cultivo y cocultivo del virus, aislamiento de éste, etc. Ello para poder detectar pequeñas cantidades del VIH en etapa temprana en individuos asintomáticos.

Los sistemas de detección temprana que se han desarrollado, pueden ser directos o indirectos. Los primeros consisten en el cultivo y cocultivo del virus, así como la reacción en cadena de la polimerasa (RCP), ésta última también se ocupa para determinar la evolución de la enfermedad. Los sistemas indirectos se pueden considerar como supuestos o confirmatorios. Los supuestos dependen de la detección de anticuerpos específicos, éste es el caso de la prueba de ELISA. Para pruebas confirmatorias se realiza la prueba de inmunofluorescencia indirecta (IFI), y la de Western blot.

Una vez que el paciente ha sido informado de los resultados positivos de la prueba, comienza el proceso médico, en el que debe tomar fármacos y someterse a estudios, chequeos continuos y posiblemente hospitalizaciones, esto dependerá de la evolución de la enfermedad. Por otro lado, el paciente está apunto de enfrentar un choque emocional provocado por el impacto del resultado. Nadie está preparado para recibir una noticia de esta magnitud, incluso, las personas que están seguras de haber contraído el virus, guardan una leve esperanza de recibir un resultado negativo.

Es por lo anterior, que la atención multidisciplinaria se hace indispensable, tanto el apoyo de los diferentes especialistas médicos como un apoyo psicológico le pueden brindar al paciente una buena calidad de vida durante la enfermedad.

Para terminar, a continuación se presenta una visión general acerca de la situación actual del VIH/SIDA en nuestro país, para posteriormente, hablar de todos aquellos aspectos psicológicos relacionados con el paciente infectado.

1.6. Situación actual del VIH/SIDA en México.

El VIH/SIDA se ha considerado una pandemia debido a las estadísticas mundiales que se tienen de los casos existentes. A nivel mundial, en los países de diferentes regiones del mundo, los niveles de infección y las vías de transmisión varían. De ésta forma, y como se mencionó anteriormente, África Subsahariana es la región más afectada, pues concentra casi dos terceras partes de todas las personas viviendo con VIH/SIDA en el mundo, de las cuales más del 55% son mujeres. En ésta región, además ocurren el 75% del total de defunciones mundiales por ésta causa, es decir, 2.3 millones de defunciones. El Caribe es la segunda región más afectada, pues aunque sólo registra el 1% del total de las personas viviendo con VIH/SIDA, cuenta con una prevalencia de 2.3% entre la población adulta, con alrededor de 36,000 defunciones al año.

Las cifras a nivel mundial, según datos de la Organización de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA), señalan la existencia de 39.4 millones de

personas afectadas por esta pandemia, de las cuales 37.2 millones son adultos de 15 años o más y 2.2 millones, menores de 15 años. De este total, 4.9 millones de casos corresponden únicamente al último año (4.3 millones de adultos y 640 mil menores de 15 años). En ese mismo período, fallecieron por SIDA 3.1 millones de personas.

Desde 1983, año en que inició esta epidemia en nuestro país, hasta el 15 de noviembre del año 2004, en el Registro Nacional de Casos de SIDA se han contabilizado en forma acumulada 90,043 casos, de los cuales el 84% son hombres y el 16% son mujeres. ONUSIDA estima que existen en México alrededor de 160,000 personas viviendo con VIH. Estas cifras demuestran que, a diferencia de lo que se observa en el contexto internacional, en México el SIDA tiene mayor incidencia entre la población masculina. Por cada cinco casos acumulados de VIH/SIDA en hombres se ha observado un caso en mujeres. En México la prevalencia es de 0.3% entre la población adulta, que lo ubica en el lugar 77 en el mundo. En la región de América Latina y El Caribe, México ocupa el lugar 23 de 48, es decir, que México se encuentra entre los países con menor prevalencia en la región, muy por debajo de la prevalencia que muestran otras naciones como Brasil, Honduras y Belice. En el caso de México, de cada 100 casos acumulados de VIH/SIDA, 92 se han originado por transmisión sexual, seis por vía sanguínea y dos, vía perinatal. Sin embargo, como resultado de las estrategias impulsadas y de las disposiciones legales implementadas desde 1986, durante los últimos seis años no se han presentado casos con diagnóstico debido a transfusión sanguínea y, además, se han reducido en forma importante los casos perinatales.

De acuerdo con estos datos, en México la principal vía de transmisión del VIH/SIDA es la sexual, y se concentra fundamentalmente en hombres que tienen sexo con hombres. Según cifras preliminares, durante el último año se registraron poco más de 4,700 defunciones por VIH/SIDA en nuestro país, pero se calcula que durante el periodo 1997-2003 se han evitado alrededor de 3,000 defunciones entre la población de 25 a 34 años, pues hoy en día los enfermos de SIDA que reciben tratamiento antirretroviral han recuperado de cinco a ocho años de vida, ganancia que se ha reflejado en cantidad y calidad de vida.

Desde 1997, se observa una disminución importante en la mortalidad de hombres de 25 a 34 años de edad, que constituye el grupo más afectado por esta enfermedad. Actualmente, en el Sector Salud reciben tratamiento antirretroviral 28,600 enfermos de VIH/SIDA, para ello todas las instituciones del Sector Salud, incluyendo los Gobiernos Estatales destinan cierta cantidad para compra de medicamentos antirretrovirales, tanto para aquellos que tienen Seguridad Social, como para aquellos que carecen de la misma .

Sin embargo, para lograr hacer efectivo el acceso universal a medicamentos contra el SIDA, se requiere que los propios pacientes se acerquen, o sus familiares y amigos los acerquen a los servicios especializados que existen en todos los estados del país, con el fin de que un médico especialista los diagnostique, les realicen sus exámenes de laboratorio y los estados notifiquen, de manera confidencial pero documentada, al nivel central de su existencia para que se pueda programar la compra de estos medicamentos y se les hagan llegar de manera oportuna.

En el ANEXO 1, se presenta un cuadro que muestra los casos de personas infectadas por entidad federativa en la República Mexicana, del año 1995 al 2004 en primer lugar, y después, los casos acumulados hasta el 31 de diciembre del 2004. En el ANEXO 2, se muestran los casos acumulados de SIDA según los grupos de población, y por último, en el ANEXO 3 veremos las estadísticas de mortalidad por VIH/SIDA en el año 2003.

En las estadísticas, se puede observar que el mayor número de casos de VIH/SIDA, se concentran en el Distrito Federal y Estado de México, siendo el estado de Aguascalientes el que registra menos casos de personas infectadas. En lo que respecta a la mortalidad por SIDA, el estado de Veracruz cuenta con la mayor cantidad de casos registrados.

En todo el mundo, existen instituciones dedicadas a brindar apoyo de todo tipo a personas que viven con esta enfermedad, y a continuación hablaremos de ellas.

1.7. Instituciones de apoyo a personas con VIH/SIDA.

Hemos visto que es de vital importancia el apoyo multidisciplinario que recibe el paciente con VIH/SIDA. No sólo es en hospitales en donde el paciente puede encontrar apoyo, si bien es cierto que los medicamentos deben ser administrados por personal médico, es importante que el paciente encuentre apoyo externo a los hospitales. Es para ello que se han creado instituciones no gubernamentales que se dedican a brindar un apoyo o guía al enfermo con VIH/SIDA en todos los aspectos. Tanto los pacientes como sus familias pueden acudir a ellos y encontrar apoyo durante el proceso de la enfermedad.

Todas estas instituciones tienen por objetivo principal, el apoyo al paciente con VIH/SIDA. Algunos son grupos de autoayuda, en donde el paciente encontrará personas que viven la misma situación y que se brindan ayuda y apoyo mutuo. Estas instituciones, además de atender a los enfermos, brinda información al público en general, algunas ofrecen talleres de sexualidad y prevención del SIDA. También se brinda asesoría legal, con el fin de atender problemas de discriminación laboral.

Otra labor que realizan algunas instituciones, es la de brindar alimentación, medicinas, hospedaje y compañía a los enfermos, además de visitas domiciliarias en caso de ser solicitadas.

El lector encontrará en el ANEXO 4, un directorio de algunas instituciones ubicadas en el Distrito Federal y Estado de México que se dedican a apoyar a personas infectadas.

La mayoría de estas organizaciones se concentran en servicios educativos, sociales, terapéuticos, legales o médicos (defensa de los derechos humanos, educación para la salud, consejería y apoyo psicológico a personas con SIDA, enfermos y sus familiares, distribución de folletos y preservativos, capacitación científica del equipo de salud, atención de líneas telefónicas de información y prevención). El principal problema que tienen las ONG es su incapacidad para

generar recursos económicos necesarios para desarrollar y concretar programas a mediano y largo plazo.

En 1993, un grupo de profesionales que trabajaban con personas afectadas por el SIDA en el hospital La Paz de Madrid llegaron a la conclusión de que había necesidades críticas para el bienestar de los pacientes que no estaba cubriendo el sistema sanitario (Apoyo Positivo, 2002).

La institución *Apoyo positivo*, en Madrid, nació como un intento por satisfacer dichas necesidades. Debido a las características propias de la infección, el apoyo psicológico fue uno de los objetivos prioritarios. Por otra parte, se desarrolló un plan de atención a los enfermos a domicilio, en los casos en los que la hospitalización no era indispensable. Este apoyo se extendería a la familia del paciente, la cual vive enormes tensiones durante todo el proceso de la enfermedad.

Como vemos, el apoyo que brindan estas organizaciones, resulta de gran ayuda a los pacientes y a sus familias, de diferentes formas, cada una ofrece al paciente tranquilidad y calidad de vida.

En el siguiente capítulo se abordarán los aspectos psicológicos del paciente VIH/SIDA. Cómo es el proceso psicológico a partir del resultado positivo al virus, los trastornos psicológicos que se podrían presentar y las técnicas cognitivo-conductuales que se pueden utilizar en el caso específico de pacientes con VIH/SIDA.

CAPÍTULO 2

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE CON VIH/SIDA

Al hablar de la infección por VIH/SIDA, no sólo debemos tomar en cuenta las cuestiones médicas; es necesario abordar un ámbito que, sobre todo en enfermedades terminales, resulta muy importante en el desarrollo de éstas; se trata de los aspectos psicológicos que están presentes desde un principio de la enfermedad, e incluso desde que se hace necesaria la prueba de detección del VIH. Un resultado positivo a ésta prueba, provoca en el paciente efectos emocionales en el momento, y durante el desarrollo de la enfermedad, se pueden presentar alteraciones psicológicas como depresión, ansiedad o estrés, que finalmente tienen efectos negativos en el tratamiento antirretroviral, lo cual se explicará más adelante.

Durante el presente capítulo, haremos un recuento de todos éstos aspectos psicológicos que presenta el paciente y que pueden ser tratados a través de técnicas cognitivo-conductuales que también mencionaremos.

Debemos recordar que, un paciente que ha contraído el VIH, no siempre llega a desarrollar la enfermedad del SIDA, sin embargo, estos trastornos pueden estar presentes y funcionar como debilitadores del sistema inmunológico, al encontrarse el paciente, en estado anímico bajo.

2.1. Impacto ante la seropositividad.

Desde la necesidad de realizarse la prueba de ELISA, la espera de los resultados, y el recibir un resultado positivo, puede provocar diversas reacciones en las personas. Esto es porque definitivamente nadie está preparado para recibir impactos de esta índole. Estas reacciones están condicionadas por factores como la información que se tenga sobre el VIH/SIDA y las formas de afrontamiento de cada persona.

Sobre esto, Pascual y Ballester (1997), mencionan que en la mayoría de los casos, al enfrentarse a la seropositividad, las personas pueden estar destrozadas desde el punto de vista psicológico o afectivo, sin embargo en cada una de ellas, se da una reacción particular, ya que las circunstancias que rodean al individuo, incluyendo su personalidad, el apoyo social con el que cuenta, sus recursos económicos, su edad, el nivel de deterioro debido a la enfermedad e incluso la vía por la que contrajo el virus, determinan en gran medida la reacción de las personas.

Además de estas circunstancias que rodean al individuo, en el momento de la notificación, por el pensamiento de la persona pasan infinidad de cosas, temor al rechazo, incertidumbre ante la enfermedad, etc., lo que podemos llamar un choque emocional. Las reacciones ante este choque, Miller (1990), las enlista en dos categorías, *emocionales* y *conductuales*. Entre las emocionales se encuentran el silencio por la incredulidad; la confusión e inseguridad por el presente y el futuro; la negación; desesperación; enojo por el impacto y las circunstancias; el temor al dolor, la muerte y la incapacidad; la culpa y autorrecriminación por la enfermedad; la ansiedad aguda y grave; labilidad emocional, pasar con rapidez y en forma no predecible del llanto a la risa y viceversa; tristeza y preocupación mórbida por el futuro, el trabajo, la pareja, la familia, la salud; sospecha sobre las acciones y conductas del personal, las personas amadas y quienes lo ayudan; y por último, alivio al conocer la causa de la enfermedad reciente.

Entre las reacciones conductuales se encuentran, el llanto episódico; enojo e irritabilidad hacia cualquiera; aislamiento, distanciamiento de los problemas y circunstancias actuales y resistencia a participar en conversaciones, actividades o planes para tratamiento; auto denigración refiriéndose a sí mismos; impulsividad; revisión corporal en busca de signos de mayor infección o deterioro físico; interrogador para su tranquilidad y para buscar mayor información.

Las reacciones anteriores, tienen un trasfondo social, debido a las respuestas negativas de evitación y estigmatización a los pacientes con SIDA, a sus familiares y a los profesionales de la salud que los atienden. Estas respuestas se relacionan

con la ansiedad que provoca la transmisión del virus y la identificación de éste en grupos marginados como los homosexuales y los usuarios de drogas.

Ponce y Rangel (2000), comentan que recibir el diagnóstico es un acontecimiento catastrófico, ya que los pacientes son confrontados no sólo con el fin de su expectativa de vida a largo plazo, sino también con la necesidad de hacer cambios inmediatos a su estilo de vida. También se enfrentan al tema de ser “contagiosos” y deben preocuparse de no transmitir la enfermedad, o bien, protegerse de no adquirir infecciones oportunistas.

Una vez que se ha confirmado el diagnóstico de infección por VIH, es necesario que se le informe al paciente con toda claridad de lo que se trata la enfermedad, y que no es necesario que desarrolle el SIDA, así como de la variedad de tratamientos médicos que existen para brindarle estabilidad física. Como ya lo hemos mencionado, por la complejidad de la enfermedad, la atención multidisciplinaria se ha hecho indispensable, enfocando el esfuerzo de los profesionales de la salud a ofrecerle al paciente calidad de vida.

2.2. El paciente después del diagnóstico.

Diversos autores han intentado describir los procesos por los que pasa el paciente cuando ya se le ha confirmado el diagnóstico de infección por VIH. En el punto anterior, vimos qué es lo que sucede al momento de recibir un resultado positivo a la primera prueba, pero como sabemos, es necesario realizar una prueba confirmatoria. Cuando el paciente se enfrenta a esta situación, atraviesa diversas fases en las que algunos factores psicológicos se ponen en juego.

Lupo (2003), presenta una serie de reacciones emocionales que pueden presentarse en el paciente después de recibir un diagnóstico positivo. Las presentamos a continuación.

Shock: Esta reacción ocurre cuando la persona se entera de una noticia negativa. Provoca confusión, desconcierto, perplejidad, incredulidad e incapacidad de asimilación. El silencio y el llanto son expresiones comunes.

Ansiedad: Puede convertirse en una constante en la vida del paciente, esto como reflejo de la incertidumbre crónica que se asocia a la infección. Tiene relación con los pronósticos a corto y largo plazo; el riesgo de las complicaciones; el temor de haber infectado o poder contagiar a otras personas; la hostilidad y el rechazo en el ámbito social, laboral, doméstico y sexual; el abandono, el aislamiento y el dolor físico; el miedo a morir sin dignidad o con dolor; la impotencia ante la incapacidad de cambiar las consecuencias de la infección; el acceso a los tratamientos médicos y su eficacia; incertidumbre por su futuro social, laboral y sexual y la pérdida de la independencia física y económica.

Pueden presentar agitación, nerviosismo, molestias físicas, alteraciones del sueño, trastornos cognitivos, cambios de ánimo y pérdida del impulso sexual.

Negación: Este es un mecanismo por el cual el pensar o concebir la realidad diferente de lo que es, disminuye la angustia. Pueden reaccionar negando el hecho de la infección rotundamente. Esta negativa inicial puede ser una forma constructiva de amortiguar el impacto del diagnóstico. Ahora bien, si la actitud negativa persiste, puede resultar contraproducente. La realidad se transforma en fantasías de curación, error de diagnóstico, curas milagrosas, cambios espirituales salvadores, etc., lo cual debe cambiarse cuidadosamente, ya que puede interferir con la adopción de medidas preventivas de cuidado como la asistencia médica y la negación a comenzar un tratamiento.

Enojo o ira: Aparece manifestada hacia sí mismo y hacia el mundo que lo rodea, por haberse infectado o haber infectado a otros, así como por el impacto que causará en su familia y amigos. El paciente puede presentar irritabilidad, sensación de vulnerabilidad, cambios de humor, sentimientos de culpa que son reforzados por la estigmatización y reacciones de la sociedad ante la enfermedad.

Expresan preguntas como ¿por qué a mí? La autoestima se ve afectada y se experimentan sentimientos de ira generalizada.

Temor y aislamiento social: Se teme a la enfermedad, al deterioro físico, a los efectos del tratamiento, a que se enteren los demás, al rechazo, la discriminación y la muerte. Estos temores se acentúan cuando alguien cercano está infectado o ha fallecido. También por información distorsionada que se haya recibido.

Depresión o tristeza: Es una reacción de duelo, en donde algo se pierde. Las personas experimentan una sensación de pérdida en relación con su vida y sus ambiciones, su atractivo, su fuerza física, sus relaciones sexuales, etc. Si aumenta la necesidad de asistencia, también se experimentará un sentimiento de pérdida de la intimidad y de control sobre la propia vida. La pérdida más común que experimentan los pacientes, es la de la confianza. Se manifiesta por la pérdida de interés, angustia, llanto, tristeza, falta de apetito y sueño, sentimientos de desvalorización, disminución de la autoestima, e ideaciones suicidas. Se acompaña con sentimientos de culpa, reproches, sensación de soledad, vacío y muerte anticipada. Esta etapa muchas veces conlleva a que el paciente presente dificultades en la concurrencia a los controles médicos y en iniciar o cumplir con el tratamiento.

Ajuste o aceptación: Se produce cuando la persona luego de transitar por una o algunas de las reacciones anteriormente descritas, está en condiciones de establecer mecanismos de negociación que le permitan producir cambios en su vida. Para muchas personas, el reconocimiento de su infección será la primera ocasión que le obligará a reconocer su propia mortalidad y vulnerabilidad física. El atravesar la crisis, les permite crecer como seres humanos y encontrarle sentido a la vida.

Por el desarrollo de estas etapas, sería ideal el apoyo y trabajo terapéutico con el paciente desde el inicio de la enfermedad. La forma en la que el paciente afronta cada una de estas fases, depende de su historia previa, de cómo ha

afrontado otras situaciones, pero definitivamente, la visión social que se tiene del VIH/SIDA, también influye en el paciente y en la aceptación de la enfermedad.

Aunque existen otros modelos similares para explicar las fases por las que pasa el paciente ante el diagnóstico de seropositividad, la mayoría mencionan las mismas características, por lo tanto, el psicólogo de la salud debe centrarse en la forma de poder acompañar y guiar al paciente mientras atraviesa cualquiera de estas fases.

2.3. Reacciones psicológicas en el proceso de la infección por VIH.

Durante el desarrollo de la infección por VIH y si se llega a desarrollar el SIDA, los pacientes pueden presentar alteraciones psicológicas que se pueden controlar o desaparecer con el apoyo psicológico. Sobre esto, Chinchilla (1999), menciona que un tercio de los individuos VIH positivos y más de la mitad de los pacientes con SIDA presentan trastornos psicológicos como depresión, ansiedad y estrés.

A continuación se presentarán sin un orden específico, algunas de estas alteraciones, ya que no es necesario que se presenten todas o con este orden. Se explicará en qué consiste cada una y qué factores la mantienen.

2.3.1. Ansiedad.

Los primeros síntomas de ansiedad suelen aparecer, como ya lo mencionamos, en el momento de recibir el diagnóstico de VIH, e incluso, cuando la persona sabe que ha realizado una práctica de riesgo y sospecha de la posibilidad de haber contraído el virus.

La ansiedad es un modelo complejo y variable de conductas que aparecen en el individuo como respuesta a una situación determinada, ésta puede ser desencadenada por factores ambientales o en ausencia de éstos, por las cogniciones propias del individuo. La ansiedad se puede manifestar con

alteraciones en cualquiera de los tres canales de respuesta posibles, esto es, nivel fisiológico, cognitivo y motor:

Nivel fisiológico: Tensión muscular (origina dolores en tórax, cuello y espalda, cefaleas, agitación y temblor), náuseas y en ocasiones vómito, aumento de sudoración, palpitaciones, boca seca, respuesta galvánica de la piel.

Nivel cognitivo: Dificultades para concentrarse y recordar cosas, respuestas anticipatorias negativas y estresantes, pensamientos catastróficos sobre su futuro.

Nivel motor: Temblores, respuestas de evitación y de escape, inquietud, movimientos bruscos, pérdida de fuerza.

Por su parte, Echeburrúa (1996), menciona que la ansiedad patológica se puede manifestar de tres formas diferentes, de forma brusca y episódica en forma de crisis (*trastornos de pánico*), de una forma persistente y continua (*trastorno de ansiedad generalizada*), y tras un estrés identificable (*trastorno por estrés postraumático*). En otros casos puede ser experimentada cuando el sujeto intenta controlar los síntomas (*trastornos fóbicos*) o cuando se siente atrapado por ideas recurrentes y o rituales (*trastornos obsesivo-compulsivos*).

Cuando la ansiedad se manifiesta y se mantiene en periodos largos de tiempo, el organismo se reciente y los efectos a nivel fisiológico no ayudan, al contrario, dejan al organismo más vulnerable. Los pacientes con ansiedad se vuelven inseguros, están sujetos a una constante tensión y preocupaciones diversas, esperan lo peor de su situación, tienen una gran dificultad de conciliar el sueño, cuando éste se logra es intranquilo y no satisfactorio (Moreno, 1994).

2.3.2. Estrés.

El estrés en los pacientes con VIH, se trata de un cuadro transitorio que aparece tras la notificación de la seropositividad o cuando es informado del avance de la infección hacia el SIDA. Aparecen pensamientos intrusivos y

rumiaciones relacionadas con la incertidumbre respecto a la salud, al futuro, al riesgo de contagio para los demás y con la idea de la muerte.

Desde la perspectiva conductual, la respuesta de estrés es el resultado de la relación entre factores ambientales y factores personales; cuando las demandas del medio ambiente desbordan o amenazan las posibilidades del individuo, poniendo en riesgo su salud, entonces podemos decir que se encuentra bajo estrés (Macía y Méndez, 1997). Las respuestas observables en los tres canales de respuesta posibles son las siguientes:

Sistema fisiológico: Incremento en la tasa cardiaca, aceleración en la actividad de la corteza cerebral, sudoración, dilatación de las pupilas, aumento en la presión sanguínea, incremento en la tasa respiratoria, así como cambios hormonales e incremento del tono muscular.

Sistema cognitivo: Incapacidad de toma de decisiones, sentimientos de desesperanza, expresiones verbales de rabia, de temor, etc.

Sistema motor: Conductas de evitación y escape, parálisis de movimiento y en general movimientos del cuerpo como manierismo, gesticulaciones y temblores.

Fernández-Ballesteros (1994) explica un cuadro secuencial integrativo para comprender mejor lo que sucede con el estrés.

Dentro de los antecedentes, tenemos que influyen los estresores personales como lo son las enfermedades o accidentes por ejemplo, los estresores interpersonales como los problemas de pareja o malas relaciones familiares, los estresores físicos como el ruido, temperaturas extremas, etc. Entonces, además del estresor externo o interno hay que tomar en cuenta cómo el sujeto percibe y evalúa esa realidad ambiental o personal.

En organismo tenemos, las condiciones biológicas del organismo como la energía o el consumo de drogas, los repertorios básicos de conducta, así como la

capacidad para tomar decisiones del individuo o las habilidades de enfrentamiento.

En respuesta se encuentran las mencionadas anteriormente (cognitivas, fisiológicas y motoras).

Las consecuencias, pueden no ser negativas como lo indican Moos y Shaefer (1986, en: Macía y Méndez, 1997) que argumentan que las crisis vitales, proporcionan a algunas personas la ocasión de adquirir y desarrollar habilidades de enfrentamiento ante los estresores. Ahora bien, la energía del organismo no es ilimitada, de modo que, si en circunstancias estresantes el individuo mantiene constantemente un gran incremento de la activación cognitiva, fisiológica y motora, transcurrido un tiempo, le será imposible seguir con ese ritmo sostenido de actuación, apareciendo el agotamiento y los efectos perjudiciales del estrés: insomnio, mareos, dolores en la espalda y en el pecho, etc.

Por su parte, Remor, Arranz y Ulla (2003), comentan que altos niveles de estrés pueden actuar como aceleradores de la progresión viral y del desarrollo de la sintomatología del SIDA. Por lo que afrontar adecuadamente el estrés, puede ayudar a incrementar de manera significativa el periodo de latencia asintomático previa al desarrollo del SIDA.

2.3.3. Delirium por VIH.

El delirium es la interrupción o alteración de las ideas cuya expresión a través del lenguaje oral o de la conducta pierde significación y sentido, el delirio tiene un componente de agitación y/o excitación neuromuscular.

La aparición de esta alteración en pacientes con SIDA puede estar relacionada con situaciones de neumonía, meningitis por criptococos, infecciones sistémicas, lesiones cerebrales, alteraciones metabólicas y por el uso de antidepresivos (Ayuso, 1997).

El cuadro clínico se caracteriza por perturbación de la conciencia con reducción de la capacidad para cambiar y mantener la atención a los estímulos ambientales; alteraciones preceptuales como falsas interpretaciones, ilusiones y alucinaciones; desorientación y alteración de la memoria; lenguaje incoherente; insomnio e incremento de la actividad psicomotora.

2.3.4. Demencia asociada al VIH.

Así denominado por la Organización Mundial de la Salud, para denominar el cuadro de deterioro neuropsicológico que aparece en estadios avanzados de la enfermedad en relación con la acción directa del VIH sobre el cerebro. Es la forma más grave de afectación cognitiva. Ayuso (1997), menciona que el desarrollo progresivo de la demencia es uno de los trastornos clínicos que mayor repercusión tiene sobre la calidad de vida de los pacientes con infección por VIH y su nivel de funcionamiento. Esto debido a que tiene repercusiones en la capacidad para desarrollar las actividades de la vida cotidiana, en el cumplimiento terapéutico, en la capacidad de mantener una actividad laboral y en la capacidad para tomar decisiones, entre otros aspectos.

En la actualidad se maneja el término *complejo demencia-SIDA* para describir la triada de disfunciones cognitivas, motoras y conductuales vinculadas con la demencia por VIH. El término *complejo* sugiere que la triada de síntomas debe aparecer en conjunto para poder denominarse como tal.

2.3.5. Depresión.

La depresión es una de las reacciones psicológicas más frecuentes en los pacientes con VIH, en especial en el periodo siguiente al descubrimiento de la infección. Miller (1990), explica como causas de los episodios depresivos:

- ϕ La “inevitabilidad” aparente de la declinación física y la futura mala salud.
- ϕ La falta de una curación que origina un sentimiento de desesperanza e impotencia.

- φ Las limitaciones que la infección, la enfermedad, o ambas, pueden causar en el estilo de vida de una persona, y
- φ El rechazo social, profesional, emocional o sexual, actual o anticipado.

También podemos mencionar como posibles causas una predisposición del paciente a estos episodios, que aunado a la infección, desencadena estas reacciones psicológicas. Ayuso (1997), comenta que la depresión puede ser una consecuencia directa del efecto del virus en el cerebro, ya que algunos estudios demostraron que existen afectaciones en las áreas límbicas que están implicadas en la regulación de la experiencia emocional.

Por su parte, Komiti et al (2003), comentan; en su estudio realizado en relación a la depresión en pacientes con VIH; que los factores fuertemente ligados a la depresión en estos pacientes son la historia previa, el uso de drogas ilegales y un diagnóstico de estrés anterior a la infección.

Ahora bien, definiendo la depresión desde una perspectiva conductual, se trata de un constructo que debe ser operacionalizado en forma de conductas específicas de los tres canales de respuesta.

Sistema fisiológico: Sequedad de boca, disminución de la sudoración, estreñimiento, dolores de estómago y falta de apetito, amenorrea, insomnio, cefaleas y mareos.

Sistema cognitivo: Sentimientos de tristeza, abatimiento, desánimo, apatía, pensamientos negativos sobre sí mismo, sobre las propias experiencias, sobre el futuro, distorsiones cognitivas como inferencias arbitrarias, abstracciones selectivas, sobregeneralizaciones, personalizaciones, dificultades para concentrarse y recordar.

Sistema motor: Déficit de conductas sociales y de conductas positivas, exceso de conductas de escape y evitación ante la estimulación aversiva y de conductas inusuales o irracionales.

De igual forma, podemos definir la depresión como un estado de ánimo disfórico, donde se presenta la aflicción o tristeza, relacionada con acontecimientos personales. La depresión puede interpretarse como la respuesta de un individuo al estrés ocasionado por su enfermedad maligna, pero ésta depresión no sólo puede acompañar a la enfermedad, sino, que tiende a agravarla y en ocasiones a precederla.

Moreno(1994), menciona que la aparición de la depresión en los pacientes, puede estar determinada por la forma en la que el individuo organiza y estructura sus cogniciones, además de la existencia de una tasa baja de refuerzos positivos, es decir, aquellos eventos o situaciones que el sujeto percibe como agradables.

Dentro de los síntomas que nos pueden indicar la presencia de la depresión en los pacientes con VIH/SIDA, están los siguientes:

Depresión del ánimo

Pérdida de interés o de placer en actividades que antes disfrutaban

Sentimientos de inutilidad y culpa

Baja autoestimación

Desesperanza

Dificultades del pensamiento

Pérdida de energía

Retardo y agitación

Pérdida del apetito y el peso

Trastornos del sueño

Pérdida del impulso sexual

Beck (1983), explica el modelo cognitivo de la depresión que postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).

Triada cognitiva: Consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrásico. El primer componente de la triada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo; el paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía, tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, moral o físico; piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y la felicidad.

El segundo componente de la triada, se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa; le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos, interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración.

El tercer componente de la triada cognitiva, se centra en la visión negativa acerca del futuro; cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente, espera penas, frustraciones y privaciones interminables y cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

Organización Estructural del Pensamiento Depresivo: El segundo componente del modelo cognitivo es el que se refiere al modelo de esquemas. El individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación. El esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (definidas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico). Así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas.

Cuando los esquemas idiosincráticos prepotentes producen distorsiones de la realidad y errores sistemáticos en el pensamiento depresivo, éste se ve cada vez más incapacitado para considerar la idea de que sus interpretaciones negativas

son erróneas. En los estados depresivos más graves, el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos, es decir, está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos o emprender actividades mentales voluntarias; por lo tanto, la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa, que el individuo no responde a los cambios que se producen en su entorno inmediato.

Errores en el Procesamiento de la Información: Los errores sistemáticos que se dan el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria.

- 1) Inferencia arbitraria: Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- 2) Abstracción selectiva: Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
- 3) Generalización excesiva: Se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
- 4) Maximización y minimización: Quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento, errores de tal magnitud que constituyen una distorsión.
- 5) Personalización: Se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
- 6) Pensamiento absolutista, dicotómico: Se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

2.3.6. Suicidio.

Según estudios realizados por profesionales de la salud con pacientes infectados con VIH, existen dos periodos de riesgo particularmente alto de suicidio durante el curso de la enfermedad, que son:

1. Después de establecer el diagnóstico, el riesgo de suicidio puede ser elevado debido al devastador efecto psicológico que provoca el diagnóstico de SIDA, con intensos sentimientos de pánico, culpa, depresión y desesperanza.
2. Posteriormente, en el curso de la enfermedad, puede producirse otro periodo de alto riesgo de suicidio relacionado más con los factores biológicos, incluido el efecto directo del virus en el sistema nervioso central o el desarrollo de delirium o demencia como complicaciones del SIDA (García, 1998).

Aunque no siempre se presentan estas ideas suicidas en los pacientes infectados, como vemos, hay momentos específicos en los que podrían aparecer. Esto también puede estar relacionado con la forma en la que el paciente está afrontando su enfermedad y cómo esta llevando su tratamiento médico.

Miller(1990), menciona que el suicidio en pacientes con SIDA puede ocurrir en formas sutiles, como por ejemplo, permaneciendo en cama y no vistiéndose, por lo general dejando de cuidar de si mismos y de lo que les rodea.

Ahora sabemos cuales son las reacciones psicológicas que pueden o no presentarse en el paciente con VIH/SIDA, sabemos cual es su descripción y cuales son los síntomas que las identifican. Ahora veamos de que manera influyen estas reacciones en el curso de la enfermedad.

2.4. Influencia de los factores psicológicos en el curso de la infección por VIH.

La psiconeuroinmunología se encarga de estudiar la relación entre los factores psicológicos (psico), el cerebro (neuro) y el sistema inmune (inmunología). Lo que trata de estudiar es la forma en la que influye la actitud del paciente ante la enfermedad, en el proceso de ésta. Diversos estudios han puesto de manifiesto que el sistema inmunológico puede modularse a través de vías psicológicas.

Remor, Arranz y Ulla (2003), comentan que, en el caso de la infección por VIH, la relación entre comportamiento, función inmune y progresión del VIH aún no está totalmente entendida, pero no hay que descartarla en este caso. Las hipótesis más actuales se dirigen a que los aspectos psicológicos funcionarían como mediadores de los auto-cuidados, hábitos no saludables y adhesión al tratamiento. Las variables psicológicas como la depresión severa, la pérdida de la percepción de control y los sentimientos de desamparo han sido asociados con la alteración de la función inmune, además se ha demostrado una mejoría inmunológica en individuos seronegativos y seropositivos que han pasado por un programa de entrenamiento en habilidades para afrontar el estrés.

De acuerdo con la perspectiva actual de la investigación psiconeuroinmunológica y de los modelos biopsicosociales, existen razones para sostener que los factores comportamentales pueden influir en la función inmune y en otros indicadores de salud de personas con infección por VIH, y que intervenciones comportamentales pueden proveer beneficios, no solo durante los estadios iniciales de la enfermedad, sino también en estadios sintomáticos.

Antoni et al. (2000, en: Remor, Arranz y Ulla, 2003), menciona que la intervención estructurada cognitivo-conductual para el manejo de estrés, aumenta el nivel de testosterona y el número de linfocitos T y disminuye el distrés psicológico.

Por lo anterior, es la importancia de la intervención psicológica durante el proceso de la infección por VIH, ya que de ello puede depender en gran medida la

adherencia al tratamiento médico y por ende la calidad de vida del paciente. A continuación veremos las técnicas cognitivo-conductuales que se pueden emplear en el caso específico de esta infección, las cuales contemplan el tratamiento de reacciones psicológicas como la ansiedad, depresión y estrés, los cuales pueden desencadenar otras reacciones como pensamientos suicidas.

2.5. Terapias Cognitivo-Conductuales a pacientes con VIH/SIDA.

Básicamente, este enfoque propone el cambio conductual a través del cambio cognitivo, y esto es lo que buscamos ofrecer al paciente con VIH/SIDA, un cambio conductual. Sabemos que hasta ahora no se ha podido encontrar una vacuna o cura para esta enfermedad, por lo que la atención multidisciplinaria que se ofrece, pretende brindar una calidad de vida óptima al paciente, quien a través del cambio cognitivo, aprenderá habilidades de afrontamiento y de igual forma puede resolver problemas y desaparecer episodios de ansiedad y depresión con la utilización de diferentes técnicas CC.

Parsons, Rosof, Punzalan y Di Maria (2005), realizaron un proyecto piloto con pacientes portadores del VIH, en donde se combinaba la entrevista motivacional y terapia cognitivo-conductual con el fin de aumentar la adherencia al tratamiento antirretroviral y disminuir el uso de otras substancias en adultos infectados. Durante el estudio, los pacientes tomaban terapia semanalmente hasta acumular ocho sesiones, y los resultados mostraron un aumento en la adherencia al tratamiento y la reducción en el uso de otras substancias, los pacientes manifestaron haberse sentido agusto con las terapias y con su terapeuta. A esta terapia la denominaron Terapia de alta adherencia antirretroviral.

Dentro de las terapias cognitivo-conductuales, existe una corriente que es la cognitiva-semántica. Para el terapeuta cognitivo semántico, el trastorno mental es fundamentalmente un desorden de pensamiento por el que el cliente distorsiona la realidad de un modo idiosincrásico; estos procesos de pensamiento afectan de modo adverso la forma que el cliente tiene de ver el mundo y lo conducen a

desarrollar emociones disfuncionales y dificultades conductuales (Linn y Garske, 1988).

2.5.1. Terapia racional-emotiva (TRE)

En primer lugar, expondremos la Terapia racional-emotiva, cuyo autor, Albert Ellis parte de la premisa básica de que gran parte del sufrimiento emocional es debido a los modos inadaptativos en que las personas construyen el mundo y a las creencias irracionales que mantienen; estas creencias conducen a pensamientos y sentimientos autoderrotistas que ejercen un efecto adverso sobre la conducta. Para explicar lo anterior, Ellis plantea el modelo ABC de la creación del trastorno. Así, se entiende que las consecuencias emocionales (C) no se derivan de los eventos activadores (A), sino de su sistema de creencias (B).

Linn y Garske (1988), citan a Ellis al explicar que, *cuando los clientes se sienten perturbados, sus sistemas de creencias consisten, primero, en un conjunto de creencias racionales basadas en hechos empíricos (B₁). Por ejemplo, cuando fracasan en un empleo o son rechazados por su pareja (A) se convencen racionalmente a si mismos de “cuan desafortunado soy al fracasar”. Si se adhieren rigurosamente a estas creencias racionales, se sentirán apropiadamente tristes, frustrados o irritados (C), pero no se sentirán emocionalmente perturbados.*

En la TRE, el terapeuta enseña al paciente como retar, cuestionar y disputar enérgicamente sus creencias irracionales (D), si el paciente disputa persistente y fuertemente sus ideas insanas, entonces adquirirá un efecto cognitivo nuevo (E).

Las técnicas terapéuticas de Ellis, se basan principalmente en la discusión de las creencias irracionales. La discusión que propone el autor se realiza a través de cuatro estrategias que menciona Martorell (1996):

- φ Detectar las creencias irracionales, particularmente las que se expresan como “debería”.

- φ Debatir con el paciente hasta el momento en que éste reconozca tanto la inexactitud de sus creencias irracionales como la verdad de las alternativas racionales.
- φ Diferenciar entre valores relativos y absolutos.
- φ Definir mejor verbalmente los términos que afectan a sus creencias.

Es decir, es necesario demostrar al paciente que él mismo origina sus perturbaciones, y que debe utilizar otras ideas para cambiar sus conductas inadaptativas.

2.5.2. Terapia cognitiva de Beck.

En segundo término, tenemos la terapia cognitiva de Aaron T. Beck(1983), quien concibe la terapia cognitiva como un sistema de psicoterapia basado en el supuesto de que la forma en la que el paciente percibe y estructura sus experiencias determina sus sentimientos y acciones. Esta psicoterapia, está principalmente enfocada al tratamiento de la depresión. Por lo tanto, el fin de la terapia cognitiva de Beck, es ayudar o guiar al paciente para modificar sus errores cognitivos y sus hipótesis disfuncionales, que mantienen la depresión.

Al igual que en la TRE, la terapia cognitiva de Beck, se centra en los procesos de pensamiento del cliente. Para entender la forma de terapia, es necesario explicar los tres conceptos básicos que se manejan en ella.

Eventos cognitivos. Estos son los pensamientos e imágenes que tenemos, pero que con frecuencia no tomamos en cuenta, debido a que estos pensamientos emergen automáticamente y son extremadamente rápidos, Beck los denominó *pensamientos automáticos*. En los pacientes deprimidos, estos pensamientos se refieren a sí mismo, sus experiencias y el futuro (triada cognitiva), son difíciles de interrumpir y muy frecuentemente se cree completamente en ellos, sin importar cuan lógicos o ilógicos puedan ser.

Procesos cognitivos. Este término se refiere a la forma en la que pensamos. Por lo general, no prestamos atención a la forma en la que procesamos la información, solo decidimos si una situación es amenazante, o recuperamos información y recordamos hechos, todo esto lo realizamos de forma automática. Como vimos anteriormente, estas formas de pensamiento que describió Beck son el razonamiento dicotómico (pensamientos absolutistas opuestos), sobregeneralización, magnificación e inferencia arbitraria (elaborar conclusiones sin tener evidencias o que éstas sean contrarias a las conclusiones). Otro proceso cognitivo es el sesgo confirmatorio que se refiere a la tendencia a atender selectivamente y en ocasiones crear los eventos que confirmen nuestras creencias iniciales.

Estructuras cognitivas. Este término se refiere a los esquemas, las asunciones implícitas o las premisas que determinan a qué eventos se presta atención y cómo los interpretamos. Las estructuras cognitivas son, como lo mencionamos anteriormente, la base para transformar datos en cogniciones.

Por lo tanto, el objetivo de la terapia cognitiva de Beck, es la identificación de los pensamientos automáticos del paciente, par lograrlo, la terapia se ajusta a los siguientes pasos (Martorell, 1996):

- ϕ Fase inicial, consiste en la evaluación y la explicación al paciente de lo que sucede y de los pasos que se van a seguir en la terapia.
- ϕ Fase media, utilización de las técnicas de identificación y modificación de los pensamientos automáticos y creencias que crean y mantienen la depresión.
- ϕ Fase final, constituye la prevención de recaídas, comprensión de lo que ha sucedido en la terapia y acuerdo sobre el seguimiento.

Para la detección de estos pensamientos, se utiliza el registro diario de pensamientos disfuncionales, anotando diferentes aspectos tratados en terapia, y ampliando su aplicación progresivamente de la consulta a casa y a la vida cotidiana.

Como vemos, las terapias cognitivo-semánticas sostienen que los disturbios emocionales y la conducta inadaptada, se derivan de creencias irracionales y distorsiones cognitivas. Ahora bien, para los terapeutas cognitivo-conductuales, las cogniciones del paciente son únicamente uno de los diversos factores que contribuyen a la etiología y mantenimiento de la conducta anormal (Linn y Garske, 1988). Es decir, el desorden mental no debe ser atribuible solo a un factor, sino que es la combinación de varios, como el estilo de pensamiento del individuo, su estado emocional actual, su estado fisiológico o su estilo conductual, los que mantienen este desorden.

Para poder entender las técnicas utilizadas en la terapia cognitivo-conductual (TCC), es necesario en primer lugar, conocer el modelo de cambio conductual desarrollado por los exponentes de esta corriente.

Según la TCC, para que ocurra un cambio de conducta, es necesario que el paciente identifique la ocurrencia de esa y posteriormente la interrumpa. Por lo que la primera fase del cambio conductual consiste en entrenar al paciente para ser un observador de su propia conducta. Esto se hace a través de la recogida de datos y la auto-observación, lo cual permitirá en primer lugar con la recogida de datos, determinar la conducta problema y definir los objetivos terapéuticos, esto se puede hacer por medio de cuestionarios o tests, en lo que respecta a la auto-observación, se puede realizar pidiendo al cliente que registre la ocurrencia de conductas clave, los pensamientos que ocurren antes, durante y después del evento.

Con esto se logra en primer lugar que le paciente perciba datos relevantes acerca de lo que anteriormente no detectaba y con ello podrá tener una visión diferente de sus problemas presentes; y en segundo lugar se lograra redefinir el problema y con ello visualizar más fácilmente la solución a éste.

La segunda fase del cambio conductual consiste en desarrollar en el paciente pensamientos y conductas incompatibles con las anteriores, que son las que probablemente le causen el problema. Con esto se pretende lograr cambios en la conducta del cliente, reducir el impacto y la frecuencia de las cogniciones

inadaptadas y por último un cambio en las estructuras cognitivas del paciente. En otras palabras, lo que se busca es que el paciente cuando detecte conductas o pensamientos inadaptados, recuerde que tiene alternativas incompatibles de comportarse, con el ensayo regular de esta fase, la conducta nueva será emitida automáticamente.

Por último, la tercera fase del cambio consiste en trabajar con el paciente con el fin de consolidar los cambios, generalizarlos y mantener los efectos del tratamiento, con esto evitar o disminuir la probabilidad de recaídas. Un objetivo importante, es lograr que el paciente atribuya los cambios a sí mismo y de ésta forma desarrollar en él sentido de responsabilidad y confianza de que podrá realizar cambios positivos en el futuro.

En resumen, el terapeuta cognitivo-conductual trabaja con el paciente para hacer que vea sus cogniciones como hipótesis; que ejecute experimentos personales y recojan datos anómalos y, por último que examinen la naturaleza de las creencias que dan lugar a sus trastornos emocionales y conductas inadaptadas. Ahora, conozcamos las técnicas CC.

2.5.3. Inoculación de estrés.

Con ésta técnica, se enseña a los pacientes un conjunto de habilidades de afrontamiento con el fin de capacitarlos para enfrentarse más efectivamente con las situaciones estresantes. El tratamiento se compone de tres fases (Moreno, 1994).

FASE EDUCATIVA. Se proporciona información sobre la forma en que son generadas las emociones distorsionantes, insistiendo sobre los factores cognitivos y las suposiciones.

FASE DE ENSAYO. Se proporcionan suposiciones alternativas que se pueden utilizar en la situación de estrés emocional. Las estrategias ayudan al sujeto a valorar la situación, controlar los pensamientos y emociones no deseadas, a motivar su conducta y por último a evaluar su actuación.

FASE DE APLICACIÓN. El paciente demuestra todo lo que ha aprendido y lo pone en práctica de forma gradual, esto puede ser en la clínica o en vivo.

El entrenamiento en la inoculación de estrés consiste en enseñar al paciente a considerar lo que tiene delante, agrupar los acontecimientos estresantes en dosis manejables; pensar sobre la forma de manejar cada acontecimiento estresante y practicar las habilidades de afrontamiento. Podemos ayudar al paciente a entender que la forma en la que evalúan los eventos puede contribuir al nivel de estrés, y cómo los modos alternativos de evaluación pueden facilitar el afrontamiento.

2.5.4. Entrenamiento asertivo.

La conducta asertiva implica la expresión honesta de los sentimientos; el entrenamiento de la respuesta asertiva esta encaminada a incrementar la capacidad del paciente para adoptar esta conducta de manera socialmente apropiada.

Wolpe (1993), considera que la respuesta asertiva es muy parecida a la relajación muscular profunda, en cuanto a su capacidad para inhibir recíprocamente la ansiedad. Al comportarse de manera más asertiva, el paciente será capaz de lograr recompensas sociales significativas, obteniendo así mayor satisfacción de la vida. La técnica utilizada en el entrenamiento asertivo, es el ensayo de la conducta, en donde el paciente representa la conducta en la vida real, el terapeuta proporciona retroalimentación verbal específica acentuando las características positivas y presenta las faltas en forma amistosa; posteriormente se modela la conducta más deseable y el paciente representa el papel de la otra persona, cuando sea apropiado, esta respuesta se ensaya; el terapeuta premiará la mejoría, la respuesta se puede ensayar hasta que ésta se realice con poca o ninguna ansiedad. Si la interacción es muy extensa se divide en pequeños segmentos que se manejan en secuencia. En un intercambio que implica la expresión de sentimientos negativos, se debe instruir al paciente para empezar con una respuesta relativamente ligera, pero también para que utilice respuestas más fuertes en caso de que la respuesta inicial no sea efectiva. Al expresar

sentimientos negativos, las declaraciones objetivas de conductas molestas o hirientes por parte de la otra persona son superiores a lo que pudieran ser los ataques personales, que son inútiles y tienen el efecto de poner a la otra persona contra la pared.

2.5.5. Autocontrol.

Según Phares (1999), el autocontrol puede ser un factor determinante en el manejo de las conductas de autoderrota.

La técnica de autocontrol, se utiliza cuando:

- 1) la conducta tienen consecuencias negativas a largo plazo,
- 2) hay conductas poco frecuentes pero que tienen consecuencias positivas a largo plazo, y
- 3) el paciente necesita autorreforzarse positivamente.

Al inicio de la terapia debe especificarse detallada y claramente la conducta que se desea modificar, así como las condiciones en que se presenta, ya que esto es considerado como un factor de mantenimiento. Se debe enseñar al paciente a registrar sistemáticamente la información importante relacionada con la respuesta que se va a modificar. Estos registros permiten al paciente observar sus progresos y logros, lo motiva para seguir adelante con su tratamiento. Se puede hacer una planeación ambiental en donde el sujeto cambia o altera las variables antecedentes o consecuentes a la conducta. Puede también asociar las respuestas que desea decrementar con estímulos que se reducen gradualmente en frecuencia, o bien, se pueden asociar la respuesta que desee incrementar con estímulos cuya frecuencia se incrementa sistemáticamente.

2.5.6. Detención del pensamiento.

Se le pide al paciente que se concentre en pensamientos que inducen a la ansiedad de manera repetida, después de un breve periodo, el terapeuta dice en

forma enfática “ALTO”; cuando este procedimiento se ha efectuado varias veces y el paciente informa que sus pensamientos fueron interrumpidos o bloqueados, la ubicación del control pasa del terapeuta al paciente. Lo que se espera es que el paciente evite la palabra “alto”, siempre que comience a tener pensamientos mediativos de autoderrota.

Esto se realiza en primer lugar con verbalizaciones que el paciente debe hacer en voz alta y el terapeuta dice “alto”, posteriormente se hace lo mismo pero el paciente no lo dirá en voz alta, sino que hace una señal cuando estos comienzan; después el paciente piensa y verbaliza para si mismo y exclama “alto” cuando empieza a tener pensamientos obsesivos, por último se hace lo mismo pero el paciente se dirá a si mismo “alto”.

2.5.7. Relajación.

Según Buceta y Bueno (1993), la relajación es posiblemente una de las técnicas de mayor tradición para el manejo y la reducción de la ansiedad. La tensión muscular se relaciona en alguna forma con la ansiedad y la reducción de ésta; se puede lograr al localizar los músculos tensos y relajarlos. Un método eficaz para producir dicho estado de relajación muscular consiste en la tensión y relajación sucesiva de los músculos disponibles en una secuencia ordenada, hasta que todos los principales grupos musculares del cuerpo se relajan.

Como vemos, los tratamientos aplicables a pacientes con VIH/SIDA están basados en técnicas cognitivo-conductuales. El objetivo de éstos es reducir o eliminar los niveles de ansiedad presentados en los pacientes, así como episodios de depresión o estrés. Las técnicas pueden ser utilizadas a nivel individual o grupal. Se debe usar aquella que se adecue a las características del problema reportado por el paciente.

CAPÍTULO 3

APOYO PSICOLÓGICO AL PACIENTE CON VIH/SIDA

La forma en la que el paciente afronta su enfermedad, en gran medida va a determinar la calidad de vida que éste lleve, es por ello que dentro de la atención multidisciplinaria se cuenta con el apoyo psicológico.

Los tratamientos psicológicos aumentan la calidad de vida de los enfermos tanto como los fármacos, y son especialmente necesarios en momentos críticos como el del descubrimiento de la enfermedad o el de comunicárselo a la familia.

Como hemos mencionado anteriormente, el enfermo atraviesa, durante el proceso de la enfermedad, crisis en las que el apoyo psicológico resulta esencial para la superación de las mismas. La primera, tiene lugar en el momento de ser consciente de que se ha contraído la enfermedad; el segundo momento es la aparición de problemas físicos derivados de la enfermedad y que limitan su vida cotidiana; y la tercera gran crisis, se atraviesa al tomar la decisión de comunicárselo a los seres queridos.

Este apoyo a personas seropositivas suele ser una de las tareas que muy frecuentemente descansan en las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) como las que se mencionaron en el capítulo anterior. Estas ONG ofrecen para "vivir positivamente con el VIH", estímulo y dan esperanzas, prolongan la vida y han permitido a miles de personas que viven con el VIH, hacer frente a su situación y adoptar medidas para evitar la difusión del virus a otros.

Para los pacientes con VIH/SIDA, el apoyo psicológico tiene una gran importancia, dado que esta infección está fuertemente ligada a la muerte. Si bien es cierto que es tratable, aún no es curable y por esto es que surge la asociación instantánea VIH-muerte.

Sageman(1989), comenta que dentro del apoyo psicológico, las terapias de grupo, tienen la función de integrar a los pacientes no solo en los momentos de

grave enfermedad, sino también en los intentos por reconstruir su vida y encontrar un lugar en su comunidad.

Según los expertos, cuando la persona recibe un diagnóstico de VIH positivo, necesita una contención psicológica para hacer frente a muchas situaciones que le plantea el tratamiento de la infección. El diagnóstico, la aparición de los primeros síntomas, los controles periódicos y muchas otras situaciones, generan una gran movilización interior, que se traduce casi siempre en angustia. Tampoco hay que olvidar que sobre la infección por VIH/SIDA pesa una fuerte carga social. La infección que causa el virus del SIDA está marcada socialmente. El miedo irracional a contagiarse genera la discriminación, la marginación y el aislamiento social de las personas infectadas (VIH/SIDA, 2004).

En lo que respecta a la calidad de vida, el apoyo psicológico juega un papel muy importante. El que el paciente cuente con este apoyo, mejora la adherencia a los tratamientos antirretrovirales.

La doctora Miller, de la Universidad de California en Los Ángeles, EE.UU. (en: Revista Fundamind, 1999), comenta que la adherencia de las terapias antirretrovirales tiene un fuerte impacto en la respuesta del virus y en la emergencia de cepas resistentes, por ello es necesario un abordaje multidisciplinario que involucre al paciente, a los profesionales de la salud, a la familia y a los amigos para optimizar la adherencia a los tratamientos. El apoyo psicológico de los pacientes con VIH/SIDA no sólo colabora con la adherencia, sino que también mejora los resultados del tratamiento farmacológico.

La atención multidisciplinaria ideal que necesita el paciente debe incluir:

1. Atención médica y de enfermería,
2. Tratamiento y prevención de las infecciones oportunistas,
3. Manejo de las enfermedades relacionados con el VIH y cuidado paliativo,
4. Terapia antirretroviral,
5. Apoyo psicológico,
6. Apoyo socioeconómico a las familias,

7. Derechos humanos y apoyo legal,

Cuando la enfermedad ha avanzado en el paciente y se encuentra en fase terminal, entonces se hacen necesarios los cuidados paliativos, que se refieren a la intervención terapéutica que va dirigida a la obtención del máximo "confort" posible del enfermo y su familia (Pascual y García-Conde, 1993; en Pascual y Ballester, 1997).

Según las recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, las bases de la terapéutica en los pacientes terminales son, en primer lugar la **atención integral**, en la que se debe tener en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales; la unidad a tratar son **el enfermo y la familia**, la familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria, la familia requiere medidas específicas de ayuda y educación; **promoción de la autonomía y la dignidad**; la **concepción terapéutica activa**, incorporar una actitud rehabilitadora y activa que lleva a superar el desánimo, la **importancia del ambiente**, es importante crear una atmósfera de respeto, confort, soporte y comunicación que influya de manera decisiva en el control de los síntomas, este ambiente depende de las actitudes de los profesionales y de la familia del enfermo(Pascual y García-Conde, 1993; en Pascual y Ballester, 1997).

El apoyo psicológico, debe ofrecerse en todo momento al paciente, a partir del momento del diagnóstico positivo al VIH/SIDA, y si es necesario en la fase terminal. Ahora bien, existen momentos y formas específicas de intervención del psicólogo de la salud durante el proceso de esta enfermedad en particular.

3.1. Intervención de la psicología de la salud en la infección por VIH/SIDA.

Como se mencionó en un principio, la Psicología de la Salud tiene por objetivo la preservación de la salud, la prevención de la enfermedad y el tratamiento de ésta cuando ya existe.

Por lo tanto, podemos decir que esta disciplina de la psicología juega un papel importante en lo que respecta al VIH/SIDA, ya que debe prevenir el avance de la epidemia a través de la información, así mismo debe mantener el bienestar y la calidad de vida de los pacientes infectados.

Remor, Arranz y Ulla (2003), mencionan que a la Psicología de la Salud le corresponde el papel de combatir la epidemia a través de la aportación de intervenciones comportamentales que previenen la transmisión del virus y estrategias terapéuticas psicológicas y de apoyo para asistir a los individuos afectados en el afrontamiento de esta enfermedad crónica, ya que mientras no exista una vacuna y tratamientos totalmente eficaces, el cambio comportamental será un factor esencial en la prevención y en la adaptación de los afectados al curso de la infección por VIH.

Por lo anterior, decimos que, la presencia del psicólogo de la salud, es importante desde el primer momento, esto es, en el instante de la notificación del diagnóstico de VIH, ya que es desde aquí cuando se presentan los procesos psicológicos propios de la enfermedad, desde el choque emocional hasta la adaptación.

Podemos centrar la labor del psicólogo en tres áreas concretas dentro del apoyo al paciente con VIH/SIDA, estas son:

- φ El fomento de los recursos del paciente, esto es, que los pacientes se consideren capaces de afrontar la situación en que se encuentran, desarrollar su capacidad de relajación.
- φ Atender problemas específicos de cada paciente, como la soledad, ansiedad, depresión, miedo, dependencia, pérdida de interés, insomnio, etc.
- φ Suministrar apoyo emocional y esperanza de que en todo momento va a estar acompañado, se le atenderá y se evitará en lo posible su sufrimiento (Ayuso, 1997).

Tomando en cuenta estas tres áreas es como se planean los programas de atención al paciente con VIH/SIDA, procurando cubrir todas y cada una de las necesidades que surgen en el paciente desde el momento del diagnóstico.

En el momento de solicitar la realización de la prueba del VIH, es ideal la consejería del psicólogo (pre-test) y posteriormente al momento de la entrega del resultado (post-test), en un principio, esto puede resultar extraño para el paciente, ya que no acude por problemas psicológicos, sin embargo, es necesario que se realice una evaluación psicológica que comience con una entrevista en la que se obtenga información acerca de datos personales del paciente, como su edad, estado civil, hijos, personas con quien convive, etc., toda información que pudiera resultar de interés.

Posteriormente se puede profundizar en los distintos hábitos de vida del paciente, como pudieran ser su esfera familiar, laboral, social, el número de parejas que ha tenido, etc. Se puede realizar una historia clínica que incluya el problema actual, su situación médica, el por qué sospecha que pudo contraer la enfermedad, cuales fueron sus prácticas de riesgo, etc., toda aquella información acerca de su salud en general que nos indiquen la posibilidad de que surjan otras complicaciones.

Pascual y Ballester (1997), consideran la realización de evaluaciones de personalidad del paciente, así como de ansiedad, depresión, autoestima, estilos de afrontamiento, etc., sin embargo mencionan que los instrumentos existentes para evaluar estas condiciones, desafortunadamente no han sido adaptados para pacientes con VIH/SIDA en específico.

Buceta y Bueno (1993), presentan un esquema resumen del programa de intervención psicológica en portadores de VIH y enfermos de SIDA que han llevado a cabo psicólogos en Madrid:

Recepción: Primer contacto, entrevista.

- determinación del factor de riesgo y estimación de la probabilidad de contagio.
- Posibilidades personales y familiares para afrontar un posible resultado positivo.
- Información: tipo y significado del análisis, medidas preventivas, etc.
- Planteamiento de acciones inmediatas en personas muy angustiadas.

Comunicación de resultados.

- VIH (-) Entrega y recuerdo de las medidas preventivas.
- VIH (+) Comunicación atendiendo a sus características personales.

Apoyo psicológico posterior a la comunicación VIH+

- Evaluación y asistencia a los problemas específicos suscitados (ansiedad, depresión, autoaislamiento, etc.)
- Dotar al paciente de las técnicas necesarias para el manejo de la ansiedad y/o la indefensión suscitadas.
- Medidas educativas y control de hábitos.
- Trabajo de grupo (implicación de su medio afectivo inmediato).

Como vemos en el esquema, el apoyo psicológico se contempla desde el momento de la espera de resultados, con el fin de prevenir en caso de recibir resultados negativos, y en caso contrario, comenzar el trabajo con el paciente que se puede encontrar angustiado. Este apoyo posterior a la comunicación del VIH+, es de vital importancia para el paciente como ya se ha mencionado anteriormente. Un estudio realizado por Remor (2002, en: Remor, Arranz y Ulla, 2003), encontró que las percepciones o expectativas de experiencias negativas con el tratamiento, aumentan los niveles de ansiedad y depresión e impactan negativamente la calidad de vida percibida en las personas que viven con el VIH. Anticipar esto y preparar a los pacientes mejorando sus recursos personales, puede ser una

estrategia útil para prevenir la desesperanza y el sufrimiento emocional asociados a las complicaciones en el tratamiento de la infección por VIH.

3.2. Los fármacos y su reacción en el paciente.

Hablando en el aspecto médico, también se ha comentado que la adherencia del tratamiento se encuentra estrechamente relacionada con el estado emocional del paciente. Es por ello que, el psicólogo también debe contar con la información referente a los medicamentos con los que estará en contacto el paciente. A este respecto, Pascual y Ballester (1997), mencionan que el psicólogo de la salud que trabaja en torno al SIDA, debe ser coherente con la asunción del modelo biopsicosocial y tener algunas nociones básicas sobre la terapéutica médica de esta enfermedad.

El psicólogo debe estar al tanto de todo cuanto está afectando al paciente y obviamente, le tratamiento médico que precisa la infección por VIH y SIDA, sobre todo en las fases en que se precisa hospitalización, influye de manera notable en sus preocupaciones y en su calidad de vida; los fármacos que se administran al paciente deben ser conocidos, ya que sus efectos secundarios podrían ser confundidos con la sintomatología de origen psicógeno. Por último, conociendo las características del tratamiento médico que recibe un paciente, el psicólogo puede intervenir de cara a facilitar su adherencia al tratamiento, cuestión que puede ser fundamental para la propia supervivencia y calidad de vida del individuo.

Una vez aclarada la importancia del tratamiento médico para una mejor intervención psicológica, es necesario mencionar que existen dos tipos de tratamiento médico del VIH/SIDA. Por un lado, se encuentran los medicamentos dirigidos a contrarrestar la propia acción del VIH sobre el organismo; por otro, se encuentran todos los fármacos que tratan las infecciones oportunistas como la tuberculosis, toxoplasmosis, etc. A continuación, encontraremos un cuadro que contiene los principales fármacos administrados a los pacientes con VIH/SIDA y sus efectos secundarios en los pacientes.

ACCIÓN DEL FÁRMACO	NOMBRE DE LA DROGA	NOMBRE COMERCIAL	EFECTOS SECUNDARIOS
Inhibidor de la transcriptasa inversa	Zidovudina (ZVD) o Azidotimidina (AZT)	Retrovir	Anemia, alteraciones hematológicas, náuseas, anorexia, vómitos, cefaleas, malestar general.
Inhibidor de la transcriptasa inversa	Didanosina (ddl)	Videx	Fiebre, pancreatitis, hiperglucemia, cefaleas, náuseas, diarrea, dolor abdominal, anemia.
Inhibidor de la transcriptasa inversa	Stavudina (d4T)	Zerit	neuropatías periféricas (náuseas, vómitos, dolor abdominal, Diarrea, pancreatitis, problemas de sueño, manías..)
Inhibidor de la transcriptasa inversa	Lamivudina(3TC)	Epivir	Cefáleas, malestar, fiebre, náuseas, diarrea, anorexia, dolor abdominal, depresión, insomnio, anemia, fotofobia.
Inhibidor de la transcriptasa inversa	Dideoxicidina (ddC)	HIVID	Neuropatías periféricas (parestesis, dolores continuos, pancreatitis), úlceras orales, anemia.
Inhibidor de la proteasa	Indinavir (MK-639)	Crixivan	Kidney stones, náuseas, vómitos, diarrea, anemia/neutropenia.
Inhibidor de la proteasa	Saquinavir (SQV)	Invirase	Diarrea, malestar abdominal, máuseas y cefaleas.
Inhibidor de la proteasa	Ritonavir	Norvir	Náuseas, vómitos, diarrea.

La acción de estos fármacos sobre el VIH y sobre su multiplicación dentro del organismo, hace que la enfermedad progrese a un ritmo mucho más lento de lo que sería esperable, incluso que llegue prácticamente a estabilizarse, lo cual ha hecho posible que se empiecen a oír las primeras voces a favor de la consideración del SIDA como una enfermedad crónica, desligándola del carácter fatal al que estaba asociada (Pascual y Ballester, 1997).

Es necesario tomar en cuenta que, aunque estos medicamentos son muy eficaces, no son la cura para la enfermedad, más aún, sabiendo la capacidad que tiene el virus para mutar dentro de un mismo individuo. A esto se suma la importancia de los efectos secundarios señalados, ya que pueden llegar a ser fatales, además del importante coste económico, por lo que no todos los pacientes tienen la posibilidad de adquirir estos medicamentos.

Ahora podemos pasar al desarrollo de una propuesta de intervención psicológica para el paciente, ésta desde el momento de la comunicación de los resultados positivos.

3.3. Propuesta de un programa de intervención psicológica en pacientes con VIH/SIDA.

La siguiente propuesta de intervención, estará basada en técnicas cognitivo-conductuales, dirigidas al paciente que ha recibido un resultado positivo al Virus de Inmunodeficiencia Humana. Las cuales podrán ser aplicadas durante el desarrollo de la enfermedad el paciente con la finalidad de lograr una óptima adherencia del tratamiento médico y por ende, una mejor calidad de vida.

En pacientes que se encuentran ya en una fase terminal, las técnicas pueden complementar los cuidados paliativos.

Este programa de intervención estará diseñado para la atención en sesiones individuales con el paciente; sin embargo, cabe mencionar que el apoyo familiar resulta de vital importancia.

Recordemos que aunque algunos pacientes aún no presenten síntomas de la enfermedad, la presencia del virus en su cuerpo es motivo de angustia constante, al no saber en qué momento se puede manifestar y qué es lo que va a pasar. Por lo tanto la siguiente propuesta de programa, pretende, mediante el entrenamiento en técnicas CC, brindarle al paciente las herramientas necesarias para poder controlar episodios de ansiedad o estrés, así mismo, identificar por sí mismo aquellos pensamientos que le están creando un conflicto; todo ello, como ya mencionamos, con el fin de lograr una óptima calidad de vida para el paciente, haciendo complemento con el tratamiento médico.

PRIMERA FASE. COMUNICACIÓN DEL RESULTADO POSITIVO

En esta fase, el psicólogo únicamente apoya al médico encargado de comunicar el resultado. Interviene en los momentos en los que el paciente pueda sufrir alguna crisis, además puede dar información psicológica relacionada con la enfermedad, haciendo énfasis en la importancia del apoyo psicológico.

Entrevista inicial.

- Datos personales (nombre, edad, estado civil, profesión, etc.)
- Indagación sobre los diversos ámbitos de vida del paciente.

Comunicación del resultado.

- Hablar claramente a cerca de la situación médica del paciente, aclarando que es posible controlar el desarrollo de la enfermedad.
- Indagación sobre la forma en la que pudo contagiarse, prácticas de riesgo.
- Responder a todas las dudas del paciente en lo referente a la enfermedad.
- Hablar de la importancia de tomar tratamiento multidisciplinario y en lo que éste consiste.

SEGUNDA FASE. INICIO DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Es necesario para comenzar esta fase, que el paciente se encuentre convencido de la importancia que tiene el apoyo psicológico para contribuir con el tratamiento médico.

Para iniciar con la segunda fase del programa, es necesario realizar una segunda entrevista (ver ANEXO 5), en donde se indaguen principalmente, los aspectos psicológicos del paciente. Es importante saber los antecedentes clínicos del paciente, si ha sufrido alguna depresión por ejemplo. Todas las actividades de su vida cotidiana, así como la forma en la que ésta ha cambiado después del resultado positivo.

A continuación, un pequeño esquema de la forma en la que se puede estructurar la primera sesión con el paciente.

Primera sesión.

- Establecer rapport. Esto es muy importante, ya que de ello dependerá el desarrollo del tratamiento, darle al paciente la confianza de poder hablar de sus dudas y temores.
- Manejar información didáctica acerca del VIH/SIDA (folletos, videos, etc.)
- Se pueden realizar algunas evaluaciones para descubrir alteraciones como depresión, estrés o ansiedad, así como la presencia de pensamientos suicidas.
- Explicar al paciente de lo que se van a tratar las sesiones.
- Explicar las técnicas cognitivo-conductuales con las que se va a trabajar, haciendo hincapié en la importancia de las tareas a realizar en las sesiones, así como de las tareas en casa.
-
- Concretar los problemas a tratar y realizar una agenda de lo que sucederá en la próxima sesión.

Segunda sesión.

- Comenzaremos por hablar de ¿cómo se sintió el paciente en la primera sesión?, haciendo un breve resumen de ésta.
- Comentar las dudas del paciente acerca de lo que puede suceder en las siguientes sesiones.

En esta segunda sesión, se iniciará una retroalimentación con el paciente, de la cual se obtendrán los pensamientos negativos, no funcionales del paciente con referencia a la enfermedad, como pueden ser los estigmas, discriminación, etc.

En este momento se asignará la primera tarea para casa. Se le entregará al paciente una hoja (ver ANEXO 6) en donde llevará el registro de los pensamientos negativos que surjan y qué es lo que los motiva, así como la respuesta que manifiesta el paciente hacia éstos.

Debemos insistir en la importancia de que el paciente cumpla con la tarea que se le encomienda, aclarando que en base a lo que nos reporte se determinará la forma de proceder.

Sesión 3, 4 y 5.

Para iniciar, haremos una revisión de la hoja de registro que se le entregó al paciente. Comentaremos la información, permitiendo que el paciente explique aquellos sentimientos que le provocaron los pensamientos que anotó. A continuación se le explicará para qué se utilizará su hoja de registro.

Trabajaremos en esta sesión con el paciente aplicando la técnica de control de los pensamientos distorsionados (Buceta y Bueno, 1993). Esta técnica incluye el registro y detección de pensamiento automáticos, el análisis de los errores lógicos, la reestructuración racional y la parada del pensamiento.

Registro y detección de pensamientos automáticos. En primer lugar vamos a entrenar al paciente en el manejo del auto-registro, para lo cual en la sesión anterior se le dio la hoja y se le explicó lo que tenía que registrar. Haremos hincapié en el registro de los desencadenantes, emociones resultantes y pensamientos en torno a la situación. Aunque encargamos en la sesión anterior anotar los pensamientos negativos, ahora explicaremos al paciente que también debemos tomar en cuenta aquellos pensamientos que nos llevan a emociones agradables.

Análisis de los errores lógicos. Primeramente instruimos al paciente en la serie de posibles errores lógico en los que más comúnmente se puede incurrir dentro de estas situaciones. Éstos son la sobregeneralización, pensamientos absolutistas opuestos, maximización de eventos, inferencia arbitraria, abstracción selectiva y personalización.

Reestructuración racional. Ya que el paciente ha localizado estos pensamientos y qué es lo que los desencadena, podemos pasar a la eliminación de estas distorsiones. Para lo cual se debe reemplazar las autodeclaraciones irracionales por una apreciación más realista de la situación, observando la disminución de la alteración emocional provocada. Los autores proponen un registro con tres columnas que quedaría de la siguiente forma:

Distorsión en la que incurrió.	Frase o pensamiento que empleó.	Frase o pensamiento alternativo funcional.
--------------------------------	---------------------------------	--

Este registro se utilizaría hasta que el paciente logre plantear alternativas racionales y funcionales sin problemas ante cualquier pensamiento que le resulte no funcional. Además de continuar con el registro de estos pensamientos.

Detención del pensamiento. Por último, dentro de este bloque de control cognitivo, se entrena al paciente en la técnica llamada **detención de pensamiento**, diseñada para combatir los pensamientos no funcionales. En el capítulo dos explicamos esta técnica, que consiste en detectar el pensamiento distorsionado y gritar “ALTO” en el momento, esta acción se repetirá varias veces, la palabra “ALTO” se exclamará primero en voz alta e irá disminuyendo poco a

poco hasta hacerlo mentalmente. Las primeras veces, el terapeuta será quien diga “ALTO” cuando el paciente indique que el pensamiento esta ocurriendo, posteriormente será el paciente solo quien lo lleve a cabo.

Para finalizar, comentaremos con el paciente lo que ha ocurrido y daremos paso a contestar las dudas que puedan haber surgido de la técnica. Así mismo, la tarea que asignaremos será la continua realización del auto-registro de pensamientos.

Para terminar con la quinta sesión, explicaremos al paciente que en su próxima visita le enseñaremos la técnica de **relajación**, para la cual necesitamos que acuda con ropa cómoda.

Sesión 6, 7 y 8.

Para iniciar la sesión, comentaremos con el paciente su evolución con la técnica de detención del pensamiento y sus auto-registros. Debemos preguntar cómo se ha sentido y si han surgido problemas o dudas con el desarrollo de su terapia psicológica. También sería importante indagar acerca de su estado de salud.

Para continuar podemos dar una pequeña introducción acerca de la relajación, explicando al paciente los beneficios que esta técnica ofrece en los casos de ansiedad y estrés.

A continuación, daremos paso a la técnica de relajación. Buceta y Bueno (1993) comentan que posiblemente esta técnica es la de mayor tradición para el manejo y la reducción de la ansiedad. Por lo tanto, presentaremos el proceso que proponen los autores.

Es necesario encontrarse en un ambiente tranquilo, aislado de ruidos, luz tenue o penumbra, ropa cómoda y suelta, pies descalzos, temperatura suave, no estar haciendo digestión. Si no es posible aislarse de los ruidos, podemos utilizar

una música suave y monótona de fondo para enmascararlos. Para realizar la relajación, es necesario recostarse un poco. El terapeuta dará las órdenes la paciente:

- Cierre los ojos.
- Tome el aire siempre por la nariz.
- Cuando inhale, concéntrese en el sonido que provoca su propia inspiración, aíse su mente de todo lo demás.
- Durante la inspiración, el abdomen se saca hacia fuera y el pecho se expande.
- Expulse el aire siempre por la boca.
- Cuando exhale, piense en una palabra-meta, como *calma* o cualquier otra similar que le pueda transmitir una sensación de quietud.
- Durante la exhalación el abdomen se mete hacia dentro.
- Tanto la inhalación como la exhalación deben ser suaves y ligeras, sólo de vez en cuando se realizará una inhalación algo más profunda.
- Progresivamente, el ritmo respiratorio debe ser enlentecido.
- Continúe durante unos diez minutos hasta que su ritmo respiratorio sea lento, suave.
- Imagine ahora una escena lo más agradable posible, puede ser algo que haya vivido o bien una fantasía, y procure que su visualización sea lo más vívida posible. Disfrute de ella tanto tiempo como quiera.
- Para finalizar, inhale profundamente, llene a plena capacidad sus pulmones, retenga el aire unos segundos antes de expulsarlo y vacíe por completo los pulmones (repetimos esta acción cinco veces).
- Abra los ojos lentamente y espere un minuto antes de incorporarse.

Estas instrucciones las llevaremos a cabo al ritmo del paciente, no se debe apresurar ni presionar, en las siguientes sesiones repetiremos esta técnica con el fin de que el paciente aprenda a manejar su respiración y logre aplicar la técnica cuando se encuentre estresado o ansioso.

Para finalizar la sesión comentaremos con el paciente la técnica y cómo se sintió antes y después de realizarla. Como tarea para casa, tendrá que practicar la

relajación. Durante las próximas dos sesiones se trabajará con esta misma técnica, procurando mejorar los ejercicios y terminando con una retroalimentación en donde el paciente exponga los casos en los que ha utilizado la técnica y cómo podría utilizarla en el futuro.

Sesión 9 y 10.

Para comenzar hablaremos de las sesiones anteriores, cómo se ha sentido y si ha practicado la técnica de relajación, así como también preguntar los resultados obtenidos.

Después de la introducción, explicaremos al paciente la técnica que trabajaremos a continuación. Se trata de la **visualización**(Buceta y Bueno, 1993). Estos autores se basaron en trabajos con pacientes de cáncer realizados por Matthews-Simonton (1981), y adaptaron esta técnica para pacientes con VIH. Se trata esencialmente de proporcionar a los pacientes un medio para participar activamente en su propio tratamiento y se encuentra encaminada a fortalecer su confianza en que poseen cierto grado de control real sobre la evolución de la infección.

Los autores aconsejan practicar la técnica dos veces al día durante diez o quince minutos. Se trata de relajación en primer lugar, y posteriormente, visualizar por medio de la imaginación, la acción positiva de las defensas naturales del organismo frente a la proliferación del VIH, los pasos son los siguientes:

- En primer lugar, debemos introducir al paciente en un estado de relajación por medio de la técnica que se aprendió anteriormente, siempre con los ojos cerrados.
- De la forma más realista posible, se visualizarán las defensas del cuerpo luchando victoriosamente contra el VIH de la siguiente forma:
- *El virus es pequeño, débil, vulnerable, se encuentra en poca cantidad y aparece casi aislado. Si se padece una enfermedad oportunistas o un cáncer como el sarcoma kaposi, igualmente imaginar esas células o*

microorganismos como débiles, poco cohesionadas y fácilmente vulnerables.

- *Su sistema de defensas está compuesto por una inmensa y vasta masa de invencibles células defensivas.*
- *Los glóbulos blancos aparecen vigorosos sobrepasan en numero a los virus, células cancerosas o microorganismos. La victoria de los glóbulos blancos parece inevitable.*
- *Las células T auxiliares se multiplican rápidamente, crecen fuertes y sanas, las células T asesinas son agresivas e inmensamente poderosas.*
- *Las células B producen millones de eficaces anti-cuerpos anti-VIH.*
- *Entonces los macrófagos, los anticuerpos y las células T asesinas, asedian y destruyen el virus del SIDA, a los microorganismos oportunistas y a las células cancerosas.*
- *Si existen medicamentos, éstos deben ser visualizados como fuertes y poderosos, claramente capaces de combatir y destruir las enfermedades y detener al virus, asistiendo al sistema de defensas naturales.*
- *Cuando todos los virus del SIDA, infecciones oportunistas y células cancerosas hayan sido destruidas, es importante visualizar cómo estos despojos son expulsados del organismo de forma natural y sin esfuerzo, filtrados por los riñones, eliminados por la orina, exudados, etc.*
- *Ahora imagine su cuerpo purificado, fuerte y saludable. Imagínese con los objetivos de su vida cumplidos, véase a si mismo en el futuro, feliz y rodeado por los suyos.*

Al término de la visualización, pediremos al paciente que abra sus ojos lentamente, y antes de incorporarse comente cómo se siente. Esta técnica también la puede practicar el paciente en casa. En la siguiente sesión se volverá a practicar esta técnica.

Las sesiones siguientes se dedican a atender las demandas que manifieste el paciente, es decir, a atender específicamente lo que el paciente solicite. Es necesario seguir practicando las técnicas que se le enseñaron y durante las

sesiones realizar la retroalimentación que nos muestre cuales han sido los avances del paciente y aquellos puntos en los que necesita una guía.

Podemos dedicar una o varias sesiones (según como se demande) a la información referente al VIH/SIDA, las enfermedades oportunistas y su prevención, así mismo la prevención del contagio a otras personas.

El tema de afrontamiento de la muerte y el proceso de morir también puede tratarse en una sesión en particular, en donde se ayude al paciente a expresar sus emociones e identificar los temores, jerarquizando preocupaciones y buscando una solución.

Esta pequeña propuesta, esta encaminada a solucionar las alteraciones psicológicas inmediatas que se presentan en los pacientes cuando se enteran del resultado positivo al VIH, como lo son la ansiedad y el estrés. Cuando después de una evaluación (ver ANEXO 7), se detecta una depresión, es necesario que sea tratada de forma particular, utilizando la Terapia Racional Emotiva, o Terapia Cognitiva. Las sesiones para tratar la depresión, siempre y cuando no se trate de una depresión mayor que necesite de medicamento, puede ser tratada en varias sesiones en la clínica.

CONCLUSIÓN

Durante el desarrollo del presente trabajo, hemos podido ver los aspectos médicos y psicológicos del paciente con VIH/SIDA, así mismo, se ha hecho hincapié en la importancia de cumplir con un tratamiento multidisciplinario que tiene como finalidad el brindarle una óptima calidad de vida al paciente en caso de que se haya desarrollado el SIDA, en caso contrario, se pretende evitar el este desarrollo, así como prevenir el contagio y expansión del virus.

En general podemos concluir que es psicólogo de la salud, tiene un papel sumamente activo y de estrecha colaboración con el médico y el resto del equipo de salud que conforma el apoyo multidisciplinario del que ya hablamos. Esto mediante la tarea asistencial, el asesoramiento y la prevención.

Para esto, el psicólogo debe tener conocimientos sólidos no sólo en su campo específico, sino también en los aspectos médicos de la enfermedad, la historia natural de la misma, las complicaciones posibles y la forma de tratarla.

Como vimos, el grado de intervención del psicólogo, depende de las necesidades del paciente y de las circunstancias y situaciones que se presenten en los distintos momentos por los que atraviesa a partir de su diagnóstico.

De igual forma, los objetivos de la intervención, varían según la etapa de la enfermedad en la que se encuentra el paciente, así como de los síntomas clínicos.

Sin embargo, aunque el grado de intervención y sus objetivos cambien, toda intervención, estará dirigida a ayudar al paciente a mantener un control sobre su vida y a desarrollar estrategias adecuadas que le sirvan para hacer frente a los múltiples retos y las numerosas circunstancias adversas que pueden aparecer después del diagnóstico de la seropositividad.

La propuesta que se presentó, está dirigida a resolver los problemas inmediatos que surgen en el paciente, los cuales pueden ser tratados en las

primeras sesiones. Y en base a la evolución del paciente, el psicólogo determinará las necesidades a cubrir.

La utilización de técnicas cognitivo-conductuales, facilita el tratamiento de los pacientes, ya que es necesario trabajar con los pensamientos que surgen en el paciente desde el momento del diagnóstico, mediante la modificación de éstos, desarrollaremos en los pacientes las herramientas necesarias para afrontar cualquier situación que se le presente, así como continuar con la vida que llevaba antes del diagnóstico.

Por todo lo anterior, decimos que la intervención psicológica sirve como una especie de amortiguador emocional para todo aquello que esta a punto de vivir el paciente, y que cambiará sus expectativas y su visión hacia el futuro.

ANEXO 1
PERSONAS INFECTADAS CON VIH SEGÚN ENTIDAD
FEDERATIVA

<i>Entidad Federativa</i>	<i>Personas infectadas con VIH (1995-2004)</i>	<i>Personas infectada con VIH (2004)</i>
Aguascalientes	143	24
Baja California	1,370	254
Baja California Sur	170	35
Campeche	211	23
Coahuila	353	49
Colima	193	31
Chiapas	1,056	157
Chihuahua	1,185	224
Distrito Federal	5,676	911
Durango	214	35
Guanajuato	610	65
Guerrero	1377	163
Hidalgo	223	39
Jalisco	1404	182
México	1888	180
Michoacán	831	129
Morelos	409	35
Nayarit	336	17
Nuevo León	1,292	162
Oaxaca	1,030	174
Puebla	1,256	134
Querétaro	199	46

Quintana Roo	1,034	152
San Luis Potosí	300	43
Sinaloa	703	72
Sonora	612	66
Tabasco	555	90
Tamaulipas	859	127
Tlaxcala	129	16
Veracruz	3,067	633
Yucatán	994	107
Zacatecas	205	30
Nacional	29,926	4,405

ANEXO 2
CASOS ACUMULADOS DE SIDA SEGÚN GRUPOS DE
POBLACIÓN

<i>Grupo de Población</i>	<i>Casos diagnosticados en el año 2004</i>	<i>Casos acumulados (1983-2004)</i>
Menores de 15 años	92	2,319
Hombres adultos	3,240	76,316
Mujeres adultas	837	14,363
Edad desconocida	4	981
Total	4,173	93,979

ANEXO 3
MORTALIDAD POR SIDA SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA

ENTIDAD	NUMERO DE DEFUNCIONES POR SIDA
Aguascalientes	37
Baja California	228
Baja California Sur	23
Campeche	42
Coahuila	69
Colima	29
Chiapas	189
Chihuahua	173
Distrito Federal	551
Durango	30
Guanajuato	127
Guerrero	173
Hidalgo	40
Jalisco	370
México	382
Michoacán	96
Morelos	78
Nayarit	60
Nuevo León	153
Oaxaca	127
Puebla	202
Querétaro	35
Quintana Roo	74

San Luis Potosí	55
Sinaloa	81
Sonora	81
Tabasco	153
Tamaulipas	141
Tlaxcala	24
Veracruz	626
Yucatán	74
Zacatecas	18
Nacional	4,541

ANEXO 4

DIRECTORIO DE INSTITUCIONES

DISTRITO FEDERAL.

ACCIÓN VOLUNTARIA **Grupo Civil en Lucha Contra el SIDA,** **Prevención de ITS y Defensa**

Responsable: Fernando Reyes Vázquez
 Coordinador General
 Teléfono: (55) 5445-5638
 Fax: (55) 582-1038
 Celular: (55) 1955-5343
 Correo electrónico: accionvoluntaria@yahoo.com
 Calzada Ermita Iztapalapa 429 R-4
 Entre Calzada de la Viga y Unicornio
 Colonia Prado Churubusco
 04230 Coyoacán, D. F.
 Metro: Ermita

Tiene por objetivos:

- φ Proporcionar información y educación para la prevención de la infección por VIH/SIDA
- φ Combatir la discriminación a personas que viven con VIH/SIDA
- φ Asesorar a personas impactadas directa o indirectamente por el VIH/SIDA
- φ Proporcionar asistencia psicológica a personas que viven con VIH/SIDA

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Pláticas sobre VIH/SIDA
- φ Taller de erotización "El placer de los sentidos"
- φ Asesoría pre y post prueba de detección
- φ Acompañamiento a enfermos
- φ Asistencia en fase terminal
- φ Orientación en trámites funerarios
- φ Canalización de servicios
- φ Gestoría

ALBERGUES DE MÉXICO, I.A. P.

Responsable: Dr. René García Felix
 Teléfono: (55) 5286-2622
 Fax: (55) 5286-7336

Teléfono Ajusco: (55) 5846-2894 y 95
 Radio localizador: (55) 576-5177 clave B-1633
 Correo electrónico: albergues@compuserve.com.mx
 Internet: <http://www.alberguesdemexico.org.mx>
 Saltillo 39 Atos
 Col. Hipódromo Condesa
 06100 Cuauhtémoc, D. F.
 Metro: Chilpancingo

Tiene por objetivo:

- φ Brindar ayuda y apoyo a personas que conviven con VIH/SIDA

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Grupos de autoapoyo
- φ Visitas domiciliarias y hospitalarias
- φ Albergue para enfermos terminales
- φ Asesoría legal
- φ Despensa básica alimenticia y banco de medicamentos
- φ Boletín informativo "La Ballena de Jonas"
- φ Encuentros interreligiosos

AMIGOS CONTRA EL SIDA, A. C. - ACES

Responsable: David Alberto Murillo
 Teléfono: (55) 5659-7531
 Fax: (55) 5659-0166
 Celular: (55) 5456-2379
 Correo electrónico: amigos@prodigy.net.mx
 Internet: <http://www.aids-sida.org>
 Av. Universidad # 1330
 Edificio. Versalles # 1402 - C
 Col. Del Carmen,
 04100 Coyoacán, D. F.
 Metro: Coyoacán
 Tiene por objetivo:

- φ Proporcionar información sobre VIH/SIDA.

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Publicaciones para personas con VIH/SIDA
- φ Boletín SIDA Hoy, enviado por Internet.
- φ Sitio de información en Internet

Además realiza simposios con el tema VIH/SIDA y veladas en memoria de los muertos por SIDA.

ASOCIACIÓN DE ATENCIÓN SOCIAL Y EDUCATIVA DE MUJERES CON VIH, S. A. C.

Responsable: Saracelia Carro Aviña
Teléfono: (55) 5672-2739
Chupicuaro 95 - 2
Colonia Vertiz Narvarte
03600 Benito Juárez, D. F.

Tiene por objetivo:

- φ Brindar información y asesoría educativa a las mujeres con infección por VIH.

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Entrevistas personales
- φ Talleres educativos
- φ Diplomado en VIH
- φ Capacitación para el trabajo con mujeres portadoras del VIH a través de manualidades

AMIGOS DE NIÑOS INFECTADOS CON VIH/SIDA – ANIVIH

Responsables: Luis Campos Téllez y Edgar Vite
Correo electrónico: anivih@infosel.com
Nezahualcoyotl 72-303,
Colonia Centro
06060 Cuauhtémoc, D. F.

Objetivo:

- φ Brindar ayuda a niños infectados con VIH/SIDA.

Servicios:

- φ Pláticas de prevención
- φ Canalización de niños infectados a los servicios adecuados
- φ Acompañamiento a niños infectados
- φ Centro de acopio (juguetes, comida, medicamentos)

ÁRBOL DE LA VIDA – Grupo 24 horas

Responsable: Enf. Ma Elena Romero Castellanos

Tel. (55) 5685-5975

Calle Aztecas, No. 49

Col. Barrio de la Asunción

09000 México, D.F.

Tiene por objetivo principal sacar al enfermo VIH/SIDA adelante a través de diferentes terapias ocupacionales, además de promover la aceptación y comprensión de la enfermedad y el proceso de la muerte.

ÁRBOL DE LA VIDA ENFERMOS EN SUPERACIÓN, I. A. P.

Responsables: Sra. Emma Medina y Luis Raymundo Apolinar

Teléfono: (55) 5386-0111, 2180 y 0034

Fax: (55) 5386-1347 y 0034

Correo electrónico: arboldelavida@pagina.de

Internet: <http://www.pagina.de/arboldelavida>

Clavería 75,

Esquina Tebas,

Col. Clavería,

02080 Azcapotzalco, D. F.

Metro: Popotla

Tiene por objetivo:

- φ Atención a personas con VIH/SIDA

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Pláticas de Autoayuda
- φ Pláticas de Información sobre el VIH/SIDA
- φ Atención Psicológica
- φ Albergue para personas con VIH/SIDA ó con Enfermedades crónicas e incurables
- φ Grupo de auto apoyo

ASOCIACIÓN JOSÉ ANTONIO PEÓN SID, A. C.

Responsable: Lic. Teresita Peón Sid

Fecha de constitución:

Teléfono: (55) 5271-9304

Alfonso Reyes 227 esq. con Betusco,

Colonia Condesa

06140 Cuauhtémoc, D. F.

Metro: Chilpancingo

Tiene por objetivos:

- φ Proporcionar apoyo moral a los enfermos
- φ Apoyar con despensas y donativos a los enfermos
- φ Regalar medicamentos a personas de escasos recursos sin acceso a los servicios de salud pública.
- φ Contribuir a mejorar la calidad de vida de la persona hospitalizada.

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Banco de medicamentos transitorio
- φ Apoyo psicológico
- φ Distribución de despensas.

ASOCIACIÓN MEXICANA DE INFORMACIÓN AVANZADA SOBRE VIH/SIDA, A. C. - AMINASIDA

Responsable: Carlos Francisco Gutiérrez Ávila
 Teléfono: (55) 5514-6239
 Teléfono y Fax (55) 5525-7417,
 Insurgentes Sur 76, despacho 102
 Colonia Juárez
 06600 Cuauhtémoc, D. F.
 Metro: Insurgentes

Su objetivo principal es la difusión de información acerca del VIH/SIDA además de la recabación de la misma, ofrece un centro de información al público en general así como a los enfermos.

ASOCIACIÓN MEXICANA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN VIH/SIDA, I. A. P. - AMSAVIH

Responsable: Carlos Francisco Gutiérrez Ávila.
 Teléfono: (55) 5514-6239
 Fax: (55) 5525-7417,
 Correo electrónico: amsavih@uol.com.mx
 Av. Insurgentes Sur 76, despacho 102
 Entre Havre y Londres
 Colonia Juárez
 06600 Cuauhtémoc, D. F.
 Metro Insurgentes

Tiene por objetivo:

- φ Servicio asistencial a población con VIH/SIDA

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Atención Médica en General
- φ Atención en Especialidades como: Proctología, Ginecología, Oftalmología, Psicología, Otorrinolaringología, Odontología
consejería pre-post prueba
- φ Descuento en exámenes de laboratorio
- φ Apoyo en medicamentos
- φ Servicio de colposcopia
- φ Información sobre VIH a familiares y pláticas de Información.

CÁRITAS - ARQUIDIÓCESIS DE MÉXICO PROGRAMA APRENDIENDO A VIH/VIR

Responsable: Pbro. Salvador López Mora
Teléfono: (55) 5682-4658 Exts. 218 o 256
Fax: (55) 5682-4658 Ext. 254
Celular: (55) 2109-5407
Biper: (55) 5629-9800 Clave: 232-832
Correo electrónico caritas@mail.internet.com.mx
Providencia 339
Entre Xola y Romero de Terreros
Colonia del Valle
03100 Benito Juárez, D. F.
Metro: Etiopía

Tiene por objetivos:

- φ Proporcionar información sobre prevención en VIH/SIDA a la población en general con énfasis en los jóvenes de ambos sexos y en la familia.
- φ Proporcionar apoyo a las personas afectadas por el VIH/SIDA

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Apoyo emocional y espiritual
- φ Apoyo psicológico
- φ Línea telefónica de apoyo emocional
- φ Pláticas de sensibilización a jóvenes
- φ Atención médica
- φ Instrucción sobre oficios y trabajos manuales
- φ Cursos sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual
- φ Servicios funerarios

**CENTRO COMUNITARIO DE AYUDA
A PERSONAS CON VIH, A. C. – CECOVIIH**

Responsable: Psic. Guillermo Ramírez Ramírez
Teléfono y Fax: (55) 5578-9751
Correos electrónicos: cecovihac@terra.com.mx y jfranco70@hotmail.com
Dr. Vértiz 185, Letra C
Entre Dr. Erazo y Dr. Velasco
Colonia Doctores
06720 Cuauhtémoc, D. F.
Metro: Niños Héroes
Objetivo:

- φ Ayudar a vivir más y mejor con el VIH

Servicios:

- φ Banco de medicamentos a bajo costo
 - φ Ayuda psicológica para el interesado y su familia
 - φ Información nutricional (alimentos balanceados para aumentar defensas)
- Talleres artesanales
Canalización médica adecuada

CENTRO CULTURAL Y HUMANISTA TLALCALI, A. C.

Responsable: Jorge Bonavides Palacios
Teléfonos: (55) 5549-6084 y 2120
Fax: (55) 5549-6084
Correos electrónicos: tlal11@prodigy.net.mx y tlalcali@hotmail.com
Internet: <http://communities.msn.com/CentroHumanistaTlalcali>
General Anaya 55 - 1
Col. Churubusco
04120, Coyoacán, D. F.
Metro: Ermita y General Anaya

Tiene por objetivo:

- φ Proporcionar psicoterapia humanista en el área de la sexualidad y tanatología

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Psicoterapia para enfermos terminales por SIDA
- φ Taller para pareja en sexualidad y negociación
- φ Talleres para adolescentes en asertividad, autoestima y sexualidad
- φ Taller de multifacia "Estrategias de vida"

- φ Taller de asertividad y autoestima para adultos
- φ Taller de sexualidad y autoestima infantil
- φ Taller de tanatología
- φ Taller de artes plásticas
- φ Taller de metafísica de la liberación
- φ Diplomado en sexualidad y tanatología
- φ Cursos de idiomas

CENTRO DE APOYO A NIÑOS CON SIDA, A. C.

Responsable: Mariano Navarro Linares

Puesto: Presidente

Teléfonos: (55) 5714-5279 y 5693-9210

Fax: (55) 5714-5279

Profesor Ignacio Ramírez, Manzana 53, lote 14

Colonia Ampliación Gabriel Hernández

07080 Gustavo A. Madero, D. F.

Tiene por objetivos:

- φ Promover a través de instituciones públicas o privadas la asistencia médica de niños con VIH/SIDA y formar un albergue.
- φ Recaudar fondos para ayudar a niños con SIDA.

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Información sobre prevención
- φ Canalización de recursos a niños con SIDA.
- φ Donaciones de aparatos ortopédicos y de medicamentos a personas de escasos recursos.

CENTRO DE ATENCIÓN PROFESIONAL A PERSONAS CON SIDA, A. C. - CAPPSIDA

Responsable: Martín Luna Sámano

Teléfonos: (55) 5672-4642 y 5674-2729

Fax: (55) 5674-2796

Celular: (55) 5452-5820

Correo electrónico: cappsida@cappsida.org.mx

Internet: <http://vihsida.org.mx>

José Antonio Torres 618

Col. Vista Alegre

06860 Cuauhtémoc, D. F.

Metro: Chabacano, línea 9

Tiene por objetivos:

- φ Atención domiciliaria
- φ Capacitación a familiares de personas con VIH/SIDA

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Detección de VIH/SIDA, ITS y cáncer cérvico - uterino
- φ Atención médica, psicológica y trabajo social
- φ Atención y cuidados de enfermería
- φ Capacitación
- φ Atención odontológica
- φ Consultoría en nutrición
- φ Asesoría jurídica
- φ Grupo terapéutico
- φ Banco de medicamentos
- φ Banco de información
- φ Página en Internet

COMUNIDAD UNIDA EN RESPUESTA AL SIDA, A. C. - CURAS

Responsable: Lic. Eduardo Catalán Sánchez

Puesto: Director

Teléfonos: (55) 5264-7363 y 8443

Fax (55) 5584-7577

Correo electrónico: curasac@tutopia.com

Manzanillo 81, piso 1

Esquina con Tlaxcala

Col. Roma Sur

06760 Cuauhtémoc, D. F.

Metro: Chilpancingo

Tiene por objetivo:

- φ Capacitar a las personas que viven con VIH/SIDA por medio de un programa de información y educación, para que logren mejorar su calidad de vida, previniendo las enfermedades oportunistas, atendiendo a los primeros síntomas de las mismas y a los efectos secundarios de los medicamentos

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Programas de educación para la salud
- φ Médico internista
- φ Terapias psicológicas, individuales, de pareja o de grupo
- φ Apoyo emocional y espiritual, individual y familiar
- φ Terapias física y alternativas, como Reiki, masajes y acupuntura

- φ Cursos de capacitación para voluntarios
- φ Pláticas informativas

**COMPAÑEROS EN AYUDA VOLUNTARIA EDUCATIVA, A. C. –
AVE DE MÉXICO
DIVERSITEL / LA CONDONERÍA**

Responsable: Dr. Carlos García De León Moreno

Teléfonos: (55) 5574-5309 y 5319

Consultorio Dr. García: (55) 5115-3701

Diversitel: (55) 5574-3012

Fax: (55) 5574-2891

Correos electrónicos: avedemexico@prodigy.net.mx, carlosnic@hotmail.com,
ninel3@hotmail.com y diversitel@hotmail.com

Tuxpan 2, Despachos 1004 y 1005

Entre Av. Insurgentes Sur y Tlaxcala

Colonia Roma

06760 Cuauhtémoc, D. F.

Metro: Chilpancingo

Tiene por objetivo:

- φ Educar con un enfoque científico y con perspectiva de género sobre el VIH/SIDA como un accidente de la sexualidad humana, para coadyuvar en la disminución de la pandemia y por el libre responsable de la sexualidad en el marco de los derechos humanos.

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Condonería
- φ Talleres de "Sexo seguro" y SIDA
- φ Asistencia previa y posterior a la prueba de detección
- φ Terapia psicológica individual y en grupo
- φ Curso de capacitación sobre sexo seguro
- φ Conferencias sobre SIDA y sexualidad
- φ Línea telefónica de información
- φ Apoyo psicológico

CONCIEN-SIDA, A. C.

Responsable: Guillermo Simonin Patraca.

Puesto: Coordinador General

Correo electrónico: conciensida1@hotmail.com

Av. 16 de septiembre, No. 49 Edificio 2 Int. 2

Col. Juarez Centro

54405 México, D. F.

Objetivo:

- φ Promover la educación como herramienta indispensable en prevención del VIH/SIDA

Servicios:

- φ Talleres informativos a empresas y escuelas
- φ Asesoría Psicológica
- φ Asesoría Legal
- φ Canalización a banco de medicamentos
- φ Promoción del uso correcto del condón

CONSULTORIO DENTAL VARGAS Especialista en VIH

Responsable: Dr. Alejandro Vargas Velasco
Teléfono: (55) 5785-2102
Celular: (55) 1111-2345

Correo electrónico: tanatos_2000@yahoo.com
Oriente 142 No. 168
Col. Moctezuma 2da. Secc.
15530 México, D.F.

ENFERMOS ANÓNIMOS EN RECUPERACIÓN

Responsable: Ma. Elena Romero Castellanos
Teléfono: (55) 5685-5975
Aztecas, No. 49B
Entre 16 de Septiembre y Cerrada de Aztecas
Col. Barrio de la Asunción
09220 Iztapalapa, D. F.
Metro: Iztapalapa

Tiene por objetivo:

- φ Atender a enfermos crónicos y con VIH/SIDA

Ofrece os siguientes servicios:

- φ Albergue gratuito para personas con SIDA
- φ Apoyo Emocional y psicológico
- φ Grupo de apoyo emocional e integración familiar

FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO

Responsable: Dr. Ricardo Camacho
 Programa Luna s/SIDA: Nicasio García López
 Teléfono: (55) 510-9425, 26 y 38
 Fax: (55) 510-2106
 Internet: <http://www.casa-alianza.org>
 Correo electrónico: alianza@prodigy.net.mx y mexico@casa-alianza.org
 Reforma 111
 Col. Guerrero
 06300 Cuauhtémoc, D. F.
 Metro: Hidalgo

Tiene por objetivo:

- φ Proporcionar ayuda a niños de la calle y con VIH/SIDA

Ofrece los servicios:

- φ Alimentación y educación a niños de la calle
- φ Albergue infantil

FUNDACIÓN CLÍNICA Y PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA, A. C.

Responsable: José Antonio Izazola Licea
 Teléfono: (55) 5655-9011
 Fax: (55) 5655-8211
 Correo electrónico: jizazola@funsalud.org.mx
 Av. Periférico Sur 4809
 Casi esquina con Viaducto Tlalpan
 Colonia El Arenal Tepepan
 14610 Tlalpan, D. F.

Tiene por objetivo:

- φ Movilización de recursos humanos y financieros en la lucha contra el SIDA.

Servicios:

- φ Financiamiento y asistencia técnica para la prevención y atención en VIH/SIDA a organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil.

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

Constitución legal: 1987
 Responsable: Javier Martínez

Teléfonos: (55) 5515-7913 Y (55) 5273-8741
Fax: (55) 5273-3807
Correo electrónico: sida@sidamexico.org
Internet: <http://www.sidamexico.org>
Calle 19 No. 75,
Entre Av. Revolución y Av. 2
Col. San Pedro De Los Pinos
03800 Benito Juárez, D. F.
Metro: San Pedro de los Pinos

Tiene por objetivo:

- φ Incidir en la calidad de vida de las personas afectadas por el VIH/SIDA

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Atención médica y odontológica
- φ Atención domiciliaria
- φ Cursos de capacitación
- φ Detección de anticuerpos al VIH
- φ Consejería pre y post prueba al VIH
- φ Terapia psicológica
- φ Orientación nutricional
- φ Orientación en derechos humanos
- φ Asesoría espiritual
- φ Terapias alternativas: Reiki y Flores de Bach
- φ Terapia grupal
- φ Cursos de capacitación

FUNDACIÓN SER HUMANO INTERNACIONAL, I. A. P.

Responsables: Psic. Alfredo Hernández y Encanto Gil
Teléfono y Fax: (55) 5588-7629, 0227 y 0228
Correo electrónico: serhumano@serhumano.org.mx
Internet: <http://www.serhumano.org.mx>
Fray Servando Teresa de Mier 104
Entre Isabel la Católica y Bolívar
Col. Centro
06000 Cuauhtémoc, D. F.
Metro: Isabel la Católica

Tiene por objetivo:

- φ Ofrecer servicios asistenciales de medicina, psicología y albergue a personas con VIH/SIDA.

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Atención médica en consulta externa
- φ Atención médica a domicilio
- φ Atención psicológica
- φ Banco de medicamentos
- φ Albergue para niños y adultos que viven con VIH/SIDA
- φ Servicio de transfusión

GENERACIONES EN LUCHA CONTRA EL SIDA, A. C. – GENLUSIDA Saber es Poder

Responsable: Lic. Enf. Bertha Alicia del Refugio Hernández López

Apartado Postal:

N.M.-8362

Administración Palacio Postal

06000 México, D. F.

Celular: (55) 5431-5490

Correo electrónico: genlusida@yahoo.com.mx

Tiene por objetivos:

- φ Brindar educación en el tema del VIH/SIDA
- φ Mejorar y fortalecer las capacidades de las personas que viven con VIH/SIDA.

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Información sobre Mujer y SIDA
- φ Tratamientos de VIH/SIDA
- φ Derechos Humanos
- φ Diversidad Sexual
- φ Talleres de Sexo Seguro y Sexo Protegido
- φ Orientación y canalización a otras OSC
- φ Servicio de Odontología
- φ Talleres de manualidades
- φ Apoyo Psicológico
- φ Organización de eventos en escuelas para la prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA a través de Sexo Seguro y Sexo Protegido.

GRUPO GAMA - GABRIEL MANCERA

Responsables: Eduardo Rivera Benavides y Martha Collins

Teléfonos: (55) 5688-7160 y 5689-0376

Correo electrónico: eduribe@usa.net

Ajusco #109-1

Entre Lázaro Cárdenas y Nevado

Colonia Portales

03300 Benito Juárez, D. F.

Metro: Ermita

Reuniones los martes de 18.00 a 20.00 horas

Hospital General de Zona "Gabriel Mancera" - sótano

Gabriel Mancera y Xola

Colonia del Valle

03100 Benito Juárez, D. F.

Tiene por objetivo:

- φ Brindar apoyo a las personas que viven con VIH/SIDA, sus familiares, parejas y amigos.

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Grupo de autoapoyo
- φ Grupo de apoyo con la participación de personas afectadas por el VIH/SIDA
- φ Información sobre aspectos generales del VIH/SIDA
- φ Información a pacientes del hospital sobre sus derechos de salud
- φ Información a medios masivos de comunicación.

GRUPO "PADRINOS"

Responsable: Psic. Benjamín Pelayo Naranjo

Teléfonos: (55) 5260-2262 y 5585 8526

Fax: (55) 5528-4220

Celular: (55) 1981-9335

Instituto de Higiene, No. 58 Int. 3

Col. Población Popotla

11400, México, D.F.

Este grupo ofrece principalmente la compañía y atención domiciliaria a los enfermos que lo soliciten.

GRUPO VIH...CTORIA

Responsables Mario López Rojas y/o Martha Gaona Díaz

Teléfono y Fax (55) 5273-3841

Correo electrónico: majavian@correoweb.com

Calzada Ticomán 1351, Col. Ticomán

07330 Gustavo A. Madero, D. F.

Metro: Indios Verdes más microbús Acueducto

Dirección Postal:

Apartado postal 75-183

Tiene por objetivo:

- φ Dar información sobre sexualidad y SIDA a los jóvenes

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Apoyo y terapia psicológica
- φ Grupo de autoapoyo para personas que viven con VIH/SIDA
- φ Pláticas y talleres a público en general con énfasis en jóvenes
- φ Servicios de enfermería
- φ Eventos de teatro, danza y cine
- φ Biblioteca de sexualidad y SIDA
- φ Arrendamiento de salón de usos múltiples

LA CASA DE LA SAL, A. C.

Responsable: Lic. Ana Luisa Escalante de Galnares

Puesto: Directora General

Teléfono: (55) 5514-0628

Fax: (55) 5207-8042

Correo electrónico: casadelasal@prodigy.net.mx

Córdoba # 76

Entre Durango y Colima

Col. Roma

06700 Cuauhtémoc, D. F.

Metro: Insurgentes

Tiene por objetivo:

- φ Brindar albergue a personas que lo requieran

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Apoyo psicológico
- φ Visitas a hospitales
- φ Grupos de auto apoyo
- φ Terapia individual, familiar y de pareja
- φ Psicoterapia en pareja a domicilio
- φ Consejería espiritual
- φ Albergue infantil temporal y definitivo
- φ Atención médica
- φ Banco de medicamentos
- φ Círculo de lectura
- φ Biblioteca
- φ Cine club
- φ Servicio funerario

LETRA S

Responsable: Lic. Arturo Díaz Betancourt
 Teléfono: (55) 5672-7096
 Fax: (55) 5532-2751
 Correo electrónico: letraese@letraese.org.mx
 Canarias 45
 Colonia San Simón Ticumac
 03660 Benito Juárez, D. F.
 Metro: Portales

Difunde información a través de la publicación del suplemento mensual sobre VIH/SIDA del periódico La Jornada.

MUJERES POR LA SALUD EN LUCHA CONTRA EL SIDA, A. C. - MUSA

Responsable: Claudia Colimoro Sarellano
 Teléfono: (55) 5702-8717
 Fax: (55) 5581-5041
 Correo electrónico: claudiacolimoro@hotmail.com
 Berriozabal, No. 39
 Col. Morelos
 15270 México, D.F.

Este grupo se dedica a difundir información y a la realización de programas con trabajadoras sexuales, además de consultoría telefónica.

NIÑOS DE LA CALLE CON SIDA ESPERANZA VIDA, A. C. - NICASI

Responsable: Psicólogo Ramiro Macías Ortíz
 Puesto: Coordinador General
 Teléfonos: (55) 5273-9134 y 5585-5082
 Fax: (55) 5598-9416
 Representante legal: Amado Trejo Juárez
 Teléfono: (55) 5277-8145
 Fax: (55) 5516-9515
 Celular: (55) 2177-3963
 Prosperidad 71-22
 Col. Escandón
 11800 Miguel Hidalgo, D. F.

Tiene por objetivos:

- φ Orientación y acompañamiento a los niños de la calle
- φ Apoyo en el proceso de la enfermedad del VIH/SIDA a personas en situación de calle

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Educación sobre sexualidad
- φ Cursos de sexo seguro y sexo protegido
- φ Atención psicológica
- φ Canalización hacia instituciones que los puedan atender en problemas específicos

ONUSIDA

Responsable: Rogelio Fernández Castilla
 Puesto: Presidente del Grupo Temático ONUSIDA/México
 Teléfonos: (55) 5263-9601 y 5263-9732
 Fax: (55) 5254-7235
 Presidente Masarik, No. 29 piso 9
 Col. Chapultepec Morales
 11570 México, D.F.

Esta organización se tiene por principal objetivo la difusión de información para la prevención del VIH/SIDA, además de la canalización a diferentes instituciones.

ORGANIZACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SIDA, A. C. - ORAIN

Responsable: Rosario Ponce De León
 Teléfono: (55) 5588-7785
 Correo electrónico: orainfem@prodigy.net.mx
 José Terres 71
 Col. Doctores
 06720 Cuauhtémoc, D. F.
 Metro: Hospital General

Tiene por objetivo:

- φ Apoyo a mujeres

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Consejería
- φ Cursos de sexo seguro y sexo protegido
- φ Atención psicológica
- φ Grupos de autoapoyo
- φ Desarrollo de habilidades
- φ Canalización hacia otras organizaciones

PROFESIONALES FRENTE A LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA, A. C. – PROFIN VIH

Inicio de operaciones 29 de marzo de 1996
 Responsable: Dra. María de la Paz Mireles Vieyra
 Teléfono: (55) 5399-3671
 Fax: (55) 5527-6205
 Correo electrónico: profvih@prodigy.net.mx
 Internet: <http://www.profinvih.org>
 Lago Enares 40, Colonia Torre Blanca
 11480 Miguel Hidalgo, D. F.
 Metro: Tacuba

Tiene por objetivo:

- φ Atención médica ambulatoria a pacientes que carecen de servicios de seguridad social.

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Atención médica
- φ Atención psicológica
- φ Atención proctológica
- φ Banco interno de Medicamentos
- φ Pláticas de prevención y de nutrición
- φ Entrenamiento a familiares o parejas para manejo del paciente en casa

RED MEXICANA DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA, A. C.

Responsable: Anuar Luna
 Teléfono: (55) 5273-7308
 Fax: (55) 5515-5583
 Correos electrónicos: redvihsida@laneta.apc.org y anuar_luna@hotmail.com
 Astrónomos 38-1
 Colonia Escandón
 11800 Miguel Hidalgo, D. F.

Tiene por objetivo:

- φ Promover el fortalecimiento de las capacidades de las personas que viven con VIH/SIDA y generar redes de apoyo entre ellos y las personas y organizaciones que les brindan servicios para mejorar su calidad de vida

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Proporcionar información para mejorar la calidad de vida

- φ Impartición de talleres sobre los puntos: adherencia a los tratamientos, nutrición, sexualidad y cuidados en casa
- φ Facilitación del intercambio de medicamentos

REMAR MÉXICO, A. C.

Responsable. Santiago Montaldan
 Teléfono: (55) 5558-4496
 Oriente 243 C, No. 67
 Col. Agrícola Oriental
 Iztacalco, D. F.
 Metro: Cerro de la Estrella

Tiene por objetivo:

- φ Dar ayuda a las personas necesitadas

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Casa hogar para personas que viven con VIH/SIDA
- φ Acompañamiento a personas que viven con VIH/SIDA

SALUD, SIDA, DERECHOS Y LIBERTAD, A. C. – SSIDELI.

Constitución legal septiembre 1999
 Responsable: Juan Jorge Sánchez Martínez
 Puesto: Presidente
 Teléfono y Fax: (55) 5511-7445
 Correo electrónico: ssideli@prodigy.net.mx
 Insurgentes sur 216 – 505
 Colonia Roma
 06700 Cuauhtémoc, D. F.
 Metro: Insurgentes
 Tiene por objetivo:

- φ Atención de la salud en general con especificidad en VIH/SIDA

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Asesoría jurídica legal
- φ Odontología
- φ Médico especializado.

SER HUMANO, A. C. - CENTRO MULTIDISCIPLINARIO PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL SIDA

Responsable: Alfredo Hernández Higuera
 Teléfono: (55) 5578-723
 Fax: (55) 5578-7406
 Correos electrónicos: serhumano@serhumano.org.mx y
mesterdefilantropia@serhumano.org.mx
 Internet: <http://www.serhumano.org.mx>
 Fray Servando Teresa de Mier 104
 Col. Centro
 06000 Cuauhtémoc, D. F.
 Metro: Isabel La Católica

Tiene por objetivo:

- φ Atender a niños y adultos con VIH/SIDA

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Consulta externa
- φ Atención médica y psicológica
- φ Albergue y visita domiciliaria
- φ Educación y capacitación

SIEMPRE AMIGOS

Responsable: Luis Gómez Fourzan
 Teléfono: (55) 5597-6300
 Clínica 27 del IMSS
 Eje Central 445
 entre Flores Magón y Eje 2 Norte
 Unidad Tlatelolco
 06900 Cuauhtémoc, D. F.
 Metro: Tlatelolco

Grupo de autoayuda

SIGNOS DE VIHDA

Grupo de Información y Orientación sobre VIH/SIDA e ITS

Responsable: Daniel Fernando Sosa
 Puesto: Coordinador General.
 Teléfonos: (55) 9116-1160, 5865-4550
 Correo electrónico: signosdevihda@yahoo.com
 Internet: <http://www.geocities.com/signosdevihda>
 Normandía No 38 Depto. 23
 Col. Ma. del Carmen
 3540 México, D.F.
 3541

Tiene por objetivo:

- φ Prevención, Capacitación, Educación, Información sobre VIH/SIDA e ITS.

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Canalización a otras organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH/SIDA
- φ Banco de medicamentos
- φ Platicas de información básica sobre VIH/SIDA e ITS
- φ Talleres de sensibilización y erotización del uso correcto de los condones femenino y masculino
- φ Talleres de Sexualidad, Genero, Equidad y Tanatología
- φ Terapia breve y grupal
- φ Visita domiciliaria y hospitalaria
- φ Talleres de información y prevención para HSH (Hombres que tienen Sexo con otros Hombres)
- φ Módulos de información básica sobre VIH/SIDA e ITS en diferentes puntos de la Cd. de México y Edo-Mex.

SOCIEDAD Y SIDA

Responsable: Rodolfo Morales Sánchez
 Teléfono: (55) 5564-5579
 Fax: (55) 5564-3580
 Querétaro 219-G
 Col. Roma
 06700 Cuauhtémoc, D.F.

Tiene por objetivo:

- φ Elevar la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA.

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Consejería
- φ Banco de medicamentos
- φ Línea telefónica de información
- φ Grupo de apoyo mutuo
- φ Aconsejamiento pre y post prueba de detección de anticuerpos al VIH
- φ Bolsa de trabajo

TYQUÉ

Responsable: Manuel Hernández
 Teléfono: (55) 5659-8465
 Correo electrónico: mhdzg@prodigy.net.mx

Ezequiel Ordoñez 153, casa 3
 Col. Copilco el Alto
 04360 Coyoacán, D. F.
 Metro: Ciudad Universitaria

Se ofrece atención psicológica a pacientes con VIH/SIDA y a familiares. Niños y adultos con VIH/SIDA.

ESTADO DE MÉXICO

ASOCIACIÓN DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN EN VIH/SIDA, NUEVA ERA, A. C. – ASPANE

Responsable: Alejandro Jaime García
 Teléfono: (55) 5735-1590 y 5735-3955
 Fax: (55) 5765-5934
 Correo electrónico: aspane@laneta.apc.org
 Virgen del Camino 44
 Colonia Virgencitas
 57300 Ciudad Nezahualcoyotl, Méx.
 Metro: Pantitlán más Colectivo Toreo Madrugada

Tiene por objetivos:

- φ Prevención y atención del VIH/SIDA en el municipio de Ciudad Nezahualcoyotl
 - φ Difundir y promover los derechos sexuales, reproductivos y humanos
- Ofrecen los siguientes servicios:

- φ Información, orientación y capacitación sobre VIH/SIDA, ITS y Salud sexual.
- φ Apoyo psicológico
- φ Centro de servicios múltiples para la prevención y atención del VIH /SIDA en Nezahualcóyotl

CUPS 25

Responsable: María Solís Neri
 Celular: (55) 1930-2185
 Correo electrónico: pici24@latinmail.com
 Balvino Davalos, No. 3
 Col. México
 57620 Cd. Nezahualcóyot, Edo-Mex.

Grupo de autoayuda.

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA, A. C. - CASA TOLUCA

Responsable: Lic. Beatriz Ramírez Amador
 Teléfonos: (722) 214-5493
 Fax: (722) 213-6180
 Correo electrónico: casatoluca@mixmail.com
 Árbol de las Manitas 103-B,
 50060 Toluca, Estado de México

Tiene por objetivo:

- φ Instrumentar un programa de información para la prevención del SIDA entre la población de la ciudad de Toluca y el área conurbada

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Prueba de detección al VIH
- φ Consejería pre y post prueba
- φ Grupo de autoapoyo
- φ Atención médica integral
- φ Atención y apoyo psicológico
- φ Atención psicológica de grupo
- φ Asesoría en derechos humanos
- φ Talleres de sexo seguro y protegido
- φ Talleres de autoestima
- φ Capacitación a personal médico y psicológico para la atención de personas que viven con VIH/SIDA
- φ Cursos especializados para profesionales de la salud

FUNDACIÓN SAN JOSÉ DE GUADALUPE DE LA FAMILIA VICENTINA, I. A. P.

Responsable: Sor Lidia Medellín Tapia
 Puesto: Directora General
 Teléfono: (55) 5742-9669
 Sauces 71,
 Colonia La Perla
 57820 Ciudad Nezahualcoyotl, México

Tiene por objetivo:

- φ Brindar atención integral a las personas con VIH/SIDA

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Consulta médica

- φ Apoyo psicológico y espiritual
- φ Grupo de superación personal y tanatología
- φ Grupo de autoapoyo
- φ Casa de día
- φ Albergue de corta estancia para personas con VIH en situación de crisis
- φ Albergue para personas con VIH sin vivienda
- φ Visitas domiciliarias y hospitalarias
- φ Banco de medicamentos
- φ Banco de alimentos

FUNDACIÓN TEOLOYUCAN CONTRA EL SIDA, A. C. - FUNTESIDA

Responsable: Lic. Juan Billion Rivera
 Teléfono: (55) 5591-1038
 Av. Hidalgo No. 8
 Colonia Centro
 54770 Teoloyucán, Estado. de México.
 Tiene por objetivo:

- φ Apoyar a personas con VIH/SIDA

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Información
- φ Conferencias
- φ Derechos Humanos
- φ Medicamentos a personas de bajos recursos.

GRUPO DE APOYO VIH

Responsable: Luz Inés
 Teléfono: (55) 5365-2848
 Correo electrónico: apoyovih@hotmail.com
 Planta Nachicom, No. 5
 Col. Electra
 54060 Tlalnepantla Estado de México

Grupo de autoayuda.

LA NUEVA FUERZA INFORMATIVA, GRUPO DE LUCHA CONTRA EL SIDA

Responsables: Sra. Dolores Aceves y Sr. Javier Fernández
 Teléfono: (55) 5852-0881, 5851-5046 y 5851-5003 ext. 23
 Cerrada de Nogales, manzana 43, lote 4
 Col. Emiliano Zapata

56370 Chicoloapan, México
Tiene por objetivo:

- φ Información a población en general

Ofrece los siguientes servicios:

- φ Donación de medicamentos
- φ Canalización de pacientes

LUZ DE VIDA, A. C.
“Escucha Nuestra Voz de Esperanza”

Responsable: José Jesús Rodríguez León
Teléfonos: (55) 5777-2331, 5779-3108 Mauricio Martínez
Vicente Guerrero Mza. 254, lote 5
Col. Sagitario 8
55117 Ecatepec de Morelos, Edo. Mex.

Grupo de autoayuda.

SIN LIMITE DE VIDA

Responsable: Ricardo García
Teléfonos: (55) 5300-9630 y 5312-3270
Clínica 194 del IMSS

Lleva a cabo visitas domiciliarias y a hospitales para brindar apoyo moral.

Existe un número en el que se brinda servicio al público en general, en donde se aclaran dudas y se proporcionan datos de las diversas instituciones a las que se puede acudir:

TELSIDA. Servicio de información telefónico sobre VIH/SIDA, prestado por CONASIDA, a la población en general.; los teléfonos son 5207-4077, 5207-4083 y 5207-4143 con horario de 9 a 21 horas de lunes a viernes y de 10 a 16 horas sábados y domingos. Durante 1995 inauguró el servicio LADA 800 mediante el cual se puede hablar desde cualquier punto de la República sin costo para quien hace la llamada: número 01-800-90-832.

ANEXO 5 ENTREVISTA

1. DATOS PERSONALES

Nombre: _____

Edad: _____ años Sexo: () Masculino () Femenino

Profesión: _____

Nivel de estudios: _____

Estado civil: _____

Lugar de residencia: _____

2. VIDA SEXUAL

En la actualidad, su orientación sexual es:

- () Heterosexual
- () Homosexual
- () Bisexual
- () Asexuada

En los últimos doce meses mantuvo relaciones sexuales:

- () Con mi pareja exclusivamente
- () Con mi pareja y otras/os
- () Con muchas parejas diferentes

Tipo de prácticas sexuales más frecuentes:

- () Masturbación
- () Sexo oral
- () Coito vaginal
- () Coito anal
- () Otras

Utiliza alguna droga intravenosa: SI NO

Ha recibido alguna transfusión sanguínea o algún transplante: SI NO

3. VALORACIÓN EMOCIONAL

¿Cual fue su reacción ante el resultado positivo de VIH?

¿Qué aspectos de su vida cree que se verán afectados y por qué?

¿Cuenta con el apoyo de su familia y amigos? SI NO
¿Por qué?

¿Qué situaciones le afligen acerca del VIH?

¿Qué información tiene sobre la enfermedad?

¿Cómo obtuvo la información?

¿Por qué se hizo la prueba de detección?

¿Se ha sentido deprimido alguna vez? SI NO ¿Por qué?

¿Se ha sentido angustiado alguna vez? SI NO ¿Por qué?

¿Se ha sentido estresado alguna vez? SI NO ¿Por qué?

ANEXO 6
HOJA DE AUTO-REGISTRO

FECHA Y HORA	SIUACION DESENCADENANTE	PENSAMIENTO NEGATIVO	CONSECUENCIA

ANEXO 7

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre: _____ Fecha: _____

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la **última semana, incluido el día de hoy**. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.*

1.

- 0 No resiento triste
- 1 Me siento triste
- 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
- 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2.

- 0 Me siento especialmente desanimado de cara al futuro
- 1 Me siento desanimado de cara al futuro
- 2 Siento que no hay nada por lo que luchar
- 3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán

3.

- 0 No me siento como un fracasado
- 1 He fracasado más que la mayoría de las personas
- 2 Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro
- 3 Soy un fracaso total como persona

4.

- 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes
- 2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas
- 3 Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo

5.

- 0 No me siento especialmente culpable
- 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones
- 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
- 3 Me siento culpable constantemente

6.

- 0 No creo que esté siendo castigado
- 1 Siento que quizá este siendo castigado
- 2 Espero ser castigado
- 3 Siento que estoy siendo castigado

7.

- 0 No estoy descontento de mi mismo
- 1 Estoy descontento de mi mismo
- 2 Estoy a disgusto conmigo mismo
- 3 Me detesto

8.

- 0 No me considero peor que cualquier otro
- 1 Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores
- 2 Continuamente me culpo por mis faltas
- 3 Me culpo por todo lo malo que sucede

9.

- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio
- 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré
- 2 Desearía poner fin a mi vida
- 3 Me suicidaría si tuviese oportunidad

10.

- 0 No lloro más de lo normal
- 1 Ahora lloro más que antes
- 2 Lloro continuamente
- 3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga

11.

- 0 No estoy especialmente irritado
- 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes
- 2 Me siento irritado continuamente
- 3 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban

12.

- 0 No he perdido el interés por los demás
- 1 Estoy menos interesado en los demás que antes
- 2 He perdido gran parte del interés por los demás
- 3 He perdido todo interés por los demás

13.

- 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes
- 1 Evito tomar decisiones más que antes
- 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
- 3 Me es imposible tomar decisiones

14.

- 0 No creo tener peor aspectos que antes
- 1 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo
- 2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo
- 3 Creo que tengo un aspecto horrible

15.

- 0 Trabajo igual que antes
- 1 Me cuesta mas esfuerzo de lo habitual comentar a hacer algo
- 2 Tengo que obligarme a mi mismo para hacer algo
- 3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea

16.

- 0 Duermo tan bien como siempre
- 1 No duermo tan bien como antes
- 2 Me despierto 1 o 2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir
- 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormir

17.

- 0 No me siento mas cansado de lo normal
- 1 Me canso más que antes
- 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa
- 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada

18.

- 0 Mi apetito no ha disminuido
- 1 No tengo tan buen apetito como antes
- 2 Ahora tengo mucho menos apetito
- 3 He perdido completamente el apetito

19.

- | | | |
|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 0 | No he perdido peso últimamente | Estoy tratando intencionalmente de |
| 1 | He perdido más de 2 kilos | perder peso comiendo menos |
| 2 | He perdido más de 4 kilos | SI NO |
| 3 | He perdido más de 7 kilos | |

20.

- 0 No estoy preocupado por mi salud
- 1 Me preocupan los problemas físicos como dolores
- 2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas
- 3 Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas

21.

- 0 No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo
- 1 La relación sexual me atrae menos que antes
- 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes
- 3 He perdido totalmente el interés sexual

REFERENCIAS

Ayuso, J. (1997). **Trastornos neuropsiquiáticos en el SIDA**. Madrid: MacGraw-Hill.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1983). **Cognitive therapy of Depression**. Bilbao: Descleé de Brower.

Buceta, J. & Bueno, A. (1993). **Modificación de conducta y salud. Perspectivas actuales en la aplicación de tratamientos de psicología**. Madrid: Eudema Universidad.

Chinchilla, A. (1990). **Tratamiento de las depresiones**. Barcelona: Masson, S.A.

Del Amo, J. (1999). **El SIDA y la mujer. Aspectos clínicos y sociales**. Madrid: Pirámide.

Díaz-Loving, R. & Torres, K. (1999). **Juventud y SIDA. Una visión psicosocial**. México: Facultad de psicología. UNAM.

Echeburúa, E. (1996). **Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad**. Madrid: Pirámide.

Fan, H., Conner, R. & Villarreal, L. (2004). **AIDS. Science and Society**. E.U.A: Jones and Bartlett Publishers.

Fernández-Ballesteros, R. (1994). **Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud**. Madrid: Pirámide

García, E. (1998). **Psiquiatría y SIDA**. Barcelona: Masson. S. A.

Gatell, J., Clotet, B., Podzamezer, D., Miró, J. & Mallolas, J. (1998). **Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento**. Barcelona: Masson. S. A.

Komiti, A.; Judd, F.; Grech, P.; Mijch, A.; Hoy, J.; Williams, B.; Street, A. & Lloyd, J. **Depression in people living with HIV/AIDS attending primary care and outpatient clinics**. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2003. Vol 37(1) p.p.70-77.

Linn, S.J. & Garske, J.P. (1998). **Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y métodos**. Bilbao: Descleé de Brower.

Lupo, S. (2003). **Clínica y terapéutica de la infección por VIH y SIDA**. Argentina: UNR Editora.

Macía, D. & Méndez, F. (1997). **Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta. Estudio de casos**. Madrid: Pirámide.

Martínez, J. (1997). **“Capacitación sobre SIDA: Un modelo aplicado dentro del área educativa del Comité humanitario de esfuerzo compartido contra el SIDA, A.C. en la ciudad de Guadalajara Jal.”** Tesis de licenciatura en Psicología no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

Martorell, J. (1996). **Psicoterapias. Escuelas y conceptos básicos.** Madrid: Pirámide.

Miller, D. (1990). **Viviendo con SIDA y VIH.** México: El manual moderno.

Moreno, S. (1994). **“El enfermo VIH/SIDA y algunas repercusiones psicosociales”** Tesis de licenciatura en Psicología no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

Muma, R., Lyons, B., Borucki, M. & Pollard, R. (2000). **Manual del VIH para profesionales de la salud.** México: El manual moderno.

Parsons, J.; Rosof, E.; Punzalan, J. & Di Maria, L. **Integration of Motivational Interviewing and Cognitive Behavioral Therapy to Improve HIV Medication Adherence and Reduce Substance Use Among HIV-Positive Men and Women: Results of a Pilot Project.** *AIDS Patient Care and STDs*. 2005. Vol 19(1)p.p.31-39.

Pascual, L. & Ballester, R. (1997). **La práctica de la psicología de la salud. Programas de intervención.** Valencia: Promolibro.

Phares, J. (1999). **Psicología Clínica: conceptos, métodos y prácticas.** México: El manual moderno.

Ponce, S. & Rangel, S. (2000). **SIDA. Aspectos clínicos y terapéuticos.** México: McGraw-Hill.

Remor, E., Arranz, P. & Ulla, S. (2003). **El psicólogo en el ámbito hospitalario.** España: Descleé de Broker.

Romo, J. & Salido, F. (1997). **SIDA. Manejo del paciente con VIH.** México: El manual moderno.

Sageman, S.(1989) **Group therapy for patients with AIDS.** Chicago: Publishers,Inc.

Sandner, O. (1990). **SIDA. La pandemia del siglo.** Consejo de desarrollo científico y humanístico. Universidad Central de Venezuela. Venezuela: Monte Avila Editores.

Wolpe, J. (1993). **The practice of behavior therapy.** México: Editorial Trillas.

Referencias en Internet

<http://www.aids-sida.org>

<http://www.onu.org>

<http://www.inegi.gob.mx>

<http://www.salud.gob.mx>

<http://www.guanajuato.gob.mx/ssg/coqusida/historia.hlm>

<http://www.salud.gob.mx/conasida>

<http://www.onusida.org>

<http://www.apoyopositivo.org>

<http://www.fundamind.org.ar/revista>