

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

**"PROPUESTA DE ATENCION PSICOLOGICA
PREVENTIVA Y DE TRATAMIENTO A POBLACION
EN RIESGO O CONTAGIADA DEL VIRUS DEL SIDA"**

**Informe final del Ejercicio Profesional Supervisado
presentado al Honorable Consejo Directivo
de la Escuela de Ciencias Psicológicas**

POR

JORGE GIOVANNI MELENDEZ MOLLINEDO

Previo a optar al título de

PSICOLOGO

En el grado académico de

LICENCIADO

Guatemala, agosto de 1995

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ALTERNATIVE TO POLYMERASE CHAIN REACTION

LABORATORY MANUAL IN BIOLOGY

PROVIDING A PRACTICAL APPROACH TO
TEACHING MOLECULAR BIOLOGY AND
GENETICS TO STUDENTS OF
BIOLOGY AND RELATED FIELDS

THESE EXPERIMENTS ARE DESIGNED TO
TEACH THE BASIC PRINCIPLES OF
MOLECULAR BIOLOGY AND GENETICS
IN A PRACTICAL MANNER

101

MOLECULAR BIOLOGY LABORATORY

THESE EXPERIMENTS ARE

DESIGNED TO

TEACH THE BASIC

PRINCIPLES

OF MOLECULAR BIOLOGY

AND GENETICS

IN A PRACTICAL MANNER

13
T (783)
C 3

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Walter René Soto Reyes
Director

Licenciado Abraham Cortez Mejía
Secretario

Licenciado Felipe Alberto Soto Rodríguez
Representante del Claustro de Catedráticos





CUELA DE
PSICOLÓGICAS
CARRERA DE PSICOLOGÍA
UNIVERSITARIA ZONA 12
AV. BOULEVARD Y 2609883-00
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Acad.
CIEPs.
Archivo

REG. 687-94

CODIPs. 320-95

DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL
DE EPS.

Agosto 25 de 1995

Señor Estudiante
Jorge Giovanni Meléndez Mollinedo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señor Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto QUINTO del Acta VEINTICUATRO NOVENTA Y CINCO (24-95) de fecha nueve de agosto del año en curso, que copiado literalmente dice:

"QUINTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO -EPS-, titulado: PROPUESTA DE ATENCION PSICOLOGICA PREVENTIVA Y DE TRATAMIENTO A POBLACION EN RIESGO O CONTAMINADA DEL VIRUS DEL SIDA", de la Carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

JORGE GIOVANNI MELLENDEZ MOLLINEDO

CARNET No. 89-14702

El presente trabajo fue supervisado por la Licenciada Mireya Gularte Paredes y revisado por el Licenciado Edgar Cajas Mena.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional, en lo que sea aplicable."

Atentamente,

"ID. Y BUENAS A TODOS"

Licenciado Abraham Cortez Mejía
SECRETARIO



/rmp.



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
GUATEMALA



E. P. S. 81/95

Reg. 687/94

18 de julio de 1995

HRBA

ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Universidad de San Carlos
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

DE LAS AMÉRICAS
CENTRALES Y DEL CARIBE
CENTRO AMERICANO

RECIBIDO
19 JUL. 1995

12/10 HORA

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Psicología
Oficina

Respetables Miembros:

Me permito informar que he concluido la Supervisión del Ejercicio Profesional Supervisado, ejecutado por el estudiante JORGE GIOVANNI MELENDEZ MLLINEDO, Carnet No. 8914702, quien presenta el Informe Final titulado: "PROPUESTA DE ATENCION PSICOLÓGICA PREVENTIVA Y DE TRATAMIENTO DE POBLACION EN RIESGO O CONTAGIADA DEL VIRUS DEL SIDA".

El trabajo referido cumple con los requerimientos metodológicos de este Departamento, cabe señalar que la referencia teórica utilizada por el estudiante Meléndez es bastante amplia y analítica, lo cual es meritorio, aunque algunos postulados y temas no son compartidos por el suscrito.

Sin otro particular, atentamente,

" DID Y ENSEÑAR A TODOS "

Licenciado Brick Guziel Corzantes
COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO



c. archivo.



11/11/11

Dear Mr. [Name],
I am writing to you regarding the [Project Name] which is currently in progress. The project is aimed at [Project Description].

I am pleased to inform you that the project is progressing well and we are on track to complete it by the end of the year.

I am sure that the project will be a great success and we will be able to achieve our goals.

Yours faithfully,
[Signature]

I am sure that the project will be a great success and we will be able to achieve our goals. I am sure that the project will be a great success and we will be able to achieve our goals.

I am sure that the project will be a great success and we will be able to achieve our goals. I am sure that the project will be a great success and we will be able to achieve our goals.

I am sure that the project will be a great success and we will be able to achieve our goals. I am sure that the project will be a great success and we will be able to achieve our goals.

Yours faithfully,
[Signature]

I am sure that the project will be a great success and we will be able to achieve our goals. I am sure that the project will be a great success and we will be able to achieve our goals.

I am sure that the project will be a great success and we will be able to achieve our goals. I am sure that the project will be a great success and we will be able to achieve our goals.

I am sure that the project will be a great success and we will be able to achieve our goals. I am sure that the project will be a great success and we will be able to achieve our goals.

Yours faithfully,
[Signature]

I am sure that the project will be a great success and we will be able to achieve our goals. I am sure that the project will be a great success and we will be able to achieve our goals.

I am sure that the project will be a great success and we will be able to achieve our goals. I am sure that the project will be a great success and we will be able to achieve our goals.

I am sure that the project will be a great success and we will be able to achieve our goals. I am sure that the project will be a great success and we will be able to achieve our goals.

Yours faithfully,
[Signature]

I am sure that the project will be a great success and we will be able to achieve our goals. I am sure that the project will be a great success and we will be able to achieve our goals.

I am sure that the project will be a great success and we will be able to achieve our goals. I am sure that the project will be a great success and we will be able to achieve our goals.

I am sure that the project will be a great success and we will be able to achieve our goals. I am sure that the project will be a great success and we will be able to achieve our goals.

AD DE SAN CARLOS
GUATEMALA



E. P. S. 80/95

REG. 300/94

18 de julio de 1,995

ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

OFICIOS 1M-5 M-9
UNIVERSITARIA, ZONA 12
760790-84 Y 760985-88
C.A. CENTRO AMERICA

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Respetables Miembros:

Atentamente, hago de su conocimiento que el Licenciado Edgar Cajas Mena, ha concluido con la Revisión del Informe Final del Ejercicio Profesional Supervisado de él estudiante JORGE GIOVANNI, MELENDEZ MOLLINADO, Carnet No. 8914702, titulado: " PROPUESTA DE ATENCION PSICOLOGICA PREVENTIVA Y DE TRATAMIENTO A POBLACION EN RIESGO O CONTAGIADA DEL VIRUS DEL SIDA" de la carrera de Licenciatura en Psicología.

Así mismo, se informa que la Licenciada Mireya Gularte Paredes, ejerció funciones de supervisora por parte del Organismo requiriente y de la Coordinación de ésta Escuela.

Sin otro particular, atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciado Erick Gudiel Corzantes
COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO



c.c. archivo

dg.



SAN CARLOS
EMALA



LA DE
COLOGICAS

A-5, M-3
ARIA, ZONA 12
-84 Y 730955-96
ITRO AMERICA

E. P. S. 94/95

18 de julio de 1,995

nciado
k Gudiel Corzantes
ordinador del Departamento
ercicio Profesional Supervisado
ificio

or Coordinador:

Me permito informar a usted, que se llevó a cabo la
isión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado
ominado: "PROPUESTA DE ATENCION PSICOLOGICA PREVENTIVA Y DE
TAMIENTO A POBLACION EN RIESGO O CONTAGIADA DEL VIRUS DEL
A ", realizado por el estudiante JORGE GIOVANNI, MELENDEZ
LINEDO, con número de carnet: 8914702, de la carrera de
enciatura en Psicología. El trabajo referido cumple con los
erimientos establecidos por este Departamento, por lo cual
ndo mi dictamen de APROBACION.

Siendo que este trabajo es uno de los primeros aportes en
e campo, hago resaltar su importancia desde el punto de vista de
educación a población en alto riesgo, por lo que me permito
omendarla con fines docentes.

Sin otro particular, me suscribo atentamente,

" DID Y ENSEÑAD A TODOS "

Licenciado Edgar Cajias Mena
REVISOR E. P. S.



. archivo



CARLOS

cc.: Control Acad.
Depto. EPS.
Archivo
asesor

REG. 687-94

CODIPs. 123-94

DE APROBACION REALIZACION PROYECTO
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

25 de abril de 1994

III
PSICOLÓGICAS
P. 12
80885-88
MÉRICA

Estudiante
GIOVANNI MELENDEZ MOLLINADO
a de Ciencias Psicológicas
io

Estudiante

u conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el
DECIMO PRIMERO (11o.) del Acta DIEZ NOVENTA Y CUATRO (10-94)
nsejo Directivo, de fecha 07 de abril del presente año, que
lo literalmente dice:

10 PRIMERO: El Consejo Directivo conoce el expediente que
ene el proyecto de EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO (E.P.S.),
inado: "PROPUESTA DE ATENCION PSICOLOGICA PREVENTIVA Y DE
IENTO A POBLACION EN RIESGO O CONTAGIADA DEL VIRUS DEL SIDA",
Carrera de Licenciatura en Psicología, presentado por:

GIOVANNI MELENDEZ MOLLINADO

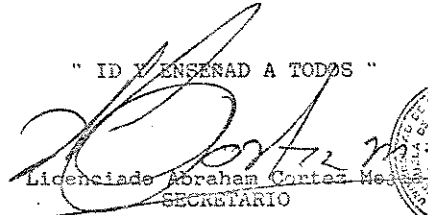
CARNET No.89-14702

proyecto se desarrollará en esta ciudad Capital; ubicándose
Licenciada Mireya Gularte Paredes, como la persona que
ará funciones de supervisión y control por la parte
iente y a la Coordinación del Ejercicio Profesional
visado por parte de esta Unidad Académica.

nsejo Directivo considerando que el proyecto en referencia
face los requisitos metodológicos, resuelve APROBAR SU
ZACION en el periodo comprendido del 7 de febrero de 1994 al
febrero de 1995." - - - - -

amente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciado Abraham Cortez M.
SECRETARIO



ian

EPS.CD



AGRADECIMIENTOS

A familiares, amigos y profesionales que me han apoyado en la consecución de este logro.

A las personas que conocí durante la realización de este trabajo y que viven con VIH o SIDA, por enseñarme a vivir.

PADRINOS DE GRADUACION

Licenciada Carmen Eleonora Mollinedo Campo

Licenciada María Eugenia Mollinedo Campo

Licenciado Edgar Alfonso Cajas Mena



100

"Dejadme! la vida me ha dado ahora en toda mi muerte! y estoy ahora para morir, antes que para envejecer. Yo moriré de vida y no de tiempo."

César Vallejo

GENERALIDADES

Este trabajo tiene principalmente un enfoque de aplicación única; su desarrollo consistió en brindar atención a personas en peligro de infección por VIH o bien a pacientes ya infectados. Para ello se hizo necesario profundizar y rescatar elementos de vida cotidiana tales como la concepción de vida, de salud, enfermedad, razones de vida, etc., que permitieran tener una visión del contexto social y cultural en que se desarrollaba la actividad, así como para responder a las particularidades de los estilos de vida.

Convencido de que la atención primaria es parte importante de la estrategia a seguir en la prevención del SIDA, se realizaron varios talleres con diferentes tipos de población, atendiendo a los requerimientos de cobertura del centro.

Asimismo, el trabajo se desarrolló con algunas familias de personas contagiadas por VIH, tanto si no habían desarrollado la enfermedad, como si ésta se encontraba ya en estado avanzado.

Debido a los requerimientos del Departamento de Extensión de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos, el tiempo de ejecución de este proyecto se efectuó durante 8 meses, de lunes a viernes, por 8 horas diarias. En ese tiempo, las actividades de docencia y de servicio fueron continuas; únicamente la actividad de investigación se realizó en el periodo final del trabajo.

Por enmarcarse este proyecto en el interior de una institución (CODETS), los recursos utilizados fueron proporcionados por este organismo, pues la incorporación de este abajo únicamente posibilitaba la ampliación de la cobertura de los servicios que prestaba ya el centro.

B. INTRODUCCIÓN

A nadie escapa la vivencia que el hombre de nuestro tiempo afronta diariamente. Altamente cuestionado en sus valores y en los hechos que dan sentido a su existencia, se enfrenta a un medio que valora poco lo que es, no así lo que tiene. Lo que en una sociedad como la guatemalteca implica que una mayoría de la población puede enfrentarse continuamente a situaciones de discriminación que le recuerden constantemente las diferencias de clase y de ubicación en la estructura social. Imposible creer que estas situaciones no impactan en el psiquismo de las personas, reflejándose éste en elementos actitudinales y conductuales que hacen a unos asumir un sentimiento de indestructibilidad, grandeza e inmunidad y a otros el de pesimismo, desvalorización y frivolidad.

Pero no solo debemos ubicarnos en un estrato social, somos formados indiscutiblemente desde una perspectiva sexista. Nacemos femenino y masculino y somos criados mujer (dulce, cariñosa, débil, ingenua, dócil, conciliadora, buena madre, fiel) y hombre (inexpresivo, fuerte, duro, dominante, guerrero, infiel y trabajador). Se han encargado de formarnos oponiéndonos a...; así ser hombre es no ser mujer y viceversa.

Es en este contexto en el que aparece el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), que en sus inicios produjo la mayor cantidad de infectados entre los usuarios de drogas intravenosas y los hombres que tenían contacto sexual con otros hombres. A estos sectores poblacionales se les llamó inicialmente "grupos de riesgo". Sin embargo dado que las formas de contagio facilitan una rápida propagación de la enfermedad, esta fue extendiéndose a otros grupos sociales, al punto que en este momento, es inadecuado hablar de "grupos de riesgo", pues cualquier persona puede estar expuesta al contagio por el virus que causa el SIDA independientemente de sexo, religión, edad, estado civil, etc.

Precisamente para disminuir este acelerado contagio se hace necesaria la intervención profiláctica en todos los niveles de atención y en diversos grupos poblacionales, permitiendo un cambio actitudinal hacia el SIDA, las personas contagiadas y las medidas que puedan tomarse para minimizar los riesgos de contagio. Esto último se considera de esencial manejo para las familias que tengan algún miembro de su núcleo, padeciendo de la enfermedad a fin de propiciar en torno del mismo un ambiente de solidaridad y seguridad.

JUSTIFICACIÓN

CODETS es una institución creada a consecuencia de la necesidad de atender en Guatemala la situación de las enfermedades transmisibles sexualmente, entre ellas el SIDA.

Desde el momento de su formación hasta la fecha, CODETS ha tectado con regularidad casos positivos al VIH, tanto en rsonas homosexuales como heterosexuales y bisexuales.

El control de la epidemia del SIDA puede disminuirse si se enfrenta en todos los niveles de atención. Es pues la atención imaria parte vital de estos niveles y bajo tal perspectiva el o-programa de docencia abarcó el aspecto profiláctico aminado a la población de grupos etáreamente en riesgo y encialmente activos sexualmente que además se enmarcan en un pacio físico común, que puede ser un centro de trabajo o de udio.

Evidentemente el recibir un diagnóstico positivo a las ebas de VIH puede producir en los sujetos gran cantidad y iedad de reacciones, que van desde la confusión hasta la presión, que en casos extremos puedan llegar a pensamientos cidadas por el sentimiento de pérdida del sentido en la vida. por esto de gran importancia reconocer qué actividades, itimientos o personas hacen que la vida de las personas sea ortante y digna de ser vivida, para que una vez reconocidos os elementos pueda desarrollarse un trabajo preventivo más lio que la información. Donde antes de infundir miedo a la rte y el SIDA, se infunda coraje y amor a la vida.

I. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

El Centro de Orientación, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual (CODETS) es una institución creada a consecuencia del incremento en la necesidad de atender en Guatemala a personas contagiadas con enfermedades transmisibles sexualmente, incluyendo al SIDA. Se ubica en la 2a. Avenida 11-40 de la zona 1 de la Ciudad de Guatemala. Fue creada hace 5 años, en agosto de 1990, como una extensión de los servicios de la Asociación Pro-bienestar de la Familia (APROFAM), por lo que económica y administrativamente CODETS depende totalmente de ésta.

Sin embargo, cuenta con su propia estructura organizativa, la que consta de:

a) Una coordinadora general, quien tiene a su cargo funciones de organización y ejecución de los diferentes servicios y proyectos que realiza el centro.

b) Un médico especializado en diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y que ofrece sus servicios clínicos a los pacientes que asisten al centro.

c) Una enfermera graduada que asiste al médico en las consultas clínicas. Hasta antes de la llegada del epesista, era ella quien colaboraba con la coordinación del centro para realizar asesorías pre y post prueba de VIH.

d) Una laboratorista; su función consiste en realizar los procedimientos técnicos necesarios para establecer el diagnóstico clínico de los pacientes.

e) Una educadora que se encarga de la realización de charlas y talleres sobre SIDA y ETS a todo tipo de población. Asimismo, ejecuta el proyecto que de manera conjunta se lleva a cabo entre la Universidad de San Carlos y CODETS.

f) Una secretaria quien además del trabajo secretarial, es la encargada de archivar los expedientes de los pacientes que visitan al médico, así como de dar los turnos para consulta. Además lleva un control de los pacientes que llegan a primera consulta y de los que llegan a reconsultas.

g) Una cajera, que cobra el valor de la consulta médica, así como las pruebas de laboratorio. Tiene a su cargo, además, la venta de medicamentos que las personas que llegan al centro puedan necesitar.

h) Una conserje-mensajera, que vela por la pulcritud del centro y además se encarga de cualquier servicio de mensajería que se necesite.

El epesista se ubicó al mismo nivel que el resto de personas que laboran en la institución, pues cada una realiza funciones distintas. La autoridad superior inmediata en el trabajo realizado fue la Coordinadora del Centro.

CODETS fue creado para propiciar que la población atemalteca evite el contagio de ETS y de VIH y para ello cuenta con su servicio de charlas educativas en los lugares que las soliciten. Además, proporciona atención médica y de laboratorio a las personas que buscan servicios calificados, estos servicios generalmente van acompañados de una orientación psicológica ya sea antes o después de los mismos.

Una de las características principales de CODETS es que toda la atención que brinda, es estrictamente confidencial y anónima, lo que ha hecho que el número de personas atendidas se incremente paulatinamente.

II. MARCO TEÓRICO

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha convertido en una seria amenaza para la humanidad, dadas sus implicaciones médicas, laborales, económicas, jurídicas, morales y psicológicas.

El SIDA es una enfermedad infectocontagiosa que se manifiesta como un incremento de la susceptibilidad del organismo a adquirir otras infecciones o a desarrollar ciertas neoplasias. Su agente etiológico es un retrovirus¹ que penetra en el genoma de la célula hospedadora alterando la estructura genética del mismo. Su denominación anglosajona es HTLV o LAV o HIV (Human T Cell Leukemia Virus o Lymphadenopathy-Associated Virus o Human Immunodeficiency Virus, respectivamente), siendo esta última la denominación general para todos ellos. En español se le llama VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

1. Antecedentes del Desarrollo del SIDA

La aparición del VIH podría señalarse tan tempranamente como al inicio de la década de 1950. Afirmación basada principalmente en estudios de genealogía del virus (Green y Miller 1986). Y que según ilustra Roof-Bernstein en "Rethinking AIDS" (1993) algunos casos que clínicamente no pudieron ser diagnosticados entre 1948 y 1967 en Estados Unidos y Europa bajo una patología específica, siguieron el desarrollo sintomatológico de la ahora conocida infección por VIH y concluyeron con la muerte de todos los pacientes.

Se cree también que fue en el año de 1959 que surgió evidencia de la presencia del VIH en sangre humana en el Centro de Africa. Fue entonces que se tomó un espécimen de sangre a una persona africana, habiéndose almacenado también en ese año y tamizado en la década de los '80 con las técnicas modernas, este resultado fue reportado positivo para la infección por VIH (Toledo, 1992).

¹Retrovirus: Constituyen una subclase de ARN virus cuya característica fundamental es convertir su ARN en ADN, lo que se conoce como transcripción reversa de donde les viene su nombre. Al convertir el ARN en ADN toma el control de la reproducción de la célula parasitada. "El Médico frente al SIDA", Publicación del IGSS, Guatemala 1990.

Tanto la infección por el VIH como el SIDA pudieron haberse originado en Africa hace aproximadamente 33 años, pasando desapercibidos y alcanzando en poco tiempo un carácter endémico, ya que la gente empezó a enfermar y luego a morir debido a extrañas enfermedades.

Se ha señalado que las infecciones por VIH y SIDA fueron detectadas en Africa Central en la parte temprana de la década de los años '70, en gente que solía comer carne y cerebro de mono (le (*Cercopithecus Aethiops*) crudos. Se implica este fenómeno pensando que fue el que hizo viable el paso del VIH del mono al ser humano, siendo también lo que aparentemente causó la mutación, de una forma inocua (viviendo en este tipo de mono) a la nueva forma modificada en humanos, muy agresiva e invasiva, causadora de infección, en primera instancia, y de SIDA posteriormente.

En el año 1978, científicos trabajando en Africa encontraron los virus y síntomas de una epidemia no identificada que pertenecían a enfermedades conocidas por la ciencia, pero presentes en forma dramática y virulenta.

En 1981, fueron encontrados en Estados Unidos, casi de forma simultánea, los primeros casos de SIDA en haitianos, residentes en Estados Unidos y en hombres homosexuales. Más tarde (1982) se descubrió que personas que habían recibido transfusiones como tratamiento o transfusiones de sangre, presentaban también los mismos síntomas que se habían ya identificado en los otros grupos. Esto mismo se comprobó en algunos usuarios de agujas para la inyección de drogas.

En 1982, la definición de SIDA fue dada a conocer por los Centros para el Control de Enfermedades de Atlanta en Estados Unidos, describiéndose como un síndrome clínico y reportándose casos en todo el mundo.

En 1983 se logró establecer que la mayoría de casos de SIDA estaba relacionada con el contacto sexual. Autoridades de Salud Pública supieron exactamente cuáles eran las vías que el VIH usaba para su rápida diseminación. Hubo también otro rápido aumento de casos de SIDA (A nivel mundial se reportaron 4,100 casos de personas con SIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó un informe indicando que la incidencia internacional de SIDA alcanzaba ya 33 países. En Zimbawe, fueron diagnosticados los primeros casos de Sarcoma de Kaposi. Fue calculado en los Estados Unidos que el costo por cada caso de SIDA oscilaba entre \$ 50,000.00 y \$100,000.00.

En 1984, científicos estadounidenses y franceses, trabajando independientemente y sin comunicación entre sí, lograron aislar el VIH, que es oficialmente anunciado como agente causante del SIDA. Se reporta más de 2000 personas muertas a causa del mismo. Se dejó de estimar la expectativa de vida de las personas con

SIDA en solamente año y medio después de hecho el diagnóstico. A nivel mundial se reportaron 7,025 casos, incluyéndose en esta estadística el primer enfermo de SIDA en Guatemala.

Siguiendo la secuencia de los hechos, la conexión entre el VIH y el SIDA fue definitivamente probada entre finales de 1984 e inicios de 1985. No es sino hasta este año que se autoriza la primera prueba comercial para la demostración de anticuerpos para el VIH. Dos años más tarde se aprobaría la comercialización de la segunda prueba. En 1986 el virus fue oficialmente nombrado como VIH por el Comité Internacional de Nomenclatura de Virus. El SIDA se observa ya en todos los continentes del mundo y en noviembre la Cruz Roja canadiense anunció que su dotación de sangre existente para transfusiones estaba completamente libre del virus. Fueron reportados 19,000 casos en todo el mundo, estimándose que podría haber ya alrededor de dos o tres millones de personas infectadas y que una nueva persona podría infectarse aproximadamente cada minuto y medio.

En 1987, se inicia una campaña masiva de educación al público para tratar de contrarrestar la diseminación de la infección por el VIH en los Estados Unidos. Alrededor de 36000 personas muertas por SIDA fueron reportadas solamente en los Estados Unidos, aproximadamente 49000 habrían muerto en todo el mundo. Fueron reportados 126 países con casos de SIDA, lo que representa el 68.85% de los países del mundo.

En 1988 se estimó que había entre cinco y diez millones de personas infectadas por el VIH en el mundo, lo que representaba del 0.10 al 0.20 % de la población mundial; si la tendencia era mantenida en los límites previos encontrados en casos de SIDA entre el 20 y el 50 % de la población infectada podría desarrollar la enfermedad en un futuro cercano, lo que representa entre 0.02 a 0.10 % de la población mundial. Se puede apreciar que la presencia del SIDA comienza a tener significancia estadística dentro del contexto de la población mundial, la cual se reporta aquí para poder hacer un seguimiento numérico y prever el impacto de tipo económico, social y humano que representa actualmente la enfermedad. En ese año se reportó también que aproximadamente 33% de los casos de personas con SIDA en países desarrollados estaban relacionados con el uso de drogas inyectadas intravenosamente.

En 1989 se reporta que en los Estados Unidos nacieron entre 1200 y 1500 infantes infectados por el VIH. También en ese año la presencia del SIDA fue reportada en 152 países, lo que representa el 83.06 % del mundo.

Según lo dicho por la OMS, para 1992 se había calculado que habría un millón de niños con reacción VIH positiva, tres millones de niños nacerían de madres infectadas por el VIH y 600,000 casos acumulativos de mujeres infectadas, alrededor del mundo.

En Guatemala, según informes de la Asociación Guatemalteca de Prevención y Control del SIDA (AGPCS), hasta febrero de 1984 se tenía conocimiento de 632 personas VIH positivas y 500 casos de SIDA. Tomando en cuenta un subregistro importante en los casos de SIDA (50-75%) y que por cada caso reportado se calcula que existen entre 50 y 100 personas infectadas se estima que el número de gente infectada es de 50 a 100 mil. Según los expertos, las proyecciones mundiales de personas afectadas por el VIH podría alcanzar los 100 millones para 1997 inclusive antes.

2. Agente Etiológico

A principios de siglo, se describieron enfermedades patológicas y tumorales en animales, que se demostraron producidas por retrovirus. En 1980 fue descrito por Robert Gallo, el primer retrovirus humano, el HTLV-I (Human T-cell lymphotropic Virus Type I), responsable de patologías patológicas y neurológicas en aproximadamente el 1% de las personas infectadas. En 1983 fue descrito el LAV (Lymphadenopathy-Associated Virus) por el equipo pasteuriano de Luc Montagnier y en 1984, el HTLV-III (Human T-cell Lymphotropic Virus Type III) por el mismo equipo de Robert Gallo. Ambos virus son demostrados idénticos posteriormente, dándosele el nombre definitivo de HIV (Human Immunodeficiency Virus) o VIH (Virus de inmunodeficiencia Humana).

En 1986, Clavel y col. aislan otro retrovirus humano en científicos con sintomatología de SIDA en el oeste de África, le dan el nombre de VIH tipo 2 (VIH-2) debido a que sus formas de transmisión son iguales a las del VIH-1 en un futuro cercano, espera que el comportamiento epidemiológico de ambos virus sea similar. Sin embargo, debe mencionarse que por el momento, las regiones en que se ha encontrado con mayor frecuencia el VIH-2 son las regiones del África Central, Asia y Brasil; aisladamente han aparecido casos en distintas latitudes del mundo, en personas que han visitado o vivido en el oeste africano.

Las diferencias genéticas del VIH-2 consiste en que el gen estructural codifica proteínas de distinto peso molecular que en VIH-1 y que posee de un gen regulador distinto al del VIH-1.

Ambas variedades son retrovirus de la familia de los lentivirus, esto significa que penetran en el fenoma de la célula hospedadora, convierten su ARN en ADN y después de un periodo de latencia (denominado periodo de ventana de 3 a 6 semanas de duración aproximadamente) en el que no daña a ninguna célula y causa enfermedad, por la acción de algún factor capaz de ovocar su estimulación se activan y proliferan, induciendo con lo la destrucción celular, lo que conduce al desarrollo tardío de la enfermedad (Gallo y Montagnier, 1988:41).

Se afirma que el VIH tiene un comportamiento especial, porque se especializa en destruir los linfocitos B y T, destruyendo así el sistema inmunitario. La función de estas células es fagocitar las distintas clases de invasores que atacan al cuerpo humano. Este mecanismo falla en las personas que desarrollan SIDA. Inmediatamente después de producido el contagio por VIH éste alcanza la sangre y otros fluidos de la persona, ataca directamente las células mencionadas, cambia su estructura fisiológica y crea en ellas un ambiente favorable para vivir a sus expensas. El VIH puede vivir fuera de un cuerpo solamente por corto tiempo.

3. Formas de Transmisión

Hoy en día, la mayoría de profesionales relacionados con la investigación y prevención del SIDA prefiere no hablar de grupos humanos de alto riesgo, tal como en el principio de la enfermedad se hizo, sino de prácticas (sexuales o drogadicción) y circunstancias de alto riesgo (hemotransfundidos, hemofílicos y recién nacidos de mujeres infectadas).

El VIH se adquiere por la inoculación directa del virus en la sangre del paciente, a través de:

A) Contacto sexual con otra persona infectada.

Para Heterosexuales, las prácticas de alto riesgo incluyen:

1. pene-vagina
2. pene-recto
3. boca-pene
4. boca-vulva (con trazos de sangre menstrual y/o heridas)
5. boca-recto (con heridas)

Para homosexuales, las prácticas de alto riesgo incluyen:

1. pene-recto
2. boca-pene
3. boca-recto (con heridas)

B) Inyecciones con agujas infectadas, principalmente en drogadictos intravenosos.

C) Las personas que practican el tatuaje y el autotatuaje.

D) Transfusiones de sangre o trasplantes de tejidos u órganos infectados. Así como instrumental médico u odontológico que haya estado en contacto reciente con sangre infectada.

E) La placenta de una madre infectada a su feto o en el momento del parto; o mediante el amamantamiento (transmisión vertical).

4. Sintomatología

Los signos y síntomas de SIDA son los de un sistema inmunitario deprimido, incluso a invasores que no son muy virulentos. Los primeros signos y síntomas pueden empezar a ser evidentes entre 6 meses y 1 año después del contagio por el VIH, aunque a veces incluso 5 ó 10 años después de que el contagio tomó lugar. Seguidamente aparece una descripción de los signos y síntomas frecuentemente encontrados en pacientes de SIDA.

-Linfadenopatía Generalizada Persistente: Esto significa que las personas tendrán, algunas veces por más de 12 semanas, ganglios linfáticos agrandados debajo de las axilas, en el cuello o en las ingles; pueden ser dolorosos o no. En el transcurso de 3 ó 6 meses los ganglios tienen la tendencia a disminuir gradualmente de tamaño. Sólo cuando los ganglios han permanecido agrandados mucho tiempo y de repente desaparecen hay alguna causa que preocuparse.

-Fiebre: Puede presentarse un tipo de fiebre con carácter intermitente y persistente. Puede tener una duración de al menos 2 ó 3 semanas, acompañada de escalofríos.

-Malestar generalizado: Profunda fatiga y estado letárgico, que pueden durar aproximadamente dos semanas, sin haber una causa evidente para ello. Es notoria una prominente dificultad para bajar de peso.

-Pérdida de peso: Inesperada y severa pérdida de peso que puede ser mayor de 10 libras, o bien de un 10 por ciento del peso al de una persona, en el plazo aproximado de 8 semanas, sin causas aparentes.

-Sudoraciones nocturnas: Sudores nocturnos muy copiosos y persistentes. Pueden ser intermitentes y durar varias semanas. Este problema contribuye a deteriorar sensiblemente al paciente, que causa una pérdida substancial de peso y deshidratación.

-Diarrea: Esencialmente es crónica, severa, persistente y habitualmente sanguinolenta. Contribuye efectivamente a la disminución de los siguientes problemas: Anemia, sustancial pérdida de peso, desequilibrio hidroeléctrico, que es una condición letal por sí misma que consiste en una pérdida de fluido corporal, así como de algunos minerales necesarios para vivir.

-Trastornos sanguíneos: Tendencia a presentar moretones en la piel, a sangrar espontáneamente por cualquier orificio natural, o fácil y abundantemente por heridas de las mucosas y de la piel. La tendencia a las hemorragias es producida por una marcada disminución de trombocitos o plaquetas, con la producción consecuente de alteraciones en la coagulación. Hay evidencia de una profunda anemia y el paciente luce extremadamente pálido.

-Problemas respiratorios: Hay tos crónica, seca y muy persistente, con acortamiento de las respiraciones; puede durar más de dos semanas. Esta no es producida por fumar.

-Problemas de la piel: El paciente con SIDA puede mostrar en la piel una gama de lesiones: parches planos o abultados, de colores rosado, rojo y/o púrpura, usualmente inodoros e indoloros. Estos tienden a crecer, y son más duros y consistentes que la piel que los circunda. Se pueden encontrar en cualquier parte del cuerpo. Estas lesiones pueden aparecer también en el interior de la boca, párpados, así como dentro del recto. Hay edema y picazón persistente alrededor del ano.

-Lesiones en la boca: La lesión más frecuente es la formada sobre la lengua y la mucosa, que consiste en una capa blanca y gruesa (con apariencia de queso), con exudado. Puede aparecer también en la garganta. Lo que produce dichas lesiones es un hongo conocido como *cándida albicans* o *monilia*. Esta infección es muy frecuente en niños recién nacidos sin SIDA. Puede haber lesiones de herpes con una duración de más de cuatro semanas, que hacen muy dolorosa la deglución de los alimentos.

-Problemas psicológicos y neurológicos: Puede haber múltiples signos y síntomas de este tipo, como consecuencia del gran deterioro neurológico que ocurre en pacientes con SIDA. Usualmente son:

- Apoplejía: Pérdida de la consciencia y parálisis de varias partes del cuerpo.
- Pérdida de sensibilidad en algunas partes del cuerpo.
- Pérdida de habilidad física y mental
- Temblores y estremecimiento, problemas de balance y coordinación.
- Alucinaciones. Falso sentido de percepción.
- Pérdida de memoria, desorientación, dolores de cabeza y visión borrosa.

5. Clasificación de la infección por VIH

Existen diversas clasificaciones de la infección por VIH; la propuesta por el Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (en Miller, 1992:13-20) puede resumirse en el siguiente cuadro

Cuadro 1

Clasificación de la infección por VIH

Denominación	Síntomas
Infección aguda	Fiebre tipo glandular con o sin meningitis.
Infección asintomática	Sin signos y síntomas.
Linfadenopatía generalizada persistente (LGP)	Nódulos linfáticos mayores de 1 cm. de diámetro, en dos sitios anatómicos diferentes, con una duración mínima de tres meses y sin ninguna otra causa conocida que no sea la infección por VIH.
IDA	Pérdida involuntaria de peso (mayor al 10% habitual del individuo), diarrea crónica y fiebre constante o intermitente por más de un mes. Además, la evolución de cualquier enfermedad neurológica, o cáncer secundario, infección oportunista o cualquier otro síntoma inducido por el VIH.

6. Enfermedades Oportunistas asociadas al SIDA

Han sido detectadas muchas, pero las más frecuentes son:

-Neumonía por *Pneumocystis carinii*: Es la principal causa de muerte en gente con SIDA. La mayoría de personas que sufren IDA son también atacadas por este protozoario, el cual es un parásito que invade específicamente los pulmones, provocando una neumonía que es fatal en muchos de los casos. Es la más común de las enfermedades asociadas al SIDA y principal causa de muerte en personas con este síndrome. Los principales signos y síntomas de este problema son: La tos seca y persistente, fiebre y dificultades respiratorias.

-Sarcoma de Kaposi: Es un cáncer no usual en personas sanas, pero frecuente en individuos con SIDA. Ataca principalmente la piel, los vasos sanguíneos y los órganos linfáticos. Produce también tumores internos a nivel de los sistemas respiratorio y gastrointestinal. Asimismo placas o nódulos de color azul oscuro o café violáceo que se localizan generalmente en la porción distal de las extremidades. La coloración es debida a la naturaleza vascular de las lesiones, cuya subsecuente extravasación crónica de eritrocitos ocasiona el depósito de hemosiderina subcutánea.

Generalmente está acompañado y a veces precedido por un linfedema crónico. Este sarcoma no era un cáncer que amenazara la vida de quienes lo padecían con anterioridad al apareamiento del SIDA, pero si éste se agrega a un organismo debilitado, puede ser considerado letal.

-Toxoplasmosis: Esta es otra enfermedad parasitaria, producida por un protozoo conocido como **Toxoplasma gondii**. En personas con SIDA este problema se agrega fácilmente, con toda su severidad, en forma aguda, diseminada y usualmente fulminante (puede matar en forma súbita). Los signos y síntomas de la toxoplasmosis dependerán de cuáles son los órganos afectados. Estos pueden ser los ojos, el hígado, el corazón, el cerebro, etc.

Los principales signos y síntomas del problema son: Fiebre alta, escalofríos, manchas rojas diseminadas en la piel, confusión, pérdida de la memoria y postración.

-Cryptosporidiosis: Es producida por un género de protozoarios llamados **Cryptosporidium sp.**, los cuales causan característicamente una diarrea muy difícil de controlar. Dicha diarrea conduce al paciente a perder varios litros de líquido corporal en un corto periodo de tiempo, llevándolo consecuentemente a un severo desequilibrio hidroelectrolítico, condición que constituye una amenaza para la vida del paciente.

-Candidiasis: Infección producida por una levadura llamada **Cándida albicans**, la cual habita normalmente en la piel, boca, vías respiratorias, sistema gastrointestinal y los órganos genitales internos femeninos de personas sanas, sin causarles problema. Hasta hace poco tiempo, esta era una infección vista solamente en recién nacidos y en ancianos debilitados, en forma benigna, pero actualmente posee manifiesta afinidad con personas con SIDA de cualquier edad, en quienes el hongo ha encontrado condiciones propicias para su desproporcionado crecimiento. Puede producir la completa infección de la sangre, con efectos muy diversos a nivel general.

Las lesiones producidas por este hongo se presentan en las mucosas de la boca, en la lengua, la garganta, el esófago, los bronquios y los pulmones. Las lesiones típicas son: Inflamación aguda, placas de exudado blanco que recubren las partes arriba mencionadas, son muy dolorosas al hablar y al tragar.

-Criptococosis: Infección producida por otro hongo conocido como **Cryptococcus neoformans**. Esta enfermedad puede ser adquirida por las vías respiratorias, teniendo también carácter devastador en personas con SIDA. La primera lesión se produce en los pulmones, luego en los órganos linfáticos, los huesos, la médula ósea, los riñones, el tracto gastrointestinal y la piel. Las lesiones de la piel semejan acné, habiendo pequeños abscesos, así como úlceras.

Cuando este hongo ataca el sistema nervioso central es el más daño produce y los efectos más incapacitantes. La participación del tejido cerebral se manifiesta por dolores de cabeza y visión borrosa; varios desórdenes mentales como: confusión, pérdida de la capacidad de concentración, ansiedad y agitación.

-Infección por *Mycobacterium tuberculosis* (tuberculosis):

Esta es una seria complicación de una persona con SIDA. Se presenta principalmente en su forma extrapulmonar, lo cual significa que puede encontrarse en otras partes del cuerpo además de los pulmones, en los huesos, por ejemplo.

-Infección por *Cytomegalovirus*: Es causa común de muerte en personas con SIDA. Este virus pertenece a la familia de los herpesvirus. Era con anterioridad al SIDA, un virus generalmente inofensivo, pero con la aparición de este síndrome sus manifestaciones en las personas afectadas se tornaron muy graves, similares a las producidas en personas bajo tratamientos inmunosupresores (transplantados, personas con neoplasias, cánceres, etc).

Daña varios órganos del cuerpo con efectos perniciosos. Los tejidos orgánicos más afectados son: El sistema nervioso central (en especial las terminaciones nerviosas de la retina) y los pulmones, el hígado y los intestinos. Las consecuencias de los ataques de este virus pueden ser: Hepatitis, colitis, meningitis, encefalitis y ceguera.

-Infección por virus *Herpes simplex*: Este virus puede causar severos problemas en la boca y en la piel y mucosas (anal especialmente) de las personas afectadas, pues produce un fuerte dolor al tragar los alimentos y ulceraciones de piel y mucosas extensas y difíciles de tratar.

-Infección por virus *Herpes zoster*-varicela: Serios ataques de este virus son muy frecuentes en personas con SIDA. Esta infección suele ser muy dolorosa y su característica más importante es que produce vesículas llenas de líquido, las que aparecen ocupando la piel de uno de los lados de una región limitada del cuerpo; por ejemplo, la mitad derecha o izquierda del tórax, o de la cara, siguiendo la trayectoria de algún nervio.

7. Detección

Los métodos desarrollados para identificar la presencia de estos hongos se han ido perfeccionando y desarrollando mayor sensibilidad y especificidad. Actualmente la técnica a seguir en el diagnóstico serológico está perfectamente establecida y se desarrolla de la siguiente manera.

El diagnóstico primario debe realizarse con una metodología de máxima sensibilidad como es el ELISA. El diagnóstico de confirmación de la reactividad repetida en ELISA debe realizarse con metodologías alternativas, en las que se reconozca su mayor especificidad, estas son: La inmunoelectrotransferencia o Western Blot (WB), la inmunofluorescencia indirecta (IFI) y la radioinmunoprecipitación (RIPA). A continuación se describen las más utilizadas en el país, asimismo se revisan sus beneficios y sus limitaciones.

ELISA:

El principio sobre el cual trabaja, esta prueba, es la captura sobre una fase sólida de los anticuerpos presentes en la muestra y su evidenciación mediante la añadidura en secuencia de un anticuerpo indicador unido a una enzima que produce la descomposición de un sustrato específico. La lectura se realiza mediante espectrofotometría y la determinación de la reactividad o no de la muestra depende de la comparación de su densidad óptica con la que presentan controles introducidos en el ensayo.

Al igual que en toda técnica de inmunoensayo los dos factores fundamentales a considerar son la sensibilidad y la especificidad. La sensibilidad del ELISA es muy alta, lo que asegura que ante una no reactividad de la prueba, en la mayor parte de los casos significa que la persona no está infectada.

Por otra parte, existe la posibilidad de que por su gran sensibilidad, la prueba sea reactiva en personas libres de infección, pero que conviven con factores o condiciones que puedan condicionar la falsa reactividad, por ejemplo: fibrosis quística, lupus erimatoso diseminado, hemofilia, hepatitis alcohólica, sífilis, tuberculosis, personas sometidas a hemodiálisis. Sin embargo, a medida que las pruebas de ELISA se han ido perfeccionando estos casos de falsos positivos han ido disminuyendo.

Western Blot (WB):

Este inmunoensayo utiliza como fase sólida una base de papel nitrocelulosa o nylon sobre el que han sido electrotransferidas las proteínas virales del virus previamente separadas electroforéticamente en función de su peso molecular. Por lo que la técnica, permite visualizar las reacciones entre los anticuerpos presentes en la muestra y las proteínas estructurales del virus individualizado.

Estas reacciones ofrecen el característico patrón de bandas que definen la reactividad del WB. Desde el punto de vista diagnóstico hay que considerar la presencia de reactividad frente las proteínas de los complejos antigénicos detallados a continuación, llamados así por la nomenclatura anglosajona:

gag (group antigen complex)	p 17, p 24 y p 55
pol (polymerase)	p 66, p 51 y p 31
env (envelope)	gp 41, gp120 y gp160

El WB es la técnica de confirmación más utilizada en el diagnóstico de la infección por VIH ya que, posee la sensibilidad y especificidad de la ELISA y tiene una mayor especificidad. Sin embargo la técnica tiene sus limitaciones. Su mecanización y estandarización son escasas y la lectura de sus resultados puede ser muy subjetiva.

El mayor problema que presenta la prueba de WB es la interpretación de los resultados, lo que constituye uno de los puntos de más discusión en la serología del virus, puesto que ni siquiera los grandes centros mundiales de investigación y epidemiológica han logrado ponerse de acuerdo sobre una sola serie de criterios diagnósticos. Además, éstos deberían de ser diferentes según las características antigénicas locales del virus.

Inmunofluorescencia Indirecta (IFI):

Es un inmunoensayo cuya fase sólida son células infectadas por VIH fijadas en portaobjetos. Se utiliza un anticuerpo conjuntamente con un fluorocromo para visualizar la reacción antígeno-anticuerpo por microscopía óptica.

La especificidad de la reacción se asegura por la utilización en paralelo de células de la misma línea que aquellas que se replica el virus. Un resultado serológico confirmado como positivo de infección por VIH en IFI exige presencia de reactividad en las células infectadas y ausencia de la misma en las no infectadas. Es frecuente que en los hijos de madres seropositivas se reactiven ambos tipos de células (Las infectadas y las no infectadas).

La IFI es una técnica fácil de realizar, sin embargo ofrece menos información que el WB. Su principal inconveniente radica en la subjetividad de su lectura, pues se necesita de mucha experiencia para confirmar mediante IFI la infección por VIH. Sin y cuando su especificidad es similar al WB, en muestras con bajo nivel de anticuerpos, su sensibilidad puede ser menor, por lo que una muestra que no presente reactividad en IFI, especialmente si pertenece a personas con prácticas de riesgo y con elevada reactividad en ELISA, es conveniente que sea analizada en WB.

Cuadro 2

Clasificación de los resultados que dan las pruebas de detección del VIH

Término	Se refiere a
Seropositivo	El examen de sangre o la persona cuyo suero reacciona positivamente a la presencia de anticuerpos VIH.
Seronegativo	El suero o la persona en quien no se detecta anticuerpos VIH.
Falso positivo	El examen que da un resultado positivo, sin que la sangre esté infectada por el virus.
Falso negativo	El examen cuyo resultado es negativo, a pesar de que la sangre examinada está infectada por el VIH.

Como se aprecia en el cuadro anterior puede haber casos en los que una persona piense que está infectada y no lo esté, o viceversa. Esto ocurre generalmente cuando no ha transcurrido suficiente tiempo después del contagio para que los anticuerpos comiencen a reproducirse. Es por ello que estos exámenes se usan en forma combinada.

En Guatemala, para que un paciente sea diagnosticado clínicamente con SIDA, luego de la identificación serológica y la exclusión de otras causas de inmunosupresión tales como cáncer, quimioterapia o tratamiento con esteroides, se sigue la definición de Caracas para uso en los Países Latinoamericanos y del Caribe, propuesta en el Seminario de Caracas Venezuela en febrero de 1989 (ver siguiente cuadro)

CUADRO 3

Definición de Caracas para el diagnóstico del SIDA para uso en los países latinoamericanos y del Caribe

<u>TIPOLOGIA/SIGNOS/DIAGNOSTICO</u>	<u>PUNTOS</u>
<u>GRUPO A</u>	
Coma de Kaposi	6
Tuberculosis: Diseminada/extrapulmonar/ pulmonar no cavitaria (pero sin Rx. confirmatoria, considerada como grupo B).	6
<u>GRUPO B</u>	
Leucodermia oral, Leucoplaquia Pilosa	3
Tuberculosis Pulmonar con cavitación, o inespecifica	3
Herpes Zoster (<60 años)	3
Alteración de la función del S.N.C. indicado por:	3
o Confusión Mental (Desorientación Esp.)	
o Demencia.	
o Estupor o coma.	
o Convulsiones.	
o Meningitis o Encefalitis.	
o Pruebas Cerebelosas anormales.	

GRUPO C

Diarrea > 1 mes	2
Fiebre > 1 mes	2
Caquexia o pérdida del 10% del peso normal	2
Astenia > 1 mes	2
Dermatitis persistente	2
Anormalidades hematológicas (1 o más de las sig.)	2
o Anemia	
Hematocrito < 30% hombres y < 25% mujeres ó	
Hb. <11 g/dl hombres y <10 g/dl mujeres.	
o Linfopenia (absoluta: <1,000/mm).	
o Trombocitopenia <100,000/mm.	
Infiltrados intersticiales, difusos o Bilat	2
Tos persistente	2

**SI EL TOTAL ES IGUAL O MAYOR DE 6 PUNTOS, MAS SEROLOGIA POSITIVA,
ES DIAGNOSTICO CONFIRMATORIO DE SIDA.**

8. Las consecuencias psicosociales del SIDA

Un diagnóstico de SIDA tiene profundas implicaciones para el paciente. La predicción de la muerte que la mayor parte establece aunada al diagnóstico, el reconocimiento de que aún no existe curación y que los amigos y otros están muriendo de SIDA y la respuesta no agradable, muy difundida, por parte del público hacia los homosexuales afectados, origina en la mayoría de los pacientes la sensación de estar atrapado, en especial en los primeros meses después de comunicado el diagnóstico. Las personas con SIDA piensan que tienen un control muy reducido sobre su vida y las opciones disponibles para ellos; piensan que toda actividad que lleven a cabo está dictaminada por su enfermedad y el prospecto de afección y muerte.

Como el SIDA aún es incurable y los tratamientos para las infecciones y complicaciones subsecuentes son en gran parte experimentales, la vida de los pacientes luego del diagnóstico se centra en un principio alrededor del hospital y el personal médico y para ello interrumpen de manera considerable sus

laciones y actividades sociales, familiares y de trabajo. En consecuencia muchos empiezan a sentirse como conejillos de indias, carentes de identidad y control personal detrás de las pruebas, estudios, observaciones y medicaciones que origina la lativa novedad de su enfermedad. Algunos se sienten muy aplacados por cooperar con este escrutinio intensivo, en tanto que otros se tornarán inquietos por lo que pueden finalmente considerar como una experiencia intrusiva.

Otro problema es la baja de la autoestima debido a la tigmatización que conlleva la enfermedad. El enfermo con SIDA suele ser recibido en los círculos con temor y rechazo. Varios cientos han comunicado el haber experimentado el esquivamiento de amigos, colegas, empleados y asociados. Muchos sugieren que han sentido como "leprosos sociales" (Miller, Weber y Green, "Atención de pacientes de SIDA, 1990, 35pp.) y evitan comentar diagnóstico con otros por temor a que ocurra la marginación.

En este contexto, si los pacientes son homosexuales, es probable que surjan conflictos no resueltos sobre sus preferencias sexuales, en particular, cuando el proceso de interiorización de las mismas se ha relacionado con un automatismo familiar, como divorcio o falta de aceptación de los padres. En aquellos casos donde la persona no acepta su condición, el diagnóstico ofrecerá pruebas adicionales de sus roles y puede resultar una gran autorrecriminación y culpa personal.

La autoestima del paciente se ve aun más afectada en casos de sarcoma de Kaposi, pérdida de peso e infecciones que causan deformación física, en particular facial. Estos síntomas afectan el deseo de presentarse en público por considerarse poco atractivos y, a la vez, crean un sentimiento de desesperanza por la acelerada la declinación física.

Las implicaciones psicosociales del diagnóstico positivo al VIH podemos dividir las en:

A. Implicaciones Emocionales

Además de las ya explicadas reacciones de choque que implica saberse contagiado por HIV o enfermo de SIDA. Una de las características subyacentes del periodo posterior al diagnóstico es la ansiedad. Puede deberse a varios factores, muchos de los cuales reflejan las preocupaciones que le toca vivir al sujeto, entre ellos: el pronóstico y la evolución de la enfermedad; ciertos, los efectos de la medicación y el tratamiento, el estado de la pareja y la capacidad de ésta para hacer frente a la situación, las reacciones de otros (familiares, amigos, colegas, colaboradores, patrones), la pérdida de las habilidades cognitivas, físicas, sociales y ocupacionales, y el riesgo de infección de otros y hacia ellos.

Una observación clínica común adicional se refiere a la tensión emocional por los temores y esperanzas alternativos. Es posible que el paciente se despierte en la mañana sintiéndose alegre y optimista sobre el futuro sólo para caer después en un pensamiento de desesperación a medida que todas las circunstancias diarias agotan su vigor y esperanzas de recuperación. Este patrón debilita la confianza del paciente de que las cosas pueden mejorar o de que algún día se encontrará una curación y puede presentarse con rapidez una depresión después de una sucesión de placeres breves.

La depresión conduce a sus propias dificultades, en especial cuando origina una pérdida de motivación para luchar por el futuro o ajustarse a los regímenes terapéuticos que implican alguna esperanza para el paciente.

También es característica una pérdida de interés en actividades previamente compensadoras (en la casa y el trabajo) y pueden contribuir a una disminución y supresión funcional general. En un estudio se encontró que la depresión era el problema psicológico más típico en pacientes de SIDA (Dilley, 1985), y al parecer resulta del aislamiento real o imaginario posterior al diagnóstico, la incertidumbre sobre su futuro y la tristeza de perder la salud, sus ingresos, el empleo y futuras relaciones. Se ha observado que se relaciona muy estrechamente con la percepción por parte de los pacientes de que el SIDA es una forma de castigo a su estilo de vida (especialmente en homosexuales y drogadictos intravenosos).

Es evidente y comprensible una gran preocupación del paciente por el destino de su pareja. En muchas formas el amante tiene una gran carga, en cuanto a que, cuando menos de manera indirecta, sufre las restricciones involuntarias de los efectos físicos y emocionales del diagnóstico de SIDA (disminución de las opciones sociales y sexuales, presiones económicas) y debe asumir entonces el papel de una enfermera doméstica de tiempo completo, asesor y encargado de sus cuidados y a la vez actuar con frecuencia como intermediario en las discusiones entre el paciente, el hospital, la familia y los amigos.

Para algunas relaciones, la tensión finalmente será demasiada y se origina mayor estrés por las discusiones e incluso la separación. En los casos en que el daño neurológico origina una alteración intensa de la personalidad y las facultades en el paciente, se ha dado el caso de que los compañeros abandonan la relación a medida que las atenciones domésticas se tornan en resentimiento y carga, y la falta de confiabilidad e insuficiencia del paciente amenazan la seguridad física y emocional de ambos.

Por otra parte, el paciente puede experimentar un enojo sobre su estilo de vida y actividades de alto riesgo pasados, sobre la incapacidad para vencer el virus y las nuevas

tricciones involuntarias para su estilo de vida. De igual modo, frecuentes ciertas obsesiones, tales como: la búsqueda obsesiva de explicaciones, nuevos síntomas en su cuerpo, imposibilidad de evitar las declinaciones y la muerte, o manías por las dietas y su salud.

También hay efectos cognoscitivos predecibles y consecutivos a ansiedad y depresión que acompañan al diagnóstico y los esfuerzos de ajuste al SIDA. Incluyen grados altos de distracción, deterioro de la memoria, mala concentración, alteración de la orientación y confusión general. Asimismo, pueden surgir y complicar los cuidados muchas características psicológicas francas relacionadas con enfermedades del sistema nervioso central (SNC).

Los efectos de los trastornos del SNC del SIDA en la conducta se manifiestan por alteraciones afectivas que producen reacciones emocionales inadecuadas a crisis o acontecimientos vitales, sociales y hogareños; trastornos de personalidad que incluyen cambios de carácter no predecibles y embarazosos; síndromes demenciales que incluyen alteraciones de la memoria, concentración, defectos en el habla y falta de seguridad cognoscitiva creciente, y estados de delirio.

B. Implicaciones Laborales

Es posible que el paciente esté muy enfermo y sea incapaz de continuar laborando por algún tiempo después del diagnóstico. Con frecuencia surge la pregunta de qué es lo que debe comentarse con los patrones y a los colegas. Por la difusión que en algunos casos se le ha dado al tema, muchos compañeros de trabajo que desconocen el comportamiento del sujeto, pueden ya sospechar el diagnóstico. En otros casos, es posible que nadie más sospeche el diagnóstico dejando al paciente con la opción de proporcionar información.

El temor universal en que el conocimiento sobre la enfermedad por parte de los patrones originará su despido y, por desafortunadamente, ha sido muy común. En otros casos, los patrones han comentado que los representantes sindicales han comenzado de igual forma luchar por su consideración. En consecuencia, se comprende por qué es posible que el paciente se resista a dar a conocer plenamente su estado. Es probable que el paciente ha decidido dejar el trabajo comentando a sus patrones un diagnóstico más "aceptable", tal como: Cáncer terminal, leucemia o tuberculosis. Quienes desean continuar trabajando han descrito trastornos incapacitantes similares que requieren consultas médicas frecuentes y continúan trabajando hasta que la enfermedad los ha impedido.

A fin de decidir cuál es la opción más adecuada, se requiere considerar la experiencia previa que sobre la enfermedad ha tenido la compañía, la naturaleza del trabajo que debe hacer el paciente, el grado de viajes relacionados, etc. Comentar toda la verdad sobre el diagnóstico puede tener implicaciones claramente desastrosas sobre su carrera y economía. También hay que ponerse de acuerdo de antemano sobre la información que proporcionarán los médicos y pacientes a los patronos, para reducir cualquier riesgo de pérdida innecesaria de su carrera. Igual que con otros trastornos psicológicos, la distracción de un trabajo regular ayudan a aliviarles la ansiedad y obsesión mórbida por la enfermedad y la muerte, que caracteriza el ajuste diagnóstico de SIDA en muchos casos.

C. Implicaciones Sexuales

Fundamentalmente se han resaltado dos consecuencias. Primero, el diagnóstico origina trastornos funcionales, con frecuencia una pérdida inicial de la libido, disfunción de la erección o lubricación aunada a restricciones conductuales consecutivas a los lineamientos de las prácticas de sexo más seguro. Segundo, el SIDA crea trastornos conceptuales para el paciente. Hay que tomar en cuenta que para el ser humano su actividad sexual es importante. Si bien una buena cantidad de personas llevan vidas sexuales relativamente convencionales, muchos otros encuentran en la actividad sexual un medio de afirmación de su identidad.

Cabe mencionar que para muchas de estas personas el sexo no necesariamente representa un satisfactor emocional pleno o una respuesta a su sentido de vida; pero continúan con dichas actividades a fin de conservar cierto contacto sexual o encontrar una pareja estable con quien poder convivir.

En consecuencia el SIDA, origina una interrupción crítica en el estilo de vida; conduciendo en algunos casos a grados altos de culpabilidad por las prácticas sexuales acostumbradas, intentando los pacientes rectificar su conducta, prometiéndole una reorientación en las actividades sexuales que hasta entonces han realizado de manera permanente.

9. Tratamiento para el SIDA

Arranz y Bayés, en "SIDA y Prevención: Un enfoque multidisciplinario, 1988. 1329pp.), clasifican la prevención del SIDA en primaria, secundaria y terciaria

En la prevención primaria, se aplica los principios derivados de la psicología para evitar que las personas se infecten con el virus. El papel preventivo y educativo del psicólogo está orientado a diseñar programas integrales a nivel comunitario para cambiar comportamientos.

En el cuadro 4 se presentan algunos de los objetivos que según Sabogal (1992:10) deben perseguir estos programas.

Cuadro 4

Objetivos que debe perseguir un programa preventivo contra el SIDA

Objetivos

- a. Informar sobre la forma de transmisión y protección contra el VIH.
- b. Cambiar actitudes, percepciones, creencias, mitos y comportamientos que ponen al individuo en riesgo contagio del VIH.
- c. Desarrollar habilidades sociales (asertividad y negociación), emocionales (eficacia de autoprotección contra el VIH, reducción del estrés) y actividades cognitivo-informacionales (toma de decisiones, análisis de riesgos y consecuencias para prevenir el VIH).
- d. Motivar al individuo hacia los comportamientos saludables libres de riesgo del VIH.
- e. Cambiar y mantener normas sociales dirigidas hacia el sexo placentero, saludable y responsable, libre de los peligros del VIH y de las enfermedades sexualmente transmitidas.
- f. Desarrollar mensajes preventivos educativos sobre el abuso del alcohol, las drogas y sus efectos en la transmisión del VIH.
- g. Implementar programas de consejería individual y grupal para que las pruebas de anticuerpos al VIH se realicen en forma anónima, voluntaria y confidencial.

El llamado sexo más seguro aunado a la prevención de compartir agujas es hoy en día la forma en que la rapidez del contagio por VIH puede detenerse. Las técnicas para el sexo más seguro incluyen cualquier actividad sexual que no implique intercambio de líquidos corporales como sangre, semen y fluidos vaginales que entren en contacto con piel o mucosas alteradas. En seguras entonces las siguientes prácticas:

- a) La masturbación (mutua) hasta el orgasmo y la eyaculación.
- b) Los besos (si no hay cortadas, úlceras o infecciones en la boca y en la lengua).
- c) El masaje y la frotación corporal (el sudor no implica problemas de infección).
- d) Cualquier otra variación y actividades que no rompan la piel o permitan el paso de líquidos hacia áreas vulnerables (superficies mucosas y cutáneas rotas).

Desde la perspectiva conductual se presentan los siguientes obstáculos en la prevención de la enfermedad

- a) El miedo al contagio y la segregación, lleva a que ciertas comunidades oculten la identidad y patología de los enfermos.
- b) La prolongada latencia entre la infección y las manifestaciones clínicas conducen a que las personas no se motiven lo suficiente para cambiar los hábitos vinculados con la prevención conductual.
- c) Relacionado con lo anterior, el establecido hecho de que una gratificación inmediata, el placer del fumar, la satisfacción sexual, los efectos de la droga, la posibilidad de una vida normal para el hemofílico, está en inferioridad de condiciones respecto de una consecuencia negativa a largo plazo: un refuerzo positivo inmediato es más fuerte que una aversión a largo plazo.
- d) Los adictos intravenosos han desarrollado una desadaptativa desensibilización sistemática que implica la aceptación de lo fatal y la muerte prematura como expectativa de vida. La subcultura marginal de la drogadicción tiene leyes propias, muy diferentes al resto de la población en general, principalmente la no valoración de la vida.
- e) Los adolescentes presentan rasgos similares al grupo anterior, sobre todo con conductas de desafío, confrontación, identificación de la normativa sobre prevención (seria, irrefutable y científica) con otras pautas culturales del mundo de los adultos, éstas sí basadas en tradiciones legítimamente discutibles y éticamente relativas, como por ejemplo las normas de represión sexual.

- f) La ignorancia militante de que el SIDA es una pandemia exageradamente democrática, y la resistencia de muchas personas a incluirse como víctimas potenciales.
- g) El bajo presupuesto otorgado por los grupos de poder político y económico, para la investigación, publicidad y planificación sanitaria y terapéutica, destinada a la lucha contra el SIDA, fundamentalmente en los países del Tercer Mundo.

Se desprende de todo lo hasta aquí expuesto que el único modo para atacar el SIDA en términos preventivos está en la educación sexual (Arranz y Bayés, 1988:1332; Bayés, 1989:47; Piña, 1989:33; Piña, Jiménez y Mondragón, 1992:203).

En esta primera década del VIH, los esfuerzos para vencerlo se han hecho más difíciles debido a las actitudes de fobia, negación y discriminación. Como lo expone Sabogal (1992:11): "El estigma social asociado al SIDA ha producido un miedo no razonable. La comunidad inicialmente ante la falta de información ha reaccionado con conductas de evitación, desconfianza y de miedo irracional. Sus actitudes la han hecho creer equivocadamente que el SIDA es una enfermedad de los homosexuales, drogadictos y prostitutas; aunque el SIDA afecte a todos y el VIH no discrimine. Ambas entidades patológicas han sin importar el nivel educativo, social, económico o geográfico de las personas".

Sin embargo, el psicólogo comienza a ver que el SIDA es una consecuencia de su profesión y que la ciencia del comportamiento tiene mucho que aportar a la resolución de esta crisis social de salud: "El SIDA además de ser un problema de salud, es un problema psicológico, un problema de comportamiento" (Sabogal, 1992:10).

En efecto, por no existir una vacuna efectiva y aun cuando tuviese una hoy en día, el SIDA es y seguirá siendo un problema de comportamiento, pues es mediante éste, "principalmente el comportamiento sexual y el de abuso de drogas" (Preciado y Montesinos, 1992:178), que se transmite el VIH de una persona infectada a una no infectada. Por lo tanto, a los psicólogos de la salud, comunitarios, clínicos, de comunicación, organizacionales, experimentales, educativos y sociales les corresponde trabajar de modo multidisciplinario en el área de la prevención del SIDA.

La tarea del psicólogo consiste en lograr, con sus procedimientos particulares de análisis y modificación del comportamiento, que se incorporen como hábitos las conductas preventivas.

En la prevención secundaria, el psicólogo diseña, implementa y evalúa programas de asistencia psicológica dirigida a las personas que ya han sido infectadas con el VIH y se encuentran en la fase de infección asintomática.

Su labor se centra en buscar que el paciente aumente su inmunocompetencia, evite comportamientos conducentes a inmunodepresión y adquiera repertorios de conducta preventiva para evitar contagiar a otros.

En la prevención terciaria, la atención se dirige a los individuos que tienen SIDA, a sus familiares, amigos o amantes. El psicólogo facilita la búsqueda de grupos sociales formales e informales de apoyo que permitan al sujeto mantener la salud física y psicológica desarrollando mecanismos efectivos de afrontamiento a las situaciones del estrés.

El objetivo principal de la intervención inicial es ayudar al paciente a entrar en contacto con su diagnóstico, tanto intelectual como emocionalmente. El impacto del diagnóstico origina en el sujeto una serie de preguntas, las que deben responderse en forma directa y franca. Inevitablemente, mucha de la preocupación se relaciona con el pronóstico de la enfermedad; en la medida de lo posible, el personal debe evitar proporcionarlo, en particular estimaciones del tiempo que les queda de vida, ya que pueden ser erróneas y tienden a anular la esperanza. Igualmente es inútil comentar sobre las estadísticas de mortalidad y puede conducir a la desesperanza y al pesimismo. Se quiere dejar claro con esto, que finalmente el personal se encarga de promover la salud y no de comunicar sentencias de muerte. Lo que no quiere decir que no se deba comentar con el paciente al respecto del tema, simplemente, la decisión para comentar estos tópicos debe provenir del paciente y deben ser afrontados sin temor por el terapeuta.

Luego de la etapa inicial de ventilación al impacto del diagnóstico, se enfrenta un momento de ajuste; lo que requiere ayudar al paciente a lograr una posición a partir de la cual pueda hacer los cambios necesarios para el mismo. Esto incluye procedimientos para la atención de los trastornos de ansiedad, depresión y obsesión, junto con la aplicación de información y facilidades sociales adecuadas que permitan la posibilidad de una atención efectiva después del diagnóstico.

A. Atención de la Ansiedad:

Debe recordarse, que ésta al igual que la depresión es una respuesta normal a enfermedades que ponen en peligro la vida. Pero en este contexto la ansiedad parece más grave y de mayor duración. La intervención en el curso de la ansiedad según Miller, Weber y Green (1989:174) es el siguiente:

- A. Ventilar con el paciente sobre las razones de su ansiedad.
- B. Exponerle nuevamente la información conocida sobre su enfermedad, sobre las formas de abordamiento médico a su situación y sobre los métodos de disminución del riesgo personal y refuerzo de salud.

Explicar cómo actúa la ansiedad y porque siente los síntomas de esa forma.

Proporcionar entrenamiento para relajación a fin de reducir el estímulo autónomo basal y tónico como una estrategia de autocontrol para el alivio físico.

Fomentar la planeación de actividades de distracción y agradables a fin de proporcionar alivio para la ansiedad y estimular actitudes positivas hacia las circunstancias.

Utilizar ayudas cognoscitivas, como listas de "afirmaciones de hechos" sobre ansiedad, vigores personales, logros positivos, etc. a fin de estimular la motivación y el pensamiento positivo. Los comentarios racionales pueden ayudar a debilitar los pensamientos negativos que producen ansiedad.

Fomentar la socialización, quizá a través de grupos de apoyo o interés.

Los medicamentos ansiolíticos pueden ser útiles en algunos casos, por periodos cortos. Hay que evitar la dependencia y es posible que los efectos secundarios sobrepasen a los beneficios.

B. Atención a la Depresión:

Al igual que la ansiedad, es necesario identificarla como una respuesta esperada frente al diagnóstico. Una dificultad que afronta con cierta frecuencia es que puedan superponerse los síntomas de ansiedad y depresión. La intervención y tratamiento para la depresión según Miller, Weber y Green (1989:175) debe incluir lo siguiente:

Aumentar el grado de actividad física del paciente, pues comúnmente retraen su actividad, lo que limita el restablecimiento del vigor físico y la motivación para intentar actividades alternativas (o incluso familiares). Obviamente, algunos pacientes se verán muy débiles para realizar algunas actividades físicas, por lo que en ellos será más conveniente insistir en intervenciones cognoscitivas y sociales. El principio que se intenta inculcar al paciente es el siguiente: "Cuanto más hagas, mayor será la oportunidad que tengas para sentirte mejor".

Vigilar y debilitar pensamientos depresivos automáticos. El SIDA ha despertado sentimientos de melancolía y desaliento alrededor de todos los infectados por la enfermedad; sintiendo que todos los esfuerzos que hagan por llevar al máximo la calidad de sus vidas son inútiles, ya que no los ayudan a largo plazo. Se sugiere revisar y eliminar las bases de estos pensamientos derrotistas.

- C. Reatribuir el control de la enfermedad del virus a paciente. El mensaje que se trata de dejar a los paciente es el siguiente: "No permita que el virus lo abata, usted elimina el virus". Se fomenta las técnicas de visualización, imaginarse que el virus está siendo eliminado por la fuerza de la vida en el paciente.
- D. Reintroducir un método planeado para hacer las cosas. A fin de conservar un régimen de mayor participación e actividades sistemáticas y agradables, hay que ayudar a los pacientes a que anoten las cosas a que estaba acostumbrados antes de que se les indicara el diagnóstico y después a desarrollar un plan por el cual pueden gradualmente ir llevando a cabo en buena medida la actividad planteada. Es importante alternar actividades agradables y sistemáticas. Las nuevas labores deben introducirse de manera gradual durante varios días. Deben reforzarse las ganancias con elogios y aliento, conservando la crítica a un nivel, constructivo mínimo.
- E. Fomentar la socialización, quizá incluyendo amigos y familiares como "coterapeutas" o introduciendo al paciente a un grupo de apoyo importante.
- F. Estimular al paciente, cuando sea posible, a que reanude su empleo tan pronto le sea realmente factible. La oportunidad de restablecer un régimen de trabajo proporciona en la mayor parte de los casos una buena distracción de las preocupaciones sobre el SIDA y el futuro que muchos pacientes tienen que llevar con ellos.
- G. Cuando el paciente se está tornando obsesivo o suicida, quizá sea necesario usar medicamentos. Los antidepresivos, especialmente los tricíclicos han dado buenos resultados y los efectos secundarios pueden tolerarse con facilidad.

C. Atención a trastornos obsesivos:

Suelen verse con la depresión y la ansiedad; deben diferenciarse de pensamientos y preocupaciones involuntarios por la enfermedad y sus síntomas. Cuando los pensamientos son involuntarios, recurrentes, inquietantes y los resiste sin éxito el paciente, es probable que se trate de un trastorno obsesivo.

El tratamiento de los trastornos obsesivos sin actividad compulsiva según, Miller, Weber y Green (1989:178) deben incluir lo siguiente:

Asegurar que los síntomas descritos no indican declinación en el estado de la salud y son generalmente consecuencias de un estado de ansiedad crónica, en donde debe explicárseles cuáles son los síntomas de la ansiedad a fin de que identifiquen por sí mismos la sintomatología que están padeciendo.

Detención del pensamiento, en la que se enseña al paciente a reconocer e interrumpir los pensamientos obsesivos cuando ocurren, cambiando de inmediato a imágenes o recuerdos agradables, deteniendo por un momento los pensamientos que le asaltaban.

Aunque el rechazo no es una sugerencia convencional en el tratamiento psicológico se sugiere, evitar la exposición a medios que difundan el SIDA, pues el estrés originado por medios mal informados y sombríos claramente es antiterapéutico y reduciendo la exposición a ellos con frecuencia se logra disminuir los síntomas de sufrimiento.

En casos crónicos, es posible que la única alternativa sean los antidepresores, tales como el clonidrina o el clomipramina. Cuando los pensamientos obsesivos se acompañan de conductas compulsivas, se puede sugerir al paciente que limite el tiempo que invierte en revisar su cuerpo, de tal forma que se reduzca al mínimo una búsqueda de pruebas corporales que puedan darle una confirmación de la agudeza de la enfermedad.

D. El Método Simonton:

El método Simonton recibe su nombre del doctor Carl y su esposa Stephanie Simonton, médico oncólogo y psicóloga respectivamente. Demostraron experimentalmente que la actitud y la enfermedad del cáncer es un factor importante en la operación de los pacientes, así como el apareamiento de la enfermedad se relaciona también con la propensión a la depresión y a la desesperanza.

Determinaron que el cáncer es una enfermedad del estrés, el aislamiento y la depresión, por ello elaboraron un método de acción fundamentado en la esperanza, el perdón, el relajamiento (dentro de la parte psicológica) y en las terapias médicas convencionales (en la parte fisiológica). Este modelo puede considerarse como un modelo "Holístico" o "Integral" pues integra totalidad de la naturaleza humana.

Encontraron que la enfermedad no es únicamente un fenómeno físico, es un problema de toda la personalidad, por lo que su tratamiento se fundamenta en la "fisioretroalimentación", que afirma que los procesos psicológicos son capaces de cambiar el curso de procesos físicos. Consideraron que el poder de la mente puede alterar el rumbo predecible de muchas enfermedades.

Debe mencionarse que este método no se opone a los tratamientos convencionales antes bien los complementa. Sin embargo los Simonton consideran que el primer órgano que debe conquistarse para sanar a una persona enferma es la mente.

Ellos también opinan que "Una actitud positiva ante la vida, una posición optimista frente a la enfermedad y la seguridad en la propia capacidad del organismo para sanar es la fórmula ideal para vencerlo" (Schifter, 1980). Debemos recordar que existen correlaciones comprobadas entre estados anímicos y debilitamiento del sistema inmunológico.

El método orienta al paciente para que pueda "ventilar" los estímulos que hayan desencadenado la depresión y el estrés; transformándolos en estímulos que energicen su proceso de recuperación y una mejor calidad de vida.

Entre las actividades que los doctores Carl y Stephanie proponen como parte del método que lleva su nombre se encuentran:

-Lecturas: Es importante que quienes padecen de alguna enfermedad se informen sobre los beneficios de mejorar la autoestima y manejar apropiadamente los sentimientos para influir en su condición física. Esto con el fin de afirmar la convicción de la interdependencia que existe entre la mente, las actitudes, las emociones y el cuerpo.

-Relajamiento: Este es el primer paso que da el paciente hacia un mejor control de sus procesos físicos y mentales. Las técnicas para realizarlas son numerosas, sin embargo todas siguen normas comunes tales como:

- . Realizarlas en una postura cómoda
- . Lograr un estado de tranquilidad emocional y de distensión corporal
- . Promover un estado de buen funcionamiento físico

-Visualización: En el caso específico del método Simonton, se utiliza para establecer imágenes mentales que fortalezcan el sistema inmunológico y que detengan o debiliten los agentes causales de la enfermedad. Algunos principios básicos que rigen a la visualización son:

- . Decidir claramente el objetivo
- . Crear una imagen clara y exacta de lo que se desea y a partir de ese momento pensar como si ya existiera
- . Evocar a menudo la idea o imagen mental que se haya creado
- . Transmitir energía positiva al objetivo, pensándolo como si ya lo hubiese conseguido.

Al realizar estos pasos debe tomarse en cuenta que:

Deben hacerse en presente

Efectuarlos en forma afirmativa

La afirmación debe ser hecha de manera breve y sencilla, dando un sentido liberador y confortador.

No deben contradecir sentimientos o emociones

Deben hacerse con un sentimiento de confianza de que realmente puede alcanzarse

Identificación de focos de estrés: Debe realizarse un análisis profundo de las situaciones que poco antes de realizarse el diagnóstico estaban afectando la vida del paciente. Se espera que las actuales situaciones de estrés sean manejadas de mejor forma.

Análisis de los beneficios secundarios de la enfermedad: Se recomienda enumerar los beneficios que se obtienen de estar enfermo (Recibir atención, cuidados, cariño, etc.) y paralelamente las formas en que esos beneficios pueden obtenerse estando sano.

Ejercicio físico: Es un buen mecanismo para liberar tensión y acumular energía positiva.

Consejería: Cualquier persona puede ser fuente de apoyo, se recomienda que no sea un familiar sino un psicólogo, sacerdote, trabajador social, o amigos cercanos.

Perdón: Los rencores acumulados debilitan el equilibrio que existe entre mente y cuerpo, hasta que son deteriorizados a través de la enfermedad. Se recomiendan hacer meditaciones que propicien la reconciliación con quienes se tengan conflictos no resueltos.

Establecimiento de metas: Quienes se proponen metas realistas tienen más posibilidades de sobrevivir las enfermedades, al establecer metas concretas se está haciendo un compromiso en la recuperación de la salud, manteniendo el control de la vida y dirigiendo la energía hacia las cosas que son prioritarias.

Meditación del Guía Espiritual: Un ejercicio que propone que las personas tengan un encuentro consigo mismos o con lo superior que les apoye estrictamente en el terreno espiritual.

Meditación sobre la muerte: Debe dominarse el temor frente al hecho de morir y para ello se realiza un ejercicio de relajación y visualización que logra este objetivo.

Apoyo Familiar: Es imprescindible el apoyo que la familia necesita para funcionar como soporte del miembro del núcleo familiar que afronta por la dura experiencia de una enfermedad.

E. Tratamiento Farmacológico:

En la actualidad el único recurso farmacológico conocido hasta ahora con resultados positivos es una droga llamada Azidotimidina-Zidovudina o Retrovir (AZT). Su estudio se inició en 1985 y en la actualidad las ventajas que se le atribuyen son:

- Impide al VIH entrar en las células principalmente las cerebrales.
- Inhiben la multiplicación del VIH, con lo cual menos linfocitos B y T son destruidos.
- Refuerzan el sistema inmunitario.
- Disminuye la susceptibilidad a adquirir infecciones oportunistas.
- Contraresta la anemia.
- Mejora el aspecto de los pacientes.
- Retarda el desarrollo del SIDA en fases tempranas.
- Prolonga un poco más la vida de los pacientes en etapas avanzadas.
- Disminuye la incidencia de la demencia asociada a VIH.
- Mejora la función cognoscitiva en niños menores de 3 años.

Queda claramente establecido en los estudios que estos efectos son transitorios. Aunque su uso es difundido, hay algunas razones que limitan el uso de la AZT, son:

- No erradica el VIH del organismo.
- No cura ningún caso de SIDA.
- Es muy caro y muy pocos pacientes pueden comprarlo.
- Algunos médicos rechazan su uso debido a sus efectos secundarios son muy desagradables.

TERAPIA

Se ve la logoterapia como un análisis de la existencia, con especial énfasis en hacer que el hombre adopte una actitud plena de su responsabilidad frente a la propia vida. Tal responsabilidad solo puede interpretarse a la luz del mundo concreto de la vida humana. Si se amplía esta concepción, se dice que es una escuela terapéutica dirigida hacia lo humano, entendiéndose como tal a aquella región que incluye, y jerarquiza los niveles biopsicosociales del ser humano.

La logoterapia propone una visión integral del hombre en lugar de abordarlo parcialmente, aprecia de él todos sus niveles. En consecuencia, el hombre debe ser comprendido no como el ser humano, ni como el ente que supera sus sentimientos de existencia, ni como el organismo que busca el restablecimiento del equilibrio, sino como el ser altamente organizado y adaptado cuya motivación es la de encontrarle un significado y una finalidad que en logoterapia se conoce como principio o fundamento de sentido.

Con las mismas palabras de Viktor Frankl, fundador de la logoterapia, "la logoterapia se remonta más allá de los conflictos psíquicos del hombre, para dirigirse hacia el mismo hombre al que este libra un verdadero combate espiritual" (El hombre busca de sentido, Frankl:1992, p.112).

Para ampliar el término voluntad de sentido, diremos que el deseo del hombre por su sentido de la vida, constituye una necesidad primaria y no una "racionalización" de sus impulsos. Este sentido es único y específico en cuanto es uno para cada uno el que debe encontrarlo; únicamente así puede encontrar el hombre un significado que satisfaga su propia voluntad de sentido.

El problema del sentido de la vida, no se plantea únicamente desde la adolescencia, hay ocasiones en que es el propio hombre quien lo plantea con ocasión de una experiencia que haga sentido al hombre. Hay quien sin embargo, expone que la vida misma es el sentido que el placer, argumentación que obedece al principio que todas las acciones obedecen en última instancia al principio del placer, que como es sabido, pregona el placer como opuesto al principio de la realidad.

Se llama la atención y mencionar que para Frankl, está claro que el hombre no quiere el placer por el placer mismo, sino por lo que anhela. Los objetos o actividades que producen la acción humana son variadas y diferentes para cada uno, pero el efecto de satisfacción es siempre el mismo.

Si el sentido último del hombre fuese el placer, bastaría con recordar que la vida se halla siempre con vista a la muerte y cualquier placer humano carecería de sentido frente a esta realidad. Otra observación con respecto al sentido de vida es que éste es subjetivo en cuanto que para cada uno, la vida tiene un sentido distinto, cada quien es responsable de reconocerlo, percibirlo y comprobarlo, pues para cada persona el sentido existe en relación a una situación, en tanto que esta es única e irrepetible y en ella se hace necesario encontrar el sentido de la vida, pues para la logoterapia "Que no se inventa el sentido de la vida, más bien se descubre".

Ahora bien, la voluntad de sentido del hombre, puede también frustrarse, en cuyo caso la logoterapia habla de la frustración existencial. Este término puede utilizarse de tres maneras: para referirse a la propia existencia, al referirse al sentido de la existencia, y en la misma voluntad de sentido.

La frustración existencial puede desencadenarse finalmente en una neurosis, en donde la logoterapia ha acuñado el término específico de neurosis noógena, la cual se dice nace de los conflictos morales distintos. Sin embargo no todos los conflictos son necesariamente neuróticos y a veces, es normal y saludable cierta dosis de conflictibilidad.

Igualmente el sufrimiento no es siempre un fenómeno patológico, puede ser un logro humano, sobre todo cuando nace de la frustración existencial.

La logoterapia, considera que es su cometido ayudar al paciente a encontrar el sentido de su vida. En cuanto la logoterapia hace consciente el logos oculto de la existencia, es un proceso analítico. La logoterapia difiere del psicoanálisis en cuanto que considera que el hombre es un ser cuyo principal interés consiste en cumplir un sentido y realizar sus principios morales y no en la mera gratificación y satisfacción de sus impulsos e instintos ni en poco más que la conciliación de las conflictivas exigencias del ello, del yo y del superyo.

La logoterapia no es ni labor docente ni predicación, está tan lejos del razonamiento lógico como de la exhortación moral. La función del logoterapeuta consiste en ampliar y ensanchar el campo visual del paciente de forma que sea consciente y visible para él todo el espectro de las significaciones y los principios. No necesita imponer al paciente ningún juicio, pues en realidad la verdad se impone por sí misma sin intervención de ningún tipo.

Los principios logoterapéuticos rescatan la responsabilidad que le compete al hombre en la búsqueda de sus sentidos de vida, subrayando que el mismo debe encontrarse en el mundo y no dentro del ser humano o de su propia psique, como si fuera un sistema cerrado. Por la misma razón, la meta real de la existencia humana no puede hallarse en lo que se ha denominado autorrealización,

es la misma se alcanza cuando se le toma como un efecto secundario de la propia trascendencia.

En el intento de dar una respuesta al interrogante del sentido de la vida, el hombre se remite a sí mismo y tiene que responder y ser responsable ante la vida misma. Ser consciente ser responsable, son pues los elementos constitutivos en cuanto sentido de la vida humana; estos mismos elementos definen también el carácter finito del hombre, la que no sólo es una característica esencial de la vida humana, sino que es además un factor constitutivo de la vida misma.

Ahora bien, aunque el sentido se encuentre ligado a una situación única e irreplicable, el mundo presenta amplias posibilidades de sentido. A estas posibilidades se les llama en la escuela logoterapéutica valores. A los mismos Frankl los agrupa en valores creadores (Los que se logran por medio de actos de creación), valores vivenciales (Los que se logran por medio de la vivencia de diversas experiencias), y los valores de actitud (En los que importa la actitud que el hombre adopta frente a un destino incambiable).

Se puede notar entonces que mientras el hombre mantenga la conciencia, su responsabilidad frente a los valores de la vida se mantiene, aun por limitadas que sean las posibilidades de realizar estos valores; afirmación que Nietzsche plasma en su cita "Quien dispone de un por qué para vivir, es capaz de comportar casi cualquier cómo".

Es importante hacer notar que no se es responsable frente a valores nebulosos de vida, sino que la misión de la que cada quien es responsable, es siempre una misión específica y que no sólo varía de un sujeto a otro, sino de situación a situación aun en el mismo sujeto.

Es importante incluir aquí que dentro de los puntos que Frankl desarrolla en su teoría destaca el del destino, exponiendo que se refieren a él, como carácter fatalista de la dirección o de la fuerza de los impulsos, o la concepción determinista que parece estar regida por la fórmula: "Así son las cosas y no se pueden cambiar". Para ello se utilizan argumentos que retoman desde aspectos puramente biológicos hasta hechos de la infancia del entorno en que se ha crecido. Asumir esta posición equivale a vivir en una fatalismo neurótico que constituye una negación de la responsabilidad del hombre, impuesta por el carácter único e irreplicable de su existencia, para refugiarse en la supuesta naturaleza fatal del hombre.

La máxima del análisis de la existencia la presenta Frankl (1983:118) bajo esta fórmula ¡Vive como si vivieses por segunda vez y como si la vez primera lo hubieses hecho todo como te dispones a hacerlo ahora! En esta afirmación podemos introducir el elemento tiempo, para ello basta con suponer que hay un plazo

determinado para concluir con la obra del hombre, lo que nos enfrenta a una nueva afirmación de Frankl (1983:119): No es la duración de una vida humana en el tiempo lo que determina la plenitud de su sentido. Basta recordar que en la historia humana muchas de las más bellas vidas se asemejan a las sinfonías incompletas. Debemos recordar que nuestra vida no puede extenderse infinitamente y que lo que carece de sentido por sí mismo, no lo adquiere por el hecho de eternizarse, por el contrario la propagación de la vida sólo tiene un sentido siempre que sea ya de por sí algo lleno de sentido.

Se ha dicho que no basta con preguntar por el sentido de la vida, sino que hay que responder a él frente a la vida misma, a través de las posibilidades que ofrecen los valores, dentro de los cuales los valores creadores ocupan un primer plano en la misión del hombre. Los mismos coinciden generalmente con el trabajo profesional. El trabajo puede representar el punto de unión entre la particularidad del sujeto y la comunidad, de aquí que su sentimiento y su valor este dado para cada vez en función de la obra más que de la profesión; por lo que se concluye que lo que hace de la vida algo insustituible depende del hombre mismo, depende de quien lo haga y cómo lo haga, no de lo que haga.

Claro está, que en algunas ocasiones, trabajos rutinarios, mecánicos, con horarios difíciles, etc., sólo se puede concebir como un medio para ganar el sustento indispensable para vivir. En estos casos la verdadera vida del hombre empieza al comenzar el tiempo libre y el sentido de vida en este caso, hay que buscarlo en el modo libre y personal que le indique su creatividad.

En otros casos sucede lo contrario, desarrollándose un afán desmedido por obtener dinero, consiguiendo con ello que al colocar el lucro como medio de vida, se pierda de vista la vida misma como un fin.

También en el desocupado se pueden encontrar manifestaciones similares, en él va aumentando progresivamente la falta de interés y decae lentamente la iniciativa. El desocupado experimenta la ausencia de ocupación de su trabajo como ausencia interior, como carente de utilidad, de sentido. Frente a tal situación, sólo es posible realizar un análisis que permita identificar al desempleado una vía hacia la toma de conciencia de la responsabilidad sobre la cual pueda descubrir un sentido a su vida, por difíciles que sean las condiciones en que se desenvuelve.

Puede ocurrir lo mismo en condiciones opuestas, en las que se renuncie a la capacidad de goce en favor de la capacidad para trabajar.

A estas personas dice Frankl, puede presentárseles una frase de la novela "No vengo a cenar" de Alice Lyttkens; en la que una de las protagonistas expresa: "Cuando falta el amor, el trabajo se convierte en un sustituto; cuando falta el trabajo, el amor se convierte en opio"

Lo anterior da pie para recordar que no debe confundirse la actividad de trabajo profesional con la plenitud del sentido de vida creadora, el vacío del sentido de vida se revela en estos momentos, tan pronto como la actividad profesional se detiene por un momento (como suele pasar el día domingo) y se hace necesario descansar del diario ajetreo y enfrentarse entonces a la vacuidad y carencia de sentido de la vida acelerada de la semana. A esto es a lo que Frankl denominó "Neurosis dominical". Para escapar de ella, el hombre ha decidido desarrollar una serie de actividades que le permita huir de sí mismo y del sentimiento de vacío tolerable de vacío. Recurre pues a actividades deportivas como el fútbol, a lugares de baile con música estruendosa que le distraen de la molestia del pensar, a actividades artísticas que al distraerlo de enriquecerlo, le proporcionan únicamente una posibilidad de desviarlo, hacerlo olvidarse de sí mismo y vivir el papel de un personaje, o peor aún, disfrutar enormemente de una actividad de violencia en la que son otros los que mueren; cuando así olvidan a lo que más le temen, la certeza de la propia muerte, lo que confirma el insoportable sentimiento del vacío existencial.

Se ha revisado como la realización de los valores de la vida confiere un sentido de vida peculiar a la existencia humana por la relación que surge entre la individualidad y la comunidad; pero puede ser también la comunidad el objetivo hacia el cual se conduzca la existencia, sobre todo la comunidad entre las personas. La comunidad íntima de un yo con un tú.

En el amor, el ser que se ama es percibido como un ser único y singular en su modo particular de ser, quien es visto tal cual por otro yo. Se le concibe insustituible e imprescindible para quien le ama, potencializando de esa forma lo que de único tiene su persona.

III. OBJETIVOS

III.1. *Generales*

- Mejorar la atención del paciente que asiste a CODETS.
- Ampliar la atención primaria en torno al SIDA.
- Profundizar en la definición del mejor abordamiento psicológico del paciente infectado por VIH y con SIDA en Guatemala.

III.2. *Específicos*

III.2.1. Servicio

- Brindar un espacio individual y confidencial de aclaración y/o información sobre lo relacionado al VIH y el SIDA, previo a la realización de una prueba de VIH.
- Propiciar el fortalecimiento del sentido de vida en las personas que llegan a realizarse una prueba de VIH, independientemente de su resultado.
- Reducir los niveles de ansiedad y depresión que las personas seropositivas pueden presentar después de comunicárseles el diagnóstico.

III.2.2. Docencia

- Propiciar en los participantes de charlas y talleres una actitud de apertura en cuanto a las prácticas de prevención que deben adoptar para evitar el contagio de VIH.
- Crear en las familias de personas VIH positivas un ambiente de comprensión y apoyo hacia el sujeto contagiado.

III.2.3. Investigación

- Establecer el sentido de vida de las personas que voluntariamente, se someten a la prueba de VIH.

Debe mencionarse que los objetivos que arriba se especifican, no son los que originalmente se propusieron para realizar el ejercicio profesional supervisado. A continuación se incluyen para que se puedan confrontar. Las razones del cambio se explicarán en la parte VI del trabajo, Análisis y Discusión de Resultados.

Generales

- Mejorar la atención del paciente que asiste a CODETS.
- Profundizar en la definición del mejor abordamiento psicológico del paciente con SIDA en Guatemala.
- Ampliar la atención primaria en torno al SIDA.

Específicos

1 Servicio

Propiciar el fortalecimiento del "yo" del sujeto contagiado por VIH.

Reducir los niveles de ansiedad y depresión que las personas seropositivas pueden presentar después de comunicárseles el diagnóstico.

Propiciar un momento de reflexión en donde el paciente terminal de manera digna, haga consciente que ha iniciado la fase final de su existencia.

2 Docencia

Propiciar en la población universitaria la reflexión en cuanto a las prácticas de prevención que debe adoptar para evitar el contagio de VIH.

Crear en las familias de personas VIH positivas un ambiente de comprensión y apoyo hacia el sujeto contagiado.

3 Investigación

Determinar la influencia de los grupos de apoyo en las actitudes y acciones de sujetos VIH positivos.

IV. MARCO METODOLOGICO

Los sub-programas de servicio e investigación, se interrelacionaron de manera directa, intencionando de esta forma una retroalimentación del trabajo en ambas vías. Las dos actividades se enmarcaron básicamente en el modelo de trabajo del método clínico.

Tal y como es sugerido en actividades de tipo clínico, lo inicial es el establecimiento de rapport con los sujetos; en el caso específico de este trabajo, el contacto con los pacientes se realizó en el momento previo a que se les realizara la prueba, en un espacio denominado "consejería pre-prueba" que incluye una orientación e información sobre lo referente a VIH/SIDA; en ese momento además se determinaban las prácticas y circunstancias de e sugerir al paciente que limite el tiempo que invierte en revisar su cuerpo, de tal forma que se reduzca al mínimo una búsqueda de pruebas corporales que puedan darle una confirmación de la agudeza de la enfermedad.

D. El Método Simonton:

El método Simonton recibe su nombre del doctor Carl y su esposa Stephanie Simonton, médico oncólogo y psicóloga respectivamente. Demostraron experimentalmente que la actitud ante la enfermedad del cáncer es un factor importante en la recuperación de los pacientes, así como el apareamiento de la enfermedad se relaciona también con la propensión a la depresión y la desesperanza.

Determinaron que el cáncer es una enfermedad del estrés, el resentimiento y la depresión, por ello elaboraron un método de curación fundamentado en la esperanza, el perdón, el relajamiento (esto dentro de la parte psicológica) y en las terapias médicas convencionales (en la parte fisiológica). Este modelo puede consideración que se diseñó el instrumento con el que se recolectó la información necesaria para realizar el trabajo de investigación.

El instrumento elaborado se realizó sobre la base del Pre-Test que el Instituto Latinoamericano para la Educación Sexual (ILPES) con sede en Costa Rica, utiliza en la ejecución de los "Talleres Holísticos para la Prevención del SIDA". Con esta revisión y la información sistematizada se fue creando el instrumento final, el que antes de ser aplicado en la prueba piloto fue revisado y corregido a sugerencia de la coordinadora del centro. Para determinar el número de personas que hiciera válida la muestra, se tomó como punto de partida el número de personas que el mes anterior llegó de manera voluntaria a realizarse la prueba de VIH. La determinación de la muestra se hizo entonces con la fórmula siguiente:

$$N = \frac{nPQ}{n-1LE} + PQ$$

4

Donde n es igual al número de personas que llegó el mes anterior, P y Q son K de 0.5 cada una y LE es una constante de 0.25. Así siendo 88 el número de personas que llegaron a realizarse la prueba de VIH. La muestra fue de 72 personas.

El instrumento previo a su aplicación definitiva, fue validado por un grupo de personas que equivalen al 25 % de la muestra y que obviamente tenían las mismas características de la población final. El instrumento finalmente fue aplicado de manera individual y anónima durante las "consejerías pre-prueba", generalmente después de haber concluido con la recavación de los requeridos. Esto daba la oportunidad de que el proceso de flexión del paciente fuera más profundo, pues confrontaba directamente su sentido de vida, su concepción de salud, etc. con las prácticas de riesgo.

El sub-programa de docencia se incorporó a las actividades que realizaba previamente la institución, en tal sentido se realizaron pocas aportaciones metodológicas, puesto que una innovación total de la forma de trabajo, implicaría también una revisión de la concepción que en la institución se tiene del trabajo y que por las características de funcionamiento de la misma es difícil de lograr.

Este sub-programa no tuvo un sentido procesual con la población abordada, puesto que según el planteamiento institucional, los talleres, que es la técnica empleada para el desarrollo docente, se realizarán una sola vez con cada grupo. Esta actividad se realiza como parte de la atención primaria que desarrolla para prevención del contagio de VIH. Para su ejecución se iniciaba generalmente con la aplicación de un Pre-test anónimo en el que se determinaba el conocimiento que cada participante tenía sobre el tema (ETS-VIH/SIDA), luego se daba formación básica sobre ETS (características, desarrollo de la enfermedad, síntomas, etc.) y se profundizaba en la información sobre la SIDA (Agente causal, formas de transmisión, quienes pueden contagiarse, formas de prevención, etc.) hasta aquí la única que solía utilizarse era la expositiva, auxiliándose de ayudas. Finalmente a través de una lluvia de ideas se construía la definición de "Sexo más seguro y sus prácticas", haciéndose especial énfasis, por medio de la demostración, del uso apropiado del condón.

Finalmente, las charlas realizadas con las familias de personas VIH positivas constaron de dos momentos fundamentales. Primero, un reconocimiento afectivo de la situación, en donde se daba plena libertad de expresar sus sentimientos. Segundo, como parte persuasiva y tranquilizante de la terapia de apoyo, una información sobre mitos y realidades de la enfermedad, así como cuidados y actitudes hacia el sujeto contagiado. Debe mencionarse, que esta actividad se realizó únicamente tres veces, ambas con un muy reducido tiempo de seguimiento.

*"No aquellos que mueren, sino los que mueren
antes de lo que deben y quieren morir, son la
gran acusación contra la civilización"*

Marcuse



PRESENTACION DE RESULTADOS

Al determinar los logros obtenidos en el trabajo realizado, se hace necesario confrontar la experiencia con los objetivos planteados. De esta manera, podemos decir que la atención del paciente que llega a CODETS fue mejorada en varios aspectos:

A) Durante la mitad del tiempo de permanencia del epesista, el horario de atención para realizarse la prueba de VIH se iniciaba una hora antes de lo acostumbrado en el centro, pues a pesar de que había personal para la extracción de sangre y cobrar el costo de la prueba desde las 8:00, el personal que realiza las consejerías pre-prueba tenían un horario que iniciaba una hora después. Con la presencia del epesista en el centro, desde las 7:00, tal situación pudo realizarse de manera más eficiente.

Esta optimización del tiempo pudo realizarse únicamente en los cuatro primeros meses de permanencia del epesista, pues a consecuencia de la coordinación de CODETS el horario de atención al público debería de iniciarse a las 9:00, pues cuando el epesista ya no estuviera, podrían existir manifestaciones de inconformidad de parte de los pacientes.

B) Aún y cuando CODETS es un centro que atiende específicamente ETS, con cierta frecuencia llegan personas que consultan por trastornos de la función sexual (eyaculación precoz, frigidez, inapetencia sexual, etc.). Esto no corresponde al objetivo de la población objetivo del centro. Sin embargo, durante los meses de estancia del epesista, varios de estos pacientes fueron atendidos por el médico para que se les diera una orientación al respecto.

C) La permanencia del epesista en la institución permitía que el centro, además de cumplir con la parte diagnóstica, se involucrara en el trabajo de tratamiento y apoyo emocional a los pacientes de forma más sistemática.

La atención primaria se realizó en diversidad de instituciones, pero el logro más significativo se considera la definición de algunos ejes sobre los aspectos que hacen importante la vida de las personas que sirvieron como sujeto de investigación y que puede generalizarse al menos a la población capitalina guatemalteca.

En cuanto al subprograma de servicio, se realizaron 507 consejerías pre-prueba a hombres y mujeres que llegaron a CODETS. Al realizarse la prueba de VIH, se entregaron 380 resultados (75% del total de pruebas realizadas), siendo 16 de ellos positivos. Esto representa un 4.73% del total de resultados entregados. Para tener una mejor visualización de lo anterior se muestra el siguiente cuadro.

Cuadro 5

		♂	♀
Consejerías pre prueba	507	340 (67.06%)	167 (32.94%)
Consejerías post prueba	380	258 (67.89%)	122 (32.11%)
Resultados VIH positivos	18	13 (72.22%)	5 (27.78%)

Cuando aún no se habían modificado los objetivos del programa y aún se continuaba intentando formar los grupos de apoyo, se realizaron tres sesiones en las que, asistieron tres personas en promedio. Sin embargo, sólo hubo cinco participantes en estas tres sesiones.

De las personas con resultado positivo a la prueba de VIH, se pudo dar seguimiento a 4 pacientes con un promedio de 5 sesiones para cada uno. Estas sesiones fueron realizadas cuando los pacientes buscaron apoyo emocional para la aceptación de su condición de personas seropositivas y la resolución de diversas situaciones a las que la infección los expone.

Los casos de referencia del médico de CODETS por disfunciones sexuales fueron 11, 2 por frigidez, 3 por vaginismo, 4 por eyaculación precoz, 2 por disfunción eréctil.

En el subprograma de docencia se atendió a 3 familias para información del manejo de algún miembro infectado. En promedio hubo 3 participantes en cada sesión y un total de 8 personas atendidas. Además del aspecto puramente informativo, era necesario brindar apoyo emocional para la mejor interacción con la persona seropositiva.

En el otro rubro se cubrió un total de 56 talleres en donde se realizaron funciones de planificación, ejecución y supervisión de la actividad. La población cubierta fue de aproximadamente 2777 personas, que incluyen desde alumnos de nivel primario al universitario, a personal de instituciones como Policía Militar Ambulante y Policía Nacional, APROFAM y personal de empresas como Almacenes Paiz, Restaurante "Los Cebollines", Empresa Eléctrica de Guatemala, etc. La distribución de la población atendida se distribuyó de la siguiente forma:

Cuadro 6

Nivel Primario	25
Nivel Secundario	425
Nivel Universitario	1005
Personal de Empresas o instituciones	1322

Para el caso concreto de la investigación, la idea generadora fue aportada por la misma base teórica del trabajo. Al transcurrir los meses de activación del subprograma de estudio se hizo evidente que cuando las personas llegaban al estudio a realizarse una prueba de VIH, existía en ese momento un fuerte sentimiento de valoración de su vida y su estado de salud; y es a que todos los en algún momento las habían arriesgado.

Notándose la contradicción, entre el apego sentido a la vida, cuando se está a punto de saber que se puede perder y la valoración a la misma, en el momento de exponerse a prácticas de riesgo para la infección de VIH; fue que se decidió iniciar la investigación sobre el sentido de vida en la población que asiste a CODETS.

Los resultados obtenidos en la investigación fueron los siguientes: La edad promedio de la población muestra (72 personas) fue de 27.86 años, 21 mujeres (29%) y 51 hombres (71%); personas solteras (54%), 19 casadas (26%), 10 unidas (14%) y 14 divorciadas (6%).

La escolaridad de los pacientes se distribuía en los rangos siguientes: 29 personas con escolaridad universitaria (40%), 28 con escolaridad secundaria (39%), 14 con nivel primario (20%) y 1 con analfabeto (1%). Las ocupaciones tienen una dispersión que se puede apreciar de mejor manera en la gráfica 1, pero las más significativas fueron: 10 estudiantes (14%), 9 amas de casa (12%), 10 obreros (14%), 14 profesionales (20%), 9 comerciantes (12%) y 14 oficinistas (20%).

En cuanto a la pregunta sobre el grado de interés en la salud (p.1), 55 personas respondieron que se preocupan mucho por su salud (76%), 14 en menor grado (20%) y 3 se interesan poco (4%). Al indagar sobre la responsabilidad en el cuidado de su salud (p.2), 68 personas contestaron que podían hacer algo para tenerse sanos (95%), 1 respondió que no (1%) y 3 (4%) no quisieron afirmarlo o negarlo. Al explorar la creencia de la no prevención de las enfermedades porque inevitablemente llega el momento de morir (p.3), 9 respondieron que no se hace necesaria la prevención (13%), 62 la aprobaron (86%) y 1 (1%) no definió postura frente a la prevención.

Al indagar la percepción que se tiene de la enfermedad como castigo (p.4) 16 personas aceptaron que quien se enferma se lo merece por haber hecho algo malo (22%), 48 personas lo negaron (67%) y 8 (11%) no lo definieron. Interrogados sobre la influencia que la mente puede tener en la salud (p.5), 65 personas admitieron que existe una relación directa entre ambos conceptos (90%) y 7 (10%) lo negaron.

Cuando se les preguntó sobre la creencia en una Fuerza o Ser Supremo (p.6), 65 personas respondieron afirmativamente (90%), 4 de forma negativa (6%) y 3 (4%) no se definieron. En la pregunta en que se exploraba la creencia en la predestinación (p.7), 36 personas (50%) contestaron que existe para cada persona un destino que no se puede cambiar, 33 personas lo negaron (46%) y 3 (4%) no lo definieron.

En el momento de cuestionar su realización personal, preguntado por las actividades que realizan por agrado (p.8), las respuestas más significativas fueron, el trabajo, la convivencia con la familia y el deporte. El detalle de las respuestas puede apreciarse mejor en la gráfica 2. Al intentar establecer manifestaciones de lo que Viktor Frankl denomina "neurosis dominical" (p.9) las respuestas variaron entre rangos diversos. Las especificaciones de las respuestas se pueden observar en la gráfica 3.

Al preguntar sobre la razón de vivir (p.10), 69 personas respondieron que tenían una razón por qué vivir (96%), 2 dijeron que no la tenían (3%) y 1 (1%) no lo definió. Al interrogar sobre la responsabilidad en asumir su sentido de vida (p.11), 62 personas (86%) contestaron que diariamente se preocupan en confirmar su sentido de vida, 8 (11%) dijeron no confirmarlo a diario y 2 (3%) no se definieron. Al explorar sobre su sentido de vida (p.12), la respuesta más constantemente dada se refería al amor por los hijos y pareja y al amor por padres y hermanos, el detalle a esta respuesta se puede observar en la gráfica 4.

Finalmente, al tratar de establecer el tiempo de conciencia del sentido de vida (p.13), 37 personas (51%) respondieron que hace más de 5 años habían definido su sentido de vida. Las otras respuestas pueden apreciarse en la gráfica 5.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Para iniciar, debemos mencionar que los objetivos específicos planteados inicialmente en el proyecto de ejecución del EPS, eran distintos a los que finalmente se describen en este informe. Existieron varios factores que propiciaron los feroces cambios que se introdujeron en los objetivos, entre los: Inicialmente, el especialista trabajaría directamente con los pacientes seropositivos, esto implicaría que se contactaría con los después de haberles confirmado su diagnóstico; sin embargo por sugerencia de la coordinadora del centro, el contacto con el paciente debería realizarse desde antes de su diagnóstico, lo que condujo a que el especialista se involucrara en la actividad de las "asesorías pre-prueba" a todo paciente que quisiera realizarse la prueba de VIH e implementar los grupos de apoyo con los pacientes confirmados como VIH positivos y que accedieran a involucrarse en la experiencia de los grupos.

Transcurrido algún tiempo, la cantidad de pacientes que se habían confirmado como seropositivos no era aún suficiente para iniciar un grupo de apoyo, sin embargo se decidió iniciar una primera sesión con 3 pacientes que habían ya accedido a participar en la experiencia mencionada. Surgió aquí una limitación más y es que los grupos de apoyo para que funcionaran de manera fluida, deberían de ajustarse a los horarios del centro. De lo contrario, semanalmente habría que gestionar un permiso ante las autoridades de APROFAM para que autorizaran el ingreso a la institución, así como la permanencia en uno de los salones del centro.

Estos dos factores, las dificultades físicas para el funcionamiento del grupo y el escaso número de posibles personas participantes, obligó a desechar el proyecto de los grupos de apoyo y con él el sub-programa de investigación. Así como a modificar la técnica de trabajo con los pacientes seropositivos, pues el seguimiento se hizo de manera individual y siempre de manera voluntaria, ajustándose además a los horarios de funcionamiento del centro.

Parte importante de los objetivos de servicio planteados era atender a pacientes en la fase final de su existencia; este objetivo nunca fue posible ejecutarlo básicamente porque al interior de la institución los pacientes VIH positivos no reciben atención médica y son referidos a otras instituciones (Hospital General y Hospital Roosevelt) por lo que tener conocimiento de la evolución de su estado físico se dificulta.

Además que a nivel interinstitucional no se han desarrollado programas específicos de colaboración permanente y los mecanismos de referencia son aún débiles, pues pareciera existir cierto celo interinstitucional en el campo de acción y en la población a servir por cada una. Por lo que la sugerencia de la coordinación

de CODETS, el trabajo se desarrolló únicamente con personas que llegaron a la institución.

Involucrado ya en la actividad de consejería, se fue perfilando aproximadamente a la mitad del tiempo de ejecución del EPS, la posibilidad de realizar en esa instancia el trabajo de investigación. El cual después de pasar por varios momentos de definición, quedó establecido tal y como se presenta en este informe.

Finalmente, en cuanto a los objetivos propuestos en el sub-programa de docencia, la modificación fue mínima. Primero, se amplió la población cubierta originalmente, que eran exclusivamente estudiantes universitarios, por población en general puesto que la solicitud de talleres se incrementó de tal manera a la institución que fue necesario realizar el apoyo humano del caso. Por otra parte, el segundo objetivo propuesto para este subprograma, aún y cuando se llevó a cabo, su aplicación fue mínima, puesto que por las características del trabajo de CODETS, confidencialidad y anonimato, el contacto con las familias de los pacientes VIH positivos era prácticamente imposible, optándose por dejar en manos del paciente; primero, determinar la posibilidad de comunicarle a su familia el diagnóstico y segundo cuándo, cómo y en que forma era más apropiado comunicárselo. Ambas situaciones eran trabajadas en las sesiones individuales de los pacientes que mantuvieron constancia en el apoyo psicológico.

La metodología en el sub-programa de servicio se sirvió del método clínico para alcanzar los resultados. Debido a que este método propone únicamente una serie de pasos que permitan la atención a los pacientes, a estos pasos no se hizo necesaria una modificación sustancial, pues el procedimiento propuesto por el método sigue la secuencia necesaria y lógica para realizar el trabajo. Se reconoce que debido al tipo de servicio brindado no era posible profundizar en todos los pasos sugeridos por el método tales como: Elaboración de historia clínica, establecimiento de personalidad premórbida y otros. La técnica de trabajo fue la entrevista individual, la que se ajustó sin problemas al método de trabajo. En los casos de ansiedad y algunas afecciones físicas bien localizadas se utilizaron técnicas de relajación y visualización, ambas con resultados positivos.

Fue a partir del programa de servicio que se le dió forma al sub-programa de investigación, para su correcta realización se siguieron los pasos recomendados para que la investigación de campo tenga validez desde la identificación y planteamiento del problema hasta la creación y aplicación de un instrumento que permitiera recolectar la información requerida.

Es necesario acotar que el esclarecimiento del tema y la definición de los propósitos de la investigación abarcó un periodo breve de tiempo, en mucho se debió a que este procedimiento fue realizado por cinco años consecutivos en el tiempo de formación en la Escuela de Ciencias Psicológicas. Sin embargo continuar con el procedimiento de la investigación; la elaboración del instrumento, la validación del mismo y la interpretación de resultados requirió de constantes correcciones de asesoría más cercana; esto no implica que el método de trabajo haya sido inapropiado o que existiera algún error en el anteamiento del trabajo. Simplemente refleja la carencia de práctica en esta segunda fase del proceso investigativo en el tiempo de formación de la Escuela de Psicología. A pesar de esto puede afirmarse que el método de investigación fue el adecuado para el tema, a los objetivos que se pretendían lograr y al tipo de investigación.

En la investigación podemos darnos cuenta de elementos portantes a considerar, tales como que la edad promedio (27.86 años) de personas que consideraron estar en riesgo de infección por VIH es también la edad en que se ubica la etapa económica más productiva de una persona.

El 71% de la población muestreada pertenece al sexo masculino, sin embargo esto no necesariamente indica que sean los hombres quienes más prácticas de riesgo tienen; este dato debe ser culturalmente contextualizado y recordar que 1o) es el hombre quien más acceso tiene a fuentes de información y por lo tanto puede estar más enterado de sus actividades riesgosas. 2o) La fidelidad a una sola pareja es una característica atribuible en mayor grado al género femenino, por lo que su percepción de riesgo disminuye. 3o) La sexualidad es un elemento más reprimido en las mujeres por lo que todo lo relacionado con el tema logra mayor impacto y puede incluso generar sentimientos de temor y vergüenza, así que llegar a la institución podría generar estos mismos sentimientos.

El que 54% de la muestra sea soltera, no puede ser un indicador positivo para la epidemiología de la enfermedad, esto que sólo podría dar pauta de la cantidad de población que probablemente está aumentando el riesgo de infección para mayor cantidad de gente, debido a que aún no mantienen una pareja más estable como se supondría tienen las personas casadas o unidas.

Es importante considerar que el 79% de la población estaba integrada por personas con una escolaridad que iba de la educación Secundaria a la Universitaria, un nivel bastante superior al de la población guatemalteca en general; factor que puede indicar nuevamente el privilegio de tener acceso a estos servicios de salud por la posibilidad de obtener información por medios de comunicación diversa. Este dato permite establecer en este tipo de población está teniendo impacto el trabajo de la institución, de igual forma puede utilizarse la información que

proporciona las ocupaciones a las que se dedican las personas de la muestra.

A pesar de que el 76% afirmó interesarse mucho por su salud, el hecho de llegar a realizarse una prueba para descartar una infección por VIH, no hace parecer esta información muy congruente, las razones pueden ser diversas, algunas están relacionadas a la concepción de salud, entendida como un estado de no enfermedad, y no como un estado de bienestar y armonía física, emocional y social. Además a esto se añade que las personas conciben que hacer algo para mantenerse sanos es realizar una curación inmediata de enfermedades y no mantener un estilo de vida que favorezca un adecuado funcionamiento social.

Por otra parte aunque el 86% manifiesta que es necesario prevenir las enfermedades, se puede inferir que esto se percibe nuevamente como una acción de efecto inmediato, pues no se puede olvidar que para el caso de la infección por VIH el reforzamiento de la prevención, a través sobre todo de prácticas sexuales más seguras, tendrá efecto a largo plazo. Mientras que la gratificación inmediata puede ser un mejor reforzamiento para no ser consistentes en estas prácticas que producen un beneficio pero a largo plazo.

Esto sin embargo, merece mayor profundización en otros estudios, pues al confrontar esta respuesta con la concepción religiosa, se percibe nuevamente una fuerte contradicción. El 90% cree que existe una Fuerza o Ser Supremo y el 50% considera que cada persona tiene ya un destino que no puede cambiarse, lo que hace pensar en que bajo esta perspectiva si una persona se infecta con VIH, no se habría podido evitar, pues ese era el destino que le correspondía; destino que en la casi totalidad de las veces, estaría determinado por esa Fuerza o Ser Supremo en la que se cree.

Notamos pues la gran incidencia que la religión tiene para los propósitos de prevención y educación en VIH/SIDA y ETS ya que fomentar una predestinación de la vida, equivale a negar la responsabilidad de asumir un compromiso personal con la prevención de enfermedades y con la salud. Esta misma predestinación parece favorecer una actitud de no culpabilización o señalamiento de las personas seropositivas, pues al responder un 67% de la muestra que las personas no se enferman por haber hecho algo malo, se espera que la actitud hacia alguien infectado esté marcada por la tolerancia y el apoyo y no por un juicio o la discriminación. Sin embargo es bien sabido que esto sólo ocurre en el menor de los casos y que a pesar de la influencia religiosa en nuestro medio, es evidente y constante el trato discriminatorio hacia estas personas.

Finalmente, las últimas preguntas del instrumento pueden dar una referencia sobre el sentido de vida en las personas que sirvieron de muestra. Tomando en cuenta que el 96% de la muestra

mite tener un sentido de vida y que el 86% manifiesta asumir responsabilidad de confirmar ese sentido de vida diariamente, demos inferir que la mayoría de personas tienen una razón de vivir, pero esta no es siempre consciente, no permanece constante las actividades que se desarrollan diariamente. Puede deberse a que para el 96% de la muestra las actividades que desarrollan son de su agrado, tan sólo el 4% realiza actividades que no le gustan. Sin embargo hay que ser muy cuidadosos con esto, 1o) Porque las características de la población guatemalteca están representadas a cabalidad en la muestra, pues muy poca gente se dedica a hacer lo que le gusta y 2o) Porque la ocupación constante en diversas actividades podría ser un intento de emplear la mayor cantidad de tiempo posible para evitar el análisis que confronte al individuo con su interioridad y que opacaría la presencia de lo que Frankl denominó "vacío existencial".

Esta inversión desmedida en múltiples ocupaciones que implican muy pocos momentos de descanso y de reflexión interna pueden ser tan solo manifestaciones de intentos desesperados por ocupar el tiempo con algo que hacer, evitando de esta manera vivencias que hagan tambalear el mundo en que se desenvuelve el sujeto. A esta manifestación, la logoterapia la denominó "neurosis dominical" y para el caso que nos ocupa, el 40% de la muestra expresó tener alguno de los sentimientos que se consideran característicos de este estado.

Las razones que dan sentido a la existencia de las personas que sirvieron de muestra, se enmarca en las categorías que Frankl definió al hablar del sentido de vida, resaltando entre ellas (4%) la del amor (a hijos, pareja, padres y comunidad) y en menor grado (15%) la superación y la evolución integral del sujeto, encaminada a un equilibrio interno.

Es este un aporte sumamente valioso si se entiende como el motivo que hace importante la vida de un buen porcentaje de la muestra, y más aún si se piensa que sobre este dato la definición de los programas de prevención y educación se facilita considerablemente, pues aporta elementos intrínsecos a la concepción de la vida, que indiscutiblemente deben tomarse en cuenta para intervenciones que promuevan un impacto en el síquismo colectivo de una población.

Debe anotarse además, que el 50% de la población muestra, refiere un tiempo menor de 5 años en la definición de su razón de vida, que en promedio indica una edad de 22 años; dato notoriamente importante, pues a partir de esto, se puede ser más precisos en los grupos de población a quienes se dirigiría la intervención con programas específicos, encaminados no sólo a la información de VIH/SIDA, sino a una valoración y adopción de estilos de vida más profundos e integrales.

Cabe mencionar que un logro significativo en el trabajo de investigación es que sus resultados son útiles para dar seguimiento a los programas de docencia y de servicio, ya que el reconocimiento de las principales motivaciones de vida de la población permite 10.) Tener una mejor orientación en el trabajo de seguimiento que se hace con personas que viven con VIH y 20). Ser más asertivos en el trabajo de prevención, pues sólo reconociendo lo que hace importante la vida de las personas puede ser válido un trabajo de prevención en salud.

Por otra parte el subprograma de docencia aún y cuando utilizó una amplia gama de técnicas para su desarrollo, el método que predominó constantemente fue el método de educación tradicional, con mucha información impartida y muy poca construida por los participantes. Debe anotarse que aún y con este señalamiento, la aceptación que hubo de esta actividad fue notoria, los participantes siempre externaron muy buenos comentarios; sin embargo es bien sabido que para lograr un cambio de actitud y de comportamiento las actividades que deben plantearse tienen que ser más profundas que una sesión de información que impacte únicamente el aspecto cognoscitivo, pues esto no asegura ni un largo plazo de permanencia y tampoco una generalización a los otros componentes mencionados.

En este análisis cabe contextualizar que el trabajo de atención primaria y secundaria en este campo debe enfrentarse con una situación estructural que predomina en el mundo, en América Latina y también en el país y es que la década pasada se caracterizó por la predominancia de corrientes neoconservadoras en el plano político y neoliberales en el plano económico.

Ambas como respuesta a momentos coyunturales en la situación del capitalismo liberal a nivel internacional y por consiguiente, con los respectivos conflictos a todo nivel que han generado olas de violencia y un sentimiento de desesperanza e incertidumbre en las grandes mayorías del llamado "Tercer Mundo".

Contrario a sus propuestas, estas soluciones solo han agudizado las diferencias estructurales de la sociedad que en el caso particular de Guatemala han provocado una prolongación del conflicto bélico y una creciente crisis económica y social que por momentos ha llegado a situaciones prácticamente insostenibles para los sectores más afectados de la población.

Es en este marco en el que algunas instituciones sociales, aparatos reproductores de la ideología estatal, reflejan y asumen la puesta en boga de una ideología neoconservadora, que tiende a mantener y reforzar el control social mediante la promoción de valores morales tradicionales y de distintas manifestaciones de intolerancia y discriminación.

Es a esta postura neoconservadora que las políticas de intervención estatal han respondido, sesgando y subjetivizando la formación esencial en las escasas campañas educativas, fomentando actitudes de rechazo y persecución en los mal nominados grupos de riesgo, fomentando formas de control que impiden mantener las formas de discriminación que han existido históricamente lo que concretiza y hace legítima la reproducción de relaciones autoritarias y de violencia de la sociedad en las relaciones interpersonales. Por lo tanto, la incorporación de elementos metodológicos nuevos, implica una tarea difícil que implica un replanteamiento en elementos más profundos que la sola variedad de técnicas informativas y que en este momento recién puezan a efectuarse en algunas instituciones con programas dirigidos a determinadas poblaciones.

La elaboración de un marco teórico era necesaria por varios motivos, entre ellos para profundizar en el conocimiento de la enfermedad, sus manifestaciones e implicaciones, además para sustentar el abordamiento terapéutico a lo largo del período de servicio. Este mismo marco teórico se convirtió en parte importante del contenido en las actividades de docencia y fue punto de referencia para el análisis de los resultados de la investigación. Es necesario resaltar que para elaborar este marco teórico fue necesario realizar una revisión de literatura; durante la misma se hizo evidente la escasez de trabajo escrito sobre experiencias similares realizadas en el país, por lo que era necesario que el material escrito de las experiencias extranjeras fuera evaluado constantemente. Primero, porque las investigaciones realizadas en otros lugares tenían variables de selección (tipo de población, condiciones de investigación, resultados esperados, etc.) considerablemente diferentes a las que se tuvo en este proyecto. Segundo, las teorías con que se sustentaban o explicaban las diferentes experiencias eran distintas a la que sustentaba esta experiencia. Sin embargo muchos de los principios de trabajo, tales como la participatividad, el acercamiento a los diversos estilos de vida, entendimiento de concepciones de salud, etc., fueron retomados de estas revisiones de literatura.

Es importante mencionar que la formación académica recibida en la Escuela de Psicología, en ningún momento consideró el trabajo en este ámbito del campo clínico, por lo que los aportes prácticos y teóricos proporcionados por la misma eran suficientes frente a la realidad que se presentaba.

Sin embargo, la experiencia de la práctica de licenciatura durante los dos últimos años de la carrera, realizada con pacientes con cáncer, contribuyó en gran forma al trabajo realizado durante este proyecto, pues el tipo de diagnóstico al que se enfrentaban los pacientes era similar, también las manifestaciones emocionales en ambos grupos, por lo que las técnicas y métodos terapéuticos empleados fueron similares, así como la fundamentación teórica para el abordamiento del trabajo.

VII. CONCLUSIONES

- * El trabajo de prevención y atención para la infección de VIH debe realizarse con un equipo multidisciplinario que pueda satisfacer las demandas informativas, sociales, médicas y emocionales del sujeto.
- * El trabajo de prevención es una tarea más amplia que el proporcionar información, se encamina a la modificación actitudinal y conductual, por lo que esta es una tarea que corresponde realizarla sobre todo a los psicólogos. Sin embargo para ello se hace indispensable tomar en cuenta el contexto cultural y la cosmovisión de la población objetivo.
- * El trabajo de prevención para el contagio de VIH por contacto sexual, debe referirse a un marco más amplio de acción, el de la sexualidad humana.
- * El reconocimiento de las motivaciones para vivir en la población pueden predecir mayor efectividad en el trabajo preventivo sobre contagio por VIH. Así como determinar las mejores vías de información.
- * La atención a personas con reincidencia en las prácticas de riesgo de infección por VIH debe orientarse a la autocomprensión de su comportamiento y apoyado por un proceso terapéutico más largo.
- * La población atendida por CODETS se ha ido incrementando año con año. Durante el tiempo de realización de este proyecto, la calidad de atención fue mejorada y diversificada. Sin embargo es innegable que el personal con el que cuenta la institución y la que en general trabaja en VIH-SIDA, es insuficiente para la demanda que existe.
- * Se confirma que la mejor herramienta que se tiene hasta el momento para combatir la infección por VIH es la prevención, dirigida a todos los grupos poblacionales, pero tomando en cuenta sus peculiares estilos de vida y concepciones de salud.
- * Los principios logoterapéuticos demostraron ser eficaces en el manejo psicológico de las personas seropositivas, así como para fundamentar el trabajo preventivo que se haga sobre contagio por VIH.
- * Las técnicas de ventilación y tranquilización recomendadas para la atención de trastornos de ansiedad y depresión, aunados a los principios básicos del Método Simonton demostraron su efectividad en la atención psicológica que se desarrolló en este proyecto.

El trabajo con familias de personas VIH positivas es imprescindible para proporcionar un entorno de solidaridad hacia las personas seropositivas. Así como para acompañar a la familia en el proceso de duelo.

VIII. RECOMENDACIONES

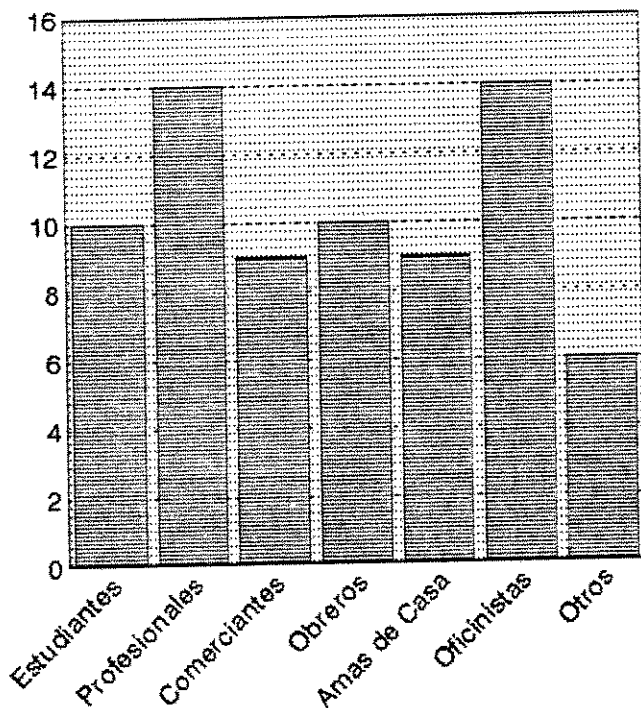
- * Es necesario incorporar al pensum de estudios de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la USAC cursos de antropología social puesto que para efectuar trabajo de atención primaria o secundaria es necesario tener herramientas que permitan comprender el comportamiento individual dentro de un marco cultural y de cosmovisión propio de diversos sectores poblacionales.
- * La formación del estudiante de psicología, debe incluir contenidos que permitan hacer trabajo preventivo y no solo de atención ya que de acuerdo a la experiencia en este proyecto, en el campo de prevención en salud, la labor del psicólogo es vital y hasta el momento es un área descuidada en la formación y en el ejercicio profesional. Además de que se reconoce que a nivel económico el trabajo preventivo permite reducir los gastos de inversión en salud a nivel secundario y terciario.
- * Promover esfuerzos para realizar trabajo interinstitucional de manera coordinada y bien delimitada, a fin de optimizar los recursos materiales y humanos con los que hasta el momento se cuentan.
- * Reglamentar el cumplimiento de las recomendaciones hechas por la OMS a todas las instituciones o personas que realizan pruebas de VIH .
- * Fomentar las políticas de prevención encaminadas a toda la población, pero a través de grupos específicos con características comunes (sexo, preferencia sexual, actividad sexual, etc.) en las que se retome la peculiaridad de sus estilos de vida ya que esto permite aprovechar condiciones como la presión de grupo, condiciones culturales y de vida similares, etc. Para que la prevención tenga como punto de partida la cotidianidad de los individuos y puedan encontrar en el grupo un espacio de explicación y reflexión sobre sus experiencias.
- * El servicio de consejería pre-prueba y post-prueba debe ser brindado por personal que además de estar capacitado para dar las consejerías, esté capacitado e instrumentalizado con diferentes herramientas que permitan orientar de mejor forma diversos conflictos que salen a luz en el momento de la consejería, tales como la fidelidad, alternativas de sexo más seguro, disfunciones sexuales, etc. Así como posibilitar de manera más permanente cambios actitudinales y conductuales.

Desarrollar trabajo sistemático de seguimiento hacia las personas que viven con VIH-SIDA porque el compromiso en el campo de la salud deber ir más allá de la detección de la infección, proporcionando alternativas que permitan mantener la calidad de vida de estas personas. Esto implica varias esferas del sujeto, médica, emocional, laboral, deportiva, etc.

IX. ANEXOS

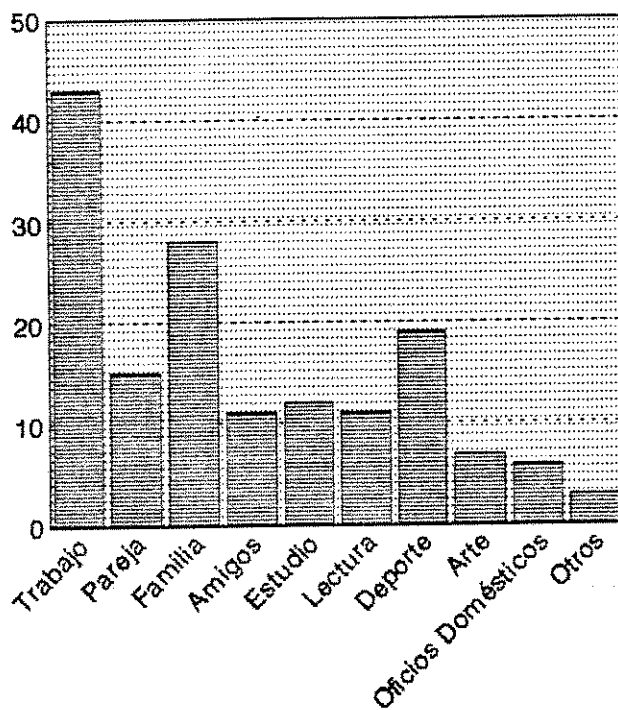
GRAFICA 1

DISTRIBUCION DE OCUPACIONES



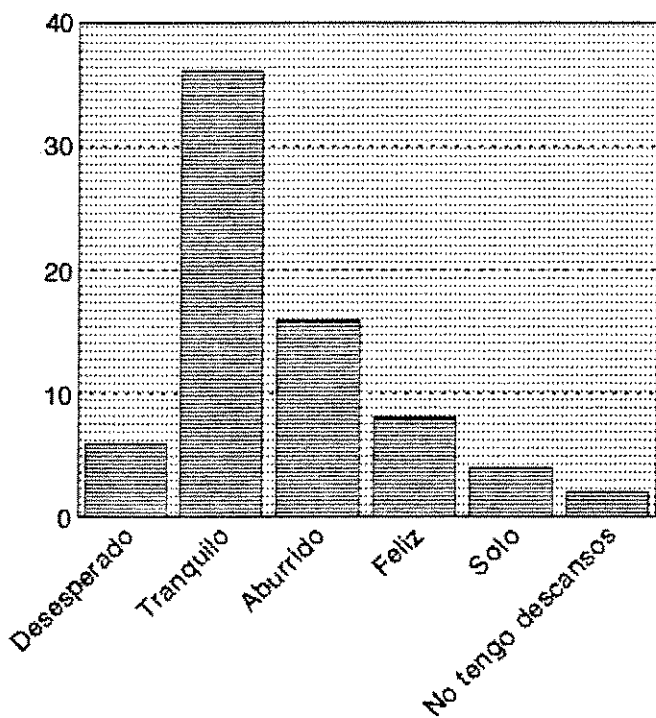
GRAFICA 2

ACTIVIDADES GRATIFICANTES



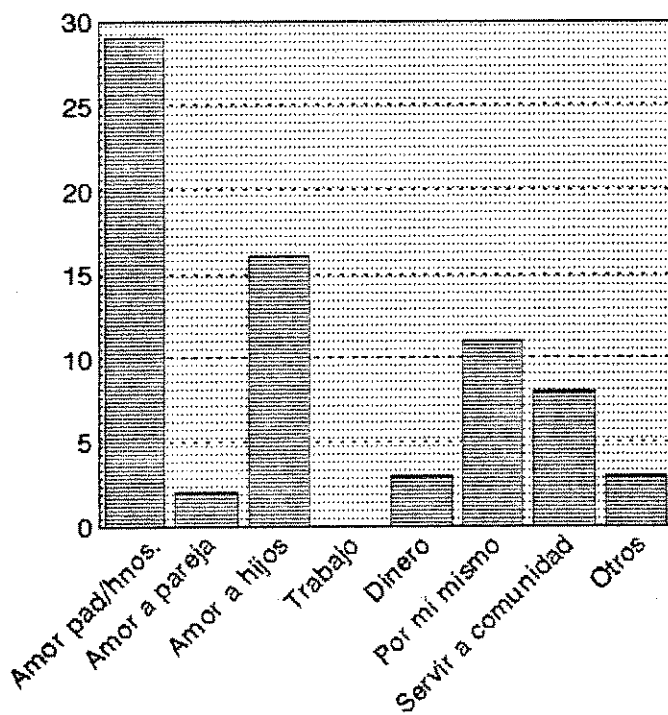
GRAFICA 3

SENTIMIENTOS CUANDO DESCANSA



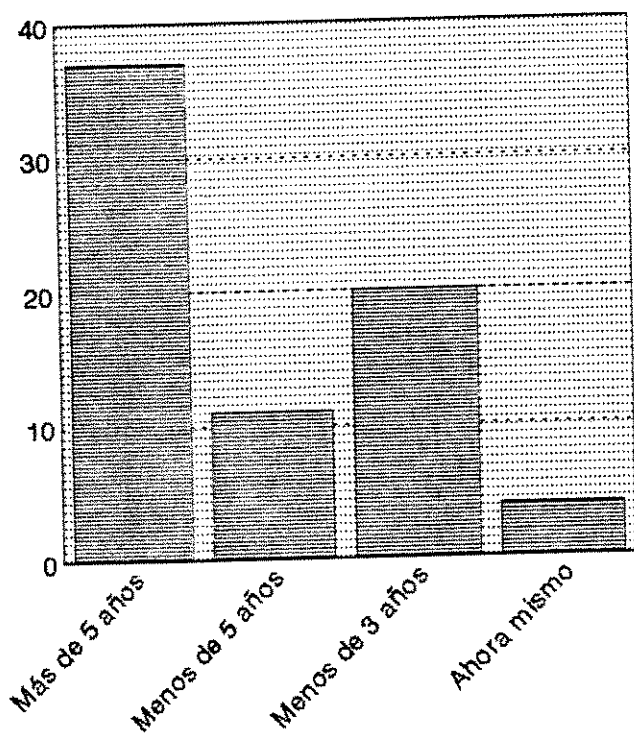
GRAFICA 4

RAZON DE VIVIR



GRAFICA 5

TIEMPO DE CONCIENCIA DE RAZON DE VIVIR



CUESTIONARIO ANONIMO

65

La información que usted proporcione será utilizada en la realización de trabajo preventivo en salud. Gracias por su laboración.

EDAD: _____ SEXO _____ ESTADO CIVIL _____

ETNICIDAD _____ OCUPACION: _____

STRUCCIONES

Encierre sus respuestas en un círculo
No deje preguntas sin contestar

Cuánto se interesa usted por su salud

- a. Mucho
- b. Regular
- c. Poco
- d. Nada

Cree usted que puede hacer algo para mantenerse sano

- a. Sí
- b. No
- c. No sé

Comparte usted la opinión de que: "No es necesario prevenir las enfermedades porque de algo hay que morirse"

- a. Sí
- b. No
- c. No sé

Comparte usted la opinión de que: "La gente se enferma porque se lo merece, pues algo malo hizo para enfermarse"

- a. Sí
- b. No
- c. No sé

Cree usted que la mente puede influir de alguna forma para que su cuerpo se mantenga sano

- a. Sí
- b. No
- c. No sé

Cree usted en una fuerza o ser supremo

- a. Sí
- b. No
- c. No sé

Cree usted que existe para cada persona un destino que no se puede cambiar

- a. Sí
- b. No
- c. No sé

Qué actividades de las que usted realiza a diario, las hace porque le gustan

- a. Trabajo
- b. Convivir con pareja
- c. Convivir con familia
- d. Convivir con amigos
- e. Estudio
- f. Lectura
- g. Deporte
- h. Activ. artist.
- i. Of. Domésticos
- j. Otro

9. Cómo se siente en los días de descanso, cuando deja de hacer las actividades de todos los días.
- Desesperado
 - Tranquilo
 - Aburrido
 - Feliz
 - Solo
 - No tengo descansos
 - Otro _____
10. Tiene por qué vivir
- Sí
 - No
 - No sé
11. Se interesa usted en buscar o en confirmar todos los días el por qué de su vida
- Sí
 - No
 - No sé
12. La razón principal por la cual usted vive es
- Amor a hijos
 - Amor a pareja
 - Amor a padres-hermanos
 - Trabajo
 - Hacer dinero
 - Por mí mismo(a)
 - Servir a la comunidad
 - Otro _____
13. Hace cuánto tiempo se dió cuenta de que esa era su razón de vivir
- Ahora mismo
 - Menos de 3 años
 - Menos de 5 años
 - Más de 5 años

BIBLIOGRAFIA

FRANKL, V., Psicoanálisis y Existencialismo, Edit. Fondo de Cultura Económica, México 1983 2a edic., 343 págs.

FRANKL, V., El hombre en busca de sentido, Edit. Herder, Barcelona, 1992 132 págs.

GREEN, J. y D. Miller, AIDS: The history of Disease, Grafton Books, Londres 1986, 117 págs.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, El médico frente al SIDA, Talleres Gráficos Estrada, Antigua Guatemala 1990, 173 págs.

MILLER, D., Viviendo con SIDA y HIV, Edit. El Manual Moderno, México 1992, 142 pp.

MILLER, D.; Weber, J. y J. Green, Atención de pacientes de SIDA, Edit. El Manual Moderno, México 1990, 248 págs.

ROOT-BERNSTEIN, R., Rethinking AIDS, Free Press, New York 1993, 512 págs.

SEPULVEDA, J., SIDA, Ciencia y Sociedad en México, Edit. Fondo de Cultura Económica, México 1989, 355 págs

TOLEDO, J., SIDA: Actualización de un problema contemporáneo, Edit. de la Universidad Francisco Marroquín, Guatemala 1992, 103 págs.

JAIMES, R y F. Roitstein, ¿Qué sabes del SIDA?, Federación Internacional de Planificación de la Familia Región del Hemisferio Occidental, 1991, 40 págs.

ARAUZO, S.; G. Blanck y G. Bermúdez, "SIDA: aportes conductuales para su prevención" en Revista latinoamericana de psicología, Colombia, Números 1 y 2, Enero de 1992, 169-176.

ARRANZ, P. y R. Bayés, "SIDA y prevención: un enfoque multidisciplinario en Medicina y humanidades", Madrid, Número 4, Julio de 1988, 1326-1335.

BAYES, R., "La prevención del SIDA" en Cuadernos de salud, Madrid, Número 2, Marzo de 1989, 45-55.

BAYES, R., "Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del SIDA", en Revista latinoamericana de psicología, Colombia, Números 1 y 2, Enero de 1992, 35-56.

- * COATES, T., "El modelo de reducción del riesgo del SIDA: una forma de prevención empleada en San Francisco" en IDEM, 17-33.
- * CODONER, L., "La logoterapia: una psicoterapia humanizada" en Metamorfosis, Guatemala, Año 2, Epoca 1, Septiembre de 1987, Escuela de Psicología, USAC, 10-13.
- * SOL DEL RIO, C., "Tratamientos anti-VIH" en Amigos contra el SIDA, México, Número 1, Abril de 1993, 20-23.
- * GALLO, R., "The first human retrovirus" en Scientific American, New York, Número 6, Diciembre de 1986, 88-98.
- * GALLO, R. y L. Montagnier, "AIDS in 1986" en Scientific American, Número 5, Octubre de 1986, 24-33.
- * PIÑA, J., "La prevención del SIDA por medio de la educación sexual: Informar no es educar" en La ciencia y el hombre, México, Número 1, Enero de 1989, 31- 36.
- * PIÑA, J.; Jiménez S., y V. Mondragón, "La relación entre la investigación y el diseño de programas preventivos para el SIDA" en Revista latinoamericana de psicología, Colombia, Números 1 y 2, Enero de 1992, 201-211.
- * PRECIADO, J. y L. Montesinos, "El SIDA: Desafíos para la psicología" en IDEM, 177-187.
- * SABOGAL, F., "Presentación del volumen especial 1992 Psicología y SIDA", en IDEM, 9-12.
- * SOLER, C., "Vacunas anti VIH" en Amigos contra el SIDA, México, Número 1, Abril de 1993, 27-31.
- * Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA, "Informe epidemiológico del SIDA en Guatemala", Guatemala, Enero de 1993.
- * Sexta Conferencia Internacional del SIDA, "Conclusiones y sesión de reportaje sobre asuntos de interés público", San Francisco, Junio de 1990.
- * Schifter, Jacobo, "El Controversial Método Simonton para prevenir el Cáncer y luchar contra esta enfermedad", Costa Rica, ILPES, 1992. 244 pp.

INDICE

Generalidades	1
Introducción.	2
Justificación	3
Descripción de la Institución	4
Marco Teórico	6
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	6
1. Antecedentes del Desarrollo del SIDA	6
2. Agente Etiológico	9
3. Formas de Transmisión	10
4. Sintomatología	11
5. Clasificación de la Infección por VIH	12
6. Enfermedades Oportunistas Asociadas al SIDA	13
7. Detección	15
8. Consecuencias Psicosociales del SIDA	20
A. Implicaciones Emocionales	21
B. Implicaciones Laborales	23
C. Implicaciones Sexuales	24
9. Tratamiento para el SIDA	24
A. Atención de la Ansiedad	28
B. Atención de la Depresión	29
C. Atención de Trastornos Obsesivos	30
D. Método Simonton	31
D. Tratamiento Farmacológico	34
Logoterapia	35
Objetivos	40
Marco Metodológico	42

representación de Resultados	45
Análisis y Discusión de Resultados	49
Conclusiones	56
. Recomendaciones	58
Anexos	60
ibliografía	67

