

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



**“PSICOPATOLOGÍA DEL PACIENTE CON VIH-SIDA”**

MERNA EDITH CASTELLANOS MANZO  
ANA ISABEL AGUILAR JIMENEZ

Guatemala, Junio, 2006

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

“PSICOPATOLOGÍA DEL PACIENTE CON VIH-SIDA”

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN  
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO  
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

MERNA EDITH CASTELLANOS MANZO  
ANA ISABEL AGUILAR JIMENEZ

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE  
PSICÓLOGAS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIATURA

GUATEMALA, JUNIO, DE 2006

CONSEJO DIRECTIVO

Licenciado Riquelmi Gasparico Barrientos  
DIRECTOR ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes  
SECRETARIA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Licenciada Maria Lourdes González Monzón  
Licenciada Liliana del Rosario Álvarez de García  
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciado Evodio Juber Orozco Edelman  
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS  
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Estudiante Edgard Ramiro Arroyave Sagastume  
Estudiante Brenda Jullisa Chamám Pacay  
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES  
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 Y 14  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico  
CIEPs.  
Archivo  
Reg. 563-2002  
CODIPs. 873-2006

De Orden de Impresión Informe Final  
de Investigación

01 de junio de 2006

**Estudiante**

Merna Edith Castellanos Manzo  
Ana Isabel Aguilar Jiménez  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

**Estudiantes:**

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto QUINTO (5º) del Acta VEINTICINCO GUIÓN DOS MIL SEIS (25-2006) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 24 de mayo de 2006, que copiado literalmente dice:

**"QUINTO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: **"PSICOPATOLOGÍA DEL PACIENTE CON VIH/SIDA"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**MERNA EDITH CASTELLANOS MANZO**  
**ANA ISABEL AGUILAR JIMÉNEZ**

**CARNÉ 95-15393**  
**CARNÉ 96-18498**

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Rafael Estuardo Espinoza y revisado por el Licenciado Carlos Enrique Orantes Troccoli. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para la Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes  
SECRETARIA



/Gladys

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-  
9ª. Avenida 9-45 Zona 11 Edificio "A"  
TEL. 2485-1910 FAX 2485-1913 Y 14  
e-mail: [usacpsic@usac.edu.gt](mailto:usacpsic@usac.edu.gt)

CIEPs. 27-2006

REG. 563-2002

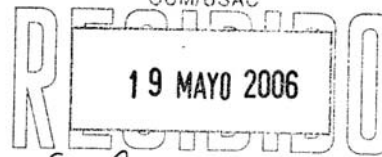
Guatemala, 8 de mayo de 2006

## INFORME FINAL

SEÑORES  
CONSEJO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS  
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Escuela de Ciencias Psicológicas  
Recepción e Información  
CUM/USAC



Firma: *MA* hora: 18:00 registro: 563-02

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Carlos E. Orantes T., ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

### “PSICOPATOLOGÍA DEL PACIENTE CON VIH/SIDA”

ESTUDIANTE:

CARNÉ No

Merna Edith Castellanos Manzo

9515393

Ana Isabel Aguilar Jiménez

9618498

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

*Mayra Luna de Álvarez*  
LICENCIADA MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ

COORDINADORA

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA -CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"

c.c. Revisor / a  
Archivo

MLDA / edr



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



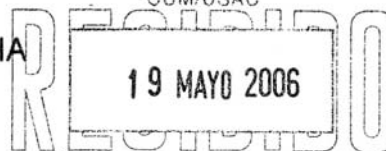
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVESITARIO METROPOLITANO -CUM-  
9ª. Avenida 9-45 Zona 11 Edificio "A"  
TEL. 2485-1910 FAX 2485-1913 Y 14  
e-mail: [usacpsic@usac.edu.gt](mailto:usacpsic@usac.edu.gt)

CIEPs. 28-2006

Guatemala, 8 de mayo de 2006

LICENCIADA  
MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ, COORDINADORA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA  
CIEPs. "MAYRA GUTIÉRREZ"  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Escuela de Ciencias Psicológicas  
Recepción e Información  
CUM/USAC



LICENCIADA DE ÁLVAREZ:

Firma: *ML* hora: 18:00 Registro: 563-02

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado:

**"PSICOPATOLOGÍA DEL PACIENTE CON VIH/SIDA"**

ESTUDIANTE:

CARNÉ No.

Merna Edith Castellanos Manzo  
Ana Isabel Aguilar Jiménez

95-15393  
9618498

CARRERA: Licenciatura en Psicología

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 respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

*[Handwritten Signature]*  
LICENCIADO CARLOS E. ORANTES T.  
DOCENTE REVISOR

c.c.: Archivo  
Docente Revisor / a

CEOT / edr



Guatemala, 29 de agosto de 2005

Licenciada Mayra Luna de Álvarez  
Departamento de Tesis  
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs-  
“MAYRA GUTIERREZ”

Licenciada de Álvarez :

De manera muy atenta me dirijo a usted para informarle que he asesorado el INFORME FINAL DE LA INVESTIGACION, titulado:

“ PSICOPATOLOGÍA DEL PACIENTE CON VIH-SIDA”

de las estudiantes:

MERNA EDITH CASTELLANOS MANZO	CARNÉ	95-15393
ANA ISABEL AGUILAR JIMÉNEZ		96-18498

Correspondiente a la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA. Después de haber realizado el asesoramiento y efectuado las correcciones necesarias, considero llena con los requerimientos establecidos por el Centro de Investigaciones , doy por APROBADO, y solicito se proceda con los trámites correspondientes para continuar con los trámites correspondientes.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



LICENCIADO RAFAEL ESTUARDO ESPINOZA  
ASESOR

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

cc: Control Académico  
CIEPs.  
Archivo  
Reg. 563-2002

CODIPs. 1158-2005

De aprobación de proyecto de Investigación

05 de julio de 2005

Estudiantes

Merna Edith Castellanos Manzo  
Ana Isabel Aguilar Jiménez  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiantes:

Transcribo a usted el Punto NOVENO (9º) del Acta CUARENTA GUIÓN DOS MIL CINCO (40-2005) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 29 de junio de 2005, que literalmente dice:

“**NOVENO**: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Investigación, titulado: “**PSICOPATOLOGÍA DEL PACIENTE CON VIH/SIDA**”, de la Carrera: Licenciatura en Psicología, presentado por:

MERNA EDITH CASTELLANOS MANZO

CARNÉ No. 95-15393

ANA ISABEL AGUILAR JIMÉNEZ

CARNÉ No. 96-18498

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 al Licenciado Rafael Estuardo Espinoza y como revisor al Licenciado Carlos Enrique Orantes T.”

Atentamente,

ID Y ENSEÑAD A TODOS

  
Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes  
SECRETARIA a.i.



/Gladys



PADRINOS

LICENCIADO RAFAEL ESTUARDO ESPINOZA  
PSICÓLOGO  
COLEGIADO 4426

LICENCIADA GINA GALAN DE POGGIO  
PSICÓLOGA  
COLEGIADO 1201

## AGRADECIMIENTOS

A DIOS  
POR SER FUENTE DE INSPIRACIÓN Y SABIDURIA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
POR ABRIRNOS LAS PUERTAS AL SABER

A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
POR FORMARNOS COMO PROFESIONALES

A NUESTROS PROFESORES  
POR SER PIEZA CLAVE EN NUESTRA FORMACIÓN ACADEMICA

A TODAS LAS PERSONAS QUE COLABORARON CON NOSOTRAS

Y

ESPECIAL AGRADECIMIENTO

AL LIC. RAFAEL ESTUARDO ESPINOZA  
POR HABERNOS GUIADO Y BRINDADO SU TIEMPO

## ACTO QUE DEDICO

### A MIS PADRES

María Elena Jiménez de Aguilar  
Luis Arturo Aguilar Recinos

Con amor y agradecimiento  
por darme la oportunidad de crecer académicamente  
les dedico éste triunfo por el esfuerzo  
desde mis primeros años de estudio.

### A MIS HERMANOS

Baudilio, Verónica y Sandra

Con mucho cariño  
Y que juntos sigamos cosechando logros.

### A MIS SOBRINITOS

Mishell, Pamela, Saul y Arturo

Con la alegría que día a día me brindan.

### A MI AMIGA

Merna Castellanos

Gracias amiga por motivarme y acompañarme  
Y permitir que juntas alcancemos éste triunfo

### A LAS PERSONAS QUE QUIERO

Muchas gracias.

Ana Isabel Aguilar Jiménez

## ACTO QUE DEDICO

A mis padres:

JOVA MANZO VIUDA DE CASTELLANOS  
CARLOS ARMANDO CASTELLANOS ( QEPD )

Por su apoyo incondicional y su amor y que mi triunfo sea una recompensa a sus múltiples esfuerzos.

A mi hijo:

CARLOS ESTUARDO

Todo mi amor y que mi triunfo sea un regalo .

A:

MANUEL

Por estar conmigo y brindarme su apoyo y amor.

A mis hermanos:

KAREN, ELDIN, SUCELY Y AMELIA

Por su cariño con quienes comparto mi triunfo

A toda mi familia:

A mis sobrinos, cuñados. tíos, primos

Por su apoyo y cariño, gracias

A mi amiga :

ISABEL

Por ser mi amiga y compañera hasta el final del camino.

A amigos y compañeros:

A mis amigos y compañeros de la Universidad gracias por su amistad y cariño.

A USTED:

Que está con nosotros y comparte nuestra alegría gracias.

Merna Edith Castellanos Manzo.

## INDICE

PRÓLOGO.....	1
CAPITULO I : INTRODUCCIÓN	
VIH-SIDA EN GUATEMALA .....	3
TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN VIH-SIDA .....	7
APOYO FAMILIAR Y SOCIAL .....	13
ETAPAS EN EL PROCESO DE MUERTE .....	14
CAPITULO II: TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....	19
CAPITULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS DE RESULTADOS	
ENTREVISTAS A PACIENTES CON VIH-SIDA.....	21
ENTREVISTAS A PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON PACIENTES CON VIH-SIDA.....	22
INFORMACIÓN AMPLIADA POR INFORMANTES CLAVE .....	23
INTEGRACIÓN DE RESULTADOS .....	25
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4.1 CONCLUSIONES .....	27
4.2 RECOMENDACIONES.....	28
RESUMEN.....	29
BIBLIOGRAFÍA .....	31
ANEXOS .....	33



## PROLOGO

Fue de gran importancia conocer los síntomas psicopatológicos para el tratamiento psicofísico de los pacientes con SIDA. También fue de gran utilidad, ya que esta enfermedad se declaró de urgencia nacional, por el aumento de casos alarmante en nuestro país y porque una de las consecuencias y síntomas psicopatológicos del paciente con SIDA son las ideas suicidas que pueden desencadenar un mayor grado de suicidio en nuestro país (García, 2002: 3).

Nadie está libre de adquirir el virus, aún si no sabe como prevenirlo. Se ven a diario casos en los hospitales. Como hemos observado, desde que el paciente muestra síntomas o posible riesgo de haber contraído la enfermedad, pueden haber síntomas de tipo psicosomático. A la mayoría de hospitales nacionales acuden pacientes con VIH-SIDA en donde son indicados medicamentos para el tratamiento físico (síntomas físicos como diarrea, dolor de estómago, náusea, alergias).

Por estas razones nuestro objetivo fue conocer el proceso psicopatológico que sufren algunos pacientes con VIH-SIDA en el transcurso de la enfermedad y las implicaciones que les podría causar en su entorno familiar, laboral y social, a la vez recabar información teórica de la situación en Guatemala e informarnos mejor de la situación emocional y como influye en el paciente el diagnóstico de VIH-SIDA.

Los pacientes que sufren VIH/SIDA presentan a menudo trastornos psicológicos que se suman a las complicaciones médicas secundarias a la infección por el VIH. La frecuencia de aparición de trastornos psiquiátricos en los enfermos de SIDA es superior a la de otras enfermedades de pronóstico similar relacionados con la juventud, el impacto social, grupos de riesgo. Además debido a la desinformación, la ansiedad y los miedos con respecto al contagio son de presentación frecuente entre la población general (Liketsos,1995: 162).

Los pacientes con SIDA sufren síntomas depresivos que pueden ocasionar suicidios ya que el suicidio es la búsqueda de solución a un problema que genera

sufrimiento. El dolor que no se controla es un riesgo de suicidio para acabar con ese dolor incontrolable.

Cuando una persona tiene una intención de suicidio no busca el deleite sino acabar con el sufrimiento porque su visión no permite ver otras posibles salidas ( Remien, 2001:6 ).

Según el psicoanálisis el suicidio es un homicidio contra uno mismo a causa del abandono vivido por los demás. La agresividad que se siente hacia el entorno se dirige hacia sí mismo y por ello se suicidan ( Remien, 2001: 7 ).

La investigación fue de beneficio porque se enriqueció la información que se tiene sobre el tema VIH-SIDA en el campo psicológico y pudimos conocer el proceso psicopatológico que sufren algunos pacientes con VIH-SIDA en el transcurso de la enfermedad y las implicaciones que estos tienen en su entorno familiar, laboral y social.

La enfermedad VIH-SIDA no es solo una enfermedad que deteriora al paciente físicamente sino lo que causa más daño al paciente es el rechazo de la sociedad que influye en el aspecto emocional, ya que como se ha comprobado un paciente con un buen soporte familiar y social puede reaccionar positivamente a un tratamiento en un diagnóstico como el de VIH-SIDA.

Sumado a esto pudimos comprobar que el paciente por si mismo se aísla como un mecanismo de defensa para evitar el rechazo de los demás, y por la relación que la enfermedad tiene con el sexo ( algo que en nuestra cultura es tabú . Porque la religión lo ve como prohibido o sucio ), esto trae sentimientos de culpa que empeora la situación emocional del paciente.



## CAPITULO I INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación fue un estudio con el propósito de conocer la psicopatología del paciente con VIH/SIDA, en el cual se dan a conocer los aspectos generales de la epidemia de VIH/SIDA y la situación en Guatemala, la cual refleja la necesidad de aprender y concientizar.

El SIDA es una enfermedad infecciosa causada por un virus, transmitido por vía directa, especialmente por medio de relaciones sexuales, transfusiones, uso de agujas contaminadas y de la madre infectada al feto, etc.

EL VIH ataca y afecta al sistema inmunológico o de defensa del organismo humano, haciéndolo susceptible a cualquier enfermedad oportunista .

Después del contagio, el tiempo en presentarse la sintomatología es variable, desde algunos meses hasta 10 ó 15 años, o nunca desarrollar la enfermedad activa; la persona puede ser portador sano y aunque no presente sintomatología puede transmitir la enfermedad. Los síntomas son diversos e inespecíficos, no hay un patrón establecido por esto el diagnóstico es tardío ( Garcia, 2002: 5 ).

Desde hace algunos años el VIH/SIDA fue decretado un problema de urgencia nacional. Los tratamientos están limitados a detener la replicación ( multiplicación del virus ); no a destruir totalmente el virus y curar la enfermedad.

La mayoría de las drogas que se utilizan son de alto costo y no toda la población las puede adquirir. Según el Ministerio de Salud se había invertido Q200, 000.00 para la compra de AZT ( Zidovudina) fármaco proveniente de Inglaterra que se utiliza en las mujeres embarazadas por vía oral o intravenosa o en el recién nacido se le da un jarabe desde su nacimiento para disminuir el riesgo de infectarse. Por lo tanto el mejor tratamiento sigue siendo la prevención ( ONUSIDA, 2001: 24 ) .

A través de encuestas se obtuvo información cualitativa, valorando la vivencia de la persona diagnosticada con VIH-SIDA y a la vez se confirmó con entrevistas aplicadas al personal que labora directamente con este tipo de pacientes; entre los resultados de las reacciones psicológicas por las que pasan los pacientes están que la mayoría de los pacientes experimentan tristeza y aislamiento, presentando actitudes de desinterés, desánimo, despreocupación, algunas veces conductas autodestructivas y enojo.

Además encontramos algunas situaciones importantes como lo son, que el paciente puede convivir normalmente con su familia e incluso en su trabajo hasta que es hospitalizado por alguna enfermedad oportunista y que quien busca aislarse es el propio paciente como un mecanismo de defensa, por el lado de la pareja no pueden continuar la relación normalmente.

También se encontró que todos los pacientes sufren diversidad de síntomas psicossomáticos como dolores en diferentes partes del cuerpo, cansancio exagerado, taquicardia y otras sensaciones que aquejan su salud.

El SIDA o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida aparece por el deterioro crónico del sistema inmunológico, producido por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Tomando como ejemplo una relación sexual no protegida y en la que una de las parejas esté infectada, sucede que después de que el virus entra en el organismo, éste va siendo reconocido como antígeno (célula patógena extraña) por el sistema inmunológico, al que pertenecen los linfocitos que son células defensoras de patógenos (García, 2002:5).

Al inicio de la infección aparecen adenopatías (inflamación de ganglios linfáticos) en un 15% o más de los casos, además puede aparecer fiebre, rash cutáneo, diarreas, amigdalitis y un cuadro parecido a la mononucleosis infecciosa, e incluso puede presentarse meningoencefalitis aséptica. Estos síntomas están

limitados en tiempo por un periodo de aproximadamente 7 a 14 días. El VIH se encuentra presente en todos los líquidos corporales, pero solo en cantidades suficientes para transmitir la infección: en sangre, semen, líquido preseminal, secreciones vaginales y leche materna ( García, 2002:5 ).

Luego de la desaparición de los síntomas de la fase aguda se inicia el período de infección asintomática, en el que el virus sigue reproduciéndose e infectando nuevas células durante años ( García, 2002:6 ).

Con el avance de la infección VIH, al cabo de los años, comienzan a aparecer los primeros síntomas de infecciones oportunistas.

Es importante saber que la persona seropositiva al VIH o portadora asintomática, es aquella diagnosticada por exámenes de laboratorio y que no presenta ningún síntoma, a diferencia del enfermo de SIDA que si tiene manifestaciones específicas de enfermedad ( García, 2002: 6 ).

Las vías de transmisión pueden ser : sanguínea , a través de intercambio de jeringas contaminadas con VIH. Transfusiones de sangre y/o hemoderivados, sexual, relaciones sexuales desprotegidas (sin condón) tanto vaginal, bucogenital y anal de personas de cualquier orientación sexual. Perinatal, transmisión del virus de una mujer portadora de VIH durante el embarazo o parto o la lactancia materna a su hijo ( García, 2002: 8 ).

Las prácticas por las que no se transmite el VIH: Compartir socialmente con personas seropositivas; el contacto directo con la persona infectada, estando integras ambas pieles es decir, abrazos, estrecharse las manos, acariciarse, besarse; la utilización de servicios sanitarios , el uso de ropas de la persona infectada, o de sus utensilios; el contacto con la saliva, orina, sudor, heces fecales, lágrimas; el sexo seguro, la masturbación ( García,2002:9).

El número de personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en el mundo entero alcanzó cifras récord, señaló un informe de ONUSIDA (el programa de Naciones Unidas destinado a coordinar los esfuerzos para combatir la enfermedad) y la Organización Mundial de la Salud (ONUSIDA,2001:24).

Según el informe, el número de nuevos "seropositivos" alcanzó los 5 millones y se estima además que alrededor de 3 millones de personas fallecieron a raíz del SIDA en lo que va de 2003 y se advierte que las cifras pueden aumentar drásticamente en los próximos años, dado que Europa y Asia Central se encuentran al borde de la epidemia (ONUSIDA, 2001: 24).

Este informe -publicado unos días antes del 1º de diciembre, Día Mundial de la Lucha contra el SIDA- calcula que alrededor de 40.3 millones de personas en el mundo están infectadas con el VIH. De los 40 millones, 2,5 millones son niños. En Latinoamérica hay 1.8 millones de afectados de los cuales 200,000 adquirieron la enfermedad en el 2005 ( ONUSIDA, 2005: 2 ).

Los datos parecen indicar que el patrón de la epidemia cambia pues las mujeres están alcanzando una equiparación con los hombres, siendo antes los hombres el doble que las mujeres, en estos momentos las mujeres constituyen más del 40% de los adultos sin ningún indicio de que esta tendencia de igualdad se invierta (ONUSIDA, 2001: 24 )

En Guatemala, de 1984 al 2005 se han reportado 8,673 casos de SIDA ( 6,126 son hombres y 2,547 son mujeres ). Sin embargo, es ampliamente reconocida que el subregistro puede superar el 50% ( Aguilar, 2000:10 ).

La vía de transmisión mas frecuente es la sexual (93.8%), seguida por la transmisión madre-hijo (4.46%), a pesar de la proporción, la tasa de crecimiento es acelerada, el 78% de los casos en este rubro se han reportado en los últimos 5 años. La proporción de casos reportados por hemo-transfusión es de 1.72% en los últimos 3 años ningún caso reportado corresponde a esta categoría. No hay casos reportados de transmisión por el uso de drogas inyectadas. De todos los casos

reportados, cuya vía de transmisión fue la sexual, para el año 2001 la razón acumulada hombre-mujer fue de 3 a 1 (3090/1009), en los últimos 4 años no ha bajado de 3 a 1 ( Aguilar,2000:3 ).

Los primeros casos se reportaron en hombres, reportados como homosexuales, la cantidad de mujeres enfermas empezó a aumentar, bajando las proporciones acumulada y anual. La mayoría de casos son reportados como hombres heterosexuales, sin embargo se cree que la cantidad de hombres que tienen sexo con otros hombres con SIDA es mayor que la que se registra ( Aguilar, 2000: 4 ).

El 87.6% de todos los casos ocurren en el grupo de 15 a 49 años de edad, en el que los comprendidos entre 20 a 34 años aportan el 56% .

En Guatemala se han efectuado estudios de seroprevalencia del VIH desde hace algunos años, especialmente en mujeres trabajadoras del sexo sin embargo su sistematización en grupos de alto y bajo riesgo con iras a establecer sitios centinela inició en 1998. Por ello se conoce que la prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras del sexo tiene niveles tan elevados como el 11% encontrado en Puerto Barrios. En mujeres parturientas, en general las cifras no superan el 1% y varían de lugar a lugar. Es de hacer notar que los índices en parturientas de 15 a 24 años son superiores a los encontrados en el grupo que incluyen a todas las edades ( Aguilar, 2000: 5 ).

Los pacientes que sufren VIH/SIDA presentan a menudo trastornos psicológicos que se suman a las complicaciones médicas secundarias a la infección por el VIH. La frecuencia de aparición de trastornos psiquiátricos en los enfermos de SIDA es superior a la de otras enfermedades de pronóstico similar relacionados con la juventud, el impacto social, grupos de riesgo. Además debido a la desinformación, la ansiedad y los miedos con respecto al contagio son de presentación frecuente entre la población general

( Liketsos,1995: 162).

Se estima que en Hospitales Neuropsiquiátricos se encuentra una tasa alta de pacientes infectados con VIH-SIDA debido a varias razones: el enfermo mental grave tiene con frecuencia conductas sexuales de riesgo, en algunos casos abuso de sustancias, vulnerabilidad con respecto a poder ser objeto de abuso sexual, etc ( Liketsos, 1995: 162 ).

Como es de esperarse, existen variaciones en los diferentes estadios de la enfermedad, en particular afectivos a lo largo de la vida de sujetos con SIDA. Entre los factores que influyen en la condición psicológica del paciente están: el momento del diagnóstico, pérdida de compañeros y soporte social, características sociodemográficas como edad, sexo, factores culturales ( Liketsos, 1995: 163).

Muchos de los pacientes necesitarán recibir cuidados especializados por el equipo de salud mental debido a problemas graves como depresión mayor, ideación autolítica, abuso de sustancias, trastornos psicóticos, síndromes orgánicos cerebrales agudos o para evaluación neuropsicológica ( Catalan, 1995: 195 ).

En nuestro país hay mucha desinformación y en ocasiones la información es errónea obtenida de informes sesgados o distorsionados aparecidos en la prensa general o en los medios de comunicación. Es necesario que el profesional se encuentre capacitado para corregir estas creencias erróneas y muestre una actitud abierta a la discusión ( Catalán, 1995: 195 ).

Muchas veces el tratamiento no se cumple por causas como: negación de la enfermedad, entorno laboral y social, ganancias secundarias del papel del enfermo, vergüenza con respecto a la dolencia, efectos secundarios de la medicación (Catalán, 1995: 195 ).

Entre los efectos psicológicos que conlleva la enfermedad están la ansiedad y el estrés agudo, después de la notificación de la seropositividad o cuando, tras estar un período de tiempo como portador asintomático, es informado de la progresión de la infección hacia el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Bayes, 1996: 408 ).

La aparición de los síntomas está muy vinculada en el tiempo con la circunstancia estresante (menos de una hora) y, por lo general, remite en horas o días. Aparecen pensamientos intrusivos y rumiaciones relacionadas con la incertidumbre con respecto a la salud, al futuro, al riesgo de contagio para los demás y con la idea de la muerte (Bayes, 1996: 409).

Por lo general están presentes también los síntomas vegetativos de las crisis de angustia (palpitaciones, sequedad de boca, sofoco, temblor, opresión torácica, molestias epigástricas, etc.). En los cuadros de menor gravedad puede aparecer también una conducta de aislamiento social, expresiones verbales de rabia y sentimientos de desesperanza y alteraciones de conducta ( Bayes, 1996: 409).

Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de ser informado el sujeto y desaparecen en dos o tres días ( Bayes, 1996: 408 ).

La aparición de los Trastornos Adaptativos está condicionada por: respuestas de afrontamiento ante la enfermedad, historia previa de trastornos psiquiátricos, actitud hacia el sujeto de su entorno familiar, social y laboral, disponibilidad de dispositivos de apoyo y de asesoramiento ( Bayes, 1996: 409 ).

Los trastornos adaptativos pueden estar presididos por depresión, desmoralización, ansiedad, miedo, dolor, las quejas o las alteraciones de conducta y puede tener una duración variable ( Bayes, 1996: 409 ).

Los trastornos de ansiedad son secundarios a los trastornos de adaptación, trastornos de pánico, trastornos por estrés postraumático o Trastorno obsesivo compulsivo. Puede ser difícil distinguir los síntomas autonómicos propios de la ansiedad de los de una enfermedad sistémica: disnea, náuseas, sudores, temblor, vértigo o mareo ( Bayes, 1996: 410 ).

Los síndromes depresivos de moderada intensidad pueden aparecer en cualquier momento en el curso de la infección por VIH, tanto en el período que sigue a la notificación del diagnóstico de la seropositividad (trastorno adaptativo con predominio de síntomas depresivos) como en los estadios iniciales de la demencia asociada al VIH. Se implican tanto factores psicológicos como biológicos y sociales. Otros factores señalados son el posible indicio de la demencia o la inmunodepresión que ocurre en los estadios finales ( [www.msc.es/sida/asistencia/adherencia1.htm](http://www.msc.es/sida/asistencia/adherencia1.htm) : 1 ).

Los episodios depresivos de aparición en pacientes con infección por VIH pueden ser explicados por: Reacción a los problemas psicosociales vinculados con la infección por VIH y con el SIDA. Los síntomas físicos vinculados con la enfermedad por VIH tienen un papel importante en la aparición de los síndromes afectivos ( Bayes, 1996: 410 ).

Habitualmente el paciente consulta por síntomas que él cree de índole orgánica, ya sea por iniciativa propia o por iniciativa familiar: decaído, aislado, ausente, encamado o bien por conductas ilógicas o anómalas (intento autolítico, autoabandono, absentismo laboral, falta de motivación, conductas delictivas, drogadicción, trastornos de alimentación, pseudo demencial ). El insomnio, la pérdida de peso y la fatiga son de aparición común en pacientes con SIDA sin sintomatología depresiva ( Bayes, 1996: 410 ).

El diagnóstico de un episodio depresivo debe hacerse si se presentan otros síntomas afectivos como el ánimo depresivo, la falta de interés, los sentimientos de minusvalía, los sentimientos de culpa, la indecisión o la ideación suicida; en donde



como consecuencia haya disminución de las actividades placenteras, fatiga, pérdida de intereses.

Si el paciente tiene depresión suele presentar culpa, pero también hay que tomar en cuenta si el paciente tiene antecedentes de alcoholismo o drogas ( [www. Apoyo psicológico, una herramienta contra el sida: 2](http://www.Apoyo psicológico, una herramienta contra el sida: 2) ).

La ideación suicida es un síntoma de aparición relativamente frecuente entre los sujetos con infección por VIH. Los individuos con VIH tienen una mayor probabilidad de suicidarse que el resto de la población en general.

La ideación suicida puede ser una manifestación de una enfermedad depresiva pero también puede ser una expresión del deseo del paciente de tener el control último sobre su vida cuando los síntomas se vuelven intolerables “Suicidio Racional”, llevada a cabo en el contexto de un intenso malestar emocional o de un delirium orgánico ( Remien, 2001: 6 ).

Los factores psicosociales que pueden precipitar el suicidio en pacientes con VIH incluyen el estigma relacionado con la enfermedad, la retirada, del soporte familiar, la pérdida del puesto de trabajo, la dependencia mantenida de los demás para el desempeño de actividades cotidianas, la pérdida de personas allegadas y la amenaza de una enfermedad inexorable y terminal que puede producir además, dolor y deformaciones físicas ( Remien, 2001. 6 ).

Según Remien hay una serie de síntomas depresivos que se asocian con frecuencia a la conducta autolítica: sentimientos de culpa, inquietud motora, anestesia afectiva, ideas delirantes, depresivas y alteraciones graves del sueño.

Situaciones de alto riesgo suicida: aislamiento y pobre soporte social, estigmatización laboral, dificultades financieras, deterioro físico, duelo, trastorno psiquiátrico: depresión alcoholismo, delirium, historia previa ( Remien, 2001: 7 ).

Entre los trastornos psicóticos de aparición en los pacientes con infección por VIH se han descrito cuadros con clínica alucinatoria (visual o auditiva) y/o contenidos delirantes (persecutorios o de grandeza) que se explican por: el efecto directo del VIH sobre el cerebro, infecciones del sistema nervioso central por parte de otros virus como el herpes simplex de Creutzfeld-Jacob o el citomegalovirus, la psicosis también puede ser atribuida a la presencia de una o más circunstancias estresantes capaces de desencadenar una psicosis reactiva breve, el efecto de drogas consumidas por el paciente ( Ayuso, 1997: 82 ).

El cuadro clínico de la manía se caracteriza especialmente por la presencia de irritabilidad más que por la euforia o el ánimo exaltado, siendo frecuente una labilidad afectiva junto con distraibilidad y fallos en la abstracción y el juicio, presión del habla, hiperactividad, insomnio, aumento del apetito e interés sexual y ocasionalmente ideación delirante, generalmente de grandeza. Algunos de los síntomas cognitivos a menudo persisten después de resuelto el cuadro ( Ayuso, 1997: 83 ).

La mayoría de los casos aparecen en pacientes en estados avanzados de la enfermedad y en su seguimiento longitudinal se ha podido observar un desarrollo posterior de demencia y el fallecimiento a los pocos meses de la presentación del trastorno ( Ayuso, 1997: 83 ).

De acuerdo a Ayuso el complejo cognitivo-motor se da porque el VIH es un virus altamente neurotrópico que afecta virtualmente a todas las células del sistema nervioso, desde las neuronas hasta la célula muscular. Bajo esta categoría se incluyen aquellos trastornos vinculados con el VIH clasificados en función de la severidad o de la prominencia de los déficit cognitivos o de la afectación medular.

La demencia asociada a la infección por el VIH es el término acuñado por la Organización Mundial de la Salud para denominar el cuadro de deterioro

neuropsicológico de aparición en estadios avanzados de la enfermedad en relación con la acción directa del VIH sobre el cerebro ( Ayuso, 1997: 83 ).

El desarrollo progresivo de demencia es sin duda uno de los trastornos clínicos que mayor repercusión tiene sobre la calidad de vida de los pacientes con infección por VIH y su nivel de funcionamiento tiene repercusiones en capacidad para desarrollar las actividades de la vida cotidiana, en el cumplimiento terapéutico, en su capacidad de mantener una actividad laboral y en su capacidad para tomar decisiones entre otros aspectos ( Ayuso, 1997: 83 ).

Según Ayuso las manifestaciones clínicas de demencia asociada al VIH : Pérdida de memoria, dificultades de concentración, confusión, humor depresivo, marcha inestable, temblor, torpeza, debilidad, agitación, síntomas psicóticos.

El sistema social incluye personas en quienes podemos confiar, personas que nos hacen saber que les importamos , nos valoran y nos aman. Las personas que tienen poco apoyo social presentan formas desadaptadas de pensar y comportarse, la vulnerabilidad al colapso físico y psicológico aumenta conforme se reduce el apoyo social, es decir el apoyo social sirve como un amortiguador contra los contratiempos de vivir en un mundo complejo. El apoyo social nos ofrece la seguridad y confianza en nosotros mismos para poner a prueba nuevas estrategias y obtener habilidades adicionales para afrontar una situación ( www.secpal, 2002: 38).

Para atender a los pacientes hay que tomar muy en cuenta la dinámica de la familia del paciente; de ello dependerá el éxito o el fracaso del tratamiento. La familia representa una fuerza poderosa determinante en la conducta del paciente (www.secpal, 2002: 38 ).

La situación de la familia de un paciente terminal tiene un gran impacto emocional causado por múltiples temores o miedos. La muerte está siempre presente, así como el miedo al sufrimiento de un ser querido, la inseguridad de si tendrán un fácil acceso al soporte terapéutico, la duda de si serán capaces o tendrán fuerzas para cuidarle, los problemas que puedan aparecer en el momento justo de la

muerte o si sabrán reconocer que ha muerto, etc. A menudo la primera experiencia de este tipo para el enfermo y su familia y que la tranquilidad de la familia repercute directamente sobre el bienestar del enfermo (www.secpal, 2002: 39 ).

Es necesario valorar una serie de factores socioculturales que pueden afectar y condicionar la atención: situación económica de la familia que permita asumir los costos que se generan , condiciones básicas de habitabilidad y confort de la vivienda, la familia debe estar capacitada culturalmente para comprender y ejecutar las indicaciones sobre el tratamiento y cuidados ( www.secpal, 2002: 39 ).

Como dijimos anteriormente la muerte está siempre implícita, aunque varían de persona a persona dependiendo de las características de su personalidad, de sus vivencias, de sus situaciones sociales, económicas y familiares. Según la doctora Kobler-Ross hay cinco etapas en el proceso de la muerte.

La negación es un mecanismo de defensa frente a la angustia que permite al sujeto vivir como si la muerte, aun cuando ya está cercana, no tuviese nada que ver con él. En esta etapa, el paciente trata de vivir una vida totalmente normal y evita cualquier discusión sobre su diagnóstico, y aun el pensamiento de una posible muerte. Por lo tanto la negación consiste e en rehusar el aceptar la realidad ( Kobler-Ross, 1993: 58 ).

Rabia: en este el paciente se torna agresivo, rebelde y difícil, todo le molesta y se enfada fácilmente. En general esta rabia la suelen dirigir contra aquellos que están mas cerca, es decir, la familia y sus seres queridos, aunque tampoco estamos libres de ser objeto de ella cualquier persona que por nuestra profesión entremos en relación con estos enfermos ( Kobler-Ross, 1993: 59 ).

Negociación: es una especie de regateo, en el que el paciente parece tranquilo. El paciente trata de conseguir una especie de aplazamiento de la muerte mediante una negociación con una instancia superior (Dios). Por lo general esos acuerdos

permanecen secretos, o a lo sumo son los capellanes los posibles observadores de esta fase ( Kobler-Ross, 1993: 60 ).

Depresión: se trata de una depresión preparatoria ante el fin de la propia vida. Durante esta etapa el enfermo necesita tiempo y espacio para estar a solas consigo mismo y prepararse emocionalmente. Es el momento de resolver asuntos pendientes, y también el de la expresión de emociones y de despedidas. Es el momento de decir “adiós”. No dejar nada en el tintero. Estar “ligero de equipaje”, como decía Antonio Machado en estos bonitos versos ( Kobler-Ross, 1993: 62 ).

Aceptación: el enfermo se suele mantener callado, en paz, ni deprimido ni enrabietado. Este periodo puede estar casi desprovisto de emociones y puede resultar muy doloroso para los seres queridos, ya que el enfermo no les muestra ningún interés ni a ellos, ni nada de lo que durante la vida le ha atraído. El enfermo para no temer la muerte necesita ser indiferente a la vida ( Kobler-Ross, 1993: 64 ).

El enfermo inconsciente o en pre-coma: Esta fase nos va anunciando que el momento de la muerte esta cerca. Aunque resulta difícil predecir el momento justo en que va a suceder, existen indicios de que es probable que ocurra al cabo de unas horas o de pocos días. Es importante seguir hablándole al enfermo. El sentido del oído es el último que se extingue, es probable que sientan y acepten nuestra presencia de alguna manera ( Kobler-Ross, 1993: 72 ).

De acuerdo a todo lo anterior sacamos las siguientes premisas y postulados:

- Los pacientes que sufren VIH/SIDA presentan síntomas y reacciones a menudo que pueden afectar el tratamiento clínico del paciente y por ende empeorar la situación actual del paciente. ( Liketsos, 1995: 162 ).
- En algunos casos la condición psicológica del paciente puede llevar al aislamiento social, expresiones verbales de rabia y sentimientos de desesperanza y alteraciones de conducta ( Ayuso, 1997: 337 ).

- Existen variaciones en los diferentes estadios de la enfermedad, se encuentra una alta prevalencia de síntomas , en particular afectivos a lo largo de la vida de sujetos con SIDA ( Ayuso, 1997: 83 ).
- La mayoría de los pacientes con VIH-SIDA necesitarán recibir cuidados especializados por el equipo de salud debido a problemas graves como depresión mayor, ideación autolítica, abuso de sustancias, trastornos psicóticos, síndromes orgánico cerebrales agudos ( Catalán, 1995: 339 ).

Nuestra hipótesis estaba redactada de la siguiente manera:

“ Los pacientes con VIH-SIDA presentan reacciones psicológicas que afectan su desenvolvimiento social y laboral.”

El riesgo o el diagnóstico de la infección de VIH, por su relación íntima con el sexo y la muerte, provoca a nivel individual, de pareja, familiar y social serias consecuencias de tipo afectivo, conductual, psicossomático, cognoscitivo y de relación social ( Sarason, 1996: 217 ).

Las reacciones afectivas son el reflejo del equilibrio en el estado de ánimo o la respuesta emocional del paciente ante la situación de vida que afronta ( Sarason, 1996: 132).

Enojo: externo que se manifiesta siendo hostil con la gente, expresiones verbales de ira, interno que va dirigido hacia si mismo en expresiones verbales de desvalorización, pensando que ya no es la misma persona, autoagresiones, etcetera ( Sarason, 1996: 269 ).

Tristeza: que se evidencia en actitudes de desánimo, desinterés, despreocupación, llanto, dormir mucho, etcétera ( Sarason, 1996: 143 ).

Las reacciones conductuales es la manera de afrontar. Tomar una o varias acciones ante una situación estresante ( Sarason, 1996: 6 ).

Negación: muchos de los pacientes no aceptan que son pacientes contagiados y que tienen que tener un tratamiento adecuado ( Sarason, 1996: 7 ).

Desplazamiento: no tomando en cuenta las recomendaciones del médico. Tomando en exceso alcohol u otro tipo de drogas ( Sarason,1996: 73).

Conducta de riesgo: cuando se sabe que tienen que tener medidas o recomendaciones y no se hace en el peor de los casos se puede infectar a más gente; o por otro lado hacer cosas que no benefician sino que perjudiquen la evolución de la enfermedad. Recomendaciones y no se hace en el peor de los casos se puede infectar a más gente; o por otro lado hacer cosas que no benefician sino que perjudiquen la evolución de la enfermedad.

Conducta de evitación: en situaciones de no tener pareja o aislarse de otras personas para no conocer mas gente (Sarason,1996: 133 ).

Las relaciones de relación social: Es la relación con otras personas. En el contexto social de un individuo, interacción personal y de situación en distintos aspectos ( Sarason, 1996: 132 ).

Intrapersonal: Se ve en la manera en que se desenvuelve el paciente y se relaciona con su entorno. Normalmente hay hostilidad, resentimiento y culpa.

Interpersonal: Relación familiar; se evidencia en la relación con la esposa o pareja, hijos y demás familiares ( Sarason,1996: 132 ).

Relación laboral; la condición psicológica del paciente se podría deteriorar tanto que ya no tendría el mismo rendimiento y terminaría por perjudicar su rendimiento laboral ( Sarason, 1996: 152 ).

Grupo de Pares: como mencionamos antes en ocasiones la persona podría optar por aislarse del mundo.

Las reacciones psicósomáticas: es la respuesta corporal cuando el paciente está expuesto a varios estímulos que hacen que se disparen las emociones provocadas por respuestas emocionales al estrés que preparan al organismo para la lucha por la supervivencia ( Sarason, 1996: 6 ).

Por la ansiedad que genera el diagnóstico podrían haber síntomas psicósomáticos como diarrea, dolor de estómago, palpitaciones, resequedad de boca, sofoco, temblor, opresión torácica, alergias, etc ( Sarason, 1996:95 ).

Las reacciones cognitivas: es el proceso de pensamiento y el contenido que acompaña el comportamiento, y las ideas del paciente que se relacionan con las emociones y la conducta ( Sarason, 1996: 145 ).

Rumiaciones y pensamientos intrusivos; si la persona puede manejar sus pensamientos y ocuparse en otras actividades. Por medio de la conversación nos damos cuenta si el paciente tiene este tipo de pensamientos.

Concentración: Se puede ver afectada por el estado cognitivo del paciente y se evidencia en el trabajo u ocupación del paciente ( Sarason, 1996: 145 ).



## CAPITULO II

### TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La muestra fue de tipo intencional ya que se seleccionaron 20 pacientes adultos de sexo masculino y femenino, de condición socioeconómica media baja que sabían escribir, y que deseaban participar en la investigación, que habían sido diagnosticados con VIH/SIDA , que acudían a un hospital o institución.

Además se utilizó la técnica de informantes clave donde participaron personas infectadas con VIH que estaban dispuestos a participar , pero que eran accesibles, y se les informó que los datos recabados contribuiría a la investigación y sería confidencial.

La presente investigación fue de tipo descriptiva porque incluyó resultados de encuestas, respuestas de entrevistas y buscaba identificar patrones repetitivos de conducta y ver ampliamente como se manifestaban las reacciones psicológicas.

Fue cualitativa porque buscaba la valoración amplia de la vivencia de la persona diagnosticada con VIH y se recurrió a las técnicas e instrumentos que mencionamos antes como encuestas y entrevistas.

Encuestas: fue de respuesta cerrada ya que pretendimos verificar información de las posibles reacciones psicológicas que presentaban las personas con VIH y si existían patrones de conducta comunes.

A personas que trabajan directamente con los pacientes VIH-SIDA con el fin de recavar información de lo que ellos han observado en dichos pacientes con el objeto de hacer una contribución inmediata al desarrollo de los resultados de la información.

Entrevista: de evaluación diagnóstica con la cual se recopiló información y evaluó la conducta. Con base a la conducta verbal y no verbal durante la

entrevista se buscaba identificar los problemas y determinar las reacciones psicológicas.

Se hizo de manera personal para tener información respecto al hecho de recabar datos de las reacciones psicológicas de una persona que es poseedora de tan valiosa información. Se hizo a los pacientes diagnosticados con VIH.

Entrevista dirigida al personal que trabaja con pacientes con VIH-SIDA donde se obtuvo datos específicos de un paciente, con el fin de completar los datos obtenidos en la encuesta de respuesta cerrada.

Después de recabar la información a través de las encuestas, entrevistas, evaluaciones diagnósticas y otros datos obtenidos de otras fuentes de información, se tabuló la información para comprobar qué reacciones se repiten más en este tipo de pacientes y con esto, valorar si existe o no alguna tendencia que se sugiera en el tipo de reacciones que vivieron ante el diagnóstico de VIH y el transcurso de la enfermedad.

Además, de la información testimonial se buscaba guiar la vivencia de estas reacciones para tener un panorama más amplio sobre la interacción del paciente con su diagnóstico.

Al final se presentaron las conclusiones de la investigación con el fin de dar a conocer los resultados de la presente investigación y tener de una manera más sintetizada y clara la información.

### CAPITULO III PRESENTACIÓN, ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### ❖ Entrevistas a pacientes con VIH-SIDA

De acuerdo a los datos obtenidos de las entrevistas hechas a 12 pacientes de sexo masculino comprendidos entre las edades de 26 a 40 años y 8 de sexo femenino comprendidas entre 23 y 33 años, y de tiempo de haber recibido el diagnóstico de 6 meses a 4 años, se encontraron los siguientes datos:

1. Ante el diagnóstico de VIH-SIDA la mayoría de los pacientes han experimentado de mayor a menor incidencia: tristeza, aislamiento, desinterés, conductas autodestructivas y enojo.
2. Las actitudes ante los demás han sido de desinterés, desánimo, despreocupación, falta de apetito, llanto y hacia sí mismo preocupación por el futuro, miedo de lo que puede pasar.
3. Ante el curso de la enfermedad las acciones más comunes han sido:
  - Tomar el medicamento como se le indicó
  - Tener sexo con varias personas sin usar protección
  - Beber alcohol o consumir otro tipo de drogas
  - Rechazar el contacto con otras personas
4. La mayoría ha experimentado sentimientos de culpa hacia si mismo, o ideas de pecado, variaciones de humor, miedo, tensión y desesperación.
5. Respecto a otras personas el paciente ha podido convivir con su familia, conservar a sus amigos, trabajar y llevarse cordialmente con compañeros de trabajo y en algunos casos aislarse de ellos. Y solo menos de la mitad de los pacientes pueden convivir en armonía con su pareja.
6. Las personas con VIH-SIDA tienen reacciones somáticas como dolores en

diferentes partes del cuerpo, cansancio exagerado, taquicardia y resequedad de la boca y en algunos casos temblor de manos, visión borrosa, zumbido de oídos, sensación de hormigueo, de desmayo, de ahogo, suspiros y náusea.

7. La mayoría piensa que no tienen el mismo valor como persona, se han sentido inútiles, han tenido dificultad para concentrarse pensando en hacerse daño frecuentemente y han sido pesimistas.

#### ❖ Entrevista a profesionales que trabajan con pacientes con VIH-SIDA

Creímos que el aporte de los profesionales que trabajan con pacientes con VIH-SIDA es muy valioso ya que ellos están en contacto directo con dichas personas. La encuesta fue aplicada a 16 profesionales: 6 auxiliares de enfermería, 4 enfermeros profesionales, 4 psicólogos, 2 médicos.

1. Se ha observado que pacientes diagnosticados con VIH-SIDA : han presentado con mayor frecuencia tristeza, aislamiento, desinterés y a veces enojo con conductas autodestructivas y destrucción a otros.
2. Las actitudes más comunes de los pacientes son de desánimo, desinterés, de preocupación, rechazo por la comida y algunas veces llanto ( en las mujeres ) y trastornos del sueño también cambios de conducta y conductas inapropiada, deprimidos, aislados, ansiosos y desesperados.
3. Las acciones más comunes en un paciente con VIH-SIDA son: Promiscuidad sexual sin usar protección, no tomar adecuadamente el medicamento justificándolo con olvidos, beber alcohol o consumir otro tipo de droga.
4. La mayoría de los pacientes no puede convivir normalmente con su pareja pero si puede convivir normalmente con su familia, conservar a sus amigos, trabajar y llevarse bien con compañeros de trabajo.
5. Todos los pacientes con VIH-SIDA presentan síntomas psicossomáticos como múltiples dolores en diferentes partes del cuerpo, cansancio exagerado,

sensaciones de hormigueo o de ahogo, náusea, taquicardia, temblor de manos.

6. Solo la mitad de los profesionales conoce de personas infectadas que se han suicidado y el total ha sido de 10 personas muertas.

#### ❖ Información ampliada por informantes clave

También se obtuvo información testimonial de casos específicos de las personas que trabajan cercanas a ellos y de esta manera se pudo ampliar la información.

Cuando se realizan actividades el paciente se aísla por lo general, tomando actitudes de desinterés, apatía, poco comunicativo, mostrando cansancio al avanzar la enfermedad, y solo en ocasiones participa activamente tratando de integrarse y muestra agrado de ser tomado en cuenta en las actividades.

Las actitudes más comunes hacia el personal que trabaja más cercanamente a ellos es demandante de atención, necesidad de apoyo y comprensión y perdón, en algunos se ve el aislamiento, indiferencia, hostilidad, desgano y muy negativo.

Muchas veces el paciente infectado de VIH-SIDA evade el tema de expresar algo de sí mismo, pero cuando ha expresado de sí mismo ha manifestado temor por el futuro, que la vida no es la misma que no vale igual que antes, que pronto va a morir, y que no vale la pena ya nada, se siente culpable, incapaz de realizar muchas cosas y discriminado por las personas y muchas veces se siente traicionado; que se infectó por creer en su pareja y no usar protección. Algunos quieren mejorar tomando retrovirales.

La mayoría de ellos ha mejorado, su calidad de vida conociendo integralmente su enfermedad, no abandonando su tratamiento y algunos se han refugiado en la iglesia y han adoptado cambios sanos.

Algunos pacientes duermen alrededor de 6-7 horas aunque manifiestan que les gustaría dormir todo el día porque mantienen sueño constantemente.

Solo ocasionalmente se comen toda la comida, lo que indica que generalmente su apetito disminuye.

El paciente colabora tomando el medicamento con mucho estímulo y principalmente cuando está hospitalizado y el riesgo es al egresar porque abandonan el tratamiento.

Las quejas más comunes del paciente son el miedo al futuro y la muerte, el cansancio exagerado, fatiga, sueño, dolor de cabeza, de estómago, náusea, olvidos y desánimo.

Los cambios emocionales que se han observado son tristeza, aislamiento, decaimiento, falta de interés, llanto, hostilidad, culpa. Los cambios físicos son: deterioro, pérdida de peso, pérdida de elasticidad de músculos y tejidos, palidez, debilidad, resequedad y pápulas en la piel, caspa y micosis en uñas.

El paciente se empeña en mantener su salud se vuelven más a la religión, tienen muchos prejuicios acerca de la utilización de objetos personales, algunos adquieren o continúan con hábitos como fumar o consumir alcohol y deteriorando su arreglo personal e higiene.

Cuando el paciente es hospitalizado por lo regular no recibe visitas y la familia lo rechaza.

En actividades donde necesita trabajar en grupo se aísla y algunos han tenido intentos de suicidio y han manifestado pensamientos suicidas.

En el tiempo de entretenimiento las actividades que prefieren hacer son variadas como mirar televisión, escuchar música, caminar, leer, actividades al aire libre, aunque en momentos prefieren no tener ninguna actividad y pensar.

La mayoría de los pacientes dentro del proceso de duelo se encuentran en la fase de Depresión y algunos en la de Negación según lo indican las personas que laboran con ellos.

## INTEGRACION DE RESULTADOS

De acuerdo a la información obtenida a través de las entrevistas a pacientes, encuestas a profesionales y entrevistas de informantes claves, integramos los resultados de esta manera:

Entre las reacciones afectivas la de más incidencia esta la tristeza que puede causar patologías como depresión que va desde leve hasta grave y según estadísticas muchos pacientes con VIH – SIDA se suicidan.

La familia juega un papel muy importante ya que un paciente que tiene un apoyo familiar tiene mayor probabilidad de superar los trastornos psicológicos que se presenten.

El aislamiento viene como reacción al estado emocional del paciente . Muchas veces el paciente se aísla porque tiene miedo de ser rechazado por las personas que le rodean y se torna difícil y muestra desinterés en su ambiente.

Una de las acciones más comunes es no tomar el medicamento porque es como mostrar desinterés o el deseo de morir más rápido y aliviarse de el sufrimiento por el que está pasando.

En la manera de afrontar la enfermedad hay conductas patológicas como la promiscuidad ( por el deseo de querer contagiar a otras personas ) o por otro lado la

inhibición total por el miedo a contagiar a la pareja y esto rompe cualquier lazo afectivo con la pareja por lo cual se aleja de su familia, en la mayoría de casos la relación con la pareja está deteriorado.

Debido a los sentimientos de culpa que arrastra el paciente, la mayoría se refugia en la religión porque de esta manera se sienten menos cargados y otra razón es porque ellos saben que están muy cerca de la muerte y se sienten más seguros si mejoran la relación con Dios.

Algunos síntomas como falta de apetito, no tomar el medicamento como es, es parte del desinterés por la depresión que sufre el paciente. La mayoría de pacientes prefiere estar solo sin hacer nada.

La mayoría de pacientes evade el tema, muestra mucha resistencia porque no les gusta hablar de su enfermedad.

En nuestro país en muchos trabajos las personas con VIH-SIDA son despedidos y privados del derecho de trabajar o las mismas personas se van aislando y argumentan cansancio y deterioro entonces optan por ya no trabajar.

Los trastornos de ansiedad también aparecen frecuentemente ya que al recibir el diagnóstico de la enfermedad, la situación económica del paciente, la situación laboral por los gastos que implica, a veces es difícil distinguir los síntomas de la enfermedad y de la ansiedad ( náusea, temblor, vértigo, mareo).



## CAPITULO IV

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 4.1 CONCLUSIONES:

1. Según la información obtenida nos pudimos dar cuenta que la mayoría de los pacientes con VIH-SIDA presentan reacciones psicológicas, presentan de mayor a menos incidencia: Tristeza, desinterés y algunas veces conductas autodestructivas y enojo que afectan su desenvolvimiento social y laboral.
2. La principal reacción que toman la mayoría de los pacientes con VIH-SIDA es aislarse de su medio como un autorechazo y a la vez como un mecanismo de defensa ( evitación ), que los pacientes refieren como sentirse rechazados por los demás y por ello prefieren evitar el contacto con las personas.
3. La mayoría de los pacientes con VIH-SIDA no puede convivir normalmente con su pareja mas si puede convivir con personas que no tienen conocimiento de su enfermedad, y con la familia cercana conviven normalmente hasta que el paciente es hospitalizado por alguna enfermedad, entonces es abandonado.
4. Las personas que trabajan con pacientes con VIH-SIDA afirman que todos los pacientes tienen reacciones somáticas como dolores en diferentes partes del cuerpo, cansancio exagerado, taquicardia y resequedad de boca y en algunos casos temblor de manos, visión borrosa, zumbido de oídos, entre otros.
5. Los pacientes se vuelven más a la religión como parte del proceso de duelo.
6. Los pacientes necesitan recibir cuidados especializados por el equipo de salud y mucho estímulo para tomar el medicamento cuando está hospitalizado, el riesgo es que al salir del hospital abandonan su tratamiento justificándolo como olvidos.

## 4.2 RECOMENDACIONES:

1. No debemos minimizar las reacciones afectivas de un paciente con VIH-SIDA ya que ello nos dará una muestra de la manera en que él lo afronta y de esa manera se aportará más a su tratamiento.
2. En las instituciones donde hay pacientes infectados con VIH-SIDA deben brindarles tratamiento psicológico a través de psicoterapia para lograr un tratamiento integral y mejorar la calidad de vida del paciente, lo cual les permitirá aceptar su enfermedad.
3. La familia no solo brinda un soporte afectivo sino contribuye integralmente ya que un paciente que cuenta con el apoyo de su familia puede tener mejor control del tratamiento farmacológico ( en los pacientes que olvidan tomar el medicamento ) y por ende contribuir a lograr mejores resultados en el tratamiento.
4. Se debe tomar en cuenta que muchas reacciones somáticas como mareos, dolores de cabeza, dolores de estómago, cansancio exagerado, etc podrían mejorarse con un tratamiento psicológico y no simplemente con tratamiento farmacológico que puede ocasionar efectos secundarios que se podrían evitar.
5. La familia no debe permitir que el paciente permanezca mucho tiempo aislado, motivándolo a participar en actividades familiares o participar en un grupo religioso ya que esto puede ayudar a mejorar muchas reacciones afectivas y en los casos más severos un suicidio.
6. Es importante que los profesionales que trabajan con pacientes con VIH-SIDA estén informados de los avances científicos ya que esta epidemia es de urgencia mundial.

## RESUMEN

El SIDA o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida aparece por el deterioro crónico del sistema inmunológico, producido por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Tomando como ejemplo una relación sexual no protegida y en la que una de las parejas esté infectada, sucede que después de que el virus entra en el organismo, éste va siendo reconocido como antígeno (célula patógena extraña) por el sistema inmunológico, al que pertenecen los linfocitos (células defensoras de patógenos (García, 2002: 1).

Normalmente después de la notificación de la seropositividad aparece una reacción a estrés agudo asociado al VIH. También son frecuentes los trastornos de ansiedad presentando trastornos de pánico y los síndromes depresivos de moderada intensidad pueden aparecer en cualquier momento en el curso de la infección de VIH.

Los individuos con VIH tienen una mayor probabilidad de suicidarse que el resto de la población en general, ya que se presentan sentimientos de culpa, inquietud motora, anestesia afectiva, ideas depresivas y alteraciones graves de sueño (Ayuso, 1997: 338).

En nuestra investigación encontramos:

Entre las reacciones afectivas la de más incidencia es la tristeza y la depresión, que va desde leve hasta grave.

La familia juega un papel muy importante ya que un paciente que tiene apoyo familiar tiene mayor probabilidad de superar los trastornos psicológicos que se presenten. El aislamiento viene como reacción al estado emocional del paciente.

Muchas veces el paciente se aísla porque tiene miedo de ser rechazado por las personas que le rodean y se torna difícil y muestra desinterés en su ambiente.

Una de las acciones más comunes es no tomar el medicamento porque es como mostrar desinterés o el deseo de morir más rápido y aliviarse de el sufrimiento por el que está pasando.

La mayoría se refugia en la religión porque de esta manera se sienten menos cargados porque ellos saben que están muy cerca de la muerte y se sienten más seguros.

## BIBLIOGRAFIA

1. Aguilar, Sergio (2000)  
" Situación de la epidemia del VIH-SIDA en Guatemala"  
PASCA. Guatemala pp. 10.
2. WWW. Apoyo Psicológico, Una herramienta más contra el SIDA.htm. pp2y3.
3. Ayuso, Mateos (1997)  
"Trastornos Neuropsiquiátricos en el SIDA, Madrid. McGraw Hill- Interamericana  
Pg. 52, 82, 83, 84, 337,110,113
4. Bayes R.(1996)  
" Sida y Psicología",Madrid, Martinez Roca. pp 408-10.
5. Catalan, J y Cols.(1995)  
" Valoración de problemas de salud mental ". Oxford Publicaciones Médicas  
Londres . pp. 195, 339
6. Garcia, Rebeca.(2002)  
"Manual de Orientación en VIH-SIDA" Guatemala.  
Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social  
Programa Nacional del SIDA  
pp. 8,9, 3.
7. Kobler-Ross, Elizabeth (1993)  
"Sobre la muerte y los moribundos", Editorial Grijalbo, Barcelona  
pp. 58-72.
8. Lyketsos, Federman.(1995)  
"Desordenes Psiquiátricos y VIH" Revista Epidemiológica No.17.  
Madrid, pag. 162-4.
9. Médicos sin Fronteras.(2001)  
"El cuidado de las personas viviendo con VIH-SIDA" Pp.17. Guatemala, Union  
Europea.
10. ONUSIDA.(2001)  
"Manual de Orientación en VIH-SIDA". Ministerio de Salud Publica y asistencia  
social. Pp.24 Guatemala.

11. Remien, Robert.(2001)  
"Aspectos Psicologicos de vivir con la enfermedad VIH".  
Instituto Psiquiátrico del estado de Nueva York Y Colegio de Psiquiatras y Cirujanos. Universidad de Columbia.  
pp.6, 7.
  
12. Sarason, Irwin,(1996)  
"Psicología Anormal" Prentice Hall, 7ª Edición México.  
Pps. 6,73, 95, 132, 133,143, 145, 152, 217,269.
  
13. [www.msc.es/sida/asistencia/adherencia\\_1.htm](http://www.msc.es/sida/asistencia/adherencia_1.htm).  
Pgs. 1,2,3.
  
14. WWW. SECPAL.com. Sociedad española de cuidados paliativos.  
Pps. 38 y 39.

## ANEXOS

## ENTREVISTA

SEXO: M \_\_\_ F \_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ TIEMPO DE LA ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará una serie de preguntas con varias opciones de respuesta que puede marcar según sea su respuesta, las cuales deberá responder con la mayor veracidad posible y si desea ampliar su respuesta, utilice el espacio de observación.

#### 1. Ante el diagnóstico de VIH ha experimentado:

- enojo
- tristeza
- aislamiento
- desinterés
- conductas autodestructivas
- pensamientos de autodestrucción o destructivos
- conductas destructivas a otros

Observación-----  
-----  
-----

#### 2. Ha experimentado sentimientos o actitudes de:

- desánimo
- desinterés
- despreocupación
- llanto
- mucho sueño
- falta de apetito

Observación -----  
-----  
-----

#### 3. Qué acciones ha tomado en el curso de la enfermedad?

- ha tomado el medicamento como se le indicó
- ha bebido alcohol y otro tipo de drogas
- ha tenido sexo con varias personas sin protección
- ha rechazado el contacto con otras personas
- ninguna reacción
- ha continuado su vida normalmente

Observaciones-----  
-----  
-----



4. Qué sentimientos a experimentado hacia si mismo?

- culpabilidad o ideas de pecado
- desesperación
- tensión
- miedo
- ninguno
- variaciones de humor

Observaciones-----  
-----  
-----

5. Qué reacción ha tomado respecto a otras personas?

- convivir en armonía con su pareja
- convivir con su familia
- conservar a su amigos
- trabajar actualmente
- llevarse cordialmente con compañeros de trabajo
- aislarse de sus compañeros
- aislarse de su familia y amigos

Observaciones -----  
-----  
-----

6. Qué reacciones ha tenido su cuerpo a partir de la enfermedad?

- dolores en diferentes partes del cuerpo
- cansancio exagerado
- rigidez
- sumbido de oídos
- visión borrosa
- sensación de hormigueo
- taquicardia
- sensación de desmayo
- sensación de ahogo
- suspiros
- nausea
- resequedad de boca
- temblor de manos
- otros

Observaciones -----  
-----  
-----

7. Ha tenido los siguientes pensamientos o dificultades?

- Ha pensado que no tiene el mismo valor como persona
- Se ha sentido inútil
- Ha tenido dificultad para concentrarse
- piensa frecuentemente en hacerse daño

----- es pesimista

Observación -----  
-----  
-----

## ENCUESTA

PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una serie de cuestionamientos, con varias opciones de respuesta en las que puede marcar con una X según sea el caso.

1. Ha observado que pacientes diagnosticados con VIH-SIDA se muestran:

Enojados	si -----	no -----	a veces -----
Tristes	si -----	no -----	a veces -----
Aislados	si -----	no -----	a veces -----
Desinteresados	si -----	no -----	a veces -----
con conductas autodestructivas	si -----	no -----	a veces -----
con conductas de destrucción	si -----	no -----	a veces -----

2. Qué actitudes ha visto en los pacientes?

De desanimo	si -----	no -----	a veces -----
Desinterés	si -----	no -----	a veces -----
Despreocupación	si -----	no -----	a veces -----
Llanto	si -----	no -----	a veces -----
Con mucho sueño	si -----	no -----	a veces -----
Falta de apetito	si -----	no -----	a veces -----
Otras actitudes	-----		

3. Qué acciones piensa que son las más comunes en un paciente con VIH-SIDA?

No tomar el medicamento	si -----	no -----
Beber alcohol o consumir algún tipo de droga	si -----	no -----
Tener sexo con varias personas sin protección	si -----	no -----
Continuar su vida normalmente	si -----	no -----

4. Cree qué este tipo de pacientes es capaz de:

Convivir normalmente con su pareja	si -----	no -----	a veces -----
-			
Convivir normalmente con su familia	si -----	no -----	a veces -----
-			
Conservar a sus amigos	si -----	no -----	a veces -----
-			
Trabajar	si -----	no -----	a veces -----
Llevarse bien con compañeros de trabajo	si -----	no -----	a veces -----

5. Ha observado o escuchado que los pacientes con VIH-SIDA se quejan de múltiples síntomas como dolores en diferentes partes del cuerpo, cansancio exagerado, sensaciones de hormigueo o de ahogo, náusea, taquicardia, temblor de manos, etc.?

Si ----- no ----- algunos -----

6. Ha conocido o sabido casos de personas con VIH-SIDA que se han suicidado?

Si ----- no ----- cuantos -----

## ENTREVISTA

### DIRIGIDA AL PERSONAL QUE TRABAJA CON PACIENTES CON VIH-SIDA

PACIENTE: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuándo Se realizan actividades, qué actitud toma el paciente?
  
2. ¿Cuáles son las actitudes más comunes hacia el personal del hogar?
  
3. ¿Qué piensa o ha expresado el paciente de si mismo?
  
4. ¿Ha mejorado el paciente su calidad de vida (si ha aceptado la enfermedad, ha tratado de solucionar sus asuntos pendientes, se evidencia en la manera de tratar a los demás).?
  
5. ¿Cuántas horas duerme el paciente?
  
6. ¿Se come toda la comida?
  
7. ¿Colabora tomando la medicina o se resiste al tratamiento (olvidando)?
  
8. ¿Cuáles son las quejas más frecuentes del paciente?
  
9. ¿Qué cambios se han observado en el paciente (físicos y emocionales)?

10. ¿Qué hábitos ha a cambiado el paciente?

11. ¿recibe visitas frecuentemente el paciente?

12. ¿Se aísla a menudo en actividades donde necesita trabajar en grupo?

13. ¿Ha tenido intentos de suicidio o ha manifestado pensamientos suicidas?

14. ¿Qué actividad prefiere hacer el paciente en su tiempo de entretenimiento?

15. En el proceso de duelo se consideran las siguientes fase: 1 negación, 2 rabia, 3 negociación, 4 depresión, 5. aceptación.  
¿En qué fase cree que está el paciente?

