

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DESPROFESIONALIZACION EN MATERIA DE ATENCION
INSTITUCIONAL DE PACIENTES CON SIDA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN
MODIFICACION DE CONDUCTA PRESENTA:

Marco Antonio Sánchez Pichardo

COMITÉ:

Director: Mtro. Justino Vidal Vargas Solís

Mtro. Leonardo Reynoso Erazo

Dr. Carlos Nava Quiroz

Mtra. Laura Edna Aragón Borja

Mtra. Margarita Chávez Becerra

Enero de 2009



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.

**A QUIENES FUERON MOTIVO DE INSPIRACION PARA ESTE TRABAJO Y
HOY TIENEN UN LUGAR ESPECIAL EN EL RECUERDO**

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mis más sinceros agradecimientos a quienes directa o indirectamente contribuyeron para que este trabajo fuera posible.

De manera muy especial a mis compañeros de trabajo por el apoyo, empuje y motivación en todo momento, especialmente a Eva, Maru, Memo y Cecy.

A Lupita por el apoyo en la transcripción y rescate de algún capítulo y algunos datos.

A los miembros del comité por su valioso apoyo y disposición para brindarme asesoría y orientación, especialmente a mi asesor Vidal Vargas, que en todo momento aportó su valiosa experiencia y conocimiento para que la calidad del trabajo se elevara.

Al Doctor Francisco Morales por el apoyo y tiempo requerido.

Al Instituto Nacional de Perinatología.

A Graciela por su apoyo incondicional y amor.

INDICE

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN	4
INTRODUCCION	5
CAPITULO 1 SIDA	7
CAPITULO 2 PSICOLOGIA DE LA SALUD	26
CAPITULO 3 APORTACIONES DE LA PSICOLOGIA EN MATERIA DE SIDA	32
CAPITULO 4 METODO	40
CAPITULO 5 RESULTADOS	44
CAPITULO 6 CONCLUSIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	53

DESPROFESIONALIZACION EN MATERIA DE ATENCION INSTITUCIONAL DE PACIENTES CON SIDA

Marco Antonio Sánchez Pichardo

RESUMEN

Este trabajo consistió en promover la desprofesionalización desde el enfoque psicológico conductual en un grupo de profesionales de salud de una Organización No Gubernamental (ONG) de lucha contra el SIDA. El tema se difundió a través de un taller-seminario con un diseño pre-prueba post-prueba con un solo grupo impartido en tres sesiones; el análisis de los datos se realizó bajo el enfoque cualitativo considerando el contenido del discurso. El taller contó con la participación de 11 profesionales del equipo de salud: 2 médicos, 4 enfermeras, 4 trabajadoras sociales y un odontólogo; los participantes plantearon la inquietud de que el psicólogo contribuya con elementos para el mejor manejo de los pacientes, del manejo que pueda hacer con los mismos en situación de crisis así como con los familiares. Los resultados arrojaron datos que reflejan necesidades de los participantes en cuanto a aspectos técnicos e institucionales así como de orden personal, mismos que se agruparon en categorías tales como contar con retroalimentación acerca de la práctica profesional cotidiana, mayor comunicación con el resto del equipo y compañeros, contar con elementos para prevenir o reducir el desgaste profesional y sensibilización acerca del tema de la vulnerabilidad psicológica como algo que resaltó, además se sugiere integrar al resto del personal y promover la impartición de más talleres de este tipo. Se concluye a manera de propuesta, considerar este tipo de categorías para abordarlas en un futuro y sirva para enriquecer el trabajo institucional en otras ONG'S.

INTRODUCCION

El abordaje y atención institucional a población afectada por el VIH/SIDA implica una gran cantidad de recursos en México y en América Latina, principalmente en términos de brindar la atención de forma integral. En lo que respecta a la parte oficial en México, gradualmente se han generado estrategias y esquemas para la atención, sin embargo aún existen aspectos que es necesario cubrir.

Por el lado de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG'S) en México, aún cuando realizan una gran labor cubriendo aquellas necesidades que la parte gubernamental u oficial no logra atender, se enfrentan día a día a la dificultad de trabajar en condiciones de escasos recursos y de manera muy limitada. Es en este contexto, donde la falta de recursos como principal protagonista aparece, que la idea del presente trabajo tomó inspiración para después concebirse como un proyecto a desarrollar.

La dimensión psicológica en el trabajo con VIH/SIDA juega un papel fundamental, por lo que la intervención por profesionales en este terreno se promueve desde lo que se conoce como asesoría pre-prueba, cuando existe sospecha o duda por parte de quien solicita la prueba de laboratorio, hasta la intervención en la etapa última de la enfermedad, propiamente llamada SIDA y la cual es necesaria que se brinde, sin embargo, en muchas de las ocasiones las ONG'S no cuentan con recursos para ofrecer tal atención, lo que ocasiona que ésta no sólo no exista, sino incluso que muchas de las ONG'S hayan tenido un tiempo de vida muy corto desapareciendo de la escena de la lucha contra el SIDA por falta de recursos.

Debido entonces a la escasez de recursos en este contexto, el presente trabajo se enfocó en contribuir a optimizar los pocos recursos profesionales en una ONG de lucha contra el SIDA en México, en la capital del país llamada "Fundación Ser Humano", la cual sobrevive gracias a donativos y algunas cuotas de recuperación. Esta ONG funciona también en su mayoría con profesionales que aportan su tiempo y conocimiento en forma voluntaria, llegando a conformar un equipo multidisciplinario que alberga a médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, odontólogos y psicólogos bajo un modelo de atención que pretende romper con el paradigma médico de atención tradicional, al establecer mayor comunicación y contacto entre población y equipo profesional de salud, ofrecer un albergue para la atención de pacientes sobre todo en última fase de la enfermedad y contar con un horario abierto para la convivencia entre pacientes y familiares.

Debido al carácter voluntario de la actividad de los profesionales, en muchas ocasiones los tiempos para coincidir entre los mismos es limitado ya que estos varían llegando a existir falta de coordinación. Así también, en ocasiones algunos profesionales se llegan a enfrentar a situaciones por resolver que escapan a su ámbito o los rebasan sin saber como dar un manejo a las mismas, teniendo muchas veces que improvisar. Una de ellas la constituye lo que respecta a la dimensión psicológica y su abordaje.

En muchas ocasiones el equipo de profesionales se enfrenta a situaciones con los propios pacientes y sus familiares, que requiere del manejo de reacciones conductuales o situaciones de urgencia, crisis o apoyo de acuerdo a la condición de los pacientes, que debido a la evolución natural de la enfermedad normalmente se deteriora conforme avanza el tiempo. Cuando el profesional que se enfrenta a estas situaciones es el médico, trabajador social, odontólogo enfermera u otro miembro del equipo ajeno a la psicología, en la gran mayoría de las ocasiones el abordaje y panorama se complica ya que no existen elementos para saber la mejor manera de actuar, intervenir, guiar o al menos orientar al paciente, familiar o persona cercana al paciente. Es aquí donde este trabajo cobró sentido al trazarse como objetivo principal brindar herramientas y elementos de tipo técnico al personal y equipo de profesional de salud, con la finalidad justamente de facilitar la intervención, toda vez que no se contara con el psicólogo en ese momento. “Desprofesionalización” es el eje conductor o la columna vertebral que da sentido al trabajo, el desprofesionalizar implica compartir o transferir el conocimiento técnico-científico a otros profesionales o miembros de la comunidad en general, para realizar intervenciones específicas, conocer o dimensionar mejor algunos eventos y en general contar con una mejor perspectiva de las situaciones; en otras palabras poner a disposición de quienes son ajenos a la psicología conocimiento con bases científicas técnicas.

Este trabajo muestra entonces, los resultados de un taller impartido al equipo profesional de salud de la Fundación Ser Humano basado en la desprofesionalización a través de técnicas conductuales de intervención.

CAPITULO 1 SIDA

DEFINICIÓN.

SIDA son las siglas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, una enfermedad hasta ahora incurable, progresiva y mortal (Orzechowzki, 1997). El crédito del descubrimiento de este virus lo comparten investigadores franceses y estadounidenses, aunque fue el grupo del Instituto Pasteur en París, a cargo del Dr. Luc Montagnier, quien primero anunció su descubrimiento al inicio de 1983. Estos investigadores llamaron al virus LAV (del inglés lymphadenopathy associated virus), o virus relacionado con linfadenopatía. El grupo estadounidense, a cargo del Dr Robert Gallo, lo denominó virus HTLV-3 (del inglés human T-cell lymphotropic virus type-3), o virus linfotrópico de células T humanas tipo 3. Para simplificar, los investigadores han acordado utilizar el término HIV (Richardson, 1990).

Las enfermedades más comunes en personas con SIDA son una forma rara de neumonía, conocido como neumonía por *Pneumocystis carinii* (NPC), y un tipo raro de cáncer de la piel llamado Sarcoma de Kaposi (SK). Los cánceres y las infecciones oportunistas son las que causan la muerte, que suele ocurrir en el transcurso de dos o tres años del diagnóstico de SIDA. Las personas con SK tienen mayor posibilidad de sobrevivir que quienes padecen infecciones oportunistas. Sin embargo, no se sabe de nadie que se haya recuperado plenamente del SIDA (Ibíd).

En general, SIDA se define como presencia de enfermedad clínica consiste en infección por oportunistas (como *Pneumocystis carinii* NPC), neoplasias (como SK) o ambos padecimientos; relacionado con inmunodeficiencia y ocasionada por el virus de la inmunodeficiencia humana. Con fines de vigilancia y comunicación de casos, los Centers for disease Control (CDC) publicaron en 1982 la definición de caso para SIDA en niños y en adultos ("Update en Acquired Inmune", 1982). En el momento de establecer la definición original para vigilancia no se conocía la etiología del SIDA. Sin embargo, era necesario contar con estándares para comunicaciones en E.U.A. y poder interpretar la tendencia de la enfermedad. Entre 1982 y 1985 se efectuaron revisiones menores. El 28 de junio de 1985 los CDC publicaron una corrección importante para la definición original de caso para adopción inmediata, motivada de manera principal por el descubrimiento del HIV como etiología del SIDA ("Revisión of the case Definition", 1985) (Cohen, 1994).

Entre las infecciones oportunistas incluidas en la lista están neumonía, meningitis, o encefalitis por uno o más de los siguientes microorganismos: aspergilos, cándida, criptococos, citomegalovirus CMV, nocardia, estrongiloides, toxoplasma, zigomicosis o

micobacterias atípicas (excluyendo tuberculosis y lepra). Otras enfermedades por oportunistas incluidas fueron leucoencefalopatía multifocal progresiva LMP; esofagitis por candidiasis, CMV o virus herpes simple VHS; enterocolitis crónica (más de cuatro semanas) ocasionada por criptosporidios; o herpes simple mucocutáneo de manera inusitada extenso con duración mayor de cinco semanas (Selik, Haverkos y Corian, 1954; "Update on Acquired Immune," 1982; *Ibíd*).

Aún en 1987 los CDC revisaron una vez más y ampliaron la definición con fines de vigilancia para SIDA ("Revision of the CDC Surveillance", 1987). Esta revisión se llevó a cabo para: a) "vigilar de manera más eficiente la morbilidad severamente incapacitante relacionada con la infección HIV; b) simplificar la comunicación de casos de SIDA; c) incrementar la sensibilidad y especificidad de la definición mediante una mayor aplicación del laboratorio de diagnóstico a la infección HIV; y d) ser consistente con las prácticas actuales " ("Revision of the CDC surveillance" página 35). Dicha revisión está organizada en tres secciones basadas en evidencia de laboratorio para infección HIV (*Ibíd*). A continuación se describe esta definición revisada.

Caso de SIDA se define, para fines de información en E.U.A. como enfermedad caracterizada por uno o más de los siguientes "indicadores", conforme a la evidencia de laboratorio de infección HIV, como se establece más adelante.

I. Sin evidencia de laboratorio de infección HIV.

Cuando no se efectúan pruebas de laboratorio para HIV o los resultados no son concluyentes y el paciente no tiene otra causa de inmunodeficiencia, de las ya mencionadas en la sección I.A, entonces cualquier enfermedad incluida en la lista de la sección I:B indica SIDA si fue diagnosticado por un método definido como concluyente.

A. Causas de inmunodeficiencia que excluyen las enfermedades indicadoras del SIDA cuando no hay evidencia de laboratorio de infección HIV.

1. Dosis altas o terapéutica sistémica a largo plazo con corticoesteroides y alguna otra terapéutica inmunosupresiva-citotóxica con duración menor o igual a tres meses antes del inicio de la enfermedad indicadora.
2. Cualquiera de las siguientes enfermedades diagnosticadas en un plazo menor o igual a tres meses después del diagnóstico de la enfermedad indicadora: Enfermedad de Hodgkin, linfoma no Hodgkin (diferente al linfoma primario del cerebro), leucemia linfocítica, mieloma múltiple, cualquier otro cáncer de tejido linforreticular o histocítico, o linfadenopatía angioinmunoblástica.

3. Un síndrome de inmunodeficiencia genética (congénita) o un síndrome de inmunodeficiencia adquirida atípico relacionado con infección HIV, como los que comprenden hipogammaglobulinemia.
B. Enfermedades indicadoras (de SIDA) con diagnóstico definitivo.

1. Candidiasis esofágica, en tráquea, bronquios o pulmones.
2. Criptococosis extrapulmonar.
3. Criptosporidiosis con diarrea persistente con duración mayor de un mes.
4. Enfermedad por CMV en un órgano diferente de hígado, bazo o ganglios linfáticos en un paciente mayor de un mes de edad.
5. Infección por virus del herpes simple que ocasiona úlcera mucocutánea persistente por más de un mes o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración afectando a un paciente mayor de un mes de edad.
6. Sarcoma de Kaposi afectando a un paciente mayor de 60 años.
7. Linfoma de cerebro (primario) en un paciente menor de 60 años
8. Neumonía linfoide intersticial, hiperplasia linfoide pulmonar o ambas enfermedades (complejo LIP/PLH) en un niño menor de 13 años.
9. Complejo Mycobacterium avium o enfermedad M. Kansasii, diseminada (en un sitio diferente o además de pulmones, piel o ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
10. Neumonía por Pneumocystis carinii.
11. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
12. Toxoplasmosis cerebral que afecta a un paciente mayor de un mes de edad

II. Con evidencia de laboratorio para infección HIV.

Sin importar la presencia de otras causas de inmunodeficiencia como las definidas en I.A, en presencia de laboratorios para infección HIV, según las enfermedades definidas arriba (I.B) o más adelante (II.A o II.B) indica diagnóstico de SIDA.

A. Enfermedades indicadoras con diagnóstico definitivo.

1. Infecciones bacterianas, múltiples o recurrentes (cualquier combinación de cuando menos dos en un periodo de dos años), de los siguientes tipos afectando a un niño menor de 13 años; septicemia, neumonía, meningitis, infección ósea o articular, o absceso de un órgano interno o en cavidad corporal (excluyendo otitis media o abscesos en mucosas o en la superficie cutánea), provocadas por Haemophilus, Streptococcus (incluyendo neumococo) u otras bacterias pirógenas.
2. Coccidioidomicosis diseminada (en un sitio diferente o además de pulmones, ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
3. Encefalopatía por HIV (también denominada “demencia HIV”, “demencia por SIDA”, o “encefalitis subaguda ocasionada por HIV”)
4. Histoplasmosis diseminada (en un sitio diferente o además de pulmones o ganglios linfáticos cervicales o hiliares)

5. Isosporiasis con diarrea persistente durante más de un mes.
6. Sarcoma de Kaposi a cualquier edad.
7. Linfoma cerebral (primario) a cualquier edad.
8. Otro linfoma no Hodgkin de células B o de fenotipo inmunológico desconocido y de los siguientes tipos histológicos:
 1. Linfoma pequeño no adherente (tipo Burkitt o no Burkitt)
 - b) Sarcoma inmunoblástico (equivalente a cualquiera de los siguientes, aunque no necesariamente todos en combinación: linfoma inmunoblástico, linfoma de células grandes, linfoma histiocítico difuso, linfoma difuso no diferenciado o linfoma de grado elevado).
9. Cualquier enfermedad micobacteriana originada por micobacterias diferentes a M. tuberculosis, diseminada (en un sitio diferente además de pulmones, piel o ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
10. Enfermedad provocada por M. tuberculosis, extrapulmonar (afectando cuando menos un sitio fuera de pulmones sin importar que se trate de una participación pulmonar concurrente).
11. Septicemia por Salmonella (no tífica), recurrente.
12. Síndrome de emaciación HIV (“enflaquecimiento”).

B. Enfermedades indicadoras con diagnóstico de presunción.

1. Candidiasis del esófago.
2. Retinitis por CMV con pérdida de la visión.
3. Sarcoma de Kaposi.
4. Neumonía intersticial linfoide, hiperplasia linfoide pulmonar o ambas enfermedades (complejo LIP/PLH) que afecte a un niño menor de 13 años.
5. Enfermedad micobacteriana (especies de bacilos ácidosresistentes no identificadas por cultivo) diseminada (afectando cuando menos un sitio diferente o además de pulmones, piel o ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
6. Neumonía por Pneumocystis carinii.
7. Toxoplasmosis cerebral en un paciente mayor de un mes de edad.

III. Con evidencia de laboratorio contra infección HIV.

Con resultados negativos en las pruebas de laboratorio para infección HIV, se puede excluir un diagnóstico de SIDA con fines de vigilancia a menos que:

- A. Todas las otras causas de inmunodeficiencia mencionadas en la lista de la sección I.A sean excluidas; y
- B. El paciente ha tenido.
 1. Neumonía por Pneumocystis carinii diagnosticada por un método concluyente; o

- a. Cualquiera de las otras enfermedades indicadoras de SIDA mencionadas en la lista de la sección I.B diagnosticada por un método concluyente;
- b. Cifra de linfocitos T-cooperadores/inductores (CD4) menor de 400/mm³.

Cabe mencionar que en esta definición no se consideran los casos existentes en África; para ello; la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado otra definición debido principalmente a la variación en las características y a la etiología. Para este caso se considera entonces como sigue:

Signos mayores

1. Pérdida de peso >10% del peso corporal.
2. Diarrea crónica >1 mes.
3. Fiebre >1 mes (intermitente o continua).

Signos menores

1. Tos persistente >1 mes
2. Dermatitis pruriginosa generalizada.
3. Herpes zoster recurrente.
4. Candidiasis orofaríngea.
5. Infecciones por herpes simple crónicas progresivas y diseminadas.
6. Linfadenopatía generalizada.

En este caso el diagnóstico de SIDA en adultos se establece cuando están presentes al menos dos signos mayores y uno menor en ausencia de causa conocida de inmunosupresión como cáncer o mala nutrición grave (OMS, 1986, 69-73)

ETIOLOGÍA

El agente etiológico del SIDA es el virus de la inmunodeficiencia humana; en la actualidad se sabe que hay cuando menos dos subtipos: tipo 1 y tipo 2 (HIV-1 y HIV-2). En este momento, se atribuyen al HIV-1 la mayor parte de los casos de SIDA en el mundo, salvo en África oriental donde predomina el HIV-2 (Cohen, op. cit). Este es un retrovirus y significa que pertenece a una familia de virus que tiene una capacidad única: elaboran DNA (la "copia" para la replicación genética) a partir del RNA-. Los virus "comunes" no la llevan a cabo; en ellos el proceso de la replicación viral ocurre en forma inversa -el DNA produce RNA-. Como esta familia única trabaja en la forma opuesta, osea hacia atrás, se denomina retrovirus. (Miller, 1989)

Los retrovirus son una familia de virus muy compleja que se aislaron y caracterizaron de animales por primera vez en 1970. Los ejemplos de retrovirus de animales que se han encontrado desde esa época incluyen el virus de la leucemia felina, que causa una

serie de infecciones tipo SIDA (con mayor frecuencia que la leucemia) en gatos; el virus africano de la fiebre de los cerdos (VAFC), que produce en estos animales anomalías inmunológicas similares a las del SIDA y algunos síntomas que se observan en personas con SIDA, el virus Visna, que afecta ovejas, y el virus de la leucemia bovina, una infección del ganado: Tal vez, el retrovirus animal más cercano al del SIDA en el hombre es el virus III linfotrópico de células T de los simios (STLV-III) (del inglés, simian T-cell Lymphotropic Virus-III) que ha originado afecciones en monos. Este virus originó de los monos verdes y macacos de África (Ibíd).

Richardson (op. cit.) al referirse al hecho conocido de que todos los individuos infectados con el virus desarrollan SIDA y que se han sugerido otros factores que participan, entre los cuales menciona el uso de alcohol o drogas, la mala nutrición, mucho estrés y la exposición frecuente a otras enfermedades, en especial las de transmisión sexual, como algunas de las posibilidades; aquí cabe pensar también en la reinfección (nueva infección o adquisición de mayor cantidad de virus en el organismo). Otra posible explicación es el tiempo; estudios recientes indican que la posibilidad de desarrollar SIDA aumenta, no disminuye con el tiempo.

ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) apareció como de la nada en la primera vez en 1979 y llamó la atención de la comunidad médica en 1981. Adquirido significa contraído, en oposición a heredado. Inmunodeficiencia implica mecanismos de defensa corporal defectuosos contra infecciones y síndrome, es un grupo de trastornos que ayuda a identificar una enfermedad particular, en este caso el SIDA. El primer informe de SIDA provino del Center for Disease Control en Atlanta, Georgia, E.U.A (un organismo de salud pública responsable de la investigación de epidemias e informes de enfermedades nuevas o raras) y describió los casos de cinco homosexuales jóvenes previamente sanos que se habían tratado en hospitales de Los Angeles de una infección pulmonar rara: neumonía por *Pneumocystis carinii* (NPC); un protozoo que parasita los pulmones y como resultado dificulta mucho la respiración. Esta infección sólo suele ocurrir en individuos cuyo sistema inmunológico está dañado o muy deteriorado. En consecuencia, la característica poco común de estos casos fue la ocurrencia de NPC en individuos antes sanos. Con anterioridad, esta infección oportunista se había relacionado caso de manera exclusiva con pacientes cuyo sistema inmunológico estaba muy deteriorado como resultado de una enfermedad grave o de farmacoterapia (por ejemplo, pacientes con inmunodeficiencia celular congénita grave, leucemias o inmunosupresión, como en trasplantes renales). También se reconoció que la NPC era una causa de brotes mortales de neumonía en niños refugiados

enfermos, desnutridos, en Europa al final de la Segunda Guerra Mundial (Daniels, 1988)

Este autor narra que en esos años llegaron informes de 26 homosexuales que habían desarrollado una forma grave de un cáncer maligno raro llamado Sarcoma de Kaposi (SK) y ocho de ellos murieron en el transcurso de 24 meses del diagnóstico. El SK es común en África Ecuatorial pero en E.U.A. y Europa se restringe a varones de edad avanzada de raza blanca, por tanto, la ocurrencia de este tumor en varones entre 20 y 40 años es muy extraña. Con estos datos surgió la ocurrencia de una nueva entidad patológica, aunque el común denominador de estos casos era que todos incluían homosexuales; también el SK y NPC indicaban deterioro en el sistema inmunológico, como esta inmunodeficiencia Adquirida, SIDA. Entre los primeros indicios se incluyeron los siguientes:

1) la epidemia del SIDA era nueva 2) se presentó primero en regiones geográficas limitadas y luego se propagó a partir de esos puntos, 3) los primeros grupos de personas afectadas (varones homosexuales y toxicómanos de drogas intravenosas) y los identificados después (hemofílicos y receptores de transfusión sanguínea) eran propensas a enfermedades transmisibles pero también social, económica y geográficamente muy dispares y 4) el agrupamiento de casos sugirió nexos y contactos comunes. Los primeros patrones de distribución de las personas afectadas recordaban al de la hepatitis B (Curran y cols. 1985; Gallo, Shaw y Markham, 1985; Seale, 1984 en Cohen, op. cit.). En 1982 el virus más probable eran el CMV, el virus Epstein-Barr (VEB), ciertos adenovirus, un parvovirus humano y el retrovirus. Los primeros tres se propusieron debido a su frecuencia de presentación en personas con SIDA (Fauci y cols., 1984; en op. cit.).

Según Daniels (op. cit.) para el año de 1981, el número de casos de SIDA en E.U.A. había comprobado desde 1987. Hacia diciembre de 1983, el total había aumentado a 4,100 casos y más del 60% habían muerto en el transcurso del primer año del diagnóstico por infecciones no tratables o siderantes. Hasta diciembre de 1984, el total era 7.025; se había duplicado a 14,049 para octubre de 1985 para octubre de 1985. Esta cifra aumentó a 28,098 (27,704 adultos y 394 niños) para el 8 de diciembre de 1986, con tiempos de duplicación de 9, 11 y 13 meses. Menciona Daniels que de todos los casos informados 55% de los adultos y 65% de los niños han muerto; así mismo, 79% de los pacientes diagnosticados antes de enero de 1985. También de 394 pacientes pediátricos de SIDA (en diciembre de 1986) 347 (88%) son menores de 5 años; 57% son negros, 22% hispanos y 20% blancos. De estos, 3/1 casos provienen de familias en que uno o ambos padres tenían SIDA.

Se estima que la frecuencia no ha disminuido y es muy difícil predecir si sucederá y cuando ya que la enfermedad tiene un

periodo de incubación largo. Según Marion McEvoy, epidemiólogo del Communicable Disease Surveillance Centre en Londres, publicó en el British Medical Journal en febrero de 1985 (en Daniels, op. cit.) que incremento anual de casos de SIDA en el Reino Unido “sigue en términos generales un aumento exponencial... y si se extrapola hasta 1990 el número estimado de nuevos casos es de 10,000, pero los límites del 95% de confianza son de 1 a 295 millones”. Sin embargo, menciona el propio autor, estas predicciones no son válidas, ya que la diseminación de una enfermedad infecciosa se relaciona con el número de personas sensibles y a medida que disminuye desciende la epidemia. También son importantes otros factores; por ejemplo, las medidas de control y los cambios en la conducta sexual de un grupo de riesgo limitan la diseminación de la enfermedad. Sus predicciones continúan: 785 en 1987 y 1.837 para 1988.

Según estas estimaciones se calculó que para 1992 podría haber en el Reino Unido un total acumulado de 20,000 a 50,000 casos de SIDA; mientras que para E.U.A. se sugería un total de casos de casi 270,000.

Pero desde un principio, la epidemia de SIDA se agrupó en gran medida en E.U.A. La gran mayoría de los pacientes, menciona Daniels (op. cit.) se han relacionado con áreas metropolitanas de las costas oriental y occidental, en particular la ciudad de Nueva York y dos ciudades en California, San Francisco y Los Ángeles y Florida. Todas estas áreas en conjunto incluyen más de 60% de los casos de SIDA. Esta frecuencia se debe a la congregación de gran número de homosexuales en estas ciudades y al hecho de que el estilo de vida “disoluto en callejones” en estas comunidades incluye:

1. Prácticas sexuales de grupo y costumbres que implican traumatismo a la mucosa rectal.
2. Múltiples compañeros sexuales, que se piensa son importantes en el desarrollo del SIDA.

Además, menciona Daniels, la ciudad de Nueva York tiene una de las comunidades haitianas más grande en E.U.A., en un grupo étnico que en un principio se pensó tenía mayor riesgo de SIDA. Con mayor probabilidad, este grupo de haitianos tiene riesgo por la homosexualidad y la toxicomanía y porque es una isla popular para vacaciones de homosexuales estadounidenses. Fuera de E.U.A., el SIDA se ha identificado en todos los continentes, incluyendo la mayor parte de los países europeos y escandinavos, Canadá, México, Indias Occidentales, Sudamérica, India y África, Australia, Japón e Israel.

La experiencia en particular europea ha sido similar a la estadounidense inicial porque ha habido un gran incremento del número de casos de SIDA. Al parecer, están afectados los mismos

grupos de riesgo con una gran mayoría de varones homosexuales o bisexuales y relativa falta de toxicómanos. La mayoría de estos pacientes iniciales fuera de E.U.A. tal vez contrajo la enfermedad por contactos homosexuales en América, Europa o Haití en el Caribe. Así mismo, en E.U.A. han aumentado de manera importante la proporción de casos de SIDA en receptores de transfusiones, pero hacia agosto de 1986 se había fijado en un 2%. Entre los 394 pacientes de SIDA menores de 13 años, 79% provenían de familias en que uno o ambos padres tenían SIDA o riesgo de desarrollarlo, 13% habían recibido transfusiones de sangre o productos hematológicos y 6% padecían hemofilia.

Siguiendo esta línea la importancia de la epidemia de SIDA la ilustra el hecho como menciona Daniels (op. cit.) de que en Nueva York y San Francisco la muerte por SIDA es tan común como la debida a cáncer a cardiopatías y varias veces más que la causada por accidentes de tráfico en carretera..

TIPOS DE VIH Y MECANISMOS DE INFECCIÓN

Como se mencionó en algún apartado anterior (etiología), dos son los subtipos de VIH identificados hasta ahora, el HIV-1 (responsable de la mayoría de los casos de SIDA) y el HIV-2 aislado en la mayor parte de los casos en África. Los datos que se han mencionado hasta ahora corresponden al primer subtipo, sin embargo, como menciona Cohen (op. cit.) en octubre de 1985 Clavel, Montagnier y colaboradores identificaron un nuevo virus de la inmunodeficiencia humana en muestras de sangre tomadas a personas con SIDA en Portugal, pero con residencia anterior en África occidental: también se describió en prostitutas asintomáticas de la misma región (Gallo y Montagnier, 1988; "Update: HIV-2 Infection" 1989 en op. cit.). Este virus se designó con el tiempo, virus de la inmunodeficiencia humana tipo 2 (HIV2). Tal vez sea homólogo en 50% o menos del HIV-1, siendo mayor la semejanza en estructura nuclear y la mayor diferencia en la región de la cubierta (Levy, 1990; Piot y colaboradores, 1988 en op. cit.). Tanto HIV-1 como HIV-2 pueden originar SIDA (Gallo y Montagnier, 1988 en op. cit.).

La seroprevalencia de HIV-2 en África occidental motivó varios estudios; se encuentra entre los límites de 0 a 15% en sujetos testigo de 14 países africanos en oposición a tasas 5 a 10 veces más elevadas en grupos de prostitutas (op. cit.). En otros estudios, ciertos segmentos de población del África occidental mostraron prevalencia muy elevada alcanzado cifras hasta de 64% (Chumedk y De Wit, 1988; Essex y Kanki, 1988; Piot y Colaboradores, 1988, en op. cit.). En el pasado se sugirió que HIV-2 podía ser menos patógeno en ciertas poblaciones, aunque es causa conocida de

SIDA (op. cit.). Aunque la verdad en relación a todo esto está aún por determinarse conforme avance más tiempo.

El HIV deteriora progresivamente el sistema inmunológico. Lo lleva a cabo atacando y matando a un grupo particular de glóbulos blancos conocido como células T colaboradoras. Normalmente, estas células (también conocidas como células T4) tienen un papel muy importante en la prevención de infecciones. Cuando ocurren se multiplican con rapidez, indicando a otras partes inmunológicas del cuerpo que ha habido una infección. Como resultado, el organismo produce anticuerpos que atacan y afortunadamente, destruyen bacterias y virus perjudiciales (Richardson; op. cit.). Además de movilizar los sistemas de defensa del cuerpo para limitar una infección, las células T colaboradoras también señalan a otro grupo de glóbulos blancos conocidos como células T supresoras o T8, el momento en que el sistema inmunológico debe suprimir su ataque (op. cit.).

Normalmente, hay más células T colaboradores en la sangre que células T supresoras; cuando el sistema inmunológico funciona adecuadamente la proporción es casi dos a uno. En personas con SIDA se invierte esta relación y las T supresoras superan en número T a las colaboradoras. Como resultado, las personas con SIDA no sólo tienen menos células colaboradoras disponibles para combatir la infección; sino, también un exceso de células supresoras que actúan contra las colaboradoras que llevan a cabo su trabajo (op. cit.). En resumen, HIV se une a receptores situados en los linfocitos T4 y otras células, principalmente por medio del receptor CD4 y penetra a las células. Una enzima, la transcriptasa inversa, transcribe el código genético contenido en el RNA viral al DNA. En ese momento el DNA viral puede integrarse, o no, a los cromosomas de la célula huésped (Cohen, opa. cita.). El virus tiene posibilidad de permanecer en la célula huésped sin expresar los genes virales, con poca o ninguna síntesis de proteínas virales, por tanto, el virus quedará latente, los virus en la circulación serán pocos o ausentes y el sistema inmunitario no reconocerá a las células infectadas para eliminarlas. La activación de células normales, en respuesta a los antígenos, parece conducir a la expresión de genes virales por transcripción traducción de los genes contenidos en las proteínas del virus; estas proteínas del virus se ensamblan para constituir nuevas partículas virales dentro del citoplasma celular y se liberan cuando la célula se divide (op. cit.). Estas partículas virales pueden infectar nuevas células. Las células antes infectadas por lo usual mueren. Además HIV tiene capacidad para eludir la vigilancia del sistema inmunitario mediante cambios en su aspecto genético en el transcurso del tiempo, aún dentro de una misma persona (Wong-Staal y Gallo, 1985; en op. cit.). Más aún, HIV además puede activar mecanismos autoinmunitarios y la fusión de células mediada por el virus afectará células no infectadas (Osborn, 1988; en op. cit.).

ORIGEN DEL SIDA Y DEL HIV

Aún no se sabe con seguridad el verdadero origen tanto del HIV como del SIDA, pero se cree que proviene del África y se ha exportado de Haití a E.U.A. y al resto del mundo, no sólo porque su incidencia sea mayor o considerable en aquel continente, sino porque se descubrió un virus muy similar al que causa el SIDA y es endémico en el mono verde africano (Richardson, op. cit.). Aunque en otras especies como los macacos, este tipo de virus causa efectos y consecuencias muy parecidas a las del SIDA en el hombre.

Los investigadores tienen interés por definir si HIV, SIDA o ambos, se presentaron antes del brote epidémico; en la actualidad, varios datos y casos comunicados parecen indicar que la infección HIV existió, cuando menos de manera esporádica, desde hace varios decenios. Por lógica, la siguiente pregunta sería “¿por qué se incrementó tanto la incidencia de infección HIV y SIDA en el momento que sucedió?” (Cohen, op. cit.). Con la técnica de reacción en cadena de polimerasa se han obtenido datos interesantes con soporte de estudios seroepidemiológicos ya que hasta la fecha, la evidencia más temprana de infección HIV proviene de anticuerpos detectados por Weiss en muestras de suero recolectadas en Kinshasa, Zaire, en 1959 (Norman, 1985; en op. cit.).

A pesar de todo, las dos teorías principales, con mayor probabilidad de ser ciertas, respecto al origen del HIV-1 siguen siendo: 1) HIV siempre estuvo presente en poblaciones humanas y de alguna manera se transmitió, sin ser reconocido debido a su baja prevalencia o a su confinamiento, a grupos aislados de población; cambios en la sociedad y otros factores favorecieron su reciente diseminación, y 2) HIV-1 llegó a poblaciones humanas transmitido por otras especies animales, en fecha relativamente reciente (Desrosiers, 1990; en op. cit.).

TRANSMISIÓN

Hasta la fecha se ha aislado HIV en gran variedad de líquidos corporales, células y tejidos, incluyendo sangre periférica, ganglios linfáticos, tejido cerebral, líquido cefalorraquídeo, lágrimas, médula ósea, plasma, saliva, retina, córnea, secreciones del oído, líquido bronquial, semen, leche materna, células cervicales, células epidémicas de Langerhans y membranas mucosas, líquido sinovial, secreciones del cuello de la matriz y vagina (Levy, 1989; Marwick, 1985; Pomerantz y colaboradores, 1988; Pomerantz y colaboradores, 1987 ; Thirity y colaboradores, 1987; Wofsy y colaboradores, en op. cit.).

La mayoría de las personas adquieren HIV por relaciones sexuales con alguien infectado con el virus. El coito vaginal o anal implica un riesgo alto de infección; otras formas de relaciones sexuales, como el sexo bucal, también pueden ser peligrosas si se permite que los líquidos corporales, como sangre, semen y secreciones vaginales que contienen el virus penetren al cuerpo (Richardson, op. cit.). En E.U.A. el modo más común de propagación es la transmisión durante el contacto sexual entre varones homosexuales (Cohen, op. cit.). Se afirma que HIV puede propagarse por insectos como mosquitos sobre todo en climas tropicales (Blaser, 1986; en op. cit.), pero todavía no hay evidencia convincente de patrones epidemiológicos de dicha transmisión. Los investigadores han observado que HIV sobrevive varios días en insectos hematófagos como el mosquito en la cual la concentración de HIV es muy alta, pero no hay evidencia de que HIV se desarrolle en insectos o se transmita al ser humano por medio de estos (op. cit.).

TRANSMISIÓN SEXUAL

Según Cohen (op. cit.) en África, el Caribe y otros países la transmisión tiene lugar de manera principal en el contacto sexual entre varón y mujer; menciona que está bien comprobada la transmisión sexual tanto de varón a mujer como de mujer a varón, pero aún no se establece la eficacia relativa de cada una, aunque la transmisión de varón a mujer parece ser más eficiente. La transmisión heterosexual es durante el coito vaginal más bien que en el coito anal (Curran y colaboradores, 1988; en op. cit.). Hay informes de transmisión de HIV por inseminación artificial a causa de un donador infectado (op. cit.). También se conocen casos de transmisión durante contacto sexual entre mujeres homosexuales (Greenhouse, 1987. Marmor y colaboradores, 1986; Monzon y Capellan, 1987; en op. cit.), pero es una modalidad rara. Además; se ha descrito la transmisión por sexo oral (Rosenbaum y colaboradores, 1988; Spitzer y Weiner, 1989; en op. cit.).

El énfasis inicial en la importancia de traumatismo, hemorragia, úlceras genitales o todo en conjunto, como factores necesarios para la transmisión de HIV en el contacto sexual fue, en apariencia sobrestimada (op. cit.). Esas condiciones pueden facilitar la transmisión pero no son indispensables para que suceda (Pinchig, Weiss y Miller, 1988; en op. cit.).

TRANSMISIÓN SANGUÍNEA

Con anterioridad, algunas personas recibían sangre o productos hematológicos infectados con HIV (Richardson, op. cit.). Los hemofílicos, en particular, contrajeron el virus por el tratamiento con los productos hematológicos factores VIII y IX que ayudan a coagular la sangre; el factor VIII se elabora con plasma de miles de

donadores, el plasma es el líquido que queda cuando se extraen las células de la sangre, incluso cuando sólo están infectados con HIV uno o dos de estos donadores, hay la posibilidad de que el factor VIII sea producido a partir de su sangre, también las prácticas por compartir objetos punzocortantes como agujas en toxicómanos de drogas intravenosas. Lesiones ocasionadas por agujas y objetos cortantes al personal de salud caen en esta categoría de transmisión (Curran y colaboradores, 1988; en op. cit.) y también agujas y equipo contaminado utilizados con fines terapéuticos.

Estas maneras o formas de transmisión también se conocen como aquellas que pertenecen a la categoría parenteral (Tor y Muga, 1992) donde se encuentran la drogadicción por vía intravenosa, transfusión de sangre y/o hemoderivados, trasplante de órganos y tejidos así como exposición parenteral y/o cutaneomucosa accidental. Aquí se encuentran el intercambio de jeringas, número de inyecciones por mes, consumo asociado de heroína y cocaína, mayor tiempo de adicción, consumo en lugares de riesgo elevado (prisión), clase social baja, marginalidad, promiscuidad y prostitución, además de relaciones sexuales con otros drogadictos, la utilización de factores de coagulación elaborados antes de la selección rutinaria para HIV o productos distribuidos sin inactivar el virus, el grado de severidad del trastorno de la coagulación. Todos estos considerados como factores asociados para la infección del HIV según Tor y Muga (op. cit.), aunque también señalan en este sentido una mayor incidencia en sangre de donantes remunerados, infección silente en el 10-23% de individuos de elevado riesgo, para el HIV, y, en un período de 5 meses a 3 años, detectable sólo por cultivo viral o amplificación del DNA viral (polymerase chain reaction); infección asociada a material de extracción y separación de plasma no desechable; una elevada incidencia de donantes retribuidos; se ha descrito infección después de trasplante renal, hepático, cardíaco, pancreático y óseo; finalmente la profundidad del pinchazo y volumen de sangre, número de pinchazos.

TRANSMISIÓN VERTICAL

Aquí se encuentran el hijo de madre infectada, infección intrauterina, infección durante el parto e infecciones durante la lactancia (Tor y Muga, op. cit.). Como factores asociados se señala que la mayor parte de estas infecciones se producen en el útero o durante el parto, por exposición a sangre o líquidos maternos infectados (el VIH se ha aislado de tejido fetal y sangre del cordón); se ha señalado también que el riesgo de infección perinatal mayor ocurre cuando la madre presenta enfermedad clínica o evidencia en laboratorio de inmunosupresión. El índice de transmisión del VIH se ha asociado a partos prematuros o niveles bajos de anti-gp 120 en la madre; la leche materna durante la lactancia puede ser la vía de infección (op. cit.). El control de numerosas embarazadas seropositivas y de sus hijos muestra que el riesgo de transmisión

maternofetal del VIH se sitúa entre el 25% y el 35% y que se relaciona con la intensidad de la inmunodepresión de la madre (Cassuto, Pesce y Quaranta, 1991). Es importante recordar que todos los niños seropositivos tienen una madre seropositiva y que todos los recién nacidos de madres seropositivas son seropositivos, algunos de ellos se seronegativizarán en varios meses; no existen observaciones de hijos seropositivos procedentes de un padre seropositivo y de una madre seronegativa (Ibíd).

La infección in útero puede suceder por transmisión del VIH a través de la placenta por linfocitos maternos infectados con VIH (Maury, Potts y Rabsson, 1989; en Cohen, 1994). Es posible que la transmisión durante el parto tenga lugar por contacto con tejidos y sangre materna infectada. Aún no se establece si el tipo de parto (vaginal o por cesárea) es importante para la transmisión (Kennedy, Fortney y Skoal, 1989; en op. cit.). Cohen (op. cit.) menciona que se ha aislado HIV en la leche materna. La evidencia más fuerte contra la alimentación materna proviene del conocimiento de casos de mujeres que contrajeron HIV por transfusión sanguínea administrada luego del parto y cuyos lactantes se infectaron después (Lepage y colaboradores, 1987; Ziegler y colaboradores, 1985; en op. cit.). Sin embargo, también hay estudios que indican que madres infectadas con HIV no lo transmiten a sus hijos durante la lactancia (Lifson, 1988; en op. cit.).

Se ha sostenido la transmisión de HIV desde lesiones hemorrágicas en la boca del neonato a fisuras en los senos de la madre (Pokrovsky y Eramova, 1989; en op. cit.); aquí se destaca la transmisión durante la lactancia, no por la leche materna sino más bien por contacto con la sangre. En esta línea se sugiere que la transmisión de HIV en el período posnatal también puede suceder a través de las células epidérmicas de Langerhans. Coachi y Cocchi (1988, en op. cit.) sostuvieron que los lactantes, debido a la delgadez de su piel y membranas mucosas, serían vulnerables a la introducción de HIV por la piel intacta o desnuda. Uno de los problemas para determinar la vía exacta de la transmisión perinatal es precisamente identificar lactantes identificados con HIV desde el nacimiento (Katz y Wilfert, 1989, en op. cit.).

OTRAS MODALIDADES

El riesgo de contraer la infección por contactos no sexuales con pacientes de SIDA o con personas infectadas con HIV es muy bajo y prácticamente no existe (Cohen, 1994). En 1986 un estudio concluyó que el riesgo de contraer infección HTLV III/LAV por exposición prolongada a pacientes con SIDA en el hogar es poco o nulo (Friedland y colaboradores, 1986; en op. cit.). En otro caso informado en 1986 se sugirió que la transmisión había sucedido entre dos hermanos pequeños por medio de una mordedura que no desgarró la piel del niño no infectado (Allen y Curran, 1988; en op.

cit.). No se excluye por completo el intercambio de Saliva durante los besos íntimos como vía de transmisión del HIV aunque, en caso de existir, es un suceso sumamente raro (op. cit.).

En lo que respecta a contactos familiares y laborales ambientales, Tor y Muga (op. cit.) mencionan que no hay riesgo de contagio alguno por vía no sexual, aún después de una relación estrecha ya que no se han demostrado vías de infección alternativas, como insectos o contacto casual con fomites. Sin embargo, esto es diferente para el caso del personal de salud, ya que en E.U.A. en el periodo comprendido del 15 de agosto de 1983 al 20 de abril de 1989, se identificaron 1449 profesionales de la salud lesionados (Marcus y colaboradores, 1989; en op. cit.); un 80% de las lesiones se originaron por piquete con aguja, 8% fueron heridas con objetos cortantes, 7% por contaminación de heridas abiertas y 5% por contaminación de mucosas; la abrumadora mayor parte de los accidentes sucedieron en el cuarto del paciente (64%) y en la unidad de cuidados intensivos (13%). Se piensa que 37% de los accidentes pudieron prevenirse, el mayor número de exposiciones evitables sucedió cuando los profesionales de la salud trataron de cubrir una aguja con la cubierta protectora o desecharon de manera inapropiada agujas u objetos cortantes; la mayor cantidad de lesiones (36%) fue durante manipulación de agujas intravenosas, flebotomía o agujas intrarteriales (Marcus y colaboradores, 1988; Marcus y colaboradores, 1989; en op. cit.). De los profesionales de la salud examinados 180 días después de la exposición cuatro resultaron seropositivos a HIV, todos se lastimaron con piquetes con aguja o heridas con objetos cortantes, el índice total de seroconversión fue 0.34% y el de este grupo, en particular, de 0.39%. Ninguno de los que presentaron contaminación en membranas mucosas o en piel intacta, o no, tuvieron seroconversión.

Los profesionales de la salud cuentan con zidovudina profiláctica en caso de exposición ocupacional al HIV, iniciado el tratamiento en las primeras horas después de la exposición ("Lab Workers Exposed", 1989, en op. cit.). Aunque el principal problema puede ser el tenerla a la mano o bien, conocer la información al respecto (dosis, cantidad). En algunos países se sugiere realizar análisis de anticuerpos para comprobar seronegatividad en el momento del accidente, tal es el caso de México, donde su Norma Oficial para la Prevención y Control de la Infección por virus de la Inmunodeficiencia Humana (1995) menciona en el apartado 5 correspondiente a las medidas de prevención lo siguiente; "Las medidas fundamentales que deben adoptarse para la prevención de la infección por VIH en los establecimientos de salud y entre el personal y sus familiares que tengan contacto con sangre y sus componentes, órganos, tejidos, células germinales y cadáveres humanos, así como con los sujetos infectados, son las siguientes:

a) Informar sobre la magnitud y trascendencia de problema de salud que constituye la infección por VIH, los mecanismos de transmisión y las medidas preventivas.

b) Identificar el equipo, material y ropa probablemente contaminados, para ser desinfectados, esterilizados o destruidos, según sea el caso;

c) Manejar siempre los líquidos corporales, excretas, tejidos y cadáveres, como potencialmente infectados; y darles destino final por incineración o inactivación viral, mediante hipoclorito de sodio, del 4 al 7%.

d) Observar las Precauciones Universales en todos los pacientes, que consisten en:

-lavar siempre las manos, antes y después de tener contacto con cualquier paciente;

-usar guantes siempre que exista la posibilidad de contacto con líquidos de alto riesgo.

-usar bata, delantales o ropa impermeable, cuando exista la posibilidad de contaminar la ropa con líquidos de alto riesgo.

-usar máscara o lentes, siempre que exista la posibilidad de salpicaduras.

-desechar las agujas y otros instrumentos cortantes, en recipientes rígidos, no perforables, que contengan algún desinfectante adecuado o que posteriormente sean tratados con algún desinfectante;

-NUNCA recolocar el capuchón de la aguja;

-después de limpiar minuciosamente el instrumental, esterilizarlo o, en su defecto, desinfectarlo. La desinfección química no debe aplicarse a las agujas y jeringas. En el caso de otros instrumentos punzantes o cortantes, la desinfección química sólo se utilizará como último recurso, siempre a condición de que pueda garantizarse la concentración y la actividad del producto químico, que se limpie minuciosamente el instrumental antes de sumergirlo en el desinfectante químico;

-limpiar las superficies potencialmente contaminadas, con hipoclorito de sodio al 0.5%, con alcohol al 70% o con agua oxigenada; y

-colocar y transportar la ropa contaminada en bolsas impermeables para prevenir el derramamiento de líquidos.

En caso de probable exposición al VIH del personal de salud, o por quienes cuidan a personas con VIH o SIDA al tener contacto con sangre de un paciente mediante punción (piquete o pinchadura), cortadura o salpicadura en mucosas o piel con heridas, se realizarán de inmediato las siguientes acciones:

a) suspender inmediatamente la actividad;

b) exprimir la herida para que la sangre salga;

c) lavar con agua abundante agua y jabón;

d) acudir de inmediato al servicio hospitalario más cercano o a la autoridad del hospital donde el accidente ocurra, para:

-constatar por escrito el incidente;

- tomar una muestra sanguínea basal, para la detección de anticuerpos contra el VIH. Esta prueba inicial es fundamental para demostrar que la persona era negativa al VIH antes del accidente;
 - establecer las medidas necesarias para determinar si el paciente accidentado se encuentra realmente infectado por el VIH.
 - recomendar que se eviten las relaciones sexuales sin la protección de un condón de látex (preservativo), o poliuretano (condón femenino), ante la posibilidad de infección. Estas precauciones podrán suspenderse en cuanto se determine que no hubo seroconversión;
 - considerar la posibilidad de iniciar, antes de transcurridas seis horas a partir del accidente, la administración de zidovudina profiláctica (1,200 mg. diarios, divididos en tres dosis al día, durante 15 días).
- e) posteriormente, se tomarán muestras sanguíneas de seguimiento a los tres, seis y 12 meses, diagnosticándose como caso de infección ocupacional aquél que demuestre seroconversión durante dicho período”.

HISTORIA NATURAL

La historia natural de la infección por este virus, de acuerdo al Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA de México se puede dividir en los siguientes estadios :

1) Transmisión viral

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

2) Infección Primaria

Implica no sólo la adquisición de la infección viral sino las manifestaciones asociadas al episodio de replicación viral inicial. Pocas veces se detecta en población abierta. La presencia de síntomas durante la infección primaria se asocia a una progresión rápida de la enfermedad. La sintomatología generalmente se presenta de dos a cuatro semanas después de la adquisición de la infección, pero a veces el periodo de incubación puede ser hasta de 10 meses. Las principales manifestaciones son fiebre, crecimiento ganglionar, faringitis, erupción maculopapular en cara y tronco, ulceraciones mucosas y mialgias y artralgias, así como linfopenia, especialmente de linfocitos CD4 y altos niveles de carga viral (CV).

3) Seroconversión

Se refiere al desarrollo y detección de anticuerpos en contra del virus en suero o plasma (serología o plasma). Ocurre generalmente de tres a 12 semanas después del evento de transmisión, aunque más de 95% de los pacientes lo presentan dentro de los primeros seis meses. Al periodo en que la serología es negativa en un paciente infectado se le conoce como periodo de ventana.

4) Periodo Estable Inicial (“Setpoint”)

Ocurre generalmente seis meses después de la transmisión del VIH, implica la estabilización de la CV y de la cuenta de linfocitos CD4 como consecuencia de la respuesta inmune y de la virulencia de la cepa viral adquirida. Los niveles de CV principalmente y también los de células CD4 en este periodo, correlacionan fuertemente con pronóstico de desarrollo del SIDA en los siguientes seis años.

5) Infección Sintomática

Es el periodo considerado antes de la latencia, en el cual se encuentra una constante actividad viral y un equilibrio entre destrucción y producción celular (10^9 células CD4 por día). Puede haber linfadenopatía persistente generalizada, debido a que en los ganglios linfáticos es donde se establece el principal reservorio del virus. Aun cuando la CV en este periodo permanece estable con variaciones menores a $1 \log_{10}$, el valor absoluto determina el grado de reducción progresiva de células CD4 (30 a 90 células/ml por año).

6) Infección Sintomática Temprana

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

7) SIDA

Es la consecuencia de la destrucción de linfocitos CD4 y la presencia de inmunodeficiencia adquirida manifestada por infecciones oportunistas y neoplasias secundarias.

8) Infección Avanzada

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

DIFERENCIAS ENTRE EL PACIENTE SEROPOSITIVO ASINTOMÁTICO Y EL QUE TIENE SIDA

De acuerdo al Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA de México, las diferencias entre uno y otro son:

Los sujetos que tienen infección por VIH asintomática, son aquellos a los que se les ha detectado, por diferentes métodos, el VIH en el organismo, pero que no han desarrollado manifestaciones clínicas.

Por otro lado, los pacientes a los que demostrado la presencia de VIH en su organismo por cualquier método, y que además tienen las manifestaciones clínicas e inmunológicas específicas del SIDA.

Existen algunas particularidades en la definición del SIDA, para la clínica, la definición de los CDC ampliada en 1993 (MMWR 1992;41:RR-17), se maneja frecuentemente. Esta incluye la correlación de la cuenta de linfocitos T CD4 con las manifestaciones clínicas.

El sistema se basa en tres rangos de cuenta de CD4 y tres categorías clínicas, dando una matriz de nueve categorías exclusivas. La definición de SIDA se aplica a adolescentes y adultos infectados con el VIH.

Tabla 1

Sistema de Clasificación para la infección por VIH/SIDA (Revisada en 1993 y Recomendada Internacionalmente)

Grupos de Células CD4	Categoría Clínica		
	A	B	C
>500 /ml	A1	B1	C1
200-499/ ml	A2	B2	C2
<200/ ml	A3	B3	C3

Los casos clasificados como A3, B3, C1, C2 y C3 se consideran casos de SIDA

CASOS DE SIDA EN MÉXICO

Hasta el 15 de Noviembre de 2007 según el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, en México se registraron 115, 651 casos desde el año de 1983, siendo la vía sexual la más común como medio de transmisión con el 95.8% de los casos en el caso de los Hombres y el 98.4% de las Mujeres, el resto de los casos corresponde a transmisión sanguínea y en menor medida al uso de drogas por vía intravenosa.

Los aspectos médicos de la infección por VIH/SIDA sirven como base para conocer el manejo y atención que debe brindarse a quienes la padecen, sin embargo esto debe ir ligado con la dimensión psicológica o comportamental como aspecto complementario, ya que representa la otra cara del fenómeno: todo aquello que el individuo puede realizar para hacer frente al mismo, la manera de promover el equilibrio, de protegerse y en general de lograr bienestar al desarrollar competencias en lo que a la salud se refiere. En el siguiente capítulo se abordan justamente estos aspectos, contextualizándolos y enmarcándolos en lo que se conoce como Psicología de la salud, donde ésta última se concibe no sólo como ausencia de enfermedad, sino que se enfoca de una forma

holística y amplia, se abordan también los principales paradigmas en salud así como algunos elementos relacionados con la prevención y finalmente la desprofesionalización como vehículo para socializar el conocimiento en este sentido. La desprofesionalización representa el aspecto central de este trabajo como más adelante se especificará.

CAPÍTULO 2 PSICOLOGÍA DE LA SALUD

DEFINICIÓN DE SALUD

El concepto de salud es tal vez uno de los más empleados tanto en la vida cotidiana como en el ámbito científico, sin embargo, es también uno de los que hasta ahora, no se han podido definir con precisión. Este concepto, acuñado originalmente en el terreno médico y fisiológico, se ha extendido a las dimensiones más variadas y complejas que pueden existir como lo son las de orden social donde la característica principal es que el significado de dichos conceptos es de tipo convencional y por tanto, está sujeto a modificación constante de acuerdo a una variedad de factores.

Cohen y Henderson (1988) se refieren a la salud como un concepto subjetivo el cual, mencionan, trata de referirse o hacer alusión a diferentes estados de salud, señalan que dos parámetros o dimensiones utilizadas como punto de referencia son el dolor y la inmovilidad; a mayor dolor menor calidad en el estado de salud, más inmovilidad representa un menor estado de salud que cuando existe en menor medida. Señalan también una interesante comparación entre la salud y la temperatura; el frío es definido como la ausencia de calor, como la salud sería definida como la ausencia de enfermedad, sin embargo, el frío perfecto solo existe en cero absoluto, la salud perfecta es igualmente rara. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1988) la salud perfecta se define como aquel estado biológico en el que cada célula del cuerpo está funcionando en óptima capacidad y en perfecta armonía con cada una de las otras células.

De forma general se acepta y se sabe que la salud perfecta no existe, en realidad es un estado ideal o deseado. Lo cierto es que vista como un equilibrio, depende de muchos factores y circunstancias que van desde lo orgánico hasta lo conductual o psicológico.

PARADIGMAS EN SALUD

La concepción de salud implica distintos referentes según el enfoque desde el que se aborde. Cada uno de ellos responde a una construcción específica englobada en lo que se denominan paradigmas, los cuales se ven influenciados por el área y momento en que se desarrollen. Un primer momento en el desarrollo de los paradigmas en salud, tuvo que ver con el paso o transición de los conceptos de salud y muerte de la religión hacia orientaciones con carácter científico (Kelman 1977 en Fernández-Rios, 1996). Las primeras concepciones fueron aquellas que proyectaban al cuerpo humano en términos de “una máquina”, donde el alma o la mente quedaba relegada a un comportamiento separado, con lo que la salud adquiría un lugar más importante al ser clave para el funcionamiento de aquella máquina.

Al fallar la parte central en la máquina y su funcionamiento, se tenía que hablar necesariamente de una “anomalía” la que, por supuesto, debía ser reparada. Aunque esta concepción maquinizada se debe a la tradición de la postura de Descartes, es justamente la que adoptó la medicina y la que posteriormente se convirtió en el paradigma biomédico, el paradigma para explicar la enfermedad.

EL PARADIGMA BIOMÉDICO

De acuerdo con el paradigma biomédico, las personas son organismos biológicos, la enfermedad es una disrupción o desviación del curso biológico normal causado por algún evento físico o químico identificable (Zinder, 1989 en Fernández-Rios, 1996). El tratamiento por tanto es del mismo orden, ya que involucra el uso de agentes físicos o químicos para corregir la desviación; en el caso de una fiebre o una baja de células en un conteo en sangre se prescribirá un antibiótico para combatir al agente.

Este paradigma se desarrolló debido a diversas influencias que en diferentes momentos históricos tuvieron lugar. Primeramente un paradigma que enfatiza la naturaleza espiritual de las personas llamado “animismo”, el cual predominó alrededor del año 1700 en el área de la salud y la medicina (op. cit.); aquí el cuerpo humano se conceptualiza como la parte imperfecta complementaria del alma, por lo que el tratamiento de la enfermedad era necesario para ese cuerpo imperfecto. En ese mismo siglo René Descartes cristalizó el conflicto entre el materialismo y el animismo al proponer dos partes: el cuerpo y la mente o el alma, cada una de ellas estando sujetas a distintas leyes de causalidad. Esta visión impregnó a la ciencia y el resultado fue la fragmentación, las personas eran la colección de una serie de órganos más que un organismo vivo como totalidad en interacción con el medio ambiente; el medicamento entonces ayuda a reparar la parte de la gran máquina que se ha descompuesto.

EL PARADIGMA MÉDICO DE AYUDA

En este paradigma los pacientes no son responsables del origen o la solución de su problema (op. cit.), el papel principal lo lleva el experto en salud quien será responsable por identificar el problema y brindar o proponer una solución que sea efectiva. El papel del paciente es completamente pasivo y es visto como una colección de órganos que funcionan mal y requieren tratamiento; como persona el paciente es ignorado. Existe una relación completamente vertical entre el experto y el paciente, el primero es el que detenta el poder, mientras que el segundo se subordina a las indicaciones del otro.

El paradigma biomédico y el paradigma médico de ayuda son congruentes y complementarios, la atención se centra en los órganos y sistema de órganos que funcionan mal y requieren tratamiento físico o químico. Lo cual

produce la participación del experto que trabaja sobre un pasivo y cooperador sujeto. En ambos paradigmas se minimizan los aspectos psicosociales y comportamentales en el paciente. Esta atribución especial de poderes al experto y sus conocimientos, se debe a la influencia del animismo y el materialismo sobre la medicina.

Con el paso del tiempo sin embargo, además de los avances de la ciencia y la tecnología, el paciente ha asumido un papel más activo en general; los pacientes son más sofisticados. Comenzaron a ser menos dependientes y a establecer una relación más igualitaria con su médico, una relación más horizontal. Todo ello promovido también porque la salud hoy día se concibe como un derecho humano; un mayor número de personas tienen acceso a servicios de salud que en el pasado (op. cit.).

Todos estos cambios han obligado a la creación y nacimiento de nuevos paradigmas que contemplan entre otras variables, aquellas de orden psicosocial, conductual, bioquímico y físico que afectan la salud. Aquí se encuentran el paradigma de sistemas, el compensatorio de ayuda y el de competencia, por mencionar solo algunos. Cada uno de estos se circunscribe a un contexto específico y obedece desde luego, a circunstancias particulares de aparición y operación. Algunos de ellos comparten características entre sí y tratan de resaltar diferentes aspectos para su puesta en práctica según el área de la que se desprendan. Tanto el paradigma biomédico como el médico de ayuda, enfocan su atención y actuación a la cura, remedio o tratamiento, una vez que el daño ha aparecido; sin embargo, en esta aparición, creación y surgimiento de nuevos paradigmas, existen algunos que se centran en prevenir o anticiparse a la aparición del mal o la patología; en estos el papel del paciente o de las personas es activo ya que no solo se trata de prevenir, sino de promover y mantener la salud.

PREVENCIÓN

En aquellos paradigmas donde se ha insistido en el aspecto preventivo, se han desarrollado algunos modelos que pretenden describir este aspecto vía diferentes niveles. El aspecto de la prevención, aunque es aceptado generalmente como un concepto que agrupa diferentes pasos, no deja de ser blanco de cierta polémica y en algunas ocasiones hasta de objeciones según el autor y enfoque desde el que se trate. Cohen (op. cit.) menciona cuatro tipos de intervención desde donde el nivel de salud puede ser alterada, a saber:

1. Prevención primaria, enfocada a prevenir enfermedades y lesiones. En este tipo de prevención se trata de reducir la probabilidad, severidad y duración de futuras enfermedades y lesiones.
2. Prevención secundaria, la que implica detectar una enfermedad en la etapa presintomática o una detección temprana para que el tratamiento sea lo más efectivo posible. Temprana implica una etapa previa al momento en el que el individuo requeriría un tratamiento normalmente y también por supuesto, antes de convertirse en enfermedad.

3. Prevención terciaria, implica reducir la enfermedad y prevenir que se agrave.
4. Tratamiento y cura, que implica actividades tendientes a erradicar una enfermedad o lesión.

Otros autores (Fernández-Ríos, 1996) señalan a su vez tres niveles de prevención: el primario, secundario y terciario, donde la diferencia fundamental con respecto a lo señalado por Cohen es que aquí el nivel terciario se conoce también como rehabilitación, por lo que algunos otros niegan que se llame prevención por ser ya un momento de intervención o tratamiento propiamente. Así, cada una de las definiciones que puedan existir incorporan o desechan diferentes elementos como la promoción de la salud ligada a la prevención primaria en algunos casos, o bien, la distinción entre prevención terciaria cura que puede ser tan ambigua como el significado de salud y enfermedad.

El concepto de prevención entonces, ha sufrido diversos cambios a lo largo de la historia, principalmente se le conceptualizaba en tres diferentes niveles: primaria, secundaria y terciaria. Fernández-Ríos (op. cit.) señala que dicha conceptualización ha resultado inconveniente y llena de polémica debido a que la última en realidad se refiere a la rehabilitación, por lo que este se ha abandonado. En vez de esto se ha optado por regresar a las anteriores concepciones existentes; Wagenfeld (1972) distingue entre prevención (esto es, prevención primaria en salud), tratamiento (esto es, intervención de haber comenzado el trastorno y detectado en forma precoz) y rehabilitación (reparar el daño que haya causado un desorden ya manifestado).

Con todo ello, podemos hablar de cierto consenso entre la mayoría de los autores, fundamentalmente en lo referente al rescate de algunos conceptos y reforzar la supervivencia de algunos temas comunes para contextualizar el concepto de prevención; de los más relevantes tenemos: el diseño de ambientes favorables, el papel activo del sujeto, fomentar estilos de vida saludables y la educación planificada. Todo ello puede ser trasladado a cualquier área que implique ser abordada en términos de prevención, lo cual involucra también el nacimiento de algunas interdisciplinas como lo son la medicina conductual y la psicología de la salud.

MEDICINA CONDUCTUAL Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD

A través de los años se ha ofrecido una variedad de definiciones de medicina conductual (por ejemplo, Millar, 1983; Schwartz y Weiss, 1997, en Phares, 1996). Ésta se refiere a la integración de las ciencias de la conducta con la práctica y la ciencia de la medicina (Gatchel, Baum y Krantz, 1989). Matarazzo (1980) utiliza el término para referirse al amplio campo interdisciplinario de la investigación científica, la educación y la práctica que se ocupa de la salud, la enfermedad y las disfunciones fisiológicas relacionadas.

La psicología de la salud es un área de especialidad dentro de la psicología. Es un término más específico de la disciplina que se refiere al papel principal de la psicología como ciencia y profesión en la medicina conductual

(Gatchel, Baum y Krantz, 1989). Incluye la práctica relativa a la salud, la investigación y la enseñanza de parte de muchos tipos de psicólogos –sociales, industriales, fisiológicos y demás. La psicología de la salud se ha definido de manera específica como sigue:

La psicología de la salud es el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la psicología para el fomento y preservación de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, así como la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas (Matarazzo, 1980; página 815; op. cit.).

La prevención así, implica en papel proactivo en cada persona o individuo, específicamente el desarrollo de repertorios o competencias de acuerdo a cada contexto y demandas que este implique; algunos de los modelos o paradigmas en prevención y salud suponen la apropiación incluso, de conocimientos técnicos y/o profesionales para ser puestos en práctica por la persona misma, este nivel de actuación se conoce como desprofesionalización.

DESPROFESIONALIZACIÓN

Desde hace mucho tiempo se ha venido reconociendo la incapacidad de los actuales programas de salud mental para satisfacer las necesidades de la gente. “Los pobres, los desposeídos, los que carecen de educación, los que <no ofrecen buenas perspectivas al tratamiento> obtienen menos servicios que lo que justificaría su representación en la comunidad... El servicio de salud mental más avanzado ha propendido a ser un lujo de la clase media. La custodia en los hospitales para casos crónicos es un horror para las clases inferiores... La mayor parte de nuestro talento terapéutico... se ha dedicado no a resolver nuestro problema de salud mental... si no a tratar al neurótico educado, relativamente acomodado” (Smith y Hobbs, 1966; citado en Bijou y Ribes, 1972). Lo más sobresaliente de este aspecto es que, a más de treinta años de haber sido planteado como una realidad, sigue siendo quizá tan vigente como en aquel momento.

La razón fundamental de esta falta de correspondencia entre la oferta y la demanda de los servicios de salud, estriba en un fenómeno de institucionalización de la salud como concepto según lo señala Ribes (1978), lo que trajo consigo la monopolización de este tipo de servicios, dejando una desbalanceada relación entre los profesionales de la salud y todas aquellas personas que requiriesen de sus servicios. Hobbs (1969, citado en Bijou y Ribes, op. cit.) señala a su vez, que la relación entre terapeuta y paciente es un instrumento inadecuado para luchar contra los problemas de salud mental en la actualidad; consideraban también, que el adiestramiento y la preparación de las profesiones que se dedican a la salud se verían rebasadas por la misma demanda de servicios, especialmente en lo que a cantidad de personal se refiere.

Esta problemática fue la que generó la creación y surgimiento de nuevos paradigmas y formas de abordar tanto la prevención como el mantenimiento de la salud. Una de ellas lo constituye la desprofesionalización, como una manera de llegar y poner en práctica el conocimiento técnico y/o profesional por parte de quien lo requiera; es una forma también de ahorro y optimización de recursos. “Esto significa socializar el conocimiento profesional, transfiriéndolo a sectores de la población marginados de la posibilidad de acceder a él y a su empleo. Desprofesionalizar el trabajo intelectual representa una ruptura de la división social del trabajo, siempre y cuando esta transferencia social del conocimiento se dirija a los sectores explotados en el esquema del sistema productivo, y se plantee la posibilidad de que la técnica y el conocimiento profesional se utilicen para los fines que defina este sector explotado como clase social, incluyendo al proceso mismo de concientización como parte integral de esta desprofesionalización” (Ribes y Talento, 1980; p, 337).

La desprofesionalización como forma de socialización del conocimiento, puede desarrollarse en cualquier área y ser puesta en práctica en aquellos ámbitos que así lo demanden, aunque implica desde luego, la correspondiente sensibilización, educación e inducción por parte de la población objetivo.

Estas son algunas de las aportaciones y contribuciones de la Psicología al ámbito de la salud donde, como se puede ver, algunas de sus técnicas se han fusionado directamente con la medicina por ejemplo, para dar lugar a nuevas interdisciplinas. El contexto de la atención y lucha contra el SIDA no ha sido la excepción, ya que la Psicología ha realizado contribuciones muy importantes en lo que a intervención y asistencia se refiere, realizando así aportaciones de gran impacto en este contexto llegando a ser incluida su labor en la Norma Oficial Mexicana para el control y prevención del VIH/SIDA. En el siguiente capítulo se abordarán las principales contribuciones de esta disciplina en materia de SIDA, principalmente a manera de plantear una perspectiva amplia que dé lugar y sentido al trabajo que aquí se desarrolló.

CAPITULO 3

APORTACIONES DE LA PSICOLOGIA EN MATERIA DE SIDA

El trabajo y las aportaciones de la psicología en materia de SIDA han estado determinados en gran medida por la manera en que esta última se fueron estableciendo lineamientos y/o normas para regular su manejo. Esto ha sido un fenómeno generalizado en casi todo el mundo y México no ha sido la excepción, donde además la instancia gubernamental jugó un papel fundamental especialmente en el inicio del manejo y atención de esta enfermedad.

En este capítulo abordaremos las principales contribuciones que la psicología ha hecho en lo que se refiere a la atención del SIDA y a quienes lo padecen, las principales estrategias y modelos propuestos para su manejo de manera cada vez más efectiva y económica en términos terapéuticos, así como algunos de los resultados obtenidos; casi todo desde la perspectiva del trabajo institucional, partiendo de los principales problemas emocionales y psicológicos.

PROBLEMAS EMOCIONALES EN LAS PERSONAS CON INFECCIÓN POR VIH

Según Ballester (2005), en España de acuerdo a los estudios que han explorado el estado psicológico de los pacientes con infección por VIH señalan un índice de morbilidad psicopatológica que oscila entre el 30 y 80% de los afectados, según este autor y conforme a la revisión de literatura realizada, se destacan los siguientes problemas psicológicos de manera habitual en los pacientes con VIH: baja autoestima, miedo a perder el atractivo físico e hipocondría, somatización y síntomas obsesivo-compulsivos, reaparición de conflictos sobre la orientación homosexual, disminución de la concentración y pérdida de memoria, fobias específicas, trastorno de personalidad antisocial y deseo sexual hipoactivo, abuso de alcohol y otras drogas, problemas de sueño y uso excesivo de sedantes. Según Turrina (*et al.*, 2001) los pacientes con VIH presentan una alta prevalencia de trastornos de personalidad que llega a ser del 36%, mientras que en población homosexual se detecta una elevada tasa de trastornos mentales previa al diagnóstico de VIH/SIDA (Perkins *et al.*, 1994).

Son diversas las razones por las que los pacientes con VIH/SIDA presentan problemas emocionales, ya que el diagnóstico amenaza no sólo a su bienestar psicológico, sino compromete la integridad física. Como señalan Ulla y Remor (2002), tanto los aspectos comportamentales (estilos de vida) como los psicológicos (control del estrés y estrategias de afrontamiento) y sociales (apoyo social) pueden influir de manera importante en la progresión de la infección.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

La intervención con pacientes con estas características ha tenido diversas aproximaciones atacando diferentes ángulos. Algunas de ellas se enfocan o dirigen al fortalecimiento de la adhesión o adherencia terapéutica, otros más al autocuidado, algunos más de intervención multidisciplinaria; en términos gruesos se describen a continuación:

AUTORES	TRATAMIENTO
Coates y McKusick (1987)	Programa grupal de entrenamiento en técnicas de manejo del estrés.
Coates, McKusick, Kuno Y Stites(1989)	Terapia de grupo (ocho sesiones de dos horas de duración cada una) en las que se enfatizaba el entrenamiento en relajación, el cambio de hábitos de salud como la reducción del consumo de tabaco y alcohol y el incremento del descanso y del ejercicio físico.
Antoni <i>et al.</i> (1991)	Técnicas para el manejo del estrés, entrenamiento en relajación, habilidades d afrontamiento de estresores ambientales, valoración del estrés, afrontamiento activo, incremento de la autoeficacia y aumento de las relaciones sociales
Kelly <i>et al.</i> (1993)	Terapia grupal cognitivo-conductual que incluía estrategias para reducir la ansiedad y la depresión como la reestructuración cognitiva, la relajación muscular, la autorrevelación sobre la enfermedad, la adopción de medidas de sexo seguro y el establecimiento de una red social de apoyo.
Eller (1995)	Aplicación individual de la relajación muscular y la imaginación guiada a través de grabaciones.
Lutgendorf et al. (1997)	Terapia (10 sesiones de 90 min. de duración) en la que se entrenaba a pacientes homosexuales en técnicas de manejo del estrés.
McPherson et al. (2000)	Técnicas de consejo breve dirigidas específicamente a la mejora de la adherencia al tratamiento antirretroviral.
Molassiotis, Callaghan, Twinn, Lamm, Chung y Li (2002)	12 sesiones de intervención grupal con entrenamiento de estrategias para reducir ansiedad, depresión y mejorar calidad de vida de los pacientes.
Pomeroy, Green y Van Laningham (2002)	Programa grupal dirigido a parejas serodiscordantes heterosexuales de corte educativo, apoyo y estrategias de

afrontamiento.

Smith, Rublein, Marcus, Brock Y Chesney (2003)	Programa de automanejo para mejorar la adhesión terapéutica incluye medicación y asistencia a consultas programadas.
Ballester (2003)	Programa de tratamiento grupal de ocho sesiones de corte educativo, estrategias cognitivas, entrenamiento en relajación, solución de problemas, estrategias para el autocuidado y prevención de recaídas.

En términos generales, los diferentes programas señalados obtienen resultados positivos, logrando que los pacientes reduzcan los niveles de ansiedad, desarrollen mejores estrategias de afrontamiento, logren desarrollar mejor adherencia al tratamiento.

EL TRABAJO EN MÉXICO

En 1987 al ser creado en México el Consejo Nacional para el control y prevención del SIDA (CONASIDA), además de ser aceptado como un problema de salud pública por parte de las autoridades, comienzan a trazarse las directrices que para su atención serían propuestas por esta instancia para todo nuestro país. A la par del surgimiento del CONASIDA como entidad gubernamental, comenzó a gestarse un movimiento a nivel social por parte de un sector de la comunidad civil en respuesta a la gravedad y magnitud de la pandemia, decidiendo asumir el lema (y no solo como tal, sino sobre todo como un compromiso y actitud profundas) que a nivel mundial era ya reconocido como la lucha contra el SIDA". Al adherirse a este movimiento, que al principio fue también más voluntarioso que organizado, México creaba un frente de acción para tratar de frenar la pandemia desde el nivel preventivo primario hasta el de atención misma (prevención terciaria); así nacían las primeras organizaciones civiles de lucha contra el SIDA bajo diferentes nombres y que al tener el carácter no gubernamental, podían complementar la labor y los servicios de la instancia gubernamental (aunque comenzó a generarse cierta pugna y críticas hacia esta última).

El CONASIDA, en su carácter de órgano regulador en materia de la enfermedad (papel que asumiría verdadera y plenamente al cabo de unos años), comenzó por brindar atención y servicio directo tanto en el área médica como psicológica (y más tarde legal), a toda aquella persona que requiriese desde información hasta alguno de estos servicios concretamente. De esta manera, tanto el CONASIDA como las organizaciones civiles, se enfocaron a proporcionar lo que se conoce desde entonces como un paquete de servicios y que incluye lo que se denomina asesoría pre-prueba, asesoría post-prueba y consejería. Estos fueron ya los primeros elementos que la psicología comenzó a aportar a dos

niveles, por un lado a quien brindaba el servicio (por el tipo de habilidades implicadas) y en el segundo desde luego, a quien lo recibía; vale la pena mencionar que en un principio no solo el psicólogo era el encargado de llevar a cabo esta labor, también la realizaban los médicos, trabajadores sociales, enfermeras, odontólogos y algunos paraprofesionales, sin embargo, todo ello puede ser entendido desde el plano de la desprofesionalización, ya que la falta de recursos (en este caso humanos y profesionales) entonces obligaba y obliga aún en ocasiones a implementar la atención desde este nivel. Conforme ha transcurrido el tiempo el psicólogo ha venido asumiendo cada vez más el papel de encargado de brindar este servicio, aunque acceder a compartir el conocimiento con otros profesionales y paraprofesionales para beneficiar a la población, implica toda la lógica que encierra la desprofesionalización, como un aspecto al que se aspiraría en cualquier área cuando se lleva a cabo con las condiciones adecuadas y la supervisión mínima.

A continuación describiremos cada uno de los tres niveles de intervención que hemos mencionado (paquete de servicios):

1. Asesoría pre-prueba. Este nivel consiste en brindar información a toda aquella persona que supone ha estado en riesgo de contraer el virus que causa el SIDA- se proporcionan los principales elementos acerca de lo que es la enfermedad, quien la causa, cuales son los principales factores de riesgo, lo que implica haber contraído el virus causante, la diferencia fundamental y muy importante (en lo cual se hace hincapié) entre lo que es un estado de seropositividad al virus y el SIDA propiamente, como la última fase de la enfermedad, el tipo de análisis clínicos y su justificación. Con todo esto se explora e investigan los factores de riesgo de la persona, el tiempo transcurrido entre el último de ellos y el momento actual, la conveniencia de realizarse en ese momento el análisis de laboratorio, o esperar según el criterio y recomendaciones que marcan cada uno de estos análisis de acuerdo al tiempo de reacción del organismo, cómo piensa o cree la persona que podría reaccionar en caso de que el resultado fuese positivo, cómo piensa que cambiaría su vida, qué tipo de medidas tomaría y a quien se lo comunicaría. Al final de la asesoría, se deja solo en manos de la persona la decisión de realizarse el análisis, aún cuando sea lo más recomendable o acertado, considerando y haciéndole saber que un tratamiento temprano implica grandes beneficios y posibilidades de una mayor calidad de vida- en el caso de tomar la decisión de realizárselo, se le canaliza al lugar indicado (laboratorio o institución) invitándolo a que regrese a una cita, para entregarle los resultados en una situación similar a la de esta primer asesoría.
2. Asesoría post-prueba. Este nivel, como el nombre lo indica, consiste en la orientación posterior a la realización del análisis de laboratorio y la que, idealmente, debe ser proporcionada por el mismo profesional que realizó la primera. Dado que esto no siempre es posible, se trata de abordar la asesoría inicial casi siempre bajo los mismos términos. De tal suerte que con alguien que la haya recibido en otro lugar se sepa de manera gruesa los

aspectos tratados y con la finalidad de no ser repetitivo, tan solo realizar los ajustes necesarios. Por haberse realizado ya el análisis la persona interesada, se requiere crear una atmósfera adecuada para informar acerca del resultado que puede ser positivo o negativo (aunque algunas veces puede ser indeterminado por manejo de la muestra o fallas técnicas, por lo que se requeriría volver a realizar todo el análisis), desde una postura neutral, sin juzgar o hablar de malas noticias si el resultado es positivo, de ser así, recordar lo que se habló en la primer entrevista, reiterar los aspectos más sobresalientes, las alternativas en cuanto a los tratamientos médicos, en fin, volver a mostrar el panorama de atención existente; en general se trata de crear un ambiente de contención y apoyo para la persona desde ese momento. Por todo el impacto que una noticia de este tipo genera para la persona, se le invita a recibir lo que se denomina consejería y participar en ella de manera activa, con todo lo que puede obtener de esta.

Sin embargo, si el resultado es negativo, hay que recordar a la persona las prácticas seguras en cuanto a las relaciones sexuales para evitar una infección, las medidas a tomar en este sentido y reiterar que nadie es inmune a esta infección hasta el día de hoy.

3. Consejería. Como mencionamos anteriormente, la consejería está indicada para aquellas personas que han resultado positivas en el análisis de laboratorio; consiste, como el nombre lo dice, en proporcionar una serie de estrategias en forma de consejos para ayudar a la persona a adaptarse más rápido a la situación que ahora conoce, esto va desde el aspecto de la nutrición, sueño, descanso y ejercicio hasta el de tipo social (cómo manejarse en algunas situaciones), sirve también para conocer la manera en que está reaccionando ante la nueva situación, la manera de afrontarla, es un espacio además para escucharla y sugerirle que realizando todos estos ajustes de manera gradual, podrá obtener bastantes beneficios. Este nivel de atención es de duración breve, generalmente abarca de 4 a 6 sesiones, aunque puede durar más o quedar abierta la posibilidad de continuar en otro momento si la situación así lo llega a requerir; suele concluirse además, cuando la persona se siente más tranquila y segura de cómo manejar la situación.

Estos tres niveles mostrados hasta aquí implican la promoción de cierto tipo de competencia, quizá sea más claro en el de la consejería para iniciar dentro de esta lo que podríamos llamar un seguimiento. En este contexto, la competencia puede entenderse como destreza también, tal como lo señala Strayhorn (1988, en Fernández-Ríos, 1996) o concretamente hablar de un sujeto competente. Sundberg, Snowden y Reynolds (1978, en ibíd.) La definen como: una serie de características personales (conocimientos, destrezas y actitudes) que producen resultados adaptativos en entornos significativos. Masterpasqua (1989, en ibíd.) sostiene que la competencia está configurada por atributos sociales, conductuales, emocionales y cognitivos complementados por creencias y expectativas explícitas o implícitas de la persona acerca de su acceso a y habilidad para implementar aquellos atributos. Dentro del ámbito de la salud específicamente, Wallston (1992,

en ibíd.) habla de competencia de salud percibida para citar el sentimiento de control del individuo para comportarse de una forma saludable, definición por demás congruente con el nivel de la consejería como meta u objetivo a alcanzar por parte de la persona que ahora se sabe portadora del virus, ya que se insiste en que gran parte del mantenerse sin manifestaciones o síntomas gruesos dependerá de ella (un ejemplo lo constituye la prevención de la reinfección que, por vía sexual, puede evitarse tomando las precauciones necesarias como el uso del condón en cada uno de los contactos, ya que de no hacerlo y caer en la primera, se sabe que sus efectos son generalmente más agresivos que la misma infección).

Hasta este nivel se pretenden promover entonces, cierto tipo de competencias que permitan a la persona mantener un nivel de salud estable el mayor tiempo posible, realizando ajustes según lo demande la situación, las competencias son muy específicas y van también encaminadas hacia un fin particular. Hasta aquí también es donde coincide el nivel de atención tanto del CONASIDA como de los organismos civiles, por lo que la labor que se realiza en estos niveles es muy similar y como se pudo notar, esto se lleva a cabo bajo una situación controlada de gabinete o de consultaría; básicamente se conformó y utilizó un mismo lenguaje entre los profesionales de la salud encargados de brindar estos servicios en cualquiera de sus niveles. En cuanto a la atención destinada a personas con manifestaciones plenas o propias ya de la enfermedad y lo que esto conlleva, fueron aquí ya un número menor de organizaciones e instituciones las encargadas de proporcionarla debido a la cantidad de recursos e infraestructura requerida, así como los conocimientos técnicos y experiencia necesarios. Una parte de este nivel recayó en las instituciones oficiales y el CONASIDA, al ser un órgano encargado de regular la actividad, ha referido y canalizado los casos a las dependencias más indicadas para su manejo, donde en algunas ocasiones se contaba a algunas de tipo privado que lograban hacer un verdadero esfuerzo para cubrir la demanda.

De aquí en adelante el nivel de atención al ser diferente, por las características del paciente y de los recursos necesarios para su abordaje, las estrategias o técnicas también lo son, de manera que podrían contemplarse desde modelos meramente hospitalarios tradicionales, hasta aquellos más avanzados que pretenden promover el bienestar, además de la salud y algunas competencias por parte del paciente. Existen entonces, modelos de intervención que de manera más amplia promueven este aspecto y que lo enfocan a la salud en general, hablamos del modelo de competencia (Costa y López, 1986) ubicado en el contexto de la salud comunitaria como una alternativa al modelo médico tradicional y que, en el nivel al que nos referimos en este capítulo, ha resultado bastante efectivo bajo el marco de labor institucional, no solo como filosofía sino también como aspecto práctico en México (nos referimos a su implementación en el primer Centro Multidisciplinario para la prevención y Atención del SIDA en América Latina de la Fundación Ser Humano Internacional México), por mencionar un caso muy concreto solamente.

Dentro de lo que se denomina psicología preventiva (una rama de la disciplina enfocada a diversas áreas aplicadas), como un enfoque novedoso para el área de la salud, además de promover la competencia, se enfatizan algunos aspectos que

hasta ese momento no se consideraban tan importantes dentro del aspecto de atención integral, a saber, el concepto de vulnerabilidad que se hace más evidente en pacientes post-quirúrgicos, hospitalizados o internos bajo un tiempo prolongado, al perder parcialmente el contacto con el mundo exterior y cambiar su rutina de actividades por completo- se señala la manera de manejar estos efectos y no solo eso, sino aprovechar tal situación para diseñar un ambiente favorable para el paciente o persona en cuestión.

Por otro lado, una de las aportaciones más conocidas al área de la salud y concretamente a algunos padecimientos lo constituye la medicina conductual, donde se dice que converge la psicología conductual y la medicina, ésta se ha definido como: a) el uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta para la evaluación, prevención, entrenamiento o tratamiento de una enfermedad física o disfunción fisiológica y b) el comportamiento de investigación que contribuye al análisis funcional y a la comprensión de la conducta asociada con trastornos médicos y con problemas en el cuidado de la salud. Algunas veces suele utilizarse el término como sinónimo de una de las técnicas más conocidas y por tanto representativas en esta área: el biofeedback.

Para el caso que nos ocupa, no solo se han utilizado técnicas derivadas de esta interdisciplina, sino de la modificación de conducta misma como lo son asertividad, autocontrol, relajación y toma de decisiones. El tipo de estrategias implementadas o modelos de intervención adoptados, desde luego dependen de las características del contacto en lo que al aspecto social, económico y cultural se refiere, para aprovechar al máximo los recursos disponibles y sobre todo, no perder posibilidades de apoyo.

Un aspecto que hay que considerar siempre, ya que determina necesariamente la labor del psicólogo en este campo, así como cualquier aportación que pueda hacer y que en muchas ocasiones la condiciona, es el aspecto institucional, donde existen factores de orden ideológico, fisiológico, burocrático y político, que permean la labor que se realiza, mismos que pueden ser resultado a su vez de intereses aún que provengan de otro nivel y que finalmente, forman parte del sistema. Señalamos esto con la intención de dejar claro que, aún cuando la labor del psicólogo puede estar o ser subordinada de intereses o metas institucionales de manera preestablecida, aún en el caso de la lucha contra el SIDA, esto no significa que no se puedan seguir realizando valiosas contribuciones en este campo, seguir proponiendo vertientes de intervención o diseñando estrategias y esquemas de atención; quede pues, como un elemento a considerar en el contexto de trabajo del que hemos hecho referencia. Un ejemplo que muestra la importancia, necesidad y reconocimiento del trabajo del psicólogo en este campo, lo constituye su inclusión como profesional de la salud en el equipo multidisciplinario a nivel nacional por parte de la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (1995), que dentro del apartado seis, como parte de las medidas de control, estipula en el número cinco lo siguiente: "Las instituciones del Sector Salud, de acuerdo con sus capacidades, harán todo lo posible para ofrecer el servicio de consejería o apoyo psicológico, a toda persona a quien se le entregue un resultado VIH positivo, con objeto de disminuir el impacto psicológico de la

notificación en el individuo afectado y favorecer su adaptación a su nueva situación”.

En algunas ocasiones, dicha asesoría y consejería la realiza, por razones de carencia en los recursos o de aspectos prácticos, no sólo el psicólogo sino el personal médico o paramédico, estableciéndose así intervenciones improvisadas que de momento ayudan a manejar la situación, pero que no cuentan con elementos sólidos ni formativos para su abordaje ni para brindar seguimiento como en muchos casos se requiere. Es por ello que surgió la inquietud de implementar este trabajo, que pretendió proporcionar al personal operativo de salud, herramientas teórico-prácticas para la intervención y manejo de pacientes que padecen VIH/SIDA, particularmente en una ONG (Organización No Gubernamental) con recursos limitados. El trabajo se basa en el concepto conocido como desprofesionalización, el cual fungió como vehículo para transmitir diversas técnicas y conceptos a paraprofesionales de la Psicología, lo que al final se traduciría en mejor nivel de atención a los pacientes; cabe señalar que la principal base para trabajar bajo dicho concepto obedece a razones económicas y prácticas, ya que se trata de optimizar recursos y hacer llegar el conocimiento técnico a donde se requiere, no de suplir la práctica profesional de algún especialista. En el siguiente capítulo se plantea la metodología y el desarrollo del trabajo.

CAPITULO 4

METODO

El aspecto operativo de este trabajo (intervención) consistió en la implementación de un taller-seminario cuyo eje temático principal consistió en lo que se denomina “psicología preventiva”, teniendo como finalidad proporcionar algunas herramientas para el manejo de pacientes hospitalizados bajo un ámbito institucional. Dicho taller se impartió al personal del área de salud de la Fundación Ser Humano Internacional, cuyo objetivo central es brindar atención integral a pacientes y personas que viven con VIH/SIDA (constituye el primer centro multidisciplinario para la prevención y atención del SIDA en América Latina), el cual cuenta con un modelo original ya que rompe con la atención hospitalaria habitual, a saber, un horario amplio de visita al día (6 horas divididas en tres momentos por día), comunicación fluida entre familiares y pacientes, entre familiares y personal de la institución, la intervención del psicólogo como aspecto básico tanto con pacientes como con familiares y finalmente, la existencia de un albergue que cuenta con una Unidad de Cuidados Elementales (U.C.E.) para la atención de pacientes en fase terminal.

Aún con el diseño original de este modelo, no se libró tampoco de la influencia del modelo biomédico y su forma de abordar a los pacientes, por el hecho de existir médicos responsables de la atención así como de enfermeras en los cuidados, recayendo el peso de los aspectos psicosociales en los psicólogos, delimitando así, claramente las funciones por área de acuerdo a este modelo. Por tanto, como se deja ver, existe una incongruencia entre el diseño y operatividad del modelo, lo que ha llevado principalmente a caer en una atención de tipo hospitalaria.

La principales razones entonces, a manera de justificación, para implementar esta investigación a través de un taller y generar las condiciones para trabajar a nivel de desprofesionalización radica y descansa en tres tres aspectos centrales, a saber:

1. Contribuir a brindar congruencia interna al modelo de atención entre el diseño y la parte operativa.
2. Auspiciar competencia en el personal de la institución para contribuir a fortalecer el bienestar entre profesionales y pacientes.
3. Optimizar recursos debido a que generalmente las organizaciones civiles en trabajo con SIDA carecen de recursos económicos y profesionales.

Debido a la modalidad de taller-seminario se incluyeron algunas lecturas sobre material escogido para cada rubro por abordar, mismas que se revisaron por sesión. Cabe señalar que previo al diseño del taller, existió un sondeo (pre-prueba) entre el personal de las áreas operativas (especialmente aquellos que tienen trato directo con los pacientes, a saber, medicina, trabajo social, odontología y enfermería), dicho sondeo se realizó a través del planteamiento de dos preguntas, a saber, ¿cuáles son las funciones que un psicólogo debe desempeñar dentro de la fundación Ser Humano? Y ¿qué tipo de conocimientos y/o herramientas te podría proporcionar un psicólogo para tu mejor desempeño y trato con los pacientes?. Todo ello con el fin de incluir lo que en forma representativa y común resultó, centrándose en dos aspectos básicamente: evaluación de los pacientes y manejo de ansiedad. Durante el taller se realizó una evaluación por sesión con la que se obtuvo un producto final que consistió en un manual de instrucciones. La evaluación contempla tres preguntas que permiten expresar por parte de los participantes, la experiencia vivida así como algunos aspectos por sugerir; las preguntas fueron: 1. ¿qué me gustó?, 2. ¿qué no me gustó? y 3. ¿qué agregaría?.

El taller entonces se basó en un diseño de preprueba-postprueba con un solo grupo, con lo que al contar previamente con la perspectiva de los participantes en cuanto a la función del psicólogo en la institución y a las aportaciones que puede realizar, se logró diseñar y programar el contenido del taller. La principal aportación de este diseño consistió en saber cual es la concepción del trabajo del psicólogo a priori, así como la impresión con que se quedan al final y que aspectos se sugieren para enriquecer un posible siguiente taller, de donde se pudieron rescatar elementos en este sentido.

SUJETOS

El personal que participó en el taller estuvo conformado por once profesionales, quienes divididos por áreas se distribuyeron como sigue: dos médicos, cuatro trabajadoras sociales, cuatro enfermeras y un odontólogo. Cabe señalar que el contacto con ellos se tenía establecido dentro de la misma institución al compartir actividades con el propio investigador como parte del mismo equipo de trabajo.

MATERIALES, APARATOS Y ESCENARIO

-Lecturas seleccionadas en fotocopias (un juego por participante).

-Hojas blancas, lápices, bolígrafos.

-Fotocopias de material bibliográfico (psicología preventiva, modelo de competencia –un juego para cada participante-).

-Pizarrón, plumones, borrador, sillas.

El taller se impartió en el aula “Silvia Orozco” de la institución, que cuenta con lugar para treinta personas sentadas aproximadamente, cuenta con luz natural y artificial, pizarrón, mesa grande para trabajar y espacio para realizar actividades.

PROCEDIMIENTO

El taller constó de tres sesiones con duración de cuatro horas cada una de ellas y las sesiones fueron semanales. La modalidad de trabajo consistió en un “taller-seminario”, donde existieron lecturas seleccionadas para cada rubro por abordar; el material se revisó y discutió por sesión con la finalidad de brindar retroalimentación constante, se realizó una evaluación por sesión con la finalidad de obtener un producto que consistió en un manual de instrucciones. Los objetivos y contenido fueron los siguientes:

1. Objetivo General: Proporcionar al personal operativo de salud herramientas teórico-prácticas para la intervención con pacientes que padecen VIH/SIDA.

2. Objetivos Particulares:

2.1. Proporcionar al personal operativo un panorama de salud desde el modelo tradicional.

2.2. Proporcionar al personal un panorama de prevención desde el modelo de salud tradicional.

2.3. Proporcionar al personal un panorama sobre el modelo de competencia como una alternativa dentro del ámbito de la salud.

2.4. Proporcionar al personal herramientas de tipo cognitivo-conductual en el manejo de pacientes hospitalizados.

CONTENIDO

1. REVISION DEL MODELO DE SALUD TRADICIONAL

- A. Modelo del déficit según Fernández-Ríos (modelo tradicional).
- B. Concepto de salud.
- C. Modelo medicalizado según Costa y López.
- D. Contextualización.
- E. Modelo según Emilio Ribes.
- F. Implicaciones sociales.
- G. Alcances y limitaciones.

2. PREVENCIÓN DESDE EL MODELO DE SALUD TRADICIONAL

- A. Concepto.
- B. Clases de Prevención.

3. EL MODELO DE COMPETENCIA

- A. El modelo de competencia como una alternativa de salud (Fernández-Ríos).
- B. Modelo de competencia (Costa y López).
- C. Concepto de sujeto competente.
- D. Concepto de comunidad competente.
- E. Contextualización (VIH/SIDA – Fundación Ser Humano).
- F. Implicaciones sociales.

3. MANEJO DE PACIENTES

- A. Técnicas de tipo cognitivo - conductual.
- B. Habilidades básicas.
- C. Técnicas relacionadas con el manejo de pacientes:
 - C.1. Relajación.
 - C.2. Manejo de Ansiedad.
 - C.3. Habilidades sociales.

CAPITULO 5

RESULTADOS

El personal médico que participó en el taller lo conformaron 11 profesionales: 2 médicos, 4 trabajadoras sociales, 4 enfermeras y un odontólogo, con quienes se obtuvieron en primera instancia datos acerca de su formación profesional y experiencia

Como aspecto inicial, el sondeo de necesidades acerca de las funciones que un psicólogo debe tener por un lado y las herramientas que puede ayudar a desarrollar en el personal por otro, se obtuvo lo siguiente: con respecto al primer punto, el personal que participó en el taller, considera, en términos generales, que el psicólogo debe realizar tres funciones principalmente, a saber, brindar apoyo a pacientes y familiares en relación a la enfermedad, brindar orientación y educación a familiares acerca de la enfermedad (incluyendo el abordaje de mitos y tabúes) y apoyo a pacientes y familiares acerca del proceso de angustia y ansiedad; por lo que hace al segundo punto, son cuatro los aspectos que el personal considera que el psicólogo debe contribuir para su desarrollo en el personal médico y de salud, estos son: trato a los pacientes según el estado de ánimo que prevalezca en estos, trato a pacientes en crisis, con angustia, ansiedad o con reacciones poco usuales, trato a familiares con pacientes, así como trato a los pacientes por parte del personal médico y de enfermería durante el recorrido de la visita diaria (controlar la ansiedad y no elevarla).

Funciones del psicólogo	Herramientas a desarrollar
1. Apoyo a pacientes y familiares en relación a la enfermedad.	1. Trato a pacientes según estado de ánimo.
2. Orientación y educación a familiares acerca de la enfermedad (mitos-tabúes).	2. Trato a pacientes en crisis, angustia, ansiedad o con reacciones poco usuales.
3. Apoyo a pacientes y familiares acerca del proceso de angustia y ansiedad.	3. Trato a familiares con pacientes.
	4. Trato a los pacientes por parte del personal médico y de enfermería durante el recorrido de la visita diaria (controlar ansiedad y/o no elevarla).

Cuadro 1. Resultados del sondeo de necesidades acerca de las funciones y aportaciones del psicólogo en la institución por parte del personal médico.

Cuadro 2: Datos y perfil general de personal médico participante en el taller de Psicología

NOMBRE	EDAD	SEXO	PROFESION	ESPECIALIDAD	AÑOS DE EXPERIENCIA	CURSOS TEORICO-PRACTICOS	EXPERIENCIA EN SIDA
María Lucero Piña Romero	32	F	Tec. Trabajo Social	NO	1	SI	3 Prácticas Profesionales
Aideé Morales Velázquez	22	F	Enfermera	NO	1	NO	
Alejandro Vargas Velasco	30	M	Odontólogo	NO	5	SI	5
María Guadalupe Mixca Hernández	26	F	Tec. Trabajo Social	NO	2	SI	2
Leticia Roa Rangel	34	F	Trabajadora Social	NO	10	SI	2
Encanto Gil Mendieta	46	F	Psicóloga	SI	1	SI	2
Isidro Manuel Romero Valadez	42	M	Médico General	NO	12	SI	Pacientes Ambulatorios en consulta privada 2 Años Formación con Conocimientos básicos
Araceli Fernández Guzmán	23	F	Enfermera	NO	2	SI	
Mónica Olivia Miranda López	21	F	Enfermera	NO	3.5	SI	NO
Miriam Paredes Gutiérrez	20	F	Enfermera	NO	2	SI	Prácticas Profesionales
María del Rosario Cabrera Manuel	39	F	Enfermera	NO	17	SI	10

preventiva.

Con respecto a la evaluación en cada una de las sesiones del taller, esta constó de tres ejes a manera de preguntas, las cuales son como sigue:

- 1.-¿Qué me gustó?
- 2.-¿Qué no me gustó?
- 3.-¿Qué agregaría?

En la primer sesión participaron 11 miembros de la institución, en la segunda 5, mientras que en la tercera asistieron 8. En cuanto a la primer sesión, de lo que más gustó a los participantes, se encuentra la dinámica llevada a cabo así como la comunicación establecida con el resto de los compañeros, en segunda instancia el conocer experiencias, la retroalimentación, el conocimiento nuevo y por último el manejo de los pacientes. En la segunda sesión lo que más gustó fue la temática, en segunda instancia la utilidad, la

dinámica generada y finalmente las soluciones a los problemas. En la tercer sesión primeramente la prevención como temática, la participación dinámica así como la extensión del conocimiento hacia uno mismo (prevención), en segundo lugar la visión institucional abordada, la libertad para expresarse, el poder liberar tensión y estrés y la modificación positiva de actitudes.

Con respecto a lo que no gustó aparece la poca participación en cuanto a cantidad de personal de la institución (ausencia del resto), la poca motivación, falta de disponibilidad de tiempo para completar la sesión por algunos participantes abandonando la misma por necesidad laboral, la falta de puntualidad, así como tener que haber llegado más temprano para participar en el taller. En la segunda sesión lo que no gustó fue la falta de lectura, la falta de participación, la falta de técnicas prácticas, exceso de teoría, asistencia limitada del personal y la poca apertura al cambio. Para la tercer sesión lo que no gustó principalmente fue la ausencia de personal, la falta de participación del personal médico y el abordar problemáticas institucionales (de la Fundación Ser Humano).

En lo que se refiere a los aspectos que se sugieren, para la primer sesión, se señala que exista la puntualidad, mayor dinamismo en la ponencia, contar con más círculos de reflexión, disponer del material con anticipación, integrar al resto del personal, mayor motivación para participar e integrar lo visto en general con la institución. Para la segunda se sugirió principalmente aplicar lo aprendido, en segundo lugar mayor optimismo, mayor dinamismo, incluir a mayor cantidad de personal así como concretar lo aprendido. Finalmente para la tercer sesión se sugiere agregar música de fondo para lograr relajación y evitar estrés, implementar técnica de juego de roles, propiciar debate y mantener actitud paciente y tolerante por parte del expositor.

	PRIMERA SESION	SEGUNDA SESION	TERCERA SESION
¿Qué me gustó?	-Dinámica (ritmo)* -Comunicación* -Intercambio de experiencias -Participación dinámica -Integración del personal -Manejo de pacientes -Retroalimentación .Conocimiento	-Temática* -Utilidad -Dinamismo -Participación -Temática Institucional (Fundación Ser Humano) -Soluciones a los problemas	-Prevención como temática* -Visión Institucional -Extensión del conocimiento (prevención) hacia uno mismo* -Temática general* -Liberación de tensión y estrés -Ambiente -Libertad de Expresión -Participación dinámica*

			-Modificación positiva de actitudes
¿Qué no me gustó?	-Poca participación -Poca motivación -Falta de puntualidad -Abandono de sesión por trabajo -Ausencia de personal médico -Falta de tiempo	-Falta de lectura -Falta de participación -Falta de dinámicas prácticas -Exceso de teoría -Asistencia limitada del personal -Poca apertura al cambio	-Ausencia de personal* -Abordar problemática institucional (Fundación Ser Humano) -Falta de participación del personal médico* -Asistencia limitada del personal
¿Qué agregaría?	-Puntualidad -Dinamismo en la ponencia -Círculos de reflexión -Disponer del material con anticipación -Mayor motivación -Integración con la Institución -Integración del resto del personal	-Mayor optimismo -Mayor dinamismo -Incluir a mayor cantidad de personal -Concretar lo aprendido	-Música de fondo (lograr relajación y evitar estrés) -Técnica de juego de roles -Debate -Aplicar lo aprendido* -Mantener actitud paciente del expositor

Cuadro 3: Concentrado de evaluación del taller por sesión (se marcan con * los aspectos que aparecen con mayor frecuencia).

A lo largo del discurso existen elementos que se dejan ver y que siguen una misma línea entre los participantes, lo que señala la importancia que estos tienen para fines del presente análisis; a continuación los describiremos y analizaremos su trascendencia ya que algunos de ellos son complementarios entre sí, lo que podrá brindar valiosos datos para considerar en futuros abordajes y proyectos de trabajo similares.

En primera instancia aparece a lo largo del taller, el discurso que tiene que ver con lo relacionado a aplicar, desarrollar o trabajar lo aprendido en los mismos participantes, en otras palabras aplicarlo a uno mismo, específicamente el tema de la prevención, lo que llama la atención al suponer que se “sufrir” de estragos o consecuencias negativas a nivel personal que pueden ir desde el desgaste propio de la actividad profesional hasta aspectos más complejos en la vida privada, con lo que tal temática se instala como un elemento clave ya que el conocimiento aquí no se proyecta en el otro o fuera de uno mismo solamente. Lo mismo ocurre con el tema de la vulnerabilidad, al saberse e identificarse los propios participantes como vulnerables. A reserva de analizar y abordar este aspecto a futuro bajo una metodología estructurada, vale la pena considerarlo ya que puede indicar el desgaste cotidiano que se tiene ya documentado en personal de salud y que se traduciría al

español como “quemarse” o “arder”, el famoso “burning out”; esa metodología tendría que dirigirse hacia la detección en todo caso en primera instancia y en caso de confirmarse, hacia generar estrategias y mecanismos de prevención.

Surge también la inquietud de fomentar o buscar la retroalimentación entre los propios compañeros acerca de la actividad cotidiana, la retroalimentación a través de la comunicación constante así como buscar mejorar la interrelación con los compañeros, este fue un aspecto que gustó en las sesiones: el poder establecer comunicación con los otros, como si en la rutina cotidiana no existiera la oportunidad. Este aspecto indica que existe apertura para escuchar pero también una gran necesidad de ser escuchado y de externar puntos de vista, posiblemente de aspectos a mejorar, acciones para prevenir errores, para elevar calidad de atención en pacientes, mejorar estrategias de abordaje o incluso para canalizar tensión emocional o estrés, aunque habría que determinar y precisar este aspecto. Sin duda alguna, estos aspectos que gustaron marcan necesidades del personal en forma particular y/o profesional.

En esta misma línea de los aspectos que no gustaron, aparecen los que tienen que ver con aquellos participantes que tuvieron que salir o abandonar la sesión, aún cuando se debiera a necesidades de la institución y por atención incluso a los mismos pacientes, especialmente en lo que se refiere a los médicos y a algunas de las enfermeras, quienes salían por estas razones y quienes en la mayoría de las ocasiones ya no regresaban, abandonando así la sesión de ese día con lo que se limitaba la retroalimentación y la posible riqueza en términos del intercambio de ideas y opiniones. También se señaló la falta de asistencia de personal en general del área de enfermería y de psicología como un elemento importante ya que al abordar temas de gran interés, se consideraba necesaria la participación de aquellos; la falta de asistencia además de personal clave de la institución, como aquel que cuenta con jerarquía y que puede tomar decisiones. En general en este sentido se expresó un desacuerdo en la falta de asistencia o en otras palabras, que al taller solo acudieran pocas personas a tratar temas tan interesantes como fundamentales, perdiéndose de esta actividad un mayor número de personas indicadas.

De lo anterior se desprende lo relacionado con los elementos para mejorar o enriquecer el taller, los cuales principalmente son: integrar a todo el personal, integrar a mayor cantidad de personal al mismo por un lado, mientras que por otro se propone llevar a cabo lo trabajado a los hechos y concretar lo desarrollado en acciones puntuales.

CATEGORIZACIÓN

Finalmente los resultados se agruparon en categorías bajo las tres preguntas que sirvieron de guía para la evaluación, las categorías son resultado de las respuestas más consistentes a lo largo del trabajo y podrán servir como punto de partida para futuros proyectos.

¿Qué me gustó?	¿Qué no me gustó?	¿Qué agregaría?
-Sensibilización acerca del tema de la Prevención y la Vulnerabilidad	-Ausencia del resto del personal médico	-Aplicaciones de lo aprendido en la intervención con la población

-Necesidad de contar con retroalimentación acerca de la actividad profesional	-Asistencia limitada del personal médico por actividad laboral	-Aplicaciones de lo aprendido en forma personal
-Ritmo y participación desarrollada en las sesiones		
-Interés por conocer y manejar temas vinculados con el comportamiento		

Cuadro 4: Categorías finales resultantes de la evaluación

CAPITULO 6

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos arrojan datos interesantes que, como señalábamos anteriormente, siguen una línea que da congruencia a una serie de necesidades que se pueden leer o traducir hasta cierto punto como demandas, con lo que podemos iniciar así las conclusiones.

Primeramente es claro que existe una gran necesidad de contar con espacios para promover la reflexión, análisis e intercambio de ideas por parte del personal de salud de la institución, ya que la demanda de actividad profesional y el ritmo laboral cotidiano, generan lo que podemos llamar, necesidad de retroalimentación; el intercambio cotidiano condicionado a al ejercicio profesional no es suficiente.

En segundo lugar, al abordar las temáticas de la prevención y de la vulnerabilidad en el taller, el personal en buena parte se identifica en forma individual con tales temas, ya que se asumen o reconocen como “vulnerables” ante algunas situaciones de riesgo propias de la actividad profesional o bien propias de la actividad cotidiana, por lo que se considera necesario implementar acciones o estrategias que conduzcan a la prevención en este mismo sentido individual. Probablemente sea algo que algunos de los participantes ya conocían, sin embargo, al revisar literatura donde se plantean dichos términos en forma sistematizada, no solo se conciben las acciones necesarias hacia los pacientes, sino que se requiere iniciar desde lo personal, desde uno mismo; específicamente ¿hacia donde dirigir la prevención?, ¿sobre que aspectos o áreas se conciben más vulnerables los participantes?, ¿dónde se encuentra la mayor cantidad de necesidades en este aspecto?, ¿con qué elementos se cuenta para ello?; estas son algunas preguntas que se abren como resultado de este trabajo, las cuales valdrá la pena considerar para desarrollar metodologías y estrategias que puedan al final, darles respuesta satisfactoria en futuros proyectos.

En tercer lugar existe también una necesidad considerable de contar con retroalimentación en lo que a la actividad y práctica profesional se refiere, tal como se señaló inicialmente, retroalimentación por parte de quienes se encuentran al mismo nivel de jerarquía incluyendo a personal de otras áreas, para intercambiar puntos de vista, experiencias y quizá realizar ajustes en lo que a la práctica profesional toca, conocer la experiencia de otros compañeros y con ello interrelacionarse, aparece como otra inquietud, ya que da la impresión por lo evaluado en el taller, que el personal en general, solamente se enfoca en su actividad, dejando de lado este aspecto de intercambio con otros, que representa al final, el elemento humano de interacción y reciprocidad; en realidad esto podría sentar las bases para un verdadero abordaje y enfoque multidisciplinario en lo que a la atención del paciente se refiere y con ello lograr que se dé en forma integral.

Como elemento complementario, al haber existido falta de participación durante alguna de las sesiones, abandono de las mismas debido a la actividad laboral y la no inclusión de mayor cantidad de personal y de personal clave, la retroalimentación se limita, los puntos

de vista y las distintas miradas acerca de la vida institucional se pierden, siendo esto lo que principalmente desagradó a lo largo del taller.

Finalmente como elementos que se agregarían, la mayoría de los participantes coinciden en que sería conveniente y es deseable incluir a todo el personal para participar en este tipo de talleres, la información manejada en el desarrollado aquí pareció muy interesante para quienes acudieron y consideran importante hacerla llegar a los demás y compartirla; otro elemento por agregar se refiere a concretar lo aprendido o traducirlo a los hechos durante la atención a los pacientes.

Fundamentalmente el taller sirvió para lograr diversos aspectos hacia el personal de la fundación Ser Humano que participó en el taller, los cuales se engloban en 3 ejes constituyendo así lo más relevante y con los que se pudo concluir, estos son: 1. Sensibilizar, 2. Concientizar o reafirmar y 3. Conocer.

1. Sensibilizar: se sensibilizó a los participantes acerca de: A) las condiciones de los pacientes tanto en el aspecto emocional como conductual (en el plano psicológico en general); B) las condiciones ambientales externas de los pacientes así como de algunos elementos para mejorarlas.
2. Concientizar: se logró hacer conciencia acerca de A) riesgos profesionales como parte de la actividad laboral y su impacto en el plano psicológico; B) riesgos personales como parte de la vida cotidiana y su impacto en el plano psicológico.
3. Conocer: se logró conocer la necesidad acerca de: A) externar opiniones o inquietudes acerca de la actividad profesional o institucional cotidiana; B) escuchar a los otros acerca de la actividad profesional cotidiana, C) contar con retroalimentación.

Resulta evidente que existe además de la necesidad de externar opiniones, plantear puntos de vista, recibir retroalimentación del resto de los compañeros e interrelacionarse mejor con la institución en general, una preocupación que se plantea claramente acerca de los dos temas centrales que se abordaron en el taller: vulnerabilidad y prevención en términos del impacto que pudiera tener en el propio personal. Al señalar la importancia que tiene el iniciar por revisar e incidir en este sentido por uno mismo, se hace evidente el grado tan importante de sensibilización, lo que puede ser de gran valor ya que el beneficio se podría extender no solamente a la población atendida sino al mismo equipo de profesionales, logrando inclusive un elemento de empatía o de mejor “entendimiento” al paciente de manera importante.

Todos estos elementos resultantes podrían abordarse en parte con el equipo de profesionales en instituciones de ese tipo, en términos de prevención e incluso de intervención bajo el rubro de lo que desde hace tiempo se conoce como “bienestar ocupacional”, donde lo que se pretende es generar condiciones desde ergonómicas hasta de relaciones laborales pasando por ambientales para reducir niveles de estrés, desgaste físico, prevenir tensión emocional hasta donde sea posible para lograr al final que la productividad

se mantenga en el nivel óptimo. A manera de propuesta entonces, se sugiere promover espacios para la retroalimentación entre el personal de salud, abrir espacios para la revisión y análisis de casos clínicos desde el punto de vista multidisciplinario de forma constante y sistemática, con lo que se propiciaría una mayor interrelación. Realizar de manera periódica talleres para abordar lo relacionado con la dimensión psicológica y sus implicaciones derivadas de la actividad profesional, en aquellos casos en que se detecte a partir de dichos talleres, la necesidad de asesoría o atención psicológica formal en algún miembro del equipo de salud, ofrecerla o derivarlo a alguna instancia para recibirla.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ballester, R. (2005) *Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA*. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, volumen 10, número 1, pp. 53-69.
2. Berteley, M. (2000) *Conociendo nuestra escuelas, un acercamiento etnográfico a la cultura escolar*. Paidós. México.
3. Cassuto, P.; Pesce, A.; Quaranta, J. (1991) *Manual de SIDA e infección por VIH: Virus de la Deficiencia Humana*. Masson. Barcelona.
4. Cohen, J. (1994) *The AIDS Knowledge Base*. Little Brown and Company. E.U.A.
5. Cohen, D.; Henderson, J. (1998) *Health, Prevention and Economics*. Oxford University Press. Oxford. p.p. 1759
6. Costa, M.; López, E. (1986) *Psicología Comunitaria y de la Salud*. Martínez Roca. Barcelona.
7. Daniels, V. (1988) *SIDA*. Manual Moderno. México.
8. Fauci, A. (1997) *AIDS Research HIV Suppressed long after treatment*. Retroviruses. 587-635.
9. Fernández, L. (1994) *Manual de Psicología Preventiva*. Siglo XXI. Madrid.
10. Gatchel, R.; Baum, A.; Kratz, D. (1989) *An introduction to Health Psychology*. McGraw-Hill. New York.
11. *Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales (Secretaría de Salud. CONASIDA - 2000)*. Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA. México.
12. Matarazzo, J. (1980) *Behavioural Health and Behavioural Medicine: Frontiers for a New Health Psychology*. American Psychologist, 35:807-817.
13. Miller, D. (1989) *Viviendo con SIDA y VIH* en Imprenta. Honduras.
14. *Norma Oficial Mexicana para el Control y prevención del VIH/SIDA (1995)* CONASIDA. Secretaría de Salud. México.
15. Orzechowzki, A. (1997) *SIDA Hoy*. Publicación amigos contra el SIDA. p. 29-30. México.
16. Perkins, D.; Stern, R.; Golden, R.; Murphy, C.; Naftolowitz, D.; Evans, D. (1984) *Mood disorders in HIV infection: prevalence and risks factors in a nonepicenter of the AIDS epidemic*. American Journal of Psychiatry, 151, 233-236.
17. Phares, J. (1996) *Psicología Clínica y de la Salud*. Manual Moderno. México.
18. Ribes, E. (1972) *Behavior Modification: Issues and Extensions*. NY. Academic Press. Publicado en español por editorial Trillas. México.

19. Ribes, E. (1978) *Nuevas Técnicas instruccionales aplicadas a la educación superior*. Trillas. México
20. Ribes, E.; Fernández, G.; López, F.; Rueda, M.; Talento, M. (1980) *La Enseñanza, Investigación y Ejercicio Profesional de la psicología: un nuevo modelo*. Trillas. México.
21. Turrina, C.; Fiorazzo, A.; Turano, A.; Cacciani, P.; Regina, C.; Casteli, F.; Sachetti, E. (2001) *Depressive disorders and personality variables in HIV positive and negative intravenous drug-users*. *Journal of Affective Disorders*, 65, 45-53.
22. Ulla, S.; Remor, E. (2002) *Psiconeuroinmunología e infeccao por HIV: realidade ou ficcao?*. *Psicologia: Reflexao e critica*, 15, 113-119.
23. Wagenfeld, D. (1972) *The Primary Prevention of Mental Illness: a sociological perspective*. *J. Health Soc. Behav.* Jun 13(2) 195-200.