

870125129

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ELABORACION DE UN PROGRAMA DE AYUDA PSICOLOGICA PARA PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH-SIDA).

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

IDALIA GUADALUPE AYALA RUELAS

GUADALAJARA, JAL.

FEBRERO 1991



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

CAPITULO	I:	INTRODUCCION GENERAL.....	1
	1.1	Establecimiento de objetivos.....	3
	1.2	Definición de términos clave.....	4
	1.3	Información previa.....	7
	1.4	Limitaciones del estudio.....	12
	1.5	Naturaleza y orden de presentación.	12
		Referencias bibliográficas.....	14
CAPITULO	II:	SIDA	
	2.1	Cuadro clínico.....	16
	2.2	El Virus.....	18
	2.3	Diagnóstico.....	20
	2.4	Repercusión mundial.....	27
	2.5	Tratamiento médico.....	29
	2.6	Programas de prevención.....	32
	2.7	CONASIDA.....	44
	2.8	Epidemiología del SIDA en México y en Jalisco.....	48
		Referencias bibliográficas.....	50
CAPITULO	III:	ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL SIDA.	
	3.1	Estigma y prejuicio.....	51
	3.2	Aspectos neuropsiquiátricos.....	52
	3.3	Psicoterapia del paciente con SIDA.	60
	3.4	Psicoterapia breve.....	66
	3.5	Psicoterapia racional emotiva.....	69
	3.6	Psicoterapia de valores.....	71
	3.7	Psicoterapia centrada en el cliente	73
	3.8	Conclusión sobre las diferentes psi coterapias.....	75
		Referencias bibliográficas.....	76

CAPITULO IV: METODOLOGIA

4.1 Enfoque metodológico para la elaboración del programa..... 77

CAPITULO V: PROGRAMA DE AYUDA PSICOLOGICA PARA PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)..... 93

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS..... 134

GLOSARIO..... 139

BIBLIOGRAFIA..... 148

CAPITULO I

C A P I T U L O I

I N T R O D U C C I O N G E N E R A L

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), provoca el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)* que es una enfermedad mortal, hasta la fecha incurable que se ha extendido rápidamente a casi todos los países. Este virus (VIH), destruye totalmente el sistema de defensa del organismo y lo deja a merced de prácticamente cualquier enfermedad infecciosa. Aunque en un principio, el SIDA se presentaba en algunos grupos de población como los homosexuales y prostitutas, ahora se ha comprobado que esta enfermedad puede atacar a cualquier persona (hombres, mujeres, -- adolescentes y niños), ya que hay diversas formas de transmisión.

Al saber un individuo que es portador del VIH o que tiene SIDA- independientemente del mecanismo por el cual -- contrajo el virus-, el efecto dependerá de su estructura -- de carácter y personalidad y del contexto social en el -- cual vive y se desarrolla, pero es inevitable que pase por todo un proceso psicológico de aceptación de este importante cambio en su vida.

De tal manera que, personas que están en la plenitud de su vida, de pronto se enfrentan a una nueva situación que no saben como manejar, sus perspectivas cambian, --

* A lo largo de este trabajo se hablará del Virus de Inmunodeficiencia Humana y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida para lo cual se recurrirá al uso de sus abreviaturas correspondientes: VIH y SIDA respectivamente.

No es fácil el proceso, ya que un individuo con VIH pasa por diversas fases en las cuales hay sentimientos de culpa, negación, sentimiento de pérdida, pérdida de la autoestima, pérdida del bienestar y de la privacidad, angustia, ira, miedo a lo desconocido, miedo al rechazo, miedo al abandono, incertidumbre y desesperanza; todos estos sentimientos se entremezclan y es muy importante contar siempre con alguien cercano dispuesto a brindar su apoyo en el momento que se necesite.

"Hay evidencia de que los portadores del VIH (no enfermos) experimentan mayor estrés que las personas que ya tienen SIDA (enfermos). Es más difícil aceptar que se está infectado cuando el individuo se ve bien y se siente bien físicamente, que cuando su cuerpo manifiesta las consecuencias del mal. Es difícil determinar que individuos y en que momento desarrollarán el SIDA, pero sabemos, por estudios longitudinales, donde se ha podido establecer con -- cierta precisión el momento en que sucedió la infección, -- que después de 10 años de estar infectados con el VIH solo el 48% ha desarrollado el SIDA.

Pero independientemente de la historia natural de esta nueva enfermedad, existen ciertas medidas que todo individuo puede llevar a cabo para aumentar sus expectativas de vida y evitar la progresión de la enfermedad.

Es importante recordar que en la infección por el VIH se afecta el sistema inmunológico, que es el encargado de defendernos ante cualquier agresión a nuestro organismo.

Algunas de las reacciones psicológicas y físicas que se presentan al saber que se está infectado por el VIH,

provocan disminución en la respuesta del sistema inmunológico y pueden aumentar la posibilidades de que la enfermedad progrese". (1).

Lo que llevó a presentar este trabajo, fué principalmente la preocupación por la salud mental de las personas infectadas por el VIH; ya que es una situación bastante difícil de sobrellevar, teniendo en cuenta su relación directa con problemas psicológicos, con aspectos de vida-muerte, con la respuesta social-ideológica y su relación con la sexualidad y su manejo.

Se considera este tema de suma importancia, ya que es un problema actual y que atañe a la población mundial, puesto que se extiende peligrosamente día a día, aún cuando se tienen medidas preventivas y de control.

1.1 ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

El objetivo de esta tesis es realizar un programa de ayuda psicológica para personas infectadas por el VIH; con el fin de disminuir en la medida que sea posible los síntomas agudos de ansiedad y depresión que presentan estos pacientes.

Este programa será elaborado en base al modelo instruccional de Jerrold Kemp.

Se espera sea utilizado por psicólogos y psiquiatras con experiencia (de preferencia especialistas en este campo).

1.2 DEFINICION DE TERMINOS CLAVE

V.I.H.- "Virus de la Inmunodeficiencia Humana. - nombre que el Comité Internacional para la Taxonomía de los Virus recomendó que se empleara para designar al agente causal del SIDA, en mayo de 1986". (2).

SIDA.- "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Enfermedad infectocontagiosa, debida a un retrovirus conocido como virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el cual ataca y deprime el sistema inmunológico, por lo cual el individuo se vuelve presa fácil de infecciones secundarias (infecciones oportunistas) y cáncer, que conducen a su muerte.

A diferencia de la mayoría de las enfermedades infecciosas, en las cuales la enfermedad aparece días o semanas después del contagio, el SIDA puede presentarse años y probablemente decenios después de la infección inicial por VIH. La enfermedad conocida como SIDA, presenta una amplia gama de síntomas, algunos debidos al efecto directo del VIH sobre las células; otros, a las infecciones o a los tumores secundarios que acompañan a la enfermedad. Con base en ésto, el SIDA se clasifica en:

1.- Enfermedad constitucional.

- 2.- Encefalopatía por VIH.
- 3.- Infecciones oportunistas.
- 4.- Tumores asociados a infección por VIH". (3).

CONASIDA.- "Consejo Nacional para la Prevención y control del SIDA. Institución mexicana-creada originalmente como respuesta a una solicitud de la OMS a sus países miembros para formar comités que coordinaran, a nivel nacional, la lucha contra el SIDA. El 19 de agosto de 1988, se firmó el decreto presidencial por el cual pasa de ser comité nacional a ser Consejo nacional, es decir, un organismo gubernamental descentralizado, con representación de múltiples instituciones del sector salud, secretarías de Estado, medios de comunicación masiva e instituciones educativas y juveniles".- (4).

INMUNODEFICIENCIA.- "Estado heredado o adquirido, en el cual el sistema inmunológico es incapaz de funcionar normalmente ante agresiones externas o internas". (5).

SEROPOSITIVOS.- "Situación en la que existe presencia de anticuerpos en la sangre, producidos por el organismo como respuesta a alguna enfermedad en particular. El resultado no indica si el individuo llegará o no a desarrollar dicha enfermedad".(6).

PORTADOR ASINTOMÁTICO.- "Persona que tiene un agente infeccioso en el organismo, sin presentar ningún síntoma o manifestación clínica de enfermedad". (7).

PSICOTERAPIA.- "Forma de tratamiento de las enfermedades psíquicas y trastornos de conducta en la cual una persona con la formación necesaria establece un contrato profesional con el paciente e intenta, por medio de la comunicación terapéutica de finida, tanto verbal como no verbal, aliviar el trastorno emocional, invertir o modificar las pautas de conductas adaptativas y fomentar el crecimiento y desarrollo de la personalidad. La psicoterapia se diferencia de otras formas de tratamiento psiquiátrico tales como la farmacoterapia, la cirugía, el tratamiento con electroshocks y el tratamiento con comas insulínicos". (8)

AYUDA PSICOLÓGICA Consiste en proporcionar ayuda y orientación psicológica al paciente; con el fin de que éste supere la crisis y así aliviar el trastorno emocional.

PROGRAMA.- "Sucesión de indicaciones para la solución de problemas de una misma clase. Los programas se escriben muchas veces en un lenguaje de programación fijas o variables". (9).

1.3 INFORMACION PREVIA

"La historia del SIDA EN México se puede resumir de la siguiente manera: los primeros casos fueron diagnosticados en 1983, en extranjeros residentes en este país. En 1985, se inicia en los bancos de sangre, la utilización de pruebas serológicas en donadores, lo que permitió determinar la magnitud de la infección. En mayo de 1986 se publicó la ley que establece la obligación de practicar pruebas en todos los donadores de sangre. Ese mes cerró con 134 - casos de SIDA.

Para diciembre, ya eran 226 los casos. El consejo - de Salubridad General establece entonces que el SIDA es -- una enfermedad objeto de vigilancia epidemiológica, y que debía ser notificada en forma inmediata y obligatoria. En mayo de 1987, los casos sumaban 487. Entonces se hicieron modificaciones a la Ley General de Salud. Fundamentalmente se ratificó la obligación de notificar de inmediato los ca sos de SIDA y de seropositivos, y se prohibió la comercialización de la sangre". (10).

En su tesis: Manejo de la Técnica de la Entrevista- Abierta en el Servicio de Apoyo Psicológico por Teléfono - en el Centro de Información- CONASIDA, Rosalina Plascencia Gutiérrez refiere que dentro de la breve historia del Vi - rus de la Inmunodeficiencia Humana-SIDA, se pueden distinguir tres periodos:

- 1.- Primer período de silencio 1970 - 1981
- 2.- Segundo período de descubrimiento 1981-1985
- 3.- Tercer período de movilización global 1985-1988

Estos periodos son señalados por el Dr. Jonathan -- Mann, Director de la Organización Mundial de la Salud, en la IV Conferencia internacional del SIDA en Estocolmo 1988.

1.- Primer periodo de silencio 1970-1981.

En este periodo se extendió sin ser notado, a por lo menos 5 continentes. Tiempo de la pandemia silenciosa (oculta).

2.- Segundo periodo de descubrimiento 1981-1985.

Aquí se descubre el agente infeccioso, creyéndose primeramente que era un "mal" típico de los homosexuales, posteriormente se erradicó esta idea ante otros casos de SIDA en personas heterosexuales. Se inicia la detección del SIDA a través de la prueba ELISA. También se definen las formas de transmisión: compartir agujas o jeringas para inyectarse drogas intravenosas con una persona infectada, teniendo coito sexual con una persona contagiada por el VIH, uso de productos sanguíneos contaminados, mujeres infectadas por el VIH pueden transmitirle el virus al hijo durante el embarazo o al alimentarlo con leche materna.

Se descubrió también el periodo de latencia entre la infección y la manifestación de la enfermedad. Además se habló del número de personas infectadas mediante la -- aplicación de pruebas y detección del virus.

3.- Tercer periodo de movilización global 1985-1988

Se trata de la lucha global contra el SIDA, ésta requería una estrategia global, movilización y acción de co-

mún acuerdo; la cual cubría 3 objetivos:

- Prevenir la infección de VIH.
- Dar ayuda y apoyo a los ya contagiados.
- Unir esfuerzos tanto nacionales como internacionales contra SIDA.

ALGUNOS ESTUDIOS E INVESTIGACIONES REALIZADAS*

PSICOTERAPIA EN PACIENTES CON SIDA.

En Estados Unidos Autor: Feldmann-TB Fecha: Agosto 1989.

"Pacientes con experiencia de SIDA y otros con infección de VIH, es una variedad de estrés psicológico.

Estos estrés abren a muchas reacciones situacionales y problemas de ajustes. La psicoterapia puede provocar grandes beneficios a la ayuda de pacientes con SIDA y restar sus dificultades psicológicas.

Ocho áreas esenciales deben tomarse en cuenta para el tratamiento de Psicoterapia en todo tipo de pacientes con SIDA.

Examinando cada una de estas áreas, la consecuencia de la intención psicológica, asociado con infecciones por VIH que trata; en general, la calidad de vida para pacientes con SIDA, hasta ahora, mejorando". (11).

*Desgraciadamente, solo se pudo conseguir el resumen de estos estudios, obtenidos en la base de datos Medline.

EL PROYECTO ANKALI: Un modelo para el uso de voluntarios para proveer soporte emocional en enfermedades terminales.

En Australia Autores: McCallum-LW, Dykes-JN, --
Painter-L y Gold-J. Fecha: 3 de julio de 1989.

"El proyecto Ankali provee soporte emocional a aproximadamente 250 personas con SIDA: sus parejas, miembros de la familia y amigos.

Los voluntarios actúan como un soporte amigable y hacen posible materiales para tener la oportunidad de expresar sus sentimientos.

El modelo de proyecto, fácilmente puede ser adaptado a las necesidades de las personas con otras enfermedades terminales. Uno de los factores más importantes es la estructura compulsivo soporte-grupo, para voluntarios".(12)

MODELO DE INTERVENCIÓN PARA GRUPOS ESTRUCTURADOS PARA PACIENTES CON SIDA.

En Estados Unidos Autores: Fawzy-FI, Namir-S, -
Wolcott-DL Fecha: 1989.

"Nos hemos reunido y analizado en 50 hombres con SIDA, antes y después de una intervención de grupos estructurados de 10 semanas. Se propuso reducir angustia psicológica y mejorar conductas. A través de los descubrimientos se encontró información relacionada con estrategias de copia*

*Copia, se refiere al modelo de conducta positiva que el paciente deberá adoptar.

para depresión y ansiedad.

Información acerca de los medios de comunicación de personas con SIDA y su relación entre estrategias de copia, medios de comunicación y su soporte y estados psicológicos.

También encontramos que las intervenciones de grupos estructurados comprende el problema con técnicas de solución, educación de la salud, relajación, entrenamiento y soporte emocional, es de gran ayuda en reducir ansiedad y depresión y en enseñar a las personas más maneras positivas en copiar, para tratamiento de su problema psicológico de su enfermedad". (13).

ESTUDIO PSICO-SOCIAL EN 192 PACIENTES CON VIH Y SIDA

En Inglaterra Autor: King-MB Fecha: Febrero de 1989

"192 pacientes con VIH fueron intervenidos y estandarizados en 2 hospitales de Londres; casi todos revelaron su diagnóstico a otros. Un cuarto de la población recibió reacciones negativas de sus confidentes. El 31% de la población tiene significativos problemas psiquiátricos. Casi la mitad de ellos reportó problemas emocionales antes de su VIH. 22% se quejan por dificultades de memoria o concentración, de los cuales el 12.5% tuvieron impedimentos cognitivos objetivos en pequeñas evaluaciones.

Excesivas meditaciones en la salud es un indicador importante en extensivos problemas psicológicos.

Este post-grado de Psicología en Angustias se lleva a cabo con reportes de pacientes de otras condiciones médi

cas en general.

Los pacientes aparecieron bien adaptados, despechoes la marca obvia, derivado -entre otras cosas- del pronóstico pobre para su condición". (14).

1.4 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Una de las limitaciones del programa es que se desconoce su efectividad, puesto que no se ha aplicado.

Otra de ellas, es que está basado en trabajos documentales, lo que implica que no se ha tenido un trato directo con estos pacientes para obtener una información más palpable acerca de la problemática que presentan.

Una limitación más es que este programa podrá ser aplicado solamente por psicólogos y psiquiatras titulados (de preferencia con experiencia y especialistas en SIDA).

Por último, otra de las limitaciones es que solo se puede aplicar en pacientes de 18 años en adelante, excluyendo así a pacientes de menor edad: puesto que no se tomó en cuenta la problemática específica (de acuerdo a su edad) que éstos presentan.

1.5 NATURALEZA Y ORDEN DE PRESENTACION.

El capítulo 1.- Introducción general, tiene como fin introducir al lector al tema: mostrándole una panorámica general del problema, desde antecedentes hasta limitaciones del trabajo.

El capítulo II.- SIDA, incluye información acerca del SIDA, definiendo lo que es la enfermedad y lo que ésta implica, al mismo tiempo que se señalan sucesos y avances a nivel mundial.

El capítulo III.- Aspectos psicosociales del SIDA, trata sobre la repercusión psicológica y social que trae como consecuencia el estar infectado por el VIH; asimismo, en este capítulo se señalan los principios de las psicoterapias a aplicar en este programa.

El capítulo IV.- Metodología, aquí se presenta el modelo en que se basará la elaboración del programa; en este caso se utilizará el modelo instruccional de Jerrold -- Kemp, haciendo una descripción breve de cada uno de los pasos en relación al tema que se está tratando.

El capítulo V.- Elaboración de un programa de ayuda psicológica para pacientes infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), contiene el programa, donde se explican los pasos a seguir para el desarrollo -- del mismo; especificándose también los objetivos de cada uno de los ejercicios, las técnicas psicoterapéuticas que se utilizan, el material requerido y las instrucciones específicas para llevar a cabo las sesiones terapéuticas.

El capítulo VI.- Conclusiones y sugerencias, contiene conclusiones con respecto al programa en general y en cuanto a los objetivos de estudio establecidos, así como recomendaciones para hacer un manejo adecuado del programa y de los pacientes; asimismo, sugiere áreas para posibles investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) GACETA CONASIDA, Mayo-junio de 1989, Año II, Núm. 1,- México, D.F. Pag. 3.
- (2) Sepúlveda Amor Jaime, Bronfman Mario-Rufz Palacios - Guillermo Stanislawski Estanislao-Valdespino José - - Luis, SIDA, ciencia y sociedad en México, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1989, México, D.F. Pág. 495.
- (3) Sepúlveda Amor Jaime, Bronfman Mario-Rufz Palacios - Guillermo Stanislawski Estanislao-Valdespino José - - Luis, 1989, Pág. 492.
- (4) Idem, Pág. 479.
- (5) Idem, Pág. 485
- (6) Idem, Pág. 492
- (7) Idem, Pág. 489.
- (8) Freedman Alfred M, Kaplan Harold I. y Sadock Benjamín J. Compendio de PSIQUIATRIA, Ed. Salvat, 1984, México, D.F. Pág. 853
- (9) Dorsch Friedrich, Diccionario de Psicología, Editorial Herder, 1976, Barcelona, España. Pág. 731.
- (10) Sepúlveda Amor Jaime, Bronfman Mario-Rufz Palacios - Guillermo Stanislawski Estanislao-Valdespino José -- Luis, SIDA, ciencia y sociedad en México, Ed. Fondo - de Cultura Económica, 1989, México, D.F. Pág. 270.

- (11) Journal Ky Medical Assoc., Vol. 87, Núm. 8, agosto - de 1989, Estados Unidos, Pág. 368.
- (12) The Medical Journal of Australia, Vol. 151, Núm. 1,- julio de 1989, Australia. Pág. 33.
- (13) Psychiatry Medical, Vol. 7. Núm. 2, 1989, Estados Uni dos, Pág. 35.
- (14) The British Journal of Pychiatry, Vol. 154, febrero- de 1989, Inglaterra. Pág. 237.

C A P I T U L O I I

C A P I T U L O I I

S I D A

2.1 Cuadro clínico.

MILLER, WEBER Y GREEN, en su libro: Atención de pacientes de SIDA (1989), refieren que el virus VIH causa el SIDA, que es un estado de inmunosupresión, éste a su vez infecta un subgrupo de linfocitos de sangre periférica, las células T colaboradoras, que tienen a su cargo muchas de las funciones del sistema inmunológico celular. Las células infectadas pierden su capacidad funcional y mueren prematuramente. Este defecto de la inmunidad celular produce sensibilidad a infecciones por agentes oportunistas, con frecuencia de naturaleza viral, micótica o protozoaria. El defecto inmunológico celular también origina el desarrollo de grupos particulares de tumores, en especial sarcoma de Kaposi y linfoma no Hodgkin. Estas infecciones y tumores oportunistas son similares a las que se ven en otros pacientes con defectos congénitos o adquiridos de la inmunidad celular.

Se reconoce cada vez más que los pacientes infectados por VIH pueden desarrollar un amplio espectro de otras enfermedades no causadas por infecciones oportunistas y -- que al parecer son consecuencia directa o indirecta de la infección viral. El más común de estos trastornos es la linfadenopatía generalizada persistente (LGP); una proporción (5 a 25 %) de quienes la padecen desarrollará finalmente SIDA. Aún no se aclara la relación exacta entre estos trastornos "prodrómicos" y la aparición ulterior de -- SIDA; la mayoría de los pacientes con LGP no parece pro -

gresar al SIDA franco en tres o cuatro años de vigilancia; pero no es nada seguro que no lo desarrollará ya que a veces se presenta a los 10 años de la infección; por lo que no será posible valorar por completo la evolución de esta enfermedad por un tiempo considerable, debido a la latencia de la infección.

"El estudio de la infección HTLV-III se encuentra en su infancia y aún se están presentando nuevos síndromes. No se conocen sus consecuencias a largo plazo (o sea más de 10 años) pero es razonable pensar que finalmente surjan más complicaciones neoplásicas y de otra índole". (1).

"La sobrevida máxima, de acuerdo con la experiencia del Hospital de México que concentra la mayor casuística, varió entre 80 y 140 semanas (1.5 a 2.6). La sobrevida en población infantil es inferior a la reportada en adultos, también existen diferencias en la sobrevida de acuerdo con el tipo de transmisión". (2).

"En estudios realizados sobre infecciones transmitidas por vía sanguínea se ha encontrado que las personas infectadas pasan por un período asintomático prolongado, durante el cual son capaces de contagiar. Esta observación es muy importante, ya que las personas infectadas asintomáticas pueden transmitir el virus sin saberlo" (3).

"Las características clínicas del SIDA, permiten -- que el paciente, por su sintomatología diversa, pueda presentarse a consulta con alguno de los siguientes especialistas: neumólogo, neurólogo, gastroenterólogo, dermatólogo, psiquiatra, infectólogo, internista, oftalmólogo, médico general, etcétera.

Los signos y síntomas que permiten sospechar el diagnóstico de SIDA SON: *

- 1.- Fiebre persistente.
- 2.- Pérdida inexplicable de peso.
- 3.- Fatiga intensa.
- 4.- Crecimiento de ganglios linfáticos.
- 5.- Tos seca de varias semanas de aparición.
- 6.- Alteraciones diversas en piel, destacando las manchas violáceas (sarcoma de Kaposi).
- 7.- Presencia de manchas blancas en cavidad oral (moniliasis).
- 8.- Diarrea profusa y de larga evolución.
- 9.- Letargo, depresión, demencia". (4).

2.2 EL VIRUS.

Jaime Sepúlveda Amor y Cols., en su libro: SIDA, ciencia y sociedad en México (1989), refieren que primeramente, se pensó que el SIDA podría deberse al efecto tóxico de ciertas drogas estimulantes, "poppers", utilizadas por los homosexuales, a la acción de algún factor presente en el esperma, etcétera. No fué hasta el otoño de 1983, cuando el Doctor Robert C. Gallo, del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, en la sesión del grupo de Trabajo sobre SIDA -reunido en Cold Spring Harbor-, señaló que el SIDA Podía deberse a un agente infeccioso -- relacionado con los HTLV recientemente descubiertos por él.

* Los pacientes no necesariamente tienen que presentar todos los síntomas, pudiendo aparecer solamente algunos de ellos; dependiendo del estado de deterioro del paciente.

Su hipótesis fué basada en la información que hasta ese momento se tenía: la causa del SIDA era un agente infeccioso que podía ser transmitido por la sangre. Debido a que ésto podía suceder a través de filtrados de sangre, como los utilizados en el tratamiento de los individuos -- con hemofilia, entonces el doctor Gallo dedujo que tal vez se trataba de un "agente filtrable". Pensó que el sitio de ataque de dicho virus debía ser una variedad de glóbulos blancos conocidos como linfocitos T colaboradores o células CD4, ya que su número se encontraba notablemente reducido en los pacientes con SIDA. Como los únicos agentes infecciosos -- hasta ese momento conocidos -- capaces de atacar a esas células eran los retrovirus HTLV, el doctor Gallo afirmó que el virus del SIDA debía de estar emparentado con éstos. Asimismo, al descubrirse que otro retrovirus, el virus de la leucemia felina (FELV), era capaz de atacar a los linfocitos T colaboradores del gato y provocar leucemia e inmunodeficiencia, concluyó que el virus del SIDA debía de pertenecer a la subfamilia HTLV.

Fué entonces cuando se inició la cacería del microbio que era capaz de infectar a los linfocitos T colaboradores y provocar SIDA. En 1983, el doctor Luc Montagnier y sus colaboradores, del Instituto Pasteur de París, publicaron un trabajo en el que señalaban haber identificado, con la ayuda del microscopio electrónico, un retrovirus en el ganglio de un paciente en riesgo de desarrollar SIDA, al cual llamaron virus asociado a linfadenopatía (LAV); sin embargo, no pudieron establecer su relación con el agente causal del SIDA. Mientras tanto, un grupo de investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social, identificó -- por medio del microscopio electrónico la presencia de un retrovirus en los ganglios linfáticos de un paciente con --

SIDA, sugiriendo su posible relación con la enfermedad.

El doctor Gallo y colaboradores, en 1984, publica - ron varios trabajos en los cuales afirmaban que el HTLV-III o VIH, descubierto por ellos, era la causa del SIDA. Es to se logró gracias a que pudieron desarrollar una línea - de células capaz de ser infectada sin ser destruída y de - producir grandes cantidades del VIH durante mucho tiempo.

Fué descubierta de manera fortuita esta línea celu - lar, conocida como H-9, por un miembro del laboratorio del doctor Gallo. Este hallazgo permitió obtener grandes can - tidades de virus, que han permitido su estudio y la crea - ción de una prueba de laboratorio, utilizada para detectar a los individuos infectados por el virus.

Levy y colaboradores, a fines de 1984, aislaron en - San Francisco el virus de pacientes con SIDA, nombrándo - lo virusw asociado a SIDA (ARV).

El Comité Internacional para la Taxonomía de los - virus, en mayo de 1986 recomendó que el agente responsable del SIDA fuera llamado virus de la inmunodeficiencia huma - na, y que se abandonaran los otros nombres (LAV, HTLV-III, ARV).

2.3 DIAGNOSTICO

Para el diagnóstico de SIDA es necesario el estudio - clínico del paciente, y se sustenta con el examen de labo - ratorio:

- 1.- Prueba de laboratorio llamada ELISA
- 2.- Reactivos de tercera generación.
- 3.- Pruebas "rápidas".
- 4.- ELISA en punto

Hay diversas técnicas para detectar la presencia de anticuerpos en la sangre de un individuo. La mayoría de ellas están basadas en un tipo de estudio llamado ELISA -- siglas que en inglés significan: estudio inmunoenzimático.

1.- Las pruebas de ELISA.

Consisten en una serie de reacciones entre un anticuerpo y su antígeno, cuyo producto final proporciona una reacción con color. Es positiva cuando se obtiene un nivel de color igual o mayor a uno preestablecido como positivo. Para esto último, se puede usar el suero de un individuo que se sabe está infectado y tiene anticuerpos.

Estas pruebas cuantifican la interacción que se produce un antígeno y el anticuerpo específico correspondiente. Para ello, se adhiere antígeno viral, que puede ser virus completo o proteínas virales, a una superficie sólida que va a servir de soporte para la reacción. Se agrega a esto, el suero del individuo que se está diagnosticando, y si en ese suero hay anticuerpos producto de la infección, reaccionan con el antígeno absorbido en la superficie sólida, formándose lo que se llama un complejo antígeno-anticuerpo ag-ac.

Una muestra que sea negativa no presentará la formación de estos complejos ag-ac, puesto que el individuo no infectado no tendrá anticuerpos específicos contra el -

virus, VIH.

El siguiente paso es cuantificar estos complejos -- ag-ac. Para ello se agrega un suero especialmente preparado que contenga anticuerpos contra los anticuerpos humanos que forman parte del primer complejo. Provocando una reacción triple ag-ac₁-ac₂. En esta reacción el anticuerpo de la primera reacción funciona como antígeno de la segunda. Si además a ese segundo suero se le adhiere una enzima determinada, es posible hacerla reaccionar y obtener un producto con color.

En las muestras negativas no se da la formación -- del complejo mencionado; por lo tanto, no tendrá color, en tanto que en las positivas habrá un complejo ag-ac₁-ac₂E - por cada anticuerpo anti-VIH que tenga el suero objeto de estudio.

Los primeros formatos de la técnica de ELISA introducidos al mercado, originalmente, tenían un antígeno poco purificado. A estos reactivos se les llamó ELISA de primera generación, y presentaban, en general, un alto número de resultados falsos positivos, es decir, algunas muestras de suero sin anticuerpos contra el VIH daban resultados positivos. Esto se debía a la presencia de proteínas humanas, que a la vez funcionaban como antígenos en la reacción presentes en él. Después se desarrollaron los llamados reactivos de segunda generación, usando antígenos virales producidos por ingeniería genética. Estas preparaciones son más puras, porque casi no existe contaminación con otras sustancias que pueden reaccionar en forma cruzada. Finalmente, como consecuencia se mejora considerable-

mente la calidad del diagnóstico. Otra ventaja de este desarrollo tecnológico es que resulta mucho más fácil, económico y seguro obtener grandes cantidades de antígeno; --ésto ha permitido realizar investigaciones para el desarrollo de nuevas técnicas destinadas a la detección de anticuerpos.

2.- Reactivos de tercera generación.

Los llamados reactivos de tercera generación son el último avance en el área de diagnóstico de VIH. Estos, además de prepararse con antígenos fabricados por la ingeniería genética, emplean anticuerpos monoclonales para la segunda reacción lo que aumenta aún más la especificidad del ensayo.

3.- Pruebas "rápidas".

Han ido surgiendo las llamadas pruebas "rápidas" - a través del desarrollo de las técnicas de ingeniería genética para la obtención de antígenos.

Estas pruebas son de diversos tipos, pero tienen en común la simplificación de la metodología, por lo que se pueden realizar en laboratorios menos equipados, en menos tiempo y con pequeños volúmenes de muestras, que evitan en cierta medida el desperdicio.

4.- ELISA en punto.

También existen pruebas que pueden realizarse en cinco minutos, y para las que no es necesario ningún equipo. Un ejemplo son los ensayos que se han llamado ELISA en

punto. En este tipo de prueba el fabricante proporciona una pequeña superficie que tiene absorbido el antígeno viral. A esto se agrega una gota de suero problema, además de unas gotas de soluciones que son proporcionadas también por el fabricante. Si el suero es positivo, aparecerá una mancha de cierto color. Sería parecido a las pruebas de embarazo que se encuentran disponibles en el mercado, para hacerse en casa en cinco minutos.

Se puede decir que estos avances, algunos de los -- cuales todavía no están autorizados para venta, crean un nuevo problema: ¿ es conveniente realizar un diagnóstico de una enfermedad de esta naturaleza sin contar con la asesoría médica y psicológica necesaria para entender y aceptar el resultado en caso de ser seropositivo?.

Estas preguntas y muchas otras surgen con el manejo de los resultados de diagnóstico en casos como el SIDA, -- pues se está hablando de una enfermedad con índices de mortalidad muy elevados, que aún presenta enigmas por resolver.

Para un diagnóstico más fidedigno y completo se sugiere lo siguiente:

- 1.- Historia clínica completa.
- 2.- Pruebas rutinarias de laboratorio:
 - a) Química sanguínea.
 - b) VDRL
 - c) Citología hemática completa
- 3.- Endoscopia del tracto gastrointestinal, cuando se sospeche:

- a) sarcoma de Kaposi
- b) Candidiasis
- c) Criptosporidiasis
- d) Citomegalovirus

4.- Estudios radiológicos

- a) Tórax
- b) Abdomen
- c) Tomografía axial computarizada

5.- Biopsias.

- a) Lesiones cutáneas en sospecha de sarcoma de Kaposi.
- b) Ganglionares en sospecha de infecciones o neoplasias.
- c) Diversas para diagnóstico de microorganismos oportunistas

6.- Cultivo e inspección de materia fecal, para investigar la presencia de parásitos o bacterias.

7.- Estudios serológicos para investigar la presencia de anticuerpos contra citomegalovirus o virus de Epstein-Barr.

8.- Pruebas para valorar el funcionamiento del sistema inmune.

9.- Pruebas para identificar y confirmar la presencia de anticuerpos y/o antígenos del VIH.

Según consta en la revista INFECTOLOGIA*, para el manejo del diagnóstico, obtenido a través de pruebas serológicas (ELISA en este caso de VIH-SIDA); es necesario estar preparado para éllo, ya que es una situación bastante difícil, puesto que hay que enfrentar diversos problemas, entre ellos: rupturas en la confianza, discriminación contra los seropositivos y el temor de ser señalado como posible infectado, solo por practicarse la prueba, lo que es - recomendable aún cuando no se tengan conductas riesgosas.

También, el comunicar el resultado, sea éste de seropositividad o seronegatividad demanda cierta preparación por parte del emisor, ya que se requiere que sea apto en el manejo de situaciones críticas que pudieran presentarse al conocer su diagnóstico, por ejemplo, al enterarse la persona de que su prueba resultó positiva puede presentar conductas de desajuste psíquico (depresión y ansiedad), en cambio, los seronegativos creen erróneamente que son inmunes al VIH y que pueden seguir con prácticas de riesgo -- sin problema alguno, lo que resultaría contraproducente.

Esto, sin contar con la problemática que trae consigo el diagnóstico de falsos negativos y falsos positivos; por lo que se recomienda que se lleve a cabo nuevamente -- un estudio de ELISA o su equivalente, y otra prueba diferente llamada de confirmación, que podría ser la Western-Blot o la Inmunofluorescencia, para mayor seguridad -sugerencia de Jaime Sepúlveda Amor y Cols. en su libro de SIDA, ciencia y sociedad en México-.

E T I C A

Según la misma revista, se deben tomar las precauciones apropiadas en lo que respecta a lo confidencial de los resultados de las pruebas y los efectos potenciales adversos de someterse a la prueba, como son el estrés psicológico y el efecto de resultados falsos positivos o falsos negativos -señalados anteriormente-.

Por último, y debido a su importancia es necesario tener en cuenta todos estos factores al momento del diagnóstico, ya que es determinante en el desarrollo bio-psico social del individuo, y lo que se pretende es su bienestar.

2.4 REPERCUSION MUNDIAL.

Los especialistas de la OMS en salud pública, epidemiología enfermedades transmisibles, educación en salud -- y prevención de enfermedades -así como en materias legales, psicología y sociología-han estudiado exhaustivamente las posibles políticas de prevención y control del SIDA. Estos expertos provienen de todas las culturas de países que se encuentran en diversas etapas de desarrollo. Sus informes se han debatido en reuniones de carácter mundial.

Se habló sobre la conclusión universal, la cual consiste en que el respeto por los derechos humanos es más -- que un criterio humano: es el único criterio capaz de combatir con eficacia el SIDA.

La razón es obvia. Si las personas que se encuen -

tran en riesgo, aparte del temor de perder su vida en cualquier momento temen también perder sus empleos, viviendas, colegios y su participación en las actividades sociales -- normales, no acudirán a examinarse o a solicitar orientación. Tampoco podrán llegar a ellas las autoridades de -- salud pública que no podrán advertir a otros individuos -- acerca del riesgo a que se expondrían al recibir donaciones de sangre contaminada y a otros medios de transmisión. Esta es la razón principal en salud pública por la que se debe evitarse la discriminación y el estigma. Afortunadamente, esta conclusión coincide con las promesas formuladas ; virtualmente por todos los países del mundo en cuanto a -- respetar los derechos humanos y tratar de la misma forma -- a todas las personas, al margen de su estado; lo que con -- viene al mundo, por lo anteriormente mencionado.

La postura inicial de la OMS contra la discriminación encontró aceptación y confirmación en la Cumbre Mundial de Ministros de Salud acerca de programas de Prevención del SIDA, fué en Londres a principios de 1988.

El órgano superior de gobierno de la OMS, que es -- la asamblea Mundial de la Salud y está compuesta por los -- representantes de todos los Estados Miembros de ésta, en -- su sesión de 1988 adoptó una resolución similar en cuanto a firmeza y claridad que reza:

"La asamblea Mundial de la Salud firmemente persuadida de que el respeto de los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas por VIH y de las personas -- con SIDA, así como de los miembros de determinados grupos -- de población, es indispensable para la eficacia de los pro

gramas nacionales de prevención y y lucha contra el SIDA - y de la estrategia mundial, INSTA a los Estados Miembros - a que, en particular en la elaboración y realización de -- sus programas nacionales de prevención y lucha contra la - infección por VIH y contra el sida:

1) Fomenten un espíritu de comprensión y compasión para con las personas infectadas por VIH y las personas, - con SIDA mediante programas de información, educación y - apoyo social;

2) Protejan los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas por VIH y de las personas con SIDA, así como de los miembros de determinados grupos de población, y a que eviten toda medida discriminatoria o de estigmatización contra estas personas en la provisión de servicios, empleos y viajes;

3) Garanticen la índole confidencial de las pruebas del VIH y fomenten la disponibilidad de asesoramiento confidencial y otros servicios de apoyo para las personas infectadas por VIH y las personas con SIDA".(5).

2.5 TRATAMIENTO MEDICO

VISION, la revista latinoamericana* refiere que habido progresos para paliar los efectos del SIDA, según el profesor Montagnier; a través de la droga AZT (acidotimidina) o "Retrovir" de la Fundación Wellcome. no se tra-

* Vol. 7, Núm. 2, 1988.

ta de una vacuna sino de un producto que hace retroceder - al virus temporalmente, de ahí su nombre, y permite a los - médicos y a los pacientes esperar.

EL SIDA ataca primeramente al cerebro y la droga -- actúa sobre éste, permitiendo aumentar el I.Q. (Cociente- Intelectual).

El paciente no pierde neuronas. El producto está - siendo preescrito en Europa como en Estados Unidos y algu- nos países del tercer mundo. Esta información fué trans - mitida en el pasado congreso de Estocolmo, el cual era una gran esperanza; pero desgraciadamente los ilustres profe - sores Gallo, Mann, Kallings y Montagnier corroboraron que - habrá que esperar hasta el año 2000 para conseguir algo de finitivo, como la penicilina.

La revista INFECTOLOGIA*, refiere que lo único que - se podía hacer, antes de que se descubriera la causa del - SIDA, era intentar fortalecer el sistema inmunitario de -- los pacientes y administrar tratamiento para los cánceres - y las infecciones oportunistas que se presentan. Con -- esos métodos solo se ha logrado la mejoría esporádica y -- temporaria de los pacientes. El descubrimiento del VIH - como causa del SIDA ofreció la oportunidad de atacar la - enfermedad por otros medios y comprender mejor la epidemio - logía de la enfermedad, así como las posibles vías de --- transmisión.

Se han elaborado vacunas eficaces durante el último

* Año 9, Núm. 10, 1989.

siglo, contra las diversas enfermedades víricas. Los tratamientos antivíricos, en cambio, han dado resultado sólo en un pequeño número de infecciones.

Vacuna contra la infección por VIH.- Es de extrema importancia para la prevención del SIDA en el mundo, la obtención de una vacuna inocua y eficaz contra la infección por VIH.

A pesar de que en 10 años se ha aprendido mucho sobre el VIH, la obtención de una vacuna contra el SIDA ha resultado ser sumamente difícil hasta el momento.

Tratamiento antivírico.- Aún cuando no se ha descubierto una cura para el SIDA, la azidotimidina (AZT) parece prolongar la vida de los enfermos de SIDA, habiéndose recuperado de por lo menos un episodio de neumonía por *Pneumocystis carinii*. En un estudio en el cual participaron testigos que recibieron placebo, se administraron 250-mg. de AZT o placebo cada cuatro horas a 282 pacientes con SIDA o complejo relacionado con el SIDA.

"En septiembre de 1986, cuando concluyó el estudio, los pacientes habían recibido medicamento por un período de 8 a 24 semanas. Durante el estudio fallecieron 19 personas que habían recibido placebo y una que había recibido AZT (P 0.001). Se produjeron infecciones oportunistas en 45 personas que habían recibido placebo y en 24 que habían recibido AZT. Los pacientes tratados con AZT se quejaron con frecuencia de náusea, mialgia, insomnio y fuertes dolores de cabeza. Los casos de anemia con concentraciones de hemoglobina menores de 7.5 g/dl o que requieren más

tiples transfusiones de eritrocitos se presentaron con mayor frecuencia entre los pacientes que recibieron AZT (P < .001).

Se están realizando estudios del uso de AZT sola y en combinación con otros fármacos antiviricos o inmunomoduladores en pacientes asintomáticos infectados por VIH y en pacientes con sarcoma de Kaposi. Entre otros medicamentos antiviricos que se están estudiando se encuentran el aciclovir, AL-721, ampicilina, dideoxicitidina, foscarnet y ribavirina. Estos estudios se están realizando en los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos y en 35 centros del Grupo Cooperativo de Ensayos Clínicos de SIDA-patrocinados por el gobierno". (6).

2.6 PROGRAMAS DE PREVENCIÓN.

1.- La educación con fines preventivos.

Este programa es aplicado en Estados Unidos y consiste en enseñar a las personas la manera de prevenir el SIDA. Hasta el momento parece estar surtiendo efecto.

2.- Educación contra el SIDA

Programa realizado en el Distrito Sanitario de West Suffolk, en el este de Inglaterra. Se provee de conocimientos sobre el SIDA a individuos clave, para que éstos distribuyan la información. Se desconoce su efectividad.

3.- Programa de reducción de riesgos.

Realizado por la San Francisco AIDS Foundation. - Este programa intenta transmitir información acerca del SIDA mediante mensajes cortos en la radio, autobuses, etc., distribución de folletos, orientación a través del teléfono, clases en las escuelas, etc. No se conocen resultados.

4.- Programa para el control del SIDA.

Hecho en Cuba, cuyo contenido es sumamente controvertido, ya que consiste en aislar a las personas seropositivas. Este programa es rechazado.

5.- Programa de distribución de desinfectantes..

Este es llevado a cabo en Estados Unidos y consiste en enseñar a los usuarios de drogas por vía intravenosa (UDVI)* a desinfectar las agujas y jeringas. Aún no se ha determinado cuan eficaz resulta.

6.- Programa de intercambio de agujas y jeringas entre UDVI.

Practicado en Estados Unidos. Este programa incluye la disponibilidad de agujas y jeringas entre UDVI, para que la usen una sola vez, pues se-

* A continuación se estará manejando el término de Usuarios de Drogas por Vía Intravenosa, para lo cual se hará uso de su abreviatura: UDVI.

les proveerá de dotaciones. No se han obtenido buenos resultados

Esto, es solamente una breve reseña de los programas de prevención; a continuación se expone su desarrollo.

1.- La educación con fines preventivos
Realizado en Estados Unidos.

"Como todavía no existe una cura o vacuna para el SIDA ni es probable que la haya dentro de poco, la única forma de controlar el SIDA es adoptar medidas educativas y de prevención. Aunque todavía no hay pruebas suficientes para afirmarlo con seguridad, los resultados de las actividades de prevención dirigidas a la población en general, parecen estar surtiendo efecto. Sin embargo, la mayoría de los expertos pronostican que la cooperación de los usuarios de drogas disminuirá y se preocuparán cada vez menos de su propia salud o la del prójimo.

En varios países se han puesto en práctica diversas estrategias para educar a los toxicómanos sobre el SIDA, en un intento de disminuir la transmisión del VIH. En general, la evaluación de esos programas se ha limitado a los cambios de comportamiento señalados por los participantes. Es necesario evaluar más a fondo las repercusiones de estas estrategias de educación y prevención mediante la cuantificación del uso de drogas y de la frecuencia del VIH en la comunidad.

Muchos individuos y grupos políticos se resisten al uso de las pruebas de detección de anticuerpos contra el VIH como medida preventiva. En mi opinión, es de la mayor importancia identificar a todas las personas infectadas por el VIH e informarles sobre su estado". (7).

2.- Educación contra el SIDA

Realizado en el Distrito Sanitario de West Suffolk, -
en el este de Inglaterra.

De acuerdo a la información proporcionada por el Fo
ro Mundial de la Salud*; en este programa se pretende pro-
veer de conocimientos acerca del SIDA a profesionales y -
profanos para que los individuos participen en la preven -
ción del SIDA, con miras a reducir al mínimo las reaccio -
nes irracionales provocadas por el miedo, actuando así co-
mo educadores.

Se tiene como objetivo la distribución del personal
en forma clave, de manera que llegue a toda la comunidad -
la información para resolver sus dudas, al mismo tiempo --
que recaba su apoyo para los fines de este programa.

-Estructura organizativa-

En 1986 los servicios de salud basados en la comuni-
dad se reorganizaron en seis sectores geográficos, cada --
uno de ellos con un administrador comunitario; ya que exis
te la necesidad de fomentar la salud y la acción sanitaria,
por añadidura a la prestación de servicios por parte de -
las comunidades locales.

También se seleccionó un pequeño número de agentes-
clave para capacitarlos a fondo de manera que supieran --
aconsejar en todos los problemas psicológicos relacionados

* Volumen 9, Año 1988.

con la infección por el VIH.

Se reúnen grupos para fomentar y promover la educación sobre el SIDA en el hogar y en la escuela, definiendo cuestiones que en su opinión son particularmente delicadas.

3.- Programa de reducción de riesgos

Realizado por la San Francisco AIDS Foundation.

La San Francisco AIDS Foundation -también, según el Foro Mundial de la Salud- ha desarrollado y coordinado con ayuda de voluntarios gran parte de los muy variados aspectos del programa de reducción de riesgos.

Contenido del programa:

Se ha preparado una campaña de publicidad destinada a grandes grupos de personas, a base de mensajes cortos colocados en puntos estratégicos (autobuses, periódicos, etc)

Colaboración con periodistas en la redacción de -- artículos destinados a sensibilizar a los lectores y a ayu darles a comprender el SIDA.

Se han preparado folletos para su distribución por correo en la calle, en lugares públicos y en centros de -- atención de salud.

También se están realizando pruebas de detección -- del SIDA con carácter económico en diversos puntos de la -- ciudad, a cargo del Departamento de Salud Pública, en don-- de se les comunica a los interesados su situación serológi-- ca y se asesora específicamente a cada persona según el -- caso; lo que facilita la instrucción, al igual que en --- otras clínicas que realizan pruebas de embarazo, asisten-- cia prenatal, etc.

4.- Programa para el control del SIDA

Hecho en Cuba.

En junio de 1989, se publicó este programa en la -- revista *INFECTOLOGIA**, el cual insiste en que aún cuando -- la forma de transmisión del VIH es común a todos los paí -- ses, sus efectos y características relativas son diferen -- tes de una región a otra. Las diversas formas de transmi -- sión requieren, cada una, de enfoques o intervenciones edu -- cacionales que difieren de las demás.

Se implementó un programa único y controvertido pa -- ra control del SIDA, en Cuba; el cual incorpora todos los -- conceptos generales promovidos por la Organización Paname -- ricana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud -- (OMS), pero incluye dos medidas adicionales: el rastreo de -- la población total para detectar a los infectados por el -- VIH y el aislamiento relativo de las personas seropositi -- vas.

El tema central de la controversia es el debate po -- lítico-social en cuanto a si los derechos de la sociedad -- superan a los individuales. independientemente de ese pun -- to, Bayer y Healtón subrayan algunas limitaciones de esta -- política. debido al periodo de incubación del SIDA, exis -- te un costo económico importante relacionado con el aisla -- miento de personas durante diez o más años el cual sería -- a cuenta del gobierno cubano.

* Año 9, Núm. 6, 1989.

Definitivamente no se podrían controlar todas las situaciones, ya que personas no infectadas podrían entrar, por error, en cuarentena debido a resultados falsos positivos de las pruebas serológicas, y algunos pacientes puestos también en cuarentena podrían transmitir el VIH al ser dados de alta.

Con éxito o sin él, el enfoque cubano para el control del SIDA no puede realizarse para otros países o situaciones.

5.- Programa de distribución de desinfectantes

En Estados Unidos.

La revista INFECTOLOGIA* refiere que otro de los métodos para reducir la transmisión del VIH entre UDVI consiste en enseñar a los adictos a limpiar las agujas y jeringas que comparten. Se han evaluado in vitro varias sustancias, entre ellas agua oxigenada, alcohol etílico e isopropílico, lisol y lejía de uso doméstico.

Se ha comprobado en los estudios in vitro que una parte de lejía disuelta en 10 partes de agua tiene potencia suficiente para destruir el VIH, de manera que varios programas de tratamiento del uso indebido de drogas, entre ellos el Mid City Consortium de San Francisco, recomiendan esta solución para limpiar agujas y jeringas.

El Mid City Consortium en 1986, comenzó a promover el uso de la lejía como desinfectante para los usuarios de drogas. Actualmente, ese grupo distribuye soluciones de una parte de lejía en 10 partes de agua, en botellas de 30 cm³, así como folletos y dibujos para explicar su uso, lo que facilita su comprensión.

Aún no se ha determinado cuan eficaz es la lejía en estudios clínicos de campo en usuarios de drogas. Es necesario realizar investigaciones para valorar el efecto de la lejía en el VIH presente en la sangre coagulada en agu

* Año 9, Núm. 10, 1989

jas y jeringas. Además, los investigadores deben evaluar el grado de aceptación que esos métodos tienen entre los usuarios de drogas y determinar si la distribución de desinfectantes conduce a un aumento del número de usuarios de drogas por vía intravenosa al disminuir la preocupación de contraer el SIDA; lo que sería indeseable.

6.- Programa de intercambio de agujas y jeringas entre -
Usuarios de Drogas por Vía Intravenosa (UDVI).

En Estados Unidos.

En 1988 -según la revista anterior-, se crearon --
programas de intercambio de agujas y jeringas en algunas -
ciudades estadounidenses. Estos programas reciben fondos-
de fuentes estatales o privadas.

Algunos investigadores propugnan la liberalización-
de las leyes relativas a la disponibilidad de agujas y je-
ringas a fin de disminuir la transmisión del VIH:entre --
UDVI.

Hay programas del mismo tipo establecidos desde ha-
ce varios años en otros países. En 1984, una liga de toxi-
cómanos de Amsterdam, Países Bajos, emprendió un programa-
de intercambio de agujas y jeringas a fin de disminuir el-
riesgo de infección por hepatitis B entre los UDVI.

Con el fin de valorar el efecto del programa, varios
investigadores holandeses entrevistaron a 148 UDVI (73 que
intercambiaban agujas por lo general usaban drogas por vía
intravenosa con menos frecuencia y usaban la aguja y jeringa
solo una vez). A pesar de que ese estudio no incluyó -
pruebas de identificación del VIH en los participantes, 85
de 251 UDVI (34%) que fueron sometidos a pruebas en Amster-
dam tuvieron resultados positivos, lo que indica que aún -
con lo amplio de la extensión del programa hay un número -
considerable de UDVI infectados por VIH en Amsterdam.

Los programas no vinculados con los servicios de -

tratamiento de la dependencia de drogas (centros o asesores independientes) parecen tener mucho más éxito que los programas estrechamente relacionados con dichos servicios.

2.7 PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN MEXICO - Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA)*

Para conocer las funciones de CONASIDA se recurrió directamente a este centro, ubicado en: Comercio y Administración # 35, Colonia Copilco Universidad, en la zona sur de la Ciudad de México, D.F.

La información fué proporcionada por psicólogas que laboran en esta Institución, mostrándose accesibles e interesadas en el presente trabajo; para lo que contribuyeron obsequiando folletos sobre diversos aspectos que se manejan en CONASIDA.

CONASIDA atiende a la población en general, a nivel prevención, pretendiendo que la información llegue a todos los lugares posibles, por eso se trabaja en coordinación con delegaciones, jueces, policías, cárceles, etc. Esto ha llevado también al diseño de cursos de orientación para parejas, familias y compañeros de trabajo, para que comprendan la dimensión del problema y, en su caso, brinden a la persona seropositiva o enferma el apoyo que requiera.

*En este apartado, se hará referencia continuamente al Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, para lo que se usará su abreviatura: CONASIDA

Se proporciona información muy completa acerca del SIDA, mediante el uso de tres formas diferentes de comunicación, según sea el grupo poblacional al que va dirigido el mensaje: Masiva, en grupos e interpersonal.

Otro trabajo importante dentro de los programas informativos lo constituirá una campaña de difusión en el -- Sistema de Transporte Colectivo METRO en la Ciudad de México, con la posibilidad de expandirse por lo menos a otros sistemas de transporte colectivo en el resto del país, lo que se considera de gran ayuda para la prevención del SIDA.

Se cuenta también con programas informativos apoyados en exposición didáctica y en material audiovisual.

Actualmente, CONASIDA está capacitando promotores - extraídos de sus propias comunidades para que puedan manejar símbolos compartidos con sus congéneres, lo que les dá credibilidad en una relación cara a cara en su propio contexto. Así, elaboran su material de trabajo de acuerdo - con sus costumbres y creencias.

CONASIDA también atiende a grupos que tienen prácticas de alto riesgo, a infectados, así como a hemofílicos, - quienes con frecuencia requieren de transfusiones sanguí - neas; para lo que primeramente se hace un trabajo de carácter psicológico para que la persona se sienta apoyada, es - decir, se le dá un manejo integral a su problema. Esto se lleva a cabo antes de realizar propiamente la prueba de detección para saber si una persona ha contraído el virus.

Posteriormente, se practica la prueba de detección - de anticuerpos contra el VIH; esta atención se dá en forma

gratuita y respetando siempre el anonimato. El diagnóstico es confidencial y lo comunican, en una entrevista personal, psicólogas especializadas en el manejo de crisis.

Si el resultado de la prueba de detección es negativo, se invita a las personas que tienen prácticas de alto riesgo a regresar cada tres meses para desarrollar una labor preventiva. El seguimiento se hace a través de grupos donde se destaca la importancia de la prevención a partir de una dinámica grupal.

Cuando el resultado es de seropositividad, primero se atiende al paciente por separado, en donde se aplica la Psicoterapia breve y de emergencia de Bellak y Small, la cual ha dado buenos resultados en el manejo de crisis; ofreciendo la posibilidad de elaborar satisfactoriamente los desafíos que implica el saberse portador de una enfermedad potencialmente mortal, a la vez que ayuda al individuo a hacer las modificaciones necesarias en sus hábitos para abandonar las conductas de riesgo en que pudiera estar incurriendo, sustituyéndolas por medidas higiénicas y preventivas.

Después, se considera la relación con su pareja, con su familia y con su entorno laboral y social más amplio. El objetivo es no aislar a la persona, sino darles el apoyo necesario a ella y a los integrantes de su medio a que adopten las medidas de prevención.

Además de hacerlo en forma personal e individualizada, mediante folletos bi-mensuales se dan indicaciones sobre la manera adecuada de sobrellevar esta difícil situación en diferentes aspectos, tales como; alimentación, es-

tilo de vida, medidas higiénicas, trabajo, vida familiar, - recomendaciones y precauciones que deben tener en cuenta - debido a su importancia.

Se fomentan actividades recreativas sanas como el - ejercicio cine, teatro, etc. Se hace incapié en la nece - sidad de una adecuada atención médica, dental y psicológi - ca. Se cuenta también con asesoramiento y apoyo para es - tos pacientes, proporcionado por personas debidamente ca - pacitadas.

También, para quienes se han quedado sin empleo, - por haber contraído la enfermedad, se están preparando ta - lleres de trabajo alternativo, por ejemplo: artesanal, a - fin de que encuentren una forma de subsistencia.

Hay participación en sesiones de psicoterapia de - grupo, donde el enfermo o sus familiares pueden ventilar - sus emociones, temores, fantasías o intentos de resolución de la problemática, con otros individuos que se encuentran en la misma situación, resulta de gran valor terapéutico, a la vez que sirve de orientación respecto a las medidas - que deben tomarse.

En casi todos los estados de la República Mexicana, CONASIDA cuenta con Comités Estatales (COESIDA); en donde - 11 de ellos cuentan con centros de información.

Los gastos de CONASIDA son solventados en parte por el gobierno y por donaciones que reciben de la Organiza -- ción Mundial de la Salud (OMS) y de la Comunidad Europea.

LIMITACIONES DE CONASIDA

Una de ellas es que no cuentan con los suficientes recursos económicos para dar atención y prevención a la población en general.

Y otra limitación es que no disponen de hospitales para pacientes terminales.

2.8 EPIDEMIOLOGIA

"Hoy se sabe que el número de personas afectadas por SIDA continuará aumentando a todo lo largo del continente americano, independientemente de cualquier medida. Sin embargo, el promedio de incremento se verá influido en forma notable por nuestro grado de éxito en la prevención de la transmisión sexual, parenteral y perinatal del VIH.

La mayor parte de las sociedades ya comenzaron a responder al reto de la infección por VIH. En la actualidad, todos los países de América cuentan con programas para la prevención y control del SIDA, con planes de acción, fondos y recursos destinados a la lucha. Sin tal acción inmediata, es probable que la diseminación del VIH y retrovirus relacionados abarque todo nuestro hemisferio y tenga un impacto profundo sobre la estructura médica, cultural, económica y política del continente americano durante, por lo menos, el decenio siguiente.

- Epidemiología del SIDA en México- hasta el 1 de agosto de 1988 se había notificado a la Dirección General de Epidemiología un total de 1628 -

casos de SIDA. El aumento ha sido exponencial;- dicho número se duplica cada 6.8 meses y presenta un incremento mensual del 10%. Se calcula que para 1991 podría haber 60 mil casos acumulados". (8).

En enero de 1990 se notificaron a la Dirección General de Epidemiología 3512 casos.

"Epidemiología del SIDA en Jalisco- Hasta la fecha, 1990, en Jalisco, ya sobrepasan los 650 casos detectados - de SIDA". (9).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Miller, Weber y Green, Atención. de pacientes de SIDA, Ed. Manual moderno, 1989, México, D.F. Pág. 4
- (2) GACETA-CONASIDA, Nov.- Dic. de 1988, Año 1, Núm. 4, - Segunda edición, México, D.F. Pág. 8
- (3) GACETA-CONASIDA, Julio-Agosto de 1988, Año:1, Núm. 2, México D.F. Pág. 3
- (4) Sepúlveda Amor Jaime, Bronfman Mario-Ruiz Palacios - Guillermo Stanislawski Estanislao-Valespino José Luis, SIDA, ciencia y sociedad en México, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1989, México, D.F. Pág. 165.
- (5) INFECTOLOGIA, Año 9, Núm. 5, Mayo de 1989, México, - D.F. Pág. 268.
- (6) INFECTOLOGIA, Año 9, Núm. 10, Octubre de 1989, México, D.F. Pág. 613.
- (7) Idem, Pág. 614.
- (8) INFECTOLOGIA, Año 9, Núm. 6, Junio de 1989, México, - D.F. Pág. 336.
- (9) OCHO COLUMNAS, Sección B, Año XVII, Núm. 4960, 24 de Sept. de 1990, Guadalajara, Jalisco. Pág. 2

C A P I T U L O I I I

C A P I T U L O I I I

A S P E C T O S P S I C O S O C I A L E S D E L S I D A

3.1 Estigma y prejuicio

"Estos enfermos hacen frente a distintos grados de estrés psicosocial tales como el miedo a la muerte, las infecciones repetidas, el estado físico deteriorado, el estigma social, el miedo a exponer su estilo de vida, la culpabilidad, el contagio a los demás, la pérdida de la pareja y amigos, la pérdida del atractivo físico, del estatus financiero y ocupacional y a depender de los demás. Dados estos grados de estrés, hay varios síntomas que pueden desarrollar, por ejemplo: ansiedad, depresión y déficits cognoscitivos secundarios al ataque al SNG o al tratamiento médico; es por ésto que se recomienda la psicoterapia de apoyo". (1).

"EL SIDA, como la lepra o la tuberculosis en otras épocas es una enfermedad que, por un lado, refuerza algunos prejuicios ya existentes de parte de los "normales" y, por otro lado, estigmatiza socialmente a sus víctimas.

Consecuentemente, los enfermos de SIDA sufren una doble marginación: biológica, por lo incurable de su mal, y social, por los prejuicios y estigmas que recaen sobre ellos. La investigación sociopsicológica y educativa debe contribuir a eliminar ésta última". (2)

"Durante los meses de septiembre o octubre de 1987 se llevó a cabo una encuesta de conocimientos, actitudes-- y prácticas (CAP) respecto del SIDA en zonas urbanas de di-ferentes ciudades de la República Mexicana; aplicadas a - personas que aparentemente no tienen el VIH. Se obtuvie-ron los siguientes resultados:

Llama la atención una mayor preocupación por un fa-miliar que por sí mismos. Aún cuando hay datos que mues--tran preocupación y solidaridad con los enfermos de SIDA,- el 60% de los entrevistados señaló que aislaría a las per-sonas con SIDA, si en sus manos estuviera el dictar medi- das de este tipo, lo cual pone en evidencia un rechazo so-cial hacia los afectados por esta enfermedad.

En caso de que se les detectara infección por VIH,- la mayoría buscaría apoyo psicológico (67%) y ayuda médica (93%). Si superan que su pareja está infectada, el 79% di-jo que le brindaría su apoyo, 73% pediría consejo médico,- y 37% se apartaría de ella; mientras que si un amigo enfer-mara de SIDA, el 39% manifestó que lo ayudaría; 56% avisa-ría a alguna autoridad sanitaria; 5% lo rechazaría y para-el 1.2% sería indiferente". (3).

3.2 ASPECTOS NEUROPSIQUIATRICOS

Jaime Sepúlveda Amor y Cols. en su libro SIDA, cien- cia y sociedad en México (1989); refieren que se ha puesto en evidencia la complicada trama que subyace al proceso de padecer SIDA, a través del estudio de los pacientes con in-fección por VIH. Desde los primeros reportes de Gottlieb- y Mansur en 1981, varias líneas de investigación se han de-sarrollado, entre ellas, el manejo psiquiátrico, el psico-

lógico, el neurológico y el social. Este último juega un papel que rebasa la actividad asistencial médica, injertándose en acciones que van desde la educación para la prevención, hasta problemas de tipo económico en cuanto al costo de la atención de los pacientes que padecen el síndrome.

La relación del paciente con su medio tanto fami --
liar como laboral, marital, etcétera, queda circunscrita -
a la capacidad de todos los integrantes del entorno, a con
vivir sin miedo y sin culpa ante las posibilidades de con-
tagio.

La ansiedad supone una reacción de ajuste que permi
te al paciente reaccionar ante un cambio de vida que en --
los individuos asintomáticos con infección se vislumbra co
mo mediato, pero que cuando hay síntomas supone un directo
enfrentamiento con la muerte. Además, la ansiedad a su --
vez puede desencadenar síntomas físicos que el paciente --
puede confundir con agravamiento de su condición médica; -
ésto se hace evidente en los pacientes asintomáticos, pues
desarrollan síntomas como sudoración, insomnio, diarrea, -
baja de peso, los cuales no necesariamente significan un -
grado mayor de la enfermedad; debiéndose solamente a la --
ansiedad.

Lo que ha llevado a la aparición de elementos hipo-
condriacos y de somatización en personas que están en algu
no de los grupos de riesgo.

Presentan mecanismos de adaptación los pacientes seroposi-
tivos asintomáticos, lo que les facilita posponer la con-
frontación con el futuro, de modo que se injerta una situa-
ción esperanzadora que ayuda a la conservación de una ho -

meostasis psicológica. Los pacientes con SIDA se enfren -
tan básicamente a dos situaciones que son comunes a quie -
nes presentan una enfermedad terminal habitual; éstas son:

- 1.- Las expectativas de pronóstico, merced al tra -
tamiento,
- 2.- Y la confrontación con la muerte.

Para determinar el fondo a partir del cual se puede
desarrollar ciertos síntomas psicológicos en los pacientes
infectados por VIH, se evaluará el marco social que rodea
al paciente. De tal manera que se pueda tomar una actitud
terapéutica adecuada que ayude a subsanar las fallas ejer -
cidas por la sociedad en estos pacientes.

Influyen en el desarrollo de síntomas psicológicos -
en el paciente actitudes como:

- 1.- La culpa,
- 2.- La ira,
- 3.- El rechazo,
- 4.- El miedo,
- 5.- La desesperanza y
- 6.- El abandono.

Los cuales imposibilitarán su proceso de adaptación.

La asistencia al grupo familiar de adscripción del -
paciente portador de la sintomatología se constituye tam -
bién como unidad de tratamiento y evaluación por derecho -
propio, de manera que, la familia ya no se considerará so -
lo como un grupo de soporte para la contención del padeci -
miento del enfermo, sino que es el grupo familiar en sí, -

el que va a ser tratado y evaluado. Se debe observar si el paciente ha mantenido vínculos cercanos de coexistencia con su familia de origen (padres y hermanos); si el paciente ha establecido una pareja estable o no y si ha tenido descendencia o no. Todas las personas involucradas se considerarán como "sistema familiar de adscripción".

La calidad del vínculo interpersonal es uno de los aspectos claves a evaluar por el clínico, en lo referente al sistema familiar. el clínico no se debe olvidar de que en los familiares del paciente tiene aliados potenciales, los cuales funcionan como recursos que debe utilizar para el mayor bienestar del paciente, así como que debe asistirlos en la reacción de desorganización colectiva, en el caso de que ésta se presente.

Los pacientes sufren una reacción catastrófica que pone a prueba su integridad psicológica a causa de la infección por VIH de esta integridad dependen, la capacidad de superar la crisis, mantener una etapa de transición y establecer una resolución a dicha crisis. Esta reacción catastrófica está vinculada inicialmente con la pérdida de la salud, y, por consiguiente, con la muerte. Esto es vivido como una reacción de duelo que en el aspecto psicológico individual no se diferencia de otras enfermedades terminales; la doctora Kübler Ross ha diferenciado cinco fases por las que pasa el paciente terminal; éstas son:

- 1.- negación
- 2.- Ira
- 3.- Negociación
- 4.- Depresión
- 5.- Aceptación.

Todas estas fases -según la doctora Kübler ross- tienen un carácter adaptativo y se desarrollan indistintamente, sin seguir un orden de importancia, con lo que se está en desacuerdo, ya que mediante la revisión de fases presentadas en pacientes con enfermedades terminales de otros -- autores, se llegó a la conclusión de que estas fases son fijas y siempre se presentan en ese orden.

Al presentarse la fase de negación, el paciente anula de su conciencia la realidad patológica que sufre, desprecia la información que ha recibido y se resiste a aceptar una condición de paciente que afecte su actual modo de vida. Es frecuente en esta etapa la actitud hipomaniaca y de exaltación que facilitan el proceso de negación. Esta negación debe ser respetada, en tanto no ponga en riesgo la salud del paciente, ni la de otras personas.

La ira en el paciente trae como consecuencia una reacción de sentimientos de culpa que pueden favorecer la aparición de demandas asistenciales y terapéuticas que estén fuera del alcance de los recursos del paciente, que pueden motivar rupturas agresivas con la gente que rodea, fundamentalmente en el caso de la familia y de sus médicos tratantes. La explicación y la contención que recibía por parte del equipo médico tiende a disminuir el sentimiento de abandono. el paciente en esta etapa debe tener la seguridad de que cuenta con un equipo de soporte que lo mantendrá con expectativas de manejo.

La negociación es una forma de adaptación que trata de subsanar las culpas, con el fin de posibilitar la esperanza. En esta fase se hacen intentos de restaurar la salud, mediante el pacto con una fuerza superior que permita

la sobrevivencia y el bienestar.

La fase depresiva supone una evidencia por parte -- del paciente de su realidad como portador de una enferme -- dad fatal; implica la disminución de los procesos negado -- res, y permite un trabajo terapéutico que de opciones rea -- les de sobriedad para el paciente de tal manera que se pue -- da llegar a la aceptación de la enfermedad.

Por último, se presenta la aceptación de la enferme -- dad.

Son tres los elementos que básicamente permiten es -- tudiar la estructura psicológica de los pacientes:

1.- La fortaleza del yo.

Esta se refiere a la capacidad que tienen los pa -- cientes para tolerar la ansiedad, controlar sus impulsos, -- y desarrollar canales de sublimación. Los individuos que -- carecen de tal integridad del yo son los que establecen re -- laciones de intensa dependencia.

2.- La prueba de realidad.

Estudia las posibilidades que tiene el paciente de -- confrontarse con aspectos reales de situaciones que ponen -- en riesgo su estabilidad de tal manera que pueda tener ac -- titudes preventivas de autoseguridad.

3.- Los mecanismos de defensa.

Son procesos psicológicos que ayudan a mantener la-

estabilidad frente a situaciones estresantes, es como de fenderse ante una situación frustrante.

Por lo tanto, es evidente que la actitud del manejo psicoterapéutico para los pacientes dependerá tanto de la fase psicológica en que se encuentre como de las características de su personalidad.

A partir de la ansiedad y la depresión, los síndromes desarrollados por estos pacientes como las crisis de angustia, los cuadros de ansiedad generalizada y los trastornos afectivos tienen un espectro sintomático que va desde el llanto fácil, tristeza, labilidad emocional, fobias, aislamiento, etc., hasta reacciones francamente psicóticas.

Un factor de estudio importante es la evaluación de los procesos cognoscitivos como la memoria, el cálculo, la concentración, el lenguaje, las praxis, entre otros, ya que son síntomas que acompañan a la ansiedad y a la depresión, pero que se deben plantear como síntomas de ayuda para el diagnóstico diferencial con los síndromes orgánicos-cerebrales, más específicamente con la demencia.

Ultimamente se ha puesto especial interés en el estudio de los factores orgánicos que desarrollan síntomas de tipo neuropsicológico. Los trastornos neuropsicológicos pueden ser categorizados según el área anatómica involucrada, de tal manera que puede existir acción en el SNC, así como en el SNP, según la acción generalizada o focal sobre estos sistemas y también según su etiología.

Los estudios al respecto refieren que hasta un 90% de los pacientes con infección por VIH desarrolla en algún

momento, síntomas neuropsicológicos que están en relación a las entidades mencionadas anteriormente (Síndrome Orgánico Cerebral tipo delirium, y el Síndrome Orgánico Cerebral tipo demencia, el cual se ha denominado complejo demencial relacionado al SIDA -CDR-)

Es importante la evaluación de las funciones cognitivas, en este sentido, ya que éstas -con el adecuado correlato causal- determinan la acción médica a ejercer en estos pacientes.

Se observan funciones cognitivas alteradas en estos pacientes, las cuales están básicamente en las funciones de memoria, cálculo, concentración, actividades motoras -- finas, capacidad de adaptación a nuevas situaciones, y pueden llegar hasta una desorganización de tipo psicótico, -- con alteraciones del pensamiento, como lo son las ideas delirantes, así como trastornos de la sensopercepción tipo alucinatorio. Sin embargo, es necesario precisar que los trastornos de las funciones neuropsicológicas no necesariamente están en relación con la evolución del padecimiento -- debido a que éstos pueden aparecer incluso en los pacientes con infección por VIH sanos, es decir asintomáticos. -- El factor etiológico está en relación a infecciones a nivel de SNC/o infecciones generalizadas, ya que existen elementos fisiopatológicos que van a favorecer la desorganización mental.

De acuerdo con la información anterior, se puede -- decir que si bien las características de estrés psicológico -- juegan un importante papel en el desarrollo de síntomas psiquiátricos la acción directa de elementos orgánicos

sobre el cerebro puede incidir sobre la calidad y duración de los síntomas.

El trabajo multidisciplinario ofrece a los pacientes con infección por VIH atendidos en un hospital general, la oportunidad de dar un manejo integral que permita atender y apoyar las necesidades de los pacientes. Los elementos terapéuticos a seguir se desprenden del conocimiento de los factores estresantes que determinan los síntomas de los pacientes; entonces, se puede hablar de la necesidad de atención tanto a nivel psicoterapéutico como farmacológico.

3.3 PSICOTERAPIA DEL PACIENTE CON SIDA

En su libro atención de pacientes de SIDA, Miller, Weber y Green (1989); refieren que no todos los pacientes de sean o requieren consejos. Algunos únicamente quieren ser lo que implica su estado, el pronóstico y los medios de reducir su riesgo de infección e infectividad adicionales para otros. Cuando es adecuado el consejo psicológico es en muchos aspectos más exigente que la asesoría para otros trastornos. Muchas personas con SIDA están muy enfermas y por esta razón la intervención sola requiere confiabilidad, consistencia y continuidad.

La asesoría a personas con SIDA no es una labor adecuada para cualquiera; para dar atención psicológica, los asesores deben tener de preferencia experiencia en atenciones psicológicas; debiendo reconocer las limitaciones propias al tratar con los problemas de otros. Sin embargo, es vital tener un conocimiento o comprensión clara del síndrome y sus efectos médicos y psicológicos relacionados,

para que así puedan manejar diversos aspectos que implica el VIH en estos pacientes.

Al informar el diagnóstico al paciente, es esencial comentárselo directamente. Nunca es fácil y es posible -- que algunos médicos piensen que el comentario gentil o no proporcionar el cuadro completo es un poco más tolerable - para el enfermo, pero rara vez sucede así. Por los informes y comentarios clínicos con pacientes es obvio que el - evitar o diluir los hechos de su diagnóstico origina más - dificultades para su ajuste y añade resentimientos y falta de confianza en el paciente para el trato subsiguiente con los profesionistas de la salud.

Ciertamente, el paciente presenta una reacción ca - tastrófica de choque que incluye enojo verbal, increduli - dad, llanto, agitación física y miedo. Lo que origina dos puntos:

- 1.- El médico que informa no debe tomar como perso - nales las respuestas de enojo verbal, ya que - son una parte esperada en una reacción de cho - que.
- 2.- Sea o no que los pacientes se tornen no recep - tivos por su reacción emocional inmediata, el - personal encargado debe motivarlos a atender - o asistir a una nueva cita en un futuro cerca - no (de 7 a 14 días), quizá con su pareja, un - amigo cercano, un miembro de su familia o con - quien ellos deseen; habiendo escrito preguntas que inevitablemente desearán que se respondan - en esa próxima ocasión, lo que facilitará la -

instrucción del paciente acerca del tema.

Estos pacientes (personas con SIDA) piensan que tienen un control muy reducido sobre su vida y las opciones disponibles ahora para ellos. Piensan que ya no son más un "agente libre" y que toda actividad que lleven a cabo está dictaminada por su enfermedad y el prospecto de afección y muerte. La falta actual de curación del SIDA y la afección VIH resalta su impotencia sobre el síndrome y frecuentemente puede surgir una sensación de desesperanza que inhibe posibles acciones constructivas futuras.

La intervención terapéutica incluye esencialmente:

- a) Colocar la enfermedad en una perspectiva actual, realista;
- b) estructurar los problemas que requiere el paciente para afrontarlo de tal manera que sus respuestas a la enfermedad sean importantes y eficaces, no vagas. Se pretende restablecer el autocontrol que percibe el paciente sobre el síndrome.

En ocasiones, se presenta cierta resistencia en los enfermos en lo que se refiere a las introducciones posteriores al "psicólogo" o al "profesionista"; esto sucede porque temen que los demás puedan pensar que están locos!

El objetivo principal de esta intervención inicial es ayudar al paciente a entrar en contacto con su diagnóstico, tanto intelectual como emocionalmente.

Es de suma importancia en esta etapa valorar comple

tamente como está reaccionando el enfermo ante el diagnóstico. Muchas reacciones ya se han comentado y hay que permitir que el paciente hable un poco sobre ellas. El asesor puede mostrarse entonces gentil en cuanto a los signos de una dificultad particular, que podrán seguirse en sesiones posteriores.

La mayoría reacciona al diagnóstico estableciendo una revaloración completa de sus vidas y actividades, sin embargo, siempre permanecerá la gran incertidumbre sin importar lo que hagan ellos o su terapeuta o el profesionalista.

Es necesario asegurar al paciente que tiene una "puerta abierta" al profesionalista, que puede contar con él, de tal forma que tanto él como su pareja pueden llamarlo para asesoría, según la requieran, entre las sesiones.

- Asesoría de VIH seropositivos-

Quienes conocen su estado de infección por VIH suelen trastornarse y sufrir grandes dificultades psicosociales.

- Asesoría previa-

Es necesario tener en cuenta las implicaciones de la prueba en especial en términos de problemas de seguros, económicos y de empleo. Hay que comunicarles tanta información como sea posible.

Este consejo es importante, aún cuando el resultado de la prueba sea negativo, mostrándoles lo que es el VIH y

todo lo que éste implica.

El ofrecer consejo a pacientes trae consigo dificultades, empezando por decidir cual debe ofrecérseles. Una clave para decidirlo es separar los problemas del paciente en una forma que aclara los temas que deben comentarse y - el orden en que hay que abordarlos.

El ayudar a los pacientes -como primera etapa- se - establecerá una lista simple de todos los problemas que - presentan; al terminarla, la siguiente etapa es intentar - encontrar uniones entre los problemas y buscar posibles hipótesis para explicarlos. La siguiente etapa es anotar -- las ventajas que tiene el paciente y las dificultades que - deberá resolver antes de solucionar el problema.

En su libro SIDA, ciencia y sociedad en México, Jaime Sepúlveda Amor y Cols. (1989) refieren que las psicoterapias más aplicadas hasta el momento, desde el punto de - vista institucional, han sido las individuales y de grupo. Esto se debe en gran medida no sólo a las posibilidades y limitaciones reales de las instituciones, sino también a - las demandas planteadas por los pacientes y a las características propias de cada tratamiento.

Existen recomendaciones básicas para el psicólogo o profesionalista encargado del caso, -independientemente de - que un paciente decida ingresar en alguna de las modalidades terapéuticas:

- a) Intercambiar la mayor información posible en to do lo que se refiere a VIH.

- b) Permitir que el paciente exprese su miedo, enojo y agresión, en un medio ambiente seguro, es decir, la institución misma.
- c) Ser comprensivos en cuanto al dolor y ser capaces de entender las pérdidas del paciente, tanto internas como externas.
- d) Investigar posibles sentimientos de culpa.
- e) Descartar o confirmar la presencia de ideas suicidas.
- f) Asistir e informar, a través de métodos que permitan reducir la angustia.
- g) Investigar la presencia de mecanismos que permitan continuar con conductas de riesgo.
- h) Motivar al paciente para que mantenga una buena calidad de vida.

3.4 PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA -Bellak y Small-

Bellak y Small, en su libro Psicoterapia breve y de emergencia (1986), refieren que esta técnica surgió ante la apremiante necesidad de resolver problemas urgentes en breve tiempo, lo que permitiría atender un mayor número de personas. Fué creada por Bellak y Small, en 1958.

Se eligió esta terapia -de tipo individual- por su eficacia a través de los años, en el manejo de crisis, ayudando a la persona a superarla en poco tiempo.

Cabe mencionar, que la psicoterapia breve y de emergencia es aplicada exitosamente en pacientes con SIDA.

"La psicoterapia individual breve - de corto tiempo-, con pacientes infectados por el VIH y enfermos de SIDA, favorece el uso de :

- 1.- Técnicas diseñadas para disminuir ansiedad, culpa, tensión, etcétera.
- 2.- Procedimientos de influencia directa para promover cambios específicos en la conducta del paciente.
- 3.- Reflexión sobre las personas y las situaciones involucradas en la crisis.
- 4.- Comprensión dinámica.
- 5.- Fortalecimiento yoico.

Asimismo, se recomienda que por las limitaciones de una psicoterapia breve institucional, el terapeuta procure tener un plan de trabajo que contemple los siguientes puntos:

- 1.- Ayudar al paciente a comprender, en su totalidad, el significado de la prueba de detección de anticuerpos.
- 2.- Identificar las conductas de riesgo que el paciente tiene o tuvo en el pasado.
- 3.- Dar fuerza al paciente para descubrir sus miedos, fantasías, y discutir su situación con otros pacientes.
- 4.- Ayudar al individuo a distinguir prioridades y a mantener así un buen equilibrio emocional.
- 5.- Informar sobre las consecuencias que acarrea evitar los servicios médicos y hacerlos conscientes de que pueden aparecer síntomas en el futuro, así como la posibilidad de infección a otras personas.
- 6.- Explorar las relaciones tanto de pareja como familiares.
- 7.- Investigar características de su vida sexual actual.
- 8.- Promover el uso de medidas preventivas para evitar el contagio

Asimismo, se recomienda que por las limitaciones de una psicoterapia breve institucional, el terapeuta procure tener un plan de trabajo que contemple los siguientes puntos:

- 1.- Ayudar al paciente a comprender, en su totalidad, el significado de la prueba de detección de anticuerpos.
- 2.- Identificar las conductas de riesgo que el paciente tiene o tuvo en el pasado.
- 3.- Dar fuerza al paciente para descubrir sus miedos, fantasmas, y discutir su situación con otros pacientes.
- 4.- Ayudar al individuo a distinguir prioridades y a mantener así un buen equilibrio emocional.
- 5.- Informar sobre las consecuencias que acarrea evitar los servicios médicos y hacerlos con conciencia de que pueden aparecer síntomas en el futuro, así como la posibilidad de infección a otras personas.
- 6.- Explorar las relaciones tanto de pareja como familiares.
- 7.- Investigar características de su vida sexual actual.
- 8.- Promover el uso de medidas preventivas para evitar el contagio

- 9.- Investigar la vida social, laboral y situación económica.
- 10.- Favorecer la alianza terapéutica para el éxito del tratamiento". (4).

3.5 TERAPIA RACIONAL EMOTIVA -Dr. Albert Ellis-

La Terapia Racional Emotiva (TRE), fué creada por el Dr. Albert Ellis, a principios de 1955 -según consta en el libro del mismo título y autor-. Esta terapia tiene como finalidad ayudar a las personas que buscan encontrar una vida emocional más sana afrontando su realidad.

Los resultados de esta terapia son buenos y rápidos; por lo que se pensó en aplicarla en los pacientes infectados por el VIH.

Según el autor, desde nuestra infancia aprendemos un sentimiento de auto-derrota y lo aplicamos hasta la edad adulta, bien, la terapia consiste en concientizar al paciente de sus creencias irracionales, ésto significa -- que no existen las verdades absolutas, sino que todo es relativo y en este caso aprendido. Por ejemplo:

Paciente: "Me siento despreciable por estar infectado..."

Terapeuta: "¿Donde está escrito, o quien dice que no debes enfermar?".

Se debe ser muy sutil, ya que el paciente puede sentir una falta de empatía por parte del terapeuta.

Es un sistema terapéutico confrontativo, activo y directo que pone a la persona frente a su problema con el objetivo de cambiarlo, discutiendo los sentimientos de derrota y sus creencias irracionales (ideas no lógicas ni racionales).

Un punto estratégico en esta terapia consiste en - hacerle ver al paciente, -ante el diagnóstico de muerte - en este caso, SIDA- que el deceso tiene que llegar tarde- o temprano a cualquier persona, incluyendo a los sanos y- que su vida ha valido la pena por diversos motivos, al me- nos había sido feliz hasta ahora. en fin, son cosas que- pasan y hay que afrontarlas.

Es una terapia reeducativa, pues se le muestran - nuevos valores al paciente. El objetivo es que a través- de la persuasión por parte del terapeuta, el paciente -- abandone esas ideas -irracionales-, con las que ha convi- vido desde la infancia y que provocan que se sienta mise- rable.

Permite al paciente ver la vida y la muerte desde- otro punto de vista, con un enfoque positivo y optimista.

3.6 PSICOTERAPIA DE VALORES - Viktor E. Frankl-

Victor E. Frankl, en su libro La Presencia ignorada - de Dios refiere que la terapia de valores fué creada por - él mismo, a partir de 1934; en un intento de alentar al pa- ciente y élllo con objeto de que éste llegue a superar su - sentimiento de inferioridad.

Es necesario, sobre todo para este tipo de pacien - tes, -que- padecen de una enfermedad incurable hasta el mo - mento y que culmina en muerte, además de ser estigmatizan - te y discriminatoria -una terapia que cultive en el pacien - te los valores espirituales que ayuden a que el hombre, - aún cuando está destinado a morir, en el tiempo que le que - da de vida busque el sentido de ésta, a través de la espi - ritualidad inconsciente que posee, según el autor.

Es una terapia de tipo existencial, que ayudará a - estos pacientes mostrándoles una serie de expectativas me - diante una tabla de valores ordenados de acuerdo a su im - portancia y necesidades, de ésto depende su jerarquización y organización de lo significativo.

Es una psicoterapia a partir de lo espiritual, que - trata sobre los problemas existenciales y del sentimiento - "carencia de sentido".

Es muy reconfortante, contar con el apoyo de un Ser Divino como es DIOS; ya que de alguna manera hay esperanza, al tiempo que proporciona una sensación de paz y tranquili - dad en momentos de desesperación, tomado por el hombre -- como un respaldo que ofrece seguridad y comprensión, así -

como el sentir que no se vá solo por la vida, sin impor -
tarle a nadie, sino al contrario, que vá dejando huella -
en su paso y que siempre está acompañado por alguien... -
Dios. Aún cuando todos los demás lo rechacen, sin impor -
tar su sentir.

Según el autor, todas las personas poseen una reli -
giosidad inconsciente que implica lo que el llama "La pre -
sencia ignorada de Dios", manifestando esta presencia a -
través del significado de los sueños, aún en el hombre -
más escéptico (pacientes difíciles para esta terapia).

3.7 TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE -Carl R. Rogers-

Bernstein y Nietzel en su libro Introducción a la Psicología Clínica (1986), refieren que la terapia centrada en el cliente fué creada por Carl R. Rogers en 1951, - la cual está basada principalmente en brindar un apoyo in condicional al cliente.

Esta terapia ha tenido mucho éxito y aceptación. - Se considera adecuado aplicarla en los pacientes infectados por el VIH.

La terapia centrada en el cliente consiste en proporcionar a éste una estimación positiva incondicional, - al mismo tiempo que se le acepta sin juzgarlo y evaluarlo, lo que le hace sentir la calidad necesaria.

Promueve el desarrollo de la persona llamándole - "crecimiento". Se pretende que el cliente se sienta comprendido por el terapeuta; se puede recurrir a técnicas - como la empatía y el reflejo, para lo que el terapeuta de berá ser congruente, ya que entre más genuino y auténtico sea éste, mayor será la ayuda que brindará el cliente. -- La finalidad primordial es que se dé cuenta que el terapeuta es una persona real, -con sus propios sentimientos- no alguien a quien se le paga para que sea amable; ésto - le ayudará en el proceso de actualización. Lo que evade - la responsabilidad de la vida del cliente, expresa su con fianza en la capacidad de éste para manejar los sentimien tos del terapeuta.

Los cambios y el crecimiento ocurren en las siguientes dimensiones según Rogers:

- 1.- Incremento de la conciencia.
Qué se dé cuenta de sus verdaderos sentimientos aquí y ahora.
- 2.- Incremento de la auto-aceptación.
Que acepte gradualmente lo bueno y lo malo que hay en él.
- 3.- Comodidad interpersonal incrementada.
Sentir el placer de permitir a los otros conocerlo como realmente es.
- 4.- Incremento de la flexibilidad cognoscitiva.
Abandono de puntos de vista limitados y limitantes del mundo, lo que promueve una conducta menos problemática.
- 5.- Incremento de la auto-confianza
El cliente confía en sus propios recursos y capacidades, lo que lo lleva al crecimiento.

3.8 CONCLUSION SOBRE LAS DIFERENTES PSICOTERAPIAS

Para la elaboración de este programa se tomaron en cuenta diversas modalidades terapéuticas, por lo tanto, será de tipo ecléctico, ya que la aplicación de solo una psicoterapia no cubriría el objetivo de este trabajo.

Desgraciadamente, no existen psicoterapias específicas para pacientes con SIDA, por lo que se tomó en cuenta la sugerencia -de expertos en la materia- de aplicar la psicoterapia breve y de emergencia principalmente, ya que en la práctica ha dado muy buenos resultados en el manejo psicológico de estos pacientes.

Aún cuando la psicoterapia breve y de emergencia cubre gran parte de las necesidades de los pacientes infectados por el VIH, éstos presentan situaciones que requieren de atención especial, para lo que, como una manera de complementar o enriquecer la labor de esta psicoterapia, se hará uso de otras corrientes terapéuticas como son:

- La Terapia Racional Emotiva,
- la terapia de Valores y
- la Terapia Centrada en el Cliente.

Cabe mencionar, que las psicoterapias utilizadas en este programa se adaptaron a la situación - pacientes con VIH o SIDA-; tomando las bases de cada terapia utilizada, fielmente, para asegurar que surtan el efecto deseado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Salud Mental, Vol. 12, Núm. 3, Sept. de 1989, México, Pág. 58.
- (2) SALUD PUBLICA, Julio-agosto de 1988, Vol. 30, Núm. 4, México D.F. Pág. 629
- (3) Sepúlveda Amor Jaime, Bronfman Mario-Ruiz Palacios -- Guillermo Stanislawski Estanislao-Valdespino José -- Luis, SIDA, ciencia y sociedad en México, Ed. Fondo - de Cultura Económica, 1989, México, D.F. Pág. 300.
- (4) Sepúlveda Amor Jaime, Bronfman Mario-Ruiz Palacios - Guillermo Stanislawski Estanislao-Valdespino José -- Luis, 1989, Pág. 213.

C A P I T U L O I V

C A P I T U L O I V

M E T O D O L O G I A

4.1 Enfoque metodológico para la elaboración del programa.

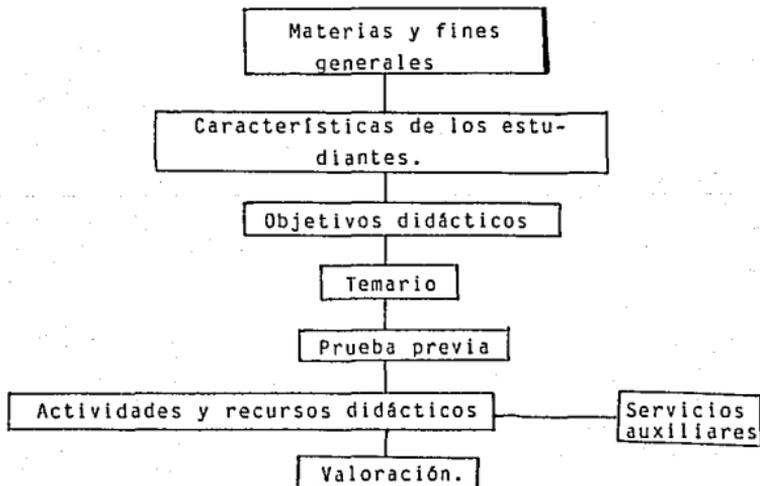
La elaboración del programa de ayuda psicológica para personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), fué diseñado en base al modelo instruccional de Jerrold E. Kemp; se denomina modelo instruccional al enfoque y procedimientos para la elaboración de dicho programa.

El modelo instruccional consta de ocho etapas:

- 1.- Se hace una lista de los temas, determinando el objetivo general de cada uno.
- 2.- Se enumeran las características importantes del grupo estudiantil para el cual va a diseñarse la instrucción.
- 3.- Se especifican los objetivos docentes que se deben obtener en función de los resultados prácticos mensurables por parte del estudiante.
- 4.- Se hace una lista de los temas que sirven a cada objetivo.
- 5.- Se desarrollan pruebas preliminares para determinar la preparación del estudiante y su nivel actual de conocimientos sobre el tema.

- 6.- Se seleccionan actividades docentes y de aprendizaje, así como los recursos instruccionales necesarios que deberán tratar los aspectos del tema para realizar -- los objetivos.
- 7.- Se coordinan los elementos necesarios de presupuesto, personal, servicios, equipo y programas de tiempo para llevar a cabo el plan instruccional.
- 8.- Se valora el grado de aprendizaje del estudiante en función de la realización de objetivos, con vistas a revisar y rectificar las fases del plan que requieran mejora.

Este diagrama ilustra la relación de cada una de las etapas con las demás.



ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

ADAPTACION DEL MODELO DE JERROLD KEMP A ESTE TRABAJO.

- 1.- Objetivo del programa: Se determina el propósito o el objetivo general del programa.
- 2.- Características del paciente: aquí se describen las características que el paciente deberá cubrir.
- 3.- Objetivos particulares: Se especifican los objetivos particulares que se desean alcanzar; - en lugar de objetivos docentes se especifican los objetivos psicoterapéuticos dado que se - trata de un programa de psicoterapia.
- 4.- Areas de trabajo: Se hace una lista de las - áreas de trabajo que ayudan a alcanzar cada objetivo particular. El programa se divide en - tres áreas de trabajo; tomando en cuenta las - necesidades del paciente infectado por el VIH.
- 5.- Prueba previa: Se debe realizar una evalua -- ción psicológica del paciente, para hacer un - diagnóstico psicodinámico que servirá para va- lorar el pronóstico y enfoque o técnicas psi- coterapéuticas más útiles en cada paciente. Es recomendable el uso de pruebas proyectivas.
- 6.- Técnicas psicoterapéuticas: Se especifican - las técnicas psicoterapéuticas que se utilizan para llevar a cabo este programa.

- 7.- Servicios auxiliares: Se especifican los elementos necesarios de personal, materiales y horarios, para llevar a cabo el programa.
- 8.- Valoración: Se especifica la manera de evaluar la efectividad del programa.
- 9.- Instrucciones: Consiste en dar indicaciones específicas a la persona que aplicará el programa.

OBJETIVO DEL PROGRAMA

Que el profesionista ayude a las personas infectadas por el VIH a disminuir los síntomas agudos de ansiedad y depresión que presentan estos pacientes. A través de la psicoterapia breve y de emergencia, terapia racional emotiva, terapia de valores y la terapia centrada en el cliente.

CARACTERISTICAS DEL PACIENTE.

- Personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); siendo asintomáticos o presentando la enfermedad (SIDA).
- De 18 años en adelante.
- Ambos sexos.
- En cualquier fase de la enfermedad, la cual deberá ser determinada por un médico. Pudiendo ser:
 - La fase inicial.- al enterarse de su diagnóstico.
 - Fase media.- Después de algún tiempo.
 - Fase terminal.- el momento culminante -deterioro progresivo y mortal.-
- De cualquier nivel socioeconómico.

TECNICAS PSICOTERAPEUTICAS.

Las técnicas psicoterapéuticas que deben utilizarse para llevar a cabo el programa son las siguientes:

- Psicoterapia breve y de emergencia
- Terapia Racional Emotiva.
- Terapia de valores
- Terapia centrada en el cliente.

(Favor de consultar el capítulo III)

SERVICIOS AUXILIARES.

Personal: Terapeuta

Locales y horarios:

El consultorio

Horario: Las sesiones dependerán de cada paciente.

Materiales:

- Hojas y lápices
- Cuestionarios impresos
- Diapositivas o transparencias
- Un retroproyector.

AREAS DE TRABAJO

I MANEJO DE CRISIS

Objetivo particular; Que el paciente pueda resolver los síntomas agudos de ansiedad y depresión que presenta, a través del manejo de los siguientes puntos:

"Confrontación con su enfermedad".

- Objetivo: El paciente valorará el significado -

real que para él tiene su enfermedad.

"Insigth".

- Objetivo: El paciente valorará la naturaleza y las causas de sus sentimientos, temores, intereses, impulsos, defensas y motivaciones inconscientes.

"Elevar su autoestima".

- Objetivo: El paciente comprenderá que el continuar existiendo es tolerable, aceptable y hasta deseable.

"Mejorar sus relaciones interpersonales".

- Objetivo: El paciente aprenderá como llevar un manejo adecuado de las relaciones interpersonales.

"Expresión de sentimientos".

- Objetivo: El paciente expresará sus sentimientos (ventilación de emociones).

"Apoyo".

- Objetivo: El paciente apreciará que es aceptado, comprendido y apoyado por el terapeuta.

"Información".

- Objetivo: El paciente comprenderá, en su totalidad, el significado de la prueba de detección de anticuerpos.

"Identificación de conductas de riesgo".

- Objetivo: Que el paciente elimine conductas -- riesgosas que tuvo en el pasado.

"Distincuir prioridades".

- Objetivo: El paciente valorará los aspectos que requieren de más atención en su vida en el momento presente.

"Servicios Médicos".

- Objetivo: El paciente comprenderá las consecuencias que acarrea el evitar los servicios médicos.

"Medidas preventivas".

- Objetivo: El paciente aplicará las medidas preventivas para evitar el contagio a otras personas.

"Alianza terapéutica".

- Objetivo: El paciente y el profesional haciendo uso de la alianza terapéutica propiciarán el éxito del tratamiento.

"Disminución de la ansiedad".

- Objetivo: El paciente se relajará, disminuyendo así la ansiedad.

II PSICOTERAPIA INDIVIDUAL DE APOYO

Objetivo particular: Que el paciente pueda mejorar sintiéndose apoyado y respaldado por alguien -el profesional-, lo que le dará seguridad y ánimo para salir adelante. Mediante la aplicación de los siguientes puntos:

"Estimación positiva incondicional".

- Objetivo: Que el paciente aprecie que no está solo, que puede contar con el profesionalista.

"Empatía".

- Objetivo: Que el paciente aprecie que realmente es comprendido por el profesionalista.

"Congruencia y autenticidad".

- Objetivo: El paciente se dará cuenta de que el profesionalista es una persona sincera, lo que hará que confíe plenamente en éste.

"Biblioterapia".

- Objetivo: El paciente a través de la lectura -apta para la situación que está viviendo- sienta tranquilidad y confort, lo que lo llevará al cre

cimiento como persona.

"Infundir esperanzas realistas".

- Objetivo: Que el paciente mejore al ver que se recupera de las infecciones oportunistas.

III PSICOTERAPIA A PACIENTES TERMINALES.

Objetivo particular: Brindar al paciente terminal la atención necesaria para hacerle más llevadera esta situación; llevando a cabo los siguientes puntos:

"Aceptación de la situación".

- Objetivo: Que el paciente acepte la fase terminal de su enfermedad y que intente sobreponerse a esta difícil situación con ayuda del terapeuta.

"Valores de interés para el paciente".

- Objetivo: Que el paciente se motive a vivir plenamente ante nuevos valores y expectativas.

"Fomentar la espiritualidad".

- Objetivo: Que el paciente a través de la espiritualidad sienta una calidez interior.

VALORACION

Para evaluar la efectividad de este programa se propone o sugiere la aplicación de un test-retest que sería llevado a cabo de la siguiente manera: antes de poner a funcionar el programa se someterá al paciente a contestar el Cuestionario Clínico para el diagnóstico del Síndrome Depresivo del Dr. Guillermo Calderón Narvaez y la Escala de Hamilton para Evaluación de la Ansiedad, puesto que la depresión y la ansiedad son los síntomas típicos y principales en estos pacientes.

Posteriormente, se aplica el programa y al finalizarlo se aplican nuevamente el Cuestionario y la Escala antes mencionados y se comparan resultados. De esta manera, se observará si hubo o no mejoría, de donde se podrá deducir la efectividad del programa. Cabe mencionar, que éste hace la función de tratamiento.

COMO MANEJAR EL PROGRAMA:

Su aplicación será de manera flexible, ya que debido a las diferencias individuales no se puede generalizar.

En este programa se incluyen las intervenciones terapéuticas posibles a lo largo de la evolución del paciente con SIDA; por lo tanto, se tomará en cuenta la etapa que esté viviendo el paciente (etapas de la enfermedad y psicológicas), además de su estructura y/o características de personalidad como el temperamento, carácter, ajuste emocional, etc. lo que es determinante, puesto que no todos los pacientes responden de la misma manera.

También se tendrá en cuenta si el paciente es apto o si se adaptará a equis situación establecida en el programa.

Se seleccionarán los puntos adecuados para cada paciente, de acuerdo al cuadro clínico (capacidad y deterioro) que presenten y de lo anteriormente señalado. Es importante tenerlo en cuenta para hacer un buen seguimiento del enfermo.

Este programa se adaptará a los servicios que ya existen para la asistencia de los pacientes con SIDA en las diferentes Instituciones de Salud y al equipo multidisciplinario de éstas.

El personal que lleve a cabo el programa deberá ser un profesional titulado -psicólogo o psiquiatra-, de preferencia especialista en SIDA.

- Como introducir al paciente al programa-

Se deberá introducir al paciente gradualmente; estableciendo el rapport requerido en la relación paciente-terapeuta. Para facilitar ésto, se puede recurrir a temas de interés para el paciente como: clima, deportes, situación actual del golfo pérsico etcétera. También es adecuado cuestionarlo acerca de como se siente actualmente, la calidad de atención que recibe en la clínica o institución, etc.

Todo ésto con el fin de hacerle sentir un ambiente cálido y agradable; lo que facilitará la aplicación del programa, obteniéndose así mejores resultados.

Sol L. Garfield, en su libro Psicología Clínica --
-1989-, refiere que las CARACTERISTICAS O REQUISITOS PERSONALES Y PROFESIONALES DEL TERAPEUTA SON:

- Deberá ser humanista.
- Etico.
- Enamorado del humano
- Conocedor de la psicopatología, psicogénesis, -
psicodinámica de conducta.
- Ser extremadamente culto.
- Estar alerta con respecto al problema, para llegar a un diagnóstico adecuado.
- Estar muy bien informado de técnicas terapéuticas, para evitar que el paciente tenga que adaptarse al método del terapeuta.
- Entender y aceptar al paciente, ser empático; ya que éste asegura el 40% de la curación del paciente.
- Ser parte integral del mismo proceso de la psicoterapia -terapia didáctica recibida por el terapeuta-, para que entienda lo que siente un paciente.
- Tener buena capacidad intelectual, debido a que-

es necesario tener una concepción abstracta de - la vida. Saber hacer un análisis sintético del problema del paciente.

- Tener capacidad de insight -relacionado con C.I. debido a que el terapeuta define con facilidad - sus propios procesos psicológicos internos.
- Haber resuelto (la mayoría) sus necesidades básicas y las que no, tenerlas identificadas, inclu-ye necesidades de afecto, protección, seguridad, etc. Se evitará que las necesida-des no se busquen resolver a través de su profes-i-ón.
- Tener un mínimo reconocimiento social gracias a- su estilo de vida en su área, lo cual facilita - el trabajo.
- Ser educado; no ser agresivo con sus pacientes, desde el trato hasta el modo de vestir.
- Reconocer y respetar los valores del paciente y- de su comunidad.
- A mayor experiencia de vida, mejor psicoterapeu-ta; estar abierto a las experiencias de los de-más y de uno mismo.
- Emocionalmente maduro.
- Ser profesional y tratar confidencialmente al pa-ciente; evitar evaluar moralmente la situación -

del paciente.

- Deberá ser una persona con ejercicio reflexivo - de su trabajo, no hacerlo frío e impersonalmente. Ser reflexivo puede llevarlo a una filosofía o - estilo, modalidad personal a su trabajo.
- Debe valorar la calidad de su trabajo y darse -- cuenta de sus errores.
- Debe tener control terapéutico para ser un verdadero agente de cambio.
- Autorrespeto y autoapreciación.
- Capacidad de sentirse poderoso, seguro, fuerte y firme. Así el paciente vivirá esta seguridad y - se facilitará la terapia.
- Estar dispuesto a tomar riesgo y ser abierto a - las experiencias; de ser terco u obstinado con - el paciente, lo que dificultaría la tarea.
- Estar dispuesto a soportar o tolerar la ambigüe- dad, no exasperarse ante ésto. Es decir, tener- calma ante pacientes que no están bien definidos. La "Lata" que da un paciente se debe ver como -- parte misma de su patología y se debe tolerar.
- Tener identidad como persona y como terapeuta, - saber que línea va a seguir, con cual se ha identificado para trabajar, ya que no tener identi -

dad lleva a:

- 1.- Una marcada autoderrota (pasividad).
- 2.- Una actitud activa-agresiva.

Se puede sentir amenazado ante un paciente que le haga peligrar su identidad.

- Estar "vivo", que significa ver los problemas del paciente pueden ser los de él mismo (del terapeuta), no sentirse inmune.
- Auténtico, sincero.
- Ser capaz de recibir y dar amor al paciente; ser accesible, permitirse una relación humana con el paciente "apapache". Esto le permite crecer al terapeuta, no debe ser tan técnico y racional.
- vivir el presente.
- Ser capaz del redescubrimiento, revitalizarse; - ésto se dá con el tiempo. Promover cambios en sí mismo.
- Generar creatividad en su trabajo, no pensar que todo está hecho o que el trabajo es rutinario -- con todos los pacientes.
- Hacer selecciones que modelen su vida.
- Tener interés sincero en los otros.

CAPITULO V

C A P I T U L O V

Elaboración de un programa de ayuda psicológica para pacientes infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

I MANEJO DE CRISIS

"Confrontación con su enfermedad".

Objetivo.-

El paciente valorará el significado real que para él tiene su enfermedad.

Recursos materiales.-

El consultorio.

Técnicas utilizadas.-

Verbalización directiva hacia la autoconciencia.

Instrucciones específicas.

Ninguna.

Desarrollo.-

El profesionalista hará las siguientes preguntas al paciente:

¿Qué piensa de su enfermedad?.

¿Cómo se siente?

¿Quiénes conocen su estado infeccioso? -¿Porque?-

¿Cuales son sus planes futuros?

Además de preguntas derivadas de las respuestas del paciente. (No se incluyen porque varían de un paciente a otro).

El paciente, a medida que responda a las preguntas-tomará conciencia de su situación.

Al finalizar el ejercicio se le pedirá al paciente-que exprese como se sintió al hablar de su enfermedad.

"Insigh"

Objetivo.-

El paciente valorará la naturaleza y las causas de-
sus sentimientos, temores, intereses, impulsos, defensas -
y motivaciones inconscientes.

Recursos materiales.-

El consultorio.

Técnicas utilizadas.-

Técnicas directivas para fomentar la autoconciencia.

Interpretación

Instrucciones específicas.-

El terapeuta, para impartir el insigh mediante la-

interpretación tiene que tener en cuenta la capacidad y la disposición del paciente para aceptar y emplear el insight.

El profesionista deberá mencionar al paciente que el ejercicio es para identificar lo que sucede en él y ejercer control sobre éllo.

Desarrollo.-

El profesionista solicitará al paciente la exposición de lo que el considera sus conflictos y el origen (según él) de éstos.

Posteriormente, mediante la interpretación, el terapeuta llevará al paciente a conocer de una manera llana y directa el impulso que éste ha estado negando o reprimiendo, de acuerdo a la problemática que presenta.

Probablemente saldrán a flote conflictos latentes pero no manifiestos en el paciente, cuando esto suceda el terapeuta deberá señalarlos, para que el paciente tenga conciencia de ellos, indicándole el origen de éstos.

A través del conocimiento del origen de sus asociaciones mentales, el paciente encontrará la relación que existe con sus temores, impulsos, intereses, defensas y motivaciones inconscientes.

Al final del ejercicio el paciente deberá expresar como se sintió.

"Elevar su autoestima"

Objetivo.-

El paciente comprenderá que el continuar existiendo es tolerable, aceptable y hasta deseable.

Recursos materiales.-

- El consultorio
- Hojas y lápices
- Mi declaración de autoestima (Virginia Satir).

Técnicas utilizadas.-

Técnicas de psicodrama

Instrucciones específicas.-

Se recomienda que al terminar el ejercicio se lea - al paciente la declaración de autoestima de Virginia Satir.

Desarrollo.-

Se pedirá al paciente que escriba con letra de molde, en forma de lista tres fallas o limitaciones, incapacidades o defectos más graves, asimismo tres cualidades o virtudes.

El paciente leerá al profesional en primer término las fallas, señalando los problemas que le causan y lo que cree que puede hacer para corregirlas.

El profesional le hará ver que sus fallas no son-

tan terribles y que todos tenemos fallas y limitaciones --
-incluso el terapeuta- similares a las tuyas (no idénticas).
Esto deberá hacerse de manera sincera no exagerada, también
se le señalará lo acertado de su decisión de acudir a ayuda,
que no lo considere como una falla, sino al contrario,
como un logro, un intento de superación.

Sugiriendo la autoaceptación se señalará al paciente
que aún con fallas ha logrado algunas cosas y soportado
dificultades.

Después, leerá sus cualidades, expresando la ayuda
que le han proporcionado y la manera -según él- de explotarla
al máximo.

El profesionalista hará énfasis en estas últimas señalándole
su importancia (reflejándoselas).

Al final del ejercicio se leerá al paciente "mi declaración
de autoestima" de Virginia Satir:

"En todo el mundo no existe nadie igual, exactamente
igual a mí. Hay personas que tienen aspectos míos, pero de
ninguna forma el mismo conjunto mío, por consiguiente,
todo lo que sale de mí es auténticamente mío, porque yo
solo lo elegí.

Todo lo mío me pertenece, mi cuerpo y todo lo que hace:
mi mente con todos sus pensamientos e ideas; mis ojos,
incluyendo todo lo que ven; mis sentimientos, cualquiera
que sean; ira, alegría, frustración, amor, decepción,
emoción; mi voz fuerte o suave, y todas mis acciones
sean para otros o para mí.

Soy dueño de mis fantasías, mis sueños , mis esperanzas, mis temores.

Son mis triunfos y mis éxitos, todos mis fracasos y errores puesto que todo lo mío me pertenece, puedo llegar a conocerme íntimamente. Al hacerlo, puedo llegar a querme y sentir amistad hacia todas mis partes.

Puedo oír, ver, sentir, decir, pensar, hacer. Tengo los medios para sobrevivir para acercarme a los demás, para ser productivo, y para lograr darle sentido y orden al mundo de personas y cosas que me rodean.

Me pertenezco, yo soy yo y estoy bien".

"Mejorar sus relaciones interpersonales".

Objetivo:

El paciente aprenderá como llevar un manejo adecuado de las relaciones interpersonales.

Recursos materiales.-

El consultorio.

Técnicas utilizadas.-

Técnicas directivas: orientación y consejo.

Instrucciones específicas.-

Ninguna.

Desarrollo.-

El profesionista indicará al paciente que comente - acerca de los factores que en el momento actual hacen más-necesarias y difíciles las relaciones humanas y sobre ¿Que podemos hacer al respecto?.

Deberá reflexionar sobre "Lo que puedo hacer yo" pa-
ra relacionarme mejor con los demás.

Se pedirá al paciente que hable acerca de lo que le gusta y le disgusta de las personas y si éste lo desea pue-
de citar nombres.

A continuación, el profesionista hará énfasis en la importancia de relacionarse con los demás y de lo agrada-
ble y necesario que resulta, tomando las acciones posi-
vas de las personas que nos rodean.

"Expresión de sentimientos".

Objetivo.-

El paciente expresará sus sentimientos (ventilación de emociones).

Recursos naturales.-

- El consultorio
- Cuestionario impreso.

Técnicas utilizadas.-

Técnicas de psicodrama: técnica de "silla vacía".

Instrucciones específicas.-

Ninguna.

Desarrollo.-

Se entregará un cuestionario impreso al paciente y se le darán unos minutos para que reflexione sobre éllo.

El terapeuta colocará una silla frente al paciente y se le pedirá que imagine que ahí se encuentra la persona con la que quisiera hablar, o bien, si éste lo desea puede "hablar" con su enfermedad, en este caso, SIDA.

Se estimula al paciente para que exprese sus sentimientos en segunda persona, ejem. "Tu me haces sentir..."

También se deberá aclarar a éste que es apropiado - en el ejercicio la manifestación de emociones (reír, llorar, etc.) si éstas llegaran a presentarse.

El paciente deberá comentar la experiencia.

CUESTIONARIO.

- Piensa en alguien a quien tu no puedas expresarle lo que sientes por el/ella.
- ¿Quién es?.
- Describe la forma de ser de esa persona para con

tigo.

- ¿Cuál es el sentimiento que no te atreves a expresar?
- ¿Cómo te das cuenta de tu sentimiento?
- ¿Que mejorará cuando logres expresárselo?
- ¿Como se lo vas a expresar?
- ¿Cómo te sientes al saber que puedes expresarlo?

"Apoyo"

Objetivo.-

El paciente apreciará que es aceptado, comprendido y apoyado por el profesionista.

Recursos materiales.-

El consultorio

Técnicas utilizadas.-

Técnicas de apoyo: disponibilidad del terapeuta y empatía.

Instrucciones específicas.-

El terapeuta deberá detectar el momento o situación que requiera de apoyo; evitando hacerlo en situaciones que deleguen responsabilidad o en acciones negativas.

En casos no muy comunes los pacientes ponen a prueba la sinceridad del terapeuta, explotando su ofrecimiento de disponibilidad para abrumarlo hasta el punto en que se vea obligado a retirar el ofrecimiento, comprobando así la premisa del paciente de que a él lo rechaza todo el mundo. A lo que se procederá interpretándole su necesidad de probar al profesionista, por lo que se sugiere tener cuidado en el manejo de estos pacientes.

Desarrollo.-

Se deberá proporcionar la mayor calidez posible al paciente a través de expresiones como las siguientes:

"Usted no está solo, yo estoy aquí como fuente de ayuda en cualquier momento que usted me necesite".

Expresiones de aprobación del terapeuta o de su propia identificación con las emociones, expresiones y conducta del paciente. Al hacer estas afirmaciones, el terapeuta de hecho le está prestando al paciente su propio yo más fuerte y su menos severo super Yo. Así, pues, puede decirle al paciente: "Si yo estuviera en su lugar, yo también me hubiera enojado".

"Información".

Objetivo.-

El paciente comprenderá en su totalidad, el significado de la prueba de detección de anticuerpos.

Recursos materiales.-

- El consultorio
- Diapositivas o transparencias que contengan el proceso de detección de anticuerpos; éstas pueden ser proporcionadas por: CONASIDA o por la Institución o Clínica en que se aplicará este programa.
- Un retroproyector.

Técnicas utilizadas.-

Técnicas didácticas.

Instrucciones específicas.-

El profesional deberá consultar el capítulo II - 2.3 para instruirse adecuadamente acerca del tema.

Se deberá hablar en forma sencilla y comprensible para el paciente, de lo contrario se le explicarán los términos que no entienda.

Desarrollo.-

El profesionalista deberá cubrir los siguientes puntos:

- En que consiste la (s) prueba (s) de detección de anticuerpos y cuantos tipos existen.
- La validez y confiabilidad de las pruebas.
- El significado del diagnóstico positivo y negativo.
- Pruebas de confirmación para evitar falsos positivos y falsos negativos.

Se expondrán cada uno de los puntos apoyándose en diapositivas o transparencias.

El paciente podrá hacer las preguntas que desee.

El profesionalista deberá cerciorarse de que el objetivo se ha cumplido.

"Identificar conductas de riesgo"

Objetivo.-

Que el paciente elimine conductas riesgosas que tuvo en el pasado.

Recursos materiales.-

- El consultorio
- Cuestionario impreso

Técnicas utilizadas.-

Técnicas directivas para fomentar la autoconciencia.

Instrucciones específicas.-

El cuestionario solo es una guía, otras preguntas dependerán de las respuestas a algunas de ellas.

Desarrollo.-

El profesionista aplicará el cuestionario:

¿Es hemofílico?.

¿ Utiliza drogas intravenosas?.

¿Es homosexual, heterosexual o lleva los dos tipos de conducta sexual?.

Si no corresponde a ninguna de las categorías anteriores hay que interrogar más para establecer la posible fuente de infección.

¿Tiene un compañero sexual estable?

Si tiene un compañero sexual estable, ¿ambos son fieles?.

¿Cuántos compañeros han tenido durante el último año (varones y mujeres)?.

En toxicómanos de drogas intravenosas, ¿comparten alguna vez agujas?.

Vida social: ¿Tiene un grupo de amigos? ¿Tiene amigos que no son homosexuales?.

¿Hasta que grado confían en el sexo como una fuente de su vida social?.

Vida: ¿Vive sólo? ¿Con amigos? ¿Con un compañero? ¿Con la familia?.

¿Quien lo sabe?: ¿Son homosexuales abiertos? ¿lo sabe su familia?.

¿Lo saben sus amigos? ¿Lo saben sus compañeros de trabajo? ¿Lo saben sus patrones? ¿Lo saben casi todos?

¿Cómo se siente sobre las noticias?

¿Que cambios hará en su estilo de vida como resultado

de la noticia?.

¿Que problemas tendrá al hacer estos cambios?.

¿Hay algunas personas a las que tendrá que decirse lo
- por ejemplo, compañeros? ¿Cómo es probable que tomen la-
noticia?.

"Distinguir prioridades".

Objetivo.-

El paciente valorará los aspectos que requieren de -
más atención en su vida en el momento presente.

Recursos materiales.-

- El consultorio
- Papel y lápiz

Técnicas utilizadas.-

Técnicas directivas para fomentar la autoconciencia.

Instrucciones específicas.-

Ninguna.

Desarrollo.-

Se pedirá al paciente que escriba con letra de molde en forma de lista los aspectos que según él requieren de -
más atención en su vida actualmente; para lo que se le -
proporcionará papel y lápiz.

Al terminar la lista, se le preguntará acerca del -
porqué eligió esos puntos como prioridades como una manera
de hacer conciencia en el paciente.

Posteriormente, el profesionista señalará la impor-

tancia que tiene el brindar la atención que demandan esos aspectos.

El paciente deberá expresar como se sintió al llevar a cabo el ejercicio.

"Servicios médicos".

Objetivo.-

El paciente comprenderá las consecuencias que acarrea el evitar los servicios médicos.

Recursos materiales.-

- El consultorio.

Técnicas utilizadas.-

Orientación y consejo.

Instrucciones específicas.-

La guía que se proporciona a continuación es solo una orientación, ya que se manejarán aspectos contenidos en las respuestas del paciente.

Desarrollo.-

El profesionista deberá señalar al paciente la importancia de acudir a los servicios médicos, aún cuando su enfermedad hasta el momento es incurable (con lo que se justifica el paciente).

Hacer incapié en el paciente en cuanto a que el no acudir a recibir atención médica acelerará el proceso de muerte, ya que no se podrían controlar las infecciones oportunistas, además de lo doloroso y deprimente que resultaría para él verse en ese estado de deterioro.

Además, se deberá cuestionar al paciente acerca del - porqué rehusa los servicios médicos y orientarlo en cuanto a lo necesario de éstos.

También, se le hará ver que la atención médica tiene como fin que el paciente tenga un estilo de vida más saludable, lo que hará más fácil y llevadera su adaptación a esta situación de enfermedad.

Hacerlo consciente de que pueden aparecer síntomas en el futuro, así como la posibilidad de infección a otras -- personas.

"Medidas preventivas".

Objetivo.-

El paciente aplicará las medidas preventivas para evitar el contagio a otras personas.

Recursos materiales.-

- El consultorio
- Una guía práctica de recomendaciones para uso del profesionalista.
- Técnicas utilizadas.-

Orientación y consejo.

Instrucciones específicas.-

Ninguna.

Desarrollo

El profesionalista señalará las recomendaciones una a una, desvaneciendo dudas que pudieran presentarse en el paciente.

GUIA DE RECOMENDACIONES

- 1.- Deberá informar a su pareja sexual acerca de su estado serológico, con el fin de que se tomen las precauciones apropiadas.

- 2.- Deberá evitarse que durante el acto sexual exista contacto entre la sangre, semen, orina, heces, saliva, secreciones cervicales y vaginales de la persona infectada, y las mucosas o heridas abiertas de la pareja. Como ésto es bastante difícil de controlar, el método más seguro para evitar el contagio es la abstinencia.
- 3.- Deberá informar a sus parejas sexuales anteriores y a aquellas con quienes hubiera compartido agujas acerca de la conveniencia de solicitar asesoría especializada e investigar la presencia de anticuerpos.
- 4.- No deberá compartir agujas o jeringas.
- 5.- no deberá compartir cepillos de dientes, navajas de rasurar u otros objetos que pudieran contaminarse con sangre.
- 6.- No deberá donar sangre, plasma, órganos, tejidos o semen.
- 7.- Deberá prevenirse el embarazo.
- 8.- En caso de que ocurriera derrame de sangre y otros líquidos en superficies inertes, deberán limpiarse con desinfectantes apropiados.
- 9.- Deberán informarse a los médicos y a los dentistas tratantes sobre su estado serológico.

"Alianza terapéutica".

Objetivo.-

El paciente y el profesionista haciendo uso de la --
alianza terapéutica propiciarán el éxito del tratamiento.

Recursos materiales.-

- El consultorio.

Técnicas utilizadas.-

Orientación y consejo.

Instrucciones específicas.-

El profesionista debe estar consciente de que es diffi
cil lograr la alianza terapéutica cuando el paciente no --
acude a terapia en forma voluntaria.

Desarrollo.-

El terapeuta deberá hacer consciente al paciente en -
cuanto al motivo por el cual se encuentran reunidos y de -
lo que deben ser las reglas y las metas de su interacción.

Se especificarán las metas del tratamiento, los pro--
cedimientos que se emplearán, los riesgos potenciales que--
pueden existir y las responsabilidades individuales del --
paciente y del profesionista.

Ambos (paciente y terapeuta) hablarán acerca de la -

conducta deseable que esperan el uno del otro, e intercam_ biar puntos de vista de acuerdo a ésto.

"Disminución de la ansiedad"

Objetivo.-

El paciente se relajará, disminuyendo así la ansiedad.

Recursos materiales.-

- El consultorio
- Técnicas utilizadas.-
- Técnicas de relajación
- Instrucciones específicas
- Ninguna.

Desarrollo.-

El profesionalista indicará al paciente lo siguiente

- 1.- El paciente se acostará en una superficie -- plana y cómoda; con los brazos a los lados.
- 2.- Se le pedirá que observe el mismo su respiración normal, sin alterarla. Deberá expresar - como se siente con esa respiración.
- 3.- Se le indicará que respire profundamente, lo más que pueda; señalándole que debe respirar desde la clavícula hasta la pelvis "inflándola". El terapeuta deberá estar observando si el paciente lo hace adecuadamente, si no es - así, se le deberá corregir.

- 4.- Después de que ha sentido la respiración, se le pide que "sienta" los dedos de los pies, -- uno a uno y los relaje, subiendo a los talones, metatarso, tobillo y así sucesivamente de abajo hacia arriba, pero dando especial énfasis a los hombros, cuello, cara, maxilares, frente y cuero cabelludo.

- 5.- Se le preguntará al paciente como se sintió -- durante y al finalizar el ejercicio.

II PSICOTERAPIA INDIVIDUAL DE APOYO

"Estimación positiva incondicional"

Objetivo.-

Que el paciente aprecie que no está solo, que puede contar con el profesionalista.

Recursos materiales.-

- El consultorio

Técnicas utilizadas.-

Técnicas de apoyo: disponibilidad del terapeuta y -
empatía.

Instrucciones específicas.-

Ninguna

Desarrollo.-

El profesionalista deberá hacer sentir al paciente -- que se le dá un trato como persona y no como tal; se puede llevar a cabo ésto manifestando una actitud espontánea y - no elaborada, demostrándole así que le interesa al terapeu ta como persona, y no como alguien que le paga por escu -- charlo.

El terapeuta deberá aceptar al paciente tal como - es; sin juzgarlo y evaluarlo, con el fin de que se autoacep

te al ver que los demás -el terapeuta- lo hacen.

Se señalará al paciente sus logros y avances; por ejemplo: felicitaciones y reconocimientos que haya recibido en el transcurso de su vida, ascensos en el trabajo, terminación de una carrera profesional, etc. Esto con el fin de demostrarle su capacidad de superación, motivándolo así para la realización de actividades.

"Empatía".

Objetivo.-

Que el paciente aprecie que realmente es comprendido por el profesionalista.

Recursos materiales.-

- El consultorio

Técnicas utilizadas.-

Técnicas del reflejo y del mensaje no verbal.

Instrucciones específicas.-

El profesionalista deberá conocer la técnica del reflejo y del mensaje no verbal.

Desarrollo.-

El terapeuta hará uso de la técnica del reflejo para lograr la transmisión de la empatía; ésto es, comunicar al paciente el deseo del terapeuta por lograr la comprensión emocional o lograrla.

Para ésto se emplearán frases que abarquen el sentimiento velado expresado por el paciente, por ejemplo:

P - "Realmente me acongoja demasiado el que mis padres no se interesen por mí..."

T - "Usted se siente triste y solo por esta situación".

El mensaje no verbal tiene mucho que ver con la actitud empática, por lo que el terapeuta deberá cuidar su tono de voz, expresión facial y postura corporal; ya que a través de esto manifiesta su actitud ante equis situación.

"Congruencia y autenticidad".

Objetivo.-

El paciente se dará cuenta de que el profesionalista es una persona sincera, lo que hará que confíe plenamente en éste.

Recursos materiales.-

- El consultorio.

Técnicas utilizadas.-

Técnicas de asertividad

Instrucciones específicas.-

Ninguna.

Desarrollo.-

El terapeuta o profesionalista deberá mostrarse fiel a sus ideas, pensamientos y sentimientos; no alterándolos para agradar al paciente, ya que éste al darse cuenta del engaño del terapeuta no confiará más en él; lo que resultaría contraproducente.

Es decir, el terapeuta deberá manifestarse tal como es, no adoptando actitudes que no siente. Por ejemplo:

Paciente: "Discúlpeme por no avisarle que no vendría a la sesión del martes pasado..."

Terapeuta: "Me molestó que no lo hicieras... pero espero que la próxima vez que no puedas venir me avises".

Así el paciente se dará cuenta de que el terapeuta es una persona sincera y auténtica como cualquier otra y que no actúa para tratar de agradarle, simplemente se comporta como realmente es, lo que hará que confíe en él.

"Biblioterapia".

Objetivo.-

Que el paciente a través de la lectura apta para la situación que está viviendo sienta tranquilidad y confort, lo que lo llevará al crecimiento como persona.

Recursos materiales.-

- El consultorio.

Técnicas utilizadas.-

Técnicas educativas.

Instrucciones específicas.-

El terapeuta recomendará al paciente la lectura apropiada para éste, de acuerdo a sus necesidades.

Desarrollo.-

Se recomendará al paciente la lectura de temas seleccionados acerca de la superación, auto-ayuda, motivación al cambio y al crecimiento del paciente, así como temas religiosos.

Después de que el paciente haya leído el libro, se comentarán los aspectos más importantes y sobresalientes de éste, dando lugar así a una retroalimentación entre terapeuta y paciente.

Se sugieren estos libros:

- Solo El sabe escuchar
Taylor Caldwell.
- El hombre en busca del sentido
Viktor Frankl.
- La búsqueda
Lara

"Infundir esperanzas realistas"

Objetivo.-

Que el paciente mejore al ver que se recupera de las infecciones oportunistas.

Recursos materiales.-

- El consultorio.

Técnicas utilizadas.-

Técnicas de apoyo: disponibilidad del terapeuta y empatía.

Instrucciones específicas.-

Ninguna.

Desarrollo.-

El profesionsita enfocará la atención del paciente en la recuperación de la infección oportunista presente - más que en el resultado final a largo plazo, ya que no es válido dar falsas esperanzas sobre la curación total, aunque se debe tener cuidado de no destruir esta fé, no realista hasta el momento.

III PSICOTERAPIA A PACIENTES TERMINALES.

"Aceptación de la situación".

Objetivo.-

Que el paciente acepte la fase terminal de su enfermedad y que intente sobreponerse a esta difícil situación con ayuda del terapeuta.

Recursos materiales.-

- El consultorio

Técnicas utilizadas.-

Verbalización directiva hacia la autoconciencia.

Confrontación

Instrucciones específicas.-

El profesionista deberá ser muy sutil y tener mucho tacto al desarrollar este ejercicio, ya que el paciente puede sentir que no se le atiende.

Desarrollo.-

El profesionista pedirá al paciente que recuerde los momentos más felices de su vida y los exprese; y al hacerlo, los "viva" lo más intensamente posible.

Posteriormente, el profesionista desarrollará los

siguientes puntos, ampliándolos de acuerdo a las necesidades de la interacción con el paciente (respuestas de éste).

- Se le hará ver al paciente que la vida le ha dado momentos maravillosos como los que acaba de evocar, por lo que ha valido la pena vivir, aún cuando se presentan situaciones como ésta -Infec
ción por VIH.-

En fin, que la vida nos proporciona momentos agrada
bles y desagradables y que hay que aceptar ambos.

- Se le señalará (de manera sutil) que él no es -
una víctima, sino que simplemente es un ser huma
no y como tal, es susceptible de enfermar al --
igual que los demás.
- Hacer incapié en el paciente en cuanto a que de-
be aprovechar al máximo cada momento, y que aun-
que es "normal" que se preocupe, no resolverá na
da con hacerlo; y se estará privando de vivir -
intensamente.

"Valores de interés para el paciente"

Objetivo.-

Que el paciente se motive a vivir plenamente ante -
nuevos valores y expectativas.

Recursos materiales.-

- El consultorio

Técnicas utilizadas.-

Terapia de valores

Instrucciones específicas.-

Es importante señalar que se puede desarrollar una -
idea del paciente, de acuerdo a sus necesidades e inque -
tudes. Algo que él desee llevar a cabo.

Desarrollo.-

Se sugerirá al paciente que organice un día de cam -
po, invitando a las personas que él más estime (familia -
res y amigos) y personas con quienes desee compartir momen -
tos agradables. Si el paciente siente necesidad de expre -
sar algo, puede hacerlo, ya sea en forma individual o diri -
giéndose al grupo que le acompaña.

Fortaleciendo así sus relaciones interpersonales;
lo que le hará darse cuenta de que a su alrededor hay per -
sonas que lo estiman.

El terapeuta exhortará al paciente a apreciar sucesos que por ser tan cotidianos nunca los valoró ; como el sol, el aire, los árboles... la naturaleza, el amor, etc. Con el fin de que el paciente perciba que esos momentos -- fueron los que lo llevaron a conocer la esencia de la vida; dejando a un lado las trivialidades, que ahora, de nada sirven. Con lo que se dará cuenta de que aún hay cosas que vale la pena hacer.

"Fomentar la espiritualidad".

Objetivo.-

Que el paciente a través de la espiritualidad sienta una calidez interior.

Recursos materiales.-

- El consultorio

Técnicas utilizadas.-

- Cognoscitivas
- Orientación y consejo

Instrucciones específicas.-

Los puntos que a continuación se exponen son solo una guía, el profesional podrá añadir puntos de acuerdo a las inquietudes y necesidades de su paciente.

Desarrollo:-

El profesionalista llevará a cabo el ejercicio desarrollando como puntos clave lo siguiente:

- Se hablará al paciente acerca de la existencia de Dios y de lo reconfortante que resulta sentir su presencia, sobre todo en su situación, en que se siente tan solo y desdichado.

- Cuestionario sobre si puede alguien quitarle a él ahora esa felicidad que experimentó en su vida. Que sienta que realmente su lucha ha valido la pena, sus esfuerzos y las experiencias del pasado que lo llevaron a aprender bien o mal, como andar por la vida. En fin, que llegue a la conclusión de que vivir es maravilloso... a pesar de todo.

- Que se dé cuenta que no está solo... que hay alguien que lo ama y le proporciona paz y tranquilidad.... DIOS.

- Se sugiere recomendar al paciente lectura adecuada al tema:

- La biblia.

- La presencia ignorada de Dios
Viktor Frankl

CAPITULO VI

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

6.1 CONCLUSIONES

El SIDA, un nuevo y dramático reto para la medicina y la Psicología.

Sobre pocos temas se ha escrito tanto y en tan poco tiempo, como del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, cuyas siglas se han convertido ya en el nombre común de una nueva enfermedad: SIDA.

Esta profusión, de muy diversa índole -desde literatura científica, hasta revistas de nota roja-, responde al interés, la inquietud y el temor que ha provocado esta enfermedad, en todos los ámbitos, a nivel mundial.

En nuestro país, el informe, descripción y análisis de esta singular enfermedad, ha sido objeto de múltiples actividades académicas, clínicas e incluso culturales. Ha sido, asimismo, tema permanente de actualización de las autoridades sanitarias y epidemiológicas del país; objeto de supervisión constante por parte del sistema nacional de vigilancia epidemiológica; ha ocupado espacio en la prensa, tanto en las notas informativas, como en comentarios editoriales y caricaturas; también ha sido tema de interés de programas radiofónicos y televisivos. El SIDA ha suscitado apasionadas polémicas entre diversos grupos de la sociedad, y los argumentos a favor o en contra de las medidas sanitarias adoptadas se han convertido en tema de discu --

sión entre los grupos progresistas y los núcleos más conservadores de la sociedad mexicana de nuestros días.

Debido a ésto, se pensó en lo necesario y útil que resultaría realizar un trabajo de este tipo.

La finalidad de esta investigación fué la de elaborar un programa de ayuda psicológica para personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); ya que se considera necesario atender el aspecto psicológico -además del médico- de estos pacientes, puesto que presentan síntomas agudos de ansiedad y depresión.

Este programa fué elaborado en base a trabajos documentales y conocimientos de expertos en la materia; contando con la colaboración desinteresada de personal especializado que labora en CONASIDA; mostrándose interesados en el tema.

México, sigue respondiendo de manera intensa ante la situación de alerta que están viviendo todas las naciones del mundo. Se espera que el presente trabajo sirva también como una invitación para que se amplíe la participación de la sociedad en la lucha contra esta epidemia, al hacer conciencia de que el SIDA es un problema que nos concierne a todos.

Fué muy satisfactorio realizar este programa, sobre todo porque intenta ayudar a estos pacientes y porque durante la investigación se pudo conocer más acerca de ellos; lo que permite comprenderlos.

6.2 SUGERENCIAS.

A medida que aumentan los conocimientos médicos y sociales sobre el virus es obvio que deben difundirse con la mayor amplitud posible. El VIH no es algo que debe temerse -es algo que debe combatirse-. Pero para luchar contra él con eficacia todos los afectados -pacientes, personal médico (o paramédico) y quienes los atienden (esposas, familiares, amigos, compañeros de trabajo)- deben saber con claridad lo que significa este fenómeno a nivel social, médico, práctico y emocional y aprender a comunicar este conocimiento con eficiencia. Para muchos pacientes, los temores que surgieron por su diagnóstico o el conocimiento de la infección han sido comparables a los temores sobre las reacciones de quienes los rodean. Es muy importante que la atención de esta infección y su enfermedad no se nuble por la intolerancia, el perjuicio o el temor.

Se recomienda también, la creación de una sección especial en los hospitales para tratar a las personas infectadas por el VIH y enfermos de SIDA; no de manera discriminatoria, al contrario formando una sección más del hospital. Proporcionándole los cuidados adecuados al igual que a los demás pacientes, según su enfermedad, por supuesto.

Padecer VIH o SIDA es, en muchos aspectos, una novedad médica. Se debe tener cuidado de no hacer sentir al paciente como "conejiillo de indias" -lo que es muy común- en la formación de políticas y costumbres médicas particulares.

Se sugiere la capacitación de pacientes como promotores (a nivel prevención), si éstos lo desean, obviamente. Además de hacerlos sentir útiles, será una manera más palpable de señalar lo que es la enfermedad (VIH o SIDA); hablando de sus experiencias y deterioro en diversas áreas.

Cuando las sesiones terapéuticas no surten el efecto esperado en el paciente, el terapeuta deberá remitirlo a tratamiento farmacológico.

Se sugiere instalar un servicio telefónico de apoyo, funcionando las 24 horas del día, por si se presenta una crisis en el paciente y también para proporcionar orientación e información; atendido por personas debidamente capacitadas y además, interesadas en el tema.

Se recomienda que los pacientes terminales pasen sus últimos días en su casa y no en una clínica o institución; ya que la muerte es inevitable -hasta el momento-, y es mejor que esté en un ambiente cálido y rodeado de sus seres queridos.

AREAS DE INVESTIGACION SUGERIDAS

Como este programa es para personas de 18 años en adelante, sería conveniente que se realizara un programa para personas de menor edad; e investigaciones donde se incluya el desarrollo de temas o áreas de trabajo como por ejemplo:

- Brindar atención a pacientes en riesgo.
- Informar a los ya infectados sobre la enfermedad

- Organizar grupos de apoyo anónimos de personas infectadas por el VIH, donde éstos tendrán la oportunidad de expresar en forma voluntaria todo lo que deseen; contando con la supervisión de un profesionista para controlar las crisis que pudieran presentarse.

También sería adecuado hacer un programa sobre terapia ocupaciones para estos pacientes y otro sobre cursos de orientación familiar y social para las personas que rodean al enfermo y se interesen por él.

G L O S A R I O

G L O S A R I O *

A

Anticuerpo.- Proteína producida por el sistema inmunológico, como resultado de la entrada de un antígeno, y que tiene la capacidad de combinarse en forma específica con el antígeno que estimuló su producción, con el objeto de inactivarlo o neutralizarlo. No todos los anticuerpos, aunque sean específicos, tienen capacidad de proteger al huésped.

Anticuerpos monoclonales.- anticuerpos que pueden obtenerse en el laboratorio, a partir de la fusión de dos células distintas y que tienen la propiedad de ser altamente específicos contra la molécula que se desee. Sus usos en experimentación biomédica son múltiples.

Antígeno.- Sustancia o agente que el organismo reconoce como extraña (germen, orina, etcétera), capaz de inducir una respuesta inmune; esta respuesta puede ser a base de anticuerpos o de células inmunes.

Antiviral.- Literalmente significa contra los virus. Se considera antiviral a cualquier droga que destruye o impide la replicación de los virus. De manera experimental se están empleando en el hombre algunos antivirales para el tratamiento del SIDA.

* Definiciones tomadas del GLOSARIO del libro: SIDA, ciencia y sociedad en México, de Jaime Sepúlveda Amor y Cols. (1989).

B

Biopsia.- Extracción quirúrgica de un pedazo de tejido de un individuo vivo, con el objeto de observarlo en el microscopio y formular un diagnóstico; por ejemplo, buscar la presencia de microorganismos, o determinar la existencia de células cancerosas.

C

Candidiasis.- Tipo de infección causada por un hongo llamado *Candida albicans*, que afecta a las membranas mucosas y a la piel; en forma excepcional, puede afectar órganos internos. La infección causada por la *Candida* en la boca es conocida como "algodoncillo", y se caracteriza por la presencia de placas blancas e inflamación de las encías, las mucosas de la boca y el esófago, que llega a ser dolorosa. También puede aparecer en el lecho de las uñas, ombligo, alrededor del ano, en la vagina o en la garganta. puede provocar infecciones sistémicas. Se ve con frecuencia en individuos inmunodeprimidos. las mujeres obesas, embarazadas y diabéticas pueden presentar candidiasis en vagina, lo cual no implica que tengan SIDA

células T.- También conocida como linfocito T (por madurar en el timo); es una variedad de glóbulos blancos constituida por tres subpoblaciones: citotóxica (CD8), destinada a destruir a los antígenos; colaboradora (CD4), coordinadora de la actividad inmunológica; y supresora (CD8), inhibidora de la respuesta inmune.

Citomegalovirus (CMV).- Es un virus emparentado con la familia de los herpes virus. Las infecciones por CMV pueden ocurrir sin sintomatología, o con síntomas inespecíficos como escalofríos, fiebre irritación de garganta, debilidad y crecimiento ganglionar. Las infecciones más severas pueden producir hepatitis, mononucleosis o neumonía. Generalmente es autolimitada. El virus se elimina a través de la orina, semen, saliva, heces y sudor. En casos con inmunodeficiencia, como en el SIDA, puede haber además, alteraciones de la visión que llegan a la ceguera.

Complejo relacionado con el SIDA (CRS).- El CRS no tiene, hasta el momento, una definición oficial. Es una respuesta al virus del SIDA, en la que algunos individuos desarrollan solamente algunos síntomas, y otros todo un conjunto de ellos, tales como inflamación de ganglios, sudores nocturnos, diarrea persistente y fatiga. Sin embargo, este conjunto de síntomas no necesariamente significa que se trate de SIDA.

Criptosporidiosis.- Infección causada por un parásito protozoario encontrado en el intestino de los animales. Una vez que se transmite al hombre (por contacto directo con el animal infectado), el parásito se aloja en el intestino causando diarrea severa. Posiblemente se transmite también de hombre a hombre. Esta infección se presenta de manera frecuente en personas que tienen deprimido el sistema inmunológico, aunque algunos estudios reportan que dicho padecimiento afecta a personas sin esa depresión.

Enfermedades oportunistas.- Enfermedades causadas por microorganismos que comúnmente se encuentran presentes en el organismo o en el ambiente, pero que sólo producen enfermedad en los individuos que no presentan condiciones óptimas de salud, como una deficiencia en el sistema inmunológico.

ELISA.- Estudio inmunológico de laboratorio, que permite el diagnóstico de infección de diversos gérmenes tales como virus y protozoarios, mediante la detección de anticuerpos específicos contra ellos, o de la presencia de sus antígenos. Se utiliza como prueba de detección de infección por VIH en bancos de sangre y en población con factores de riesgo. no establece diagnóstico de SIDA; sólo permite detectar a los individuos contagiados por el VIH. Tampoco permite establecer si un individuo infectado por VIH evolucionará o no a SIDA, ni cuando sucederá .

Eritrocitos.- Glóbulo rojo. Célula sanguínea -- que contiene hemoglobina, y se encarga de transportar oxígeno de los pulmones al resto del organismo, y bióxido de carbono de los tejidos a los pulmones.

F

Falso negativo.- Resultado de laboratorio que en forma errónea no detecta algo que sí existe, como anticuerpos contra el VIH.

Falso positivo.- Resultado de laboratorio, que en forma errónea detecta algo que no existe, como anticuerpos contra el VIH.

G

Ganglio linfático o nódulo infático.- Tejido formado por linfocitos y células del sistema fagocítico mononuclear, cuya función es la de actuar como un filtro de las impurezas del organismo.

H

HTLV- 3 Es uno de los nombres originales que se le dieron previamente al virus causante del SIDA. Las siglas corresponden al nombre, en inglés, de virus linfotrófico humano tipo 3. Posteriormente, un comité de taxónomos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), propuso utilizar una sola denominación para el virus causante del SIDA; virus de la inmunodeficiencia humana, cuyas siglas en español son VIH, y en inglés HIV. Este nombre sustituye a las denominaciones anteriores.

I

Infecciones oportunistas.- Igual que enfermedades oportunistas, pero cuando el agente es un microorganismo.

Inmunidad celular.- Aquella respuesta del sistema inmunológico que depende de la actividad de las células T, cuando son estimuladas por algún antígeno.

Inmunofluorescencia.- Prueba de laboratorio en la que se emplean reactivos fluorescentes para observar la presencia de un agente. También se utiliza para detectar otro tipo de enfermedades infecciosas o inmunológicas, y se emplea como "confirmatoria" para el diagnóstico de in-

fección por VIH.

Imunosupresión.- (inmunosuppression) F. prevención o disminución de la reacción inmunitaria, p ej., radiación o administración de antimetabolitos, suero anti-linfocítico o anticuerpo específico; d.t. inmunodepresión.

L

Linfocitos.- Variedad de glóbulos blancos responsables de brindar protección específica contra agentes -- extraños (antígenos). Los linfocitos B son responsables de producir anticuerpos (inmunidad humoral), y los linfocitos T, de actuar directamente contra el antígeno, de producir sustancias que lo destruyan, o de estimular otras células para que sean ellas las que lo hagan (inmunidad celular).

Linfocitos T.- Una de las poblaciones de células del sistema inmune, que a su vez se subdivide en varias subpoblaciones con distintas funciones: linfocitos T cooperadores (4), linfocitos T supresores (T 8), y linfocitos T citotóxicos (T 8).

Linfadenopatía.- Inflamación de los ganglios o nó dulos infáticos que varía en tamaño y consistencia. Su aparición puede deberse a múltiples causas: desde una simple infección originada por una gripe, hasta lo que se conoce como linfoma, que es un tipo de cáncer de los propios ganglios.

Linfomas no Hodgkin (tipo Burkitt).- tienen una -

frecuencia muy alta de invasión extranodal. Este tipo de tumores es muy familiar en pacientes con tratamiento inmunosupresor prolongado. Algunas pruebas sugieren que surgen en huéspedes con alteraciones inmunológicas por oncogénesis debida al virus del herpes humano: CMV, para el sarcoma de Kaposi y virus de Epstein-Barr (EBV), para los linfomas de células B. Sus características son: Afección cutánea temprana, Extensión a SNC común y afección extranodal usual.

P

Poppers (nitritos).- anglicismo que se emplea para llamar a un tipo de droga inhalada, a base de nitrato de amilo o butilo que se emplea para estimular la respuesta sexual. Se han realizado estudios que demuestran que son inmunodepresores.

Prodrómicos.- ca (prodromal, prodromic) adj. Premonitorio; que indica la iniciación de una enfermedad o de un estado mórbido.

Prueba de ELISA (ensayo inmuno-enzimático).- Prueba efectuada en una muestra de sangre que detecta la presencia de anticuerpos producidos por el organismo, por ejemplo ante el virus del SIDA (la prueba ELISA se usa también para detectar otro tipo de infecciones). La prueba de anticuerpos contra el VIH no indica si se tiene o no SIDA, solamente muestra que el virus ha penetrado al organismo (si ha sido infectado). El individuo que posee anticuerpos contra el VIH es llamado seropositivo.

Prueba de Western-Blot.- Prueba de laboratorio --

que se utiliza para confirmar los resultados de la prueba de ELISA.

Retrovirus.- Subclase de virus de ARN, cuya característica fundamental es convertir su ARN en ADN, lo que se conoce como transcripción reversa, de donde viene su nombre.

S

Sarcoma de Kaposi (SK).- Cáncer originado en la pared de los vasos sanguíneos. La forma "clásica" no se relaciona con el SIDA, aparece en individuos mayores de 60 años, de origen mediterráneo, que desarrollan el tumor en la piel de las extremidades inferiores, avanza lentamente y no tiende a dar metástasis a órganos internos. La forma "epidémica" está relacionada con el SIDA, aparece en piel o en mucosa de cualquier región del cuerpo, y tiende a dar metástasis a órganos internos.

Sistema inmunológico.- Sistema constituido por distintas poblaciones de células distribuidas por todo el organismo, que reconocen moléculas y células como extrañas, tales como gérmenes, virus, o células cancerosas. También forman parte del sistema algunos órganos como el timo, el bazo, y los ganglios linfáticos.

T

Tomografía axial computarizada (TAC).- Estudio radiológico especial, consistente en tomar radiografías seriadas en distintos planos, y que mediante el uso de computadoras permite estudiar los órganos internos.

V

Virus de Epstein-Barr.- Virus relacionado con el del herpes, responsable de una forma de mononucleosis. - Se aloja en la mucosa de la nariz y garganta. Este virus permanece latente en los ganglios linfáticos, y se asocia con el linfoma de burkitt.

Hasta el momento es la asociación más clara que se conoce entre virus y cáncer.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Atienza Marta, Estrategias en Psicoterapia Gestáltica, Ed. Nueva Visión, 1988, buenos Aires, Argentina.
- Bellak y Small, Psicoterapia breve y de emergencia, Ed. Pax, 1986, México, D.F.
- Bernstein Douglas A. y Nietzel Michael T., Introducción a la Psicología Clínica, Ed. McGraw-Hill, 1986, México D.F.
- Bischof Ledford S., Interpretación de las teorías de la personalidad, Ed. Trillas, 1987, México, D.F.
- Dorland, Diccionario enciclopédico ilustrado de Medicina, Ed. Interamericana-McGraw-Hill, 1988, Fuenlabrada, Madrid.
- Dorsch Friedrich, Diccionario de Psicología, Editorial Herder 1976, Barcelona, España
- Drospsy Jacques, Vivir en su cuerpo, Editorial Paidós, 1987, México, D.F.
- Egan Gerard, El orientador experto, Editorial Iberoamericana, mayo de 1988, México, D.F.
- Dr. Ellis Albert-Dr. Abrahams Eliot, Terapia Racional-Emotiva, Ed. Pax, 1989, México, D.F.

- Frankl Viktor E., La presencia ignorada de Dios, Ed. - Herder, 1986, Barcelona, España.
- Freedman Alfred M., Kaplan Harold I. y Sadock Benjamín J., Compendio de PSQUIATRIA, Ed. Salvat, 1984, México D.F.
- MILLER, WEBER Y GREEN, Atención de pacientes de SIDA, - Ed. Manual moderno, 1989, México, D.F.
- Miller D., Viviendo con SIDA Y VIH, Ed. Manual Moderno, 1989 México, D.F.
- N.S. Dicaprio, Teorías de la personalidad, Ed. inter - americana segunda edición, 1986, México, D.F.
- Rogers Car R., El proceso de convertirse en persona, - Ed. Paidós, 1988, México, D.F.
- Sepúlveda Amor Jaime, Bronfman Mario-Ruiz Palacios Guillermo Stanislawski Estanislao-Valdespino José Luis: - SIDA, ciencia y sociedad en México, Ed. Fondo de Cultura Económica. 1989, México, D.F.
- Wolpe Joseph, Práctica de la terapia de la conducta, - Ed. Trillas, 1988, México, D.F.
- Yalom Irvin d., Teoría y práctica de la psicoterapia - de grupo, Ed. Fondo de Cultura Económica. 1986, México D.F.
- FORO MUNDIAL DE LA SALUD. Vol. 9. Núm. 3 , Año 1988. - México, D.F.

- FORO MUNDIAL DE LA SALUD, Vol. 8, Año 1987, México D.F.
- INFECTOLOGIA, Año 9, Número 5, Mayo de 1989, México D.F.
- INFECTOLOGIA, Año 9, Número 10, Octubre de 1989, México, D.F.
- INFECTOLOGIA, Año 9, Núm. 6, Junio de 1989, México, D.F.
- Journal Ky Medical Assoc., Vol. 87, Núm. 8, Agosto de 1989, Estados Unidos.
- Psychiatry Medical, Vol. 7, Núm. 2, Año 1989, Estados Unidos.
- SALUD MENTAL, Vol. 12, Núm. 3, Sept. de 1989, México, D.F.
- SALUD PUBLICA, Vol. 30, Núm. 4, Julio-agosto de 1989, México, D.F.
- The British Journal of Psychiatry, Vol. 154, Febrero de 1989. Inglaterra.
- The Medical Journal of Australia, Vol. 151, Núm. 1. -- Julio de 1989, Australia.
- VISION, La Revista Latinoamericana, 25 de Julio de 1988, Vol. 7, Núm. 2, México, D.F.
- Gaceta-CONASIDA, Mayo-junio de 1989, Año 11, Núm. 1. México, D.F.

- Gaceta-CONASIDA julio-agosto de 1988, Año 1, Núm. 2, - México, D.F.
- Gaceta-CONASIDA, Año 1, Núm. 4, Nov.-Dic. de 1988, Segunda edición, México, D.F.
- Boletín mensual SIDA-CONASIDA, Año 4, Núm. 1, Enero de 1990, editado por la dirección general de Epidemiología, México, D.F.
- Plascencia Gutiérrez Rosalina, TESIS Manejo de la técnica de la Entrevista Abierta en el Servicio de Apoyo Psicológico por Teléfono en el Centro de Información-CONASIDA, 1989, México, D.F.
- Manual de diseño de programas, Editado por la Secretaría de Educación de la Universidad Autónoma de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco.
- OCHO COLUMNAS, Sección B, Año XVII, Núm. 4960, 24 de - Sept. de 1990, Guadalajara, Jalisco.