

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

RASGOS DE PERSONALIDAD MAS FRECUENTES DEL PACIENTE
INFECTADO CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA O
CON EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Informe Final de Investigación
presentado al Honorable Consejo Directivo
de la Escuela de Ciencias Psicológicas

POR

ADA LUCRECIA MEDINA PATZÁN
JOSÉ LUIS JUÁREZ MAYÉN

Previo a optar el título de Psicólogo
En el grado académico de Licenciatura

Guatemala, 25 de Octubre de 1996

1,
f(1022)
C.3

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Abraham Cortez Mejía

DIRECTOR

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce

SECRETARIA

Licenciado Felipe Alberto Soto Rodriguez

REPRESENTANTE CLAUSTRO DE CATEDRATICOS



**ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

Edificio M-5, Cda. Universitaria, zona 12
Tels. 4780790-4, 4780985, ext. 480-1
Directos: 4789902, 4787219, fax. 4789914
GUATEMALA, CENTROAMÉRICA

cc: Control Académico
CIEPs.
archivo

REG. s/n.

CODIPs. 701-96

**DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE
INVESTIGACION**

Octubre 25 de 1996

Señores Estudiantes
Ada Lucrecia Medina Patzán
José Luis Juárez Mayen
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señores Estudiantes

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes, el Punto DECIMO TERCERO (13o.) del Acta TREINTA Y OCHO NOVENTA Y SEIS (38-96) de Consejo Directivo, de fecha 23 de octubre del año en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO TERCERO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "RASGOS DE PERSONALIDAD MAS FRECUENTES DEL PACIENTE INFECTADO CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA O CON EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)", de la Carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

ADA LUCRECIA MEDINA PATZAN

CARNET No. 88-10101

JOSE LUIS JUAREZ MAYEN

CARNET No. 88-18121

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Rosa Pérez de Chavarría y revisado por la Licenciada Mayra Friné Luna de Alvarez.

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."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

Licenciada *Elizabeth Ponce* Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA



/Rosy



CIEPs. 071-96

**ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

Edificio M-5, Cda. Universitaria, zona 12
Tels. 4760780-4, 4760985, ext. 480-1
Directos: 4769902, 4767219, fax. 4769914
GUATEMALA, CENTROAMERICA

Guatemala,
09 de octubre de 1,996.

Universidad de San Car
ESC. CIENCIAS PSICOLÓGICAS
RECIBIDO
9 OCT 1996
[Signature]

LICENCIADA
EDITH RIOS DE MALDONADO, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
EDIFICIO

LICENCIADA RIOS:

Me dirijo a usted para informarle que he procedido a la
revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado:

**"RASGOS DE PERSONALIDAD MAS FRECUENTES DEL PACIENTE INFECTADO CON EL VI
RUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA O CON EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA
ADQUIRIDA (SIDA)".**

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

ELABORADO POR:

CARNE No.

ADA LUCRECIA MEDINA PATZAN
JOSE LUIS JUAREZ MAYEN

86-10101
88-18121

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos
establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología,
emito **DICTAMEN FAVORABLE**, y solicito continuar con los trámites
correspondientes.

Atentamente,

"LE Y ENSEÑAD A TODOS"

[Signature]
LICDA. MAYRA FRINE LUNA DE ALVAREZ
DOCENTE REVISOR



c.c. archivo
Docente Revisor

PROPIEDAD DE... GUATEMALA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS

Edificio M-5, Cda. Universitaria, zona 12
tels. 4760790-4, 4760985, ext. 490-1
telcos: 4788902, 4787219, fax. 4769914
GUATEMALA, CENTROAMERICA

Guatemala, 1 de octubre de 1,996

Licenciada:
Edith Ríos de Maldonado
Coordinadora de CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio: M-5

Licda. Ríos de Maldonado:

Le estoy remitiendo el Informe Final del trabajo de Tesis de Investigación titulado RASGOS DE PERSONALIDAD MAS FRECUENTES DEL PACIENTE INFECTADO CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA O CON EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), presentado por los estudiantes:

ADA LUCRECIA MEDINA PATZAN

Carnet No. 86 10101

JOSE LUIS JUAREZ MAYEN

Carnet No. 88 18121

Previo a optar el título de Psicólogos en en grado de Licenciado, considero que el trabajo llena los requisitos establecidos por el departamento de investigaciones en Psicología y se los remito para que se continúe con los trámites correspondientes.

Atentamente,

ID Y ENSEÑAD A TODOS

Licda. Rosa Pérez de Chavarría
Ps. Col. No. 3452
ASESORA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIOS "M-S, M-3"
CALLE UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS: 760790-94 Y 760985-86
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Acad.
CIEPs.
archivo

REG. s/n-94

CODIPs. 529-94

**DE APROBACION DE PROYECTO Y NOMBRAMIENTO
DE ASESOR**

19 de octubre de 1994

Señores Estudiantes
Ada Lucrecia Medina Patzán
José Luis Juárez Mayén
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señores Estudiantes

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DECIMO OCTAVO (18o.), del Acta TREINTA Y DOS NOVENTA Y CUATRO (32-94), de Consejo Directivo, de fecha 13 de octubre de 1994, que copiado literalmente dice:

"DECIMO OCTAVO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Proyecto de Investigación titulado: "RASGOS DE PERSONALIDAD MAS FRECUENTES DEL PACIENTE INFECTADO CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA O CON EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).", de la carrera: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, presentado por:

ADA LUCRECIA MEDINA PATZAN

CARNET No. 86-10101

JOSÉ LUIS JUÁREZ MAYÉN

CARNET No. 88-18121

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-, resuelve aprobarlo y nombrar como asesor a la Licenciada Rosa Pérez de Chavarría."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS "


Licenciado Abraham Cortez Mejía
SECRETARIO



ACTO QUE DEDICO

- A DIOS :** Padre bueno, fuente de sabiduría en la que he saboreado las más dulces alegrías y consuelo a mis tristezas, la luz que me guía hacia la felicidad.
- A MI PADRE :** HERMINIO MEDINA (Q.E.P.D.)
Quien con sus sabios consejos y cariño supo guiar mis pasos y haber estado siempre a mi lado.
- A MI MADRE :** MARIA URSULA PATZAN
La madre más noble y buena que alguien pueda tener, a quien admiro por ser tan emprendedora y por darme su ternura, apoyo y comprensión.
- A MIS HERMANOS :** Alma, Walter, Lorena, Mario, Edwin, Verónica, José, Mauricio, René, Giovanni (Q.E.P.D.) y Aracely (Q.E.P.D.)
Con todo mi amor y respeto por su apoyo, amor y comprensión.
- A MIS SOBRINOS :** José Alejandro y Lourdes Sucely
Con mucho amor.
- A MIS TIOS :** Marco Tulio y Mary, Rosa María y Enma.
Con cariño y respeto
- A MIS ABUELOS :** Julio, Gabina, Herminio y Guadalupe.
Flores sobre su tumba.
- A MIS PRIMOS :** Lorena, Kevin, Marisol, Gilda y Josué
Con cariño
- A MIS AHIJADOS :** Julio, Miguelina, Jessica y Sheila.
Con cariño.
- A LOS SACERDOTES :** Fr. Amadeo Ruano, Fr. Carlos Castro y Fr. Victor Chacón o.f.m.
Por su apoyo incondicional.
- A MIS AMIGOS :** A todos mis amigos y amigas que han estado a mi lado en los buenos y malos momentos dándome su apoyo y que han llenado de alegría todas las etapas de mi vida, no menciono a nadie en especial porque todos han sido muy especiales.
- A MIS COMPAÑEROS DE PROMOCION :** Francis, Alejandro, Juan Gabriel, Aury, Silvia, Lucky
Por todos los momentos compartidos y su afecto.
- A LA FAMILIA :** Quevedo Chavarria , con respeto y cariño.

ADA LUCRECIA MEDINA PATZAN

ACTO QUE DEDICO

- A DIOS:** Que en todo momento infundió en mí sabiduría, perseverancia, paciencia y fortaleza en los momentos difíciles.
- A MIS PADRES:** Aurelio Juárez Arenales (Q E P D .)
Luisa de Jesús Mayén
Con cariño y respeto por haberme dado el don de la vida.
- A MI ESPOSA:** Elida del Rosario Zuleta García
Con amor por su comprensión y apoyo durante el desarrollo de gran parte de mis estudios que hoy culminan con gran éxito.
- A MIS HERMANOS:** Santiago, Rosaura, Julio Cesar, Gilda Yolanda, Jorge Aurelio, Víctor Manuel, Carlos Enrique, Mario René y Blanca Estela.
Con afecto y que esto sirva de orgullo para ellos y un estímulo para buscar la superación en donde se desempeñen.
- A MIS HIJOS:** Fabiola Alejandra y Franklin Alexander
Por quienes traté de dar lo mejor de mí y que también ellos sacrificaron parte de su niñez por el trabajo.
- A MIS CUÑADAS (os):** Eufemia, Patty, Nilda, Roxana, Edgar, Elfido, José, Nery, Gilmar, Francisco. Con afecto y aprecio.
- A MIS SOBRINOS (as):** Jennifer, Mabel, Valeska, Lorena, Cristian, Roberto, Heidy, Susana, Víctor Manuel, Douglas, Henry, Andrea Estefanny, Iris, Leonel y Vivian
- A MIS SUEGROS:** Juan Pablo Zuleta y Celia García de Zuleta.
- AL Sacerdote:** José Rainieri. Por sus orientaciones y sabiduría.
- A MIS AMIGOS:** Oscar Ramos, David Hueso, Silvia Juárez, Francis, Alejandro Fajardo Mayra de Juárez y todos aquellos que sería difícil enumerar pero que me brindaron su aliento y apoyo incondicional en mi esfuerzo, lo cual les agradezco.
- A LAS FAMILIAS:** Jiménez Figueroa, Paau, Zumeta Monterroso, Bustamante, Arenas, Cerna Vaidez, Martínez Quiñones, Morales, Posadas. Con cariño.
- A LOS HERMANOS DE:** Cursillos de Cristiandad.

JOSÉ LUIS JUÁREZ MAYÉN

AGRADECIMIENTO

Presentamos en primer lugar este agradecimiento al Director de APAES/SOLIDARIDAD Sr. Mario Andrade López y el coordinador del Programa Educativo Sr. Cesar Galindo quienes en todo momento confiaron en nosotros y nos brindaron todo su apoyo moral y el uso de las instalaciones y equipo de la Institución para que el trabajo se desarrollara. Asimismo a los Licenciados en Nutrición Víctor Alfonso Mayén y Bernardo Molina quienes sirvieron de medio para introducirnos con los pacientes, a la vez al grupo de colaboradores de la Asociación, Oscar Morales, José Mérida y Sra. Vidalia Gutiérrez.

A la Licda. Mayra Luna de Alvarez quien dirigió con su acertada profesionalidad la revisión de todo el proceso de la investigación quien además siempre nos motivó para que el trabajo saliera de la mejor forma posible. Agradecemos también a la Licda Rosa Pérez de Chavarría por el asesoramiento del trabajo y por su entusiasmo expresado en todo momento.

A todos nuestros catedráticos de la Escuela de Ciencias Psicológicas quienes infundieron en nosotros los conocimientos necesarios para formarnos como Psicólogos, especialmente a nuestra supervisora de Práctica Licda Carmen Molina de Rímola quien con su experiencia en el que hacer psicológico reforzó nuestros conocimientos.

Agradecemos también a la Licda Edith Rios de Maldonado Coordinadora del Centro de Investigaciones de la Escuela de Ciencias Psicológicas el empeño puesto en la revisión final del informe.

DEDICACION ESPECIAL...

Este trabajo esta dedicado a los miles de personas infectadas de SIDA, pero en especial a aquellas que participaron en este estudio porque su amor a la vida y su esfuerzo por sobre llevar la enfermedad nos motiva a continuar trabajando con otras personas infectadas y ayudar a que no se sigan infectando otras. Finalmente rendimos un acto póstumo a aquellos pacientes que nos abandonaron y que se nos adelantaron en el camino de la vida y que su partir dejó huellas profundas en nuestro corazón, pero su memoria está presente en nosotros por la fortaleza demostrada ante los embates de la enfermedad y por quienes pedimos un minuto de silencio elevando una oración al Creador.

EL SIDA ES RESPONSABILIDAD DE TODOS Y QUIENES LO PADECEN SON SERES HUMANOS COMO NOSOTROS QUE NO DESEAN RECHAZO SINO COMPRENSIÓN.

MADRINA DE GRADUACIÓN

Licenciada Carmen Molina de Rímola

PRESENTACIÓN

El presente informe final de tesis titulado: "RASGOS DE PERSONALIDAD MAS FRECUENTES DEL PACIENTE INFECTADO CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O CON EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)", es fruto de la investigación de campo realizada en la Asociación de Prevención y Ayuda a Enfermos de SIDA (APAES/SOLIDARIDAD), ya que gracias a su personal y a la colaboración de un grupo de pacientes que asisten al programa de Apoyo y consulta nutricional de la Asociación, quienes fueron la parte fundamental de la investigación.

Es así como en el estudio encontraran los aspectos fundamentales sobre los rasgos de personalidad más frecuentes obtenidos con la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) a 20 pacientes y de los resultados de la psicoterapia de apoyo que fue aplicada a los mismos, y los que en su mayoría se encontraban en la segunda y tercera etapas del proceso de la enfermedad; asimismo se presentan las bases teórico-prácticas que sustentaron nuestra investigación, esperando que sea un aporte para estudios posteriores, que sobre el tema se realicen.

PRÓLOGO

El informe final de Tesis desarrollado, es producto de la investigación de campo realizada en la Asociación de Prevención y Ayuda a Enfermos de SIDA, (APAES/SOLIDARIDAD), siendo la única institución en Guatemala que tiene un programa de apoyo para pacientes, la que nos abrió las puertas para recabar la información y trabajar con un grupo de personas que padecen VIH/SIDA, esto, porque tocamos varias puertas para que nos dieran su apoyo en la investigación, lo que no fue posible, dándonos un sin fin de excusas, incluso en el Programa Nacional del SIDA (P.N.S.) nos sugirieron cambiar de tema, exponiéndonos que este tipo de investigación no era factible por preservar el anonimato y la confidencialidad de los pacientes, y así varias instituciones privadas que dicen atender a estas personas se negaron en darnos la oportunidad.

Esto en cierto sentido nos hizo pensar en la posibilidad de cambiar de tema, pero al fin de tanta búsqueda y por algunas referencias, llegamos a APAES, en donde el Director Administrativo Sr. Mario Andrade y el Coordinador del Programa Educativo Sr. César Galindo fueron abiertos, manifestándonos su total conveniencia para realizar la investigación, en sus instalaciones, siendo así como establecimos el compromiso de brindar apoyo emocional a las personas que atienden.

Al comenzar nuestra labor, elaboramos el formato de la Historia Clínica ya que el mismo no existía, con el objetivo de registrar la información básica de los pacientes, e inscribirlos al Programa de Apoyo Psicológico, el que tampoco existía, porque solo estaban dos compañeras que realizaban una investigación de campo, pero hacían las visitas en la casa de algunos pacientes; además de hacer uso del mismo carnet del Programa de Nutrición que usaban para llevar el control de citas.

Se inició el trabajo con los pacientes que nos iba refiriendo el Nutricionista Lic. Víctor Alfonso Mayén, quien los motivaba a pasar a la clínica de atención psicológica. Al principio se manifestaron algunas resistencias en los pacientes, las que son normales a su situación de VIH/SIDA como por ejemplo: la confidencialidad que se debe mantener, el no permitir que se involucren más personas en su problemática, el rechazo social y familiar del que son víctimas y además el nombrarles la expresión "Psicólogo" significa para la mayoría locura y otra serie de

prejuicios que existen en las personas sobre la psicología. Con esto se aprovechó de explicarles a los pacientes a grandes rasgos lo que significa la ciencia Psicológica.

Manifestamos que al principio sentimos mucha incertidumbre, porque esperábamos encontrarnos con personas deterioradas físicamente, pero nos dimos cuenta, que son personas como cualquier otra, que por un infortunio son víctimas de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o que han desarrollado el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Además, llegamos con algunos prejuicios en cuanto al tipo de personas con las que debíamos trabajar como: (homosexuales, trabajadores (as) del sexo, drogadictos, etc.). Pero al tener la oportunidad de sostener las entrevistas con ellos estos prejuicios fueron desapareciendo y tomamos confianza en el trabajo y con las personas entrevistadas.

A lo largo de la investigación encontramos algunos problemas como: la resistencia en varios pacientes al trabajo psicológico, porque consideramos que se cierran a toda persona que inquiera sobre ciertas situaciones de su vida, además el proceso fue muy lento porque algunos pacientes VIH/SIDA, llegaban a sus consultas de control Nutricional, cada mes o cada dos meses y algunos se ausentaron, por diversas situaciones; esto nos imposibilitó tener entrevistas más profundas y no poder trabajar una muestra más amplia; el horario de atención era también incomodo porque empezaba a las cinco de la tarde y concluía a las ocho o nueve de la noche; por lo que algunas personas argumentaban que era muy tarde para quedarse a las entrevistas por el problema del transporte ; a la vez nuestro espacio físico era extremadamente reducido. Sin embargo, la investigación se desarrolló quizá no en su totalidad, pero se logró tener adecuados resultados en un porcentaje satisfactorio.

Logramos en nuestro trabajo, obtener algunas experiencias de los pacientes VIH/SIDA, aprendiendo que existe en ellos a pesar del diagnóstico positivo, la esperanza de vida, el aferrarse algún ideal; que encuentran formas y medios de mantener un adecuado nivel de salud tanto física como emocional, que han superado la etapa de negación, quedando por delante aún puntos en su vida por los cuales poder convivir con el VIH sin tomar una actitud fatalista; que son capaces de llorar pero también reír, siendo así que algunos pueden llevar una vida normal con algunos altibajos. Así también que a pesar del rechazo tanto social como familiar, no existe en ellos el rencor hacia la persona que los infectó, algunos muestran la tendencia de aislarse del mundo que los circunda, manifiestan tristeza, abatimiento especialmente cuando

hay un hogar que sostener o parejas que tienen un niño infectado por el VIH, además de no tener la mayoría de veces los recursos económicos para subsistir, por la pérdida del trabajo debido al precario estado de salud que presentan. Además aprendimos de nuestros pacientes que algunos han afrontado la enfermedad de una forma positiva ya que brindan apoyo moral a otros compañeros más débiles y existen familias solidarias con la situación de su paciente, dándole apoyo afectivo, logrando así estrechar los vínculos de amor y solidaridad.

Ante esta situación podemos encontrar que nuestro estudio tiene su justificación, en primer lugar porque logramos tener una relación directa con las personas VIH +/SIDA o en estado terminal las que fueron pocas, observando con toda su crudeza hasta dónde los puede deteriorar tanto física como emocionalmente la enfermedad.

En segundo lugar este tipo de estudios a nivel psicológico, son escasos en el país por el temor que existe aún entre profesionales de una posible infección con el virus. El lograr además tener un mínimo perfil de su estado emocional y con esto poder aportar conocimientos a otros profesionales de la Psicología que deseen profundizar sobre el tema. También por el tiempo que nos llevó realizar la investigación de campo, porque en algún momento perdimos la motivación y pensamos que quizá no se podría terminar el trabajo por las asistencias tan largas que tienen los pacientes.

Los beneficios obtenidos en forma personal fueron: el superar la incertidumbre, los prejuicios y el ser aceptados por las personas VIH/SIDA, el aprender a ser más humanos ante el sufrimiento ajeno.

A nivel profesional se abrió el espacio y se continua abriendo el mismo para la Psicología, porque como profesionales en este campo se nos debe tomar en cuenta en el abordamiento de pacientes con este problema, y los psicólogos, debemos jugar un papel fundamental en el proceso salud-enfermedad de las personas afectadas.

Decimos que se continua abriendo el espacio para la psicología, porque el programa de atención a los pacientes está recibiendo apoyo del Director de la Institución, incluso el espacio físico para realizar nuestro trabajo ha mejorado y se desea ampliar para que el paciente reciba el apoyo Psicológico, tenga un ambiente adecuado en donde poder expresar sus temores y angustias de una forma franca y abierta.

Las personas objeto de nuestro estudio se beneficiaron al encontrar profesionales de la Psicología con los cuales lograron descargar el stress emocional que los afectaba, el que en algún momento es más influyente que el nivel o estado físico de la enfermedad, y con el apoyo psicoterapéutico brindado mejoraron su estado de salud mental para enfrentar de mejor forma las crisis que les puedan sobrevenir en el futuro.

Para desarrollar nuestra investigación formulamos los siguientes propósitos:

- ◆ Ampliar y profundizar la información referente al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) , desde una perspectiva Psicológica, destacando la importancia de la Psicoterapia como método alternativo de tratamiento.

Para cumplir este objetivo general fórmulamos también los siguientes objetivos específicos:

- Determinar los rasgos de personalidad más frecuentes que presenta el paciente VIH/SIDA.
- Conocer el estado emocional y anímico del paciente VIH/SIDA para orientarlo y abordarlo con las técnicas psicoterapéuticas adecuadas.
- Poder brindar el soporte emocional al paciente VIH/SIDA, tratando de minimizar el deterioro físico, psíquico y social de la enfermedad. Estos objetivos se lograron cumplir a pesar de los obstáculos con los que nos encontramos.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La salud-enfermedad es una realidad concreta que se presenta en individuos y grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales, producto de sus condiciones de trabajo y vida. Este proceso se analiza desde tres niveles, los que se plantean así:

El primer nivel, es aquel en el que la enfermedad se presenta en un organismo determinado y para resolver el problema de salud que lo afecta se requiere del concurso de la medicina y ciencias afines (biología, bacteriología, fisiología, anatomía etc.). Este nivel encuentra su ubicación en el modelo que considera un solo tipo de causas de la enfermedad, ya que el interés radica en eliminar el o los agentes patógenos, físicos, químicos o mecánicos que ocasionan la alteración de las funciones "normales" del organismo. En este nivel de análisis e interpretación de la enfermedad y la consecuente práctica es el de la medicina curativa que busca la reincorporación de las personas a las actividades que desempeñaban antes de enfermarse.

En el segundo nivel el individuo ya no se considera en forma aislada, sino como parte de una comunidad que tiene características socioeconómicas y culturales, y está expuesto a determinados riesgos de enfermar. Aquí se adopta un modelo multicausal y se deja sentir el nivel de comprensión de la enfermedad como algo social en cuanto que se consideran variables que hacen mención de aspectos sociales, pero que no permiten una comprensión profunda del verdadero significado de lo social. Este es el modelo de la historia natural de la enfermedad, rebasando el modelo unicausal en la búsqueda de las causas de la enfermedad, pero este es un enfoque ahistórico y mecanicista que no permite establecer una jerarquía entre los factores sociales y físicos, sino sólo señalar relaciones externas e inmediatas entre los fenómenos.

El tercer nivel busca conocer las causas fundamentales de la enfermedad, la esperanza de vida y muerte; y el acceso real a los servicios médicos en los seres humanos, no vistos en forma abstracta, sino como seres históricos que pertenecen a grupos sociales que trabajan y

viven de determinada manera, resultado de la forma en que se estructura y organiza la sociedad para producir y reproducirse.

En Guatemala las condiciones sociales imperantes, han contribuido a que este proceso de salud-enfermedad sea más determinante en relación al riesgo de enfermarse de las personas. Esto porque los niveles de pobreza y escasa educación se encuentran relacionados a este proceso, los cuales en nuestro país son aspectos que caracterizan a una inmensa mayoría de la población, contribuyendo a que muchas personas tengan alto riesgo de ser víctimas de una enfermedad. Además en nuestro medio las mismas condiciones sociales injustas de parte de ciertos grupos de poder, hacen que la gran mayoría de conciudadanos tengan poco acceso a los servicios de salud privados, siendo una minoría la que puede pagar los servicios médicos y los servicios de salud públicos existentes son deficientes. Es así como enfermedades gastrointestinales y respiratorias, son las causas más comunes de mortalidad infantil. En adolescentes y adultos, prevalecen las enfermedades de transmisión sexual (ETS), de las que los datos estadísticos son bastante altos, esto asociado siempre a las condiciones sociales, especialmente relacionadas a la falta de una adecuada educación sexual en todos los niveles enfáticamente dirigida a la población joven.

“Enfermedades como la gonorrea, sífilis, chancroide, herpes simple, papilomatosis y escabiosis, fueron encontradas en ciento cuarenta y tres niños de la calle investigados en (CODETS), 1991”.¹

Las enfermedades de transmisión sexual son muy comunes en nuestro medio en niños, jóvenes y adultos, siendo estas enfermedades un factor de riesgo más propicio para que las personas sean infectadas con el VIH y que el virus pueda entrar fácilmente al organismo, y que en determinado momento llegue a desarrollar SIDA.

“ En Guatemala, se conoce que en el año de 1984, apareció el primer caso de

¹ Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. (editor Dr. Marco Vinicio Flores, trimestral, Guatemala. Oct-Dic. 1992) Pag. 48

SIDA, y a la fecha se han acumulado un fuerte número de casos de personas infectadas con el virus y que han desarrollado SIDA”²

A este tipo de enfermedad de reciente aparición en nuestro país, no se le ha afrontado con energía y sólo el concurso de algunas organizaciones u O.N.Gs, y que en cierta medida no cuentan con los recursos suficientes para prevenir a la población, comenzando con el Programa Nacional del SIDA, el que es ineficiente ya que a nivel de gobierno es casi nada lo que se ha hecho, y por las condiciones socioeconómicas de nuestra gente, el SIDA, es una de las enfermedades de la cual no se han estimado los alcances que tiene tanto en la actualidad como para el futuro de la humanidad, esto quiere decir que será necesario invertir grandes sumas de dinero para paliar la enfermedad y por eso debemos conocer que el VIH/SIDA, es la combinación de entidades patológicas que representan los más frustrantes problemas de salud contemporáneos que están tomando lugar prominente en producir enfermedad y muerte en el mundo, siendo para nuestra civilización un rudo golpe y un gran reto para el sofisticado conocimiento científico de esta época, por su aparición en un tiempo de grandes avances técnicos y científicos. Debido además a que el VIH/SIDA tiene unas vías tan rápidas y efectivas para la propagación y difusión de un lugar a otro, siendo también muy ocultas, facilitadas y masivas.

Ambos, la infección por el VIH/SIDA, son entidades relativamente nuevas que han aparecido sorpresivamente, tomando a los científicos sin preparación para afrontarlas, incluso cuando la ciencia tiene gran desarrollo en estas áreas. Estas son multifáséticas, incurables, teniendo un crecimiento de progresión geométrica frente a la impotencia de los actuales recursos para combatirlos. Nadie puede afirmar que el VIH no existe, este es visible bajo los lentes de un microscopio y sus efectos están abundantemente demostrados por los miles de personas con SIDA en el mundo. Las infecciones por el VIH y el SIDA, han comenzado a ser

² Luz Aída Pérez, y Rosalinda González Tesis, Conocimientos y Prácticas de riesgo del Adolescente en relación al SIDA. (Guatemala USAC Psi, 1992) Pag. 26

líderes en el campo de la patología, debido a su gran morbi-mortalidad. Han atraído el interés de la ciencia mundial, porque juntas han logrado reclutar millones de víctimas en sus filas, han matado muchos miles y por supuesto están provocando el gasto de grandes sumas de dinero. La ciencia indica que ambos problemas han ganado ya inmensas cantidades de víctimas creciendo en cifras pandémicas a nivel mundial, como una clara amenaza para el género humano. El hecho es que si no se establecen medidas más enérgicas, o algo efectivo es descubierto o desarrollado para curarlos, o bien si los hechos siguen invariablemente, la tendencia actual, enfáticamente manifestada por las estadísticas, bien podríamos estar frente al inicio del aniquilamiento de nuestra sociedad, porque se considera que para el año 2000 podrían estar infectadas cuarenta millones de personas en el mundo. Ante esta perspectiva de los alcances de la infección VIH/SIDA presentamos las bases teóricas que sustentan la investigación realizada.

1. MARCO TEORICO

1.1 INFECCIÓN CON VIH

“Seropositivo es un término utilizado en forma general como sinónimo de “infectado por VIH”, “portador de VIH” o “portador asintomático del VIH”. Un Seropositivo es aquella persona que fue sometida a pruebas de detección del VIH y éstas resultaron positivas. Este término se deriva de la prueba suero y positivo. Un Seropositivo no presenta sintomatología, puede desarrollar una actividad normal, pudiendo vivir varios años sin desarrollar SIDA, con un pronóstico variable.”³

Además personas infectadas con el VIH, desarrollan SIDA, después de ocho años. “El VIH (virus de Inmunodeficiencia Humana), no es un solo virus, sino una familia de muchos virus similares; el VIH 1, se encuentra en la mayoría de países del mundo. El VIH 2, se ha detectado principalmente en Africa Occidental. El VIH debilita el sistema inmunológico, destruyendo los glóbulos blancos, los que producen sustancias químicas llamadas anticuerpos, que permiten al organismo mantenerlo saludable. Entre menos cantidad de glóbulos blancos tenemos en nuestro cuerpo, más enfermedades nos atacaran, el VIH, ataca también en forma directa las células cerebrales y el sistema nervioso, provocando problemas mentales y de coordinación motora.”⁴

El diagnóstico del VIH no es posible solamente con pruebas de laboratorio, por muy intensas que sean, sino solo por el médico a través de continuas entrevistas con el paciente y después de someterle a exploraciones corporales. Eventualmente también será necesario

³ Dr. Carlos del Río Chiriboga. Guía para Enfermeras de atención a pacientes VIH/SIDA. (México Conasida 1992) Pag. 4

⁴ Gill Gordon y Tony Klouda, Hablando de SIDA. (New York, Fed. Inter. De Planif. De la familia 1990) Pag. 5

asegurarse del diagnóstico, mediante los pertinentes análisis de sangre. Apenas si habrá otra enfermedad como esta cuya aclaración y tratamiento exijan un contacto tan estrecho entre los distintos especialistas. El diagnóstico de la enfermedad y el conocimiento exacto del estado en que la misma se encuentra, son los pasos necesarios para la elaboración de un tratamiento, que en casi todos los casos resultará más o menos posible. El Test de anticuerpos del VIH, poco puede aportar al diagnóstico por sí solo. Si es positivo no significa que el paciente tenga SIDA. En principio lo único que está claro, es que el sujeto ha entrado en contacto con el virus, es decir que está infectado. **“Una vez, que el enfermo de su consentimiento, después de haber sido aconsejado, el médico que le trate ordenará que se haga el Test de anticuerpos de VIH y otros análisis de sangre, entre los que se encuentran un hemograma con el estudio microscópico de glóbulos blancos, una sedimentación de sangre, un análisis de valoración hepática y renal de la albúmina de la sangre, eventualmente un análisis de las células efectoras T y las células represoras T”**.⁵

A una persona no se le puede hacer la prueba del VIH sin que dé su aprobación. También antes de que se le haga la prueba la persona tiene que ser orientada sobre la posibles consecuencias de que su prueba resulte positiva o negativa y así lograr que si es positiva, el impacto sea lo menos doloroso posible. Esto se hace a través de la consejería pre y post prueba, por una persona entrenada en tal aspecto.

“ Una vez que es conocido el resultado positivo de las pruebas muchos pacientes caen en un estado de abatimiento y depresión, que se mantiene semanas y meses, otros tienen tendencias al suicidio. Los trastornos del sueño, los lloros, la inapetencia y sobre todo el alejamiento de todo contacto social , pueden ser las consecuencias inmediatas”.⁶

Para que una persona pueda infectarse con el VIH, solo es posible de las siguientes cuatro maneras, ya que el VIH no puede entrar al cuerpo a través del aire, como ocurre con el sarampión, sino solo a través de

⁵ Hanz Jagger El SIDA Una Guía Actual ,(España, Everest, 1988) Pag. 48

⁶ Gill Gordon y Tony Klouda Op. Cit. Pag. 52.

- Una transfusión de sangre infectada, como el caso reciente donde fue infectada una señora en el Hospital Juan José Arevalo Bermejo, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) de la zona 6.
 - Una madre infectada puede llegar a infectar a su hijo por nacer, lo que sucede en el embarazo, en el parto o al amamantarlo, a este tipo de infección se le llama también vertical.
 - A través de sangre infectada depositada en agujas, jeringas u otros instrumentos. Esto pasa como en el caso de personas que se inyectan drogas, como también con algún instrumental de uso médico no esterilizado, el que pudieron haber usado con personas infectadas.
 - Por último teniendo relaciones sexuales, por la vía anal, vaginal, u oral con una persona infectada, lo que sucede de la siguiente manera los tejidos del recto y de la vagina pueden desgarrarse o irritarse durante una relación sexual, permitiendo el intercambio de sangre, semen o fluidos vaginales. Por otra parte, el virus puede entrar por el orificio de la uretra, o por cualquier corte o abrasión que haya en el pene. Se sabe que la sangre y el semen contienen la concentración más alta de VIH. Las secreciones vaginales contienen una cantidad del virus más baja que la sangre o el semen. Suele suceder que cuando una persona está infectada con el VIH pasa por ciertas etapas hasta desarrollar SIDA o llegar a la fase terminal del proceso. Pero antes de llegar a la fase terminal la persona infectada pasa por las siguientes etapas o fases
- ⇒ PRIMERA ETAPA : Durante la etapa de la infección, algunos individuos padecen una enfermedad de corta duración similar a la fiebre glandular (mononucleosis febril, dolores musculares y sensación de malestar general). En algunas personas esta etapa pasa desapercibida.

⇒ SEGUNDA ETAPA : En esta etapa la mayoría de las personas recobran la salud sin mostrar signos de la enfermedad durante muchos años, esta es la llamada etapa asintomática, sin embargo, el VIH se encuentra presente dentro del cuerpo ; la persona así puede estar infectando a otros sin saberlo. Tres meses después, aproximadamente, la mayoría de los individuos infectados con el VIH, su organismo produce anticuerpos contra el virus, pero estos anticuerpos no son capaces de matar al VIH, debido a que este se oculta dentro de los glóbulos blancos. El análisis de sangre detecta los anticuerpos contra el VIH, no al virus en si, porque para detectar el VIH en si se necesita de la prueba confirmatoria llamada el Test WESTER BLOT

⇒ TERCERA ETAPA A esta etapa se le conoce como ARC (complejo relacionado con el SIDA) la cual consiste en la linfadenopatía o inflamación de los ganglios linfáticos. También aparecen infecciones oportunistas cuyos síntomas incluyen cansancio, diarrea incontrolable de más de un mes de duración, pérdida de más de un diez por ciento del peso corporal, fiebres y sudoración nocturna. Puede haber infecciones por hongos de la boca, PGL, esplenomegalia.

La mayor parte de los pacientes evaluados se encontraron en la segunda y tercera etapas de la enfermedad, esto debido que la primera etapa pasa desapercibida generalmente en las personas infectadas. Observamos que el mayor número de pacientes se encontraban asintomáticos y una regular cantidad en tercera fase que ya presentaban algunas infecciones oportunistas. Además a algunos ya no los vimos porque se encontraban en la fase terminal.

1.2 SIDA

“El SIDA es una enfermedad”⁷ El término enfermedad, se usa de una forma sencilla para referirse al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el que de una forma básica no es una enfermedad, sino un conjunto de setenta o más condiciones, que aparecen como resultado del daño al sistema inmunológico y a otras partes del cuerpo, el que es producido por una infección del VIH ; al referirnos al concepto de Síndrome, diremos que es un conjunto de diversos síntomas, infecciones y condiciones de una enfermedad.

“El término SIDA, se refiere estrictamente hablando, al estado final y mortal de la infección por VIH, llamado también “estado terminal”.⁸

De manera popular se ha dado en decir que una persona tiene SIDA, a aquella a la que se le ha resultado positiva la prueba del VIH y que no presenta ningún síntoma , o que en todo caso presentó algunos síntomas, pero estos desaparecieron, siguiendo así una vida “normal”. Esto lo decimos porque la mayoría de nuestra gente no sabe que el proceso de la enfermedad pasa por varias etapas hasta llegar al SIDA.

Además encontramos la definición que da el Centro de Diagnóstico de enfermedades de Estados Unidos (CDC) **“EL SIDA es una enfermedad provocada por el virus VIH, que afecta a personas menores de 60 años ; que lleva consigo una deficiencia de la inmunidad celular y que se caracteriza por infecciones oportunistas y/o sarcomas de Kaposi. A partir de septiembre de 1987 se incluye también en la fórmula, una fuerte degradación física, trastornos cerebrales y determinadas formas de tuberculosis como datos oficiales que completan el cuadro del SIDA”.**⁹

Es de hacer notar que aquí en Guatemala, se han reportado casos en los que las personas afectadas son mayores de 60 años, estos en un porcentaje mínimo, lo que se podría

⁷ Renee Sabatier SIDA y Tercer Mundo. (México. O.M.S. 1993) Pag. 1.

⁸ Loc. Cit.

⁹ Hanz Jagger Op. Cit. Pag. 54.

explicar, porque la libido de estas personas tiende a disminuir y por lo tanto la actividad sexual es menos frecuente, además de ser a esta edad que la persona sea menos promiscua. Además “La O.M.S. y el CDC agregan una quinta etapa denominada “Demencia por SIDA” : Esto porque el VIH puede atravesar la barrera hematoencefálica, la cual normalmente no deja filtrar las sustancias de la sangre que pueden dañar al cerebro. Una vez que el virus ha pasado esta barrera y que de hecho lo hace, puede destruir ciertas células del cerebro, causando síntomas de pérdida de memoria, confusión, deterioro del proceso del pensamiento, comportamiento inapropiado, cambio de personalidad, senilidad prematura e incontinencia”.¹⁰

Tanto Gill Gordon como Tony Klouda hacen diferencia entre los signos que presenta el paciente que padece SIDA, describiéndolos de la siguiente manera

1.3 SIGNOS CLINICOS PRINCIPALES

“Dentro de estos se encuentran : pérdida de peso mayor al 10 por ciento del peso total del cuerpo, fiebre por más de un mes, fatiga severa persistente.

SIGNOS MENORES : Tos por más de un mes, irritaciones y erupciones en la piel, úlceras en todo el cuerpo, puntos blancos en boca y garganta, inflamación de glándulas en dos o más sitios por más de tres meses”.¹¹

Hanz Jagger, además nos dice :“En algunos pacientes se desarrolla en la retina una infección de megalocitosis que si no se trata a tiempo, puede conducir a la ceguera ; además este autor refiere que se manifiesta un debilitamiento de los nervios en las personas con SIDA, este debilitamiento provoca demencia, es decir un idiotismo progresivo que ha sido comparado acertadamente con la enfermedad de Alzheimer”.¹²

Esta enfermedad consiste en la prematura aparición de una reducción de la capacidad

¹⁰ Renee Sabatier. Op. Cit. Pag. 7

¹¹ Hanz Jagger. Op. Cit. Pag. 51

¹² Ibid. Pag. 53

intelectual, lo que puede dar lugar a situaciones tales como . que el paciente no sepa como llevarse la cuchara a la boca.

Teniendo ya conceptualmente claro lo que significa VIH/SIDA pasaremos a ver la historia del desarrollo del SIDA tanto a nivel mundial como los aspectos que caracterizan a nuestro país.

1.4 HISTORIA DEL DESARROLLO DEL SIDA

“Importante antecedente lo constituye la creencia de que la aparición del VIH, en humanos, podría señalarse tan tempranamente como al inicio de la década de los años 50. Afirmación basada principalmente en estudios de genealogías para virus. Se cree también que fue en el año de 1958, que surgieron evidencias de que la presencia del VIH apareció en el centro de Africa. Tanto la infección con el VIH como el SIDA, pudieron haberse originado en Africa hace aproximadamente 32 años, pasando desapercibidamente y alcanzando en poco tiempo carácter endémico “. ¹³

Países como Burundi, Rwanda, Tanzania, Uganda, Zaire y Zambia han sido bautizados como: “Cinturón del SIDA”, que demarca a esta región como una forma de mayor comprensión de como el SIDA se ha distribuido en esta parte de Africa y por que ha tenido posiblemente y sigue teniendo el mayor número de casos de personas reportadas con ese problema en todo el mundo, y se cree, que desde el continente Africano, se extendió la infección hacia todo el planeta, fundamentándose esa aseveración en lo siguiente La aparición del VIH y el SIDA en Haití, está fundamentada en que cuando en el Congo Belga, pasó a llamarse Zaire, un grupo de haitianos, se dirigió a vivir a este país por cerca de 15 años. Posteriormente emigraron a Europa, otros a los Estados Unidos y otros más a reasentarse a

¹³ José Rodolfo Toledo Lorenzana SIDA. Actualización de un Problema Contemporáneo (Guatemala, AGAYC 1992) Pag. 4

Haití, se supone que algunas personas de estas pudieron haber adquirido la infección en Zaire, transportándola con ellos a ambos continentes, Europa y América, casi simultáneamente, dando lugar al inicio de un contagio por el VIH, en gran escala.

“Se ha señalado repetidamente, 1976 y 1979, como los años en que el VIH pudo haber arribado a Haití . Un grupo de científicos encontró en 1979, en Estados Unidos, los primeros casos de personas padeciendo complejo relacionado al SIDA (CRS)”. ¹⁴

Existe una teoría que indica la posibilidad que soldados cubanos que combatieron en Angola (Africa), en 1977 pudieron haber contraído allí la infección por el VIH, llevándola con ellos a su país. Después de esto se cree que por la cercanía que existe entre Cuba y Haití, el VIH, pudo ser trasladado a este país, donde comenzó a infectar nuevas víctimas.

Existe alguna evidencia que entre los años 1977 y 1978, el gobierno cubano envió por barco a los Estados Unidos, un numeroso grupo de cubanos, compuesto por personas homosexuales masculinos, así como excombatientes que estuvieron en Angola, los que fueron contagiados mientras estaban en ese país ; luego estos a su vez pudieron trasladarlo a Cuba. No obstante existe un argumento que de alguna manera niega esta posibilidad, el que consiste en que no existía en Cuba ninguna evidencia de infección por el VIH, como tampoco de SIDA, esto a su vez niega la posibilidad de la transportación del VIH a Cuba a Haití.

Por otra parte se ha tratado de explicar la irradiación del VIH de Africa a Europa, diciendo que habitantes de Zaire y Chad viajaron a vivir a Bélgica y Francia, sin haber tenido ningún tipo de relación con personas de Haití y Estados Unidos, implicándolos en consecuencia, como potenciales transportadores del VIH a Europa, ya que posteriormente el VIH comenzó a aparecer en personas francesas de piel blanca.

En 1981 fueron diagnosticados los primeros nueve casos de SIDA en Francia, lo que incluía individuos que nunca habían tenido ningún contacto con personas de Haití y Estados Unidos, pero que en todo caso, habían vivido y viajando ampliamente por Africa central ; en el mismo año, el SIDA, comenzó a manifestarse en forma epidémica en Europa.

¹⁴ *Ibid.* Pag. 6

Aunque muchas suposiciones, teorías y argumentos han sido planteados por el VIH, nadie conoce aún su exacta procedencia, quedando todo en meras especulaciones y misterio, lo cual hace en consecuencia que se necesite más investigación al respecto.

“A nivel centroamericano los casos de SIDA reportados hasta finales de 1993, según el doctor Roberto Calderón, asesor interpaís en SIDA, para centroamerica y la República Dominicana, de la organización panamericana de salud (OPS) fueron : Belice 82 casos, Guatemala 520 casos, Honduras 2,865, El Salvador 514, Nicaragua 51, Costa Rica 566, Panamá 605, con un total acumulativo de 5,142 ; América Central ha registrado 1808 defunciones por SIDA a marzo de 1994”.¹⁵

Además Eduardo P. Villatoro, en un artículo de Prensa Libre nos dice: “En Guatemala, cada cuatro horas una persona se contagia de la mortal enfermedad, habiendo más de 33,000 infectados asintomáticos en el país”.¹⁶

“De acuerdo con los reportes consignados al mes de noviembre de 1993, habían en Guatemala, 476 enfermos de SIDA, lo que significa que hay 33,320 infectados que no presentan síntomas aparentes, toda vez que la relación es de 1 : 70 es decir, por cada caso de SIDA registrado, se encuentran 70 personas infectadas, la mayoría de ellos ignorándolo, aunque algunos son reportados siendo los que ocupan un lugar en los datos estadísticos”¹⁷

A principios de 1992 existían solamente 11 casos de SIDA, de los cuales fueron 10 hombres. Un año después en enero de 1993 el número aumentó en un 400% y la relación fue de 3 : 1 o sea una mujer por tres varones, pero en agosto de ese mismo año, la relación fue de 2.6 : 1 y el informe correspondiente a noviembre pasado reporta un número mayor de mujeres sobrepasando la de los hombres : 21 personas del sexo femenino por 20 del masculino, a lo anterior se agrega el hecho que la mayoría de esas mujeres infectadas son asintomáticas, es decir no muestran síntomas de estar infectadas.

¹⁵ Margarita Pacay, Artículo Desfile (Guatemala, Prensa Libre, julio de 1994) Pag. 41

¹⁶ Eduardo P. Villatoro. OPINIONES. (Guatemala, Prensa Libre, abril de 1994) Pag. 11

¹⁷ Ibid. Pag. 11

En el diario la República del mes de abril de 1994, en su artículo, Ramón Hernández, habla de cifras más altas que las anteriores, sobre las personas infectas con el VIH o SIDA :

“Según las informaciones reveladas por la Asociación de Prevención y Control del SIDA (AGPCS), que brinda atención médica a personas enfermas o infectadas, revela que 50 mil personas en el país podrían estar infectadas con el virus, cifras que afirman son manejadas por la Organización Mundial de la Salud.(OMS)”.¹⁸

“La versión gubernamental a través del programa nacional de prevención y control del SIDA, habla de 1132 casos de los cuales 500 son casos de SIDA y 632 son portadores asintomáticos. Estos datos oficiales según se afirma no son reales, ya que Salud Pública perdió el control sobre el número de casos, y la AGPCS, afirma que muchos médicos “esconden los casos”, o se ocultan las informaciones, lo que genera desconfianza entre los médicos, quienes desde esa fecha ya no presentaron la información exacta, además hay muchos médicos que trabajan en hospitales privados que jamás reportan a sus pacientes, por lo que el Ministerio de Salud Pública no tiene “un dato real del número de casos, porque es algo difícil que ellos lo comprueben”.

¹⁹

Luego del esbozo histórico del desarrollo del VIH/SIDA a nivel mundial observaremos a que grupo de personas ha afectado el VIH/SIDA , pero antes de eso planteamos algunos aspectos que son determinantes o precipitantes para que la infección con el VIH (virus de inmunodeficiencia humana) afecte a esos grupos, o que en todo caso existan personas inocentes que han adquirido el virus

Uno de los factores principales que encontramos se refiere a la escasa educación sexual, la que en muchos casos también es deficiente, porque estamos informados de aspectos sobre sexualidad, pero la sola información no es suficiente, ya que educación sexual supone un cambio de actitudes en la forma de afrontar la propia sexualidad, el saber controlar la libido

¹⁸ Ramón Hernández, SALUD, (Guatemala, Diario La República, abril, 1994) Pag. 38

¹⁹ Ibid Pag. 38

sexual, aprender a detenerse cuando las cosas van más allá de la simple satisfacción personal, etc. Además cuando una persona no está educada sexualmente tiende a la promiscuidad, la que se entiende como el comportamiento de hombres y mujeres que tienen varias parejas con las que sostienen relaciones sexogenitales, pero en el hombre es más evidente por factores culturales como : que si no se llega a poseer o tener varias mujeres, no se es hombre ; así también cuando el hombre pierde el interés por su pareja, o ésta ha perdido parte de su atractivo físico por los embarazos o la edad, el hombre la reemplaza por otra mujer que le haga sentir o despertar el placer sexual .

Por la misma promiscuidad sexual o cambio de pareja, tanto en persona heterosexuales, homosexuales o bisexuales, se han manifestado muchos casos de infección con el VIH, los que con el tiempo se van multiplicando, porque una persona promiscua infectada con el VIH sin saberlo, puede infectar a la esposa o a otra pareja sexual, esto aunado a un posible embarazo, en el que el niño tiene un 60% de probabilidades de adquirir el virus por parte de la madre.

Otro aspecto por el que se puede producir una infección de VIH, es por medio de una violación sexual, de la cual pueden ser víctimas incluso niños (pedofilia) o el incesto, el que se da por parte de los padres hacia los hijos. A este respecto, de violaciones sexuales en contra de niños, recientemente se conoce en nuestro país el caso de una niña que fue infectada con el VIH por esta causa, y así suceden muchos casos que se desconocen, porque las personas no han tenido el valor de denunciarlos, pero que son una realidad. Esto sin descontar las violaciones o abusos sexuales a hombres y mujeres en las diferentes etapas de su vida.

Todos estos factores en cierto sentido son efectos de la inestabilidad social y familiar de muchas sociedades, incluida la nuestra, lo que en algunos casos predisponen a conductas riesgosas. También dentro de la inestabilidad familiar encontramos a las familias incompletas por divorcio de los padres, familias numerosas en las que los padres son incapaces de orientar a sus hijos porque ambos salen a trabajar, dejando a los hijos a su propia suerte, a la vez padres que van a trabajar al exterior, quedando los hijos al cuidado de la madre, la que en muchos casos se ve imposibilitada de orientarlos adecuadamente.

Dentro de la inestabilidad social que conlleva a conductas riesgosas encontramos : Problemas como la drogadicción, el alcoholismo, la prostitución, paternidad irresponsable, escasez de programas de educación sexual, falta de programas serios a nivel gubernamental de

prevención de la infección con el VIH, programas televisados especialmente por cable, que presentan dentro de su programación películas o videos que denigran el verdadero sentido de la sexualidad, instando en forma abierta a jóvenes a que practiquen el libertinaje sexual, además de tener la tendencia de presentar la infidelidad matrimonial como algo natural.

Es así como entramos a analizar algunos grupos afectados por infección VIH/SIDA, no quiere decir esto, que el llamado mal del siglo les afecte solo a ellos, sino que ningún ser humano en cualquier parte del mundo puede tener la seguridad que al realizar contactos sexuales no va a infectarse. El SIDA nos afecta a todos cada vez en mayor medida, aún cuando nosotros mismos no tengamos la enfermedad, pero es evidente, que hasta ahora el SIDA, viene incidiendo mayormente sobre determinados grupos de población y se ha cobrado los mayores tributos dentro de esos "colectivos indicadores", así encontramos a .

- **HOMOSEXUALES MASCULINOS**: Se considera que el comportamiento homosexual, no es sino una variante de lo normal, es decir, una manera de entender la sexualidad igualmente válida ; no es una enfermedad. No hay cifras exactas de la cantidad de homosexuales que existen. " Kinsey, el famoso sexólogo americano, considera que un 8% aproximadamente de la población tiene tendencia a mantener relaciones homosexuales duraderas. A nivel mundial, los homosexuales masculinos han sido castigados por el SIDA, con mucha más frecuencia que el resto de las personas, en Estados Unidos el 67% de los enfermos afectados por el SIDA son homosexuales masculinos. En Alemania son el 76%". ²⁰

En Guatemala, según los casos registrados por el Programa Nacional del SIDA, hasta noviembre de 1995 los homosexuales infectados con VIH son 161 y 123 que

²⁰ Citado por Hans Jagger, Op. Cit. pag.20

han desarrollado SIDA, siendo este grupo el que ocupa en la lista el segundo lugar entre los grupos afectados en el país. Todas las tentativas de explicar estas altas tasas de incidencia en los homosexuales masculinos han resultado meras especulaciones. Pero se ha logrado constatar que otras enfermedades distintas al SIDA se dan más frecuentemente entre éstos, que entre los heterosexuales, entre ellas se encuentran: las diarreas ocasionadas por amebas, el síndrome de Gay-mens Bowl, el que es un trastorno funcional del intestino, que suele ser siempre doloroso y que se manifiesta dentro de las minorías homosexuales. Y también hay más gonorrea, sífilis y más extendida la malaria, son más frecuentes las infecciones de macrocitos. Es posible que al tratar de combatir muchas de esas infecciones el sistema autodefensivo del cuerpo ya estuviera debilitado en los homosexuales masculinos antes de extenderse el VIH. Otros dos factores más bien de tipo mecánico entran en función, como el número de parejas disponibles. Muchos invertidos masculinos, tienen más compañeros sexuales que los heterosexuales de la misma edad. Otro factor son las relaciones anales, ya que la recepción de esperma por vía anal es la forma de contacto sexual más peligrosa y la que tiene más probabilidades de contagio, de esto no se exceptúan las relaciones anales heterosexuales.

- **DROGADICTOS**: “La infección del VIH en los drogadictos proviene tanto del uso indiscriminado de utensilios usados, como de los contactos sexuales. Es de gran trascendencia tener los conocimientos precisos sobre las infecciones que pueden producir los utensilios de aplicación de la droga, porque ni las prostitutas, ni los hombres bisexuales son los principales transmisores de la enfermedad entre la población heterosexual, como suele suponerse, sino los drogadictos masculinos”.²¹ El actual índice de infección entre drogadictos alcanza

²¹ Loc. Cit.

el 50% aproximadamente en New York y ese valor es casi el mismo en Berlín Occidental . En Guatemala los datos recabados de infección por VIH en drogadictos por el Programa Nacional del SIDA, llega a 9 y 10 casos que han desarrollado SIDA. También para esos grupos es válida la teoría que probablemente, un debilitamiento del sistema inmunológico antes de la infección del VIH, ha abonado el terreno para el contagio. Algunos medicamentos derivados del opio, como la heroína pueden por sí mismos conducir a un deterioro de dicho sistema inmunológico.

- **TRANSFUSIONES DE SANGRE :** “ Cerca del 1 o 2 % de los enfermos de SIDA, es decir, una parte relativamente pequeña se ha contagiado por transfusiones de sangre, en tales casos el donante de sangre padecía una infección del VIH, el virus que en la sangre conservada se mantiene vivo mucho tiempo fue transmitido por el donante a su desconocido receptor. No siempre la transfusión de sangre infectada conduce indefectiblemente a un contagio, y la donación de sangre por supuesto no puede infectar nunca. Actualmente es obligatorio someter la sangre en conserva a las pruebas de SIDA, lo que ha reducido aún más el riesgo, ya de por sí muy pequeño anteriormente, de suerte que la probabilidad de contagiarse del VIH en una transfusión de sangre es inferior a 1 contra 10,000”. ²² En Guatemala casos detectados hasta noviembre de 1995, según la doctora Elma Villatoro de Araji, del programa Nacional del SIDA, que presentan infección por transfusión sanguínea son 15 casos de VIH y 14 casos que han desarrollado SIDA. En cuanto a este aspecto se considera que un cierto riesgo existe siempre, por dos razones : primero , porque el donante pudo haber contraído la infección poco antes de hacer

²² Hanz Jagger Op. Cit. Pag. 25

la donación por lo que el Test de anticuerpos del VIH no indica nada, ya que se necesitan de por lo menos 6 a 8 semanas a partir del momento de la infección para que reaccione. La segunda razón es que cuando se necesita urgentemente sangre fresca para una transfusión, no hay tiempo suficiente para esperar los resultados del Test.

- **HEMOFILICOS** : La enfermedad radica en la falta de un factor de coagulación de la sangre, "El índice de enfermos hemofílicos es de uno por 10,000 habitantes. La hemofilia se caracteriza por una mayor o menor tendencia a tener hemorragias, en función de la densidad de deficiencia de factores. En relación con esas transfusiones se han dado casos de transmisión del VIH, en mayor o menor medida, según los países, especialmente por la utilización de concentrados, que no han sido tratados al calor y que ha menudo, han sido obtenidos a partir de la sangre de varios miles de donantes ; al igual que en los homosexuales masculinos y en los drogadictos, en los hemofílicos, sobre todo en aquellos que necesitan muchos concentrados, se ha podido comprobar una disminución de las propias defensas inmunológicas del cuerpo antes de sufrir una infección del VIH". ²³

El total de infecciones VIH/SIDA de hemofílicos en nuestro país hasta noviembre de 1995, según el Programa Nacional del SIDA, es de 9 casos de personas infectadas y 4 que han desarrollado SIDA.

- **MUJERES** : "Mientras en Europa y en USA un 10% del conjunto de enfermos suele ser del sexo femenino, en Africa la proporción está muy

²³ Ibid. Pag. 26

igualada. A las mujeres les afecta el SIDA de una forma muy especial. No es extraño que el proceso de la enfermedad sea más intenso y más rápido. También en el ámbito social se presentan otros problemas distintos a los de los hombres: Suelen estar motivados por el papel que las mujeres afectadas desempeñan como madres solas al cuidado de sus hijos. Muchas enfermas de SIDA, están inmersas en el mundo de la droga o se encuentran a su alrededor. La problemática del embarazo, la adopción y la curaduría se da con frecuencia. Además las mujeres tienen que luchar con el oprobio o el estigma: "El SIDA es una enfermedad de los hombres". Además la degradación del aspecto externo, que va aparejada al proceso de la enfermedad, el cual suele ser más difícil de soportar por las mujeres que por los hombres"²⁴

Las mujeres jóvenes entre los catorce y veinte años corren más peligros que las mujeres entre treinta y cuarenta, lo que se debe al carácter frecuentemente experimental que presenta el desarrollo de los contactos sexuales. Pero también tiene una base científica: La menstruación anovulatoria, es decir irregulares y la combinación de las secreciones vagina y útero, el llamado medio vaginal, favorecen la transmisión del virus en esas edades, por tanto, se impone tener especial cuidado en las relaciones sexuales. Además en cierto número de mujeres se da la prostitución, aunque la terminología no es tan exacta debido a que el termino prostitución, engloba tanto al sexo femenino como al masculino y consideramos que el hombre es quien más se prostituye, ya que éste, tiende desde los inicios de su actividad sexogenital a tener varias relaciones con diferentes mujeres o tener relaciones homosexuales. Por lo cual se considera que el adjetivo correcto para denominar a las mujeres que se dedican a la prostitución debe ser "trabajadoras del

²⁴ Ibid. Pag. 28

sexo”, porque éstas ofrecen sus atributos sexuales a cambio de dinero. Existe también el trabajador del sexo masculino el que desempeña su trabajo en lugar específicos para esto, el que se dá especialmente con mujeres de estatus socioeconómico alto, existe también la variante del trabajador del sexo masculino que presta sus servicios como la parte activa de una relación homosexual.

“Pero, siempre que surge un fenómeno humano inexplicable y misterioso, todos los tiros van dirigidos, indefectiblemente hacia las trabajadoras del sexo, oficio este tan antiguo “o como decimos popularmente buscamos a quien echarle el muerto” . Los casos de infección en el ámbito de las trabajadoras del sexo son menos de lo que se esperaba”. ²⁵ En Guatemala desconocemos o no existen datos fidedignos del número de trabajadoras del sexo infectadas, quizá debido a cierto proteccionismo hacia su trabajo o como medio de no atemorizar a la clientela, como también se sabe de algunas trabajadoras del sexo infectadas, las que cambian de lugar cuando se les detecta como portadoras del virus. Con las trabajadoras del sexo se han tomado algunas medidas de prevención donándoles preservativos o condones.

“ En USA, una mujer infectada del VIH trajo mellizos al mundo, uno de los niños estaba infectado, el otro estaba sano. Esto pone en evidencia las muchas cuestiones y problemas que se suscitan cuando una mujer portadora del VIH descubre que está embarazada”. ²⁶

En Guatemala, según el Programa Nacional del SIDA los casos de infección madre-feto hasta 1995 eran 15 y 9 que habían desarrollado SIDA.

²⁵ Ibid. Pag. 36

²⁶ Ibid. Pag. 29

“Cerca de un 60% de recién nacidos, cuyas madres están infectadas del VIH, ya son seropositivos al nacer. En el seno de la familia un niño solo puede contagiarse durante el embarazo y acaso también al ser amamantado por la madre.

Un contagio directo a través del padre o de algún primo hermano es prácticamente imposible, realmente no todos los lactantes portadores de anticuerpos del VIH, están verdaderamente infectados, así como en los adultos la detección de anticuerpos se considera ya como señal de que hay infección, en los lactantes puede tratarse de la denominada transmisión pasiva de anticuerpos a través de la madre es decir, que el organismo materno, no ha infectado al hijo con el virus, sino que únicamente, ha proporcionado al recién nacido los anticuerpos que además le servirán de protección contra otras enfermedades infecciosas”.²⁷

“Numerosas pruebas realizadas en recién nacidos portadores de anticuerpos del VIH, han puesto de manifiesto que en esos casos durante el primer año de vida, el Test casi siempre dá negativo”.²⁸ A nivel de lo que hemos logrado investigar, aquí en Guatemala, se ha detectado que este aspecto no se dá en un cien por ciento.

“Aproximadamente de 1 a 2% de los enfermos son los niños ; indicios clínicos de la enfermedad en el niño, pueden ser : Inflammaciones de las glándulas salivales, del oído, las dilataciones del hígado y bazo, las infecciones del tejido pulmonar y sobre todo los trastornos del desarrollo”.²⁹ Estos niños no se desarrollan lo mismo que los que tienen su misma edad y están sanos, el peso y la estatura son menores en comparación con los de estos últimos, lo que más llama la atención es la falta de ciertas funciones neurológicas, como el desarrollo de los reflejos. Los datos según el Programa Nacional del SIDA, para noviembre de 1995 son los siguientes : Niños de 0 a cuatro años 17 infectados y que han desarrollado SIDA 15 ;

²⁷ *Ibid.* Pag. 28

²⁸ *Ibid.* Pag. 30

²⁹ *Ibid.* Pag. 34

niños de 5 a 9 años existen 2 que tienen la infección y 1 que ya desarrolló SIDA y niños de 10 a 14 años 4 con infección VIH y 2 con SIDA.

- **RECLUSOS** : La convivencia en espacios reducidos y la profusión de conflictos sociales hacen que los centros penitenciarios estén predestinados, teóricamente a ser foco de infección de SIDA y de las enfermedades que se hallan en la antesala del SIDA, aun cuando en ese aspecto no exista una estadística fiable. En Guatemala según investigamos no se lleva un control epidemiológico con reclusos y por lo tanto no existen datos acerca de la infección con VIH.
- **PERSONAL DE HOSPITALES** : Cuando en 1982, en New York, ingresaron en los hospitales los primeros casos de SIDA, no era nada raro que las enfermeras dejaran las bandejas disimuladamente y a toda prisa delante de la habitación de una paciente de SIDA y que se retiraran por miedo al contagio. El conocimiento de las vías de contagio y lo que ya se sabe sobre el VIH, ha hecho posible entre tanto que cuantos trabajan en hospitales y consultas médicas de todo el mundo traten a los enfermos de SIDA, con la misma profesionalidad que a los demás enfermos, pero no todas las veces esto sucede, porque aún existen prejuicios entre los profesionales de salud en cuanto a la enfermedad. En Guatemala en los hospitales nacionales Roosevelt y San Juan de Dios, así como en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social son ingresados algunos pacientes en fase terminal y que son referidos por las clínicas especializadas en VIH/SIDA, del país, siendo atendidos en estas instituciones en forma normal, tal y como se tratan otras enfermedades tomando siempre las precauciones universales. Las infecciones entre personal médico y paramédico han sido menos frecuentes de lo que se creía, por consiguiente el riesgo de infectarse uno mismo al tratar con infectados del VIH es muy poco. Aunque si bien es cierto que la infección por VIH, en personal médico y paramédico ha sido poco frecuente, existen una serie de precauciones que dicho personal debe tomar, independientemente del tipo de diagnóstico o paciente del que se trate. Dentro de

estas medidas se encuentran las precauciones universales y específicas, las que veremos a continuación :

“PRECAUCIONES UNIVERSALES:

- **Lavarse las manos:** siempre antes y después de tener contacto con los pacientes.
- **Uso de bata:** Las batas así como otro tipo de protección (delantales o ropa impermeable) deberán usarse cuando exista la posibilidad de contaminarse la ropa con líquidos de alto riesgo como sangre.
- **Máscara o lentes:** deberán usarse siempre y cuando exista la posibilidad de salpicaduras.
- **Precauciones para prevenir heridas punzocortantes:** las agujas y otros instrumentos cortantes deberán ser desechados en recipientes no perforables.

Estos métodos de control de infecciones tienen por objeto:

1.- Reducir la transmisión de microorganismos de un paciente a otro por las manos del personal de salud.

2.- Proteger al personal de salud que trabaja con pacientes expuestos a agentes infecciosos transmisibles mediante contacto directo con sangre y secreciones.

Las heces, orina, secreción nasal, esputo y vómitos se incluyen cuando estén contaminados con sangre visible. La saliva se considera infectante sólo en cirugía dental o en otros procedimientos de odontología donde es muy probable que se encuentre mezclada con sangre. Otro tipo de situaciones donde se aplican las precauciones universales son las siguientes:

- a.- En los procedimientos invasivos como los quirúrgicos (cirugía mayor o menor, partos, cesáreas), en los consultorios médicos y clínicas donde se realicen cirugías menores o procedimientos como biopsias y punciones lumbares.
- b.- En los servicios de imagen dónde se realicen estudios invasivos de gabinete como la angiografía o cateterismo cardíaco.
- c.- Además estas medidas se deben tomar en las autopsias y en la atención de un accidentado.

PRECAUCIONES ESPECIFICAS:

Además de las precauciones universales se deben instituir medidas de aislamiento específico de tipo respiratorio para los pacientes que posiblemente presenten una infección cuya transmisión sea por vía respiratoria (tuberculosis y sarampión), así como precauciones entéricas en todo paciente en el que se sospecha una infección transmisible por materia fecal (Hepatitis "A", cólera y shigerosis).

PRECAUCIONES EN PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS

En el área de quirófano: se debe lavar todo el equipo y el instrumental utilizado en el transoperatorio. Los instrumentos se lavarán con agua y jabón. Después se desinfectarán con hipoclorito de sodio al 5% diluido 1:10 por inmersión durante 30 minutos, luego se esterilizarán en forma rutinaria.

PRECAUCIONES PARA LA CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN:

- 1.- Durante la recepción del equipo, este debe llegar limpio, desinfectado y seco.
- 2.- El personal encargado de la preparación del equipo para su esterilización debe manejarlo con guantes para evitar la contaminación. Estas medidas también se deben tomar en los servicios de odontología, en las unidades de hemodiálisis. Los equipos no deberán ser utilizados en más de un paciente, además al personal adscrito a esta unidad se le aplicará la vacuna contra la Hepatitis "B" como parte de las medidas de control de infecciones. En los laboratorios clínicos las muestras se etiquetarán como "potencialmente contaminantes", independientemente del diagnóstico del paciente. Con toda muestra de laboratorio etiquetada o no, se deberán seguir las precauciones anteriores. Las precauciones para el manejo de piezas anatomopatológicas es que las muestras serán enviadas a patología en recipientes de paredes rígidas y envueltas en bolsas impermeables, marcadas con una etiqueta que diga: potencialmente contaminado".³⁰

³⁰ Carlos del Río Chiriboga. Op. Cit. Págs. 38-47

A pesar de las precauciones que deben tomar tanto el personal médico como paramédico, en sus distintas actividades con los pacientes, instrumental y manejo de muestras, se realizó en Guatemala en los hospitales Roosevelt y San Juan de Dios un estudio llamado "EXPOSICIÓN DEL MÉDICO Y DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA A ENFERMEDADES TRANSMISIBLES A TRAVÉS DE ACCIDENTES OCUPACIONALES CON OBJETOS PUNZOCORTANTES"³¹ y del cual se llegó a las siguientes conclusiones: "La cantidad de lesiones que padeció el grupo de médicos residentes durante el año previo, fue mayor que la padecida por estudiantes de medicina. Más de un tercio de las lesiones descritas ocurrieron cuando se realizaban "actividades de asistencia", tales como retapar agujas, ensamblar o desensamblar equipo, etc. Este tipo de lesiones fue más frecuentemente citado por estudiantes de medicina y por los encuestados de sexo femenino. El 1.4% de la población encuestada de la población encuestada se expuso percutáneamente a sangre de pacientes de alto riesgo, al ocurrir la lesión más recientemente durante el mes previo al estudio.

El inapropiado uso de guantes durante la lesión descrita fue similar o mayor a lo observado en otros estudios, particularmente en las áreas de pediatría. El número de lesiones ocurridas en personal que no había trabajado durante la jornada nocturna previa. Menos de un 10% reportó las lesiones contaminadas ocurridas. Solamente un 12.4% de la población encuestada ha recibido inmunización contra hepatitis "B". Casi una cuarta parte de la población encuestada dijo no desear someterse a pruebas serológicas para VIH y/o VHB. Se concluye con que es necesario vigilar epidemiológicamente este tipo de lesiones, y capacitar constantemente al personal para evitar la transmisión percutánea de enfermedades".³²

³¹ Enríquez F, Ramírez C. *Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala* (Guatemala, mayo-agosto 1993) Pag. 21-27

³² *Ibid.* Pag. 28

Del estudio presentado anteriormente se desprende que a pesar de la información que el personal médico, paramédico y estudiantes de medicina, debe tener en la toma de medidas preventivas tanto en laboratorios, necropsias, operaciones, etc., en muchos casos no se ponen en práctica o no se toman en cuenta estas medidas de bioseguridad tanto para el paciente como para dicho personal, dándose casos en los que se han comprobado infecciones con VIH u otro tipo de virus poniéndose en riesgo la vida de seres humanos.

Pero ante estos aspectos de precauciones universales y específicas que se deben observar al tratar con pacientes VIH/SIDA evitando una posible infección por esta vía debemos observar con el VIH/SIDA no afecta solo la parte física del paciente sino que alrededor del problema se crean problemas psicosociales en los que se ven envueltos tanto la familia y amigos del paciente, así veremos el impacto que estos puntos rodean al problema

1.-5 ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL SIDA.

“Ya en 1982 en el departamento de Psiquiatría del Memorial Sloan Kettering Cáncer Centers, de New York, se desarrollaron los primeros programas de investigación, sobre la situación psicosocial de los pacientes de SIDA, investigaciones que pronto fueron promocionadas estatalmente. Al mismo tiempo se constató un rápido aumento de la demanda de asesoramiento psiquiátrico por parte de médicos, pacientes y enfermeras”.³³

Como ya se ha visto el SIDA trae consigo, ya desde el umbral de la enfermedad, una serie de importantes problemas psicosociales mucho más graves comparativamente que los que lleva aparejado el diagnóstico de otras enfermedades mortales. Una enfermedad que suele ser mortal en muchos casos, que además es contagiosa y que no es concebible separada de un estilo de vida, es terreno propicio para que se convierta en un mito, más acentuado aún, por la ignorancia que existe a tal respecto en amplias zonas.

³³ Hanz Jagger Op. Cit. Pag. 83

La relación entre sexualidad y muerte, suscita sentimientos muy profundos, no solo entre los directamente afectados. Pero el sentimiento de culpabilidad, no es precisamente lo más adecuado para contribuir a la superación de la enfermedad de manera positiva. Del largo tiempo de contagio, se derivan inseguridades y aislamiento ; miedos y depresión aparecen ya en una fase en que aún no se ha iniciado la aparición de la enfermedad física, ya que enfermar y morir a los cuarenta años que es la edad límite según las estadísticas, resulta mucho más difícil de aceptar por lo imprevisible que a los setenta u ochenta años ; pero por si eso fuera poco resulta que muchas veces la decrepitud física, afecta a pacientes especialmente inclinados a mantener un atractivo físico muy pronunciado. La posibilidad de contagiar a otras personas, aún cuando eso no sea factible a nivel de contactos sociales, aumenta aún más el aislamiento.

Cuando un afectado conoce su diagnóstico de VIH o SIDA, es frecuente advertir entre los parientes un doble rechazo, lo contrario que en el caso de la leucemia, que induce a un mayor estrechamiento de los lazos familiares. El doble rechazo de familiares está relacionado aparte de lo propio del SIDA, al conocimiento de esta enfermedad considerada como propia de homosexuales, prostitutas, drogadictos lo cual no es cierto, porque este es un conocimiento equivocado ya que el SIDA puede afectarnos a todos.

“Durham, Jerry D. y colaboradores mencionan que muchas personas afectadas por el SIDA, están alejadas de su familia natural, debido a sus estilos de vida ; además no pueden casarse legalmente con las personas que eligen por su preferencia sexual, por lo tanto las necesidades sociales y emocionales que usualmente son satisfechas por la familia, lo son por los seres queridos, con los mismos estilos de vida”.³⁴

La mayoría de las investigaciones coinciden en que las personas no infectadas rechazan a los enfermos del SIDA, sus actitudes se manifiestan negativas hacia él, dando por resultado que estos perciban que son marginados, lo que podría manifestarse en sentimientos de culpa,

³⁴ Luz Aída Pérez y Rosalinda González, Op. Cit. Pag. 31

terror, preocupación, ansiedad, además de estar conciente que en cualquier momento podría agravar y morir; es entonces donde posiblemente empezará a cuestionarse acerca de los aspectos de su vida, además si la enfermedad ya está en su etapa terminal el individuo podría mostrar ira, abatimiento, depresión y aceptación.

“Algunas características del SIDA, se encuentran por debajo de esta reacción dramática la que causa terror y discriminación y convierte las consecuencias sociales y emocionales del SIDA, en ocasiones más deteriorantes que la misma enfermedad física”³⁵.

Es de hacer notar que el ambiente familiar del paciente infectado con VIH/SIDA, puede tener características conflictivas para él, ya sea que la familia esté enterada del diagnóstico, en muchos casos rechaza al paciente o en todo caso lo puede aislar de las relaciones sociales, también la interrelación familiar se ve afectada por el temor al contagio. Además el paciente puede percibir o interpretar cualquier actitud de los familiares como un rechazo. En casos más extremos el paciente tiene que abandonar el hogar, debido a la presencia de los síntomas del SIDA o a la actitud de familiares que lo obligan a buscar un lugar donde refugiarse y pasar ahí los últimos años de su vida. A este respecto encontramos con los pacientes que atendimos, que algunos han sido rechazados por sus familiares y que fueron expulsados de su hogar, en otros casos se aísla al paciente y se le trata despectivamente, aunque hubo casos en los que la familia les acogió y les cuida.

Así también, socialmente el enfermo VIH/SIDA es rechazado, ya que así como la homosexualidad y la prostitución son puntos que no son aceptados, la enfermedad del SIDA lo es aún menos, porque si hay personas que se enteran en el ambiente laboral y escolar de alguna persona infectada con VIH evitarán cualquier contacto con ella, negándole la participación en distintas actividades, aunado también a esto, si el paciente labora o está estudiando se trata de cesarlo laboralmente o expulsarlo del ambiente escolar, con la idea que con esto se evitará un contagio hacia los demás.

³⁵ Ibid. Pag. 32

Sabemos que el paciente infectado con el VIH/SIDA esta constituido por el aspecto fisico y psíquico los que no pueden ser independientes uno del otro, además la parte psíquica también se ve afectada por los efectos traumáticos de orden fisico, esto dentro del marco de un ambiente social (trabajo, escuela, amigos, etc.). Debemos saber que la estructura psíquica de cada individuo está conformada por rasgos, siendo este conjunto de rasgos los que determinan la personalidad.

1.6 PERSONALIDAD

Algunos científicos han estudiado la personalidad, desde el punto de vista psicológico y han dividido la estructura de la misma en etapas o estadios, uno de ellos es Erick Erickson, psicólogo norteamericano, que ve la formación de la personalidad desde una perspectiva social, dando suma importancia al ego social del ser humano.

Según Erick Erickson "La personalidad se va formando conforme el individuo, atraviesa por ocho etapas en el transcurso de la vida, en cada nueva etapa hay que enfrentarse a un conflicto y resolverlo, existe una manera positiva y otra negativa para resolverlo, la resolución positiva conduce a interacciones saludables entre la persona, las demás personas y el medio. La resolución negativa se traduce en una mala adaptación: desconfianza, vergüenza, sentimientos de culpa, sentimientos de inferioridad, confusión del papel que se va a desempeñar, fijación del pensamiento de uno mismo y desesperación".³⁶

Las primeras cuatro etapas descritas por Erickson, son parecidas a las descritas por Freud, pero se diferencian de ellas debido a que Erickson las enfoca hacia otros aspectos físicos y personales, subrayando en todo momento, la adaptación positiva que se da en las descritas por él, agregando además otras cuatro etapas, debido a que considera que la

³⁶ Linda L. Davidoff. Introducción a la Psicología (2a. edición, México, McGraw Hill. 1984) Pag. 421.

22

personalidad no se queda estática en las primeras cuatro etapas de la vida, sino que sigue evolucionando a lo largo de la estancia en este mundo, asegura también, que el medio ambiente donde el ser humano se desenvuelve es determinante en la adquisición de rasgos, que van a depender del ajuste que el individuo haya realizado en cada una de las etapas de su vida.

En el caso específico de nuestros pacientes es notorio que el medio ambiente es un factor determinante en su estado emocional, porque los aspectos psicosociales del SIDA influyen para que los rasgos de personalidad se alteren, debido a varias causas entre las que se encuentran: el desprecio y no aceptación de la familia, los amigos, la misma sociedad, la pareja, etc. Lo anterior no deja de tener su influencia en el paciente porque las mismas alteran en un momento dado la personalidad, y la respuesta a los estresores.

Existen diferentes teorías acerca de la personalidad y una de ellas es la teoría de los rasgos, la que considera que los patrones característicos del comportamiento, pensamiento y sentimiento son el resultado de los rasgos del individuo y son todos estos los que determinan en un momento dado la manera de enfrentar el estrés.

Dentro de las diferentes definiciones acerca de rasgos de personalidad, se encuentra la que da, Dorsch: "Es el modo de ser individual, es el conjunto de todos los procesos y propiedades psíquicas de un hombre que se manifiestan de modo mediato o inmediato"³⁷

Consideramos que al hablar de rasgos de personalidad, estamos expresando actitudes, o disposiciones, en cuanto a sentimientos, pensamientos, emociones, estado de ánimo, que cada individuo puede manifestar en su relación con los demás, en los pacientes VIH/SIDA se observó específicamente que son muy vulnerables sentimental y afectivamente, ya que muchas veces actúan de una forma muy reservada, así también los rasgos de personalidad marcan diferencias únicas en cada individuo; un factor concreto fácil de observar de la personalidad es

³⁷ Friedrich Dorsch Diccionario de Psicología (4a. edición, Barcelona, editorial Herder 1981) Pag. 7

aquel que se muestra en su temperamento, motivación, adaptación, habilidades y valores. Particularmente el paciente que es aquejado por el virus de inmunodeficiencia humana o por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, puede presentar cierta anormalidad en algunos de los rasgos que clínicamente tienen mayor importancia, pero estos, siempre determinados por los aspectos constitucionales y psíquicos que en él predominan.

Dentro de los rasgos de personalidad que pueden presentarse y que tienen un valor único en individuos normales, encontramos los siguientes

A.-DEPRESIÓN: "Este es un rasgo de personalidad de tipo afectivo, es un estado en el cual el individuo se siente abatido por tristeza, sufrimiento e incluso se ve rodeado por sentimientos de culpabilidad, en fin se ven presentes en él elementos de tipo físico, somático y afectivo".³⁸

Características: Su actitud tanto mental como física, se hallan reducidas, no presenta mayor atención por lo que se le solicite, no le interesa aún aquellas cosas o actividades que antes le interesaban, su expresión facial se ve reducida, la mirada de la persona deprimida es siempre raída, es decir no es vivaz, ni atenta, no parece importarle nada, se ven alterados el sistema estivo: Muchas veces llegan a quejarse de estreñimiento, presentan anorexia y adelgazan; sistema respiratorio se ve afectado, llegan a presentar sofocamiento con facilidad, respiración demasiado lenta; el sueño del individuo también se ve afectado, ya que unas veces van a presentar insomnio y otras hipersomnio, la memoria se ve afectada, la persona deprimida es muy lenta debido a que experimenta impotencia psíquica y tiende más bien a quedarse en la melancolía.

B.- ESQUIZOFRENIA: "El término esquizofrenia, fue introducido por el psiquiatra suizo, Eugenio Bleuler, para describir al tipo de personalidad caracterizada regularmente por personas que tienen una vida social deficiente, con una afectividad, no muy convincente, aún para ellos mismos" ³⁹

Caracteriza a estas personas el sentirse solas, abatidas, aisladas por completo del mundo que les circunda, son además tímidas, se sienten inconformes de como son, también son personas frustradas, sienten vergüenza, apatía, suspicacia, terquedad; en este tipo de personalidad el individuo se ve afectado en su pensamiento, afectividad, voluntad y motricidad; y es de este tipo de afecciones de donde se derivan una serie de comportamientos extraños e incomprensibles. "Bleuler, describió de la esquizofrenia, cuatro formas:

a- Hebefrénica: caracterizada, por la discordancia, disociación ideativa, incongruencia y extrañeza en el comportamiento.

b- Catatónica: son síntomas tales como manierismos, estereotipos, impulsos, agitación y catalepsia.

c- Paranoide: Presencia de delirios y alucinaciones.

d- Simple: Empobrecimiento progresivo de la personalidad, tanto sobre el plano afectivo, como del ideativo" ⁴⁰

Las personas con rasgos esquizofrénicos, regularmente se presentan ante los demás como individuos introvertidos, con problemas de interrelación social, cerrados ante los demás, ansiosos, silenciosos, frecuentemente prefieren leer que hablar con alguien, les gustan las ciencias abstractas, gustan del arte o la poesía y son fantasiosos.

Entre los pacientes que se tuvo la oportunidad de entrevistar se encontró que un buen número mostró ser introvertido, silencioso, ansioso, con problemas interpersonales y cerrados ante los demás, esto como consecuencia hasta cierto punto de no querer aceptar o de evadir la realidad, respecto a la enfermedad y su condición en cuanto a su actividad o preferencias.

³⁹ Antoine Porot, Diccionario de Psiquiatría Clínica y Terapéutica (2a. edición, España, Editorial 1986) Pag. 482

⁴⁰ Ibid. Pag. 483-484

C.- HIPOCONDRIA : Este rasgo esta caracterizado por ser un estado en el que, el individuo considera estar enfermo, y para quien cualquier anormalidad en su piel, es un toma de una enfermedad letal. En sí la hipocondría, se refiere al cuidado y preocupación exagerada con respecto a la salud, sin que haya razón física para ello. Las características de s individuos que poseen este tipo de rasgos son las siguientes " Existe una clara disposición de auto-observación, presenta depresión, desarreglos de tipo gástrico, tales como anorexia, estreñimiento, pensamientos de tipo obsesivo, siempre en referencia a la salud. Los niveles del rasgo hipocondríaco, pueden verse un poco más elevados debido estados emocionales, pero cuando estos estados emocionales desaparecen, desaparece también, el nivel alto de la hipocondría, una de las causas de este tipo de rasgo, se debe que está asociado a un desplazamiento de angustia hacia el cuerpo".⁴¹

D.HISTERIA : La palabra histeria, en tiempos remotos, se creía que solo, era propia del sexo femenino, más adelante fue relacionada con posesiones demoniacas e incluso, llegaban a exorcizar al individuo siempre del sexo femenino, que presentase un rasgo de la misma. A lo largo de la historia, los rasgos histéricos, han sido tema de investigación, por parte de muchos científicos, entre los que se encuentran: Charcot, Marie Gillain, Babinski, Freud y otros. Charcot, dice que "La histeria, es la disposición mental particular, unas veces constitucional permanente, otras veces accidental y pasajera que mueve a ciertos sujetos a aparentar ataques físicos, enfermedades somáticas y alteraciones psíquicas"⁴²

Los rasgos de personalidad histérica no se presentan únicamente en el sexo femenino, sino que también en el sexo masculino, aunque son más evidentes en el primero.

Las principales características de los rasgos histéricos son: vanidad, egocentrismo y asociado al comportamiento histriónico, exhibicionismo, son personas caprichosas, involubles

Philip Solomon- Vernon Patch. Manual de Psiquiatría. (2a. edición ,México, editorial El Manual de Psiquiatría, 1976) . Pag.58

Alfonso Perot, Op.cit. pag 608-610

y ante cualquier frustración tienden a decaer, poseen una fantasía muy distorsionada. Además son personas frustradas, sociables, vivaces, estrechamente dependientes, al extremo que tanto sus familiares como amigos, se dan cuenta que parecen ser niños en lugar de lo que realmente son, adultos, les gusta atraer la atención de quienes los rodean, los hombres con este tipo de rasgos son grandes conquistadores de damas y las mujeres son insinuantes desde el punto de vista erótico, pero terminan siendo frívolas y frías.

E. HIPOMANIA : “Este tipo de rasgo, de personalidad hipomaniaca es definida, como un estado de excitación, humor expansivo, super abundancia de palabras, ideas y conducta” ⁴³

La hipomanía es un rasgo de personalidad que recuerda a las personas ciclotímicas. Los rasgos hipomaniacos, pueden ser transitorios o permanentes en la personalidad del sujeto que presenta estas características : Son personas eufóricas, se sienten satisfechas de si mismas, son generosas con los demás, emprendedores, dados a entusiasmos fugaces, jactanciosos, a veces inoportunos, les gusta discutir para salir airantes, etc. este tipo de rasgos es característico en algunos líderes de grupos de lucha social o de partidos políticos.

F. PARANOIA : La paranoia, la considera Cameron : “Como un intento de escapar de la tensión y la ansiedad, mediante, procesos de negación y proyección que dan como resultado ideas delirantes” ⁴⁴

“Las personas cuya personalidad, es predominantemente paranoica presentan las siguientes características : Sarcasmo, rencor, exigencia, inflexibilidad, desconfianza, obstinación, impaciencia, buscan el éxito más allá de sus capacidades, no toleran ser criticados, son celosos, presentan actitudes agresivas, critican a otros, son inseguros de si mismos y pelean con medio mundo” ⁴⁵

⁴³ Phillip Solomon -Vernon Patch. Op. Cit. Pag. 118

⁴⁴ Norman Cameron. Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad Un Enfoque Dinámico. (2a. Edición, México, Trillas 1966), Pag. 464-465

⁴⁵ *Ibid.* Pag. 505

Se cree que la persona paranoica, como rasgo predominante proviene de un hogar caracterizado, por el autoritarismo y la indiferencia ; además que uno de los padres del mismo sexo pudo haber sido muy dominante, cruel e incluso haberlo rechazado cuando niño.

La causa para que el individuo actúe de esta manera tiene que ver con tendencias, de querer protegerse de impulsos indeseables y repudiados, también querer auto estimarse, esto ante el hecho de sentirse rechazado y por circunstancias que en él provoquen angustia.

G. DESVIACIÓN PSICOPÁTICA : Antiguamente fue conocida bajo el nombre de desviación psicopática lo que hoy es conocido como rasgos de personalidad antisocial.

Este tipo de rasgos define : “Aquellos individuos que son incapaces de mantener una relación estable de tipo sentimental, con alguna o algunas personas”. ⁴⁶

Se caracterizan por ser personas irresponsables, que a pesar de ser castigados, por la conducta inadecuada, no son capaces de realizar algún cambio en ella. Son personas carentes de juicio social, no les importa nada, incluso consideran que actúan de forma correcta. Otros aspectos que les caracterizan son : El narcisismo, exhibicionismo, sarcasmo, codicia, engaño, celos, egoísmo, sadismo, etc.

Se considera que el individuo, que presenta este tipo de rasgo de personalidad, proviene de un hogar desintegrado, donde alguno de los padres no estuvo presente durante el crecimiento, o incluso pudo haber sido un niño no deseado, que creció sin formación de valores humanos y sociales.

H. PSICASTENIA : “Este término fué introducido por Janet, para englobar los estados de angustia, fobia, obsesión, que se presentan como rasgos característicos de la personalidad y que son provocados por desplazamiento de la ansiedad” ⁴⁷

⁴⁶ Paolo Pancheri, Manual de Psiquiatría Clínica, (México, Trillas, 1987), Pág. 306.

⁴⁷ Antoine Porot, Op.cit. Págs. 953-954.

El más característico de estos rasgos es la fobia, la cual consiste en un miedo irracional hacia algo o alguna situación que para otra persona pueda no tener ningún fundamento de temor. Para Cameron “ es un intento para hacer disminuir una tensión y una ansiedad, generadas internamente, mediante un proceso de desplazamiento, de proyección y evitación”.⁴⁸

Se dice que las fobias se hacen persistentes, debido a que tienen un origen adaptativo y como un medio por contener el exceso de ansiedad y tensión, de desplazar y proyectar algo del subconsciente, ya que el objeto hacia el cual se desplaza, el temor o rechazo no es la fuente principal de angustia, sino que es un sustituto del mismo. El objeto hacia el cual siente rechazo se constituye aquí en un medio para ocultar y negar los complejos conflictos, que provocan sentimientos de culpa en el individuo.

Entre las fobias que se pueden mencionar están: agorafobia, que es miedo a las alturas; hidrofobia, miedo al agua; zoofobia, miedo a los animales; arcnofobia, miedo a las arañas; etc.

I. PERSONALIDAD OBSESIVO COMPULSIVA: “Los individuos, con este tipo de personalidad, son aquellos cuyo superyó funciona en forma muy intensa, tienden a ser puntillosos, rígidos, melindrosos, formales y meticulosos; pueden estar en duda constante, respecto a lo que deben hacer y tienen que repasar las cosas una y otra vez. Son excesivamente inhibidos, perfeccionistas, dudan de sí mismos y son incapaces de proseguir con su trabajo si alguien les exige que terminen pronto. Tienden a obedecer las órdenes literalmente, teniendo un exagerado sentido del deber, les atormenta sus responsabilidades, son escrupulosos no pueden tomar decisiones. La persona de carácter compulsivo, es terca en sus convicciones y manifiesta una tendencia a fijarse en detalles mínimos, con frecuencia los rasgos son defensas contra impulsos hostiles, agresiones inconscientes y contra sentimientos de culpa que acompañan a dichos factores”.⁴⁹

⁴⁸ Norman Cameron, Op. Cit. Pag. 285

⁴⁹ Lawrence Kolb Op.Cit. Pag. 135.

Teniendo la descripción de los principales rasgos de personalidad que se pueden presentar en una persona, como de sus características. Los diferentes rasgos de personalidad ya citados (Depresión, Esquizofrenia, hipocondriasis, histeria, hipomanía, paranoia, desviación psicopática, psicastenia, personalidad obsesivo compulsiva) pueden coexistir en un mismo individuo y cuando son inflexibles y desadaptativos y causen una incapacitación funcional significativa o una perturbación subjetiva se hablará entonces de trastornos de la personalidad. La enfermedad física con todo su impacto emocional puede generar respuestas conductuales que tipifiquen un trastorno de la personalidad específicamente determinado por los rasgos de personalidad del individuo. Se debe conocer que en el paciente VIH/SIDA se han probado algunos medicamentos llamados también antivirales, para hacer más viable la enfermedad, o en todo caso alargar un poco la vida del mismo, también en el mercado se le ofrecen al paciente una serie de alternativas en relación a la medicina natural, pero debemos ser claros que no se puede jugar con las esperanzas de curación que pueda tener el paciente, porque lo que se le ofrece muchas veces no hace efecto en su estado de salud. Pero en el plano psicosocial, se ofrecen algunos medios que ayudan tanto al manejo como al mejoramiento de la vida integral del paciente, los cuales ofrecen alicientes para resolver los problemas sociales de la enfermedad, siendo así como se presentan algunas estrategias para dicho tratamiento.

1.7 ESTRATEGIAS EN EL MARCO DEL TRATAMIENTO PSICOSOCIAL DEL PACIENTE CON SIDA.

- Cualificadas informaciones sobre la infección con VIH/SIDA y sobre la situación individual de los afectados obtenidas casi siempre después de mucho tiempo de dedicación conforme a las primeras experiencias adquiridas, son el paso más importante y más eficaz en la lucha contra el miedo y la depresión. La condición fundamental es que haya plena confianza en la relación con su médico de cabecera y con el personal de las clínicas.
- La condición en cuestión de una eventual pertenencia a grupos de alto riesgo debe ser claramente expuesta y rigurosamente tratada, desde un principio. La experiencia enseña que también el médico debe adoptar una manera precisa de expresarse exponiendo claramente su propio punto de vista, sobre todo, en lo referente al SIDA.

- Si a pesar de la información y de todo tipo de explicación los problemas psicosociales persisten o van en aumento, el paciente deberá ser llevado a un psicoterapeuta adecuado. o a las asociaciones de ayuda a afectados del SIDA. Se aconseja a todas las personas portadoras del VIH, su participación en los correspondientes grupos de auto ayuda. Ha quedado demostrado que casi la mitad de los afectados desea ese tipo de ayuda por lo menos durante cierto tiempo.

En nuestro país tenemos en APAES/SOLIDARIDAD el grupo de apoyo a pacientes, el que brinda una serie de servicios gratuitos tales como : medicamentos, evaluación nutricional, talleres educativos, visitas domiciliarias, y atención psicológica, siendo este un logro obtenido a partir de nuestra experiencia del trabajo de investigación, y además ganar la confianza del director de la institución para coordinar dicho grupo de apoyo.

- En caso de depresiones, en pacientes con VIH/SIDA o que se hallan en el umbral de la enfermedad, hay que pensar en la posibilidad, cada vez mas frecuente de la existencia de alteraciones orgánicas del cerebro, como las que pueden ser provocadas por el VIH, sea en forma directa o por infecciones oportunistas, tumores o enfermedades vasculares. También los efectos secundarios de las terapias, como puede ser la elevada dosis de interferon , pueden hacer que un paciente se sienta intranquilo. La observación a fondo de la función cerebral es de la mayor importancia. Sucede con frecuencia que mucho antes de obtener un diagnóstico con procedimientos técnicos ya aparecen una serie de síntomas que señalan una alteración orgánica cerebral, como pueden ser : la pérdida de memoria, la falta de concentración o los cambios de personalidad, síntomas todos ellos comparables con los trastornos propios de la enfermedad de Alzheimer.
- Por muy necesario que resulte, el tratamiento psicoterapéutico la técnica por si sola no es suficiente para la tan ansiada mejoría, sino que es preciso también llevar a cabo un intenso trabajo personal, con los pacientes de VIH/SIDA y con los que se hallan en el umbral de la enfermedad, a fin de ganar su confianza y hacer que sean aceptados sin reparos, lo que exige a su vez poner a su disposición, todos los medios técnicos que prácticamente comprenden todas las ramas de la medicina.

“es ahí precisamente, donde la psicoterapia puede y debe actuar urgentemente para proporcionar ayuda”. ⁵⁰

En relación a la psicoterapia, es de fundamental importancia en el tratamiento del paciente infectado con el Virus de Inmunodeficiencia Humana o con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, porque aunado al tratamiento de las molestias físicas, se debe trabajar la parte emocional del paciente, lo que se logra con la psicoterapia y sus distintas técnicas.

1.8 PSICOTERAPIA

“Se define a la psicoterapia como el tratamiento de los problemas y trastornos emocionales de la personalidad, por medios psicológicos. Aunque se pueden emplear muchas técnicas psicológicas diferentes al tratar de aliviar estos problemas y trastornos y ayudar al paciente a convertirse en una persona feliz, madura, e independiente, un importante factor terapéutico que se encuentra en cada una de estas técnicas, es la relación entre el terapeuta y el paciente, con la experiencia interpersonal que ésta implica.

A través de esta relación el enfermo (o la enferma), se da cuenta que puede compartir su sentimientos, actitudes y experiencias con el terapeuta y que éste (con cordialidad, empatía comprensiva, aceptación y apoyo) no la despreciará, ni la censurará, ni la juzgará, no importando lo que le haya revelado, sino que por el contrario, el profesional, siempre respetará su dignidad y su valor como persona, sin comportarse como un juez”. ⁵¹

La psicoterapia también es un tratamiento utilizado en las enfermedades psíquicas o en los trastornos de tipo orgánico, cuyo origen sea psíquico, dicho tratamiento se obtiene a través de la utilización de diferentes métodos psicoterapéuticos.

⁵⁰ Hanz Jagger, Op. Cit. Pag. 52

⁵¹ Lawrence Kolb, Op. Cit. Pag. 862

Siempre al iniciar un proceso psicoterapéutico es importante clarificar los objetivos sobre los cuales se basará el plan terapéutico, los cuales podrán ser modificados de acuerdo a la evolución del caso. Siendo un objetivo principal la curación de los trastornos psíquicos o somáticos que el paciente presente ; que incluyan una modificación de la personalidad.

Generalmente “La psicoterapia se dirige a : Modificar los patrones de conducta desadaptados, minimizar o eliminar las condiciones ambientales que pudieran estar causando y/o manteniendo tal conducta ; mejorar las actitudes interpersonales, otras aptitudes de resolver conflictos internos incapacitantes o lisiantes ; aliviar el malestar personal modificando las concepciones imprecisas del individuo acerca de él mismo, de los demás y del mundo ; fomentar un sentido claro de autoidentidad”.⁵²

Conociendo los aspectos a donde se dirige la psicoterapia veremos como se clasifica dependiendo del paciente que recibirá el tratamiento.

“Los tipos de psicoterapia actuales, se pueden clasificar en dos grupos : aquellos en los cuales el objetivo es llevar al paciente a una comprensión de las fuerzas psicodinámicas que lo motivan o sea los tratamientos de insight ; en segundo lugar, se encuentran las psicoterapias directivas o activas que se enfocan a eliminar los síntomas, sin ocuparse de que se desarrolle un insight personal ni un cambio caracterológico”⁵³

“Existen también las psicoterapias no directivas, que se basan en menor medida en una técnica rígida y codificada y dan mayor importancia a la relación médico paciente. Precisamente por tales razones presentan notables dificultades que tienden a ser infravaloradas por el médico y el psicólogo que inician su trabajo de psicoterapia. A este tipo de psicoterapia se le llama también de sostén.

Las consideraciones teóricas de las psicoterapias de sostén se basan en la hipótesis de que muchos trastornos del comportamiento están causados por la pérdida de la

⁵² Silvia Linares, Dinora Ochos. Tesis : Efectividad de la Psicoterapia en Pacientes VIH/positivo SIDA. (Guatemala, USAC, Feb. 1995), Pag. 19-20

⁵³ Lawrence Kolb, Op. Cit. Pag. 363

capacidad de introspección y de autoanálisis por parte del enfermo, envuelto en un círculo vicioso de reacciones y de contrarreacciones con el ambiente que lo rodea".⁵⁴

Las terapias de sostén tienen a la vez su propia técnica de abordar al paciente y se basan en el logro de tres objetivos .

- Reducción de la ansiedad y de la agresividad.
- Aumento de la capacidad de análisis de sus relaciones interaccionales con lo otros.
- Aumento de la capacidad de introspección.

Una sencilla actitud tranquilizadora y de aceptación es la regla fundamental para alcanzar el primer punto. En esta fase es fundamental que el médico o psicólogo sepa analizar y controlar sus propias reacciones ansiosas y agresivas frente a los comportamientos análogos del paciente.

Las primeras sesiones se dedicaran a la recolección del máximo número posible de informaciones sobre el enfermo, permitiendo al mismo tiempo a este último, descargar a través del terapeuta su ansiedad y su agresividad.

INDICACIONES

Las terapias de sostén o de apoyo tienen sus propias indicaciones y cubren prácticamente, todo tipo de trastorno psiquiátrico y el paciente se puede beneficiar de una psicoterapia de apoyo dado el efecto de reducción de la ansiedad que se puede alcanzar en cada caso. No obstante, hay algunas formas psiquiátricas que pueden encontrar un beneficio más directo.

⁵⁴ Paolo Pancheri. Op. Cit Pag. 377-378

- Todos los comportamientos desviados, provocados o sostenidos por situaciones ambientales, por cuanto tales trastornos están más o menos ligados directamente a situaciones o acontecimientos actuales y se prestan, por consiguiente, a un análisis del comportamiento y de las interacciones patológicas actuales.
- Las psicopatías, por cuanto la psicoterapia de apoyo es la única que aceptan los pacientes.
- Algunas neurosis de ansiedad o histéricas sostenidas por problemas bien identificados de relación interpersonal que pueden modificarse positivamente al modificar las relaciones entre el individuo y su ambiente.

Para el presente estudio y dadas las características de los pacientes con los que se trabajó, se brindó la psicoterapia de apoyo o de sostén con la finalidad de que los pacientes VIH/SIDA tuvieran los elementos necesarios para manejar en mejor forma los problemas que los aquejaban emocionalmente.

La psicoterapia de apoyo sirvió para suprimir y disminuir la angustia. Para lograrlo, se tranquilizó a los pacientes, haciéndoles sentir que existen diversas formas de enfrentar las consecuencias mediatas e inmediatas del proceso de la enfermedad. También se evaluaron las principales tensiones sociales que les afectaban, luego se les animó para asumir acciones encaminadas a resolver las diferentes situaciones de conflicto.

El apoyo psicoterapéutico hacia los pacientes VIH positivos o con SIDA, estuvo enfocado en forma básica a los problemas psicosociales de la enfermedad, los cuales de alguna manera tienen que ver con la adquisición o desarrollo de algunos rasgos de personalidad, que pueden alcanzar niveles patológicos en un determinado momento del curso de la enfermedad. Induciendo en el paciente el manejo de la ansiedad y la agresividad, la capacidad de análisis e introspección.

1.9 ANTECEDENTES Y OTRAS INSTITUCIONES

Entre los diferentes estudios que se han realizado en nuestro país en referencia al tema del VIH/SIDA, y que han sido investigados por profesionales de la psicología se encuentra el trabajo de tesis “Conocimiento, actitudes y prácticas de riesgo del Adolescente en relación al SIDA”. Que fue realizado por las Licdas. Luz Aída Pérez y Rosalinda González, en el año de 1992 en el cual llegaron a las siguientes conclusiones

- “Los adolescentes de los institutos de Educación Básica tradicional del área Metropolitana jornada Matutina, tienen bajos conocimientos respecto al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- Los adolescentes de los institutos de Educación Básica tradicional del área Metropolitana jornada Matutina, la mayoría realiza prácticas de mediano riesgo, en relación a adquirir, enfermar y morir por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- Los adolescentes de los institutos de Educación tradicional del área Metropolitana jornada Matutina, presentan una actitud general de aceptación social favorable hacia la persona que presenta el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).⁵⁵

Realizaron recomendaciones como la siguiente :

- “Los adolescentes de los institutos de Educación Básica tradicional de área Metropolitana jornada Matutina, se les diseñe un programa de educación sobre el SIDA, para llenar los vacíos de conocimientos sobre el tema, por ser éste la medida de intervención de más bajo costo para prevenir el SIDA, y la más efectiva”.⁵⁶

Otro estudio importante es el realizado por las Licdas. Silvia Linares y Dinora Ochoa, en el año 1995, trabajo de tesis titulado “Efectividad de la Psicoterapia en pacientes con VIH positivo SIDA”, la que fue realizada en la Asociación de Prevención y Ayuda a Enfermos de SIDA APAES/SOLIDARIDAD en el cual llegaron a las siguientes conclusiones :

⁵⁵ Luz Aída Pérez y Rosalinda González, Op. Cit. Pag 65

⁵⁶ Ibid. Pag. 67

- “Previo a la aplicación de la Psicoterapia breve intensiva y de urgencia en pacientes con VIH positivo/SIDA, encontramos que el 40% manejaba un grado de depresión extrema severa, el 50% depresión moderada marcada, el 5% depresión mínima y el 5% no presentaba depresión. Posterior a la aplicación de la misma, el 30% no presentaba depresión y el 70% presentaba depresión mínima ligera. Por los resultados anteriores deducimos que los pacientes que se les aplicó la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia de Bellak y Siegel, disminuyeron sus niveles de depresión.
- La Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia, es un instrumento de elección para aplicarlo en pacientes de enfermedad terminal como lo es el VIH/positivo/SIDA, ya que por ser un tratamiento terapéutico a corto plazo se obtienea resultados positivos inmediatos”.⁵⁷

Realizaron además las siguientes recomendaciones :

- La psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia de Bellak y Siegel es una técnica adecuada, en la cual se obtienen resultados a corto plazo, ayudando a la persona con VIH/SIDA a disminuir sus niveles de depresión y lograr una mejor calidad de vida.
- Es importante enfocar programas de prevención, dirigidos a la mujer Guatemalteca en edad reproductiva (20-45 años), ante el riesgo inminente de la propagación del virus, y evitar la contaminación de la madre al feto”.⁵⁸

En el primer trabajo de Tesis que comentamos se ha centrado lo que corresponde a los conocimientos y actitudes en cuanto al problema del SIDA, esto en relación a una muestra de población no infectada, también tuvimos conocimiento de otro trabajo de Tesis el cual por haberse extraviado de la biblioteca de la Escuela de Psicología no fue posible localizar, realizado por la Licda. Rosa Orfelinda Baldizón Tabor, titulado “Personas con SIDA, y el

⁵⁷ Silvia Linares y Dinora Ochoa. Op. Cit. Pag. 55

⁵⁸ Ibid. Pag. 57

temor a morir, elaborado en el año de 1993, en el que se evaluó con el Test de Apercepción Temática (TAT) a 20 personas infectadas, concluyendo dicho trabajo lógicamente, que sí existe en el paciente VIH/SIDA temor a morir ; por otra parte el trabajo de Tesis Efectividad de la Psicoterapia en Pacientes con VIH positivo SIDA, de las Licdas. Silvia Linares y Dinora Ochoa, se centra únicamente en un aspecto de la personalidad del paciente VIH/SIDA. Como se ha visto nuestro trabajo de Tesis se diferencia de otros elaborados con anterioridad, en que enfoca a la mayor parte de rasgos de personalidad que puede presentar un individuo, y en el que se brindó Psicoterapia de Sostén o Apoyo.

De los estudios realizados, que hemos comentado, se desprende la gran necesidad de información que existe en nuestro país con respecto a esta tan controversial enfermedad, ya que cada día aumenta aún más el número de personas tanto adultos, jóvenes como niños que se ven atacados por el muy bien denominado "mal del siglo" Es importante resaltar que el tema VIH/SIDA ha sido enfocado desde otras disciplinas, tales como la medicina, el derecho, trabajo social, etc.

En Guatemala, las infecciones con el VIH/SIDA, cada día van en aumento por lo que se hacen pocos los esfuerzos de contrarrestar su avance, son 23 aproximadamente, las instituciones que a la fecha se han dado a la tarea de atender y educar a la población para que se aprenda a convivir con la enfermedad, y dentro de estas instituciones se encuentran :

- Asociación Guatemalteca de Prevención y Control del SIDA, cuyas siglas son (A.G.P.C.S), es una institución privada, no lucrativa al servicio de la comunidad la cual presta sus servicios en los hospitales Nacionales Roosevelt y San Juan de Dios, atendiendo una clínica en cada uno de ellos y médicos especializados en VIH/SIDA, a cargo de las mismas, donde realizan pruebas de VIH a muy bajo costo, además de prestar atención a nivel educativo a la población y de contar con una línea telefónica "2532219", donde se dá todo tipo de información acerca del VIH/SIDA. Además se destaca que no se dá apoyo psicológico a los pacientes, ya que estos son referidos a la Asociación de Prevención y Ayuda a Enfermos de SIDA (APAES/ SOLIDARIDAD), para el mismo.
- Consejo de Entidades Contra el SIDA (CODECA), la que como lo indica su nombre es la entidad de la Iglesia Católica, que se dedica a dar atención a pacientes con SIDA, tiene como sede de atención al público las instalaciones de la Casa Central, en la segunda avenida

y trece calle de la zona 1, que es lugar donde tienen el centro de diagnóstico, además de prestar este servicio, trabajan a nivel educativo dando conferencias y seminarios, "realizan visitas domiciliarias a pacientes y prestan ayuda a los familiares en la atención del enfermo", la junta directiva de esta entidad esta integrada por un representante del Arzobispado, dos médicos, una religiosa y un grupo de laicos.

- Casa San José : Es una organización privada, no lucrativa, teniendo una casa ubicada en San Lucas Sacatepéquez, cuya labor es dar internamiento a pacientes que se encuentran en la etapa terminal de la enfermedad, aunque no atienden exclusivamente a pacientes de VIH/SIDA, sino que también a enfermos terminales de otras enfermedades.
- El Programa Nacional del SIDA (PNS), es una entidad del gobierno, que funciona a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, encargándose de dar asistencia a pacientes VIH/SIDA, realiza pruebas serológicas, trabaja a nivel educativo además presta servicios de consejería antes y después de la prueba, "y servicio psicológico para aquellos pacientes que lo soliciten". Hacemos notar que el Programa Nacional del SIDA, si mucho realiza estas actividades en un 25% porque ni el número telefónico 175 funciona para dar informaciones a las personas interesadas en el tema, porque como siempre la mayor parte de las instituciones del Estado gastan sus recursos en funcionamiento.
- El Ministerio de Educación Pública, también cuenta con una entidad denominada COEPSIDA, la que trabaja a nivel nacional en programas educativos de prevención en SIDA. Vale también aquí el comentario que el trabajo que realiza esta institución es mínimo.
- Es también oportuno mencionar el nombre de otras instituciones como : Fundación Iturbide, Plan Internacional, O.P.S., O.M.S., SURCO, ADECOF, Sanidad Militar, Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas, etc., entre otras. De las cuales en su mayor parte, se desconoce la labor que realizan. Sin embargo se tuvo la oportunidad en el mes de Agosto del presente año, conocer el trabajo de la mayoría de instituciones que trabajan en SIDA, a través del Congreso organizado por APAES/ SOLIDARIDAD el que se denominó "PRIMER CONGRESO NACIONAL DE EDUCACION EN SIDA" el que tuvo un buen éxito, conociendo las ponencias de aproximadamente 20 instituciones de la capital y algunas del interior del país.

Teniendo ya el panorama teórico esbozado, presentamos las Premisas y Postulados de la investigación :

Como se sabe, hace algunos años la ciencia médica ha tenido que enfrentarse con una nueva enfermedad, la que fue denominada como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o mejor conocida por sus siglas SIDA. Es menester conocer que las personas que llegan a la etapa terminal de la enfermedad o que son portadores asintomáticos del Virus de la Inmunodeficiencia Humana VIH, al cabo de un periodo de tiempo comienzan a desarrollar un complejo de síntomas, dependiendo del tiempo en que adquirieron el virus y que inevitablemente le conducen a la muerte.

No obstante, del lapso que transcurre entre el diagnóstico positivo al VIH, en una persona, o ante la presencia de los síntomas del SIDA, estas personas comienzan a sufrir alteraciones en su estado emocional y que de alguna forma u otra afectan su personalidad, tal es el caso de la angustia de la muerte inminente, el aislamiento y rechazo social, la pérdida de la apariencia física especialmente en jóvenes ; siendo así que algunos rasgos de personalidad pueden presentar signos psicopatológicos. Esta alteración en la personalidad puede predisponer a desarrollar un cuadro psicótico por los problemas psicosociales que enfrenta la persona VIH/SIDA.

Se considera que algunos rasgos de personalidad descritos en nuestro Marco Teórico, están presentes en los pacientes VIH/SIDA atendidos en la Asociación de Prevención y Ayuda a enfermos de SIDA APAES/SOLIDARIDAD, porque según los perfiles promedio obtenidos en la evaluación estadística de resultados de la prueba aplicada, entre los que podríamos considerar los siguientes : Estados depresivos, ideas hipocondriacas, rasgos histriónicos y paranoicos, fobias, actitudes obsesivo-compulsivas, ideas esquizoides y personalidades psicopáticas.

Debemos observar que el problema planteado está inmerso en un problema general el que se refiere al proceso salud-enfermedad ; este proceso está relacionado a que las personas VIH/SIDA y toda la humanidad está expuesta y sujeta a gozar de buena salud o enfermar, tanto en forma física, psíquica y social. Mas específicamente el problema investigado se relaciona con la salud mental, porque el abordamiento del mismo en su mayor parte estuvo referido a la perspectiva psíquica de los pacientes atendidos, apoyándonos en la Psicología

Clinica, misma que nos permitió evidenciar el estado emocional de los pacientes VIH positivos o con SIDA, y a la vez poderles brindar psicoterapia, específicamente la de apoyo. Dentro del plano físico el problema tiene que ver con la Biología y con una rama de la misma como es la medicina, por los enfoques que esta rama proporciona sobre el contagio y el proceso que lleva al desarrollo del SIDA, con la búsqueda incesante de una cura para el paciente que sufre tal enfermedad y también de buscar algunos mecanismos de prevención.

Asimismo la problemática del SIDA tiene que ver en gran parte con la sexualidad humana, y en forma preponderante al aspecto de la educación sexual, aunque esta problemática tiene a su alrededor otra serie de causas que sería largo describir.

Las áreas del conocimiento con las cuales se relaciona el problema investigado son: La naturaleza, la sociedad y el pensamiento. Con la primera, porque la persona VIH/SIDA forma parte de la naturaleza humana, siendo un ser biológico que posee un organismo producto de la misma naturaleza y porque el virus del SIDA, es también un microorganismo biológico que afecta su sistema inmunológico y con esto lo hace susceptible a contraer otras infecciones o enfermedades, o llegar a sufrir la muerte de forma prematura. De la sociedad, debido a que la personas infectadas forman parte del núcleo social, y por el hecho de su infección, le traen consecuencias que no afectan solo al individuo, sino a toda la sociedad incluida la familia como célula de la misma sociedad. Del pensamiento porque con el fin de encontrar un antídoto para combatir la enfermedad y buscar las explicaciones que aclaren muchos puntos oscuros del contagio y de la enfermedad del SIDA, se hacen grandes esfuerzos de parte de los científicos e investigadores, y a la vez porque el SIDA afecta la psiquis del individuo infectado.

Las variables que se estudiaron sobre el tema planteado, fueron los rasgos de personalidad que mide el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.), el cual se administró a 20 pacientes VIH/SIDA que reciben atención y apoyo en APAES/SOLIDARIDAD, llevándonos el estudio un tiempo de once meses, comprendidos del 7 de octubre de 1994 al 7 de septiembre de 1995 y el mismo se complementó con el trabajo psicoterapéutico según el estado emocional que presentaba cada paciente.



CAPITULO II

2.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Descripción de la muestra.

La población de la cual se tomó la muestra son todos los pacientes infectados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que asisten a la clínica de Nutrición de APAES/SOLIDARIDAD, de los cuales estaban inscritos 96 pacientes, siendo atendidos 38 y a los que se les dio tratamiento inicial, porque algunos solo estuvieron presentes en la primera entrevista, ya que después ya no llegaron por haber caído en la etapa terminal de la enfermedad y 12 de ellos fallecieron. De los 38 pacientes, se evaluaron 20 con el Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota (M.M.P.I), y de estos actualmente han fallecido 5 pacientes. Las características generales de los pacientes atendidos son :

Proviene de distintos estratos sociales y posición económica aunque la mayoría son de escasos recursos, de raza indígena y ladina, de ambos sexos, la mayoría alfabetos y de distinto nivel cultural ; además con preferencia sexual distinta. Finalmente todos son pacientes adultos.

2.2 TÉCNICAS

2.2.1 Técnicas de Recolección de Datos.

En primer lugar como ya se mencionó en el prólogo entablamos contacto con el director de APAES/SOLIDARIDAD Sr. Mario Andrade y el Coordinador del Programa Educativo de la Institución Sr. César Galindo, quienes nos dieron todo su apoyo para realizar nuestro trabajo, y después nos abocaron con el Nutricionista Lic. Víctor Alfonso Mayén.

En segundo lugar dialogamos con el Nutricionista para buscar el mecanismo para que él nos fuera refiriendo a los pacientes VIH/SIDA al espacio habilitado para clínica psicológica, porque el servicio no existía. Se agrega además que los pacientes normalmente eran citados cada tres o cuatro semanas dependiendo del estado nutricional de cada uno. Así fue como

cada vez que llegaban los pacientes citados nos fueron referidos y comenzamos nuestra labor de la siguiente forma.

En la primera sesión psicológica se comenzó estableciendo rapport, con los pacientes y se desarrollaba un diálogo informal para conocer las angustias o problemas que los aquejaban, también se observó su comportamiento y presentación general en cuanto a cómo vestían, los gestos, ademanes, tono de voz, estado de salud, etc. Al respecto de la observación se entiende como : **“Proceso de percepción conducido sistemáticamente siguiendo directrices metódicas y con atención dirigida a un objeto determinado, con la intención de obtener un conocimiento más amplio y exacto posible sobre el”**.⁵⁹ Lo cual se hizo con el interés de tener una primera impresión clínica de los pacientes. También se utilizó la técnica de la entrevista, para recabar toda la información posible la que se conceptualiza como : **“La relación directa establecida entre el investigador y su objeto de estudio a través de individuos o grupos con el fin de obtener testimonios orales”**.⁶⁰ La entrevista se utilizó en sus dos formas . No dirigida, mediante la cual se dá la oportunidad al individuo de expresar sus sentimientos y pensamientos de forma abierta ; y la entrevista dirigida, con el formato elaborado de Historia Clínica. (ver anexo I), en este tipo de entrevista el paciente contestó en forma ordenada a una serie de preguntas que se le realizaron. El término Historia Clínica se aplica a : **“Curso de la vida del paciente en cuanto interesa para el estudio de la enfermedad actual. Comprende Historia de la enfermedad actual, enfermedades anteriores. Se obtiene verbalmente o por escrito (generalmente por escrito, la que se completa luego verbalmente). Proporciona datos e indicaciones útiles para el diagnóstico de orientación, que se completa luego con la observación de los síntomas y/otros exámenes”**.⁶¹

Aunado a la Historia Clínica se procedió a realizar el examen mental de cada paciente, el que tiene la siguiente utilidad en el trabajo psicoterapéutico :

⁵⁹ Friedrich Dorsch Op. Cit. Pág. 652

⁶⁰ Loc. Cit.

⁶¹ Loc. Cit.

“Investiga las anomalías en el pensamiento, sentimiento y conducta, siendo sus principales componentes : aspecto general y conducta, características del lenguaje, estado de ánimo o afecto, contenido del pensamiento, funciones del sensorio, autocognición y juicio”. ⁶² y del que se elaboró un formato, (ver anexo 2).

Juntamente con la evaluación se fue brindando a cada paciente Terapia de apoyo o de sostén, la que es una técnica del método de terapias no directivas, para esto nos basamos en el plan terapéutico (ver anexo 3). La aplicación de ésta técnica y en que consistió ya fue explicado en el Marco Teórico.

En nueve pacientes se aplicó la terapia de relajación, para bajar los niveles de estrés. La relajación consiste en : **“Un estado global de laxitud muscular, de reposo físico y mental provocado por técnicas psicoterápicas”.** ⁶³ Habiendo utilizado específicamente la relajación progresiva de Jacobson la cual tiene por objeto **“La toma de conciencia y la afinación del sentido muscular y de la facultad de inhibición del tono muscular”.** ⁶⁴ La técnica de la terapia de relajación se describe de la siguiente manera : **“En un primer momento, el sujeto se adiestra en decúbito dorsal, unas veces solo y otras vigilado, para obtener la relajación más perfecta posible de todos los grupos musculares, ensayados sucesivamente. En el curso de una segunda etapa, el sujeto sentado busca una relajación limitada a los músculos que no intervienen en la estática ; esta coexistencia de sectores en tensión y otros en calma corresponde a las condiciones habituales de la actividad. En una tercera fase, se trata de dominar las tensiones que acompañan a los síntomas neuróticos (angustia, fobia) propios del paciente”.** ⁶⁵

La técnica de relajación se aplicó con los pacientes que se observó que manejaban mucho estrés y se les enseñó para que la utilizaran por si mismos en su casa.

⁶² Philip Sólon y Vernon Patch, Op. Cit. Pag. 17-18

⁶³ Antoine Porot. Op. Cit. Pag. 1020

⁶⁴ Ibid. Pag. 1021

⁶⁵ Loc. Cit.

2.2.2 Técnicas Estadísticas :

A pesar de que el trabajo tiene una orientación netamente cualitativa, hubo necesidad de emplear algunas técnicas estadísticas, para obtener los dos perfiles promedio de los 20 casos de pacientes evaluados con el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.), en la Asociación de Prevención y Ayuda a Enfermos de SIDA (APAES /SOLIDARIDAD).

Dentro de las técnicas estadísticas utilizadas se encuentra la Media Aritmética la que se define como : “La relación que existe entre la suma de los datos de la distribución (Xi) entre el número de los datos (N)”⁶⁶ La cual nos sirvió para elaborar la media de todos los puntajes obtenidos de cada escala del perfil de los 20 pacientes evaluados.

Además se utilizaron porcentajes para ejemplificar numéricamente algunos datos generales de los pacientes a través de tablas y gráficas. “El porcentaje es la frecuencia de ocurrencia de una categoría por cada 100 casos. Para calcular el porcentaje simplemente multiplicamos cualquier proporción dada por 100, fórmula $\% = (100) f$ dividido N”⁶⁷

2.3 INSTRUMENTOS

2.3.1 INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA

El instrumento utilizado en la presente investigación fue el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I), el cual es conocido por su confiabilidad y validez .

Y que “es el instrumento fundamental para el examen de rutina del pacientes psiquiátrico, su difusión y su amplia validación clínica lo hacen completamente indispensable para el interrogatorio”.⁶⁸ Es un instrumento valioso y objetivo para la

⁶⁶ Documento de Anoyo Docente (Guatemala, USAC, Facultad de Ingeniería 1996) Pag. 23

⁶⁷ Jack Levin. Fundamentos de Estadística en la Investigación Social. (2a. Edición, México, Harla 1979) Pag. 17

⁶⁸ Paolo Pancheri Op. Cit. Pag. 103

evaluación de la personalidad, aunque antes estaba destinado para el diagnóstico psiquiátrico, es un instrumento diseñado para proveer en una sola prueba, puntajes de las fases más importantes de la personalidad. El instrumento está compuesto de 550 frases, más 16 repetidas que incluyen una gran variedad de temas desde condiciones físicas hasta condiciones morales y actitudes sociales del sujeto investigado. Al sujeto se le pide que clasifique las frases en tres categorías: ciertas, falsas y no puedo decir. Después que el sujeto ha identificado todas las frases que pueda, en su mayoría como ciertas y falsas acerca de sí mismo, se cuentan sus respuestas a fin de obtener puntajes para cuatro escalas de validez y nueve escalas clínicas.

El instrumento consta de una hoja de respuestas que se contestan como "C", cierta y "F", falsa. Luego que se ha llenado la hoja de respuestas se procede a elaborar el perfil y sumario. Al tener los puntajes obtenidos, los cuales se logran con las plantillas, se traza el perfil o psicograma de cada caso, el que según la elevación de las escalas ofrece interpretaciones de características de la personalidad.

Es de hacer notar que existe una forma abreviada de este instrumento, del cual es suficiente contestar las primeras trescientas sesenta y seis frases para obtener el perfil, esto se hace en casos de emergencia. En los casos presentados se encuentran hojas de respuesta con solo el número de la forma abreviada, porque no se logró que algunos pacientes contestaran toda la prueba, pero al igual es válida la aplicación.

Para la aplicación de la prueba se le dieron las instrucciones a los pacientes, explicándoles en que consistía el instrumento y lo que el mismo requería pidiéndoles además que trataran de contestar todas las preguntas. La aplicación se tuvo que hacer en algunos casos en dos o tres sesiones porque las personas mostraban cansancio o por los problemas de salud que los aquejaban.

Consideramos además que un factor que afectó en la aplicación del instrumento fue el lugar que nos asignaron para trabajar, porque solo se tenía espacio para dos sillas y había interrupción de voces que se escuchaban en el ambiente, del personal que se encontraba laborando en la oficina, ya que el cubículo en el que se trabajaba era una división provisional de durpanel. Así también para llenar las hojas de respuestas se fueron leyendo las preguntas a los pacientes y ellos llenaban los espacios "cierto o falso" en la hoja. Consideramos que este procedimiento fue oportuno debido a que habían unos pacientes que no comprendían algunos

conceptos, pero esto pudo afectar también en el proceso de aplicación, interviniendo como una variable extraña que en cierto sentido daba lugar a que el paciente contestara de una forma favorable de modo que no dañara su imagen ante el terapeuta.

El instrumento en sí, evalúa rasgos de personalidad de los que presentamos sus indicadores, siendo estos: Depresión, esquizofrenia, hipocondriasis, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia e hipomanía, además estos son rasgos clínicos, pero tiene otras dos escalas como lo son: intereses femeninos o masculinos (Mf) y la escala (Is) o introversión-extroversión, aspectos estos ya fundamentados dentro el marco teórico de este trabajo.

DESCRIPCION DE LA HOJA DE CALIFICACIÓN

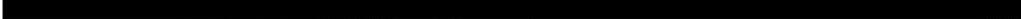
Las escalas L, F, K están ubicadas al lado izquierdo del perfil llamadas también escalas de validez. Se puede decir que algunos perfiles de los casos evaluados se podrían tomar como no válidos por la interpretación que da Rafael Nuñez con la presencia básicamente alta de la escala F, pero al final de la presentación de resultados se aclara el porqué, esta escala se encuentra muy alta, así como también se hacen algunas inferencias de esos resultados. En el lado derecho está el cuadrante de las escalas clínicas y las que se encuentran numeradas en la parte inferior, así como la inicial de su nombre que identifica a cada escala.

La hoja de calificación muestra puntuaciones T del perfil y se encuentran en los extremos izquierdo y derecho del cuadro en forma vertical, así también dentro del cuadro están los puntajes obtenidos de cada paciente, pero hacemos la observación que se elaboró un perfil promedio de los pacientes a quienes se aplicó la prueba, encontrando la puntuación natural, además agregando el factor K, el que se suma en algunas escalas clínicas, lo que permite discriminar en mejor forma algún rasgo.

PERFIL O PSICOGRAMA :

El perfil de cada caso se traza en una hoja ya diseñada por los creadores de la prueba. El mismo presenta un cuadro que tiene líneas horizontales y puntos que corresponden a los valores de las escalas. Se ven también unas líneas finas y otras remarcadas. Una línea gruesa negra atraviesa horizontalmente la parte central al nivel de la puntuación T 50 ; esta línea representa la puntuación de la media aritmética obtenida para cada una de las escalas básicas con el grupo normal que se selecciono en Minnesota.

Otras dos líneas horizontales gruesas y negras se encuentran al nivel de las puntuaciones T 30 y 70. Estas dos líneas indican puntuaciones que caen dos desviaciones estándar abajo (30) y arriba (70) de la media aritmética. Las puntuaciones superiores o la media indican grados de semejanza creciente al de los diversos grupos clínicos que se utilizan en la estructuración de las escalas. Dentro de las líneas marcadas con 30 y 70 se encuentran los perfiles que comúnmente se han conocido con la variación de puntuaciones "normal", a pesar de que las puntuaciones 30 y 70 se encuentran a la misma distancia o desviación de la media, la distribución de las escalas del M.M.P.I tanto en la población normal como en la clínica tienden a acercarse y pasar la línea superior (70) y como consecuencia existe una mayor frecuencia de puntuaciones elevadas superiores a 70 que puntuaciones menores que (30).



CAPITULO III

3. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.

3.1 PRESENTACIÓN DE HISTORIAS CLINICAS Y EXAMEN MENTAL

Presentamos en primer término los 20 casos de pacientes evaluados en la Asociación de Prevención y Ayuda a Enfermos de SIDA (APAES/SOLIDARIDAD), incluyendo la Historia Clínica obtenida, el examen mental, y los perfiles promedio de los 20 casos de pacientes evaluados según las respuestas dadas por los mismos a través del Test Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I).

A continuación se presentan los casos enumerados en forma correlativa de 1 a 20 :

HISTORIA CLINICA CASO 1 :

Paciente de sexo masculino, con 25 años de edad, soltero, 2do. Básico de escolaridad, ocupación jefe de bodega, religión católica.

El paciente es VIH positivo, lo cual le fué detectado aproximadamente hace un año con cuatro meses, por presentar vómitos y diarreas, la reacción inicial del paciente ante el diagnóstico fue de rechazo y muchas veces le venían a la mente ideas suicidas, pero logró superar dicha etapa. Actualmente el paciente refiere que se ha mantenido estable en su estado de salud, no presentando mayores síntomas desde hace algún tiempo.

Lo que si ha padecido últimamente es herpes genital como enfermedad de transmisión sexual (ETS).

El núcleo familiar del paciente está compuesto por la madre y tres hermanos, dentro de éstos el paciente ocupa el segundo lugar. Las relaciones con la madre son adecuadas no así con los hermanos, los cuales le rechazan por su condición de VIH positivo y homosexual.

Manifiesta el paciente tener un adecuado perfil social ya que tiene bastantes amistades con las que se relaciona.

Emocionalmente el paciente manifiesta no afectarle el ser VIH positivo refiriendo no darle importancia al problema. Además que espera las consecuencias futuras del padecimiento.

Lo que se percibe en el paciente es la rivalidad que sostiene con las mujeres por su condición de homosexual, practicando el transvestismo. Además refirió sufrir de rechazo social por la homosexualidad y el hecho de que no respeten su vida. Siendo esto lo que más le causa problema, sin embargo refiere que tiene un hermano con tendencias femeninas, y él le aconseja que no siga por ese camino porque la gente no entiende ese estilo de vida.

EXAMEN MENTAL (CASO 1) :

El paciente se presentó adecuadamente vestido, limpio, se notaba un poco ansioso, desconfiado, aunque sí accesible.

Su estado de conciencia se observó alerta, el estado de ánimo que presentaba era un poco triste y con apatía.

La actividad motora se notó normal, presentando sólo algunas posturas peculiares, con características femeninas.

El lenguaje que presentaba era coherente, sin verborrea y tono de voz bajo.

Con respecto al contenido de ideas sólo presenta algunas de referencia, tales como burla por parte de otras personas y creencia de que ellos están conspirando contra él.

Se encuentra bien orientado en cuanto a persona, tiempo y espacio.

Su memoria se observa que es tanto remota como reciente. En cuanto al pensamiento prevalece el pensamiento concreto, no se encuentra alterado el juicio y no logró llegar a la introspección.

En algunos síntomas especiales de depresión, manifiesta disminución de la libido sexual, manifestando no tener sexualidad activa, además presenta insomnio y falta de interés en actividades.

Los mecanismos de defensa utilizados con frecuencia son negación y racionalización.

HISTORIA CLINICA CASO 2 :

Paciente de sexo masculino, con 25 años de edad, estado civil soltero, quinto semestre de Auditoria de escolaridad, ocupación Perito Contador y religión católica.

El paciente es VIH positivo asintomático, lo cual le diagnosticaron al hacerse la prueba voluntariamente y por considerar haber estado con estilo de vida de alto riesgo debido a su promiscuidad sexual.

Hasta el momento el paciente no ha presentado ningún síntoma, lo que si le afectó es el sueño por presentar insomnio. Además manifiesta tener buen apetito.

Refiere tener un larga historia de enfermedades de transmisión sexual tales como : gonorrea , herpes genital, chancros y Papilomas.

El núcleo familiar del paciente está formado por la madre, un hermano menor y una hermana menor, el paciente refiere que es el mayor de los hermanos. La relaciones familiares son adecuadas, incluso cuando el paciente comunicó el diagnóstico a sus familiares, estos le brindaron su apoyo moral. El padre del paciente falleció hace seis años afectándole en mediana forma su fallecimiento y llegando a superar esta situación.

El paciente manifiesta tener un adecuado perfil social ya que tiene muchos amigos y además tiene novia, con la que sale a divertirse y a quien ya le ha contado acerca de su padecimiento lo que a ella, dice, no le importa con respecto a sus sentimientos hacia él teniendo planes de casarse y culminar la carrera de auditoria, su novia le acompaña a las citas médicas y de nutrición. Con respecto a su novia dice que tienen relaciones sexuales pero con protección.

Psíquicamente refiere el paciente que le afectó cuando le comunicaron el diagnóstico, poniéndose triste y se le alteraba el carácter, pero ha llegado a superar dicha situación y a esperar el futuro con esperanza en que no se presenten síntomas del SIDA.

Se pudo observar en el paciente bastante colaboración y poseer un lenguaje adecuado. Además no se notaron mayores resistencias. En términos generales este es un paciente estable emocionalmente hasta el momento.

EXAMEN MENTAL (CASO 2)

El paciente se presenta con un adecuado arreglo personal, limpio y se muestra afable, accesible.

En su estado de conciencia se manifiesta alerta, anímicamente se nota apropiado y alegre.

Su actividad motora es normal, no presentando manierismo, ni tics.

El lenguaje se observa en él coherente, un adecuado tono de voz, no expresa verborrea

Su sensorio se manifiesta orientado en persona, lugar y tiempo.

La memoria remota como reciente es adecuada. Su pensamiento es de tipo coherente y concreto, su juicio está intacto, sin embargo no logró insight.

No se observaron en él síntomas de depresión, el mecanismo defensivo utilizado es el de intelectualización.

HISTORIA CLINICA CASO 3 :

Paciente de sexo masculino, con 18 años de edad, estado civil unido, con cuarto grado de primaria, de ocupación artesano y con religión evangélica.

El paciente es VIH positivo, lo cual le fue detectado al enfermarse de tuberculosis y tener que ser hospitalizado.

Los síntomas que el paciente refiere presentar son . Que hace unos meses comenzó a padecer de impotencia sexual, además fue hospitalizado por presentar un periodo de "locura" en el cual salió a la calle gritando que tenía SIDA, teniendo los familiares que internarlo por tres días en el Hospital Carlos Federico Mora logrando su recuperación. Además el paciente tiene padecimientos de insomnio, vómitos y diarrea una vez por mes, también refiere agotarse con facilidad.

Ha padecido de una enfermedad de transmisión sexual llamada gonorrea. El núcleo familiar del paciente está formado por la esposa que también es VIH positiva, con quien procreó un hijo que falleció a la edad de un año a consecuencia del SIDA. También la esposa falleció el año pasado. Además viven en la misma casa el padre, la madre y una hermana. Las relaciones familiares con la esposa eran inadecuadas ya que discutían

constantemente debido a que ella le recriminaba por haberla infectado con el VIH. Con sus padres manifiesta mantener adecuadas relaciones e incluso le ayudan económicamente.

Socialmente el paciente dice que su círculo de amistades se ha cerrado porque no asiste a ninguna reunión y además porque sus amistades se han alejado de él, al saber que está infectado con el virus, de igual forma dice no practicar ningún deporte por la misma enfermedad.

Psíquicamente se observan en el paciente reacciones depresivas, así como hostilidad y cierta agresión verbal, además es un paciente resistente a la evaluación y sumamente defensivo manifestando que no le importa lo que le pase. Por aparte se observó bastante ansiedad y negación de su realidad, así como su afecto es superficial. Se percibe que el paciente maneja sentimientos de culpa por haber infectado a la esposa e hijo. Igualmente se observa que hay aspectos de su vida que prefiere esconder, manifestando que no deseaba ser interrogado sobre aspectos personales de su vida porque no desea comunicar nada al respecto.

Actualmente el paciente se encuentra internado en Casa San José por no tener nadie quien lo atienda y además ya está en la etapa terminal de la enfermedad.

EXAMEN MENTAL (CASO 3)

Se muestra el paciente con un adecuado arreglo personal, limpio. Su actitud desconfiada, un tanto desafiante, hostil, un poco ansioso, evasivo autodespreciativo y con un concepto de sí mismo desvalorizado.

En su estado de conciencia se nota confuso; con el estado de ánimo deprimido, apático e inapropiado.

La actividad motora se ve disminuida y realiza gesticulaciones de insatisfacción. En su lenguaje prevalece la incoherencia, el tono de voz es adecuado y se nota con un lenguaje tosco.

El contenido de ideas son de referencia y algunas de tipo suicidas; es un paciente que se encuentra desorientado en cuanto a persona, no así en lugar y tiempo.

En su memoria destaca la remota y reciente, su pensamiento muestra signos de incoherencia, confusión, hay alteración de juicio, no logró el insight.

Se muestra algunos síntomas de depresión como : disminución de la libido insomnio, agotamiento y falta de interés por actividades, además de sensaciones de angustia.

Los mecanismos de defensa que se perciben son : negación, proyección y evitación.

HISTORIA CLINICA CASO 4 :

Paciente sexo masculino con 36 años de edad, estado civil soltero, con 2do. Básico de escolaridad, cuya ocupación es de trabajar en estructuras metálicas y de religión evangélica no practicante.

Es paciente VIH positivo, detectándose hace año y medio, al presentar diarreas, vómitos y un cuadro de tuberculosis. Ha padecido de sífilis, gonorrea y herpes genital como (ETS).

El paciente refiere que después de haber recibido asistencia médica se ha mantenido estable, aunque últimamente le comenzaron las diarreas y vómitos perdiendo peso y presentando un cuadro de desnutrición moderado.

Además tiene problemas de insomnio y cuando duerme sufre de pesadillas, así también cuando toma licor presenta alucinaciones en las que ve animales y enanos en la pared.

El medio familiar del paciente esta formado por el padre, la madre, un hermano y una hermana siendo él , el mayor.

Las relaciones familiares con la madre son adecuadas, no así con el padre y los hermanos con los cuales discute recriminándole el hecho de ser homosexual y travesti, tan es así que cuando el paciente se transviste en algunas ocasiones lo han sacado a la calle, además lo agreden físicamente.

El perfil social del paciente es adecuado teniendo bastantes amistades, especialmente con personas homosexuales ya que con mujeres refiere ser tímido, también asiste a grupos de Alcohólicos Anónimos por problemas de alcoholismo.

Psíquicamente el paciente manifiesta afectarle su estado de VIH y la homosexualidad, porque por momentos ha tenido ideas suicidas aunque recapacita y piensa mejor en honrarse y ser una persona positiva. Se percibe al paciente con un estado emocional moderado de depresión y angustia. Es una persona accesible y cooperadora, siendo franco en el diálogo.

EXAMEN MENTAL (CASO 4)

El paciente se presenta con arreglo personal adecuado a su condición y limpio, mostrando signos de desnutrición. Actitudinalmente se ve desconfiado, con signos de ansiedad, evasivo e indeciso.

El estado de conciencia se muestra confuso, anímicamente se nota con signos de depresión, ansiedad, tristeza, decaimiento y apatía.

La actividad motora se observa disminuida, presenta algunas posturas peculiares y manierismos, así como su postura es rígida.

Las características de lenguaje son coherentes, con tono de voz bajo, no muestra verborrea, con ideas de referencia a que alguien le quiere dañar.

Su sensorio se presenta adecuado, orientado en persona, espacio y tiempo. Su memoria se denota remota y en buen estado; las características de su pensamiento son concretas y coherentes, el juicio se ve intacto no logrando la introspección.

Los síntomas de depresión que presenta son: pérdida del apetito, pérdida de peso, disminución de la libido sexual, insomnio y despertándose temprano con cansancio, no le interesan las actividades y tiene sensación de angustia.

Los mecanismos defensivos utilizados con mayor frecuencia son: racionalización, negación y evitación.

HISTORIA CLINICA CASO 5 :

Paciente de sexo masculino de 31 años de edad, estado civil soltero, con primer grado de primaria de escolaridad, actualmente sin ninguna ocupación.

El paciente es VIH positivo, el que se lo diagnosticaron hace 2 años 8 meses, presentar vómitos, diarreas, además le diagnosticaron una artritis infecciosa, colon irritable, infección en la garganta, dolor en las piernas y últimamente padeció de hepatitis "I" manteniéndose medianamente estable en su salud; sufre de insomnio teniendo que tomar medicamentos para dormir.

Ha padecido de algunas enfermedades de transmisión sexual como: gonorrea, herpes genital y chancros.

El núcleo familiar del paciente está formado por el padrastro y la madre, quienes alquilan un apartamento. Las relaciones familiares del paciente con la madre son más o menos adecuadas ya que manifiesta la madre que su hijo es muy rebelde y conflictivo; con el padrastro las relaciones son inadecuadas porque continuamente discuten. Además por referencia de la madre el paciente tiene a otros tres hermanos que viven aparte y cuando se encuentran pelean, sobre todo al saber éstos el diagnóstico, recriminándole por haberse infectado, con esto él se enoja, llegando incluso una vez a amenazar a un hermano con un cuchillo e intentó herirle.

El perfil social del paciente se encuentra limitado ya que ha abandonado amigos y un grupo religioso al que asistía, además de esto el paciente se ha aislado de las relaciones sociales.

Emocionalmente refiere el paciente que cuando le dieron el diagnóstico se sintió deprimido, perdiendo el interés por todo, aún no acepta que él esté infectado porque dice que los papeles se pueden equivocar y puede ser que él no sea VIH positivo.

Lo que se pudo observar en el paciente fue angustia disfrazada con risa continua, además es evasivo y tiene problemas de personalidad los que según refirió se dan desde que era muy joven, porque dice no dejarse de nadie, constantemente mantiene problemas con las demás persona, teniendo su madre y su padrastro que cambiar de casa continuamente por el carácter belicoso que él mantiene.

EXAMEN MENTAL (CASO 5)

El paciente se presenta adecuadamente arreglado, limpio, se observan signos de desnutrición.

Las actitudes que prevalecen en él son: desconfianza, ansiedad, evasión, indecisión, además de presentar un estado de conciencia confuso.

El estado de ánimo es alegre, un tanto apático e inapropiado. Su actividad motora se observa disminuida, con algunos manierismos haciendo unas gesticulaciones de desagrado por las actitudes de los demás.

Las características del lenguaje son: incoherencia, con tono de voz adecuado, muestra verborrea.

El contenido de ideas está caracterizado por ideas de referencia y suicidas porque percibe que alguien está tratando de hacerle daño.

Su sensorio se observa intacto orientado, en persona, espacio y tiempo. Su memoria se caracteriza por ser reciente y remota. El pensamiento se presenta coherente, juicio concreto y adecuado, no logra realizar insight.

Manifiesta algunos síntomas de depresión tales como : pérdida del apetito, pérdida de peso, disminución de la libido sexual, insomnio, falta de interés en actividades.

Como mecanismos de defensa el paciente maneja : negación , compensación y además muestra signos de histeria de conversión.

HISTORIA CLINICA CASO 6 :

Paciente sexo masculino, con 34 años de edad, estado civil soltero, con 5o. grado de primaria, de ocupación mesero y de religión católica.

El paciente es VIH positivo, diagnosticándole su condición hace un año al haber sido hospitalizado por problemas de tipo respiratorio, concretamente tuberculosis. Actualmente ha permanecido con diarreas y vómitos frecuentes, llegando a perder peso y padecer de fatigas.

El paciente manifestó ser gay desde los doce años y que le gusta ser así, teniendo pocos problemas por esa condición. Refiere no haber padecido hasta el momento de alguna E.T.S.

Vive solo en los lugares donde trabaja ya que desde los doce años no vive en su casa. Actualmente de su familia, vive solo su madre con su padrastro y un hermano político a quienes casi no visita y a su padre nunca lo conoció. Al referirse a su madre dice no quererla y guarda resentimientos hacia ella porque de niño lo trataba mal y al padrastro casi no le habla.

El perfil social del paciente es deficiente porque no tiene amistades y prefiere vivir solo, no teniendo amigos con los cuales poder dialogar.

Emocionalmente el paciente dice no afectarle ser Seropositivo porque no le da importancia a la enfermedad ya que dice que si muere, muere ; y preferiría que lo enterraran como XX.

Se observó en el paciente resistencia y evitación a que se le pregunten aspectos muy personales.

Se muestra en el paciente un nivel cultural escaso y tiende a evadir las preguntas teniendo una pobre verbalización, en él se ve a una persona con escasos movimientos motores permaneciendo inmóvil y rígido en su postura, quizá como un manierismo o un estado de ansiedad, en términos generales es un paciente poco accesible y no apto para un trabajo psicoterapéutico.

EXAMEN MENTAL (CASO 6)

El paciente en su arreglo personal se muestra adecuado a su condición económica, relativamente limpio, su actitud es de retraimiento, desconfianza, hostilidad, habla poco, con algunos signos de ansiedad y evasión.

El estado de ánimo prevaeciente en él es de depresión, tristeza, apatía y afecto plano.

Su actividad motora se observó disminuida, presenta algunas posturas peculiares tales como : Posición rígida y poca atención.

Las características del lenguaje se notan disminuidas, con tono de voz baja, falta de expresión y un lenguaje tosco.

Se manifiestan en él ideas de referencia y obsesivas. En su sensorio se denota desorientación en forma leve con respecto al tiempo, espacio y persona.

Su memoria se muestra no comprometida tanto la de tipo reciente como la remota. Su pensamiento se manifiesta concreto, el juicio se nota debilitado, no logrando la introspección.

Se denotan síntomas de depresión como : Pérdida de apetito, pérdida de peso, insomnio, cansancio, disminución de la libido sexual y falta de interés en actividades, aunque dice que continúa teniendo relaciones sexuales con algunos clientes y a veces usan preservativos para protegerse pero esto no todas las veces.

Como mecanismos defensivos se observan negación y evitación

HISTORIA CLINICA CASO 7 :

Paciente sexo masculino con 23 años de edad, estado civil soltero, tercero básico, ocupación en costura de calzado y religión católica.

El paciente es VIH positivo, detectándose lo hace año y medio al presentar síntomas, temperatura alta, diarrea y unas manchas rojas que le salieron en la piel, falta de apetito, falta de sueño y agotamiento muscular. Manifestó no haber padecido de ninguna ETS.

El paciente manifiesta no tener familia porque los padres fallecieron en un accidente cuando él era niño, pero una pareja de esposos lo adoptó creciendo con ellos, pero al saber de su estado de infección con el VIH, lo rechazaron y le manifestaron que podía infectar a sus otros hijos, sacándolo de la casa, actualmente vive solo alquilando un cuarto.

El perfil social del paciente es deficiente porque dice que es mejor no confiar en nadie y prefiere tener amigos homosexuales ya que estos son solidarios con él, además dice no asistir a reuniones sociales para no ser señalado por los demás y no ser tomado como un payaso.

Emocionalmente se observa al paciente con relativa estabilidad.

Se percibe en el paciente resistencia y negación de la enfermedad; así también se denota falta de franqueza en sus respuestas, lo que dificultó el proceso de evaluación. También se percibe rechazo y hostilidad hacia el sexo masculino por ser machistas y las mujeres muy intrigantes.

EXAMEN MENTAL (CASO 7)

Se presenta el paciente adecuadamente vestido y limpio. Su actitud manifiesta es desconfiada, ansiosa, desdefiosa y evasiva. El estado de conciencia se observa alerta y coherente; su expresión anímica se caracteriza apropiada con cierta apatía.

La actividad motora es normal excepto por algunos manierismos de tipo femenino.

El lenguaje es coherente, con tono de voz adecuado y presencia de fluidez en el lenguaje.

Presenta algunas ideas de referencia y obsesivas.

Su sensorio se nota intacto, orientado en tiempo, espacio y persona.

La memoria es remota y reciente. En cuanto al pensamiento es ambivalente y abstracto, el juicio se muestra intacto, no logrando el insight necesario.

Se manifiestan algunos síntomas de depresión como : pérdida de peso, disminución de la libido, insomnio y falta de interés en actividades. Es un paciente sumamente defensivo denotándose con resistencia, negación e intelectualización.

A grandes rasgos se percibe ser un paciente con maltrato físico y emocional

HISTORIA CLINICA CASO 8 :

Paciente de sexo masculino con 29 años de edad, soltero, 3er. grado de primaria, ocupación carpintero y religión evangélica.

Paciente VIH positivo, cuadro clínico que le fué detectado hace dos años por presentar vómitos y diarreas recurrentes.

Otros síntomas que presenta son dificultad al dormir, acompañado de pesadillas . La alimentación dice ser deficiente por problemas económicos y falta de apetito.

Dentro de las enfermedades de transmisión sexual padecidas están : gonorrea y papilomatosis.

La estructura familiar del paciente está compuesta por la madre, padrastro, un hermano y una cuñada ; señalando que las relaciones con ellos son adecuadas.

En el perfil social del paciente se muestran unas deficiencias por el deterioro causado por el proceso de la enfermedad, aunque actualmente tiene empleo prefiere aislarse de sus compañeros de trabajo.

El estado emocional del paciente se observa un tanto deprimido, aunque dice no darle importancia a la enfermedad, aún así tiene expectativas adecuadas sobre el futuro.

Lo que se percibió fue cierta ambivalencia en su pensamiento , porque por momentos dice no importarle el infectar a otros u otras personas y otras veces dice que le daría mucha pena el infectar a otras personas. Se observan además en el paciente signos de depresión y el afecto es superficial.

De igual forma se observó sobrevaloración del proceso de la enfermedad e incoherencia en el pensamiento, así como angustia sobre la muerte.

EXAMEN MENTAL (CASO 8) :

Presenta el paciente en su arreglo personal adecuación y cierto grado de limpieza. Algunas actitudes se observan dentro de las cuales se encuentran retraimiento, desconfianza, hostilidad, ansiedad, evasión, indecisión y autodesprecio.

El estado de conciencia que manifiesta es de alerta con signos anímicos de tristeza y apatía.

La motricidad se ve disminuida y con falta de voluntad.

El lenguaje se muestra coherente, con tono adecuado, no existiendo signos de verborrea.

Las ideas en su contenido se muestran ambivalentes con ideas de referencia en relación que juzga que los demás quieren hacerle daño. Se muestra levemente desorientado en persona, espacio y tiempo.

La memoria que prevalece es la de tipo reciente. En su pensamiento se observa incoherencia, su juicio permanece concreto y no logró realizar insight.

Dentro de los síntomas de depresión manifiestos encontramos en el paciente : pérdida de apetito, pérdida de peso, disminución de la libido sexual, insomnio, sintiéndose cansado para realizar diferentes actividades. Se percibe en el paciente una insatisfacción la que arrastra desde la niñez.

Así mismo los mecanismos defensivos que se hicieron evidentes son la evitación y la resistencia.

HISTORIA CLINICA CASO 9 :

Paciente sexo masculino con 24 años de edad, estado civil soltero, escolaridad maestro de educación media, ocupación estilista y religión católica.

El paciente es VIH positivo lo cual le fue diagnosticado hace año diez meses debido a que se le inflamaron los ganglios linfáticos, sometiéndose a las pruebas sanguíneas y dando como resultado positivo al VIH.

El paciente manifiesta mantenerse en un adecuado estado de salud, solo le preocupa que últimamente ha estado perdiendo peso. Además el paciente refiere sufrir de un estado de

asma crónica y de tener problemas de rinitis, su sueño manifiesta es tranquilo aunque hay periodos en los que sufre pesadillas. Refiere tener buen apetito.

El paciente no ha padecido hasta el momento de ninguna E.T.S.

Refiere el paciente no tener familia aquí, ya que los miembros de su familia están fuera de la capital, diciendo que su madre falleció hace veinte años y que le afecta el no tener el cariño materno, debido a que el padre los abandonó y lo educó su abuela materna junto con su hermano.

El núcleo social del paciente es adecuado, pero prefiere formar amistad con personas homosexuales, porque estos lo aceptan y la mayoría no, por ser él homosexual.

Emocionalmente el paciente refiere no afectarle el ser VIH positivo, lo que si le causa angustia y desesperación es el hecho de comunicarle a su pareja que él es VIH, porque dice que quien lo infectó fue su antigua pareja.

No se observan signos depresivos y además en apariencia es un paciente estable emocionalmente, con un buen nivel cultural.

EXAMEN MENTAL (CASO 9)

El paciente se presenta en cuanto a su apariencia general adecuadamente vestido, limpio y arreglado, con actitud y forma de ser afable y accesible.

Su estado de conciencia es alerta, teniendo regularmente un estado de ánimo alegre, su actividad motora se observa disminuida lo cual por sus condiciones de salud es normal.

La asociación y flujo de ideas se expresan en él mediante un lenguaje coherente y circunstancial ; el contenido de ideas está basado en ideas tanto de referencia como obsesivas.

Es un paciente que se encuentra bien orientado en cuanto a tiempo, persona y lugar. Su memoria reciente es muy buena, lo contrario de la memoria remota la cual se ha visto afectada esforzándose para recordar.

La inteligencia se caracteriza por cualidades de pensamiento abstracto, no logra llegar a la introspección.

Como síntomas especiales de depresión presenta : pérdida de peso y dificultad en conciliar el sueño.

Los mecanismos defensivos que con mayor frecuencia utiliza son la intelectualización y la negación, es un paciente estable emocionalmente.

En cuanto al mecanismo defensivo de negación se conoce que el paciente manifestó que lo angustiaba el que su pareja desconociera que él era VIH positivo, pero la situación es contraria porque el paciente ya sabía que su pareja estaba infectado, sin embargo no tomó las medidas de precaución necesarias para protegerse, lo que nos hace pensar que esta actitud, es de una personalidad sadomasoquista.

HISTORIA CLINICA CASO 10 :

Paciente de sexo masculino, con 25 años de edad, soltero, escolaridad Bachiller, ocupación encargado de bodega, religión evangélica.

El paciente es VIH positivo, desde hace dos años y medio, esto como consecuencia de hacerse la prueba en forma voluntaria considerando que su estilo de vida sexual estuvo sometido a adquirir el virus por sus múltiples parejas sexuales. El paciente es asintomático, no presenta signos de enfermedad.

Manifestó el paciente, que al principio cuando supo que era positivo, sufrió un estado de tristeza y apatía, incluso tuvo la idea de recurrir al suicidio, pero recapacitó y prefirió no darle importancia al hecho de estar infectado.

Refiere además, que no tiene dificultad al dormir, su alimentación es adecuada presentando buen apetito, lo único que le afecta es que se agota con facilidad.

El paciente presentó herpes genital como E.T.S y ha sido tratado para su recuperación.

El núcleo familiar del paciente está compuesto por una tía y una sobrina, esto porque cuando él era muy pequeño fallecieron sus padres. Las relaciones con su tía y con su sobrina son adecuadas y satisfactorias, aunque tiene mucho temor de comunicarles que es seropositivo por los principios religiosos que ellas tienen y porque lo rechazarían. El perfil social del paciente, refiere él mismo es adecuado ya que tiene muchas amistades con las que comparte en forma continua.

En el área emocional el paciente manifiesta, que le angustia pensar en cuando se le puedan presentar los síntomas, y esto lo hace caer en depresión, apatía, etc. ; así también lo obsesiona la idea de la muerte.

Se observó en el paciente resistencia a la evaluación aunque se le notó un aire de sufrimiento. Es una persona a quien se ve con el buen ánimo de querer salir adelante.

EXAMEN MENTAL (CASO 10)

El paciente se presenta adecuadamente vestido, limpio y con apariencia personal formal. Las actitudes presentadas son: afable y accesible, además de denotar signos de ansiedad.

En su estado de conciencia se muestra alerta. El estado de ánimo es coherente a su personalidad, levemente se observa deprimido, triste y apático.

Su actividad motora es normal aunque con ciertos manierismos.

El lenguaje se denota coherente, con tono de voz adecuado, lo mismo que la verbalización. El contenido de ideas es adecuado y expresa con cierta libertad sus puntos de vista.

Es un paciente que se encuentra orientado en persona, tiempo y espacio. El pensamiento se muestra adecuado y de tipo abstracto, se observa intacto el juicio y con cierto nivel de introspección.

No manifiesta síntomas de depresión que alteren su actividad diaria. Los mecanismos defensivos usados son: evitación y racionalización.

HISTORIA CLINICA CASO 11:

Paciente de sexo femenino, de 51 años de edad, estado civil viuda, escolaridad 4o. grado de primaria, ocupación ama de casa y religión católica.

Paciente VIH positivo, desde hace dos años y medio se enteró ser positiva al realizarse la prueba cuando su esposo enfermó repentinamente y tuvieron que internarlo en un hospital diagnosticándole ser portador de VIH quien tiempo después falleció de SIDA.

La paciente refiere sentir tristeza de que esto le sucediera a ellos, tiene la esperanza que llegue a encontrarse una cura para la enfermedad, dice no sentir rencor hacia su esposo por haberla infectado, ya que él siempre fue un buen esposo y padre para sus hijos, y que por una sola vez que le fue infiel se infectó, hecho por el que ella ya le ha perdonado.

Por el momento refiere la paciente no ha tenido ningún problema de salud, su apetito es normal y en lo que presenta alteración es en su estado de sueño, porque se despierta en las noches y le cuesta reconciliarlo. Enfermedades de transmisión sexual no ha padecido hasta el momento.

El núcleo familiar de la paciente está constituido por sus dos hijas de 24 y 21 años, su hijo de 33 años, la esposa de este y sus nietos. Expresa la paciente que sus hijos saben ya de la enfermedad que le aqueja, no así su nuera, porque ella siente temor de que esta le cuente a toda la gente y la lleguen a criticar sus vecinos y amigos con quienes mantiene buenas relaciones. Sus hijos le brindan todo su apoyo y cariño.

La paciente lleva su vida normalmente no ocupándose tanto por su enfermedad porque su vida social se ha llevado como de costumbre.

En el área emocional la paciente se observa bien, aunque existe como rasgo depresivo la problemática del insomnio.

EXAMEN MENTAL (CASO 11)

La paciente se presentó puntualmente siempre a sus citas, vino limpia, maquillada, bien peinada, con apariencia normal.

Las actitudes que prevalecen en ella son : amabilidad, sonríe casi por todo, se nota un poco de ansiedad por ver que se le preguntará.

La actividad motora de la paciente es normal y de acuerdo a su edad.

El lenguaje se presenta circunstancial, fluido y coherente, tono bajo, verbalización adecuada.

El contenido de sus ideas fue lógico, encontrándose bien orientada en cuanto a tiempo, persona y espacio. Su pensamiento se muestra adecuado de tipo abstracto y concreto, el juicio inalterado y realizó insight.

Como signos depresivos únicamente presenta los problemas del sueño.

Mecanismos defensivos que realzan en ella son los de proyección y negación.

Actualmente la paciente sigue asistiendo al programa de apoyo psicológico de la institución y su estado de salud es estable.

HISTORIA CLINICA CASO 12 :

Paciente de sexo masculino, de 25 años de edad, casado, escolaridad 2do. Grado de primaria, de ocupación albañil y de religión católica.

Paciente con SIDA, no llegó a saber quien le infectó, debido a su libertinaje sexual y nunca utilizó preservativo, le fué detectado el virus hace tres años. Como signos de la enfermedad presentó constantemente diarreas, pérdida de apetito, bajo peso, cefaleas, agotamiento físico, náuseas y vómitos.

Refirió el paciente que cuando se enteró de ser VIH positivo, no pensó tanto en él sino que en su familia, especialmente en su esposa e hija a quienes amaba.

El paciente presentó gonorrea y papilomatosis, como E. T. S. Después de saber el diagnóstico, en el que también su esposa e hija salieron positivas, continuaron teniendo relaciones sexuales sin protección.

El núcleo familiar del paciente estaba constituido por su esposa e hija de dos años. Refirió que en un primer momento la esposa le recriminó por haberlas infectado a ella y a la niña, pero que después ha llegado a comprenderlo y le apoya en todo momento.

Se alejó de los amigos a quienes frecuentaba, lo mismo que del fútbol que antes practicaba.

En el área emocional el paciente se sentía deprimido, ante todo por sentimientos de culpabilidad e inadecuación, relacionados a la infección que había provocado en su esposa e hija, también por no tener suficientes fuerzas para trabajar y sostener a su familia.

El paciente se caracterizó por ser muy colaborador y en todo momento participó aunque se vio esto un poco dificultado por el padecimiento de la enfermedad; le preocupaba mucho cual sería el destino de su esposa e hija al momento en el cual el falleciera.

El caso se cerró debido a que el paciente falleció en el año 1995.

EXAMEN MENTAL (CASO 12)

El paciente se presentó puntualmente a sus citas, con arreglo personal adecuado, un tanto despeinado, y con el cabello un poco más largo de lo normal.

Sus actitudes regularmente fueron de amabilidad, cordialidad y cooperación, se pudo observar en él algunas veces desesperación e intranquilidad, pero esto debido a fuertes cefaleas que le afectaban.

Regularmente su estado de ánimo era un tanto depresivo, manejando algunos sentimientos de culpabilidad.

Su actividad motora se caracterizaba por ser lenta aunque aún trabajaba.

Su lenguaje claro, coherente, aunque al hablar lo hacía pausadamente agotándose fácilmente al hacerlo muy rápido.

Se encontraba bien ubicado en cuanto a tiempo, espacio y persona. Prevalcían en él tanto la memoria inmediata y remota. En su pensamiento se observaba coherencia, su juicio adecuado y logró realizar insight.

Dentro de los síntomas depresivos se puede mencionar algunos aspectos que también están relacionados con la enfermedad tales como : pérdida de apetito, bajo peso, insomnio y la falta de interés en realizar actividades que antes efectuaba.

El mecanismo de defensa que más utilizaba era el de proyección.

HISTORIA CLINICA CASO 13 :

Paciente de sexo masculino, de 22 años de edad, estado civil soltero, estudiante de bachillerato, religión católica.

El paciente es VIH positivo fue infectado mediante relaciones sexuales que mantuvo con una trabajadora del sexo y le fue detectado hace un año un mes, al ser internado en el Hospital por presentar deshidratación debida a vómitos y diarreas que presentaba, la noticia de su infección lo dejó muy deprimido y sin alientos para continuar.

Nunca había padecido de enfermedades de transmisión sexual. Refirió que estuvo padeciendo de dificultad para dormir, y también estar padeciendo diarreas, vómitos y nauseas y que se agotaba con mucha facilidad.

El núcleo familiar del paciente estaba compuesto por sus padres quienes ya son mayores de 50 años, refirió que sus padres ya sabían de su enfermedad y lo tomaron muy tristemente, pero le brindaron su apoyo.

Manifestó que se alejó de sus antiguos amigos, debido a que le hacían muchas preguntas con respecto a su estado de salud y que ya algunos le habían criticado.

El estado emocional del paciente se vio deteriorado ya que se le veía muy desanimado y sin deseos de realizar algún tipo de actividad.

El presente caso se encuentra cerrado por el fallecimiento del paciente en 1995.

EXAMEN MENTAL (CASO 13)

El paciente se presentaba limpio, un poco desarreglado, despeinado, con actitud un poco desdeñosa denotándose en él ansiedad.

Su estado de conciencia alerta, sin embargo se dejaba ver en él su estado de depresión y tristeza.

Su actividad motora era lenta, su lenguaje lento sin ánimo, poco expresivo y con tono de voz bajo.

El contenido de sus ideas era adecuado, estaba bien ubicado en cuanto espacio, tiempo y persona.

Su juicio no se encontraba alterado y su pensamiento abstracto era el que predominaba.

Manifestaba signos depresivos tales como : Baja autoestima, poco apetito, dificultad para conciliar el sueño, aislamiento.

El mecanismo defensivo que más utilizaba era el de evasión.

HISTORIA CLINICA CASO 14 :

Paciente de sexo femenino, de 19 años de edad, estado civil viuda, cuarto grado de primaria, ocupación ama de casa, religión católica.

Paciente VIH positivo, no presenta aún ningún síntoma de la enfermedad, fué infectada por su esposo, enterándose en el momento en el que le realizaron el examen respectivo de maternidad.

Refiere que no se explica cómo fué que a ellos precisamente les tenía que afectar el SIDA, expresando que esto es como un castigo a la conducta infiel de su esposo y que ni ella ni su hija tienen la culpa. Ya ha llegado a aceptar en cierto grado el hecho de estar infectada y dice tener fe en que se encuentre una cura para este mal, que tanto daño provoca.

El sueño es normal, teniendo buen apetito, y que ha padecido últimamente de náuseas por las mañanas; ha padecido de papilomatosis de herpes genital como enfermedades de transmisión sexual.

Su núcleo familiar estaba integrado por su esposo quien ya falleció y la hija de 2 años con quienes tuvieron una adecuada relación apoyándose mutuamente el uno al otro.

Manifestaba que su vida social la había llevado como siempre, aunque a nadie le ha contado del mal del cual padece porque considera que lo rechazarían. Durante el tiempo que se le entrevistó se notó estabilidad emocional.

EXAMEN MENTAL (CASO 14)

La paciente se presenta puntualmente a sus citas, viene arreglada, maquillada, peinada.

Su estado de conciencia se observa alerta, coherente, su estado anímico es apropiado, su actividad motora se caracteriza por movimientos normales.

Su lenguaje es coherente y su tono grave, se encuentra bien ubicada en cuanto a tiempo, espacio y persona. Su memoria remota como reciente se encuentran en buen nivel.

Su pensamiento es más concreto que abstracto, y su juicio se muestra intacto, logró realizar insight.

Los mecanismos de defensa que utiliza con frecuencia son proyección y evasión.

HISTORIA CLINICA CASO 15 :

Paciente de sexo femenino, de 33 años, estado civil soltera por viudez por fallecer el esposo víctima del SIDA, ocupación ama de casa, tercero básico de y de religión evangélica.

La paciente es VIH positiva, lo cual le fue diagnosticado cuando su esposo enfermó repentinamente y al realizarle exámenes le detectaron SIDA. Desde que se enteró que estaba infectada se ha venido sintiendo deprimida preocupándole sobre manera sus hijos porque aún son muy pequeños y no sabe con quien dejarlos cuando ella falte.

Ha padecido de Herpes genital como E.T.S, por lo que fue tratada. Además refiere que su sueño es normal, teniendo buen apetito, aunque últimamente ha sufrido náuseas y mareos, también expresó que se agota con facilidad.

El núcleo familiar de la paciente está compuesto de la siguiente forma : tiene dos hijos varones de 9 y 6 años y dos hijas de 13 y 7 años respectivamente, quienes le brindan todo su apoyo y cariño, no obstante por las edades de sus hijos no les ha comunicado de su enfermedad, únicamente a su hija mayor quien ha tomado la situación con preocupación.

En el aspecto social dice la paciente que no asiste a actividades, debido a que las personas que la conocen han murmurado acerca de su enfermedad, por lo que no le gusta ir a reuniones, ni hablar con personas fuera de su familia.

Se observó en la paciente cierta resistencia a la elaboración de la prueba. Su mirada denota ansiedad y angustia. Se visualiza también en la paciente mucho deseo de salir adelante con sus hijos. El caso se cerró por fallecimiento de la paciente en 1995.

EXAMEN MENTAL (CASO 15)

La paciente se presentó a sus citas limpia, ordenada, peinada, vestida adecuadamente y maquillada.

Su actitud primaria fue de desconfianza, hablaba poco y con angustia.

El estado de conciencia que presentaba era adecuado especialmente con respecto al curso de la enfermedad.

Anímicamente se le observaba deprimida en forma mínima.

Su actividad motora era adecuada, presentando una postura peculiar en demasiado movimiento de manos. Su lenguaje se caracterizaba por ser claro y coherente, aunque este no era fluido.

En su sensorio se presentaba bien ubicada en cuanto a tiempo, persona y espacio. Su memoria tendía a ser más concreta, el juicio se veía inalterado y no logró hacer introspección.

Los mecanismos defensivos que utilizaba con mayor frecuencia eran la evasión y desplazamiento.

HISTORIA CLINICA CASO 16 :

Paciente de sexo masculino, de 21 años de edad, estado civil soltero, ocupación tapicero, con 5to. Grado de Perito Contador, y religión evangélica.

El paciente es VIH positivo, cuando se enteró de su padecimiento se derrumbaron sus ilusiones de formar un hogar y de casarse, todo su interés por vivir se vino abajo. Algunas veces le vienen ideas suicidas.

El paciente dice que no ha padecido de otra enfermedad de transmisión sexual solo la transmisión del VIH que si fue a través de relaciones sexuales con una trabajadora del sexo.

Manifiesta que su sueño es normal, come poco y últimamente ha estado padeciendo de náuseas y diarreas, refiere que se agota con facilidad, y que ha sido ingresado una vez al hospital debido a problemas de deshidratación.

El núcleo familiar del paciente está integrado por : dos hermanas de 22 y 24, años su padrastro, un hijo de este, y su madre, de todos ellos únicamente su madre y una de sus hermanas saben de su enfermedad y le brindan atenciones, apoyo y cariño.

Además refiere que en cuanto a su desenvolvimiento social no le ha afectado demasiado ya que siempre sale a la calle con sus amistades, aunque estos no saben de su problema, también expresó que tiene novia a quien no le ha dicho sobre la enfermedad y teme hacerlo, porque no sabe cómo reaccionará ella.

En general se puede ver en el paciente rasgos depresivos y de frustración, no solo por lo que expresa, sino no que sus gestos lo evidencian.

El caso está cerrado porque el paciente falleció en el año 1995.

EXAMEN MENTAL (CASO 16)

La apariencia general del paciente es la siguiente Vestuario adecuado, limpio, ordenado, peinado, con signos de desnutrición moderada.

Su estado de conciencia se denota confuso porque manifiesta que cómo fué que a él le dió ese mal, porque considera no merecer eso. También se le observa decaído, deprimido, triste y apático.

En cuanto a la actividad motora es lenta, y su postura decaída, su lenguaje es coherente y circunstancial con tono bajo.

Muestra ideas obsesivas en referencia a su enfermedad especialmente que presentía que el momento final ya no tardaría en llegar.

Su sensorio es adecuado bien ubicado en cuanto a espacio, tiempo y persona.

Prevalece la memoria concreta y el juicio se altera, especialmente cuando se pone a pensar en que los planes de formar un hogar se han derrumbado.

El paciente se autodefende con la evasión y la negación, a la vez de manejar un estado de angustia latente.

HISTORIA CLÍNICA. CASO 17 :

Paciente de sexo masculino, de 33 años de edad, estado civil soltero, con 6to. Primaria de escolaridad, ocupación estilista, de religión evangélica.

Paciente VIH positivo asintomático, le fue detectado el virus en enero de 1995, luego que le realizaron exámenes debido a que le dio una parálisis facial y tuvo que estar internado por varios días en el hospital en estado de coma y además de tener convulsiones.

Refiere que enfermedades de transmisión sexual como la sífilis, es lo "único" que le han contagiado al tener relaciones sexuales con trabajadoras del sexo y agregado también el VIH.

Además dice el paciente que su sueño es normal, que tiene buen apetito, y que no ha padecido aún de ninguna otra enfermedad.

Expresó que vive solo porque sus familiares lo rechazaron.

Además informa que regularmente asiste a reuniones sociales con sus amigos y que tiene varios amigos en los que puede confiar y a quienes les ha manifestado su situación de seropositivo.

Se observa en el paciente un poco de resistencia durante las entrevistas pero con el tiempo fue cediendo.

EXAMEN MENTAL (CASO 17)

El paciente se presenta puntualmente a cita, viene bien arreglado, peinado, ordenado, limpio. Se ven en él signos depresivos y de desnutrición.

Su estado de conciencia se muestra un tanto confuso notándosele decaimiento, apático e inapropiado en algunas expresiones que hace.

La actividad motora se puede observar un poco lenta, presenta algunas posturas peculiares, como manierismos.

En su lenguaje se observa en él pesimismo, hay coherencia en su lenguaje y el tono de voz es bastante bajo.

Su memoria reciente y remota se encuentra en muy buen estado de lucidez. El sensorio no se encuentra comprometido ubicado en tiempo, espacio y persona.

Además se observan algunos signos depresivos, utiliza frecuentemente como mecanismos defensivos el de evasión y el de proyección.

HISTORIA CLÍNICA CASO 18 :

Paciente de sexo masculino, de 21 años de edad, estado civil soltero, estudiante de 5to. Bachillerato y religión evangélica.

El paciente presenta un cuadro clínico de SIDA, fue diagnosticado como VIH positivo desde el año de 1992. Se efectuó la prueba al considerar haberse expuesto al no utilizar protección en sus relaciones sexuales, las que eran de tipo homosexual.

Manifiesta que desde el momento en el cual le informaron acerca del resultado de la prueba, bajó su estado anímico cayendo en un constante deterioro físico.

Dentro de los síntomas que frecuentemente padece se encuentran falta de apetito, diarreas, escalofríos, sudor en exceso, bajo peso y agotamiento muscular.

No ha padecido de alguna otra enfermedad de transmisión sexual.

Su núcleo familiar está constituido por su madre, su hermana de 23 años y un hermano menor de 17, dentro del núcleo familiar solamente su madre y su hermana mayor saben de la afección que lo aqueja, porque a su hermano menor no han querido decirle nada, por temor a preocuparle, refiere que su madre y su hermana en todo momento le brindan apoyo, aunque a él le preocupa y le angustia el que ellas se pongan mal por su culpa.

El perfil social del paciente se caracteriza por un escaso número de amigos ya que este se ha reducido debido a la enfermedad que lo aqueja.

Emocionalmente se pudo observar en el paciente un estado de ánimo decaído con algunos signos depresivos como falta de apetito, hipersomnio, pérdida de la libido sexual; además aislamiento.

EXAMEN MENTAL (CASO 18)

El paciente se presenta puntualmente a sus citas, con adecuado arreglo personal, peinado, vestido de acuerdo a la época y limpio.

Se puede observar en el paciente signos de desnutrición, demasiado delgado y demacrado.

El nivel de conciencia se denota obnubilado, la mayor parte del tiempo mantiene la mirada fija hacia el suelo.

La actividad motora es demasiado lenta, a veces tiene que caminar con ayuda, presenta algunas posturas peculiares femeninas y algunos manierismos.

Las características de su lenguaje son de muy bajo tono y a veces con coherencia e incoherencia.

Presenta ideas obsesivas en cuanto al momento de su muerte.

Su memoria tanto reciente como remota se encuentran intactas. El sensorio se nota un poco comprometido especialmente en lo relacionado al aspecto de su persona.

Su juicio se encuentra intacto y su pensamiento es abstracto, además de lograr introspección.

Algunos rasgos depresivos se hacen evidentes en él como : tristeza, y falta de apetito.

Los mecanismos defensivos más frecuentes son : proyección en que dice que los demás tienen la culpa de lo que le ha pasado, y con esto evade su responsabilidad en el problema.

HISTORIA CLÍNICA CASO 19 :

Paciente de sexo masculino, de 29 años de edad, de estado civil soltero, Perito en Mercadotecnia y Publicidad de profesión, de ocupación bodeguero y religión católica.

El año pasado le fue diagnosticado ser VIH positivo, él refiere que fue infectado hace tres años ya que en ese año tuvo relaciones de alto riesgo no utilizando preservativo con una persona de su mismo sexo.

Expresa que no acepta la enfermedad renegando en todo momento con respecto a ella. A pesar de esto dice que quiere salir adelante y mantiene la esperanza que muy pronto se encuentre algo para curarla,

Tiene dificultad para dormir, muestra un buen apetito, ha padecido de diarreas, vómitos y se agota con facilidad.

Manifiesta que dos veces ha padecido gonorrea como E T S.

Su núcleo familiar está integrado por su madre, su padre y dos hermanas ; dice que a nadie de su familia le ha comunicado sobre la enfermedad porque le preocupa que ellos vayan a sufrir, y posiblemente lo hará en el último momento.

Expresa además que no asiste a reuniones sociales, ya que pueden darse cuenta de su enfermedad y no quiere estar dando explicaciones, dice tener algunos amigos con quienes comparte algunas actividades.

Se observa en él mucha resistencia en aceptar su enfermedad.

EXAMEN MENTAL (CASO 19)

El paciente se presenta bien peinado, arreglado, limpio y vestido de acuerdo a la época. Su estado de conciencia se presenta con mucha lucidez y coherencia. La expresión de su rostro es variante porque por momentos hace algunas muecas. La actividad motora se denota con una adecuada normalidad.

Muestra un lenguaje coherente, con tono de voz normal. Se encuentra bien ubicado en cuanto a tiempo, espacio y persona. La memoria no se ve comprometida ya que se observa que recuerda los hechos pasados y recientes de su vida. Su pensamiento es concreto y abstracto.

Presenta el juicio intacto. Los mecanismos de defensa que utiliza son la evasión y la negación además de la resistencia.

HISTORIA CLÍNICA CASO 20

Paciente de sexo masculino, con 43 años de edad, soltero, tercer grado de primaria, ocupación conserje y de religión católica.

El paciente es VIH positivo, este diagnóstico se lo dieron hace dos años y medio por presentar algunos problemas de salud como : bajo peso, decaimiento, fatiga, visión borrosa, pérdida del apetito detectándole diabetes, pero al mismo tiempo lo diagnosticaron como VIH

positivo, cuadro en el cual hasta la fecha no ha presentado síntomas, aunque se le han inflamado los ganglios linfáticos.

Expresa el paciente que aún no cree ser VIH positivo, porque considera sentirse bien. Además agrega que considera no sentirse mal por ser VIH positivo, porque hasta cierto punto esto es parte de su vida sexual desordenada que llevó, siendo bisexual, también que esto no le causa sentimientos de culpa.

Como enfermedad de transmisión sexual también ha padecido herpes genital.

El núcleo familiar del paciente lo componen una hermana, su cuñado, y tres sobrinos. Su condición de seropositivo solo lo conoce su hermana, la que le brinda todo su apoyo, solo con su cuñado las relaciones son difíciles porque le recrimina que la hermana lo tenga viviendo en su casa.

El perfil social del paciente es aceptable porque tiene bastantes amistades e incluso se mantiene activo en un grupo religioso lo que le ha permitido también tener un trabajo en el que mantiene relación directa con muchas personas.

En el aspecto emocional al paciente se le observa estable, aunque parece esconder en su personalidad angustia latente, la que desplaza a través del buen sentido del humor y la indiferencia ante la enfermedad.

Además se observa que el paciente no logra hacer insight de sus problemas los que esconde de una forma muy sutil.

EXAMEN MENTAL (CASO 20)

El paciente se presentó adecuadamente vestido, limpio, accesible y seguro de si mismo.

Presenta un estado de conciencia alerta y el ánimo es bastante aceptable aunque con algunos indicadores un tanto exagerados.

La actividad motora se adecuada, pero se denotan algunos gestos peculiares como el movimiento de manos al estar expresando sus ideas.

El lenguaje es coherente con un tono de voz alto y cierta verborrea, siendo detallista en los temas que enfoca.

El pensamiento prevalece el de tipo concreto, con un juicio adecuado aunque no logró la introspección.

Se detectaron algunos síntomas especiales de depresión con respecto al futuro, porque considera que por su edad para el ya no existen expectativas de superación, disminución de la libido sexual e insomnio.

Asimismo se observan algunos mecanismos defensivos como : negación, racionalización y evasión.

3.2 INTERPRETACION DE LOS PERFILES OBTENIDOS DE LOS 20 CASOS EVALUADOS EN LA ASOCIACION DE PREVENCION Y AYUDA A ENFERMOS DE SIDA (APAES/SOLIDARIDAD) DURANTE EL AÑO 1995 :

A continuación se describen las escalas encontradas en los casos de pacientes VIH/SIDA, que fueron evaluados con el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.) :

A. ESCALAS DE VALIDEZ :

A.1 Escala L :

Del total de 20 casos evaluados, 13, obtuvieron un puntaje T de 36 a 55, siendo este un bajo rango que es descrito con las siguientes características : La escala L baja describe a personas que se destacan por ser individuos que admiten con franqueza sus fallas sociales . Los otros 7 casos presentan la escala L entre T 56-63 manifestándose en mucha necesidad de impresionar en forma favorable y de ofrecer respuestas socialmente aceptables en relación al control de uno mismo y a principios morales establecidos. Son personas conformistas y convencionalistas. La mayor parte de pacientes aceptan haber sido culpables de contraer el VIH/SIDA por su libertinaje sexual, parece ser que con esta postura existe una necesidad de exhibicionismo en comunicar padecimientos (este aspecto lo manifiestan con la intención de obtener ganancias secundarias) , o faltas no aceptadas socialmente cuya causa puede ser negar limitaciones psicológicas ; en muchos casos en los pacientes estas limitaciones fueron manifiestas, como por ejemplo en la incomprensión de las preguntas del instrumento. También la necesidad de ser escuchados por el tipo de educación que poseen.

A.2 Escala F :

Dentro de esta escala se encuentran 14 casos con puntuación elevada, los cuales 5 tienen un puntaje T 85-110 y sobrepasan el límite de validez, lo que se podría deber a la falta de cooperación del examinado la cual fue debida a varios factores entre los que se encuentran : la resistencia que es natural en un paciente VIH/SIDA, o también como

mecanismo de defensa relacionado a los prejuicios que existen socialmente con respecto a la enfermedad. Otro factor lo constituye, el estado de salud que presentaban al ser evaluados ; haber contestado al azar o a la falta de comprensión de la lectura, porque muchas veces se tuvo que explicar y ejemplificar algunas interrogantes de la prueba.

Asimismo los 9 casos restantes se encuentran en un puntaje T de 70-85 y son personas que quieren aparecer o tratan de aparentar ser inadecuadas, incompetentes mentalmente, enfermas o que buscan evitar responsabilidades fingiendo estar enfermas, en algunos casos los síntomas de la enfermedad fueron observables, pero en otros hubo tendencias a la somatización porque sus funciones psicológicas en un buen porcentaje de pacientes se vieron intactas.

A.3 Escala K :

Del total de la muestra 16 casos obtuvieron escalas bajas, con un puntaje T 27-45 y presentan las siguientes características : tienen un inadecuado concepto de si mismos, empobrecidos y llenos de insatisfacciones en relación a sus habilidades, esto debido a una baja autoestima relacionada con una identidad sexual no aceptada socialmente, especialmente por la familia en la mayoría de los casos ; a veces demasiado críticos y toscos, muchas veces esta tendencia en los homosexuales, suele deberse a que no actúan de la misma forma con personas heterosexuales.

B. ESCALAS CLINICAS

B. 1 Escala de Hipocondriasis 1(Hs) :

Dentro de esta escala encontramos en el total de 20 pacientes atendidos de la muestra, 14 casos con un puntaje alto de los cuales 4 tienen un puntaje T de 75 a 84, encontrándose, personas con interés prominente acerca de la integridad física. En personas jóvenes que fueron evaluadas se hizo manifiesta la angustia por la pérdida de la apariencia física : como la caída del cabello, desnutrición, resequedad de la piel, palidez, esto por causa de la enfermedad, y un gran número de preocupaciones somáticas. Esta actitud es de personas amargadas con expresiones indirectas de hostilidad, la hostilidad indirecta se observó por la

frustración o impotencia de no tener los medios económicos necesarios para lograr el mejoramiento de su estado de salud, manifestado esto de forma verbal.

Por otro lado del total de casos que tuvieron una puntuación alta en esta escala, 9 tuvieron puntajes de 85 en adelante, estos son individuos con preocupaciones somáticas numerosas, de naturaleza crónica, presentan además fatiga funcional, debilidad, manifestación de síntomas para todos los sistemas corporales ; esto es comprensible porque los pacientes de una forma real se ven afectados por un sin número de afecciones tanto físicas como psíquicas.

B. 2 Escala de Depresión 2 (D) :

En la presente escala encontramos que del total de los 20 casos, 9 tienen un puntaje más alto que lo normal, 80 en el puntaje T, este tipo de personas presentan las siguientes características : depresión severa, preocupación extrema y pesimismo. Estos aspectos fueron observables en algunos pacientes que manifestaron haber tenido ideas suicidas al saber que el SIDA es una enfermedad mortal ; conducta indecisa, relacionada a ingerir o no los medicamentos que le son recetados por los médicos ; aislamiento, el paciente VIH/SIDA desde el momento en que es diagnosticado tiende a presentar esta conducta, encerrándose en su propio mundo y dejando por un lado todo tipo de actividad ; algunos de nuestros pacientes presentaron anorexia e insomnio, lo cual es muy común en la mayoría, por la misma preocupación acerca de su enfermedad ; sentimientos de inadecuación y depresión con rasgos delirantes y las elevaciones superiores presentan cuadros de apatía extrema y reacciones psicomotoras lentas, los últimos dos aspectos fueron notorios en algunos pacientes principalmente en una tercera fase de la enfermedad. Con la psicoterapia de apoyo que se brindó, en algún grado se logró mejorar el estado de ánimo de los pacientes.

B.3 Escala de Histeria 3 (Hi) :

Del total de la muestra, 10 de ellos tienen un puntaje alto de T 76-85, son personas con tendencia a desarrollar síntomas conversivos después de periodos prolongados de tensión. Molestias somáticas tales como cefaleas, dolor en el pecho, en la espalda, malestares en el abdomen, mareos, desmayos y debilidad.

Estos síntomas pueden basarse en algún tipo de patología física ; no podríamos asegurar que los pacientes VIH/SIDA evaluados tengan una personalidad histérica, porque es difícil diferenciar cuándo el paciente está somatizando o no, porque la mayor parte de estas molestias son parte de los síntomas que acompañan a la enfermedad.

B.4 Escala Desviación Psicopática. 4 (Dp) :

En esta escala del total de 20 casos, 9 casos presentaron una puntuación T entre 70-79, a este nivel se encuentran individuos rebeldes, resentidos e inconformes con poca tolerancia a la frustración, insatisfechos e inadaptados a la sociedad. Además se observan impulsivos, sus relaciones interpersonales son superficiales, son personas poco afectivas la mayoría de veces por haber carecido de estabilidad en su hogar y por su misma conducta antisocial, no lograron formar lazos sentimentales duraderos ; tienen conflictos con su grupo social. En un buen número de casos existe resentimiento hacia la sociedad, inculpándola en cierto momento a esta, como causante de su enfermedad ; además son individuos con una personalidad rebelde y con muchos conflictos sociales, problemas de drogas, alcohol, promiscuidad sexual, con crisis de identidad, problemas con la ley, deserciones escolares, etc.

B.5 Escala de Intereses 5 (Mf)

A través de la escala de intereses masculinos y femeninos vemos que de 20 casos de la muestra ; con un puntaje T entre 70-79 se han encontrado 10 casos de los cuales el manual refiere lo siguiente : son hombres afeminados extremadamente pasivos y sumisos que pueden tener grandes intereses artísticos. Los hombres de este grupo presentan conflicto de identificación y tendencias homosexuales, la homosexualidad manifiesta puede ser una posibilidad. Más de un 50% de los pacientes evaluados tienen orientación sexual de tipo homosexual, lo que explica el porcentaje de esta escala con un nivel elevado y nos da la pauta que en esta escala la prueba discriminó de una forma fehaciente el resultado.

B.6 Escala Paranoia 6 (Pa) :

10 son los casos que en esta escala representan un puntaje T entre 70-79 y más de 80, el rasgo prominente que presenta este grupo es la proyección de culpa y hostilidad.

Clinicamente en algunos pacientes se percibió que aceptan ser culpables, pero siempre proyectan estos sentimientos hacia la persona que los infectó, además es manifiesta la hostilidad hacia la familia o la sociedad. Con la terapia de apoyo en alguna forma se trató de persuadir a los pacientes para que sacaran esos sentimientos. También son personas rígidas, extremadamente sensibles siendo muy difícil entenderse con ellos, mal interpretan y perciben inadecuadamente los estímulos sociales, esto es manifiesto en personas con orientación homosexual, quienes socialmente están estigmatizados y cualquier comentario que se haga de ellos lo toman como un rechazo, a la vez si el perfil es válido, se presenta un cuadro patológico muy marcado ya que exhiben ideas de referencia, de persecución, sentimientos de relaciones interpersonales inadecuadas. En algunos pacientes evaluados las ideas de referencia son un aspecto clínico que manifiestan, no así ideas de persecución; las relaciones interpersonales en ciertos individuos siempre han sido inadecuadas y máxime al tener un diagnóstico positivo del VIH, esta inadecuación en sus relaciones se ve reforzada porque su actitud es bastante defensiva.

B.7 Escala Psicastenia 7 (Pt) :

En esta escala encontramos 14 casos con puntuaciones T de 70 en adelante del total de la muestra. Estos puntajes se encuentran en sujetos rígidos, meticulosos, preocupados, aprensivos, porque creen que algo malo les sucederá, insatisfechos con sus relaciones interpersonales, temerosos y obsesivos, compulsivos y con sentimientos de culpa, preocupados sobre temas religiosos y morales.

En los pacientes VIH/SIDA, la preocupaciones son reales ante el futuro, y concretamente sobre las enfermedades que les podrán sobrevenir, ya que se notó que existe en muchos pacientes esta preocupación; pero a la par se trató de hacerles ver que no es posible adelantarse a los acontecimientos, ubicándolos en el aquí y ahora, con respecto a las relaciones interpersonales, la insatisfacción es propia de ellos mismos, porque la mayor parte de veces no logran una adecuada estabilidad afectiva y cuando ésta existe es fría.

B.8 Escala Esquizofrenia 8 (Es)

En la escala clínica acerca de la esquizofrenia se encontraron 16 casos con puntuaciones T arriba de 70, representando las siguientes características mentalidad esquizoide, inusuales, acéntricos, pero pueden mantener adaptación social y vocacional; se encuentran también socialmente introvertidos, es decir, se relacionan muy pobremente y tienden a evitar la realidad o las presiones de la realidad y presentan impulsos inaceptables, buscando realización en sus fantasías. No saben que es lo que se espera de ellos, aún en las relaciones interpersonales sencillas.

Elevaciones por arriba de T 80 en esta escala en perfiles válidos sugieren presencia de desordenes del pensamiento, confusión y pensamientos extraños, creencias y actividades raras.

Con nuestros pacientes encontramos algunos rasgos de los mencionados especialmente el de evadir la realidad, usando esto como un mecanismo defensivo lo que hace que para muchas personas esto represente una forma para no llegar a tomar algún tipo de actitud fatalista y así lograr reprimir los impulsos inaceptables.

No se observaron desordenes del pensamiento, aunque por la misma Psicopatología del problema se observó cierto embotamiento del pensamiento. Se vio que algunos pacientes no habían logrado resolver el estado de confusión que ha causado el saber ser personas con VIH positivo, manifestando en forma interrogativa el por qué ellos fueron víctimas de tal problema.

En algunos se manifiestan pensamientos extraños imaginando ser perseguidos por la mala fortuna y víctimas inocentes de la enfermedad. Dentro de las actividades peculiares que presentan los pacientes está la tendencia de aislarse cada día de las relaciones sociales, por la pérdida de la apariencia física y la baja autoestima, lo que hace que el paciente se encierre en su propio mundo evitando a toda costa el contacto social.

B.9 Escala Hipomanía 9 (Ma) :

Aquí se nos presentan 11 casos del total de la muestra que presentan un puntaje T por arriba de 70-85, el cual se refiere a que existe la posibilidad de que se trate de una desadaptación hiperactiva con agitación marcada, irritabilidad y agresividad irracional ante las más mínima frustración. Las personas con esta elevación son inquietas, impulsivas, establecen

relaciones interpersonales caracterizadas por la superficialidad en forma rápida, son entusiastas temporales, de empresas y propósitos efímeros.

La mayor frustración que encontramos en los pacientes jóvenes evaluados, fue con respecto a las cortas expectativas de vida que se avizoran, y que al saber el diagnóstico sus planes se han venido abajo, lo que genera en ellos irritabilidad y agresividad. Aunado a esto, se ve que la mayor parte de pacientes no han tenido metas fijas y han vivido la vida sin ningún propósito, redundando esto en una baja estabilidad emocional, social, laboral, escolar, familiar y afectiva.

C. ESCALAS ADICIONALES

C.1 Escala Social I E (Si) :

Tres casos tienen un puntaje T entre 25-44 que caracteriza a personas afectuosas, sociables y amistosas ; lo cual fue evidente en algunos de los pacientes. Trece casos con un puntaje T de 45-59 , que define a las personas con capacidad para establecer relaciones sociales de naturaleza satisfactoria, pero observamos que estos aspectos en los pacientes VIH/SIDA, ya se han deteriorado por los efectos emocionales de la enfermedad, además porque sienten temor de que otras personas se enteren de su problema.

Por último encontramos 4 casos con puntaje T 60-69, estas personas son bastante reservadas, difíciles de conocer, aparentemente tímidas en situaciones sociales que les son extrañas, especialmente cuando se intenta investigar aspectos de su personalidad, ante lo cual se tornan extremadamente defensivos.

3.3 ANALISIS DE RESULTADOS OBTENIDOS

Primeramente diremos que en los pacientes evaluados, los datos obtenidos confirman haber encontrado en la mayoría, la existencia de rasgos de personalidad con un nivel de Psicopatología ; lo que quiere decir, que los pacientes VIH positivos a los cuales se les administró la prueba en una o varias escalas sus puntajes son altos y muestran que la persona con un diagnóstico VIH/SIDA, de una u otra forma afecta la vida emocional del paciente. Sin embargo, podemos decir que en varios casos, los puntajes demasiado altos no presentan un cuadro puro de patología o no discriminan en forma objetiva con las observaciones clínicas que se realizaron para hacer un diagnóstico que confirme en forma fehaciente los dos tipos de perfil promedio (ver gráficas), según las respuestas dadas por los pacientes a la prueba. Deducimos que influyó en gran manera, el nivel cultural del paciente, en cuanto a la comprensión de las interrogantes así como las condiciones ambientales y el estado de salud de las personas evaluadas, así también la disposición del paciente al someterse a la evaluación, ya que se observó mucha resistencia y la falta de continuidad en la evaluación, la presencia de mecanismos defensivos alterados como : la racionalización, la negación y la intelectualización en algunos casos. Estos mecanismos defensivos permiten a los pacientes ser lo más tolerable posible a la angustia del diagnóstico dado.

Queremos también resaltar que algunas escalas clínicas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.), en sus frases presentan interrogantes que son síntomas que el paciente VIH positivo ha padecido o se encontraba padeciendo al momento de evaluarlo y que en forma real son afecciones físicas que los aquejan, tales como si ha padecido de diarrea, vómitos, cansancio muscular, dolor de cabeza, (cuando al paciente le da una infección del sistema nervioso llamado criptococciosis, le provoca fuertes dolores de cabeza), dolores estomacales, etc. Es también pertinente observar que por ejemplo la escala 8 de esquizofrenia, fue la que se encontró más elevada en la mayoría de los pacientes evaluados, hace referencia a una mentalidad o ideas esquizoides, así como al aislamiento social, el deterioro de las relaciones sociales y a la evasión de la realidad en la que se encuentran y

podrían estar en un cuadro borderline de esquizofrenia, esto se haría manifiesto en una forma más marcada en pacientes en la etapa terminal de la enfermedad.

Así también se hace la misma observación en algunas otras escalas clínicas que presentaron puntajes altos de las respuestas obtenidas, entre las que se encuentran : la escala de hipocondriasis, psicastenia, paranoia e hipomanía. Lo que fue muy marcado y confirmado con la prueba, fue la escala de intereses de masculinidad y feminidad, la cual discrimino en forma real las tendencias de cada paciente, en su mayoría hombres hacia las inclinaciones que tienen sobre su sexualidad, la cual no reprimieron. Fue también un hecho real, la inclinación que muestran los pacientes hacia la somatización, con un estado de ánimo caracterizado por apatía, tristeza, pobre autoestima, debilidad del ego y negación de su realidad, queriendo aparentar que no les afecta emocionalmente el hecho de ser pacientes VIH/SIDA, el querer presentarse como mentalmente muy enfermos y el negar faltas socialmente inaceptables, así mismo la falta de franqueza de algunos de los pacientes al contestar la prueba y otros que no comprendieron las preguntas y que en determinado momento invalida algunos perfiles que se evaluaron, pero que también nos permitieron conocer lo defensivos que pueden ser algunos pacientes VIH positivos, al tratar de someterlos a una evaluación psicológica.

Podemos decir, que se requieren mayores evaluaciones de los casos trabajados para brindar mayores conocimientos del estado emocional de los pacientes infectados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y así poder formular o establecer las técnicas psicoterapéuticas más adecuadas, que permitan al terapeuta brindar la ayuda que los pacientes VIH positivos o con SIDA necesitan, con respecto a los trastornos de personalidad, que de una u otra forma son determinantes para que su psiquis se vea afectada.

Retomaremos aquí, los propósitos que guiaron desde el inicio, nuestra investigación y los cuales a lo largo del desarrollo de la misma, se tuvieron en cuenta y que son los siguientes :

- Ampliar y profundizar la información referente al virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), desde una perspectiva psicológica, destacando la importancia de la psicoterapia como método alternativo de tratamiento.

En forma específica nos planteamos :

- Determinar los rasgos de personalidad más frecuentes que presenta el paciente VIH/SIDA.
- Conocer el estado emocional y anímico del paciente VIH/SIDA, para orientarlo y abordarlo con las técnicas psicoterapéuticas adecuadas.
- Poder brindar el soporte emocional al paciente VIH/SIDA, tratando de minimizar el deterioro físico, psíquico y social de la enfermedad.

Consideramos que la psicoterapia de apoyo es la técnica que en gran medida es aceptada por los pacientes VIH/SIDA porque pretender aplicar una psicoterapia profunda no es lo más recomendable, y porque el objetivo con los pacientes VIH/SIDA no es el reestructurar la personalidad, sino de ayudarlos a manejar su situación emocional inmediata.

De la terapia de apoyo aplicada con los pacientes atendidos las técnicas utilizadas fueron : Ventilación, en la que se le permitió al paciente exteriorizar los problemas colaterales derivados del diagnóstico VIH positivo. Sugestión, donde junto al paciente se trató de ir buscando las formas más aceptables de afrontar las crisis emocionales que manifestaron sufrir en un determinado momento. Persuasión, la cual se usó para orientar al paciente que se sentía confuso, sobre como afrontar su situación de VIH/SIDA.

Finalmente podemos afirmar que si bien es cierto se observó una mejoría emocional en algunos pacientes con la psicoterapia, en algunos otros esto no se logró por la falta de continuidad a sus citas psicológicas, lo que en cierto momento afectó el proceso.

Como resultado de la evaluación de los pacientes VIH/SIDA, evaluados con el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.), se lograron dos tipos de perfil promedio ; uno de 17 pacientes de sexo masculino y otro de 3 pacientes de sexo femenino. Lo cual es debido a que la prueba tiene dos plantillas, una para evaluar sexo femenino y otra para sexo masculino. En el caso del perfil promedio femenino presenta características de un perfil limítrofe, por encontrarse varias de las escalas clínicas entre valores T 60-70 entre las que encontramos : la escala 2 (Depresión), escala 4 (Desviación psicopática), escala 6 (Paranoia), escala 8 (Esquizofrenia) y finalmente la escala 9 (Hipomanía).

El perfil promedio masculino refleja ser un perfil tipo elevado, el cual es definido como aquel en el que existen 3 o más escalas clínicas superiores a T 70 . En este perfil elaborado

encontramos las siguientes escalas superiores a T 70 . escala 1 (Hipocondriasis), escala 6 (Paranoia), escala 7 (Psicastenia), escala 8 (Esquizofrenia) y escala 9 (Hipomanía).

A continuación se presentan : La tabla de datos generales de los 20 pacientes evaluados, la gráfica de los intervalos de edad y las gráficas de los perfiles promedio elaborados para el sexo masculino, como para el femenino.

En cuanto a los dos perfiles promedio obtenidos debemos hacer algunas inferencias en cuanto a la marcada diferencia que existe en los puntajes que se obtuvieron las cuales consisten en lo siguiente :

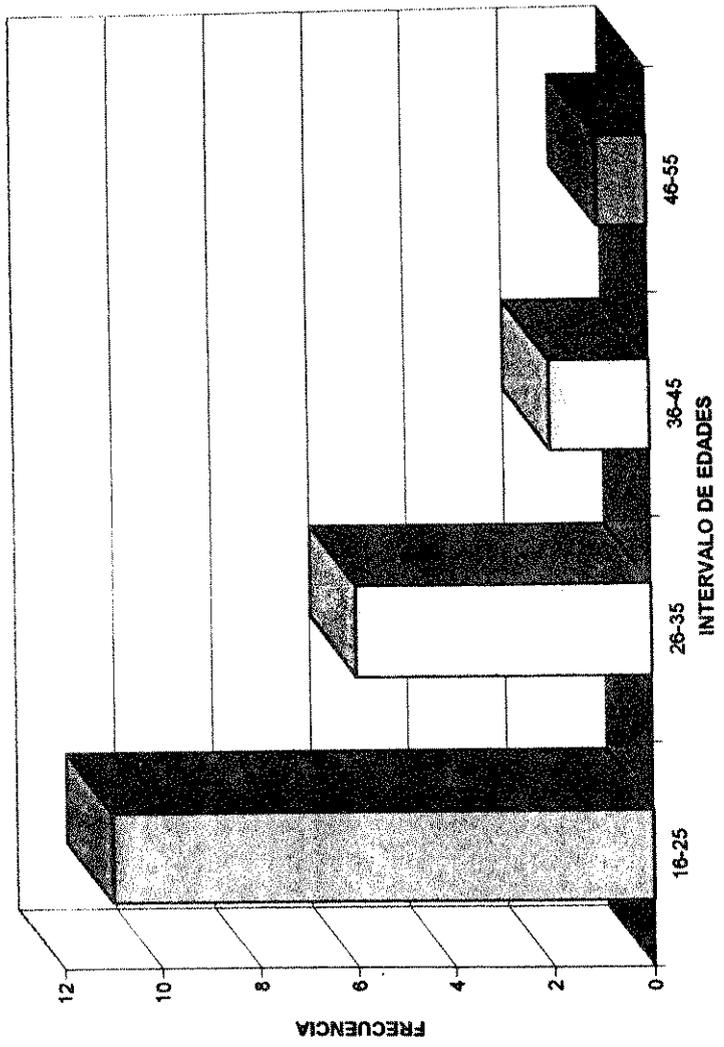
- El número de casos en mujeres es mínimo ya que refleja un 15% del total de la muestra.
- Que el estado emocional de las mujeres evaluadas siempre se observó con adecuada estabilidad.
- O que pudo haber influido la orientación sexual de la mayor parte de pacientes del sexo masculino, los que tienden a presentar estados emocionales alterados, los que a la vez son rasgos de una personalidad premórbida.

TABLA. No 1
DATOS GENERALES DE 20 PACIENTES VIH/SIDA EVALUADOS EN APAES/SOLIDARIDAD
(SEPTIEMBRE 1995)

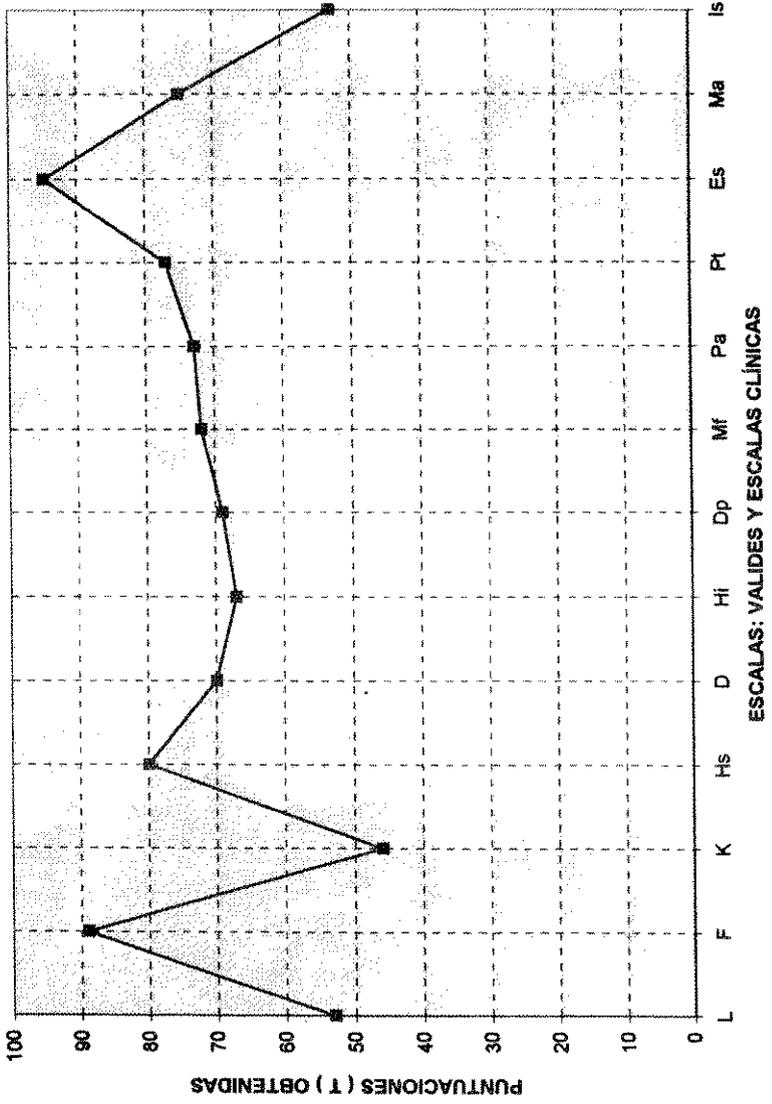
DATOS	PORCENTAJE
SEXO	
MASCULINO	85%
FEMENINO	15%
ESCOLARIDAD	
PRIMARIA	45%
BASICOS	20%
DIVERSIFICADO	25%
UNIVERSITARIA	10%
RELIGIÓN	
CATÓLICA	60%
EVANGÉLICA	40%
ESTADO CIVIL	
SOLTEROS	75%
VIUDAS	15%
CASADOS	5%
UNIDOS	5%
ETAPA DE LA ENFERMEDAD	
VIH POSITIVO	90%
SIDA	10%

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
 INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
 INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INTERVALO DE EDADES DE 20 PACIENTES VIH/SIDA
EVALUADOS EN APAES/SOLIDARIDAD
(SEPTIEMBRE 1995)

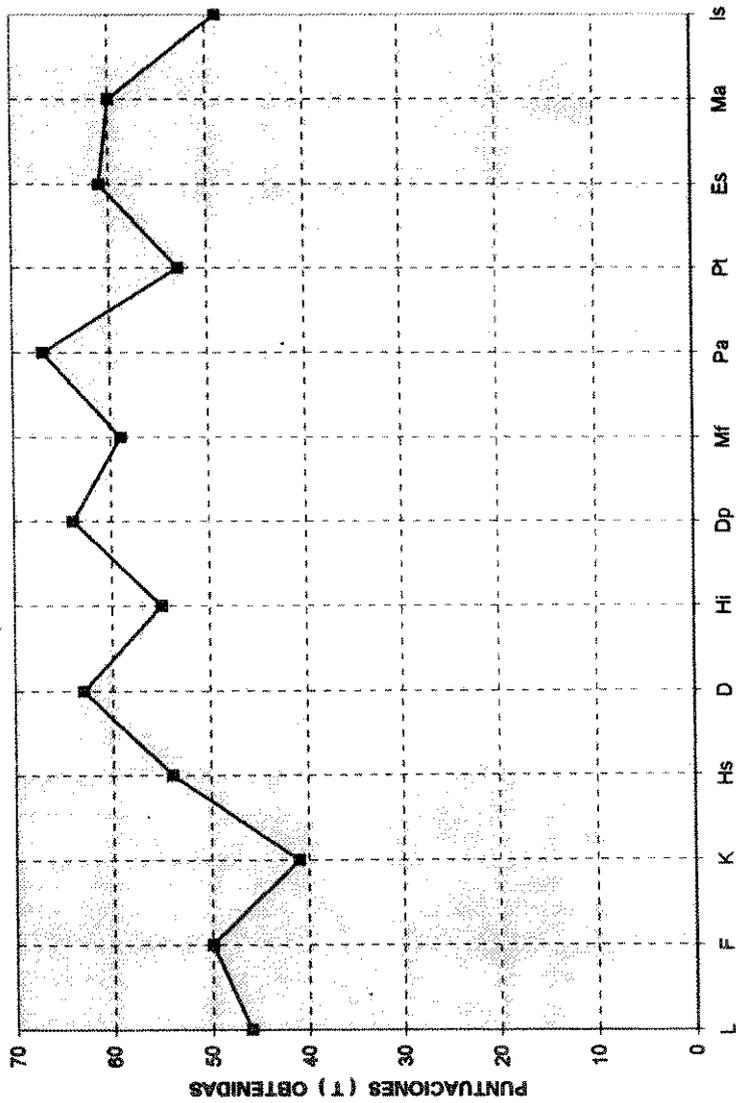


GRÁFICA No. 2
 PERFIL PROMEDIO DE 17 PACIENTES VIH/SIDA SEXO MASCULINO
 EVALUADOS CON EL (M.M.P.I.)
 APAES/SOLIDARIDAD
 (SEPTIEMBRE 1995)



ESCALAS: VALIDES Y ESCALAS CLÍNICAS

GRÁFICA No. 3
 PERFIL PROMEDIO DE 3 PACIENTES VIH/SIDA SEXO FEMENINO
 EVALUADOS CON EL (M.M.P.I.)
 APAES/SOLIDARIDAD
 (SEPTIEMBRE 1995)



ESCALAS: VALIDES Y ESCALAS CLÍNICAS

CAPITULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES.

- 4.1.1 En cuanto a los objetivos propuestos fueron alcanzados, porque se logró obtener un perfil psicológico de los pacientes VIH/SIDA evaluados ; a la vez que con la terapia de apoyo brindada, mejoró el estado emocional de los pacientes. Es más, estos objetivos se ampliaron continuando con el trabajo psicoterapéutico a los pacientes, algunos antiguos y muchos más que se han agregado al programa de apoyo, los cuales son referidos de las clínicas VIH/SIDA de los hospitales Roosevelt y San Juan de Dios.
- 4.1.2. Los resultados obtenidos a través de la interpretación del M.M.P.I., historia clínica y el examen mental de los pacientes evaluados no pueden generalizarse, ni aplicarse a todas las personas con un diagnóstico VIH/SIDA, sino que los perfiles obtenidos, son válidos para los pacientes de la presente investigación.
- 4.1.3 Se considera que la infección VIH/SIDA, en Guatemala está causando estragos y se calcula que para los inicios del año 2,000 se podrán presentar las siguientes cifras
- Entre 550 y 1080 nuevos casos de VIH por cada 100,000 guatemaltecos.
 - 60,000 y 120,000 personas infectadas.
 - La mayor parte de los afectados serán jóvenes entre los 20 y 24 años.
 - Se estima que cada 6 horas un guatemalteco muere a causa del SIDA y otros 10 se contagian con el VIH.
 - La modalidad de transmisión es de el 73.1% es heterosexual ; homosexual el 22.4% ; sanguíneo el 2.9% y perinatal el 1.7% .

- 4.1.4 En cuanto a los pacientes VIH/SIDA evaluados en la presente investigación la mayor parte son jóvenes entre 16-25 años, con un nivel bajo de escolaridad, el mayor número es de hombres y el 90% se encontraban en la primera etapa de la enfermedad, todos los pacientes evaluados se infectaron a través de relaciones sexuales.
- 4.1.5 De lo anterior se deduce que la presencia de VIH/SIDA en los pacientes investigados nos hace considerar que la etiología de la infección en éste caso es la promiscuidad sexual teniendo como antecedentes previos a la infección con VIH, enfermedades de transmisión sexual y la falta de prevención.
- 4.1.6 El perfil promedio masculino refleja ser un perfil tipo elevado, porque presenta tres o más escalas clínicas superiores a T 70. Dentro de las escalas elevadas que se encontraron, están : Escala de hipocondriasis ; paranoia ; psicastenia ; e hipomanía. Considerándose que la escala de Esquizofrenia ha resultado ser la más alta en este grupo como una respuesta adaptativa del aislamiento social como efecto de la enfermedad que sufre el paciente.
- 4.1.7 El perfil promedio femenino presenta características de un perfil límite, por encontrarse varias de las escalas clínicas entre valores T 60-70 como : Escala Depresión, desviación psicopática, paranoia, Esquizofrenia e hipomanía.
- 4.1.8 Como parte de la personalidad que acompaña a los pacientes VIH-SIDA evaluados, los mecanismos defensivos encontrados con mayor predominio se halló : negación, evasión, racionalización, proyección, intelectualización y evitación los que les permiten a los pacientes hacer más tolerable la angustia del proceso de la enfermedad.
- 4.1.9 La psicoterapia de apoyo, consideramos es la técnica más adecuada para aplicar a los pacientes VIH/SIDA, porque sería muy difícil aplicar otra técnica que pretenda reestructurar la personalidad del paciente, además por las expectativas de vida que tiene

el paciente, es necesario encarar de forma inmediata las angustias que causa el saberse infectados con el VIH.

4.1.10 Con la terapia de apoyo que se aplicó a los pacientes se considera haber logrado :

Reducir la ansiedad y la agresividad, aumentar la capacidad de análisis de sus relaciones interaccionales con los otros y el aumento de la capacidad de introspección.

4.1.11 Como un logro de haber abierto el Programa de atención psicológica a pacientes

VIH/SIDA de APAES/SOLIDARIDAD, fueron elaborados, un manual de orientación para el consejero y un folleto informativo de las actividades que dicho grupo realiza, financiados ambos por el Proyecto de Salud Materno Infantil P.S.M.I.

4.1.12 El realizar un proceso de investigación con pacientes VIH/SIDA desde el aspecto psicológico, es una tarea ardua, la que requiere mucha paciencia, perseverancia y entusiasmo, y previo a esto desarrollar en el psicólogo un proceso de humanización, que también lo haga cuestionarse acerca de su propia existencia y así pueda enfrentar los estados emocionales de sus propios pacientes hasta llegar a un situación de empatía con ellos.



4.2 RECOMENDACIONES

- 4.2.1 A las instituciones que trabajan Programas educativos en prevención de la infección VIH/SIDA en el país se les recomienda solicitar ayuda de las Universidades, medios de comunicación social para realizar campañas frecuentes, y así evitar que se siga multiplicando el número de personas infectadas.
- 4.2.2 Recomendamos a las pocas instituciones que trabajan con pacientes VIH/SIDA brindarles a estos tratamiento psicológico, creando los espacios físicos adecuados para el pleno desarrollo del trabajo psicoterapéutico.
- 4.2.3 Involucrar a todos los sectores de la población como el gobierno, universidades, iglesias, medios de comunicación, la banca y la industria etc. para diseñar estrategias y acciones encaminadas al cambio de actitudes en la población y evitar conductas de riesgo que pongan a la mayoría al borde de la infección VIH/SIDA.
- 4.2.4 Declarar de urgencia Nacional el problema del VIH/SIDA, con la finalidad de crear un fondo específico para afrontar los niveles de la infección en su forma primaria, secundaria y terciaria en las personas afectadas y no afectadas ; además de modificar la actitud del equipo de salud y de la comunidad en general sobre los prejuicios que existen en contra de las personas infectadas.
- 4.2.5 A los compañeros psicólogos se les recomienda implementarse teóricamente sobre la problemática emocional de los pacientes VIH/SIDA y continuar con estudios que permitan tener un mejor perfil psicológico de los mismos tomando en cuenta la psicoterapia de apoyo como método de tratamiento y así lograr que el paciente enfrente los efectos emocionales de la enfermedad de una mejor forma evitando también los prejuicios con respecto a los afectados por la enfermedad.

- 4.2.6 A las autoridades de la Escuela de Ciencias Psicológicas se recomienda la necesidad de preparar a los estudiantes sobre los temas del VIH/SIDA y realizar campañas de prevención entre los estudiantes para que aprendan a protegerse del SIDA e implementar a los estudiantes de una forma práctica sobre la terapia de apoyo como método de tratamiento a los pacientes con ésta problemática.
- 4.2.7 A los pacientes VIH/SIDA, se les sugiere usar los mecanismos de prevención existentes para evitar la reinfección y la transmisión del VIH a otras personas, a la vez recomendamos colaboren con el equipo multidisciplinario para que se les pueda brindar una atención integral y así lograr mejorar su calidad de vida y convivencia con el VIH.
- 4.2.8 A las personas con planes de unir sus vidas o que piensan en un embarazo, se les recomienda realizarse la prueba del VIH para prevenir y evitar infectar a terceras personas en una posible transmisión del virus.
- 4.2.9 Al director Administrativo de APAES/SOLIDARIDAD se le insta a continuar abriendo las puertas de la institución a estudiantes de la Escuela de Psicología y otras facultades para que puedan realizar trabajos de investigación como un aporte científico a la solución del problema del SIDA.
- 4.2.10 Finalmente a toda la población recomendamos el rescatar nuestros valores morales haciendo prevalecer la fidelidad a la pareja como un sentimiento profundo de amor y lealtad a la familia como núcleo y célula de la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Cameron, Norman, Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad, 2a. Edición, Traducción de Federico Patán, México, Trillas, 1986 pp. 815.
- Linares, Silvia y Dinora Ochoa, Efectividad de la Psicoterapia en Pacientes con VIH/positivo SIDA, Tesis, USAC, Guatemala 1995, pp. 57.
- Davidoff, Linda L. Introducción a la Psicología, 2a. Edición, Traducción Pedro Rivera, México, McGraw Hill, 1984, pp. 794.
- Del Río Chiriboga, Carlos, Guía para Enfermeras de Atención a Pacientes con VIH/SIDA, México, Conasida, pp. 48.
- Dorsch, Friedrich Diccionario de Psicología, 4a. Edición, Traducción Ismael Antich, España, Herder, 1981 pp. 1070.
- Faena, Luz Aída y Rosalinda González Conocimientos Actitudes y Prácticas de Riesgo del Adolescente en relación al SIDA, Tesis, USAC, Guatemala, 1992, pp. 48.
- Gordon Hill, y Tony Klouda Hablando del SIDA, Adaptación de Susana Sierra, York, Federación Internacional de Planificación de la Familia, 1990, pp. 98.
- Hathaway, S.R. y J.C. Mckliley Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota M.M.P.I. Manual, Traducción, Rafael Nuñez, México, El Manual Moderno 1978, pp. 26.
- Hernández, Ramón Artículo SALUD, Diario la República, abril, Guatemala, 1994, pp. 48.

- Jagger, Hanz El SIDA una guía actual, Traducción Fernando Martínez, Bernaldo del Quiroz, España, Everest, 1993 pp. 163
- Kolb, Lawrence Psiquiatría Clínica Moderna, 6a. Edición, Traducción Leopoldo Chagoya Beltran y Charlotte Birrel de Chagoya, Editorial la Prensa Médica Mexicana, México, 1976, pp. 1016.
- Morris, Charles Psicología un Nuevo Enfoque 5a. Edición, Traducción Rosa María Rosas Sánchez, México, Prentice Hall, Hispanoamericana, 1987, pp. 548.
- Nuñez, Rafael Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (M.M.P.I.) a la Psicopatología, 2a. Edición, México, El Manual Moderno, 1979, pp. 257.
- Pacay, Margarita Desfile, Diario Prensa Libre, julio, Guatemala, 1994, pp. 88.
- Pancheri, Paolo Manual de Psiquiatría Clínica, Traducción Erick Pérez Rincón, México, Trillas, 1987, pp. 392.
- Porot, Antoine Diccionario de Psiquiatría, 2a. Edición, Traducción Dr. Alberto Pons, España, Editorial Labor, 1986, pp. 1194.
- Flores, Marco Vinicio Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, Guatemala Trimestral, oct-dic. 1992, pp. 66.
- Roinstein, Florencia y James Rene Que sabes del SIDA, 2a. Edición, Nueva York, Federación Internacional de Planificación de la Familia, 1993, pp. 44.
- Sabatier, Renee SIDA y tercer Mundo, México, 1993, pp. 398.

- Solomon, Philip y Vernon, Patch Manual de Psiquiatría, 2a. Edición, Traducción, Armando Soto, México, Editorial El Manual Moderno, 1976, pp. 466.
- Tamayo Tamayo, Mario El Proceso de la Investigación Científica, 2a. Edición, México, Editorial Limusa, 1988, pp. 158.
- Toledo Lorenzana, José Rodolfo SIDA, Actualización de un Problema Contemporáneo, Guatemala, AGAYC, 1992, pp. 120.
- Villatoro P, Eduardo OPINIONES, Prensa Libre, abril, Guatemala, 1994, pp. 110.



ANEXOS





HISTORIA CLINICA

datos GENERALES:

Apellido _____ Sexo _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____
Lugar de origen _____
Residencia _____
Estado Civil _____ No. de Hijos _____
Etnicidad _____ Ocupación _____ Religión _____
Vivienda: propia _____ alquilada _____ Otra _____

TIPO DE CONSULTA:

DESCRIPCION DEL PROBLEMA ACTUAL:

EVOLUCION PERSONAL:

¿Cómo se siente en cuanto a la enfermedad? _____

¿Cómo se dan las relaciones entre los miembros del grupo familiar:

¿con él(ella) y su conyuge _____

¿con ella(él) y sus hijos _____

¿con él(ella) y otros miembros de su familia _____

¿pueda especificar _____

¿precedentes familiares de salud: _____

¿ocurrencia de algún miembro de la familia _____

¿cuándo? Hace cuanto tiempo _____

¿cómo le afectó _____

VIDA SOCIAL:

¿con amigos _____ Asiste con frecuencia a reuniones sociales _____

¿Asiste a algún grupo _____

¿qué tipo _____ práctica algún deporte _____

VIDA LABORAL:

¿trabaja actualmente? _____

¿cuánto tiempo tiene de laborar en el mismo lugar? _____

¿cómo son sus relaciones interpersonales con sus compañeros? _____

¿cuando en su trabajo que está infectado(a) _____ Cual fué la reacción de ellos o cree usted que _____

¿observaciones: _____

BIBLIOGRAFIA.....

ANEXOS :

Anexo 1 Historia Clínica

Anexo 2 Examen Mental

Anexo 3 Plan Terapéutico

Anexo 4 Perfil masculino del M.M.P.I.

Anexo 5 Perfil femenino del M.M.P.I.