



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Intervención en crisis en pacientes con diagnóstico VIH

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)
Eva Carrasco Nolasco

Directora: Mtra. **Maetzin Itzel Ordaz Carrillo**
Dictaminadores: Dra. **María Cristina Bravo González**
Mtro. **Roberto Miguel Corona**

Vo. bo
25/06/21



Facultad de Estudios Superiores
IZTACALA

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A lo largo de mi vida he recibido el apoyo de personas muy valiosas, me gustaría dedicar unas palabras a todos aquellos que creyeron en mí:

A la Mtra. Maetzin y mis sinodales Dra. Cristina y Mtro. Roberto, por su paciencia, dedicación, disposición y apoyo para realizar este trabajo, que se concluyó en medio de la pandemia y aun así, siempre estuvieron al pendiente del escrito. Me siento afortunada de haber recibido sus comentarios y retroalimentación.

A mis padres, Eva y Leopoldo, por su gran esfuerzo constante, por el amor tan grande que siempre noto en sus acciones, palabras y sacrificio. Papá, he aprendido tanto de ti, mi forma de ver la vida se basa mucho en la tuya y agradezco los valores que me transmitiste, siento una profunda admiración por el hombre que eres y por todo el trabajo que has hecho para darnos una buena vida, jamás me ha faltado nada, ni economía ni amor y gracias a ti soy una persona positiva y llena de ganas de vivir, me da orgullo y me hace muy feliz saberte mi papá. Mamá, eres mi ejemplo a seguir, tu determinación, disciplina y esfuerzo son pilares en mi vida adulta, no me cansaré de agradecer el apoyo incondicional que siempre me has dado, a tu lado me siento segura y amada, te admiro como persona, como mujer y como mamá, gracias a ti, Andre y yo somos mujeres fuertes e independientes, me da orgullo y me hace muy feliz saberte mi mamá.

A mi hermana Andre, eres mi mejor amiga y me hace inmensamente feliz compartir contigo a diario, agradezco tu apoyo, amor, comprensión, empatía, compañía y el simple hecho de existir juntas. Te amo con todo mi ser y eres mi más grande motivación y luz, el mundo es un lugar mejor porque tu existes. Gracias por siempre estar ahí para mí y por cuidarme.

A mis abuelos, Graciela y Rafael, ustedes son mi más grande luz, agradezco sus consejos, apoyo, preocupación y atenciones, pero sobre todo, el amor tan sincero que nos tenemos mutuamente. Abue, gracias por las enseñanzas, la paciencia y el ejemplo tan claro que me has dado de esforzarme y trabajar para ser exitosa en lo que decidí hacer con mi vida, eres un hombre fuerte y gracias a ti cuento con herramientas para enfrentarme al mundo laboral, es un orgullo ser tu nieta. Tita, gracias por las pláticas, por las risas y lágrimas, por tu forma tan cálida de demostrar afecto, por el apoyo y por compartirme una visión de

la vida que me enorgullece y hace feliz tener, eres el ejemplo de que el amor trasciende cualquier distancia y cualquier situación, es un orgullo ser tu nieta. Los pienso constantemente y siempre están en mi corazón.

A mi tío Carlos, agradezco las lecciones de vida, escucha, apoyo y cariño. Valoro profundamente el tiempo que trabajamos juntos porque esa temporada forjó gran parte de lo que soy ahora. Te admiro como tío y como persona.

A mi tía Vero, que has sido una luz desde siempre, tu ejemplo me ha ayudado a tomar decisiones, a caminar con seguridad y amor, agradezco tanto coincidir en esta vida tan bella.

A mis primos, Rafa, Rodrigo y Frida, los adoro con todo el corazón, cada uno me ha entregado regalos valiosos, los admiro y amo, pensar en ustedes es felicidad y agradecimiento.

A la Familia Nolasco, agradezco contar con una familia tan grande y tan bonita, llena de amor y apoyo, gracias por todo lo que me han dado.

A Kenia, Karen, Yetzy y Sarahi, agradezco su existencia y la amistad que formamos hace tanto tiempo, fueron parte importante de mis inicios en la carrera, me alegra que sigamos unidas. Gracias a ustedes sobreviví los primeros semestres, las tengo siempre presentes.

A Jatzin, Jesi, Alex, Sergio, me tomaría otra tesina escribir todo lo que siento por ustedes, son de mis personas favoritas y cada recuerdo a su lado lo atesoraré en mi corazón toda la vida. Deseo seguir unidos, compartiendo y apoyándonos, cada uno de ustedes me hace muy feliz, qué fortuna habernos conocido.

A Dulce y Carlota, agradezco tanto el apoyo que me han dado, quién iba a decir que terminaríamos aquí queriéndonos tanto, es de las sorpresas más gratas que me ha dado la vida. Dul, eres de las mujeres más fuertes que conozco, todo tu ser me inspira y me da esperanzas en el mundo, gracias infinitas por estar.

A Isa, agradezco tanto que me hayas adoptado en un momento tan difícil de mi vida, tú y tu familia ocupan un lugar muy especial en mi corazón, los quiero muchísimo. Eres de las personas más importantes en mis días y deseo seguir compartiendo por mucho tiempo más. Gracias por tu calidez, por las risas, viajes y aventuras, me hace muy feliz haber vivido mi adolescencia contigo.

A Buster, te pienso y te extraño constantemente, agradezco que me dieras la oportunidad de cuidarte y amarte tanto tiempo, viste el inicio de este trabajo y aunque ya no viste el final, aquí en la casa siempre estarás presente.

ÍNDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	9
CAPÍTULO 1. GENERALIDADES Y CARACTERÍSTICAS DEL VIH	10
1.1. Antecedentes	10
1.1.1. Teorías de origen	10
1.1.2. Ideas en la población acerca de estigma, discriminación y rechazo	11
1.2. Características del VIH.....	13
1.2.1. Detección	14
1.2.2. Epidemiología: mundial, México y CDMX.....	14
CAPÍTULO 2. TRATAMIENTOS RELACIONADOS AL VIH	17
2.1. Tratamiento médico	17
2.2. Tratamiento psicológico.....	20
2.2.1 Implicaciones psicológicas	20
2.2.1.1 Depresión y suicidio.....	21
2.2.2 Breve historia de los tratamientos psicológicos para el VIH.....	23
2.2.2.1 Proceso de pérdida.....	25
CAPÍTULO 3: GENERALIDADES DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS Y SU RELACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO DE VIH	28
3.1. Trabajos pioneros en la teoría	28
3.2. Definición de crisis.....	29
3.3. Procesos de crisis	33
3.4. Modelos de abordaje psicológico.....	37
3.5. Intervención en crisis y recomendaciones terapéuticas para el tratamiento psicológico en pacientes con diagnóstico de VIH.....	42
CONCLUSIONES	57
REFERENCIAS	59

RESUMEN

Desde que surgió la necesidad de atender a la población con diagnóstico de VIH de manera multidisciplinaria, la psicología ha aportado investigación científica para el tratamiento específico de pacientes seropositivos. Teniendo en cuenta que se trata de una enfermedad que en ocasiones se adquiere de manera inesperada y, que además, puede estar acompañada de incertidumbre, miedo, desinformación, estigma y discriminación, podemos inferir que el surgimiento de una crisis resultaría común. El objetivo del presente trabajo es proporcionar el panorama de intervención que hay disponible para pacientes con VIH en crisis, así como, desde cuáles enfoques se otorga esta atención, cuáles son los factores a considerar dentro del tratamiento y cuáles son las recomendaciones terapéuticas a seguir. Al incluir esta modalidad en la atención a dicha población, es posible prevenir un posible desenlace que comprometa la integridad del paciente. Si se trata la crisis de manera pertinente e inmediata, le proporcionamos estructura y contención al individuo que lo necesite. El enfoque cognitivo conductual ha presentado resultados favorables en la aplicación de intervención en crisis, ya que sigue una estructura basada en pasos específicos que proporciona contención inmediata. Algunas de las aportaciones que ha realizado son: modelo ABC, inoculación de estrés, terapia en solución de problemas y terapia racional emotivo conductual (TREC), que resultan efectivas en población seropositiva en crisis.

Descriptores clave: pacientes con VIH, intervención en crisis, primer diagnóstico, psicología de la salud.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la vida nos encontramos con eventos que redirigen nuestro camino, ya sea de forma positiva o negativa. Estos eventos pueden ser inesperados o formar parte de nuestro desarrollo como seres humanos, de una u otra manera podemos usar estos momentos de cambio como una herramienta para modificar algo que no funcionaba en nuestra rutina cotidiana, dar término a un ciclo que se ha vuelto dañino para nosotros o simplemente cambiar nuestra perspectiva ante algún tema.

Dichos eventos son llamados crisis, Caplan (1964, como se citó en Raffo, 2005) definió crisis como el estado que aparece cuando una persona enfrenta un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales que parece ser insuperable con los métodos usuales de resolución de problemas que la persona ha utilizado en el pasado, entonces sobreviene un periodo de desorganización y de alteración durante el cual se intentan diferentes soluciones. En ocasiones, si la persona no cuenta con habilidades de resolución de problemas, las soluciones que genere el individuo van a ser fallidas y podría empeorar el evento obstaculizador, es por eso que es importante buscar una guía o apoyo para resolver de manera idónea el estado de crisis.

Cuando se trata de enfermedad, solemos recurrir al tratamiento médico, pocas veces la mirada se dirige al psicólogo porque el apoyo psicológico y emocional no se ve como parte del tratamiento, cabe mencionar que el bienestar integral de la persona incluye las esferas física, psicológica y social, todas interconectadas para lograr el desarrollo óptimo del individuo.

Durante los últimos años hemos obtenido más información acerca de una de las epidemias más importantes mundialmente, la del VIH. Sin embargo, sigue habiendo estigma y rechazo ante los portadores del virus, ocasionando que no busquen ayuda para recibir el tratamiento antirretroviral y menos un seguimiento psicológico que los ayude a disipar dudas, angustias o preocupaciones.

Es de suma importancia que el psicólogo que se dedica al área de la salud sepa cómo atender y reaccionar ante un momento de crisis específicamente con pacientes que portan

VIH ya que durante el momento de notificación suele ser el impacto más grave y para disminuir la mortalidad del individuo, debemos saber cómo encaminar la intervención.

Lo que se pretende en el presente trabajo es realizar una revisión bibliográfica de los diferentes tipos de intervención en crisis que se han aplicado con pacientes con diagnóstico de VIH y proponer un conjunto de técnicas y abordaje para el tratamiento psicológico con pacientes de primer diagnóstico.

En el Capítulo 1 se da cuenta del contexto del VIH, para ello se abordan los antecedentes de la enfermedad, se exponen teorías de origen, ideas de la población acerca del VIH, formas de detección y epidemiología, tanto mundial como nacional. En el Capítulo 2 se habla de los tratamientos médicos y psicológicos más comunes para tratar al VIH. Por último, el Capítulo 3 habla acerca de qué es una crisis, cuáles son sus características y cómo se lleva a cabo la intervención, también se describen recomendaciones de tratamiento psicológico a pacientes seropositivos.

JUSTIFICACIÓN

El propósito de la presente revisión bibliográfica es ofrecer un panorama actual de la investigación en torno al VIH y los procesos de intervención en crisis en pacientes con dicho virus, con la finalidad de mejorar la forma en la que se presenta el servicio terapéutico para dirigir el proceso de crisis a un desenlace adecuado para el individuo, un desenlace que le ayude a continuar su vida de la manera más funcional y óptima posible.

Esta investigación se realiza porque existe la necesidad de mejorar la forma de comunicar el diagnóstico de VIH mediante herramientas de contención, para prevenir que el desenlace de la entrega de diagnóstico perjudique de alguna forma al paciente. Es nuestro trabajo como psicólogos de la salud trabajar con las respuestas que desencadene esa información de la manera más concreta y precisa posible, para evitar que la crisis aumente o empeore en un futuro, así como entrenar y difundir información en torno a la revelación del diagnóstico.

Con la ayuda de nuevos abordajes terapéuticos más detallados, será posible adecuar la intervención a cada individuo, una estructura siempre nos será de utilidad pero, debemos tomar en cuenta que cada crisis es diferente, las herramientas de afrontamiento cambian de persona a persona y es importante tomar la intervención en crisis (sobre todo en casos de enfermedad) como un caso muy particular en la psicología de la salud.

CAPÍTULO 1. GENERALIDADES Y CARACTERÍSTICAS DEL VIH

1.1. Antecedentes

1.1.1. Teorías de origen

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) inició siendo un padecimiento misterioso que aparentemente atacaba sólo a la población homosexual, fue reconocido en 1981 cuando el número de pacientes con infecciones oportunistas y raros males aumentó hasta alcanzar cifras escandalosas (Sharp & Hahn, 2011), desde su descubrimiento se han registrado al menos 60 millones de personas infectadas y ha causado más de 25 millones de muertes mundialmente (Merson, O'Malley, Serwadda & Apisuk, 2008). Una de las teorías más comunes para ubicar los orígenes del VIH es que proviene de nuestros primos biológicos, los primates, esto salió a la luz gracias diversos estudios en los que se encontró que existen varios lentivirus (virus que tarda mucho tiempo en manifestarse en el organismo humano [Zurita, 2007]) que afectan a los primates y estos a su vez son muy parecidos a los virus que afectan a los humanos, según un descubrimiento realizado en 1986 por Clavel et al. (como se citó en Sharp & Hahn, 2011) en el que se encontró un virus que causaba sida en pacientes en África occidental, curiosamente, este virus denominado Virus de Inmunodeficiencia Humana tipo 2 estaba estrechamente relacionado a un virus presente en simios y causaba inmunodeficiencia en macacos en cautiverio.

Grmek (1992) menciona que desde 1956 se sabía de un cuadro clínico relacionado al síndrome mononucleico febril (lapsos febriles, adelgazamiento y tumefacciones linfáticas) que era provocado por el citomegalovirus (CMV) que es del grupo herpes, este virus era muy común encontrarlo en bebés recién nacidos pero muy raro en adultos. Se fueron presentando más casos en California y lo relevante era por qué virus tan corrientes o “débiles” producían efectos inmunodepresivos desastrosos con más frecuencia.

A partir de 1980 los enfermos que coincidían con este raro cuadro clínico fueron aumentando, los expertos norteamericanos concluyeron que las observaciones realizadas en California, Georgia y Los Ángeles sugerían una posible disfunción de inmunidad celular ligada a una exposición en común que predisponía a los individuos a infecciones oportunistas, como neumocitosis y candidosis.

La enfermedad aún no contaba con un nombre científico pero dentro de la comunidad conservadora de médicos se le solía llamar “neumonía gay”, “cáncer gay” o “peste gay” y se comienza a usar el acrónimo: GRID (Gay-Related Immune Deficiency); fue comparada con la hepatitis B que se transmitía tanto con jeringas infectadas como por vía sexual y así empezó la formación del cuadro clínico de la enfermedad. El primer diagnóstico de VIH en México surgió en 1983, pero se estima que la epidemia comenzó en 1981 (Alonso, 2009).

1.1.2. Ideas en la población acerca de estigma, discriminación y rechazo

El Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida [CENSIDA] (2009a) realizó un escrito en el que se describen los logros, desaciertos y retos que existen en torno a la epidemia por VIH en México, los autores narran que el impacto inicial del VIH se vivió en medio del miedo, el dolor, la angustia y la impotencia de miles de personas, unas porque estaban directamente infectadas y otras porque un ser querido había adquirido la enfermedad. Esto tuvo consecuencias en el bienestar de las personas, de las familias y las comunidades y aún queda un largo camino para analizar cuáles fueron las consecuencias inmediatas y a largo plazo de vivir tal suceso. Paralelo a la epidemia, habían organizaciones formadas por minorías, en México generalmente conformadas por hombres gay, ellos luchaban por hacer valer demandas de igualdad de derechos, rescate de dignidad e interrumpir la violencia homofóbica, un grupo importante fue el Movimiento de Liberación Homosexual en 1978-1984; cuando el sida apareció entre los activistas de este movimiento, se enfrentaron a procesos de enfermedad y muerte, lo que perjudicó al movimiento y detuvo su desarrollo. En esa época no existía un tratamiento para el VIH, se contaba con medicamentos experimentales y la mayoría de las veces adquirir la enfermedad llevaba a un desenlace fatal. La noticia de la epidemia por VIH rápidamente obtuvo la atención de

medios de comunicación, el sida fue etiquetado como una enfermedad que afectaba a las personas malas y el efecto social que dañó más a la población infectada fue el silencio y la inacción por parte de la sociedad y de los gobiernos. CENSIDA reporta en este escrito que a 25 años de haber sido descubierto el VIH (actualmente 35 años), sigue existiendo un entorno de homofobia, transfobia, violencia, machismo, estigma y discriminación hacia los individuos seropositivos.

A pesar de que el VIH es una enfermedad de la cual en la actualidad hay bastante investigación, el público en general sigue teniendo respuesta de estigma (relación entre atributo y estereotipo), discriminación (relacionado con la violación de derechos) y de rechazo ante la población infectada; Pérez (2012) comenta que hay tres tipos de estigma: las abominaciones del cuerpo, los defectos del carácter del individuo (perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones a drogas, homosexualidad, desempleo) y estigmas tribales (raza, nación, religión); el problema del estigma radica en la existencia de una creencia difundida de que quienes pertenecen a una categoría deben apoyar una norma particular y aparte llevarla a cabo. El estigma puede aparecer tanto en personas externas a la población con VIH, en familiares, amigos y círculo social de los afectados como en los propios pacientes con el virus, estos últimos son los que a veces son más duros consigo mismos debido a una visión estereotípica de la enfermedad.

En cuanto a las alteraciones psicológicas que se pueden presentar en el paciente, Martínez (s.f., como se citó en Mercado, 2012) menciona que al encontrarse infectado por VIH, el área cognitiva del individuo inicia un proceso que le permite evaluar constantemente estímulos tanto internos como externos, así como su entorno a partir de su pasado y presente; en la fase inicial de la infección el paciente siente rechazo a los otros por miedo a infectarlos, se genera un sentimiento de culpa y fracaso por sus conductas pasadas, hay autoaislamiento y sienten necesidad de realizar cambios significativos en su salud, ritmo de vida y sexualidad. El mismo autor comenta que en una fase intermedia, cuando el deterioro o las infecciones oportunistas se hacen notar, pueden presentarse cuadros de ansiedad y depresión, así como pensamientos sobre el futuro distorsionados frente al avance de posibles enfermedades y puede llevar al abandono de medicamentos, desbordamiento

emocional y miedo a la muerte; esto a su vez afecta las áreas vitales de la persona: pareja, familia, trabajo y grupos sociales, puede llegar a desarrollar inhibición social por temor a ser descubierto.

1.2. Características del VIH

El VIH es un virus que afecta al sistema de defensas del organismo, llamado sistema inmunológico. Una vez debilitado por el VIH, el sistema inmunológico permite la aparición de enfermedades y se da pie a la etapa avanzada de la infección por VIH que se denomina Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (sida), esto quiere decir que el sida es un conjunto de síntomas (síndrome) que aparece por una insuficiencia del sistema inmune (inmunodeficiencia) causada por virus que se transmite de persona a persona (Fundación Huésped, 2020).

No toda persona infectada con VIH tiene sida, y no siempre desarrolla síntomas o enfermedades de manera inmediata pero puede transmitir el virus. Las 3 vías de transmisión del VIH son: sanguínea, sexual y perinatal, a su vez hay cinco líquidos por los cuáles se transmite el virus: sangre, líquido preseminal, semen, fluido vaginal (en general mucosas) y leche materna.

En cuanto a las formas en las que se puede manifestar el VIH en el cuerpo (durante fase sintomática) están las Enfermedades Oportunistas (EOs). Estas son infecciones que ocurren con mayor frecuencia y son más severas en personas con sistema inmunológico debilitado, incluyendo la población con VIH (HIV.GOV, 2021). El paciente VIH positivo solo se considerará que está en etapa sida cuando en la evolución de la infección llega a un estado de inmunodeficiencia severa y/o desarrolla una de las enfermedades marcadoras específicas de dicho estadio. El ingreso a esta etapa corresponde a la fase final de la infección caracterizada por una rápida evolución hacia una inmunodepresión severa, con padecimiento de infecciones oportunistas, desarrollo de neoplasias malignas, deterioro neurológico y repercusión general severa. Entre las EOs más frecuentes en el mundo figuran: a) Enfermedades bacterianas, como la tuberculosis; b) Enfermedades protozoarias, como toxoplasmosis; c) Enfermedades micóticas, como candidiasis y croptococosis; d)

Enfermedades virales, como las causadas por el citomegalovirus y herpes; e) Neoplasias (Velastegui-Mendoza, Valero-Cedeño, Márquez-Herrera y Rodríguez-Eraza, 2020).

Ahora que sabemos qué es el VIH y cómo se manifiesta dentro del sistema nervioso central, podemos dar pie a la información acerca de la manera de detectar el virus en el paciente.

1.2.1. Detección

La detección de VIH puede obtenerse a través de un test, que es un análisis de sangre que localiza la presencia de anticuerpos relacionados al VIH. Existen dos tipos de test: el ELISA que consiste en una extracción de sangre que se realiza en un laboratorio, y el test rápido en el que se depositan unas gotas de sangre de la yema de un dedo sobre una tira reactiva y el resultado se obtiene 20 minutos después. Si la prueba es reactiva significa que el individuo tiene serología positiva (que tiene VIH), aunque no es común que esta prueba arroje “falsos positivos”, el análisis debe ser confirmado por otra prueba de laboratorio llamada Western Blot. Existe un periodo de ventana en el que una vez producida la infección por VIH, los anticuerpos tardan entre 2 y 3 meses en ser detectados (Fundación Huésped, 2020), si la prueba se realizó un mes después de la conducta de riesgo se recomienda repetir el test en caso de resultar negativo.

El análisis de VIH es confidencial, gratuito y voluntario, así como el diagnóstico es confidencial y no es obligatorio revelarlo en ningún momento (ni a familiares, amigos o en el trabajo) (Fundación Huésped, 2020).

1.2.2. Epidemiología: mundial, México y CDMX

El número de personas infectadas por VIH cada día es mayor. La Organización Mundial de la Salud [OMS] estimaba que en 1986 había 100,000 casos de sida en el mundo y de 5 a 10 millones de personas infectadas con VIH, expertos estimaron que para ese año habría 1.7 millones de defunciones como cifra máxima para el año 2006, sin embargo, en 2001 se notificaron 3 millones de defunciones por sida (Trujillo & Gorbea, 2008). En 20 años se han infectado más de 60 millones de personas, la mitad de ellas entre 15 y 24 años.

El área más afectada por la pandemia de VIH resulta ser África Subsahariana ya que cuenta con el 5% de prevalencia mundial; el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA] estimó en 2016 que había en el mundo 36.7 millones de personas que vivían con el virus y en ese año fallecieron un millón de personas en el mundo por causas relacionadas al virus (Santana, 2018).

Debido a la creciente propagación del virus se han creado iniciativas como el Monitoreo Global del Sida 2018 (ONUSIDA, 2017) que contiene los indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2016, en el que se sugieren medidas de prevención y se mencionan las metas a conseguir para el año 2020. Año con año se publica un informe para exponer los resultados obtenidos y el protocolo a seguir (ONUSIDA, 2020).

En cuanto a América Latina, la epidemia se encuentra estable y a pesar de que la transmisión del VIH sigue incidiendo en cierta población con mayor riesgo de exposición (sexo servidores [as], hombres que tienen sexo con hombres, personas adictas y el uso de drogas inyectables) hay que tener en cuenta que la población infectada por VIH se ha diversificado y últimamente grupos que se hallaban invisibles comienzan a adquirir voz (amas de casa heterosexuales, por ejemplo). En 2007 se estima que fallecieron por sida 58,000 personas, lo que tal vez tenga relación con que es común que los varones en Latinoamérica tengan relaciones sexuales sin protección, que es un factor determinante en la diseminación de esta infección en Bolivia, Chile, Ecuador, Perú, el Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá (Magís, Bravo, Gayet, Rivera & De Luca, 2008).

Cabe mencionar que la población más vulnerable a la adquisición de VIH resultan ser mujeres heterosexuales que sólo tienen relaciones con una pareja estable; el 90% de ellas fue por contacto sexual; esto se debe en su gran mayoría a las prácticas relacionadas con los hábitos sexuales de la pareja: bisexualidad, drogadicción y promiscuidad (Meza, Mancilla, Sánchez, Figuero, Contreras & Carreño, 2011). Esto pone derelieve el riesgo que hay al estar embarazada y al mismo tiempo tener VIH ya que, es más probable la transmisión vertical de la infección, aunque la medicina moderna nos ofrece opciones como el uso de

antirretrovirales durante el embarazo o la cesárea que disminuyen el riesgo de transferencia del virus.

Por lo que corresponde a México, en el informe histórico del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Cuarto Trimestre de 2020 (CENSIDA, 2020d), se reporta que los casos notificados de VIH entre 1983-2020 fueron 315,177; los casos notificados de VIH que se encuentran vivos según estado de evolución registrado son 189,005; los casos nuevos diagnosticados con VIH en 2020 fueron 8,635. Los estados con la mayor tasa (tasa por 100,000 habitantes) de casos nuevos diagnosticados de VIH en marzo del 2020 son: Quintana Roo (27.13), Colima (23.63), Yucatán (19.05), Veracruz (13.22) y Morelos (12.46). Las defunciones por sida en 2019 fueron 5,281.

En cuanto a la Ciudad de México, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH (CENSIDA, 2020d), reporta que de 1983-2020 el número de casos notificados de VIH fue de 44, 684 en total (40,030 hombres y 4,654 mujeres) lo que representa el 14.2% con respecto al total de casos. En 2020 se diagnosticaron 329 pacientes (312 hombres y 17 mujeres). La mayoría se encuentran entre los 25 y 29 años de edad (resultando el 19.8% del total de casos).

Como podemos ver, la pandemia por VIH es un fenómeno en constante crecimiento; gracias a los monitoreos y sistemas de vigilancia del virus podemos tener información acerca de la magnitud de su desarrollo, las zonas en las que tiene mayor incidencia y el impacto que ha tenido en cuanto a mortalidad.

CAPÍTULO 2. TRATAMIENTOS RELACIONADOS AL VIH

2.1. Tratamiento médico

El tratamiento específico que se aplica en pacientes con VIH se denomina antirretroviral (TARV). La enzima del VIH, la retrotranscriptasa, es una enzima que convierte en ARN en ADN, por lo que Olivares (2007, como se citó en Rodríguez, 2011) comenta que se ha convertido en una piedra angular en el tratamiento.

En general el TARV implica el uso de varios medicamentos que evitan la replicación del virus; inicialmente aparecieron los inhibidores de la transcriptasa inversa, después los inhibidores de la proteasa y más recientemente inhibidores de la fusión y los inhibidores de la integrasa (Ávila & Reyes, 2009).

En Marzo de 1987 se aprobó en Estados Unidos de América el fármaco Zidovudina (AZT), ya que en 1986 los ensayos realizados arrojaron las primeras evidencias acerca de la posibilidad de obtener un tratamiento para el VIH, no era suficiente para curarlo pero sí para controlar su desarrollo (García & Floranes, 2016) y a partir de 1991 se comenzaron a probar otros fármacos como ddI, ddC, 3TC y d4T; esto abrió camino para realizar tratamientos combinados, obteniendo el beneficio de 2 o más medicamentos para aprovechar sus efectos terapéuticos así como, aminorar efectos tóxicos.

En la actualidad se cuentan con más de 20 antirretrovirales aprobados para la infección por VIH, pero sólo se recomiendan unos cuantos para conformar combinaciones iniciales. Estas recomendaciones se basan en las características idóneas que debe tener un esquema: potencia o actividad antiviral, seguridad, tolerancia, farmacocinética aceptable y simplicidad, todo esto demostrado en resultados de ensayos clínicos descritos en Antirretroviral Guideline (2008, como se citó en Rodríguez, 2011).

La razón por la cual es conveniente aplicar un TARV combinado es porque los medicamentos inhiben diferentes enzimas, esto ocasiona que el medicamento interfiera en distintos momentos del proceso de replicación, impidiendo que dicho proceso llegue a

término. La ventaja de la combinación reside en que no se ataca al virus en un solo lugar, sino que se le dan simultáneos “golpes”. Los inhibidores de la transcriptasa inversa introducen información genética “errónea” o “incompleta”, que hace imposible la multiplicación del virus, los inhibidores de las proteasas actúan en las células ya infectadas impidiendo el “ensamblaje” de las proteínas necesarias para la formación de nuevas partículas virales (Rodríguez, 2011).

En cualquier tratamiento farmacológico existen consecuencias si no se siguen las indicaciones del médico, si se suspende el medicamento, lo intercambia por otro o cuando el esquema inicial resulta contraproducente (Montalván, Muñoz & Ñurinda, 2015); cuando el paciente con VIH no sigue indicaciones de prevención o ingesta de medicamento puede ocurrir una reinfección (adquisición de distintas cepas de VIH después de la seroconversión), esto ocasiona un cambio de esquema farmacológico que significa que el paciente debe pasar de nuevo por una serie de estudios médicos para determinar cuál es el tratamiento adecuado para él (Sierra & Franco, 2004), esto conlleva a la desventaja de generar fármaco-resistencia a largo plazo que en el peor de los escenarios se traduciría en mucha dificultad para encontrar un esquema adecuado, sin mencionar los diversos efectos secundarios que provocan los medicamentos durante las primeras semanas de ajuste farmacológico como: anemia, erupciones cutáneas, hepatopatías (Frómeta, Ort & Martínez, 2015), vértigo, alucinaciones, insomnio, cefalea, náuseas, diarrea, somnolencia, fatiga y cansancio (Montalván, Muñoz & Ñurinda, 2015); y largo plazo pueden presentarse hepatitis, osteoporosis y lipodistrofia. También se deben tomar medidas adecuadas cuando el paciente con VIH tiene alguna enfermedad oportunista y se encuentra en tratamiento antirretroviral (TARV), dependiendo de la enfermedad oportunista, se retira el TARV; con los pacientes de primer diagnóstico que presentan enfermedad primero se trata ésta y después se comienza el TARV.

Es importante tener en cuenta una cuestión que exponen Maartens, Celum y Lewin en 2014, los autores mencionan que se espera que la creciente accesibilidad a terapia antirretroviral llegará a reducir la transmisión de VIH pero la durabilidad de los efectos es desconocida y empezar el tratamiento en etapa temprana expone a los pacientes a efectos tóxicos de los medicamentos y al desarrollo de resistencia antes de que se derive un

beneficio clínico. Seguir el régimen de la terapia antirretroviral en la presencia de la replicación continua del virus puede resultar en la selección de sub-poblaciones de VIH con mutaciones que lleven a la resistencia de medicamentos antirretrovirales, esto nos lleva también a que los pacientes que desarrollen resistencia farmacológica también transmitan ese virus resistente a otras personas. Las pautas para países de alto ingreso recomiendan tomar un test de resistencia antes de iniciar con terapia antirretroviral, pero esta estrategia es muy costosa para implementar en contextos con recursos limitados (Maartens, Celum & Lewin, 2014).

Con respecto a la accesibilidad al tratamiento antirretroviral de alta efectividad (TARAE) en México, en un escrito emitido por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (Sierra y Franco, 2004) se reporta que en el año 2000 sólo el 10% de la población mundial infectada por VIH tenía acceso a medicamentos antirretrovirales y atención médica adecuada. Actualmente, seis de cada 10 pacientes son atendidos por el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi, antes Seguro Popular Mexicano), según un reporte emitido por el gobierno de México (Santana, 2019). De acuerdo a un artículo en el Diario de Yucatán, alrededor de 98,000 (57% del total de 172,390) personas con VIH son atendidas con el Fondo de Gastos Catastróficos del Insabi, CENSIDA (2019b) informó que se le aprobó \$3,207,277,135.17 (para comprar medicamentos antirretrovirales y para pruebas de carga viral y de CD4) para el ciclo de marzo de 2019 al 30 de abril de 2020; esto quiere decir que las 74,390 personas restantes con el diagnóstico son atendidas en alguna institución pública de salud como: IMSS, ISSSTE o clínicas particulares –o no reciben tratamiento-. Conforme a las cifras del CENSIDA, el tratamiento para el VIH cuesta alrededor de \$32,727 por persona en el Insabi (en medicinas y las dos pruebas mencionadas) durante 14 meses, es decir, \$2,338 al mes y \$78 al día, por supuesto que esto sólo en caso de que los 98,000 pacientes recibieran el mismo tipo de tratamiento y la misma cantidad de exámenes en ese lapso. Este es un escenario pesimista ante las personas que no generan el ingreso suficiente para solventar el gasto de medicamentos antirretrovirales (sin contar costos de vivienda, comida y servicios básicos); afortunadamente el tratamiento es totalmente gratuito y es otorgado por la Secretaría de Salud a través de unidades

especializadas en la atención del VIH, sida e ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) mediante los CAPASITS y Centros de SAIH (CENSIDA, 2020c).

Sierra y Franco (2004) mencionan que debe realizarse el manejo integral del paciente; la falta de acceso a atención médica, falta de personal especializado para atender a pacientes con infección por VIH y el entorno socioeconómico representan un papel muy importante en la falta de adherencia y abandono del tratamiento y, esto se suma al factor de costo de estos medicamentos.

Cuando hablamos de una enfermedad crónica, el tratamiento preferiblemente debería ser multidisciplinario; ahora que se expuso información acerca del tratamiento médico que comúnmente se aplica a esta población, pasaremos a hablar acerca del trabajo del psicólogo.

2.2. Tratamiento psicológico

2.2.1 Implicaciones psicológicas

Desde el inicio de la delimitación e investigación del virus, los pacientes comenzaron a presentar sintomatología psicopatológica y esto llamó la atención de los especialistas de la salud. En estudios realizados en norteamericanos seropositivos se presentan con más frecuencia los trastornos afectivos, síndromes demenciales y trastornos psicóticos; en investigaciones realizadas en población española predominan el trastorno por abuso de sustancias, trastornos orgánicos mentales, trastornos adaptativos, ideación suicida y trastornos afectivos (Edo, 2003, como se citó en Ballester, 2005), mientras que en México entre las alteraciones psicológicas se encuentran pérdida de autoestima, sentimientos de alienación, aislamiento de grupos sociales, pérdida de la pareja o el empleo, culpabilidad por la vida sexual pasada, cambios en la imagen corporal, aumento de la atención a síntomas o manifestaciones físicas, incertidumbre frente al futuro, indefensión, frustración y percepción de pérdida de control sobre sus vidas; también es común que presenten ansiedad y depresión relacionados a baja autoestima, miedo a perder el atractivo físico, hipocondría, somatización, síntomas obsesivo-compulsivos, aparición o reaparición de conflictos sobre la orientación sexual, disminución de la concentración, pérdida de

memoria, fobias específicas, trastornos de la personalidad, deseo sexual hipoactivo, abuso de alcohol o drogas, problemas de sueño y uso excesivo de sedantes (Meza et al., 2011).

Adquirir VIH significa un cambio mayor en la vida de la persona y respecto a esta cuestión Mercado (2012) menciona que:

Se debe mirar la vivencia del VIH desde un punto de vista longitudinal ya que la persona puede transitar por distintas reacciones en diferentes momentos de su ciclo vital, como: pérdida de autoestima, autoimagen, autoconcepto; sensación de vulnerabilidad y pérdida de control; sentimientos de indefensión e inutilidad; pérdida de roles sociales, familiares y de pareja; tensión en espacio laboral y posible pérdida de sustento económico; culpa y auto recriminación sobre el estilo de vida o las decisiones tomadas que lo pusieron frente a la infección por VIH; síntomas depresivos, (anhedonia, abulia, tristeza, desesperanza); idea de muerte o ideación suicida; ansiedad y estrés, entre otros. (Mercado, 2012, pp.26).

Por eso se deben tomar medidas adecuadas para guiar al paciente a sobrellevar la nueva situación que conlleva adquirir VIH, hay que tomar en cuenta ciertos aspectos como: lograr el mejor balance emocional posible, ya que muchos individuos, ante la aparición de la enfermedad tienden a focalizar la atención en los aspectos negativos de sí mismos y el mundo, desarrollando depresión, culpa o ira (Uribe, 2005, como se citó en Mercado, 2012). Por lo tanto es necesario promover las emociones positivas como el afrontamiento y los comportamientos de autopreservación, mantener una autoimagen satisfactoria y un sentido de competencia y dominio de su propia situación, pese a recibir la ayuda de otros (Salvoney et al., 2000, como se citó en Mercado, 2012).

2.2.1.1 Depresión y suicidio

Como podemos observar, un síntoma que se presenta comúnmente entre la comunidad seropositiva es la depresión. La OMS indicó que esta se convertirá en la segunda causa de incapacidad en el mundo en 2020, el índice de mortalidad comparado con otras enfermedades crónicas (como hipertensión arterial, artritis y diabetes) es casi el doble; hay

que tener en cuenta que padecer depresión impacta en la calidad de vida de los pacientes, generalmente es la enfermedad que más influye en el empeoramiento de la salud de la población (Navas & Vargas, 2012), esto no ofrece un buen pronóstico si el paciente también tiene diagnóstico positivo de VIH, que también se considera una enfermedad crónica degenerativa actualmente (Cantú, 2012). La OMS indicó en enero de 2020 que la depresión es la principal causa de incapacidad mundial (OMS, 2020b).

En un estudio realizado por Palacios, Latiff y Herrera (2006, como se citó en Mercado, 2012) se menciona que no hay un correlato directo entre vivir con VIH y la depresión. Los autores creen que son ciertos efectos de la infección los que influyen en que se evidencien síntomas o el trastorno completo, ellos observaron que la experiencia de vivir con estrés y depresión, más experimentar estigma y discriminación pueden llevar a los individuos a intentos e ideaciones suicidas, ya que esta opción se les presenta como alternativa para escapar y evitar el sufrimiento, vergüenza y culpa. Esto podría indicarnos que la relación entre poseer VIH y depresión es multifactorial.

Sumado a esto, Ballester (2005) y Mercado (2012) consideran la ideación suicida como tema que surge en el paciente con diagnóstico positivo, por eso es de interés generar formas de acercamiento que aborden este tópico, con la finalidad de normalizar estas emociones y pensamientos pero también para darles una resolución sana, que no atente contra su vida, lograr que integren esta situación a su rutina cotidiana ofreciendo un apoyo cercano. La Organización Mundial de la Salud reporta que cada año ocurren cerca de un millón de suicidios, lo que representa a nivel mundial un 50% de las muertes violentas en hombres y un 71% en mujeres, siendo la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años; y en México de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] hasta 2017, la tasa de suicidio es de 5.2 por cada 100 mil habitantes, la quinta causa de muerte en menores de 15 años y en los últimos 37 años ha aumentado un 976%. (De los Ríos, M., 2021), en 2016 ocurrieron 6, 291 muertes por lesiones autoinflingidas intencionalmente, esto representa una tasa de 5.1 suicidios por cada 100, 000 habitantes (INEGI, 2018). Es por esto que habría que poner especial atención a pacientes que presenten sintomatología

depresiva o pensamientos en torno a la desesperanza, pesimismo y desmotivación (Rendón & Rodríguez, 2016).

Ante la presencia de la sintomatología mencionada y las consecuencias que puede acarrear, era necesario desarrollar formas y métodos para abordar y aplicar tratamiento psicológico con la finalidad de devolver estabilidad a la vida de la persona y propiciar una correcta funcionalidad si después presenta un shock emocional o incertidumbre, ya que el diagnóstico conlleva cambios emocionales, sociales y económicos, también tomando en cuenta que la progresión de la enfermedad está relacionada a la salud psicológica del paciente.

2.2.2 Breve historia de los tratamientos psicológicos para el VIH

En un estudio llevado a cabo por Ballester (2005) reporta las aportaciones que ha realizado la psicología al tratamiento de pacientes con VIH; en el expone que entre 1987 y 1993 la intervención psicológica a pacientes con VIH se abordaba mediante grupos, ya sea aplicando técnicas de manejo de estrés, entrenamiento en relajación, cambio de hábitos de salud, aumento de relaciones sociales, psicoeducación y estrategias para reducir la ansiedad. En los últimos años, se ha mantenido el interés por emplear terapia grupal en la intervención a dicha población (Jalali et al., 2018; Mendez, Mayo & Safren 2021; Sahassanon, Pisitsungkagarn & Taephant, 2019) sobre todo para tratar depresión, que resulta un factor determinante al momento de la adherencia al tratamiento médico. Ballester comenta que en general, las terapias grupales suelen dar mejores resultados, esto puede deberse a la identificación entre pares y la eficacia al disipar la sensación de estar solo durante el proceso.

Una parte que siempre ha sido importante en el abordaje psicológico inicial para pacientes con VIH consiste en mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral -la adherencia al tratamiento tiene que ver con la manera en la cual los pacientes toman los fármacos prescritos, así como, si toman en cuenta la conducta de la prevención en su vida diaria para no adquirir reinfecciones y la asistencia al médico- (Ballester, 2005) ya que es la principal razón por la cual no se notaba mejoría en su salud. Este tipo de intervención se encuentra comúnmente aplicado desde un enfoque interdisciplinario, ya que hay varios factores que

dificultan una adecuada adherencia, tales como: el nivel educativo, el grado de información respecto a la enfermedad, las creencias culturales del paciente, la valoración de la gravedad de la enfermedad, la percepción acerca de la eficacia del tratamiento, la complejidad del tratamiento, la vulnerabilidad percibida, la intolerancia a los efectos secundarios, la creencia acerca de la toxicidad de los medicamentos, la relación con el personal médico, la inestabilidad en las vidas de los pacientes, el ánimo depresivo, la ansiedad, los problemas psicopatológicos en general, la calidad de vida, la falta de apoyo social, el sentido de coherencia, el consumo excesivo de alcohol, la historia de consumo de drogas o simplemente el olvido.

Un ejemplo de un estudio aplicado a este tópico es el que realizaron Almanza y Gómez (2017) en el que se identificaron algunas barreras percibidas por mujeres con VIH tanto para adherencia farmacológica como para adherencia no farmacológica, con la intención de comprender los diversos elementos personales y contextuales que podrían llegar a afectar el proceso de adherencia en distintos momentos de la trayectoria de la enfermedad. La investigación es de corte cualitativo y se buscó conocer cómo la paciente construye significados que sostienen las acciones vinculadas con el cuidado de sí misma y con las de su vida con el tratamiento. En los resultados se muestra que las barreras principales para la adherencia farmacológica son: el olvido, malestar físico, malestar emocional y actividades de la vida diaria; por otra parte, en el caso de adherencia no farmacológica, el hallazgo más relevante fue que las áreas de alimentación y salud sexual requieren especial atención debido al riesgo que representan para la salud.

Desde hace una década las intervenciones psicológicas en VIH se han centrado en la ansiedad, depresión y estrés, Uribe (2005, como se citó en Mercado, 2012) menciona que es porque tienen una mayor carga emotiva y cognitiva en esta población. En estos trastornos, el autor considera varios factores en común: la sensación y vivencia de pérdida de relaciones; cambios en la imagen corporal, sexualidad, sensación de control sobre su vida, independencia y en el trabajo.

Hoy en día diversos autores han continuado esta línea de intervención (Asrat et al., 2020; Chaudhury, Bakhla & Saini, 2016; Hemmati et al., 2013), se ha encontrado que para disminuir depresión, ansiedad y estrés en pacientes seropositivos se han utilizado:

- Terapia cognitivo conductual (individual y en grupo)
 - o Inoculación de estrés
- Terapia grupal de apoyo
- Terapia interpersonal
- Terapia en solución de problemas
- Terapia de rehabilitación cognitiva
- Terapia basada en mindfulness
- Ejercicio aeróbico y de resistencia

La atención actual gira en torno a cuál tipo de terapia psicológica es la más efectiva para disminuir dichos trastornos, pero existe una enorme variación en las tasas de prevalencia reportadas de depresión que va de 16% a 72%, y en prevalencia de ansiedad va de 16% a 47% en pacientes con VIH, lo que dificulta obtener datos homogéneos acerca de qué tipo de terapia es la idónea para esta población; los factores asociados para obtener esta gran variación en los estudios puede deberse a la naturaleza de la muestra, términos diagnósticos, diferentes escalas de evaluación, género de los pacientes y estado progresivo de la enfermedad (Chaudhury, Bakhla & Saini, 2016)

Las limitaciones de estos estudios que realizaron revisiones acerca de la efectividad de distintos tratamientos psicológicos, se encuentra en los puntos de corte de las evaluaciones en las que se basan, el tamaño de la muestra, falta de seguimiento y el tipo de población en la que se aplica

2.2.2.1 Proceso de pérdida

Teniendo en cuenta que adquirir VIH representa un cambio drástico en la vida del individuo, podemos decir que existe una especie de pérdida en cuanto a su salud que implica redefinir su cotidianidad. Podemos entender esta pérdida como un proceso de adaptación a los cambios esperados o inesperados por los cuales han pasado todas las personas en algún momento de su vida; cada persona pasa por este proceso de forma diferente, dependiendo de su historia de vida, sus creencias y actitudes, de sus estrategias para enfrentar situaciones complicadas, de la importancia que le dé a la pérdida, del apego

que sienta hacia el objeto, sujeto o situación que ha perdido y del momento o etapa de la vida en la cual se encuentre (Núñez, 2018).

Con el objetivo de generar conocimiento acerca del proceso psicoterapéutico de personas que acaban de ser diagnosticadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana y están pasando por un proceso de pérdida de salud, se llevó a cabo una investigación interpretativa básica de corte cualitativo con la que se busca comprender el significado de fenómenos sociales “a través de la descripción y el análisis de los conceptos y razonamientos empleados por las y los sujetos actuantes” que en este caso serían los psicoterapeutas (Núñez, 2018, p. 47). Participaron 4 individuos que cumplían con 3 requisitos: ser psicoterapeutas, que hayan asistido a clientes que viven con VIH que pasaran por un proceso de pérdida al momento de asistir a consulta y que estuvieran especializados en cualquiera de los tres enfoques principales que se tomaron en cuenta para la investigación (psicoanálisis, psicología humanista o terapia sistémica). Se llevaron a cabo entre 2 y 3 entrevistas por persona con una duración de 1 o 2 horas para recabar información. A partir de las entrevistas realizadas se encontraron diferentes aspectos acerca del proceso de duelo en personas que viven con VIH como: el enfoque terapéutico que utilizan los participantes, las técnicas que emplean y los requisitos necesarios para atender a pacientes con el diagnóstico. La autora también generó información acerca del proceso de pérdida, los desencadenantes de este, las diferencias del proceso, la influencia de la representación social del proceso, cómo esta pérdida específica de la salud se ve influida por el sentimiento de culpa, así como la fase de vengatividad por la que atraviesan algunas personas. En dicho estudio también se incluyeron las vivencias de los psicoterapeutas, tanto cómo perciben el proceso de pérdida y las dificultades con las que se encontraron durante las intervenciones. Este estudio nos puede servir como referencia para desarrollar aproximaciones terapéuticas a personas que viven con VIH, con las adaptaciones adecuadas al enfoque que se desee utilizar en terapia, es posible generar marcos de acción para tratar las nuevas problemáticas que se presentan en el mundo actual.

Ya que conocemos algunos de los distintos tratamientos disponibles para la población con diagnóstico de VIH, así como el panorama de tópicos por los cuáles un paciente seropositivo pudiera solicitar una intervención psicológica y, desde cuáles enfoques pudiera

proporcionarse la atención, ahora pasaremos a explorar un tipo de intervención en específico: la intervención en crisis. El motivo de énfasis en este tipo de atención es debido a la naturaleza en ocasiones repentina del diagnóstico, que frecuentemente implica cambios en estilo de vida, hábitos y autoconcepto del paciente.

CAPÍTULO 3: GENERALIDADES DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS Y SU RELACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO DE VIH

3.1. Trabajos pioneros en la teoría

Para comprender el quehacer de la intervención en crisis con más detalle, debemos conocer el origen de esta, ya que le anteceden diversos sucesos que fueron canalizando el curso para formar este tipo de intervención.

El primer evento que guió el camino de la intervención en crisis sucedió el 28 de Noviembre de 1942, en el que ocurrió uno de los incendios más grandes en Boston, Massachusetts, dejó fallecidos y muchas otras personas sufrieron por la pérdida de sus seres queridos; Lidermann y sus colaboradores desempeñaron un papel activo en la ayuda en dicho acontecimiento; al realizar el informe de los síntomas psicológicos de los sobrevivientes dieron al mismo tiempo con la clave para teorizaciones posteriores sobre el proceso de duelo que consiste en una serie de etapas mediante las cuales el doliente progresa en el camino de aceptación y resolución de la pérdida (Alonso, 2009).

Para poder hablar del origen teórico de la intervención en crisis debemos mencionar a Gerald Caplan; él identificó la importancia de los recursos personales y sociales en la resolución de las crisis e indagó en torno a cómo la gente trataba diversas transiciones de una etapa a otra. Caplan realizó énfasis en la consulta de salud mental debido a que, practicaba psiquiatría preventiva desde un enfoque sobre la intervención temprana para procurar el crecimiento positivo y aminorar el riesgo de un deterioro psicológico; el autor argumentaba que muchas de estas crisis podían ser identificadas y hasta pronosticadas (ya que eran vitales), entonces se convirtió en una tarea primordial prevenir y adiestrar a diversos practicantes comunitarios para ayudar a niños y adultos jóvenes a manejar este tipo de desorganización (Caplan, 1974; France, 2015). Esta labor dio lugar a que los asistentes de maestros, enfermeras, clero, consejeros y orientadores se formaran para ser

profesionales de salud mental que debían obtener aprendizaje para detectar y abordar las crisis en establecimientos comunitarios.

La Teoría de las Crisis de Caplan comenzó a tomar fuerza y a generar tal impacto que en el inicio de la década de 1960 fue empleada como herramienta para el movimiento de prevención del suicidio en E.U.A; derivado de esto, se formaron diversos centros como Prevención del Suicidio y Atención en Crisis en Los Ángeles y Erie Country en Búfalo; a su vez, en Nueva York se ofrecía atención durante las 24 horas los 365 días del año en líneas telefónicas directas para la prevención de suicidios vinculados a la mentalidad activista social de la época (Alonso, 2009; Poal, 1990; Roberts, 2000).

Los centros apoyaron mucho al desarrollo de voluntarios paraprofesionales y no profesionales para sus programas de orientación telefónica. Un ejemplo de la formación para no profesionales es el programa propuesto por Schinke, Smith, Myers y Altman (1979); en el cuál realizaron un entrenamiento que les permitió concluir que, enseñar teoría de intervención en crisis, habilidades de cambio conductual y actuar como referencia externa adecuada, se aprenden más rápidamente que otras habilidades de ayuda, concluyendo que, estas serían las características básicas para realizar la intervención. De igual manera, Ramos (et al. 2016) llevó a cabo una investigación en la que estudiantes, profesores y egresados pertenecientes a GICUA (Grupo de Intervención en Crisis de la Universidad de Alicante) respondieron a la necesidad social de educarse en el tema de intervención en crisis mediante voluntariado. Lo que se pretendía fomentar en el estudio fue la formación entre iguales de paraprofesionales; para esto, realizaron simulaciones y análisis de ejemplos para saber cómo responder antes situaciones de crisis con pacientes, familiares u otras personas que lo requirieran.

3.2. Definición de crisis

Podemos comenzar a definir el concepto de crisis desde el término formal que le otorga el diccionario de la Real Academia Española, el cual lo señala como un “cambio profundo y de consecuencias importantes en un proceso o una situación, o en la manera en que estos son apreciados” (RAE, 2019, definición 1), lo que indica la posible evolución en la percepción que tiene el individuo con relación a sí mismo o su entorno.

En cuanto al origen etimológico de dicho concepto, este se refiere a “sentencia”, “punto de inflexión”, “selección” o “decisión” (Bauman & Bordoni, 2016), la palabra griega *krinein* que hace alusión a “crisis” quiere decir “discernimiento” que se puede complementar con la concepción que se tiene en la cultura china, ya que el ideograma de crisis significa tanto “peligro” como “oportunidad”.

Acorde con autores de la literatura clásica basada en crisis, la definición que nos da Slaikeu (1996) describe que es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo; es una situación a la que están expuestos todos los humanos, el estado de crisis surge de un evento precipitante, que genera impacto emocional, está limitado en tiempo, sigue patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos y bajos generando crecimiento o deterioro.

Caplan y Erikson, mencionan que las crisis son entendidas como “una respuesta de disrupción en la homeostasis psicológica del individuo, en la que fallan los mecanismos de afrontamiento habituales tendentes a reinstaurar dicha homeostasis, lo cual va acompañado de todo un conjunto de consecuencias conductuales, emocionales, cognitivas y biológicas en la persona” y Caplan indica que los principales aspectos del estado de crisis son el trastorno emocional, el desequilibrio y el fracaso en la solución de problemas para salir adelante (Lorente, 2008, p. 39).

Otro autor que define la crisis es Gómez del Campo (1994, como se citó en Rabelo, 2010), él dice que “una crisis es una combinación de situaciones de riesgo en la vida de una persona que coinciden con su desorganización psicológica y necesidad de ayuda. La crisis representa el peligro de una mayor vulnerabilidad al trastorno mental como la oportunidad para el desarrollo de la persona. La crisis es una experiencia que siempre está presente en la vida de los seres humanos” (p. 123). Durante la vivencia de una crisis, la persona pierde de forma transitoria o definitiva una serie de aportes con los que ha contado; encontrando

comprometida su estabilidad. Estos aportes pueden tener diferentes dimensiones, pudiendo ser tanto físicos (alojamiento, economía, alimentación, salud, autonomía, etc.) como psicosociales (de relación con los otros, seguridad, pertenencia, confianza, etc.) así como de otra índole, que pueden afectar a su salud mental (Lorente, 2008).

El término crisis está asociado a dificultades o sucesos decisivos que se dan en un momento específico y que por lo tanto, desborda de manera excedida la capacidad de una persona de manejarse en su modo usual (Heredia, 2018), “podemos verlo como un suceso infausto que altera gravemente el orden regular de las cosas o como un estado de desequilibrio emocional por el que todo ser humano atraviesa en algún momento de la vida” (López, Velasco & Rojas, 2016, pp.19).

Únicamente como mención cultural, es interesante conocer la forma en la que otro autor ve la crisis desde una perspectiva diferente, la señala como un lugar teológico, como un lugar de realización o de re-creación (Lázaro, 2014), e independientemente de que seamos religiosos o no, este momento de crisis nos presenta una oportunidad, será el punto de quiebre para la posible redefinición de la manera de afrontamiento del individuo.

La crisis puede verse como un suceso catastrófico o cómo un cambio inevitable en la vida de la persona, aunque no necesariamente se refiera a algo negativo, puede tornarse de esta manera si no se cuenta con recursos de afrontamiento adecuados y recursos sociales que orienten a la persona en crisis a una resolución sana que fomente su crecimiento personal.

Como todo proceso psicológico, una crisis cuenta con ciertos elementos, Valladares (2013) enlista los siguientes:

- Es dónde ocurre un suceso precipitante e inesperado.
- Produce desequilibrios físico-emocionales, una reducción de defensas y vulnerabilidad.
- Debilita las estrategias de enfrentamiento para solucionar problemas.
- Produce diversos grados de malestar físico y psicológico.

- Es temporal, puede durar de cuatro a seis semanas.
- Se desarrolla a través de diferentes etapas.
- Tiene un potencial para mejorar o empeorar la vida del individuo.

Y como proceso también cuenta con una resolución que depende de varios factores: la gravedad del suceso, los recursos personales del individuo y los recursos sociales y asistenciales. A pesar de que lo más común es que se presenten crisis en situaciones desagradables (como la muerte de un ser querido, los desastres naturales, guerras, etc.), un evento positivo puede de igual manera propiciar una crisis, por ejemplo, ganarse la lotería, obtener una beca, casarse o experimentar el nacimiento de un hijo; el elemento en común en estas situaciones es que implican cambios inesperados que rebasan la capacidad psicológica del individuo para enfrentarlos (Valladares, 2013).

Existen distintos tipos de crisis, las de desarrollo y las circunstanciales. Las crisis de desarrollo se refieren a los diversos cambios que ocurren en el transcurso de la vida natural de una persona (Valladares, 2013), por esto entendemos que las transiciones de etapa a etapa son las que ocasionarían el desajuste psicológico y en ocasiones físico. Podemos enlistar las diferentes crisis de desarrollo como el cambio de infancia a adolescencia, de adolescencia a adultez joven, de adultez joven a adultez madura, de etapa madura a vejez (que en ocasiones se vincula con la jubilación) y de vejez a final de la vida. La transición entre etapas puede generar diversas emociones como incertidumbre, confusión, incomodidad, ansiedad e incluso depresión.

Las crisis circunstanciales son un estado temporal de trastorno psicológico caracterizado por ansiedad, confusión y desorganización, causado por un suceso inesperado que es experimentado como amenaza o pérdida y que resulta insuperable con los mecanismos habituales de la persona para enfrentar problemas (Alonso, 2009). Un ejemplo de este tipo de crisis son el divorcio, desempleo, muerte de algún ser querido, desastre natural u ocasionadas por ser víctimas de crímenes violentos; todas ellas tienen en común el factor ambiental.

3.3. Procesos de crisis

Existen diversas formas en las que las personas expresan el proceso de crisis, dependerá de su historia de vida, la magnitud de la desorganización tanto psicológica como emocional y social. Ramos, et al. 2016) enlistan una serie de reacciones posteriores al surgimiento de la crisis:

1. Desorden: En esta fase se presentan las reacciones iniciales (llanto, desmayo, exaltación, angustia, etc.) ante el impacto del evento. Este momento de desorganización puede llevar a dos respuestas: negación o intrusión. Algunas personas pasan directamente a la intrusión.
2. Negación: La negación tiene la función de reducir el impacto de la crisis, puede manifestarse como entorpecimiento emocional o seguirse comportando como si nada hubiese sucedido.
3. Intrusión: Durante esta etapa pueden presentarse ideas o sentimientos involuntarios de dolor sobre el suceso, frecuentemente la persona tiene pesadillas o imágenes de lo ocurrido. En ocasiones las personas son herméticas y se rehúsan a hablar sobre aquello que les genera molestia.
4. Translaboración: Las personas comienzan a compartir pensamientos y sentimientos acerca de lo ocurrido, en general se muestran más abiertas al diálogo, ya son capaces de formular posibles explicaciones sobre partes del evento que antes no aceptaban. Algunos individuos pueden hacerlo solos y otros necesitan ayuda.
5. Terminación: Es la etapa final de la crisis y conduce a una integración del suceso dentro de la vida de la persona.

Con respecto a la terminación de la crisis, Slaikeu (1996) menciona que en esta etapa el individuo ha enfrentado el evento, los sentimientos y pensamientos han sido identificados y expresados, asimismo la reorganización ha iniciado o se ha consumado, es la etapa en la que se da inicio a la integración de la crisis dentro de su marco de vida. En situaciones de crisis suicidas hay que prestar especial atención a recuperaciones espontáneas porque es común que esto nos haga “bajar la guardia” o disminuir la observación en la persona

cuando esto resulta como táctica para generar distracción y así poder concluir el plan de acabar con su vida.

Gómez (2009, como se citó en Wilson, 2016) es otro autor que considera tres etapas muy parecidas a las que proponen Ramos et al., (2016), estas fases se presentan durante crisis circunstanciales:

- ❑ Fase de impacto: La persona no comprende bien lo que está sucediendo y reacciona con sorpresa, puede durar de minutos a días.
- ❑ Fase de reacción: Esta fase puede ser muy dolorosa ya que la persona comienza a comprender los cambios que el suceso podría ocasionar en su vida.
- ❑ Fase de reorientación: La última fase se presenta cuando la persona logra integrar el suceso traumático en su vida y es capaz de generar cambios y ajustarse, puede comenzar entre la segunda o tercer semana y los 6 meses desde que inició el proceso.

Ya que es probable que el individuo que pasa por un proceso de crisis se encuentre confundido o desorientado, puede conseguir guía o ayuda por parte de una persona formada en intervención en crisis o un profesional en terapia psicológica. Para esto existen diversos tipos de apoyo para cuando se está viviendo una crisis o cuando ya se ha resuelto (ya que no siempre el individuo ha sido capaz de resolverla de la mejor manera), lo ideal sería asistir al psicólogo con la finalidad de obtener apoyo, guía y una visión más amplia de todo el suceso. La intervención en crisis nos puede apoyar cuando no tenemos las herramientas adecuadas para afrontar el suceso traumático y encaminar nuestras decisiones por la vía funcional, “su objetivo es proporcionar un adecuado enfrentamiento a la situación crítica, impidiendo desorganización y brindando estrategias para afrontar las situaciones que generan estrés” (Wilson, 2016, p. 15); también tiene la finalidad de aprovechar esta experiencia difícil o dolorosa con el fin de utilizarla para el crecimiento emocional y psicológico de la persona (Navas & Vargas, 2012); así como es un “método de ayuda dirigido a auxiliar a las víctimas de un suceso traumático para que puedan afrontarlo, de tal

forma que se reduzca la probabilidad de sufrir algún tipo de trastorno físico, psicológico o emocional, ya sea en el momento del suceso o posterior al mismo” (Slaikeu, 1996). En línea con la coordinación nacional de protección civil en México:

La intervención en crisis es un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia a sobrevivir en sucesos traumáticos, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (estigmas emocionales o daño físico) se minimiza y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones en la vida se maximizan) (López, Velasco & Rojas, 2016, pp.38).

Podemos separar la intervención en crisis en dos momentos diferentes, cuando hablamos de atender en el momento de crisis nos referimos a la intervención de primer orden o los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), puede durar de minutos a horas y ésta ayuda la proporcionan asistentes comunitarios con entrenamiento para ello (Ramos et al., 2016) pueden ser tanto terapeutas profesionales como asistentes paraprofesionales, por ejemplo: profesores, sacerdotes, vecinos, policías, enfermeros, etc. El principal objetivo de este tipo de intervención deberá centrarse en prestar atención al malestar emocional ocasionado por el suceso traumático, mejorar los recursos personales cognitivos y emocionales, y prevenir el incremento de conductas psicopatológicas que afectan su capacidad de respuesta (Palacios y Téllez, 2017).

De acuerdo con Slaikeu (1996) los principales objetivos específicos de esta intervención son: brindar apoyo, reducir la mortalidad y dirigir a la persona en crisis a otros recursos de ayuda. Durante este momento sólo se intenta darle estabilidad a la persona y, la atención de este tipo puede aplicarse desde ambientes comunitarios hasta ayuda telefónica.

La investigación dentro del ambiente hospitalario nos ha enseñado que se requiere personal que esté capacitado en la aplicación de intervención en crisis, esto porque los pacientes pueden llegar a presentar síntomas de ansiedad y depresión, Simpson (2019) menciona que las manifestaciones más comunes pueden ser depresión mayor, estrés postraumático, consumo de sustancias o desórdenes de personalidad (esto aplicado a pacientes

psiquiátricos pero, se incluye en este apartado debido a su importancia también en pacientes hospitalizados en general y a la similitud que existe con los síntomas de pacientes con VIH), y el autor expone una especie de estructura al proporcionar este tipo de intervención:

- Reconocer la crisis e identificar el precipitante:
Se trata de crear una línea del tiempo que dé coherencia a la historia del paciente, en esta podremos observar los factores que dieron inicio al estado de crisis.
- Caracterizar la respuesta del paciente:
Durante este paso se describe la respuesta emocional, ya sea de inmovilidad, evitación o adaptación.
- Formular juntos:
Se debe discutir qué es lo que está sucediendo: ¿cuáles son los precipitantes?, ¿cómo se siente el paciente?, ¿qué necesita el paciente?, ¿cuáles son las posibilidades disponibles?, ¿qué está yendo bien a pesar de la crisis? También se deben explicar los síntomas que pueda presentar el individuo.
- Identificar objetivos de comportamiento y ofrecer apoyo concreto:
Escribir una lista de metas y pendientes sencillos puede generar alivio, mediante la identificación de pasos intermedios y concretos es posible crear un plan seguro de acción. Lo ideal es acordar una llamada de seguimiento.
- Involucrar apoyos sociales:
Crear un diagrama de apoyo social cercano (familiares, amigos, etc.) y contactar a dichos apoyos para obtener información extra de la situación. La red de apoyo del paciente debe estar enterada del plan de acción en caso de que se presentase una nueva crisis.

El segundo momento le corresponde a la intervención de segundo orden o terapia de crisis que tiene como objetivo la resolución óptima del suceso crítico, puede durar de semanas a

meses y la realizan únicamente psicólogos o terapeutas con experiencia en el tema y con conocimiento en técnicas de evaluación y tratamiento (Ramos et al., 2016).

3.4. Modelos de abordaje psicológico

El abordaje en intervención en crisis se ha realizado desde distintos enfoques dentro y fuera de la psicología, un ejemplo de esto es el trabajo realizado por Kanel (2015) que nos indica que a la teoría de crisis la han construido diversas fuentes, no podemos atribuirle el desarrollo de esta a un enfoque específico. Lo que sí podemos mencionar son diferentes perspectivas que han aportado a la formación de la teoría; la autora menciona los siguientes:

- Teoría psicoanalítica: Explica que la energía psíquica es finita y que sólo puede existir en una cantidad limitada en cada persona. Esta suposición ayuda a explicar el desequilibrio que se presenta cuando los mecanismos de defensa habituales no son suficientes y la energía psíquica de la persona se agota.
- Teoría existencial: En general, este tipo de enfoque ofrece un tratamiento a largo plazo pero se pueden utilizar varias ideas de la teoría y adaptarlas a un tratamiento a corto plazo. La teoría existencial cree que la ansiedad es una parte normal de la existencia y puede ayudar al desarrollo de la persona en crisis, si nunca se presenta ansiedad en situaciones nuevas en la vida, el individuo nunca crecerá. Otro concepto útil de dicha teoría es la aceptación de que se tiene responsabilidad propia y comprensión de que muchos problemas nuestros son causados por nosotros mismos.
- Propuesta humanista: Carl Rogers es el fundador de la terapia centrada en el cliente, él contribuyó a la teoría de crisis con sus técnicas de reflexión y empatía. Estas técnicas muestran que el tratamiento es efectivo porque ayuda a que los clientes se expresen con libertad y reconozcan sus emociones. Los terapeutas que utilizan este tipo de enfoque consideran que las personas pueden crecer en una dirección benéfica para ellos si los rodea un entorno de aceptación real y genuina y,

comprensión empática. Una crisis se ve como bloques y funciona como el potencial para crecer.

- Teoría cognitivo conductual: Todos los modelos de crisis están basados en el modelo de solución de problemas, que involucra los siguientes pasos:
 - a. Definir el problema.
 - b. Revisar las maneras en las que ya se ha tratado de resolver el problema.
 - c. Decidir qué se busca cuando el problema esté resuelto.
 - d. Utilizar una lluvia de ideas para buscar alternativas.
 - e. Seleccionar alternativas y comprometerse a seguirlas.
 - f. Proporcionar seguimiento.

Las aproximaciones cognitivas que surgieron en 1970 y 1980 son importantes en el quehacer de la teoría de crisis; las cogniciones, significados y perspectivas del individuo son muy importantes para que el terapeuta pueda determinar la clave del estado de crisis. La propuesta del enfoque cognitivo conductual se basa en gran parte por la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis, la Terapia Cognitiva de Beck y el Entrenamiento en Inoculación de estrés de Meichenbaum. Estas aproximaciones se enfocan en comprender la visión cognitiva que tiene la persona acerca de su problema y después reestructurar y redefinir cualquier cognición desadaptativa (Peake, Bourdin & Archer, 1988, como se citó en Kanel, 2015). Este tipo de terapia requiere tareas y seguimiento.

- Terapia breve: En este tipo de terapia los clientes exploran patrones de comportamiento pasados y cómo esos patrones han evitado que tengan éxito en la vida tal como ellos quisieran tener éxito. Se trata de explorar y averiguar relaciones interpersonales, auto-concepto y patrones familiares. El enfoque se dirige a un cambio creativo y se propone incorporar nuevos estilos de relación con el mundo. Garfield (1980, como se citó en Kanel, 2015) reporta que la duración promedio de

este tipo de intervención es de siete sesiones, que es la duración promedio que coincide con la filosofía de la intervención en crisis.

También podemos incluir como parte de este enfoque la examinación en incidentes críticos, que ha ayudado en momentos de desastre comunitario (la Cruz Roja de Estados Unidos de América, así como a nivel estado y país en distintos departamentos de salud mental trabajan con víctimas de trauma inesperado). Se utilizan estrategias similares al modelo ABC de Intervención en Crisis; es comúnmente utilizada para tratar estrés postraumático en víctimas de desastres naturales u otros eventos críticos ambientales.

- **Modelo ABC de Intervención en Crisis:** Este modelo es útil en la mayoría de las agencias sin fines de lucro, agencias de estado (o condado), hospitales (u Organización para el Mantenimiento de la Salud, HMO por sus siglas en inglés) y por planes de seguro. Esta forma de entrevista puede aplicarse cara a cara o mediante teléfono, puede ser realizada en 10 minutos por teléfono, en una sesión o a lo largo de 6 sesiones. Este tipo de atención se deriva del enfoque cognitivo conductual, que trabaja con los patrones de pensamiento y comportamiento, interpretación de los hechos y la estructura que se forma a partir de la percepción del mundo que tiene la persona, todo esto influenciado por esquemas previos, creencias y aprendizaje, que podemos entenderlo como: A situación (qué es lo que sucede), B pensamientos (cómo lo interpreto) y C consecuencias (emocionales, cómo me siento y cómo actúo) (Ramírez, 2020).

En general, este modelo de intervención está orientado a la acción entre el ayudante y una persona inmovilizada por una situación de emergencia, el propósito es ofrecer alivio temporal e inmediato. Este tratamiento difiere de la psicoterapia que es usualmente intensiva, que requiere de reflexión y análisis entre un terapeuta profesional y un cliente. La meta de la psicoterapia es otorgarle conocimiento de sí mismo al individuo, se trata de reconstruir y modificar comportamientos.

Al implementar el modelo ABC identificamos el evento precipitante, las cogniciones del cliente acerca de evento, incomodidad emocional, mecanismos de afrontamiento fallidos y funciones deterioradas; lo que se pretende es ayudar al cliente a integrar el evento precipitante a su vida funcional y que regrese a sus niveles funcionales habituales de emoción, ocupación y en relaciones interpersonales.

En vista de que la aplicación de la intervención en crisis debe ser guiada y orientada por una persona con entrenamiento previo, podemos inferir que existe cierto perfil para desempeñar esta labor, en este sentido, Gómez (2009, como se citó en Wilson, 2016) menciona que se deben tener determinadas formas de actuar como terapeuta durante una crisis:

1. Actuar con calma y seguridad. Contar con un tono adecuado de voz para tranquilizar a la persona es esencial, se le debe demostrar que tiene tiempo para escucharle, es preferible no mencionar comentarios que generen desequilibrio.
2. Invitar a la persona a que se exprese para que logre ordenar, asimilar y aceptar el suceso.
3. En ocasiones puede ser buena idea emplear contacto físico para generar empatía y dar sensación de seguridad, esto con evaluación y pertinencia previa del guía, ya que en ocasiones puede resultar contraproducente.
4. Se debe evitar que existan factores desestabilizadores como personas ajenas, así como se deben poder controlar emociones como ansiedad, tristeza, miedo, hostilidad, etc.
5. Reafirmar que la forma de responder de la persona es normal o esperada, lo atípico es la situación.
6. Se debe acompañar a la persona a realizar la búsqueda de posibles soluciones, lograr ejecutar actividades o pasos concretos, no se le debe dejar sola y es pertinente informarle sobre los trámites a seguir o recursos que le sean necesarios.

En adición a las características anteriores, Aja (2009) argumenta que existen una serie de cualidades personales que pueden ser útiles en las acciones de la intervención en crisis:

- Paciencia: Puede tener asociadas otras características como el dominio emocional y la capacidad de razonar veloz pero certeramente.
- Creatividad: En situaciones de crisis la creatividad se manifiesta en nuevas formas como se puede redefinir o redimensionar la situación que puede estar viviendo la persona afectada. Los hechos no se pueden cambiar, pero si la forma en la que los valoramos.
- Recursividad: Hace referencia al encontrar recursos en donde aparentemente no los hay y saber hacer uso de ellos.
- Buen afrontamiento: Se traduce en saber trabajar con efectividad en condiciones de presión.
- Saber escuchar: Implica reconfirmar la información que se obtiene, filtrar aquella que es relevante, ordenarla y darle una organización.
- Capacidad empática: A pesar de tener conexión con las emociones de la otra persona, debemos ser lo suficientemente hábiles para no permitir que el entendimiento de sus emociones nos impida tener un punto de vista centrado.
- Imparcialidad: Implica juzgar los hechos y no a las personas. Dentro del juicio que hacemos de los hechos se buscarán relaciones causales y posibles consecuencias que puedan tener el desenlace en los hechos. En determinado momento, será necesario comprometerse con alguna posición o alternativa de solución.
- Determinación: Implica no solo tomar decisiones sino sostenerlas en el tiempo, con la previa valoración de costo-beneficio. Esta toma de decisiones debe ser oportuna.

Ahora que conocemos algunas particularidades de los enfoques que han abordado la intervención en crisis, así como el perfil y las cualidades de la persona que se dedique a ejecutar este tipo de atención, podemos ver por último, cómo es que se vinculan la intervención en crisis y la población seropositiva.

3.5. Intervención en crisis y recomendaciones terapéuticas para el tratamiento psicológico en pacientes con diagnóstico de VIH

Slaikeu señala que lo mejor en este momento de crisis es mantener contacto con los familiares (1996, como se citó en Alonso, 2009), proporcionar un estado de tranquilidad puede no ser tan fácil pero es fundamental para el desarrollo y desenlace de la crisis, ya que esta noticia afecta tanto al paciente como a las personas cercanas a él. Lo esencial en estos casos es disipar las dudas que sean de mayor importancia y proporcionar información certera acerca de lugares donde puedan obtener apoyo (desde psicológico y social hasta legal). Alonso comenta que “es necesario un cambio radical en la humanización del trato a los enfermos con VIH y una modificación a las estructuras hospitalarias que faciliten los servicios como pláticas de información, medicamentos, análisis, diagnóstico, acompañamiento, terapia y hospitalización” (p.83) ya que en el estudio que realizó, la mayoría de los usuarios manifestó queja acerca de los servicios otorgados por el personal de la salud.

Un estudio pionero (Cannon, 1997) que aborda la manera en la que debieran ser atendidos los pacientes con VIH al momento de presentarse una crisis, expone un entrenamiento dirigido a trabajadores sociales que tratan con personas que tienen el diagnóstico; la autora menciona que esta población presenta crisis intensas periódicamente que incluyen incertidumbre acerca de su futuro en salud, relaciones interpersonales y estigma alrededor de la enfermedad, es un campo al que es difícil acceder ya que estas personas se encuentran frecuentemente aisladas y discriminadas, a pesar de que en los últimos años el padecimiento se ha ido visibilizando poco a poco. Las reacciones emocionales más comunes al obtener el diagnóstico positivo en VIH son: miedo, pánico, tristeza, ansiedad, depresión, desesperanza, duelo y odio a sí mismo (Cannon, 1997). Y este cambio en la salud puede llegar a ocasionar tres tipos de crisis simultáneamente: situacional, de desarrollo y social. Algunas personas con VIH requieren o piden terapia de apoyo, otras necesitan servicios tangibles, otras manejo de caso, algunas necesitan intervención en crisis, otras requieren una mezcla de intervenciones y otras no piden servicios; cada persona es única y hay que tomar en cuenta la heterogeneidad del grupo de gente que vive con VIH.

Las recomendaciones de acción que Cannon (1997) nos presenta para atender a personas en crisis que tienen VIH son las siguientes:

- Realizar una breve evaluación para determinar las necesidades de la persona si se sospecha que está en crisis. Esta evaluación incluye un inventario de las fortalezas y recursos del sujeto así como qué detonó la crisis.
- Mantener flexibilidad en el manejo de caso y consejería e incluir intervención en crisis como primer paso en cada una de las intervenciones. Hay que ser receptivos para reconocer si la persona fluctúa en la intensidad de la crisis, el servicio debe cambiar por unas semanas para tener contacto más frecuente e intentar resolver el problema de manera puntual. Se pueden ofrecer una o dos sesiones a la semana en los periodos más intensos de crisis.
- Desarrollar un contrato que tenga límite de tiempo para completar tareas específicas y solución de problemas.
- Validar, reflejar y normalizar las respuestas de la persona es sumamente importante, es recomendable ayudarle a la persona a predecir, anticipar, reconocer e incluso planear probables respuestas para ayudarle a sentirse en control y que esté preparados para actuar. Es imperativo mostrarle a la persona cómo ser proactiva y orientar en la preparación de futuras y posibles crisis.
- Tratar de mantener un balance de realidad y esperanza. Es vital no exagerar o minimizar el trauma que la persona está experimentando, es igual de importante no crear escenarios catastróficos.
- Alentar al paciente a asistir a diferentes tipos de servicios, intentar orientar si existen dudas acerca de los servicios y proporcionar información. Siempre debe ofrecerse seguimiento así como dar opciones acerca de cómo, cuándo y qué tan seguido la persona con VIH debe buscar apoyo.
- Durante el proceso es esencial poner atención a las dudas o preocupaciones acerca del consentimiento, decisión, confidencialidad y privacidad, proporcionarle todo el control y decisión posible a la persona en cada paso para fomentar empoderamiento y honor.

La intervención en crisis en dicha población permite que los pacientes tengan independencia, decisión y control aún en los momentos más difíciles de pérdida, en este caso de la salud. A pesar de que las recomendaciones que nos proporciona Cannon son de hace 23 años, dirigidas específicamente a trabajadores sociales, resulta una guía útil para la atención en crisis a pacientes con VIH, aún queda mucho por explorar en cuanto a este tipo de actuar en instituciones educacionales o dirigidas a la salud y sería ideal que tanto profesionales de la salud como paraprofesionales tuvieran entrenamiento en intervención en crisis, los psicólogos tenemos un largo camino por recorrer en lo que refiere a comprenderlas, debido a que el pensamiento, la cultura, las costumbres están en constante cambio y es muy complicado avocarnos solamente a la literatura pasada sin también realizar investigaciones de campo. Existen muchos lugares, contextos en los que se necesita este tipo de atención, ya que es un proceso natural de la vida y para poder aspirar a la salud integral debemos poner atención en los detalles, en el caso de esta revisión, sería complicado abordar la enfermedad por VIH como un todo, sin considerar cada una de sus partes.

La importancia de ofrecer una adecuada intervención al momento de diagnóstico radica en prevenir consecuencias que pudieran perjudicar al paciente, sobre todo si se presenta una crisis. En un estudio realizado por Martin y Kagee (2011) se resuelve que el hecho de recibir un diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida como el VIH, puede ser para algunas personas un evento traumático y podría resultar en síntomas de estrés postraumático.

Un trabajo que nos deja ver el avance en cuanto al servicio que se le ofrece a la población seropositiva es, un libro de texto para el tratamiento psiquiátrico de pacientes con VIH y sida, en el que se aborda la atención integral desde el enfoque médico y clínico, la aportación resulta favorable porque incluye desde los orígenes de la enfermedad, la carga social que implica hasta, el quehacer del médico durante la entrega de diagnóstico y el tratamiento ambulatorio (Cohen et al., 2017). Este tipo de materiales resultan efectivos al momento de buscar una guía o manual para atender a un grupo de pacientes con una enfermedad multifactorial.

En cuanto a la intervención en crisis de primer orden, en una investigación realizada por Alonso (2009) se aplicó la técnica de solución de problemas apoyada por la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) a familiares de pacientes con VIH o sida, este tipo de terapia afirma que lo que constituye un problema es por la interpretación que se le da a una circunstancia. La TREC puede aplicarse de varias formas, la habilidad de evaluar e identificar problemas puede ser enseñada a los individuos para que aprendan a ser sus propios “terapeutas”, es por eso que este tipo de terapia conlleva un componente de psicoeducación.

El objetivo de esta modalidad es ayudar a los pacientes a transformar creencias rígidas y extremas en creencias flexibles y no extremas; esto se realiza mediante un diálogo muy específico que requiere evaluación de ideas irracionales que no sean funcionales (Dryden, 2019).

Ellis (1989, como se citó en Alonso, 2009) clasifica las principales técnicas de la TREC en función a procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados en ellas:

- Las técnicas cognitivas incluyen detección (consiste en buscar las creencias irracionales que llevan a emociones y conductas perturbadoras), refutación (consiste en una serie de preguntas que el terapeuta emplea para contrastar las creencias irracionales), discriminación (muestra la diferencia entre creencias racionales o irracionales), tareas para casa (para mantener control de conductas mediante autorregistros), definición (se enseña al paciente a utilizar lenguaje racional y correcto), técnicas referenciales (se realiza un listado de aspectos positivos de una característica o conducta para evitar generalizaciones), técnicas de imaginación (incluye imaginación racional emotiva [IRE], proyección en el tiempo [el paciente se ve afrontando con éxito eventos pasados o esperados negativos]).
- Las técnicas emotivas incluyen uso de la aceptación incondicional con el paciente, métodos humorísticos, autodescubrimiento, uso del modelado vicario, inversión del rol racional, ejercicio de ataque a la vergüenza, ejercicio de riesgo, repetición de

frases racionales a modo de instrucciones, construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías.

- Las técnicas conductuales incluyen tareas para casa del tipo exposición a situaciones evitadas, técnica de “quedarse allí”, ejercicios de no demorar tareas, uso de recompensas y castigos, entrenamiento en habilidades sociales (específicamente en asertividad).

La intervención que realizó Alonso (2009) se llevó a cabo sólo en una sesión, y pretendía sacar a la familia de la crisis reduciendo la mortalidad, buscando posibles soluciones o alternativas, para que no perdiera su homeostasis. Los pasos a seguir fueron los siguientes en la solución de problemas:

1. Orientación general. Se les pide a los familiares que generen un relato del momento en que se notifica el diagnóstico de VIH a su familiar y que expresen sus sentimientos respecto al suceso.
2. Definición del problema y formulación. Se define el problema en términos claros y específicos, se busca que los sujetos ubiquen aspectos que antes resultaban irrelevantes, se formulan objetivos meta para solución de problemas.
3. Generación de alternativas. Se utiliza la “lluvia de ideas” como alternativa para desarrollar posibles soluciones.
4. Toma de decisión. Se le solicita a los sujetos que anticipen en la medida de lo posible, las consecuencias de cada alternativa que parezca resolver satisfactoriamente el problema. Se debe considerar consecuencias en categorías: personal, social, a corto y a largo plazo.
5. Verificación. Se le pide a los sujetos verificar su alternativa observando las diversas consecuencias de su acción y comparando este resultado con el esperado. Se muestra una estrategia general para la solución de problemas aplicable a cualquier problema.

Durante la sesión, el terapeuta debe señalar las ideas irracionales de los familiares, explicar la naturaleza de estas y sugerir que las cambien por ideas racionales.

De forma complementaria a la aplicación de programas de intervención en crisis, también sería importante tomar en cuenta la experiencia de los expertos en la materia con el fin de seguir generando conocimiento, esto ya se llevó a la práctica en Cuba por Macías, Isalgué, Loo y Acosta (2018), estos autores realizaron una reflexión con base en la experiencia clínica de diversos profesionales de la psicología; la revisión comprende los años 2005 hasta 2009, ellos refieren que las observaciones desarrolladas se basan en personas que viven con el diagnóstico de VIH de una población muy específica de su región. En el reporte se menciona que las actividades más importantes y necesarias a desarrollar durante el tratamiento a estos pacientes son:

- a. Prevención.
- b. Potenciamiento del desarrollo de diagnósticos precoces (mediante psicoeducación, consejería y estrategias informativas).
- c. Fortalecimiento de adherencia al tratamiento médico específico, especialmente el que incluye medicamento.

Siguiendo la misma idea, Macías et al., (2018) proponen estrategias de intervención:

- § Inicio: durante la primera etapa de confirmación de diagnóstico.
- § Educación, información y consejería.
- § Evaluación psicológica (de funciones cognoscitivas afectadas por infección) y social.
- § Seguimiento de los procesos de tratamiento, tanto médico como terapéutico.
- § Emergencia frente a posible crisis.
- § Rehabilitación para paciente y entorno familiar.

Asimismo, enlistan una serie de componentes terapéuticos de algunos programas de intervención para pacientes portadores de VIH:

- Programa grupal de entrenamiento en técnicas de manejo de estrés.
- Terapia grupal de ocho sesiones de dos horas cada una. En ellas se entrena en relajación, cambio de hábitos de salud como consumo de alcohol y tabaco, incremento de descanso y ejercicio físico, también se enseñan habilidades para el manejo de estrés.
- Habilidades de afrontamiento de estresores ambientales, valoración del estrés, afrontamiento activo incremento de la autoeficacia y aumento de las relaciones sociales.
- Terapia grupal cognitivo conductual que incluye estrategias para reducir ansiedad y depresión (como reestructuración cognitiva), relajación muscular, autorrevelación sobre la enfermedad, adopción de medidas de prevención y sexo seguro y el establecimiento de una red social de apoyo.
- Aplicación individual de relajación muscular e imaginación guiada a través de grabaciones.
- Técnicas de consejo breve dirigidas específicamente a la mejora de la adherencia al tratamiento antirretroviral.
- Programa grupal para parejas heterosexuales serodiscordantes que incluye: información acerca de la enfermedad; estrategias cognitivas y de solución de problemas; desarrollo de estrategias de afrontamiento (motivación para realizar actividades gratificantes e incremento de actividades sociales).
- Programa de automanejo para mejorar la adherencia terapéutica, incluye: habilidades en cuanto a toma de medicamentos, tres visitas semanales para consultas en cuanto a tratamiento y feedback mensual de la toma de medicación utilizando monitores electrónicos en los botes de fármacos.
- Programa de tratamiento grupal que incluye componente educativo para el paciente, estrategias cognitivas, entrenamiento en autoestima, relajación, solución de problemas, estrategias de autocuidado y prevención de recaídas (ya que no seguir el tratamiento tanto médico como psicológico puede llevar a internamientos en hospital o complicación de enfermedades oportunistas ya adquiridas).

Por consiguiente, se concluye que es imprescindible que el psicólogo que ofrezca el servicio terapéutico tenga experiencia en este tipo de población e intervenga ofreciendo el siguiente dispositivo asistencial (Macías et al., 2018):

- Psicoterapia individual.
- Grupo de apoyo de adherencia al tratamiento.
- Grupo de apoyo para familiares y personas cercanas al paciente.
- Grupo de apoyo para seronegativos de parejas serodiscordantes.

Este tipo de intervención en crisis tan específica trata de aliviar el sufrimiento, atender a las necesidades básicas, contribuir al restablecimiento físico, poner en contacto al afectado con su red natural de apoyo social, facilitar la reanudación de la vida cotidiana y detectar a las personas en riesgo para derivarlas a los centros de salud (Echeburúa & de Corral, 2007).

Dávila, Gil y Tagliaferro (2015) reportan que el desconocimiento acerca del VIH, sobre todo en las personas que viven con el virus, es un punto central a considerar; los autores afirman que a mayor conocimiento sobre el diagnóstico más sencillo será el diálogo entre el personal de salud y el paciente, disminuyendo así las consecuencias negativas de una posible crisis. Es por esto que se recomienda implementar programas educativos de promoción y prevención dirigida a los pacientes (familiares, amigos, vecinos, etc.) en donde participe un equipo multidisciplinario.

En caso de presentarse una crisis, no todos los pacientes de recién diagnóstico manifestarán las mismas fases en el proceso, así como, es posible que no todos los pacientes experimenten una situación de crisis, sólo en dicho caso de que aparezca desorganización, son recomendables los siguientes puntos:

- Contar con información verídica acerca del VIH, obtenida de fuentes confiables (por ejemplo: instituciones gubernamentales, organizaciones civiles o manuales de tratamiento). Como mencionan Dávila et al. (2015) en ocasiones proporcionar

consejería o disipar dudas específicas del paciente, puede disminuir angustia o malestar en torno a la desinformación sobre VIH.

- Realizar escucha activa, es decir, prestar atención a las principales preocupaciones y generar alternativas de solución a corto o mediano plazo.
- Otorgar trato empático. Evitar juicios, opiniones personales o escenarios caóticos. Puede ser de ayuda enfocarse en las cuestiones positivas de la enfermedad (como “¿qué de bueno te ha traído el VIH?, ¿en qué ha cambiado tu vida ahora que conoces el diagnóstico?”).
- De ser posible, emplear alguna técnica de relajación, ya que suele ser frecuente que los pacientes presenten sintomatología de ansiedad al momento del diagnóstico o, posteriormente en horas o días siguientes. Esta cuestión queda a criterio del terapeuta dado que algunos pacientes en contexto hospitalario se encuentran limitados por intervenciones médicas.

Actualmente existen instituciones que se dedican a ofrecer apoyo a la población con diagnóstico de VIH, tanto farmacológico, psicológico, financiero como legal. Algunas de estas organizaciones publican artículos o reportes que nos permiten estructurar, adecuar y modificar el tratamiento psicológico en esta población para ofrecer un mejor servicio y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Un ejemplo de ello es la Fundación Huésped en Buenos Aires, Argentina. Dicha institución ofrece abordaje psicosocial a pacientes con VIH así como a familiares y personas allegadas, la intervención consiste en consejería, psicoterapia individual y grupal, así como talleres para profundizar en temas específicos (parejas serodiscordantes, adolescencia con VIH o vivencia de los familiares y amigos de personas con VIH).

Gracias al folleto de Abordaje psicológico de personas con VIH (Arístegui, 2012) de Fundación Huésped podemos conocer la forma en la que la organización entiende la psicoterapia, ellos describen que se trata de una práctica social que se encuentra orientada a la realización de un proceso interno que tiene una intención de cambio psicológico. Es fundamental que los profesionales tratantes de pacientes con el diagnóstico trabajen sobre

sus propios prejuicios, sobre todo los relacionados a la sexualidad y diversidad sexual; también en cuanto a los usuarios de drogas, trabajadores sexuales, creencias religiosas y conceptos relacionados al estigma y metáforas o ideas asociadas a la epidemia del VIH. Como un punto importante pero aparte, también mencionan que es necesario contar con información médica básica y clara sobre la enfermedad.

En un inicio, realizan una serie de entrevistas de orientación y evaluación de la situación de la persona que incluyen:

- Momento del diagnóstico en la vida de la persona.
- Momento en el curso de la infección.
- Impacto emocional del diagnóstico.
- Creencias previas de la persona en relación al VIH/sida.
- Recursos individuales que fomentan la resiliencia.
- Apoyo social.
- Tipo de acompañamiento psicológico necesario.

En relación a lo que los profesionales de Fundación Huésped buscan en la psicoterapia psicosocial es:

- Crear una fuerte alianza terapéutica con el paciente y generar empatía con la persona y temática.
- Escuchar activamente, respetando los silencios de la persona y estimulándola a que se exprese abiertamente.
- Atender al lenguaje no verbal del paciente y el propio.
- Adoptar una postura relajada sin que sea confundido con desinterés o indiferencia.
- Ser cordial y no realizar juicio de valor.
- Parafrasear los comentarios para asegurarse de haber comprendido las palabras del paciente y de este modo ayudar a la persona a clarificar lo que está vivenciando.
- No realizar preguntas que tienen como fin responder a la propia curiosidad y no aportan al trabajo terapéutico.

Asimismo, con este tipo de terapia, los profesionales de Fundación Huésped buscan fomentar:

- La resiliencia, identificando y fortaleciendo los recursos y potencialidades que las personas tienen para enfrentar situaciones de adversidad.
- El desarrollo y fortalecimiento de estrategias de afrontamiento funcionales.
- La autonomía como ser humano y como paciente.
- El fortalecimiento de los vínculos personales y el desarrollo y mantenimiento de las redes informales de apoyo social.
- La continuidad y establecimiento de nuevos proyectos vitales y una buena calidad de vida.
- Alcanzar un bienestar psicológico que permita a la persona desplegar efectivamente en los ámbitos en los que se desarrolla.

Así como la Fundación Huésped nos da pautas para abordar el tratamiento psicológico con pacientes que adquirieron VIH, en México La Casa de la Sal (fundada en 1986) realiza un trabajo similar en el cual no sólo atiende a pacientes seropositivos, también presta sus servicios a los familiares. Esta es una asociación civil que se encarga de brindar atención integral a los pacientes, cuentan con diversos programas:

- Clínica psicológica: Se encarga de otorgar orientación y consejería, psicoterapia (individual, de pareja y familiar), orientación psicológica e intervención en crisis. Los psicoterapeutas cuentan con maestría.
- Enlaces hospitalarios: Se trata de servicio de acompañamiento tanatológico y orientación psicológica a personas con VIH o en fase de sida en hospitales de la Ciudad de México (Centro Médico Nacional La Raza, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor”, entre otros). Dentro del enlace se practican las siguientes actividades:
 - Visita hospitalaria
 - Talleres de adherencia al tratamiento

- Clínica de emociones
 - Grupos de autoapoyo
 - Capacitación a profesionales de la salud
 - Acompañamiento en notificación
 - Prevención de Síndrome de Burn Out
 - Taller de control del estrés
 - Pláticas y talleres en Derechos Humanos de las personas con VIH y resiliencia
- Prevención: Se imparten pláticas y talleres de orientación, atención y sensibilización en escuelas, empresas y poblaciones clave, referente a la prevención primaria y secundaria para la disminución del riesgo de adquirir VIH y sus complicaciones.

También ofrecen capacitación para formar replicadores para implementar estrategias de prevención de VIH e ITS, es las que organizan las siguientes actividades:

- Talleres
- Conferencias
- Ferias de salud
- Intervención en crisis
- Rallys para niños y niñas
- Maratones para adolescentes
- Formación de líderes
- Pláticas sobre Derechos Humanos de las personas con VIH

También la institución cuenta con banco de medicamentos y bazar de objetos donados para aportar económicamente a los programas, así como apoyo legal dos veces al mes. Todos los servicios son gratuitos. Como mención, algunas otras instituciones mexicanas que se dedican a la atención a pacientes con VIH son las siguientes:

- Fundación Mexicana para la lucha contra el sida fundada en 1987 es la primera fundación de la sociedad civil en respuesta a la infección en México. Cuentan con diversos servicios:
 - Capacitación mediante cursos, talleres y diplomados al público en general
 - Consultas en salud (asesoría médica, servicio psicológico, atención en nutrición y atención dental, todos con previa cita)
 - Pruebas de detección
 - Grupos de autoayuda
 - Terapias complementarias (con previa cita)

- Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en sida e Infecciones de Transmisión Sexual y Servicios de Atención Integral Hospitalaria (centros de atención SAIH y CAPASITS) se realizaron 56 sedes en México durante 2003. Los CAPASITS son una unidad de salud que proporciona servicios para la prevención y atención especializada de pacientes con VIH e infecciones de transmisión sexual, de forma ambulatoria. Estas unidades brindan el servicio de prevención y promoción, además otorgan apoyo psicológico y de trabajo social tanto a los pacientes como a sus familiares. Como parte de sus servicios, buscan brindar acceso al tratamiento antirretroviral para todas las personas con VIH que no estén cubiertas por regímenes de seguridad social. Por otra parte, los SAIH se encuentran directamente en los hospitales. Los servicios que ofrecen son:
 - Atención Médica Integral (a hombres, mujeres, mujeres embarazadas y niños)
 - Medicamentos antirretrovirales gratuitos
 - Atención Psicológica
 - Enfermería
 - Trabajo social
 - Estudios de laboratorio
 - Talleres de adherencia

- Instituto Nacional de Perinatología (INPer) atiende específicamente a mujeres embarazadas portadoras de la infección (Meza et al. 2011).
- En la Clínica Especializada Condesa (fundada en 1999) cuenta con dos sedes, una en la colonia Condesa y otra en Iztapalapa, ambas en CDMX. En ella se ofrece tratamiento integral de manera ambulatoria que incluye servicio médico, especializado en manejo de medicamentos antirretrovirales. Cuentan con los siguiente servicios:
 - Pruebas gratuitas de detección de VIH/sida
 - Programación de estudios CD4 y carga viral
 - Atención a población transgénero
 - Apertura de expediente a pacientes con VIH sin seguridad social
 - Entrega gratuita de medicamentos antirretrovirales
 - Atención a víctimas de violencia sexual
 - Grupos de apoyo

Desde septiembre de 2018 iniciaron el protocolo PrEP (profilaxis pre-exposición) en México, que está dirigido a personas con prácticas sexuales de alto riesgo. Su meta es contribuir a la reducción de incidencia de VIH en Brasil, México y Perú mediante un componente de servicios integrales de prevención; se espera que este programa contribuya al diseño e implementación de políticas públicas de prevención, estrategias y programas que incorporen componentes de PrEP por medio de la implementación de investigaciones operativas relacionadas con PrEP en lugares específicos de Brasil, México y Perú.

Resulta relevante señalar organizaciones o instituciones que ofrecen actualmente servicios, atención o tratamiento a pacientes seropositivos y a sus familiares ya que al momento de adquirir el virus lo que comúnmente se presenta es incertidumbre, miedo, confusión y desconocimiento acerca de la enfermedad, que pueden desencadenar una crisis. Un compendio de asociaciones puede ser de ayuda si lo que se busca es ampliar la red de

apoyo durante este cambio drástico en la vida del paciente y, así prevenir un desenlace que comprometa la integridad del paciente.

Las instituciones y organizaciones antes mencionadas cuentan con pautas y guías para el tratamiento psicológico a pacientes con VIH, sin embargo, en la literatura no resulta de fácil acceso un manual o folleto actual que indique cómo debe ser la entrega de diagnóstico. A manera de propuesta, sería conveniente crear un escrito que incluya instrucciones que indiquen cómo, cuándo, dónde se entrega el diagnóstico positivo de VIH, con la finalidad de disminuir el riesgo de crisis o aminorar el impacto de crisis en la vida del paciente, así como, no dejar lugar a dudas, confusión o desinformación por parte del personal que entrega la noticia. La persona que entregue el diagnóstico deberá contar con información pertinente y veraz sobre VIH y sida, empleará estrategias y herramientas acorde al protocolo de aplicación de intervención en crisis y deberá dirigir al paciente a las instituciones correspondientes para comenzar su tratamiento (tanto antirretroviral como acompañamiento psicológico en algunos casos).

Por último, será necesario que el profesional que entregue el diagnóstico realice por lo menos un momento de contacto de seguimiento posterior, con la intención de verificar que el paciente esté recibiendo el tratamiento pertinente y, de no ser así, conocer los motivos que obstaculizan el inicio de dicho tratamiento para proporcionar orientación.

CONCLUSIONES

En el mundo actual nos encontramos con información de todo tipo al alcance de nuestras manos, sin embargo, en ocasiones es tanta la información, tan diversa y variada que puede llegar a mezclarse y nos puede resultar difícil encontrarla de forma verídica o certera. El VIH ha impactado nuestra sociedad desde hace más de 40 años, esto ocasiona que se acumule cada vez más conocimiento al respecto de este padecimiento pero, se ha dejado de lado la segunda parte más importante –después de la prevención- que es, la psicoeducación. El VIH aún carga con el peso de la discriminación, el estigma y el miedo del público en general, la psicología cuenta con la información para orientar y guiar a las personas en el proceso de ser diagnosticado con VIH, puede apoyar a lidiar con los obstáculos que presentan en su cotidianidad y los eventos (tanto esperados como inesperados) que pudieran impactar en su vida..

Al tratarse de una enfermedad que requiere trabajo multidisciplinario, es necesario que el médico y el psicólogo colaboren juntos, ya que ambos son esenciales para el buen pronóstico de los pacientes. Si bien, la tarea de entrega de diagnóstico seropositivo le compete al médico, sería benéfico que los profesionales que realicen esta labor se apoyaran de la psicología para desarrollar y pulir su estilo de comunicación ante una noticia de este tipo.

Existen enfoques y herramientas muy diversas para el tratamiento psicológico e intervención en crisis en pacientes con VIH, sin embargo, después de la revisión de literatura disponible, se deja ver que el enfoque cognitivo conductual es el que probablemente nos acerca más a un tratamiento efectivo, ya que, nos da herramientas con el propósito de desarrollar habilidades para orientar al paciente durante este cambio en la salud, como: asertividad, solución de problemas, inoculación de estrés, entre muchas otras; dichas habilidades son esenciales en el proceso de intervención en crisis, porque, cuando se presenta un desequilibrio en alguna esfera de nuestra vida, en muchas ocasiones carecemos de orden y este tipo de tratamiento nos aporta estructura y alternativas para dar resolución al nuevo suceso.

Lo relevante de proporcionar un entrenamiento en primeros auxilios psicológicos al personal de salud en contacto con pacientes con VIH, radica en la mejora del quehacer tanto de psicólogos, médicos como de trabajadores sociales, dichas profesiones no son ajenas a la constante mejora de servicio y a la continua educación que proporciona la práctica en estos campos, recibir un entrenamiento en intervención en crisis de primer grado sólo enriquecería aún más su práctica profesional.

Con la intención de que esta información se encuentre en un solo lugar, sería pertinente la creación de un manual de psicoeducación y aplicación, realizado por psicólogos acerca del entrenamiento en primeros auxilios para el personal hospitalario, que se encuentre en contacto con pacientes con VIH y sus familiares, ya que, sería la mejor opción para la atención específica a este tipo de población. Su utilidad radica en organizar los pasos a seguir (desde el primer contacto hasta el seguimiento), la consejería en VIH básica con la que se debe contar y el perfil óptimo del profesional que entregue el diagnóstico.

Adicionalmente, una de las áreas de oportunidad que surge del presente trabajo es la creación de espacios en los que sea posible enseñar entrenamiento en comunicación de malas noticias al personal de salud en contacto con los pacientes que nos competen, puede ser de provecho desarrollar estas habilidades de comunicación también incluso para otro tipo de padecimientos.

REFERENCIAS

- Aja, L. (2009). *Intervención en crisis*. Diplomado factores psicosociales y trabajo saludable. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- Almanza, A. y Gómez, A. (2017). Barreras para la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en mujeres con VIH. *Psicología y Salud*, 21(1), 29-39. <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2434>
- Alonso, K. (2009). *Intervención en Crisis para Familiares de Pacientes con VIH-SIDA*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio institucional – Facultad de estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Arístegui, I. (2012). *Abordaje psicológico de personas con VIH: Sistematización de la experiencia de atención psicosocial de Fundación Huésped. Fundación Huésped en acción contra el sida*. Fundación Huésped. <http://www.huesped.org.ar>
- Asrat, B., Schneider, M., Ambaw, F. y Lund, C. (2020). Effectiveness of psychological treatments for depressive symptoms among people living with HIV/AIDS in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 270, 174–187. doi: 10.1016/j.jad.2020.03.068
- Ávila, S. y Reyes, G. (2009). Virología del VIH: buscando nuevas estrategias antorretrovirales. En Córdova, Ponce de León y Valdespino (Eds.) *25 años de SIDA en México* (pp. 135-136). Instituto Nacional de Salud Pública. <http://www.condesadf.mx/pdf/sida25axos-26mar.pdf>
- Bauman, Z., y Bordoni, C. (2016). *Estado de crisis* (Trad. de Albino Santos Mosquera). Editorial Paidós.
- Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 53-69. doi: 10.5944/rppc.vol.10.num.1.2005.3989.

- Cannon, C. (1997). In the Aftermath: Serial Crisis Intervention for People with HIV. *Health & Social Work*, 22(2), 125-132. doi:10.1093/hsw/22.2.125.
- Cantú, R. (2012). *Perfiles de comportamiento y representación social en la enfermedad crónica degenerativa: Una evaluación psicosocial en Cáncer, VIH/SIDA y Diabetes e Hipertensión*. [Tesis de Doctorado, Universidad Autónoma de Nuevo León].
http://eprints.uanl.mx/3145/1/Rodrigo_Alberto_Cant%C3%BA_Guzm%C3%A1n_Perfiles_de_comportamiento_y_representaci%C3%B3n_social_en_la_enfermedad_cr%C3%B3nica_degenerativo-Una_evaluaci%C3%B3n_psicosocial_en_C%C3%A1ncer.pdf
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. Behavioural Publications, New York.
- Chaudhury, S., Bakhla, A. K., y Saini, R. (2016). Prevalence, impact, and management of depression and anxiety in patients with HIV: a review. *Neurobehavioral HIV Medicine*, 7, 15-30. doi: 10.2147/NBHIV.S68956
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (2009a). *25 años de SIDA en México: Logros, desaciertos y retos*. Instituto Nacional de Salud Pública.
<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/SIDA25axos-26mar.pdf>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida. (11 de Noviembre de 2019b). *Antirretrovirales*. Generador online.
http://www.censida_2015.salud.gob.mx/contenidos/censida/antirretrovirales.html
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida. (19 de junio de 2020c). *Centros de SAIH y CAPASITS*. <https://www.gob.mx/censida/acciones-y-programas/centros-de-atencion-sais-y-capasits>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (2020d). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH Actualización al 4to. Trimestre del 2020*.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/610164/VIH-Sida_4toTrim_2020.pdf

- Cohen, M., Gorman, J., Jacobson, J., Volberding, P. & Letendre, S. (2017). *Comprehensive Textbook of AIDS Psychiatry: A Paradigm for Integrated Care*. Oxford University Press.
- Clínica Condesa. (10 de Octubre de 2020). *Clínica Especializada CONDESA*
<http://www.condesacdmx.mx/>
- Dávila, M., Gil, M. y Tagliaferro, Z. (2015). Conocimiento de las personas que viven con el virus del VIH/SIDA sobre la enfermedad. *Revista de Salud Pública*, 17(4), 541-551. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42242945005>
- De los Ríos, M. (9 de Junio 2021). *La otra pandemia: el suicidio*.
<https://www.anahuac.mx/mexico/noticias/La-otra-pandemia-el-suicidio>
- Dryden, W (2019). The Distinctive Features of Rational Emotive Behavior Therapy. En *Advances in REBT* (pp. 23-47). Editorial Springer Nature.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos. *Psicología Conductual*, 15, 373-387.
- France, K. (2015). *Crisis intervention: A handbook of immediate person-to-person help*. Charles C Thomas Publisher.
- Fundación Huésped. (20 de Octubre de 2020). *¿Qué es el VIH y cómo se detecta?*.
<https://www.huesped.org.ar/informacion/vih/que-es-y-como-se-detecta/>
- Frómata, M., Ort, I. y Martínez A. (2015). Reacciones adversas a los antirretrovirales en pacientes VIH/SIDA. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud*, 8(1), 12-19.
- García, S. y Floranes, M. (2016). *Historia del VIH/SIDA*. Compilación de Coordinación de Enlace Hospitalario para La Casa de la Sal, A.C.
- Grmek, M. (1992). *Historia del SIDA* (pp. 25-48). (2° edición). Editorial Siglo Veintiuno.
- Hemmati, A., Khalatbari, J., Ghorbani, M., Haghghi, M. y Ahmadpanah, M. (2013). Group training of stress management vs. group cognitive-behavioral therapy in reducing depression, anxiety and perceived stress among HIV-positive men. *Iranian journal*

of psychiatry and behavioral sciences, 7(1), 4.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3939984/>

Heredia, J. (2018). *Intervención en crisis de acuerdo a los primeros auxilios psicológicos*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Técnica de Machala].
<http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/12793>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). *Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf

Kanel, K. (2015). *A Guide to Crisis Intervention* (pp. 17-20). Editorial Cengage Learning.

Lázaro, M. (2014). *La crisis como lugar teológico* (pp. 3). Editorial Sindéresis.

López, A., Velasco, V. y Rojas, V. (2016). *Primeros auxilios psicológicos*. Coordinación Nacional de Protección Civil, México.
http://www.cenapred.gob.mx/es/documentosWeb/Enaproc/Conv_primerosauxilios.pdf

Lorente, F. (2008). *Asistencia Psicológica a Víctimas, Psicología para bomberos y profesionales de las emergencias*. Editorial Arán Ediciones. p. 39.

Maartens, G., Celum, C. & Lewin, S. (2014). HIV infection: epidemiology, pathogenesis, treatment and prevention. *Lancet*, 384, 258-71. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60164-1.

Martin, L. y Kagee, A. (2011). Lifetime and HIV-related PTSD among persons recently diagnosed with HIV. *AIDS and Behavior*, 15 (1), 125-131. doi: 10.1007/s10461-008-9498-6.

Macías, C., Isalgué, M., Loo, N. y Acosta, J. (2018). Enfoque psicológico para el tratamiento de personas que viven con VIH/sida. *Revista Información Científica*, 97(3), 660-670. ISSN 1028-9933.

- Magís, C., Bravo, E., Gayet, C., Rivera, P. y De Luca, M. (2008). *El VIH y el SIDA en México al 2008* (pp. 21-22). CENSIDA.
- Mercado, A. (2012). *Exploración del concepto de auto-discriminación por VIH y su abordaje por psicólogas que atienden personas con el virus en Fundación Huésped*. Tesina de licenciatura. Universidad de Palermo, Buenos Aires.
<http://www.huesped.org.ar/biblioteca/>
- Merson, M., O'Malley, J., Serwadda, D. y Apisuk, C. (2008). The history and challenge of HIV prevention. *Lancet*, 372, 475–88. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60884-3.
- Meza, M., Mancilla, J., Sánchez, C., Figuero, R., Contreras, L. y Carreño, J. (2011). Respuesta psicológica en la infección por virus de inmunodeficiencia humana. *Perinatología y Reproducción Humana*, 25(4), 236-240.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2011/ip114h.pdf>
- Montalván, J., Muñoz, M. y Ñurinda, G. (2015). *Reacciones adversas medicamentosas en pacientes de 16 a 60 años con VIH, tratados con esquemas antirretrovirales, atendidos en la clínica de unidad integral del hospital "Dr. Humberto Alvarado Vásquez"*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua]. Repositorio institucional - Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua.
- Navas, W. y Vargas, M. (2012). Abordaje de la depresión: intervención en crisis. *Revista Cúpula*, 26(2), 19-35.
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/art3.pdf>
- Núñez, L. (2018). *El proceso de duelo en las personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) desde la perspectiva de los psicoterapeutas*. [Tesis de Maestría, Universidad Jesuita de Guadalajara, Tlaquepaque, Jalisco]. Repositorio institucional – ITESO, Universidad Jesuita de Guadalajara.
- ONUSIDA (2017). *Monitoreo Global del SIDA 2017*.
http://onusalac.org/1/images/2016/2017-Global-AIDS-Monitoring_es.pdf

- ONUSIDA (2020). *Monitoreo Global del SIDA 2019*. https://plataformalac.org/wp-content/uploads/2020/01/global-aids-monitoring_es.pdf Organización Mundial de la Salud (13 de Mayo de 2021). *Datos y cifras de depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud (6 de Julio de 2020a). *Datos y cifras de VIH/sida*. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Organización Mundial de la Salud (9 de diciembre 2020b). *La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019*. <https://www.who.int/es/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>
- Palacios, B. y Téllez, M. (2017). La importancia de la atención a la salud mental en una situación de desastre. Experiencia de brigadas de apoyo psicológico de emergencia universitarias después del Sismo del 19 de septiembre 2017 en México. *Salud*, 49(4), 513–516. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3438/343854585001/html/index.html>
- Pérez, B. (2012). *Adaptación y Validación de un instrumento para medir percepción de estigma en personas que viven con VIH*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio institucional - Universidad Nacional Autónoma de México.
- Poal, P. (1990). Introduction to the theory and practice of crisis intervention. *Quaderns de Psicologia*, 10, 121-140.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (2016). *Monitoreo Global del SIDA 2017*. http://onusidalac.org/1/images/2016/2017-Global-AIDS-Monitoring_es.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (2019). *Monitoreo Global del SIDA 2020*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf

- Rabelo, J. (2010). Primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis desde el Trabajo Social. *Documentos de Trabajo Social*, 47, 121-133. ISSN Electrónico 2173-8246.
- Raffo, L. S. (2005). *Intervención en crisis*. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, 1-5.
https://campusvirtual.univalle.edu.co/moodle/pluginfile.php/1122200/mod_resource/content/1/INTERVENCION%20EN%20CRISIS.pdf
- Ramírez, G. (2020). *Intervención en Crisis y Primeros Auxilios Psicológicos*. Universidad Cooperativa de Colombia. [Trabajo de Diplomado].
https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/16543/1/2020_intervencion_crisis.pdf
- Ramos, J., Sanjuan, A., Cabañero, M., García, S., Panadero, I., Haraki, S., Escolano, I. y Richart, M. (2016). Aprendizaje entre iguales de habilidades de comunicación para la intervención en crisis: de la Universidad a la sociedad. *Investigación e Innovación Educativa en Docencia Universitaria*, 962-976.
<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/60233>
- Rendón, E. y Rodríguez, R. (2016). Vivencias y experiencias de individuos con ideación e intento suicida. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(2), 92-100.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45n2/v45n2a06.pdf>
- Real Academia Española (2019). Crisis. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 21 de mayo de 2020, de <https://dle.rae.es/crisis>.
- Roberts, A. (2000). *An overview of crisis theory and crisis intervention*. Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research. Oxford University Press, p. 3-30
- Rodríguez, P. (2011). *Capacidad innovativa en México para la producción de medicamentos antirretrovirales*. [Tesis de Maestría, Instituto Politécnico Nacional, México]. Repositorio digital - Instituto Politécnico Nacional.
- Santana, S. (2018). *Boletín Factográfico de la Biblioteca Médica Nacional. VIH/Sida*. .
<http://files.sld.cu/bmn/files/2018/02/factografico-de-salud-febrero-2018.pdf>

- Santana, F. (2019). Cuánto cuesta vivir con VIH o sida: hasta \$42,655 al mes. *Diario de Yucatán*. <https://www.yucatan.com.mx/yucatan/cuanto-cuesta-vivir-con-vih-o-sida-hasta-42655-al-mes>
- Sharp, P. & Hahn, B. (2011). Origins of HIV and the AIDS pandemic. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 1. doi: 10.1101/cshperspect.a006841
- Schinke, S., Smith, T., Keith, R. & Altman, D. (1979). Crisis-intervention training with paraprofessionals. *Journal of Community Psychology*, 7(4), 343-347. doi: 10.1002/1520-6629(197910)7:4<343::AID-JCOP2290070411>3.0.CO;2-A.
- Sierra, J. y Franco, D. (2004). Tratamiento antiviral en el manejo de la infección por VIH. ¿En dónde estamos y hacia dónde vamos? *Revista de Investigación Clínica*, 56(2), 222-231. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000200012&lang=es
- Simpson, S. (2019). A Single-session Crisis Intervention Therapy Model for Emergency Psychiatry. *Clinical Practice and Cases in Emergency Medicine*, 3(1), 27-32. doi: 10.5811/cpcem.2018.10.40443
- Slaikeu, K. A. (1996). *Intervención en crisis* (2ª. Ed). Editorial El Manual Moderno.
- Trujillo, P. y Gorbea, M. (2008). Actualidades epidemiológicas acerca de la infección por VIH en el mundo. *Revista Mexicana de Pediatría*, 75(4), 181-184.
- Valladares, P. (2013). Intervención en crisis. En Valladares y Rentería (Eds.) *Psicoterapia cognitivo-conductual* (pp. 239-245). Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Wilson, M. (2016). *Crisis e Intervención*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de la República de Uruguay, República de Uruguay]. https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo_final_de_grado_6.pdf
- Zurita, E. C. (2007). *Los orígenes del VIH*. Bogotá. http://www.cienciorama.unam.mx/a/pdf/155_cienciorama.pdf