

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**PROGRAMA DE ATENCION PSICOLOGICA CON PACIENTES EN
FASE TERMINAL DEL VIH/SIDA EN LA CASA HOGAR SAN JOSÉ**

ARLETTY MARIVEL COLOP RAYMUNDO

GUATEMALA NOVIEMBRE DEL 2005

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**PROGRAMA DE ATENCION PSICOLOGICA CON PACIENTES EN
FASE TERMINAL DEL VIH/SIDA EN LA CASA HOGAR SAN JOSÉ**

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

POR

ARLETTY MARIVEL COLOP RAYMUNDO

PREVIO A OPTAR EL TITULO DE

PSICOLOGA

EN EL GRADO ACADEMICO DE

LICENCIATURA

GUATEMALA, NOVIEMBRE 2005

CONSEJO DIRECTIVO

Licenciado Riquelmi Gasparico Barrientos
DIRECTOR ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA a.i. ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

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

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

Estudiante Elsy Maricruz Barillas Divas
Estudiante José Carlos Argueta Gaitàn
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES



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

c.c. Control Académico
CIEPs.
Archivo
REG. 289-2001
CODIPs. 1675-2005

**De Orden de Impresión Informe Final
de Investigación**

04 de noviembre de 2005

Estudiante

Arletty Marivel Colop Raymundo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante Colop:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto NOVENO (9º), del Acta SESENTA Y OCHO GUIÓN DOS MIL CINCO (68-2005), de la sesión del Consejo Directivo del 04 de noviembre de 2005, que copiado literalmente dice:

"NOVENO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA CON PACIENTES EN FASE TERMINAL DEL VIH/SIDA EN LA CASA HOGAR SAN JOSÉ", de la Carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

ARLETTY MARIVEL COLOP RAYMUNDO

CARNET No. 87-30014

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Estuardo Joaquín Ramos y revisado por la Licenciada Mayra Luna de Álvarez. 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 a.i.





Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e información
CUM/USAC
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: psic@usc.edu.gt



CIEPs. 222-2005
REG. 289-2001

Guatemala, 31 de octubre de 2005

Firma: *MAr* hora: 13:00 Registro: 289-01

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

De manera atenta me dirijo a ustedes para informarles que he procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

**“PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA CON PACIENTES EN FASE
TERMINAL DEL VIH/SIDA EN LA CASA HOGAR SAN JOSÉ”**

ESTUDIANTE:

CARNÉ No

Arletty Marivel Colop Raymundo

8730014

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por este Centro de Investigaciones, emito DICTAMEN FAVORABLE, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Mayra Luna de Alvarez
LICENCIADA MAYRA LUNA DE ALVAREZ
REVISORA Y COORDINADORA

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs.-“MAYRA GUTIÉRREZ”

c.c. archivo

Docente Revisor/a

MLDA/edr



Guatemala, 31 de octubre de 2005

Licenciada
Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora del Centro de Investigaciones en Psicología

Estimada Licda. Álvarez:

Por este medio informo que tuve a mi cargo la asesoría del INFORME FINAL titulado:

“PROGRAMA DE ATENCION PSICOLOGICA CON PACIENTES EN FASE TERMINAL DEL VIH/SIDA EN LA CASA HOGAR SAN JOSÉ”

Estudiante:

Carné:

ARLETTY MARIVEL COLOP RAYMUNDO

87-30014

Por considerar que el mismo cumple con todos los requisitos establecidos por el Centro de Investigación en Psicología “MAYRA GUTIERREZ”, solicito se proceda a la revisión del Informe Final a cargo de la Licenciada Mayra Luna

Atentamente,



Lic. Estuardo Joaquín
Colegiado 6129



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
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. 289-2001

CODIPs. 842-2004

**DE APROBACIÓN DE PROYECTO
DE INVESTIGACIÓN Y NOMBRAMIENTO DE ASESOR.**

10 de junio de 2004

Estudiante
Arletty Marivel Colop Raymundo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante Colop:

Transcribo a usted el punto NOVENO (9º.) del Acta VEINTIOCHO DOS MIL CUATRO (28-2004), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 03 de junio de 2004, que literalmente dice:

“**NOVENO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Investigación, titulado: “PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA CON PACIENTES EN FASE TERMINAL DEL VIH/SIDA EN LA CASA HOGAR SAN JOSÉ”, de la Carrera: Licenciatura en Psicología, presentado por:

ARLETTY MARIVEL COLOP RAYMUNDO

CARNÉT No. 8730014

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 Estuardo Joaquín Ramos y como revisor a la Licenciada Mayra Luna de Álvarez.”

Atentamente,

ID Y ENSEÑAD A TODOS


Licenciada Karla Emy Vela Díaz de Ortega
SECRETARIA



/Rosy



JOSPICE INTERNATIONAL LA CASA DE SAN JOSE

ASOCIACION DEL HOSPICIO DE SAN JOSE
SIRVIENDO AL ENFERMO A TRAVES DEL MUNDO

DIRECTOR
Rev. FRANCIS O'LEARY, M.H.M.,M.A.

1a. avenida y 1a. calle, lotes 3 y 4 • Residenciales Los Alpes, San Lucas Sacatepéquez
Atención correspondencia por correo: Apartado Postal 2911 Ciudad de Guatemala, C. A. • Teléfono 830-4066

Guatemala 12 agosto de 2004


Licenciada
Mayra Luna
Coordinadora
CIEPS
Presente

De la manera más atenta permítame saludarla deseándole éxitos en sus labores diarias.

El motivo de la presente es para informarle que he tenido a mi vista el trabajo de validación de un "Programa de atención psicológica a pacientes en periodo de encamamiento del Hospicio San José".

Realizado de junio a julio del presente año por su estudiante **Arletty Marivel Colop Raymundo** con carné número 8730014 que además demostró desempeño, interés y sensibilización adecuada para trabajar con dicha población.

Si desea más información al respecto con gusto le atenderé, sin más me despido, quedando a su entera disposición
Cordialmente



Lic. Mario Annibal Hernández R.
Psicólogo Hospicio

PADRINOS DE GRADUACIÓN

Licenciada Lilian Aída Pérez y Pérez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Colegiada No.8, 714

Licenciado Humberto Fernando Calderón Navarro
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Colegiado No. 8,658

Licenciada Francisca Elena Morales
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Colegiada No. 9,190

DEDICATORIA

A Dios.
Por permitirme llegar a este momento

A mis Padres.
Miguel Colop Ordoñez
Eloisa Raymundo Q.E.P.D.
Por el amor y las enseñanzas brindadas

A mis hermanos.
Rosy, Erick, Piter, Eli
Por el cariño y el apoyo que me brindan

A mis cuñadas y cuñado.
Gracias por el apoyo

A mis sobrinos.
Por el amor que me han brindado

A Juana, Noemí, Miguel, tíos y primos en general.
Gracias por apoyarme incondicionalmente

A mis amigos: Swamy, Lilian, Fernando, Francis, José, Carlos.
Por apoyarme incondicionalmente, sigan cosechando triunfos.

A los pacientes y personal que labora en el Hospicio San José.
Por el apoyo brindado.

INDICE:

	Pág.
PROLOGO	1
CAPITULO I: Introducción	3
MARCO CONCEPTUAL	
1.1 Antecedentes	6
1.2. VIH/SIDA en el mundo	9
1.3 VIH/SIDA en América Latina	9
1.4 VIH/SIDA en Guatemala	10
1.5 Acción en el organismo del VIH/SIDA	11
1.6 Fases de la infección.	13
1.7 Formas de transmisión	14
1.8 Formas de Detección	17
1 9 Tratamientos	17
1.10 Resistencia del VIH/SIDA	18
1.11 Acción antirretroviral en el organismo	18
1.12 Adherencia a los antirretroviral	20
1.13 Rasgos que predisponen a la infección	20
1.14 Terapia de apoyo	25
1.15 Logoterapia	26
1.16 Ansiedad	28
1.17 Depresión	28
1.18 Depresión grave	29
1.19 Trastorno limite de la personalidad	30
1.20 Trastorno depresivo mayor	30
1.21 Trastorno depresivo menor	31
1.22 Trastorno mixto ansioso-depresivo	31
1.23 Trastorno de la personalidad por evitación	31
1.24 Trastorno paranoide la de personalidad	32
1.25 Trastorno pasivo agresivo de la personalidad	32
1.26 Emociones y sentimiento de las PVV	33
1.27 Premisas y Postulados	35
1.28 Hipótesis	36
CAPITULO II	
Técnicas e Instrumentos	
2.1. Selección de la muestra	37
2. 2 Técnicas.	38
2.2.1 Terapia de apoyo	38
2.2.2 Entrevista clínica	39
2.2.3 Hojas de evolución.	39

CAPITULO III PRESENTACION DE ANALISIS DE RESULTADOS

3.1	Características de la muestra	41
3.2	Presentación de Casos	44
3.3	Interpretación global	76

CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1	Conclusiones	79
4.2	Recomendaciones	80
	Bibliografía	81
	Anexos	85
	RESUMEN	90

PRÓLOGO:

Las condiciones sociales, económicas y políticas de Guatemala y de otros países en vías de desarrollo, propician que la pandemia del VIH/SIDA, presente cifras alarmantes y un pronóstico de nuevas infecciones en personas cada vez más jóvenes, en mujeres en edad reproductiva y por lo tanto de sus hijos, estos aspectos justifican la importancia de ésta y otras investigaciones relacionadas con el tema, ya que será necesaria la atención integral a una población cada vez mayor.

El VIH/SIDA representa un reto general tanto para los gobernantes, en cuanto a crear políticas que permitan a las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) tener las condiciones mínimas de atención médica y los medicamentos adecuados para contrarrestar los efectos físicos del virus, también es un reto para los trabajadores de la salud en cuanto a optimizar la atención médica y psicológica ya que actualmente el VIH/SIDA es una enfermedad crónica, por lo que la expectativa de vida de las PVVS es mayor actualmente.

La atención de las personas viviendo con VIH/SIDA se ha centrado especialmente en el aspecto médico y biológico, restándole importancia a la salud mental, la cual está vinculada íntimamente al bienestar físico del paciente, ya que el mismo atraviesa por varios conflictos emocionales, tal como se evidenció durante el trabajo psicológico que se realizó, algunos de los síntomas encontrados en las personas que se atendieron fueron: depresión, ansiedad, duelo propio ante la pérdida de la salud, la muerte inminente, pérdida de oportunidades laborales, por lo tanto no tienen un ingreso monetario fijo, también duelo por los seres queridos que han perdido como pareja y/o hijos, amigos etc. baja autoestima, alcoholismo, adicciones como formas evasivas de la realidad, falta de empoderamiento de su condición de PVVS, falta de proyectos de vida a seguir, y pérdida del sentido de vida, también deben enfrentar el estigma y la discriminación social que implican vivir con VIH/SIDA. Desde el punto de vista social, la presente investigación permitió el abordamiento de un problema de carácter clínico pero con repercusiones

sociales, este abordamiento fue a través de un programa de atención psicológica que permitió la identificación de conflictos psicológicos propios de una persona viviendo con VIH/SIDA y posteriormente en algunos casos su resolución.

Desde el punto de vista institucional el presente trabajo constituyó un aporte a los usuarios del Hospicio San José, cuyo número es cada vez mayor, y quienes necesitan ser atendidos con efectividad y en un periodo de tiempo relativamente corto.

A nivel personal la experiencia vivida durante esta fase del trabajo investigativo permitió conocer la fortaleza de las PVVS frente a la infección y las implicaciones que ésta conlleva como ser holístico entendido como el desarrollo social en general, realización de metas, interiorización de fortalezas y de derechos como ser social y político y el disfrute de su sexualidad.

Ante lo evidenciado durante el proceso de investigación con personas viviendo con VIH/SIDA, se puede decir que la infección es una limitante en el desarrollo de su proyecto de vida, su realización personal y social lo que afecta su psiquis y su recuperación física, pero que es superable.

Entre los objetivos que guiaron la presente investigación pueden mencionarse el acompañamiento a personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) quienes se encontraban en encamamiento en el hospicio Casa Hogar San José, para brindarles atención psicológica a través de la Terapia de Apoyo con enfoque logoterapéutico, siendo los objetivos específicos los de analizar y evaluar la factibilidad y funcionalidad de dicha atención a, definiendo a la vez los elementos para un adecuado abordaje psicológico del paciente durante este periodo de encamamiento, indagando además cuáles son los efectos del mismo en la psique de la PVVS, se pretende lograr con la atención psicológica que el paciente acepte las implicaciones que conlleva la enfermedad del VIH/SIDA.

Ante lo evidenciado durante el proceso de investigación se puede decir que la infección es una limitante en el desarrollo de su proyecto de vida, su realización personal y social lo que afecta su psiquis y su recuperación física.

CAPITULO I INTRODUCCIÓN

Según las estimaciones de la Organización de Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA) existen en el mundo mas de 60 millones de personas infectadas por el VIH/SIDA, siendo la principal causa de mortalidad en muchos países, especialmente los que se encuentran en vías de desarrollo, las cifras para América Latina no son menos alarmantes ya que se calcula que entre 1,3 y 1,9 millones de personas (adultos y niños) viven actualmente con el VIH.¹

Guatemala cuenta con diversos factores que predisponen a la población a resultar infectados tales como son: el aumento de la transmisión heterosexual lo que vulnerabiliza enormemente a la mujer y por lo tanto propicia la transmisión perinatal, los jóvenes son la población con mayor riesgo de contagio, es necesario destacar que esta es la edad más productiva por lo tanto el sistema económico también se ve afectado con esta situación.

En cuanto a la vulnerabilidad con respecto al riesgo de infección entre hombres y mujeres, anteriormente era la población masculina la más afectada, sin embargo las mujeres por la situación cultural, ideológica y lingüística son más vulnerables actualmente a la infección y el número de casos aumenta dramáticamente. La población con menor educación, y la proveniente de las áreas rurales tiene también menos acceso a la información de métodos de prevención del VIH/SIDA.

Existen diversos retos a superar por parte de los PVVS entre ellos, resolver los distintos conflictos emocionales que se le presentan, como cita el siguiente párrafo *“esta enfermedad provoca en los pacientes muchas frustraciones y problemas generales como conflictos familiares, cambios de personalidad y existencia, baja autoestima, depresión, miedo a la muerte.”*²

El estigma y la discriminación social, constituyen otro reto ya que influyen negativamente en la adecuada recuperación física, de la persona viviendo con VIH/SIDA *“el VIH/SIDA ha estado permeado por mitos y creencias falsas. Estos*

¹ Gatell J.M. Clotet B. Y otros, Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento, 8va.ED. Masson .México 2004 pag. 97

² López, Sandra. Atención Psicológica a Pacientes terminales de VIH/SIDA USAC, informe de EPS

han facilitado el desarrollo de ideas estigmatizantes en torno al virus y a las personas que viven con él, por lo cual abordarlos es importante... los significados que socialmente le han adjudicado a esta epidemia han sido los de invasión y contaminación.”³

Esta situación también es evidente en profesionales de la salud como médicos, dentistas, personal de enfermería, y hasta profesionales de la salud mental, quienes discriminan a las PVVS negándoles la atención necesaria. *“Se ha documentado que aun los profesionales que trabajan constantemente con personas seropositivas pasan juicios morales sobre su clientela. Este miedo de las personas seropositivas y los juicios que se hacen sobre ellas están relacionados al estigma que rodea al VIH/SIDA. La necesidad de abordar este estigma en proveedores/as de servicios de salud incluye a profesionales de salud mental”.*⁴

Para la realización del programa de atención psicológica la muestra fue de tipo intencional, debido a la situación especial del proceso de la enfermedad, se tomaron a 15 personas hombres y mujeres que se encontraban internos en el Hospicio San José, sin importar su estado civil, orientación sexual, escolaridad o situación económica, el proceso investigativo se llevó a cabo durante los meses de junio y julio del 2,004.

Para la realización del proceso investigativo se utilizó: La terapia de apoyo con enfoque logoterapéutico la cual *“consiste en proporcionar a la persona el apoyo emocional que requiere para enfrentar un período de crisis y readaptarse a su realidad. Es un tratamiento inmediato”*⁵.

El problema se ubica en el área del conocimiento social, basado en que todos los seres humanos necesitan relacionarse con sus semejantes, ser una persona viviendo con VIH/SIDA modifica esta situación ya que la mayoría de las PVVS se aísla y oculta su infección, llevando solos el impacto de su diagnóstico,

³ Varas Nelson, Irma Serrano y José Toro Alfonso “Estigma y Diferencia Social VIH/SIDA en Puerto Rico, Colombia Edit. Panamericana Formas e Impresos 2,004 p 29,30

⁴ Varas,op.cit. pág 63

⁵ Sim Maria del Rosario, La Terapia de Apoyo como Transición a la Logoterapia, USAC tesis de graduación Universidad de San Carlos de Guatemala. Pág. 34

imposibilitados de compartir sus sentimientos y emociones con alguien que nos los juzgue y discrimine.

El área del conocimiento filosófico al que pertenece el problema es el existencialismo basado en el principio de que el hombre es lo que él hace, ya que existe y tiene conciencia de sí mismo, el primer paso del existencialismo es poner al ser humano en posesión de lo que es, y a asumir la responsabilidad total de su propia existencia, el hombre existe en la medida en que se realiza como tal, cuando se encuentra imposibilitado de hacerlo surgen frustraciones y desequilibrios.

Según el área del pensamiento, las PVVS ante el apareamiento de síntomas de enfermedades oportunistas en su cuerpo atraviesan varias fases que son:

Duelo propio, ante la muerte inminente hay un duelo anticipado por parte del paciente, también existe duelo por pérdida de los seres queridos o por separación de los mismos.

Depresión, la que se presenta cuando el organismo se encuentra deteriorado y afectado por diversas enfermedades, siendo las más difíciles de asimilar las que son visibles como el Sarcoma de Kaposi, o el Síndrome de desgaste ya que al no poder ocultarlos ve expuesta su enfermedad ante los otras personas.

Ansiedad, surge ante la incertidumbre del futuro, especialmente en lo concerniente al aspecto económico, también las situaciones que afectan su cuerpo ya que muchas veces ve disminuida su capacidad física e intelectual.

Culpa: por haberse infectado del VIH, también por infectar a su pareja o hijos, y saber exactamente que el proceso de la enfermedad es doloroso y agobiante y que sus seres queridos tendrán que padecerlo.

La investigadora considera que la experiencia permitió conocer y valorar la infinita fortaleza humana y la enorme capacidad de superar las adversidades que se presentan durante la vida del ser humano.

MARCO CONCEPTUAL

Casa Hogar San José es una Organización No Gubernamental (ONG) fundada por el padre Francis O`lary cuya casa matriz se encuentra en Inglaterra, en Guatemala empieza a funcionar en 1989, su objetivo primario fue el de atender a pacientes con diversas enfermedades que no contaran con el apoyo familiar, actualmente debido a la demanda existente se ocupan de la atención de personas viviendo con VIH/SIDA. Entre los usuarios de Casa San José están los aproximadamente 32 niños y un promedio de 8 a 10 adultos quienes reciben el cuidado necesario para restablecer su salud física.

El hospicio cuenta con un equipo multidisciplinario compuesto por: departamento médico y personal de enfermería, personal de farmacia, departamento de odontología, departamento de psicología, departamento de trabajo social, personal de servicio entre quienes están: cocineras, personal de limpieza, y de lavandería, también cuentan con maestros para apoyar a los niños en sus tareas etc. El área administrativa del hospicio esta compuesta por una directora, una administradora, y un contador quienes dirigen el funcionamiento del mismo. Los recursos que el hospicio utiliza provienen en su mayoría de donaciones de la casa matriz de Inglaterra, y de las donaciones que personas o empresas particulares realizan.

El síndrome de la inmunodeficiencia humana fue descrito por primera vez en Nueva York y San Francisco en 1,981 entre personas homosexuales, identificándose dos años después un nuevo retrovirus denominado VIH-1, sin embargo se cree que el virus apareció cinco décadas antes de su identificación o aun en siglos pasados.

El virus ha sido dividido y subdividido en diversos subtipos, el más extendido y virulento es el VIH-1 procede del virus del chimpancé VIScpz, que ha pasado a la población humana en tres ocasiones diferentes, distanciadas en el tiempo, dando origen a tres grupos distintos de VIH-1: el grupo M, que es mayoritario de la pandemia del SIDA, y otros grupos menos extendidos: el O por outlier del que se han descrito solo un centenar de casos, casi todos procedentes de Camerún, y el grupo N del que sólo hay seis sueros caracterizados. El VIH-2 es menos

virulento y esta extendido principalmente en África occidental. También el VIH-2 ha sido subdividido en subtipos muy semejantes a los del virus VIS de simios...⁶

Virus de la Inmunodeficiencia Humana: (VIH) cuyas siglas significan: V = virus, I = inmunodeficiencia, H = humana.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana es el causante del SIDA, está presente en los fluidos corporales como la sangre, el semen, los fluidos vaginales, y la leche materna de mujeres infectadas, también está presente en la saliva y en el sudor aunque en concentraciones menores.

Existen diversas teorías acerca del origen del virus, una de ellas es que ha sido producido artificialmente por el hombre: los primeros casos de SIDA se han encontrado por los años setenta, en esta época probablemente no se podían realizar manipulaciones genéticas de ese tipo, por lo tanto es poco probable que ocurriera.

El VIH 1 es probable que provenga del chimpancé y podría haber existido hace largo tiempo en poblaciones humanas que lo toleraban relativamente bien. El VIH 2 es un pariente próximo del virus de los monos africanos. El VIH 2 causa también SIDA pero su transmisión es más difícil y causa la enfermedad con menor frecuencia y menos rapidez que el VIH 1.

A más de tres décadas de que se registró el primer caso de VIH/SIDA se desconoce el origen real del mismo, lo que consecuentemente dificulta encontrar algún medicamento que contrarreste de forma efectiva y definitiva el virus del organismo humano.

Un estudio publicado en febrero de 1,998, en la revista Nature, indica que *“la muestra documentada más antigua del virus causante del SIDA procede de un análisis de sangre realizado en 1,959 y podría tratarse de un antepasado común del VIH-1, los autores del estudio señalan que el análisis genético sugiere que dos de los principales subtipos del VIH-1, y posiblemente todos ellos se desarrollaron a partir de una familia única que afectó a la población africana,*

⁶ Gatell, J.M. Clotet B, y otros Guía practica del SIDA. Clínica, Diagnostico y Tratamiento México Edith Masson 8va. Edición 2004 . Pág. 2

señala también que el VIH- infectó por primera vez al ser humano, casi con toda seguridad, en la década de 1,940 o a principios de los 50, unos 10 o 20 años de lo que se había pensado con anterioridad”⁷

En 1986 los científicos descubrieron evidencias del VIH en una muestra de sangre que le fue tomada en 1959 a un bantú habitante del Congo. El virus fue identificado como VIH-1, pero el material genético al estar muy degradado complicaba su comparación con otros tipos conocidos del VIH.

La fase SIDA cuyas siglas significan: S = síndrome, I = inmuno, D = deficiencia, A = adquirida, Es indicada por la presencia de signos y síntomas como diarrea, pérdida de peso, malestar, fatiga y somnolencia, candidiasis, anorexia, molestias abdominales, fiebre, sudores nocturnos, dolor de cabeza, linfadenopatía, esplenomegalia y trastornos neurológicos, etc. la mayoría de personas infectadas de VIH, desarrollan SIDA en periodos de tiempo distintos unos de otros.

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Humana es una enfermedad infecciosa o transmisible humana, no hereditaria, sin embargo transmisible de madre a hijo/hija durante el embarazo, el parto y la lactancia materna.

El virus actúa directamente destruyendo el sistema inmunológico de la persona dejándolo vulnerable ante cualquier enfermedad oportunistas.

“El sistema inmunitario defiende al organismo de las agresiones que le ocasionan diferentes tipos de microorganismos e impide a su vez la proliferación de células malignas (cánceres). Este sistema actúa en todo el organismo por medio de un tipo especial de glóbulos blancos, los linfocitos, de estos existen dos grandes grupos. Los linfocitos “ T ” atacan directamente a los invasores y los linfocitos B producen unas substancias que llamamos anticuerpos que son específicos para cada microbio”.⁸

⁷ Cullari Salvatore, Fundamentos de Psicología Clínica. México, Edith. Pearson Educación 2001 Pág. 25

⁸ Internet boletín informativo de Médicos sin fronteras

VIH/SIDA en el mundo

El SIDA en los países industrializados o desarrollados ha evolucionado de forma muy distinta a los países en vías de desarrollo debido a que los factores socioeconómicos demográficos, culturales y políticos han sido determinantes en aspectos como la educación para la prevención de nuevas infecciones, vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA de segunda generación, monitoreo de los grupos en riesgo etc. Lo que lamentablemente implica que son los segundos los que tienen y tendrán las más altas tasas de personas infectadas.

“Desde 1981 año en que se detectaron los primeros casos del síndrome que posteriormente se denominaría SIDA (1), mas de 60 millones de personas se han infectado por el virus y actualmente es una de las causas mas importantes de muerte en todo el mundo. La epidemia ha ido creciendo que ahora se puede hablar de pandemia del VIH”⁹

El apareamiento del VIH ha significado una disminución en la expectativa de vida de la persona, y un deterioro de la calidad de vida de los afectados por la misma.

VIH/SIDA en América Latina:

Al igual que en otras regiones del mundo, la epidemia se caracteriza por su heterogeneidad, con diferencia de país a país, así como dentro de una misma nación. En su mayor parte el SIDA se concentra en poblaciones social y económicamente marginadas, existiendo una relación inversa entre el nivel de instrucción y la tasa de prevalencia de VIH.¹⁰

En Sudamérica el uso de drogas por vía intravenosa es la fuente de mayor contagio, en Centroamérica predomina la transmisión por vía sexual, tanto en homosexuales como heterosexuales. *“se estima que la prevalencia del VIH es del 1% en Guatemala, Honduras y Panamá. Datos recientes muestran que la prevalencia en trabajadoras sexuales varía significativamente de menos del 1%”*

⁹ Gatell,, J.M. Clotet B, y otros Guía practica del SIDA. Clínica, Diagnostico y Tratamiento México Edith Masson 8va. Edición 2004 Pág.81

¹⁰Gatell,, J.M. Clotet B, y otros Guía practica del SIDA. Clínica, Diagnostico y Tratamiento México Edith Masson 8va. Edición 2004 Pág. 97

*en Nicaragua, 2% en Panamá, 4% en el Salvador y 5% en Guatemala, a más del 10% en Honduras...se calcula que en América Latina y el Caribe hay 190.000 personas que contrajeron el virus el año pasado.*¹¹

VIH/SIDA en Guatemala:

Contrariamente a lo que sucede en otros países, en Guatemala no se han tomado acciones en cuanto al seguimiento de la infección de segunda generación, educación sexual y de medidas profilácticas para la prevención de nuevas infecciones, además de un seguimiento continuo para los grupos de mayor riesgo, lo que facilitaría la rápida identificación de nuevos casos y su tratamiento médico, es necesario recordar que en países como Estados Unidos las PVVS tienen acceso al tratamiento antiretroviral, en su fase aguda, lo que impide que el sistema inmunológico se deteriore, en nuestro país este tratamiento se da solamente cuando el conteo de células "T" es menor de 200 ul (fase final) ocasionando que el tratamiento en algunos casos ya no sea efectivo, además existen pocas opciones para elegir en cuanto a los medicamentos y su costo es elevado lo que dificulta que el ciudadano promedio pueda adquirirlo.

Las ineficientes políticas en cuanto a salud y educación, hacen prever que las tasas de infección serán cada vez mayores, lamentablemente el Programa Nacional para la Prevención del SIDA no ha realizado acciones concretas y acertadas para contrarrestar el avance de la infección, sin embargo es necesario mencionar que los factores culturales y lingüísticos juegan un papel muy importante en esta situación ya que cuando se han intentado realizar diversas acciones como el programa de prevención de la transmisión perinatal, el que consiste en realizar pruebas diagnósticas a la madre, en caso de resultar positivos se inicia a partir del segundo trimestre de gestación el tratamiento antirretroviral con Zidovudina (AZT), el parto generalmente se realiza mediante cesárea en un tiempo determinado del embarazo, posteriormente se continúa con la medicación al infante, y se evita la lactancia materna para reducir el riesgo de infección madre a hijo/a, este programa está siendo implementado en

¹¹ Gatell,, op. Cit. Págs. 97,98

diversas regiones guatemaltecas por parte del Ministerio de Salud, sin embargo ha tenido un éxito limitado debido que tiene un costo elevado y necesita de un seguimiento continuo y mucha concientización a los padres especialmente a la madre.

En Guatemala se detectó el primer caso de SIDA en el año 1,984. En cuanto a la situación epidemiológica actual del VIH/SIDA, el Programa Nacional indica que el número de personas notificadas con SIDA se ha incrementado.

Las instituciones estatales reconocen que existen fallas en el diagnóstico, sub.-registro y retraso en la notificación de los datos. El Programa Nacional del SIDA sugiere un sub.-registro de 50%, ONUSIDA estima entre cuatro y cinco personas se encuentran infectadas con VIH por cada caso de SIDA. Dichas personas están comprendidas entre las edades de 15 a 49 años, la vía común de transmisión es la sexual, según se evidencia, el mayor número de personas infectadas pertenece al sexo masculino sin embargo el número de mujeres infectadas es cada vez más numeroso lo que implica que el número de niños nacidos con el VIH aumentará considerablemente en el nuevo siglo. *Los departamentos más afectados por el SIDA serán las más densamente pobladas con un grado de industrialización mayor siendo la ciudad capital la mayormente afectada con un total de 5,769 casos notificados del año 1,984 al 30 de junio 2003.*¹²

Acción del VIH/SIDA en el organismo.

El VIH en fase terminal, actúa destruyendo el sistema inmunológico, especialmente los linfocitos que son los encargados de atacar los virus que afectan al organismo lo que ocasiona que este quede desprotegido y cualquier enfermedad lo afecte gravemente, aparecen múltiples enfermedades durante el mismo periodo de tiempo situación que complica su tratamiento efectivo.

Las enfermedades más comunes que afectan a la PVVS son:

Sarcoma de Kaposi: llamado también Cáncer de la piel, es el cáncer más común de los pacientes de SIDA, produce lesiones visibles en la piel. Se caracteriza por

¹² Programa Nacional del SIDA, departamento de divulgación .Guatemala junio del 2004

manchas de color rosado o morado que aparecen en los brazos, orejas, boca, y piel de la cabeza que luego se extiende hacia los órganos internos, causa la muerte.

Meningitis Meningocócica: Es la inflamación de la meninge causada por un hongo llamado Meningococo, suele comenzar con fiebres bajas, ligeros dolores de cabeza. Puede ir seguida de náuseas, vómitos y visión nublada. Si no se trata, la enfermedad es mortal.

Herpes Simples I: Llamado también Fuego. Causa lesiones en la boca o alrededor de la misma según el tipo de virus. En los casos de personas con SIDA, las lesiones son más severas y se repiten a menudo.

Herpes Simples II: Es causado por un agente viral HVS, la infección inicia después de realizado el acto sexo genital con una persona infectada, el virus penetra el epitelio cutáneo o mucoso a través de pequeñas fisuras o erosiones. En el hombre el primer síntoma es escozor y dolor en la zona del glande, en la mujer estas molestias se localizan en área vulbo -vaginal y anal. Esta infección puede causar cáncer del cuello uterino, y es un peligro latente en mujeres embarazadas, ya que el virus puede atravesar la barrera placentaria.

Candidiasis: Es causada por un hongo llamado Cándida Albicans, suele presentarse dos tipos de la enfermedad en las personas con VIH/SIDA. La candidiasis bucal, que es la más común, produce lesiones en la boca, su color característico es el blanco, siendo por lo general indoloro. La candidiasis esofágica, puede causar dolor y dificultad para tragar.

Neumonía: *“En enfermos de SIDA es llamada Neumocistis Carini, producida por un hongo con el mismo nombre. Es una inflamación del tejido pulmonar. Sus síntomas característicos son fiebres, escalofríos, tos y falta de aliento, puede presentar paros respiratorios que ponen en peligro la vida de los pacientes”*.¹³

Toxoplasmosis: Llamada también Infección en el cerebro, entre sus síntomas están: pérdida de la Memoria, fiebre, dolor de cabeza y confusión. Sin tratamiento esta enfermedad es mortal.

¹³ APAES/SOLIDARIDAD Folleto informativo del Programa de Educación Guatemala 2,000 Pág. 3

Tuberculosis: Es una enfermedad contagiosa producida por un microbio, afecta con facilidad a las personas que están debilitadas, se transmite por las gotitas de saliva que el enfermo expulsa cuando habla, tose o estornuda. Los síntomas que presenta son: tos persistente, pérdida del apetito, agotamiento, fatiga, fiebre y sudor nocturno.

Fases de la infección del VIH/SIDA

En el pasado se creía que el tiempo posterior a la infección no provocaba síntomas, los cuales en su mayoría pasan desapercibidos para las personas por ser parecidos a enfermedades comunes, pero que sin embargo si pueden proporcionar un diagnostico diferencial para el personal médico que cuente con la experiencia necesaria en el campo “después de la infección con VIH-1 existe un periodo breve de antigenemia que se extiende durante tres a cuatro semanas. En este tiempo la mitad de los individuos puede manifestar una enfermedad parecida a la mononucleosis infecciosa, conocida comúnmente como “síndrome retroviral agudo” (SRA). Las personas con las formas más intensas del SRA al parecer tienen pronostico más malo que los pacientes con infecciones primarias asintomáticas.¹⁴

El VIH/SIDA se desarrolla en tres diferentes fases que son:

Fase aguda entre las 2 y 4 semanas después de la entrada del virus en el organismo, en el 50% de los casos producirá un cuadro clínico de infección aguda o primoinfección, de intensidad variable y caracterizada por fiebre, cefalea, adenopatías, mialgias, escozor y picazón en la piel (rash) denominado mononucleosis-like o síndrome mononucleòsido por su similitud con la mononucleosis infecciosa. A la semana de inicio de los síntomas se puede detectar una intensa viremia, entre 1.000 y 10.000 unidades infecciosas de VIH-1 por unidad de cultivo tisular, y entre 10⁵ y 10⁷ copias/ml de ARN del VIH-1 en

¹⁴ Ponce de León, Rangel SIDA, Aspectos Clínicos y terapéuticos. Edith. Mc Graw interamericana México, 2000 Pág. 117,118

plasma Durante esta fase el virus se replica a si mismo a distintos niveles, principalmente en el tejido linfático y sistema nervioso central.¹⁵

Fase crónica: tras la fase aguda de la infección, caracterizada por la existencia de cargas virales plasmáticas muy elevadas, estas se reducen en aproximadamente 100 veces con el desarrollo de una respuesta T citotóxica, hasta alcanzar entre los 6 y los 12 meses el equilibrio dinámico entre la producción y el aclaramiento del virus.¹⁶ La velocidad de progresión no es la misma para todos los pacientes ya que influyen factores relacionados con el huésped y factores relacionados con los virus, mismos que determinan el tiempo de evolución de una fase a otra.

Fase final: se caracteriza esquemáticamente por ser una fase con recuento de células CD4+ inferiores a 200/ul, aumento en la tasa de replicación viral, descenso de la actividad de los linfocitos T citotóxicos anti-VIH, destrucción de la arquitectura linfática, síntomas constitucionales y desarrollo de infecciones oportunistas como la neumonía por Pneumocystis jiroveci, enfermedad por citomegalovirus o enfermedad por Mycobacterium avium-complex independientemente del nivel de células CD4+.¹⁷

El tiempo de evolución de las fases también es determinado por el tipo de virus que sea, siendo los más peligrosos y los que más rápido desarrollan el VIH-1 y sus subtipos. Sin embargo también influye el tipo de vida de la persona y su nivel nutricional.

Formas de transmisión del VIH/SIDA:

El virus se transmite de las siguientes formas:

Transmisión sexual: es el principal modo de transmisión de la infección, aproximadamente un 75% de los casos en el mundo según la OMS, todas las formas de contacto sexual tienen un riesgo de transmisión, aunque la eficacia varia de manera considerable dependiendo del tipo de contacto. Los factores

¹⁵ Ponce de León, Rangel SIDA, Aspectos Clínicos y terapéuticos. Mc Graw interamericana .México, 2000. Pág. 50

¹⁶ Idem. Pág. 54

¹⁷ Idem. Pág. 55

que influyen en la posibilidad de adquirir o transmitir la infección por VIH incluyen el número de parejas, la prevalencia de la infección por VIH en la población, el tipo de contacto sexual, la eficacia para transmitir el virus por parte de la pareja infectada, la susceptibilidad de la pareja receptora y las propiedades biológicas del virus. La práctica sexual más riesgosa el contacto anal pasivo homosexual o heterosexual sin protección, otro factor que favorece la transmisión es el acto sexual con una mujer infectada durante el periodo menstrual, o con hemorragia vaginal de otro origen, y con hombres con hemorragia del pené.¹⁸

Transmisión sanguínea: es el método mas preciso de infección, ya sea a través de sangre o productos sanguíneos, como plasma y factores de la coagulación. El riesgo de infección después de recibir un producto sanguíneo infectado es de alrededor del 100%, esto era alarmante en el pasado, actualmente los exámenes realizados a los donadores y la eliminación de donadores con conductas de riesgo han disminuido el porcentaje de infección a través de este método, sin embargo siempre existe un riesgo con los donadores de reciente infección que se encuentran en periodo de ventana, situación preocupante en los países del tercer mundo.¹⁹

Transmisión por inyecciones endovenosas: numerosos usuarios de drogas intravenosas se han infectado en el mundo por compartir agujas o jeringas contaminadas. Tales poblaciones tienen posibilidades de rápida diseminación de la infección, el uso de drogas parenterales, la frecuencia y el número de parejas con quienes se comparten las agujas, el número de inyecciones, y la prevalencia de infección por VIH en el área de residencia son factores que incrementan el riesgo de infección.²⁰

Transmisión perinatal: también llamada transmisión vertical, se da cuando una mujer infecta a su hijo durante la gestación, el parto o el periodo posparto a través de la leche materna, se prevé que el numero de bebes infectados a través de esta forma será mayor en los próximos años, el virus afecta a los niños más gravemente que a los adultos, sin embargo no todos los niños hijos de madres

¹⁸ Ponce de León, op. Cit. Pág. 143

¹⁹ Idem. Pág. 143

²⁰ Idem. Pág. 143

infectadas tienen el VIH, aunque la prueba resultara positiva durante los primeros meses de vida debido a la transmisión placentaria materna que persiste aproximadamente de los 12 a los 18 meses, el riesgo es mayor dependiendo del estado nutricional de la madre, el uso de drogas, un conteo bajo de linfocitos CD4+ durante el embarazo, y el contacto del bebe con sangre o secreciones maternas durante el parto. *“El uso de AZT ha demostrado reducción de la transmisión perinatal, pero deja vulnerabilizado el organismo de la madre exponiéndolo a un aumento de la infección”.*²¹

Trabajadores de la Salud: la exposición a sangre y fluidos corporales contaminados a través de la membranas mucosas y de la piel presenta un riesgo de infección para los trabajadores de la salud, “se estima que el riesgo de seroconversión después de una herida punzo cortante con sangre infectada por VIH es alrededor de 0.3%. La transmisión sucede con menor frecuencia luego de haber expuesto mucosas y piel con sangre, alrededor del 0.09%, no se han registrado casos de infección por contacto con saliva de pacientes a través de mucosas o de heridas en la piel. Las posibilidades de que un trabajador de la salud infecte a un paciente son mínimas conociéndose solo el caso de un dentista que infecto a seis de sus pacientes”²², este riesgo disminuye si se utiliza una técnica adecuada, el estadio de la enfermedad y la carga viral al momento de la exposición.

Otras formas de transmisión: se ha informado casos de infección por trasplante de hígado, riñón, páncreas, hueso y posiblemente de piel.

También se ha informado transmisión por la reutilización de jeringas y agujas contaminadas mal esterilizadas. Otros mecanismos de infección se deben a exposición con sangre en heridas de la piel después de accidentes automovilísticos, y en heridas deportivas, por inseminación vaginal con semen donado no procesado y mediante inseminación intrauterina con semen procesado, no se han registrado casos de infección por convivencia laboral y familiar.

²¹ Ponce de León, Rangel SIDA, Aspectos Clínicos y terapéuticos. Mc Graw interamericana .México, 2000. Pág. 143

²² Ibíd. Pág. 143

Formas de Detección:

Para la detección de la enfermedad se cuenta con dos tipos de métodos: los directos y los indirectos. Los directos consisten en análisis bioquímicos que reconocen el virus y tienen, la ventaja de detectar la infección inmediatamente de producida, la desventaja de este tipo de método es su costo altamente elevado especialmente para países como Guatemala donde los sistemas de servicios de salud son deficientes.

Los métodos indirectos no detectan la presencia del virus, sino los anticuerpos anti-VIH producidos por el sistema inmunitario como respuesta a la infección viral, son necesarias las pruebas confirmatorias en caso de que el resultado sea negativo, esta será varios meses después si la persona presenta situaciones de riesgo como relaciones sexuales con varias parejas, consumo de drogas, padecimiento de infecciones sexuales etc.

Período de Ventana: este periodo abarca desde el momento mismo del contagio hasta que el organismo genera anticuerpos contra el VIH, en este periodo no es posible la detección sino por los análisis directos. La extensión del periodo de ventana alcanza desde uno o dos meses hasta un máximo de seis meses.

Tratamientos antirretrovirales

Las posibilidades de desarrollar un tratamiento eficaz son muy remotas debido a la capacidad de mutación del virus, y la capacidad de crear resistencia a los medicamentos existentes aun con una adherencia total de parte del paciente, situación que hace que las expectativas sean poco favorables.

“La formación inmediata de un reservorio de células en reposo de vida media larga durante la infección primaria, que mantiene integrado en su genoma al VIH Como provirus, así como la rápida generación de VIH mutantes y resistentes a los mas prometedores y sofisticados diseños de inhibidores de su replicación, hace importante reconocer que cada vez hay menor posibilidad de éxito de los esquemas terapéuticos antirretrovirales disponibles en la actualidad, inclusive de

*los fármacos que no han salido al mercado o que se encuentran en fase de investigación a pesar de las novedosas estrategias propuestas*²³.

En la actualidad los tratamientos son de mantenimiento los cuales inhiben el progreso del virus en el organismo lo que resulta efectivo cuando la adherencia es del 100 %, sin embargo se deben evitar nuevas reinfecciones.

*Debido a la imposibilidad de lograr vacunas curativas se emplean drogas paliativas como el AZT (Azidotimidina o zidovudina) la cual inhibe la multiplicación del VIH. Uno de los mayores inconvenientes que presenta es que es efectiva durante un periodo determinado, variable en cada paciente.*²⁴

Resistencia del VIH/SIDA

“El VIH comete errores cuando hace copias de sí mismo. Muchas de las copias nuevas del VIH son ligeramente diferentes a la original (mutaciones). Muchas de las mutaciones pueden multiplicarse fácilmente, incluso aunque usted tome medicamentos para detener al VIH "normal". Esto se llama "desarrollar resistencia" a los medicamentos. Si su virus desarrolla resistencia, se multiplicará con más rapidez y posiblemente la enfermedad por el VIH empeorará”²⁵. La resistencia se desarrolla rápidamente cuando se toma un medicamento o dos medicamentos en lugar de los tres que se recetan, se llama resistencia cruzada cuando un medicamento antirretroviral que nunca se han tomado crea resistencia, situación frecuente con los medicamentos para combatir al VIH/SIDA, en este caso es necesario que cambien los medicamentos por otros de distinta clase.

Acción del antirretroviral en el organismo:

Cuando los medicamentos entran en la sangre y son distribuidos en el cuerpo, son procesados luego por el hígado y los riñones quienes los eliminan del organismo disminuyendo la cantidad de medicamento en la sangre.

²³ Gatell, J.M. Clotet B, y otros Guía práctica del SIDA. Clínica, Diagnóstico y Tratamiento México Edith Masson 8va. Edición 2004 Pág. 100, 101

²⁴ Puccinelli, Oscar “Derechos Humanos y SIDA” Buenos Aires. Edith. De Palma 1,988 p57

²⁵ internet AIDSINFONET.ORG

La ingesta de alimentos varía según el tipo de tratamiento ARV que sea, algunos penetran mejor en la sangre si no hay comida en el estómago. Estos medicamentos deben tomarse con el estómago vacío. Otros medicamentos penetran mejor a la sangre, si el estómago está lleno. Estos medicamentos deben tomarse con alimentos. En el caso de otros medicamentos, no importa si los toma con o sin alimentos. Para que el medicamento funcione adecuadamente se deben tomar estrictamente las dosis recomendadas para que en el organismo cuente con cantidad necesaria de medicamento en la sangre. Cuando se saltea una dosis, no toma la dosis completa o no se siguen las instrucciones alimenticias, los niveles del medicamento en la sangre disminuirán. Si no hay suficiente medicina en la sangre, el VIH puede continuar multiplicándose. Cuanto más se multiplique, mayores son las posibilidades de desarrollar resistencia.

Los efectos secundarios de los medicamentos utilizados para detener el avance del virus, son diversos y dañan al organismo debilitándolo o creando resistencia a los medicamentos y además su costo es elevado, es vital para el éxito que el paciente tenga una adherencia total al medicamento, para no permitir que se de el proceso de resistencia del virus, lo cual propiciaría que el organismo quede inmune al tratamiento con antirretrovirales, en estos casos una opción sería el cambio de medicamentos, esto sería la solución si hubiera disponibilidad de contar con otras opciones en cuanto a medicamentos. Sin embargo la aparición de ARV ha propiciado que muchas personas descuiden las medidas de prevención como el uso continuo del condón, confiadas en la existencia de medicamentos efectivos para algunos pacientes. Algunas situaciones influyen negativamente no solo en que la infección se propague, sino que también cuando la persona ya vive con VIH/SIDA, su organismo sufra un desgaste adicional, pudiendo reinfectarse con un virus distinto al propio.

Adherencia a los medicamentos antirretrovirales (ARV)

La adherencia a los medicamentos debe ser del 100% para lograr que inhiba el desarrollo de nuevas cepas, y mutaciones del virus, las cuales serán resistentes a los ARV y causaran mayor deterioro en el cuerpo que el hecho de no contar con ellos.

Los ARV deberán ser tomados siguiendo estrictamente las indicaciones médicas, es necesario mencionar que algunos alimentos comunes pueden inhibir el efecto protector de los medicamentos al igual que el alcoholismo y las drogas.

El desarrollo mutante del virus reduce el éxito de los ARV, presentando un panorama poco alentador para las PVVS.

Prevención de infecciones.

El poco éxito de los antirretrovirales, hacen necesario enfatizar que la mejor forma de detener el avance del virus es con la prevención de nuevas infecciones lo cual es posible a través de la abstinencia, la fidelidad mutua en la pareja, y la utilización adecuada del condón masculino o femenino. También es importante que se de prioridad a la educación sexual y en cuanto a salud reproductiva es importante sobre todo para orientar a la juventud, sector que actualmente es el mas vulnerable a contraer la infección del VIH/SIDA.

Rasgos característicos que favorecen el avance del VIH/SIDA en Guatemala:

Las más comunes son:

Aumento De la transmisión heterosexual. A partir de 1996 la transmisión heterosexual es la causa de más de la mitad de casos de transmisión sexual.

Grupos en riesgo de edad más joven, se estima que la edad más afectada fueron de los 20 a los 49 años, es importante reconocer esta situación ya que este es el grupo de mayor actividad económica.

Mayor igualdad de riesgo entre los sexos, la diferencia de casos infectados de hombres sobre el porcentaje de mujeres infectadas ha desaparecido, existiendo mayor riesgo en la mujer de infectarse a través de relacione heterosexuales.

Menor Educación, se ha detectado la relación entre infección y el grado de educación siendo más frecuente en los grupos con menos educación el cual esta compuesto mayoritariamente por mujeres.

Propagación a las zonas rurales, existencia una tendencia de aumento en las áreas rurales en donde las mujeres y los jóvenes son la población mas vulnerable.

El alcohol como agente desinhibidor de la persona propicia que se tengan relaciones sexuales altamente riesgosas, ciertamente en Guatemala los lugares donde se reúne una mayor cantidad de hombres son los bares, lugares donde el hombre ingiere licor y puede optar a tener relaciones con T.S. infectadas (trabajadoras sexuales).

“En esta región es socialmente aceptado que desde a una edad muy temprana los hombres, y en menor grado las mujeres, consuman alcohol. Aunque el alcohol no constituye un riesgo directo, si desinhibe y crea un ambiente donde la persona puede exponerse aún más a adquirir la infección. El consumo de alcohol hace que el individuo pierda las inhibiciones que siente en su ausencia y por lo tanto es posible que se aventure en el campo sexual sin tomar las precauciones necesarias. Aun sabiendo que el preservativo previene la infección por VIH, sus actitudes hacia las relaciones sexuales lo exponen por lo tanto al peligro de infectarse con el virus... el consumo del alcohol está frecuentemente asociado con visitas a prostíbulos.”²⁶

Fidelidad: La fidelidad desde el punto de vista machista es solamente para la mujer mientras que en el hombre mientras más mujeres tengan más “macho” es. Los hombres exigen fidelidad al cien por ciento en el caso de su esposa, mujer, o amante, pero la fidelidad para ellos no es factible aduciendo que en su “condición” de hombres no pueden ser fieles, como a continuación podemos ver: *“Desde la perspectiva de la prevención del VIH, el principio de la fidelidad es el mismo ya sea que la pareja viva en unión libre o esta casada por lo civil o por la iglesia. La fidelidad mutua requiere el compromiso de ambas partes, pero la*

²⁶ Asociación Guatemalteca para la Prevención y control del SIDA El Peligro Oculto, la mujer y el SIDA en México Centroamérica y el Caribe Instituto Panos Pág. 25

evidencia señala que la mujer tiene mucho más probabilidades de ser fiel que su pareja o esposo .Un estudio en Guatemala muestra que la promiscuidad, definida como el comportamiento de una persona que ha tenido más de una pareja, alcanza el 80% entre los reclutas militares, pero solo el 3% entre las mujeres en la población en general.”²⁷

La Pobreza conlleva una marginación social, que propicia que no se tenga acceso a los servicios médicos, o a los servicios educativos, lo hace vulnerable a este tipo de población.

*“No es de asombrarse que la epidemia del SIDA esté íntimamente ligada con la pobreza. En todos los países, los pobres y los menos favorecidos sufren con mayor intensidad muchos de los problemas de salud que se pueden prevenir o evitar. Y en todos los países, las mujeres constituyen el sector más pobre y desaventajado de la sociedad. En cada nación la pobreza reduce la disponibilidad de servicios de salud, incluyendo aquellos donde se ofrece tratamiento para las Enfermedades de Transmisión sexual, y limita el acceso a los preservativos así como la difusión de información sobre el VIH. A nivel individual, la dependencia económica del hombre obliga con frecuencia a la mujer a someterse a situaciones sexuales que la ponen en peligro de contraer el VIH”.*²⁸

Falta de acceso a la información: La mayoría de las personas desconoce, las formas de prevención y de contagio de la enfermedad, esto los hace especialmente vulnerables ya que no se consideran en riesgo de contraer la enfermedad. Las campañas en prevención de VIH/SIDA, muchas veces no son efectivas, porque son hechos por y para un público con diferente nivel cultural.

“La ignorancia, sea que provenga del analfabetismo o de la falta de educación y/o información, es perjudicial para la buena salud. Los altos niveles de analfabetismo se asocian con problemas de salud y altas tasas de mortalidad materno-infantil...El analfabetismo impide que las personas afectadas reciban información que se distribuye por medio de volantes, en vallas y en los

²⁷Idem. 25

²⁸ Idem 25

periódicos. Aun en el caso de aquellas mujeres que pueden leer, la información sobre la existencia del VIH y sus modos de transmisión y prevención no es accesible si viven en áreas donde ni el gobierno ni las organizaciones no gubernamentales (ONG) consideran que ese tipo de información sea prioritario. La radio y la televisión también transmiten información sobre el VIH/SIDA, pero es muy probable que las mujeres no escuchen los programas y/o segmentos sobre el VIH/SIDA.²⁹

El Machismo arraigado en la cultura latina, es ahora que inicia la realización de un análisis real de todos los aspectos que el machismo conlleva. La cultura del machismo es aprendida por los niños y las niñas en el hogar en donde al hombre se le otorgan privilegios que la mujer no debe tener, estos incluyen educación, libertad para salir o relacionarse con su entorno, en muchos casos.

*“El machismo es el medio que utilizan los hombres para estructurar las relaciones de poder a través de mecanismos con los cuales ellos, como, individuos, pueden probar en forma constante su masculinidad y virilidad, la dominación de la mujer, bien sea como esposa o como conquista sexual, es uno de los principales medios para demostrar la virilidad masculina. En la cultura del machismo, la vida sexual del hombre es libre, mientras que la de la mujer – cuándo tiene relaciones sexuales y en que forma las tiene está sometida a los dictámenes de su marido o pareja. El machismo le niega a la mujer su posibilidad de negociar el uso del condón con su pareja o de insistir en que él sea fiel o use preservativos en sus actividades extramaritales”.*³⁰

Bisexualidad masculina: Existe desconocimiento del tema sexual, por lo que se piensa que homosexuales son únicamente aquellos hombres que son pasivos en la relación, por lo que muchos bisexuales no consideran que sus relaciones homosexuales sean un riesgo de infección, como se describe a continuación.

“Mientras que una gran cantidad de hombres tienen relaciones sexuales con varias mujeres, otros – casados o no – también las tienen con hombres. Entre aquellos que lo hacen, muchos no se identifican como bisexuales y

²⁹Asociación Guatemalteca para la Prevención y control del SIDA El Peligro Oculto, la mujer y el SIDA en México Centroamérica y el Caribe Instituto Panos Idem Pág.22

³⁰ Idem Pág. 23

homosexuales (muchas mujeres no están conscientes de que sus maridos tienen relaciones con otros hombres) porque la tendencia cultural consiste en calificar como homosexual sólo a aquél que juega un rol pasivo en el acto sexual...el contacto homosexual es responsable de cerca del 48% de los casos de SIDA en América Latina, lo cual confirma el hecho de que, en términos generales, la epidemia comenzó al interior de esa población...”³¹

La Religión: La mayoría de ellas establecen normas muy rígidas respecto al sexo, el cual únicamente debe practicarse dentro del matrimonio, y solamente con fines reproductivos, la juventud entonces carece de información acertada de los medios de prevención de ETS (enfermedades de transmisión sexual) específicamente sobre el uso del condón, único medio de prevenir en un alto porcentaje si es correctamente utilizado dichas enfermedades.

“Muchas denominaciones, entre ellas la iglesia Católica y las comunidades evangélicas que cada día se afianzan más en la región, prohíben el uso de los condones. Los argumentos en su contra se originan en el hecho de que su uso impide la concepción y en la creencia de que promueven la promiscuidad. En realidad, la promoción del condón como parte de la educación sobre el comportamiento sexual tiene mayores posibilidades de reducir que de aumentar las relaciones sexuales particularmente entre los adolescentes.”³²

Juventud: Se considera que el número de personas infectadas ira aumentando enormemente a medida que los jóvenes inician cada vez a más temprana edad una vida sexual activa, y a la falta de información y de conciencia sobre el riesgo de infección, el tema de la sexualidad es tema tabú que no debe tratarse a veces ni en el matrimonio especialmente para la mujer, esta situación es mas frecuente en el área rural, por lo que se vislumbran que las cifras de personas infectadas supere cualquier expectativa poco optimista de los programas de salud.

“La población joven es especialmente vulnerable, debido al sistema cultural imperante en que la educación sexual es un papel que no es tomado como

³¹ Asociación Guatemalteca para la Prevención y control del SIDA El Peligro Oculto, la mujer y el SIDA en México Centroamérica y el Caribe Instituto Panos Pág. 25

³² Idem Pág. 23

responsabilidad ni del los padres ni por el sistema educativo...un elemento común a toda la región es el fuerte vinculo que existe entre juventud, educación, iniciación sexual y matrimonio. En promedio, las mujeres con poca educación comienzan a tener relaciones sexuales y a establecer vínculos de unión duraderos a una edad mucho más temprana que aquellas que tienen siete o más años de educación formal, igualmente tienen un mayor número de hijos.

Menos del 50% de todas las mujeres, pero más del 80% de los hombres, comienzan la actividad sexual antes de cumplir los 20 años. Lo esperado es que los hombres tengan relaciones sexuales a una edad temprana y con frecuencia. Probablemente a los 16 años, para evitar problemas físicos y mentales y para lograr un desarrollo óptimo³³

Para la realización del proceso investigativo se utilizo: La terapia de apoyo con enfoque logoterapéutico la cual “consiste en proporcionar a la persona el apoyo emocional que requiere para enfrentar un período de crisis y readaptarse a su realidad. Es un tratamiento inmediato”³⁴.

A través de la terapia de apoyo se evidenciaron varios conflictos como la depresión, ansiedad, culpa, duelo etc. en las PVVS por lo que a través de la misma se brindó el soporte necesario para enfrentar dichos conflictos de manera adecuada. La terapia de apoyo por su versatilidad se ajustó a las necesidades de atención de los pacientes, se inicia con la técnica de *rappor o de concordancia*, la cual crea un ambiente de cordialidad, aceptación, y confianza mutua entre el terapeuta y el paciente. *Técnica del reflejo de sentimiento*, es la técnica que busca llegar al inconsciente, para percibir y comprender los elementos del mismo los cuales refleja el terapeuta al paciente, esta es una técnica intermedia del proceso psicológico. *Técnica de aceptación* utiliza frases breves de aceptación, se emplea al principio de la consulta, implica tres elementos que son la expresión facial, el tono de voz, la postura del terapeuta. *Técnica de dirección* permite que el terapeuta retenga o delegue

³³ Asociación Guatemalteca para la Prevención y control del SIDA El Peligro Oculto, la mujer y el SIDA en México Centroamérica y el Caribe Instituto Panos Pág. 16

³⁴ Sim Maria del Rosario, La Terapia de Apoyo como Transición a la Logoterapia, tesis de graduación Universidad de San Carlos de Guatemala. Pág. 34

cantidades de responsabilidad al paciente dependiendo de cuanta capacidad pueda tolerar el mismo, variar la dirección del tema para ajustarse al ritmo y a la dirección del paciente. *Técnica de alentar*, es un refuerzo en determinado comportamiento del paciente, reduce la angustia y la inseguridad, y alienta la formación de nuevas actitudes. *Técnica de terminar*. es esencial para el éxito de la terapia ya que permite realizar un resumen de los aspectos abordados durante la sesión.

La Logoterapia, del Dr. Víctor Frankl, la cual mediante la búsqueda del logos o sentido, se centra en el significado de la existencia humana, especialmente cuando se ha tenido una experiencia límite, como en el caso del VIH/SIDA, las técnicas de la logoterapia son: *Intención Paradójica*, la cual se utiliza para que los clientes controlen sus síntomas y comprendan que son ellos quienes los producen. *El enfoque*, el fin de esta técnica es llegar al sentido más individual que la persona tiene de las cosas, ayuda a desarrollar su fortaleza ya que es un buen ejercicio de simbolización, imaginación y juicio. *Reconstrucción situacional*, su función es la de proporcionar ideas acerca del cambio. *Automejora compensatoria*, pretende incrementar el sentido de posibilidad de áreas que no estén dominadas por el determinismo. *Construcción de la fortaleza* a través de la estimulación temprana del desarrollo, los ejercicios que se realizan para trabajar la fortaleza del sujeto deben darse en un ambiente creado en la psicoterapia.

La logoterapia se basa en tres supuestos fundamentales que constituyen una cadena de eslabones interconectados:

La libertad de voluntad: Según la logoterapia el hombre posee la libertad para realizar sus propias elecciones, sin que estas dejen de estar condicionadas por factores biológicos, psicológicos o sociológicos, es capaz de elevarse por encima de determinados factores somáticos y psíquicos, el hombre es capaz de adoptar una actitud ante el mundo y ante el mismo, siendo capaz de reflexionar y de rechazarse el mismo.

La voluntad de sentido: se entiende como la fuerza básica del hombre la cual es individual de cada ser humano y cada persona debe encontrar su propia voluntad de sentido dentro de si mismo.

El Sentido de vida: El terapeuta puede ampliar y ensanchar el campo visual del paciente en lo que se refiere a sentidos y valores haciendo que estos fortalezcan, una vez que se encuentra el sentido de vida no deja de ser vigente ya que está presente en lo que el hombre hace, sus obras, su creatividad, sus experiencias, sus encuentros con lo verdadero, bueno y bello del mundo y por último, pero no por ello menos importante, sus encuentros con los demás, con los seres humanos y sus cualidades únicas³⁵.

Las estrategias utilizadas en la logoterapia: utiliza la confrontación y orientación en el presente el aquí y el ahora, valora las emociones resultantes de la terapia, enfatiza el contenido para reenfoarlos hacia el cliente, confrontación es utilizada para forzar al cliente a reflexionar sobre lo que está pensando y haciendo, el existencialismo considera que el funcionamiento presente de una persona es reflejo de lo aprendido en el pasado. Las confrontaciones de la corriente existencial incluyen los hechos específicos de la vida diaria presente. Las emociones que surgen en la interacción terapéutica son importantes ya que expresan las reacciones de lo que está sucediendo. Si las emociones son negativas significa que la interacción no es productiva. La terapia existencial posee contenidos preferentes de la experiencia que son importantes para el funcionamiento humano, estos son:

Responsabilidad, se refiere a la aceptación de la responsabilidad de pensamientos, sentimientos y actos rompiendo con el pasado y orientado al futuro, el aislamiento se refiere a que no es posible conocer completamente a los demás ni que los demás lo conozcan a uno, se debe apoyar al cliente a aceptar el aislamiento pero sin dejar de buscar la intimidad con otra persona y la muerte es necesario reconocer que no se puede controlar, es inevitable e imprescindible, se debe conseguir que el cliente lo acepte.

³⁵ Frankl Víctor E. "Psicoterapia y Existencialismo" España, Edith Herder S.A. p 17-25

La logoterapia proporciona los elementos necesarios para que las personas aceptaran el sufrimiento que implica vivir con VIH/SIDA, valoraran sus logros y encontraran el sentido a su vida, situaciones que coadyuvaron a mejorar su salud, por lo consiguiente a mejorar su calidad de vida.

Las reacciones ante las situaciones de crisis son variadas y dependen de cada paciente en particular y de Psicopatologías que presenten las PVVS, sin embargo hay algunos sentimientos comunes como la desvalorización, depresiones, duelos, culpa y las fantasías relacionadas con la muerte inminente. Las personas afectadas sienten ante sí mismas y ante los demás barreras que dificultan la expresión adecuada de sus sentimientos los cuales repercuten en su mejoría, a continuación se describen:

La ansiedad: Es una patología presente en la sociedad moderna, es mucho más significativa cuando va asociada a un diagnóstico de VIH/SIDA, ya que las implicaciones de la enfermedad en los que no se tiene la certeza de contar con el apoyo familiar o social, los medios económicos para afrontar la misma y la estigmatización que conlleva, propician que la ansiedad llegue a niveles mucho mayores que en cualquier otra situación. “Las reacciones de ansiedad y los ataques de pánico son comunes. Estos estados psicológicos tienen una expresión tanto psicológica como fisiológica”.³⁶

Las causas de la ansiedad que alcanza proporciones clínicas son: percibirse a sí mismos como incapaz de controlar las presiones del ambiente, separación o anticipación de abandono, privación y pérdida de los apoyos emocionales como resultado de cambios repentinos en el ambiente, impulsos no aceptados o peligrosos, que están cerca de irrumpir en la conciencia y las amenazas o anticipación de la desaprobación y el retiro del amor.

La Depresión: La depresión es muy frecuente posterior al diagnóstico, y durante la mayor parte del proceso de la enfermedad, ya que las pérdidas emocionales son múltiples, y muy frecuentes como la pérdida del entorno social, la pérdida de la salud, del trabajo etc.

³⁶ Sherr, Lorraine “*Agonía Muerte y Duelo*”. México: Edith. Moderno, 1,992. Pág. 212

Sin embargo los desencadenantes de la depresión no siempre son emocionales, sino que aparecen también como efecto secundario de algún medicamento antirretroviral, utilizado para contrarrestar los efectos del VIH/SIDA, por lo que se hace necesario hacer esta distinción, ya que si es un efecto secundario de algún medicamento, a nivel psicológico no se puede resolver, sino que solamente a nivel médico. La depresión se describe como el: *“Estado de ánimo triste, deprimido, de mal humor con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad o incapacidad de decisión. Es una manifestación normal cuando hay causas exteriores que la explican, sin una base normal suficiente y en grado intenso, se presenta en diversas enfermedades mentales especialmente en las Psicosis maniaco depresiva (periodo depresivo) Esta se caracteriza por un estado de ánimo bajo fluctuante, reacciones retardadas y algunas veces acompañadas de síntomas físicos como pérdida del apetito, despertar en la madrugada. Las percepciones cognoscitivas pueden ser a menudo de desamparo”*.³⁷

La depresión grave está marcada por un estado de ánimo deprimido como la pérdida del interés o el placer en casi todas las actividades, algunos problemas propios de la depresión son los siguientes, pérdida o aumento de peso, significativos aun cuando no se siga ninguna dieta, problemas para dormir, comportamiento agitado o aletargado, fatiga, incapacidad para pensar con claridad, sentimientos de no tener ningún valor y pensamientos frecuentes de muerte o el suicidio.

La depresión puede ser el resultado de un estado emocional, una reacción ante una situación o el estilo de comportamiento característico de una persona. Los sentimientos de depresión que se basan en estas situaciones temporales desaparecen con rapidez.

Los sentimientos pueden experimentarse ante la pérdida de algún familiar, el rompimiento de una relación amorosa, el divorcio o la separación, estos sentimientos son normales por periodos de tiempo cortos.

³⁷ Sherr Loraine *“Agonía Muerte y Duelo”* México: Edith. Moderno. 1,992 p.48

*Los investigadores creen que la depresión es el resultado de la interacción entre las características biológicas y vulnerabilidad fisiológica de una persona y la frecuencia de sucesos estresantes o situaciones difíciles de superar en su vida*³⁸

Trastorno límite de la personalidad, la característica esencial del trastorno límite de la personalidad es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Los sujetos con un trastorno límite de la personalidad realizan frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginario. La percepción de una inminente separación o rechazo o la pérdida de la estructura externa, pueden ocasionar cambios profundos en la autoimagen, afectividad, cognición y comportamiento. Estos individuos son muy sensibles a las circunstancias ambientales. Experimentan intensos temores a ser abandonados y una ira inapropiada incluso ante una separación que en realidad es por un tiempo limitado o cuando se producen cambios inevitables de los planes, estos temores a ser abandonados están relacionados con la intolerancia a estar solos y a la necesidad de estar acompañados por otras personas. Sus frenéticos esfuerzos para evitar el abandono pueden incluir actos impulsivos como los comportamientos de auto mutilación o suicidas³⁹

Trastorno depresivo mayor. La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas... los síntomas han de mantenerse

³⁸ Sarason & Sarason. “*Psicología Anormal*” México: Edith. Prentice Hall. P.287

³⁹ Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV Barcelona, España 1,996 Pág. 345

la mayor parte del día, casi cada día durante al menos 2 semanas consecutivas se acompaña de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.⁴⁰

Trastorno depresivo menor. La característica esencial de este trastorno es la presencia de uno o más episodios de síntomas depresivos con una duración idéntica a los de la depresión mayor, pero con menos síntomas y un menor deterioro, se caracteriza por un estado de ánimo triste o deprimido, pérdida del interés o del placer ante prácticamente cualquier actividad, deben haber mas de dos síntomas adicionales pero menos de cinco...provocan deterioro social , laboral o de otras áreas importantes en la actividad del individuo.⁴¹

Trastorno mixto ansioso-depresivo: La característica esencial de este trastorno es un estado de ánimo disfórico persistente o recurrente que tiene una duración de al menos un mes. Se acompaña de síntomas adicionales de idéntica duración, entre los cuales se incluyen un mínimo de cuatro de los siguientes: dificultad de concentración o de memoria, trastornos del sueño, fatiga o falta de energía, irritabilidad, preocupación, llanto fácil, hipervigilancia, anticipación al peligro, desesperanza o pesimismo ante el futuro, baja autoestima, sentimientos de inutilidad, estos síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.⁴²

Trastorno de la personalidad por evitación:

La característica general del trastorno es un patrón general de inhibición social, sentimientos de inadecuación y una hipersensibilidad a la evaluación negativa que comienzan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos. Los sujetos con este trastorno evitan trabajos o actividades escolares que implican un contacto interpersonal importante porque tienen miedo de las críticas, la desaprobación o el rechazo. Pueden declinar las ofertas de promoción laboral debido a que las nuevas responsabilidades ocasionarían críticas de los compañeros. Estos individuos evitan hacer nuevos amigos a no ser que estén seguros de ser apreciados y aceptados sin críticas, no participan

⁴⁰ Asociación Psiquiátrica Americana, op.cit. Pág. 326.

⁴¹ Asociación Psiquiátrica Americana op. Cit. Pag. 735

⁴² Asociación psiquiátrica americana. Op.cit. Pag 734

en actividades de grupo a menos que reciban ofertas repetidas de apoyo y protección.⁴³

Trastorno paranoide la personalidad: la característica esencial de este trastorno es un patrón de desconfianza y suspicacia generalizada hacia los otros, de forma que las intenciones de estos son interpretadas como maliciosas, estos individuos dan por hecho que los demás van a aprovecharse de ellos, les van hacer daño o a engañarlos, se ofenden por cosas menores sospechan injustificadamente de la lealtad y la fidelidad de los otros, no confía en nadie, guardan rencores por mucho tiempo.⁴⁴

Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad: (trastorno negativista de la personalidad) la característica esencial de este trastorno es un cuadro permanente de actitudes de oposición y resistencia pasiva ante las demandas adecuadas de rendimiento social y laboral, el cual inicia en la edad adulta, la actitud de resistencia se traduce en aplazamiento, descuido, obstinación e ineficiencia intencionada sobre todo a las tareas encomendada. Algunos se muestran huraños, irritables, impacientes, cínicos escépticos, dados a discutir y llevar la contraria, la figura de autoridad puede convertirse en el objeto de su descontento.⁴⁵

Emociones y sentimientos observado en las personas viviendo con VIH/SIDA.

Surgen reacciones comunes en las PVVS, algunas más que otras por lo que se mencionan a continuación alguna de ellas:

La Ira es un sentimiento normal que se presenta en cualquier etapa de las PVVS, ya sea ira contra ellos mismos por infectarse, ira contra algún poder superior por permitirlo, ira en contra de quien lo infectó.

La cólera y el comportamiento agresivo son reacciones de lucha fundamental e instintiva cuando nos amenaza algún peligro, la cólera suele proporcionar insospechadas energías, que pueden hacer posible que se siga siendo dueño de la situación y desarrollar con una rapidez, en unos segundos soluciones

⁴³ Idem Pág. 679

⁴⁴ Idem Pág. 650

⁴⁵ Idem Pág. 749,750

creativas. La predisposición individual a la indignación no solo depende del metabolismo bioquímico, sino también de la actitud mental, nuestra valoración cognitiva de una situación determina si nos enfadamos o no.⁴⁶

Proceso psicológico del duelo: El duelo para un PVVS es muy frecuente ya que se encuentra ante una pérdida de su salud, su apariencia física (cuerpo), posiblemente de su familia, amigos, trabajo, todo lo que forma parte de su entorno habitual. Es muy frecuente también el proceso de auto duelo anticipado que se vive ya que se tiene la certeza de su mortalidad, en un periodo no específico, pero que llegará invariablemente.

*“El duelo psicológico es una secuencia de estados subjetivos mediante los cuales las personas tratan de reencontrarse a sí mismas en una realidad nueva, construida ahora sobre la aceptación de sus pérdidas. Este afectó, gravemente toda la subjetividad de los individuos, por eso su capacidad razonadora no está sino más dispuesta para facilitar el reencuentro de las personas con la realidad de su pérdida”.*⁴⁷

El Aislamiento: el temor a no ser comprendido y sentirse discriminado propicia que las PVVS se aislen, de su familia y amigos. *“ahora es un individuo solitario, aislado, sin nadie en quien confiar, a quien comunicarle o comentar su enfermedad, su tragedia, el temor, bien fundado por desgracia, de ser rechazado y de pronto excluido de la familia, de la sociedad a la cual pertenece aun desde antes de nacer”*⁴⁸

La Baja Autoestima: Es frecuente la sensación de minusvalía emocional en la persona viviendo con VIH/SIDA, los conocimientos y sentimientos que el individuo tiene sobre sí mismo, se originan tanto en la observación de las propias vivencias y acciones como en las diversas formas de juicio ajeno (alabanza, censura, recompensa y castigo). La autoestima se ve afectada por los sentimientos de culpa por conductas sexuales fuera de la relación matrimonial,

⁴⁶ Martín, Doris y Karin Boeck “*E.O. Que es inteligencia emocional*” México: Edith Edaf. 1,997 p.50

⁴⁷ Suazo Fernando “La Cultura Maya ante la Muerte” (daño y duelo en la comunidad Achí de Rabinal Guatemala, Edit. Siglo Veintiuno 1era ed. 2,002 Pág. 12

⁴⁸ Peñalosa, Rojas José. “*Lo esencial sobre el SIDA*”. 3 era. Ed. Colombia: Edith. San Pablo, 1,994, .Pág. 11

actividades homosexuales, relación difícil con la pareja, también por la pérdida de sus derechos laborales, y el temor a que la sociedad se entere de su condición y lo estigmatice.

Para la realización de un trabajo multidisciplinario adecuado y exitoso se requiere contar con personal en las disciplinas siguientes:

Personal médico y de enfermería los cuales combaten la sintomatología de las enfermedades oportunistas para posteriormente fortalecer el sistema inmunológico de los pacientes.

Personal de Psicología: las PVVS necesitan soporte emocional específico el cual deben brindar profesionales en el área psicológica, lo que propicia una mejor y más rápida evolución del paciente, mejorando la relación de este con el entorno social.

Profesionales en química y farmacia: para brindar la información necesaria a los PVVS en cuanto a la administración, dosificación y adherencia a los antirretrovirales, evitando la resistencia y mutación del virus en el organismo del paciente.

Trabajadores sociales. Para realizar un seguimiento de la atención de los pacientes a todo nivel.

Sociólogos: para el estudio del impacto de la seropositividad en la sociedad, y mejor comprensión del comportamiento humano, y del comportamiento social que el VIH/SIDA provoca.

Odontólogos: especialmente sensibilizados para trabajar con la población infectada del VIH/SIDA.

PREMISAS Y POSTULADOS

1. PREMISAS

- En el Hospicio San José se evidenció la necesidad de atender problemas como la depresión, la ansiedad, los duelos etc.
- El periodo de encamamiento es variable para cada paciente lo que dificulta el quehacer psicológico.
- Ante tales situaciones la atención psicológica representa un reto para quienes trabajan en el campo.
- El hospicio no cuenta con suficiente personal para la atención de todos los pacientes.
- El número de personas infectadas por el virus de VIH/SIDA aumenta dramáticamente, sin que las entidades gubernamentales o incluso las ONG puedan aunar esfuerzos por concientizar a la población sobre el riesgo latente que representa esta enfermedad.

2. POSTULADOS.

- Los problemas psicológicos que se evidenciaron en el Hospicio, requieren ser abordados en forma adecuada a través de un programa psicológico efectivo.
- Es necesario adecuar la atención psicológica al periodo de encamamiento de los pacientes.
- Es necesario incrementar el número de personas que trabajen en la atención psicológica
- Las PVVS a través de la Terapia de Apoyo exteriorizaran sus emociones de formas acertada durante el proceso de encamamiento.
- Se lograra a través de la aplicación de la logoterapia la resolución de algunas crisis emocionales propias de ser una persona viviendo con VIH/SIDA.

HIPÓTESIS GENERAL

Es necesario comprobar en el campo de aplicación de la psicología clínica, la siguiente hipótesis general:

“La atención psicológica a través de la Logoterapia y de la terapia de Apoyo individual para la atención de las PVVS es efectiva para superar las crisis propias de la enfermedad.”

VARIABLES:

Variable Dependiente:

Las conflictos emocionales relacionadas al diagnóstico positivo de VIH/SIDA y el Manejo inadecuado de la enfermedad y sus síntomas físicos.

Indicadores:

- ✓ Depresión
- ✓ Ansiedad
- ✓ Culpa
- ✓ Duelo

Variables Independientes:

La terapia de apoyo brinda el soporte emocional que requiere la persona para enfrentar un periodo de crisis, readaptándose a su realidad.

Indicadores:

- ✓ Aceptación del proceso Terapéutico
- ✓ Resolución de alguna situación propia de ser PVVS
- ✓ Establecimiento de relaciones más positivas con su entorno familiar o social
- ✓ Mejoramiento físico en periodos más cortos.

CAPITULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

El presente informe, basado en el estudio de casos se realizó en el Hospicio San José ubicado en San Lucas Sacatepequez, el cual está destinado a la recuperación física de los pacientes que presentan síntomas de SIDA. En el Hospicio se encuentran hospitalizados un promedio de ocho a diez pacientes hombres y mujeres adultos, y treinta y dos niños quienes viven de forma permanente en el Hospicio.

El Hospicio San José se divide en tres áreas que son sala de mujeres, sala de hombres y habitaciones para los niños, la investigación se desarrolló en las salas de adultos hombres y mujeres.

Inicialmente se realizó el contacto con el personal administrativo del hospicio y con los pacientes internos durante ese periodo de tiempo, estableciendo de esta forma los parámetros a seguir.

La Población seleccionada presentó las siguientes características:

Personas con diagnostico positivo de VIH/SIDA de sexo masculino y femenino. Las edades de los pacientes oscilan entre los 19 y 53 años, provenientes de diferentes regiones del país, y de diferentes estados civiles, de bajo nivel económico y bajo nivel escolar, la muestra fue intencional ya que se trabajó con los pacientes que durante el periodo en el que se realizó la investigación estuvieron el mayor tiempo en encamamiento o que llegaron durante ese tiempo específico.

Se atendieron a 15 pacientes en total 11 hombres y 4 mujeres, de los cuales fallecieron dos, otro paciente falleció sin que fuera posible entrevistarle ni una sola vez, ya que falleció al día siguiente de su ingreso.

En algunos casos los pacientes fueron referidos por el departamento médico del hospicio debido a los síntomas psicológicos que presentaban.

El proceso para el trabajo psicológico fue establecer un contacto inicial con el personal de los departamentos médicos y psicológicos del hospicio, posteriormente, se inició la sesión con la presentación de la investigadora y estableciendo los objetivos y metas de la terapia, se estableció un ambiente de

confianza, seguridad, y respeto (rapport) entre paciente y terapeuta, posteriormente se realizó la primera entrevista clínica la cual fue no estructurada permitiendo que el paciente expresara su problemática de forma libre y voluntaria, luego se procedió a recolectar los datos personales de las PVVS y a llenar las historias clínicas, la cual tiene una estructura previa, y cuyo objetivo fue el de permitir un mayor conocimiento de la historia de vida de cada uno de ellos, su aplicación fue de forma individual cara a cara (ver anexos) se utilizó también la observación directa para la realización del examen mental en cada una de las sesiones.

Se revisó el expediente médico de los pacientes para conocer exactamente cuáles eran los síntomas físicos del paciente, el tiempo de ingreso del mismo y su evolución médica y la fecha posible de egreso.

A través del programa de la atención psicológica individual, utilizando la terapia de apoyo con enfoque logoterapéutico se logró abordar y superar algunas de las patologías existentes como la depresión, la ansiedad, el duelo, la baja autoestima y las adicciones. Se asignaron algunas tareas para los a las PVVS, tales como reflexiones sobre sus valores metas, logros, y sufrimientos, reforzar los valores existentes, establecer metas y superar el sufrimiento adquiriendo el sentido de su existencia, se realizaron sesiones de relajación en casos en donde las personas presentan estados ansiosos.

Algunas de las técnicas empleadas son las siguientes:

La terapia de apoyo con enfoque logoterapéutico con la que se trabajó, por considerarse que contiene los elementos necesarios para el logro de los avances terapéuticos, para resolver algunos de los conflictos que surgieron durante el proceso investigativo cuyo objetivo principal es brindar soporte y apoyo terapéutico en situaciones de crisis impidiendo que las patologías sean aun más incapacitantes.

La terapia permitió superar conflictos como la baja autoestima, la depresión, la ansiedad, y el duelo en varios de los pacientes con los que se trabajó.

Se utilizaron dentro del proceso logoterapéutico varias técnicas de la terapia existencial como son: la búsqueda de los valores creativos, artísticos y de

sentido de vida, también la intención paradójica, el enfoque, la responsabilidad, la reconstrucción situacional y la automejora compensatoria.

La **entrevista clínica** (*ver anexo*) técnica que permite a través de una serie de preguntas estructuradas, la recopilación de datos los cuales son utilizados para el abordamiento psicológico de los pacientes, la entrevista clínica se utilizó bajo los lineamientos de la historia clínica, siendo sus objetivos los siguientes:

- Establecimiento de rapport y un nivel de confianza y sinceridad entre terapeuta y paciente
- Establecer el motivo de consulta
- Realización del examen mental
- Conocer la historia personal del paciente
- Evaluar la situación emocional del paciente

La entrevista estructurada proporcionó de forma sistemática el material para el proceso investigativo, la realización del diagnóstico, este instrumento se aplicó además como medio de contacto entre la terapeuta y la o el paciente.

Entrevista abiertas la cual motivó a las PVVS a exponer libre y voluntariamente su problemática.

Hojas de evolución de los pacientes atendidos, permitieron llevar el registro de los progresos de la atención psicológica, las hojas de evolución fueron anexadas al historial médico del paciente, lo que facilitó su tratamiento físico y psicológico, permitieron también retroalimentar el proceso terapéutico, las hojas de evolución se realizaron de forma continua.

Programa, *conjunto coordinado y sistemático de esquemas coherentes desde el punto de vista técnico, los cuales se aplican en un contexto específico, un periodo determinado y una coordinación adecuada que permita su evaluación y retroalimentación*⁴⁹. El programa psicológico permitió el abordamiento adecuado y estructurado del proceso de atención, el seguimiento de la evolución del proceso de atención psicológica y posteriormente su evaluación y exposición.

⁴⁹ Morales Francisca y José Chay, Aplicación de un programa psicopedagógico para reforzar el proceso de atención....(tesis USAC) 2,004 Pág. 17

Diario de campo, en el cual se registraron los datos mas relevantes de cada una de las sesiones realizadas con las PVVS, las indicaciones médicas para los pacientes y las entrevistas realizada a la familia. Posterior a la recolección de los datos de los pacientes se procedió a trabajar la terapia de apoyo con enfoque logoterapeutico con cada uno de los pacientes, en sesiones de 50 minutos como máximo.

CAPITULO III.

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La realización de la presente investigación en Casa San José fue motivada por la experiencia laboral en los años 1999-2000 en atención y orientación a personas viviendo con VIH/SIDA, durante la cual se pudo comprobar que en esta etapa de la enfermedad los síntomas físicos oportunistas, van asociados íntimamente a los conflictos emocionales que sufre el paciente.

La investigación se realizó durante los meses de junio y julio del 2004, todos los pacientes de la muestra tienen diagnóstico de sero positividad, algunos de tiempo reciente y otros con años de tener el diagnóstico, sin embargo los síntomas físicos son evidentes en todos ellos. La muestra fue intencional con 15 pacientes de sexo masculino y femenino, comprendidos entre los 19 años y los 53 años.

Características de la muestra:

A continuación se presentan algunos de los datos recabados durante las entrevistas que se realizaron a los pacientes, se consideran relevantes para la mejor comprensión de la situación particular de cada uno de ellos.

Cuadro No 1

Edad de las personas viviendo con VIH/SIDA en encamamiento en Casa San José

2004.

EDADES	Femenino	Masculino
Menores o igual a 20 años	1	1
Menores o igual a 30 años	1	5
Menores o igual a 40 años		3
Mayores de 40 años	2	2
Totales	4	11

Fuente: datos de la entrevista

Cuadro No. 2

Escolaridad de las personas viviendo con VIH/SIDA en encamamiento en Casa San José Año 2004.

ESCOLARIDAD	Femenino	Masculino
Analfabetas	2	2
Algún grado de primaria	2	7
Algún grado de secundaria		1
Algún grado diversificado		1
Totales	4	11

Fuente: Datos de la entrevista

Cuadro No 3

Abuso de alcohol o drogas de la personas viviendo con VIH/SIDA en usuarios de Casa San José año 2004.

Adicciones	Femenino	Masculino
Alcohol	0	4
Drogas	0	3
Totales	--	7

Fuente: Datos de la entrevista.

Cuadro No 4

Ocupación de las personas viviendo con VIH/SIDA usuarios de Casa San José Año 2004.

Ocupación	Femenino	Masculino
Comercio informal	0	3
Campo	0	2
Oficios domésticos	3	
Otros		5
Ninguno	1	1
Totales	4	11

Fuente: Datos de la entrevista.

Cuadro No 5

Estado civil de las personas viviendo con VIH/SIDA usuarios de Casa San José
Año 2004.

Estado civil	Femenino	Masculino
Solteros	2	7
Unidos		2
Casados	1	1
Viudos	1	1
Totales	4	11

Fuente: Datos de la entrevista

Cuadro No 6

Impresión clínica de los pacientes de Casa San José
Año 2004.

Síntomas presentados por los pacientes con VIH/SIDA en Casa San José.	Femenino	Masculino
Trastorno depresivo mayor	1	
Trastorno depresivo menor	2	2
Trastorno mixto ansioso-depresivo	1	3
Trastorno paranoide de la personalidad		1
Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad		1
Trastorno limite de la personalidad		1
Trastorno de la personalidad por evitación		1
Sin diagnostico		2
Totales	4	11

Fuente: Datos obtenidos durante el proceso de atención psicológica.

PRESENTACIÓN DE CASOS.

A continuación se presentan los casos con los aspectos mas relevantes acontecidos durante la terapia individual, en algunos casos no existe todos los datos debido a la situación médica de los pacientes, y a su situación particular.

CASO 1:

Paciente de sexo masculino, de 24 años de edad, cursó los niveles básicos, procedente de Parramos Chimaltenango, nació en 1980 en el mismo lugar de residencia, trabaja por su cuenta en ventas ocasionales, está unido a una joven de menor edad que él, con la cual tiene un hijo. Es el menor de dos hermanos, vive en el domicilio de sus padres y hermanos.

El paciente informa que ingreso al hospicio porque padecía de fiebres altas y varios problemas físicos, informa que conoció su diagnostico durante el nacimiento de su hijo, cuando al niño se le realizaron pruebas sanguíneas, al saber sobre su diagnostico bebió durante varios días en forma excesiva, el paciente tenia una relación normal con su esposa “con los problemas normales de cualquier pareja” según lo informa; sin embargo esta situación cambió cuando supieron del diagnostico, ya que se separaron y ella vive con sus padres actualmente.

La relación de pareja ha tenido problemas desde que se supo el diagnostico del paciente y de su esposa, ya que ambos son personas viviendo con VIH/SIDA, el hijo de ambos no ha presentado ninguna evidencia de ser positivo, sin embargo no se descarta que en el futuro pueda resultar con diagnostico positivo también, la esposa del paciente no deja que la visite a ella ni a su hijo lo que lo pone muy triste.

El paciente es de contextura delgada y altura mediana apariencia limpia, es cooperador aunque ansioso, establece relaciones interpersonales, sin embargo es propenso a la ira y no puede controlar su carácter, estado de ánimo variable, actividad motora excesiva.

Observaciones: el paciente teme al abandono de su esposa, no acepta que ella desee terminar la relación de forma definitiva, abusa del alcohol, ha tenido

varios intentos de suicidio cortándose las venas, se presenta irritable y/o ansioso la mayor parte del tiempo, presenta dificultad para controlar su ira y la frustración.

IMPRESIÓN CLINICA:

Según el DSMIV el paciente presenta F60.31 Trastorno límite de la personalidad,(301.83) .

EVOLUCION CASO 1

Día 2

El paciente se presentó para consulta médica ambulatoria en estado de alcoholismo, y fue transferido al departamento de psicología, lloró durante la entrevista manifestando que se encontraba molesto y se sentía lastimado porque su esposa tiene un amigo y él piensa que ellos tienen una relación, y también estaba molesto porque ella no dejó que viera a su hijo, informa que al ver que su esposa estaba con otro hombre se cortó las venas , para que ella lo viera así, y también tenía la intención de hacer que su sangre infectara al otro sujeto como forma de agresión. Se apoya, tranquiliza y relaja al paciente, para que pueda retornar a su casa con más tranquilo se le enseñan varias técnicas de relajamiento rápido, se le orienta hacia la reflexión de sus acciones.

Examen mental: el paciente presenta apariencia descuidada, su actitud es poco cooperadora, el estado de ánimo es pesimista culpa a su esposa y a su familia por su situación, su estado de conciencia es pobre debido al alcohol, presenta escasa actividad motora.

Observación: el paciente se muestra ansioso y tenso debido a los sucesos del día, se enlaza una reunión con los padres del paciente para fecha posterior, el paciente logra mayor control de sus emociones y mayor conciencia de sus actos.

Día 2

El paciente se presenta a terapia sobrio, manifiesta que en su casa su madre lo sobreprotege y el padre lo discrimina por ser positivo diciéndole que es “el

moribundo”, o el que se va a morir ya, ante esto manifiesta que es muy doloroso para él, escuchar a su padre decir esas cosas y dice que el quiere llevar una vida normal sin que lo protejan y le prohibían salir de su casa y tomar decisiones por sí mismo, manifestó que estaba dispuesto a estar como voluntario del hospicio para tener algo en que ocupar el tiempo.

Examen mental: el paciente presenta una apariencia limpia, su actitud es distante y sombría, su nivel de conciencia es normal, su actividad motora es escasa.

Observaciones: al paciente le molesta sobremanera la falta de apoyo y el desinterés de su padre en su recuperación, pero también la sobreprotección materna, él desea ser autosuficiente y trabajar para el sostenimiento propio y el de su familia, actitudes que se fortalecen.

Día 3

El paciente no acude a la cita acordada previamente.

Día 4

El paciente fue ingresado, por presentar enfermedades oportunistas, el paciente no quería ser internado ese día porque ese fin de semana sería el cumpleaños de su madre, por lo que se sintió muy triste por el hecho de ser internado en esa fecha, el personal médico indicó que los exámenes eran urgentes para saber exactamente qué lo está afectando, por lo que se le concientizó de la importancia de realizarse dichos exámenes.

Examen mental: la apariencia del paciente es limpia y cuidada muestra mayor cooperación y mayor conciencia de sus acciones, su actitud es más relajada.

Observaciones: El paciente se encontraba en mayor control de la situación, se le motivó a incorporarse a AA como parte del proceso terapéutico, situación que aceptó.

Día 5

El paciente informa que ha reflexionado sobre su proceder en el pasado y ha llegado a comprender mejor la situación, menciona que quizá el hecho de casarse muy jóvenes no ayudó a que la relación fuera mas duradera, también entiende que el hecho de ser portador del VIH/SIDA no debería limitar la

realización de sus metas y logros. Se le concientizó acerca de la interacción del alcohol con los medicamentos antirretrovirales, se muestra mucho más accesible y dispuesto a cooperar para su recuperación física y mental.

Examen mental: la apariencia del paciente es limpia y cuidada, su actitud es mucho más relajada, el estado de conciencia se presenta alerta, su estado de ánimo es más positivo y su actividad motora normal.

Observaciones: El paciente comprendió que las acciones y las decisiones que en el pasado realizó fueron su elección, pero que sin embargo no puede vivir aferrándose al pasado y que debe enfocarse en el presente en la superación de su adicción, y en ser productivo para si mismo y para los demás.

CASO 2

Paciente de sexo femenino, de 25 años de edad, estudió cuarto primaria, nació y reside en esta capital, trabaja lavando y planchando ajeno, viuda, su religión evangélica, su familia está compuesta por la madre con la que vive y dos hermanos, uno mayor que ella y otro menor, su padre falleció años atrás.

La paciente fue diagnosticada como seropositiva en el año 1999 en la Clínica familiar del Hospital San Juan de Dios, anteriormente su hija también fue diagnosticada como positiva, la niña falleció antes de cumplir el año de vida. La paciente ingresa para recuperación física ya que presenta problemas respiratorios y estomacales.

Ella cree que su esposo supo siempre que era portador del virus, cuando le preguntaba qué enfermedad tenía, él le respondía “te vas a enfermar igual que yo y te vas a morir” sin embargo nunca le dijo que era una persona viviendo con VIH/SIDA, el esposo falleció al igual que la hija de ambos por SIDA.

Para ella los recuerdos son dolorosos y prefiere no pensar en la familia que perdió ni en su propia enfermedad. La situación económica es difícil ya que cuando se enferma no pueden trabajar ni su madre ni ella, y la casa donde viven es alquilada.

Examen mental: la paciente presenta una apariencia limpia y cuidada, su actitud es distante y triste, llora frecuentemente, presenta dificultad en la concentración y para recordar fechas y eventos pasados, presenta actividad motora escasa y

pobre asociación y flujo de ideas.

Observaciones: la paciente presenta una significativa pérdida de peso, sueño y cansancio frecuente, escasa comunicación y relación con los demás pacientes y el personal médico

IMPRESIÓN CLINICA: La paciente presenta trastorno depresivo menor*

EVOLUCIONES CASO 2.

Día 1

Durante la terapia el recordar y mencionar a su esposo fallecido representaba un gran esfuerzo, sobretodo porque ella cree que él intencionalmente la contagió del virus, y que también estaba consiente de que la niña nacería infectada, por lo que ella lo culpa de la muerte de su hija, y de estar enferma.

Examen mental: la actitud de la paciente es retraída y triste, presenta estado de conciencia normal, con un estado de ánimo bajo, escasa actividad motora.

Observaciones: la paciente se altera al mencionar a su esposo, y menciona que prefiere evitar recordarlo, al hablar de su hijita se muestra llorosa pensativa. Se trabaja con ella el proceso de perdón hacia su esposo, se enfatizan y valoran sus fortalezas.

Día 2

Durante la terapia la paciente informa que su situación económica es difícil ya que no cuenta con el apoyo de nadie más que de su mamá, ambas trabajan lavando y planchando ajeno para sobrevivir, además a ella le preocupa que su salud se vea afectada ya que el cuartito que alquilan es de madera y el piso de tierra, lo que hace que sea muy frío y afecte su sistema respiratorio.

Examen mental: la paciente presenta una actitud de desconsuelo, estado de ánimo bajo, actividad motora moderada, estado de conciencia normal, asociación y flujo de ideas normal.

Observaciones. Se trabaja con la paciente el perdón y se le asignan tareas para realizar

Día 3

En entrevistas posteriores se le asignaron nuevamente tareas con respecto a

* no existe numeración específica para el trastorno depresivo menor en el DSM-IV

sus sentimientos por el esposo, ella se mostró totalmente evasiva a realizarlas, utilizando varias excusas, al segundo día le dieron egreso y no fue posible a trabajar más con ella, sin embargo quedó como paciente ambulatoria.

Día 4

La paciente se presenta a la terapia mucho más recuperada, sin embargo está acorrajada por la situación económica y las condiciones de su humilde vivienda las cuales no favorecen su recuperación. Hace planes a largo plazo para ella y para su madre confiada en que recupera su salud rápidamente, con respecto al esposo menciona que ya inició a perdonarlo y está consciente de que su hija fue una bendición mientras la tuvo.

Examen mental: la paciente esta más animada su actitud es más abierta y presenta mayor capacidad de análisis de su situación, su actividad motora es normal al igual que la asociación y el flujo de ideas.

Observaciones. La paciente se muestra satisfecha con su progreso tanto físico como psicológico ya que retoma el control de su vida, valora también los cuidados y el apoyo incondicional de su madre. Con respecto a su situación económica se refiere a la paciente al departamento de Trabajo Social, el cual la apoyó brindándole ropa para vender, para que de esta manera logre hacerse de un dinero para pagar el alquiler que debe y para su alimentación. Se ubica en el presente, en su realidad actual sin dejar que el pasado determine su futuro.

CASO 3

Paciente de sexo masculino de 53 años, cursó el sexto grado de primaria , nació y reside en la capital, trabaja en una imprenta, es soltero y no tiene hijos, de religión católica, tiene dos 2 hermanos, un hombre y una mujer, ambos padres fallecieron hace tiempo. Vive en la casa familiar junto a sus hermanos y sobrinos.

El paciente manifiesta que no sabe como se infectó de VIH/SIDA, menciona que la enfermedad "le cayo del cielo". El paciente se enteró de su diagnostico luego de sufrir algunos síntomas que hicieron que fuera necesario la realización de exámenes. Actualmente padece del colón y de varias enfermedades

estomacales que le impiden comer de forma adecuada, y necesita seguir una estricta dieta blanda.

Las relaciones familiares del paciente son distantes ya que casi no se relaciona con ellos, tiene un espacio dentro de la casa para él. La familia está enterada del diagnóstico del paciente y le brindan apoyo.

Examen mental. El paciente es de apariencia delgada y frágil, su aspecto es limpio y cuidado, su actitud es desconfiada y esquiva, cuando se le realizan preguntas personales especialmente las que se refieren a sus relaciones.

Observaciones. El paciente se mostró desconfiado y esquivo respecto a algunas preguntas especialmente en las que se referían a sus relaciones sociales, y la forma en que contrajo el VIH/SIDA.

IMPRESIÓN CLINICA.

Según el diagnóstico del DSMIV F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación (301.82)

Día 1

El paciente se mostró desconfiado, poco comunicativo y cooperador hacia la terapia al inicio de la misma, renuente a hablar de sí mismo, evitaba dar detalles sobre su vida, y se limitaba a responder con monosílabos, menciona que le gusta ver la televisión, habló respecto a su trabajo y la situación familiar que tiene.

Examen mental: el paciente presenta apariencia limpia y cuidada, su actitud es de desconfianza y recelo, su estado de conciencia es normal, el estado de ánimo es bajo, su actividad motora es escasa, asociación y flujo de ideas normal.

Observaciones. El paciente presenta temor a ser juzgado y a ser rechazado, situaciones que se trabajan en la terapia.

Día 2

Al paciente le gusta permanecer en la sala en encamamiento viendo televisión, escasa- mente comparte con los otros pacientes, prefiere ingerir sus alimentos allí mismo, manifiesta que casi nadie de su familia lo visita, porque trabajan y no

tienen tiempo para ir a verlo, el paciente menciona que a veces bebe alcohol para sentirse bien.

Examen mental: apariencia limpia, actitud distante y poco cooperadora, estado de conciencia normal, estado de ánimo pobre, actividad motora escasa.

Observaciones; se valora con el paciente la importancia del apoyo familiar, los efectos nocivos en el organismo de una PVVS del licor.

Día 3

El paciente tiene un altercado con otro compañero de encamamiento y se molestó mucho por lo que se interviene para solucionar dicho conflicto. Se trabaja con el paciente para tranquilizarlo y evitar que persista el disgusto. Manifiesta que le atraen las personas de su mismo sexo, pero que esta situación le avergüenza.

Examen mental: el paciente se muestra enojado y disgustado, estado de conciencia normal, presenta actividad motora elevada, la asociación y el flujo de ideas normal.

Observaciones: la reacción emocional del paciente permite que exteriorice sus emociones y temores los cuales son de temor al rechazo, por su preferencia sexual.

Día 5

Se logra que el paciente se involucre en una actividad y que disfrute de ella, se muestra contento por apoyar al hospicio y pone empeño en realización de dicha actividad.

En esta sesión el paciente se muestra más asertivo y cooperador, con mejor disposición a establecer relaciones con sus compañeros.

Examen mental. El paciente presenta mejor actitud en las relaciones con los demás, estado de conciencia normal, estado de ánimo tranquilo y contento, actividad motora normal.

Observaciones: El paciente acepta la responsabilidad por su sexualidad, sin que la opinión de los demás sea más importante que la propia, entiende que la aceptación de los demás no debe determinar su futuro sino que su propia aceptación.

CASO 4:

Paciente de sexo masculino soltero de 19 años de edad, cursó el sexto grado de primaria, nació en Izabal, es de religión católica, trabajaba en un supermercado, es soltero, católico, residente en Izabal, es el único hijo de su padre, su madre lo abandono.

Informa que fue diagnosticado cuando tenia 17 años piensa que se infectó con una muchacha que trabajaba en un bar, al presentar síntomas la madrastra lo llevó para que le hicieran la prueba saliendo positiva. El paciente informa que no logra dormir de forma adecuada.

El paciente se mostró al principio tímido e inseguro evitaba hablar con las personas, posteriormente cuando se logró establecer el rapport necesario, estuvo más comunicativo y asertivo en las relaciones con los otros pacientes.

Examen mental: el paciente presenta una apariencia infantil, es de contextura delgada y de actitud distraída y distante, su estado de conciencia es normal, ubicada en espacio y tiempo, el estado de ánimo es irritable, triste y pensativo, presenta escasa actividad motora, y pobre asociación y flujo de ideas.

Observaciones: el paciente se distrae con cualquier estímulo del entorno, al principio se limitó a escuchar, luego fue mostrándose mas cooperador.

IMPRESIÓN CLINICA Según diagnostico del DSMIV el paciente presenta trastorno mixto ansioso-depresivo*

EVOLUCIONES

Día 1

La familia del paciente está compuesta por su padre, su madrastra y una hija de ella, a su madre nunca la conoció, ya que de 40 días ella lo dejó con el padre quien buscó a una persona a quien le pagaba para que lo criara, su padre es policía y estaba en lugares distintos, durante la infancia del paciente por que creció con varias familias, informa que algunas veces ellos se aprovechaban de

* no existe especificación numérica para el trastorno mixto ansioso-depresivo

él y lo ponían a hacer todos los oficios de la casa,

Cuando informó a su padre, él ofreció hablar con la señora, desconoce si lo hizo o no porque continuaron mandándolo a trabajar, manifiesta que necesita de la figura materna, por eso llama mamá a las mujeres mayores que se relacionan con él.

Examen mental: apariencia limpia, actitud de indefensión y sumisión durante la terapia, estado de conciencia normal, estado de ánimo pobre y escasa actividad motora, correcta asociación y flujo de ideas.

Observaciones: el paciente permanece solo, no se relaciona con el entorno de ninguna forma, siempre está pensativo y triste, se inicia el fortalecimiento de su autoestima.

Día 2

Hace algunos años el padre del paciente se lo llevó a vivir con su familia, compuesta por una señora quien ahora es su madrastra y a quien llama "mamá" y su hermanastra quien trabaja como maestra, la madrastra es enfermera y al ver los síntomas que presentaba le hicieron los exámenes respectivos, cuando se enteraron que era positivo lo discriminaron y lo alejaron del hogar, enviándolo a vivir con una señora a quien llama tía por respeto, pero que no es su pariente.

Examen mental: el paciente presenta una actitud más confiada y segura durante la terapia, su estado de ánimo es elevado, su actividad motora normal, la asociación y flujo de ideas es normal.

Observaciones: se solicita el apoyo de uno de los pacientes, para que lo involucren paulatinamente en las actividades que ellos realizan.

Día 3

El paciente informa que durante su niñez a los 10 o 12 años fue herido de bala por un ebrio que empezó a disparar, a la habitación donde el estaba dormido, porque su madrastra vendía licor, manifiesta que se siente contento porque está haciendo amigos, y que espera que los antirretrovirales le hagan efecto.

Día 4

Al paciente le realizaron una biopsia de los ganglios para descartar la presencia

de tumores cancerosos, lo que dificulta que se exprese adecuadamente.

Sin embargo se observa que tiene interacción positiva con los demás pacientes, quienes lo invitan a dar un paseo, o lo cual accede gustoso.

Examen mental: el paciente presenta una actitud positiva, y cooperadora, mayor actividad motora, se ofrece como voluntario para apoyar en las labores del hospicio.

Observaciones. El paciente valora su propia fortaleza, se responsabiliza por sus decisiones correctas o no, establece relaciones sociales adecuadas, se enfoca en el presente, encontrado el sentido de su vida a través de las experiencias pasadas.

CASO 5

Paciente de sexo masculino de 39 años de edad, no sabe leer ni escribir, nació en Chiquimulilla Santa Rosa y reside en el mismo lugar, trabaja en el campo, es soltero, de religión evangélica, es el hijo menor de la familia, su madre tiene 75 años, su padre los abandono hace muchos años.

Informa que a los 9 años se fue a trabajar dejando a su familia, regresó a su casa a los 22 años, el padre abandonó el hogar por conflictos con la madre, cuando él era muy pequeño.

Examen mental: El paciente es de contextura delgada, alto, de apariencia descuidada, su actitud es de desesperanza e inutilidad, estado de conciencia normal, estado de animo bajo, sombrío, y triste, escasa actividad motora, su lenguaje es lento, se expresa de forma clara y lógica.

Observaciones. El paciente se pasa la mayor parte del tiempo durmiendo, con escasa interrelación con el entorno.

IMPRESIÓN CLINICA:

Según los criterios del DSMIV el paciente presenta Trastorno Depresivo menor*

* no existe numeración específica para el trastorno depresivo menor

Día 1

Al ser diagnosticado se sintió atormentado, intentó suicidarse, pero obtuvo apoyo de las personas de su iglesia quienes lo ayudaron a que siguiera adelante. Al conocer el diagnóstico los hermanos lo discriminaron, a él y a su madre porque afirman que seguramente ella ya está infectada también, ella lo apoya en lo que puede ya que a su edad no puede trabajar, sin embargo cuenta con el apoyo de una prima especialmente y de su primo que es positivo también y quien lo refirió al Hospicio.

Examen Mental: el paciente presenta una apariencia frágil y delgada, su actitud es insegura, el estado de conciencia es normal, aunque con una pobre percepción de sus capacidades y cualidades, el estado de ánimo es bajo.

Observaciones: el paciente se sintió incomodo al principio de la sesión pero se estableció el rapport adecuado para que se sintiera cómodo y seguro de que no se le pasaba un juicio moral por su diagnóstico.

Día 2

El paciente permanece la mayor parte del tiempo dormido, sin ánimo para involucrarse en las actividades del hospicio, manifiesta que se siente “manchado por ser positivo, afirma que su vida no ha sido fácil ya que ha tenido numerosas pérdidas emocionales, y se ha tenido que valer por sí mismo desde los 9 años, edad en la que se fue de su casa por que la relación con su madre era difícil, por el carácter fuerte que ella tiene.

Examen mental: el paciente presenta apariencia limpia y cuidada, su actitud es más confiada y colaboradora, con respecto al estado de conciencia se percibe a sí mismo de forma subvalorada, estado de ánimo ligeramente más animado que en la sesión anterior, escasa actividad motora, asociación y flujo de ideas lento.

Observación. Se trabaja con el paciente el mejoramiento de su autoestima y de el estigma que el paciente manifiesta hacia sí mismo, como portador del virus del VIH/SIDA, se logró la realización de una catarsis en la que el paciente ventiló sus conflictos.

Día 3

Durante la terapia el paciente menciona que hace algún tiempo falleció un primo al que era muy unido, en un accidente, este primo era quien mayor apoyo le brindó en el pasado por lo que se sintió muy triste al no poder tenerlo cerca. El paciente presenta varias dudas e interrogantes las cuales se le apoya a resolver. Examen mental. El paciente presenta una actitud más asertiva y segura, el estado de ánimo es tranquilo y optimista, la actividad motora es mayor.

Observaciones: El paciente se presenta mas optimista y con mayor disposición para realizar las actividades institucionales, apoya cuidando a los bebes del hospicio.

Día 4

El paciente informa muy contento que el hospicio le proporcionará los medicamentos antirretrovirales dentro de poco tiempo y que su pronostico médico es muy bueno, por lo que se siente muy contento, además informa que pronto tendrá egreso y desea colaborar con el hospicio y con los jóvenes de su comunidad, sus planes al salir incluyen el convertirse en educador, ya que nadie en su pueblo habla sobre la sexualidad, ni las enfermedades transmitidas sexualmente, él esta dispuesto a que en su comunidad se sepa su diagnostico.

Examen mental: el paciente ha logrado un cambio de actitud ya que es mas seguro, el estado de ánimo es elevado, su actividad motora es normal.

Observaciones: El paciente se siente confiado y seguro de si mismo y de sus propias capacidades, encuentra su propia fortaleza interna, lo que se traduce en relaciones más positivas con los demás.

CASO 6

Paciente de sexo femenino de 52 años de edad, no sabe leer ni escribir, procedente de Cobàn, actualmente se dedica a las tareas del hogar, es soltera, es de religión católica, actualmente vive en la capital en la zona 18, es la hija menor, sus hermanos viven en Cobàn.

Informa que hace algunos años empezó a sufrir de una serie de síntomas de los cuales ningún médico le pudo curar, a pesar de la medicina y el dinero que

invirtieron en su recuperación, hasta que llegó al hospital de la Antigua, en donde le hicieron pruebas y al dar positiva le dijeron que tenía que salir de allí porque no la podían atender, refiriéndola a Casa San José, esto sucedió 4 meses atrás, a pesar de que está en la tercera fase de la enfermedad.

Examen mental: la paciente, es alta de contextura delgada, con apariencia de fragilidad, se encuentra frecuentemente sentada al sol pensativa y triste, su estado de conciencia es normal, el estado de ánimo bajo, la actividad motora es escasa, el lenguaje es lento y pausado.

Observaciones: desde su ingreso al hospicio la paciente se pasa sola la mayor parte del tiempo, es muy respetuosa y cooperadora cuando se le solicita algo.

IMPRESIÓN CLINICA:

Según el DSMIV la paciente presenta trastorno depresivo menor*

Día 1

La paciente se preocupa porque sus hijos tengan que cuidarla cuando esté enferma y que dejen de trabajar cuando la acompañan a las citas médicas, y es muy comprensiva en cuanto a los días en que la visitan, también expresa preocupación por el futuro, sabe que sus hijos la cuidaran pero ella preferiría no tener que depender de ellos.

Examen mental: la paciente presenta una apariencia limpia y cuidada, su actitud es de pasividad, su actividad motora es mínima.

Observaciones: la paciente se pone nostálgica al recordar las vicisitudes por la que ha atravesado para criar a sus hijos.

Día 2

La paciente es bastante comunicativa, expresa sus ideas y sentimientos de forma clara y serena, manifiesta que su matrimonio se desintegró por que el esposo la abandonó para irse con otra mujer, cuando sus hijos estaban muy pequeños, y que se sintió muy triste y abandonada pero que no podía dejarse vencer por sus hijos, y comenzó a vender comida y refacciones en los mercados y en fabricas, con el dinero que obtuvo logró sacar adelante a su familia, les dio una educación mínima a los cuatro, pero manifiesta que saben

* no existe numeración específica en el DSM-IV para el Trastorno depresivo menor.

leer y escribir y eso es bastante porque ella no lee ni escribe.

Examen mental: la paciente se muestra más cooperadora, y más comunicativa, se percibe a sí misma de distinta forma.

Observaciones: la paciente empieza a comprender la importancia de sus logros y sentirse merecedora del amor y cuidado de su familia.

Día 3

La paciente se presenta a la terapia en donde expresa que se infectó con una pareja que tuvo hace algunos años, y que al principio de la enfermedad se encontraban tanto ella como sus hijos, muy angustiados porque ningún médico lograba diagnosticarla adecuadamente, invirtieron mucho en dinero para tratar las enfermedades oportunistas que aparecían.

Fue hasta hace poco que lograron diagnosticarla como portadora del VIH/SIDA, en un hospital de Antigua Guatemala, y la enviaron al Hospicio.

Examen mental: la paciente presenta una actitud más asertiva, animada y segura, su estado de conciencia es normal y su actividad motora es mayor.

Observaciones, manifiesta que está muy agradecida con las personas que la han apoyado a que se sienta mucho más contenta, valora la importancia de la atención integral que el hospicio le brindó.

Día 4

Se trabaja con la paciente el fortalecimiento de sus logros, se valora el hecho de educar, alimentar sola a sus cuatro hijos, sin ningún apoyo del padre. La paciente se encuentra bastante mejor físicamente, emocionalmente se encuentra muy bien. Manifiesta que cuenta con el apoyo de sus cuatro hijos, aunque algunas de sus nueras sienten temor de contagiarse, los hijos han sido concientizados e informados sobre la enfermedad.

Día 5

La paciente esta muy deseosa de salir del hospicio para poder estar con sus nietos e hijos, tiene preguntas sobre los antirretrovirales, y como ser elegible para que se los proporcionan, se le orienta al respecto, se enfatizó que lo mas importante es que ella este bien emocionalmente para que su cuerpo se recupere rápida y adecuadamente y eleve sus defensas.

Examen mental, la paciente se encuentra bastante animada y anhela salir del hospicio para estar con su familia, presenta una adecuada asociación y flujo de ideas.

Observaciones: la paciente tendrá egreso pronto y se espera verla en sus próximas citas médicas. La paciente valora el apoyo y la comprensión que recibe de su familia, valora también su rol materno y su rol de esposa.

CASO 7:

Paciente de sexo femenino de 19 años de edad, cursó cuarto primaria, reside en la capital en la zona 12, soltera, de religión evangélica, ambos padres fallecieron años atrás, la madre falleció cuando ella tenía 9 años quedando ella y sus hermanitos menores al cuidado del padre, él falleció hace tres años de SIDA. La paciente informa que su niñez fue relativamente buena hasta que su madre falleció ya que ella debía encargarse del hogar, manifiesta que actualmente vive con su tía, quien la cuida y la trata bien.

La paciente informa que tiene sueño siempre aunque sea de día, que no siente deseos de comer, y llora con frecuencia, ha estado en el hospicio en dos ocasiones anteriores en las cuales ha tardado mucho tiempo en recuperar su salud, los síntomas que presenta son fiebres, dolores de cabeza muy fuertes, y problemas estomacales.

Examen mental: La paciente es de apariencia delgada, con cabello escaso y mirada triste,

Su actitud es distante y su estado de conciencia es normal.

Observaciones: La paciente recibe tratamiento de antirretrovirales de Médicos sin Fronteras.

IMPRESIÓN CLINICA

Según el DSMIV la paciente presenta F33.x trastorno depresivo mayor recidivante moderado. (296.3x) lo que significa que en el pasado ha tenido trastornos depresivos mayores.

EVOLUCION CASO 7:

Día 1

La paciente aparenta mucha más edad de la que en realidad tiene, se pasa el día en la sala de encamamiento durmiendo, o recostada, cuando se intentaba hablar con ella decía que le dolía la cabeza o que tenía mucho sueño por lo que quería dormir solamente.

La paciente no se relaciona con los compañeros del encamamiento, con el personal médico del hospicio, respondía estrictamente lo necesario.

Examen mental: la paciente presenta apariencia descuidada, se niega a bañarse, su actitud es triste y distante, su estado de conciencia es normal ubicada en espacio y tiempo, el estado de ánimo es pobre, su actividad motora es escasa.

Observaciones: la paciente evade la terapia aduciendo diferentes pretextos.

Día 2

La paciente manifestó que su madre murió cuando ella tenía 9 años, quedando al cuidado del padre a los 15 años fue diagnosticada como portadora del VIH/SIDA, lo que le afectó enormemente. Expreso que su padre murió también y que ella y sus hermanos menores quedaron al cuidado de una tía, pero que sus hermanos se unieron a las maras lo que la entristece mucho.

Examen mental: La paciente se presenta abrigada excesivamente porque dice tener frío, su actitud es un poco más abierta, estado de conciencia normal, estado de ánimo deprimido, actividad motora escasa.

Observaciones: la paciente es un poco más expresiva y confiada.

Día 3

La paciente es más comunicativa, evitando siempre mencionar de quien contrajo la enfermedad. Sin embargo menciona que fue una víctima de una violación, cuando tenía 15 años, y que de esa forma contrajo la enfermedad del VIH/SIDA. Menciona que no le apetece comer y que le pondrán sueros para restablecerla.

Examen mental: la paciente se presenta con una actitud más cooperadora, con estado de ánimo bajo, especialmente al recordar la forma en que contrajo el

virus, se le ve llorosa.

Día 4

La paciente se presenta a la terapia pensativa, expresa que desearía que su futuro fuera distinto, que pudiera llevar una vida normal, al igual que las otras jóvenes de su edad. Expresa que la forma en que contrajo el VIH/SIDA fue porque su padre la violó, contagiándola y causándole mucho sufrimiento. Manifiesta que se siente culpable por no haber evitado que su padre la violara.

Examen mental: la paciente se muestra despeinada y desarreglada, su actitud es de tristeza y desconsuelo, su estado de conciencia es normal, su estado de ánimo es bajo, su actividad motora es pobre, la asociación y el flujo de ideas es lento.

Observaciones. Se inició con la paciente el proceso de desculpabilización, y el de perdón por su padre.

Día 5

La paciente se muestra más cómoda en la terapia y expresa que desea salir del hospicio recuperada y que piensa trabajar para apoyar a su tía, ya que ella es sola y tiene hijos a quienes mantiene, y que a ella la trata como a una hija más. Expresa que está preocupada por su madrastra y su pequeño medio hermano ya que ambos tienen las mismas ampollas en la piel que ella presenta, desea que se les informe sobre la enfermedad y que se le brinde la atención a ambos de ser necesario.

Examen mental: la paciente se presenta serena y tranquila a la terapia, su actitud es cálida y cooperadora, habla sobre los niños del hospicio y sobre sus juegos.

Observaciones: la paciente manifiesta que hablar sobre lo sucedido le hizo bien ya que no había podido expresarlo tan sinceramente, comenta que en realidad ella no tiene la culpa de lo sucedido, y que fueron cosas de la suerte.

Al finalizar el proceso terapéutico la paciente esta más alegre, más comunicativa, come más y realiza más actividades con los otros pacientes.

La paciente a través de los sucesos trágicos de su vida se siente fortalecida por el deseo de apoyar a sus hermanos menores y a su madrastra, se

desculpabiliza por lo sucedido en el pasado y inicia el establecimiento de metas de vida.

CASO 8:

Paciente de sexo masculino de 36 años de edad, originario de Honduras, cursó tercero primaria, trabaja de artesano con varios materiales, viudo no tiene religión pero cree en Dios, es el mayor de sus hermanos por parte de madre.

Informa que llegó al país con su madre, cuando era niño, sin embargo no lo trataba bien así que decidió irse de su casa, la madre lo buscaba cuando “lo necesitaba” para ayudarla a cuidar a sus hermanos menores, expresa que su relación materna no fue buena, sus hermanos tienen otro padre y si tuvieron la oportunidad de estudiar y graduarse por lo que su situación económica es muy diferente de la propia.

Informa que ha tenido dos parejas con las que ha procreado 3 hijos, el mayor de 11 años de edad, al separarse de la primera esposa sé junto con la segunda esposa con quien se infectó y la cual falleció al igual que uno de los hijos de ambos, el otro niño vive con sus abuelos y no dejan que el paciente lo visite, por lo que solamente tiene contacto con el hijo mayor y al que espera apoyarlo cuando su situación mejore en lo que pueda.

El paciente es de escasos recursos económicos no tiene apoyo familiar, una institución lo ha apoyado pero él debe trabajar para costear el alquiler del lugar donde vive, y su alimentación. La situación económica es determinante para él, porque no cuenta con apoyo familiar, se presenta ansioso por esta situación.

Examen mental: el paciente se presenta a la terapia con una actitud de recelo al principio, el estado de conciencia es normal, su estado de ánimo es bajo, su actividad motora es pobre.

Observaciones. El paciente se emociona intensamente cuando habla de su hijo y de su esposa quienes fallecieron a causa de la enfermedad.

IMPRESIÓN CLINICA: El paciente presenta trastorno mixto ansioso depresivo*

* no existe nomenclatura específica para el trastorno mixto ansioso-depresivo en el DSM-IV

EVOLUCIONES CASO 8

Día 1

El paciente es comunicativo y extrovertido, manifiesta que su vida ha sido muy difícil ya que creció en la calle, luego de huir del hogar porque no se relacionaba adecuadamente con su madre, indica que estuvo preso y que consumió drogas en el pasado.

Ha tenido varias relaciones, heterosexuales como homosexuales, pero que con nadie se sintió tan bien como con la madre de sus hijos menores.

Tiene otro hijo mayor quien vive con su madre, con él desea establecer un mejor acercamiento, ya que con ella la relación es más cordial.

Examen mental. El paciente se presenta a la terapia con una actitud de cooperación, su estado de conciencia es normal, su estado de ánimo es bajo y su actividad motora escasa.

Observaciones. El paciente acude a la clínica antes del horario indicado y espera pacientemente a que se le atienda, tiene una actitud muy respetuosa y cálida hacia las demás personas.

Día 2

El paciente expresó que el fallecimiento de uno de los compañeros de encamamiento lo afectó aunque no lo conociera directamente, manifestó que tuvo fiebres y depresión, no quiso salir de la cama durante el fin de semana, menciona que tiene miedo de que le suceda lo mismo.

Examen mental: el paciente se encuentra afectado por los sucesos anteriores, su actitud es de desconcierto y temor.

Observaciones. Se tranquiliza al paciente y se le brinda el apoyo para reorientar sus pensamientos negativos. También se le brinda el soporte necesario para reducir el exceso de ansiedad que presenta.

Día 3

El paciente elabora artesanías para agenciarse de algún dinero, estas artesanías las vende en la calle, pero cuando tiene sus artesanías expuestas en la calle casi no come para no tener que ir al baño con frecuencia ya que si deja su venta se las roban, esta actividad es su único medio de subsistencia, y lo

distraen de alguna forma.

El paciente informa que su estancia aquí ha constituido un descanso de la presión económica para su alimentación y para pagar el alquiler de su habitación.

Examen mental: el paciente se encuentra más animado y positivo, su estado de conciencia es normal, su lenguaje fluido y rebuscado.

Observaciones. El paciente realiza sus artesanías en periodos de tiempo específico durante el día en especial por las mañanas.

Día 4

El paciente se encuentra preocupado porque tuvo un molesto incidente con el personal médico y de enfermería lo que lo tenía triste y desanimado, tenía fecha para su egreso lo tenía muy preocupado porque no tenía un lugar para vivir, ni familia que lo apoye fuera del Hospicio, también menciona que le recetaron anteojos pero que él no puede costearlos por lo que se refiere a trabajo social para que lo apoyen.

Examen mental el paciente se encuentra desanimado, por lo sucedido y expresa que se malentendió la situación, también que está satisfecho con el apoyo que se le brindó en el departamento de psicología.

El paciente egresa, sus medicamentos los está recibiendo de Médicos sin fronteras por lo que se le concientizó del efecto nocivo que tienen el alcohol y las drogas para su organismo.

El paciente valora el apoyo recibido en el hospicio establece metas a largo y corto plazo, valora el hecho de ser padre y manifiesta el deseo de pasar tiempo con su hijo.

CASO 9

Paciente de sexo masculino de 23 años de edad, cursa el quinto año de perito contador, reside en la capital, trabaja ocasionalmente, apoya a su padre en la albañilería, es soltero de religión evangélica.

El paciente proviene de un hogar integrado por sus padres y hermanos siendo el varón más pequeño, informa que en su familia están enterados del diagnóstico,

algunos familiares lo apoyaron y otros hermanos no, lo que causó división familiar.

El paciente ingresa para recuperación física por presentar tuberculosis y dolor frecuente de cabeza lo que le dificulta dormir y comer de forma adecuada, hace dos meses estuvo hospitalizado en el Hospicio.

Examen mental: el paciente presenta una apariencia limpia y, su actitud es relajada y sonriente, su estado de conciencia ubicada en espacio y tiempo, actividad motora normal, asociación y flujo de ideas normal.

Observaciones. El paciente es bastante positivo a pesar de los dolores de cabeza, frecuentes.

IMPRESIÓN CLINICA: El paciente atraviesa por un proceso de duelo propio.

EVOLUCIÓN CASO 9

Día 1

Paciente joven, comunicativo, y con actitud positiva para afrontar las implicaciones de la enfermedad, especialmente los continuos dolores de cabeza que lo aquejan continuamente, está consciente de que puede ser un virus que afecta el cerebro (citomegalovirus).

Examen mental: paciente con actitud colaboradora y expresiva, estado de conciencia normal, estado de ánimo normal, actividad motora normal.

Observaciones el paciente es extrovertido, seguro y positivo, es amigo de todos en el hospicio.

Día 2

El paciente se encuentra afectado por la muerte de un compañero de encamamiento muy cercano a él quien falleció hace unos días.

Manifiesta que su mayor temor es padecer de alguna enfermedad en la piel, ya que esta sería muy evidente, no podría ocultarla, y que para eso si no está preparado.

Examen mental: el paciente presenta una actitud triste y desanimada, estado de conciencia normal al igual que la actividad motora.

Observaciones. Se apoya al paciente a comprender que la muerte es un

proceso normal, se valora el hecho de estar vivo y de hacer algo productivo con su vida, a realizar algo trascendente, para él mismo y para sus seres queridos. El paciente manifiesta su deseo de seguir estudiando en la Universidad, valora el apoyo recibido por su familia y se desculpabiliza por la discriminación sufrida.

CASO 10

Paciente de sexo masculino de 33 años de edad, originario de Colimba Costa Rica Quetzaltenango, no cursó ningún grado pero sabe leer y escribir, es soltero es el menor de 5 hermanos, su padre falleció hace 20 años y su madre se encargó del sostenimiento del hogar.

Su diagnóstico fue hace tiempo, pero cuando presenta síntomas físicos de la enfermedad se decae, aunque informa que antes del diagnóstico, sus relaciones familiares no eran buenas, siendo ahora que tiene la enfermedad, mejores.

Expresa que su madre no le puso mucha atención cuando era niño y que no cuestionaban sus salidas frecuentes, por lo que piensa que ella no demostró mucho interés en él, manifestó que consumió drogas hasta hace algunos meses, como el crack, lo que aceleró el proceso de la enfermedad en su cuerpo.

El paciente se encuentra en silla de ruedas debido a una poliomielitis infantil que debilitó sus miembros inferiores y que se ve agravados por los síntomas del VIH/SIDA.

Examen mental: el paciente presenta una apariencia descuidada, su actitud es de colaboración, sin embargo controladora, estado de conciencia normal, estado de ánimo alegre, actividad motora mínima.

Observaciones. El paciente ha tenido alucinaciones visuales especialmente cuando está bajo el efecto de algún medicamento o droga, además piensa que tiene una misión importante, que alguien especial espera que él haga algo de relevancia para el país.

IMPRESIÓN CLÍNICA.

El paciente presenta rasgo paranoide de la personalidad.

EVOLUCIONES.

Día. 1

El paciente es comunicativo, expresa que proviene de un hogar desintegrado, al faltar el padre fue la madre quien se hizo cargo del sostenimiento del hogar, sin embargo ésta situación propició que no le prestara mayor atención al paciente quién se ausentaba por varios días de su casa, y nunca le preguntaron en dónde estuvo.

Manifiesta que se involucró en la drogadicción, a muy temprana edad, la que dejó recientemente, debido a su adicción estuvo sin hogar mucho tiempo, viviendo en la calle, pidiendo limosna o con personas conocidas.

Examen mental. El paciente presenta una actitud de condescendencia hacia la terapia, su estado de conciencia es normal, su estado de ánimo normal, actividad motora reducida, lenguaje verborreico.

Día 2

El paciente tiene una discapacidad física en la pierna, lo que según él ha sido un limitante para el adecuado establecimiento de una relación sentimental, ya que tuvo una novia a quien quiso mucho pero los padres de ella no permitieron la relación, se pregunta qué hubiera pasado si estuviera con ella.

Manifiesta que en varias ocasiones ha tenido ideas extrañas como el sentimiento de que hay algo grande que tiene que realizar, ideas de grandeza, y sensación de que es perseguido por espíritus malignos.

Examen mental: el paciente presenta tristeza cuando habla de la joven que fue su novia.

Observaciones. El paciente piensa realizar un plan de gobierno en el que se favorezca a las clases necesitadas.

Día 3

El paciente se encuentra con una mascarilla y manifiesta que desconoce la razón por la que se la pusieron, cree que el personal de enfermería se lo ha puesto porque no les cae bien, esta situación se consulta con ellos manifestando que lo que pretenden es evitar que el paciente propague la tuberculosis al hablar, ya que sus exámenes salieron positivos.

Examen mental. El paciente se sintió aislado y señalado al tener la mascarilla. Observaciones se le explicó que para la protección propia y de otros pacientes se deben realizar acciones como esta, se le brindo apoyo para establecer sus metas y para comprender y superar el estigma y la discriminación que percibe de los demás, tanto por su discapacidad como por el diagnóstico de portador del VIH/SIDA.

CASO 11

Paciente de sexo masculino de 27 años de edad, originario de Puerto Barrios Izabal, cursó cuarto primaria y trabajaba como mecánico automotriz, es soltero, de religión católico, vive actualmente en la capital con una tía.

El paciente informa que su diagnóstico se lo dieron hace un año, durante el cual ha estado hospitalizado en tres ocasiones.

El paciente proviene de una familia desintegrada donde es el primer hijo del padre y el último hijo de la madre, tiene medios hermanos por parte de ambos padres, actualmente cada uno de los padres tiene pareja por lo que la relación con ellos es distante, en la capital vive con una tía, y tiene el apoyo de otra tía.

Informa que durante algún tiempo vivió con su padre y su madrastra pero ellos lo discriminaban dándole de comer en platos plásticos que luego tiraban, al igual que su ropa. La tía informa que el paciente tiene ya un servicio funerario contratado por el padre quien viaja continuamente a Estados Unidos, esta situación es conocida por el paciente.

La tía con la que vive ha estado bajo tratamiento psicológico, actualmente informa que necesita que se le apoye porque no puede sentir amor por nadie, por lo que su relación con el paciente es distante.

El paciente informa que ha tenido varias parejas hombres y mujeres pero que su gran amor fue un joven travestí, con el que sostuvo una relación. Durante el tiempo que estuvo ingresado, el paciente tuvo un altercado con un compañero de encamamiento, y se sintió discriminado por el personal de enfermería, quienes lo señalaban de “buscar novio”. El paciente ingresó referido por Médicos Sin Fronteras por Depresión y por no tener adherencia a los antirretrovirales.

Durante los primeros días estuvo optimista y positivo, sin embargo después del fin de semana se mostró triste y pidiendo ingreso contraindicado, por lo que se le dio egreso, haciendo el compromiso de que volvería para seguir con los tratamientos psicológicos y médicos.

Se realizó una visita domiciliar a la casa donde habita el paciente para concienciar y sensibilizar a la familia del paciente sobre la importancia del apoyo que le deben brindar.

IMPRESIÓN CLINICA

El paciente cumple con los criterios del trastorno pasivo-agresivo de la personalidad*

EVOLUCION CASO 11

Día 1

Se procedió a trabajar con el paciente quien informa que se encuentra incomodo con su compañero de encamamiento porque el otro paciente monopoliza la selección de programas que ven en la televisión, además manifiesta que critica lo que hace incluyendo su buen apetito, por lo que él se siente incomodo y triste y dice que en su casa nadie le controla cuando come, y desea su egreso, se le hace conciencia de que debe permanecer bajo supervisión médica por los síntomas que presenta, y que necesitan que se atiendan adecuadamente.

Examen mental: el paciente actúa con desesperanza y recelo respecto a sus compañeros de encamamiento.

Día 2

Manifiesta que le molesta, sentir que es blanco de las burlas del personal de enfermería, ya que se siente señalado y discriminado por ellos, durante las comidas piensa que le dan siempre porciones alimenticias, más pequeñas que a los demás y que la ropa que le eligen es casi siempre femenina.

Se realiza una visita a la familia del paciente en este caso a las tías con quienes vive, una de ellas informa que ella quiere mucho a su sobrino y que sin embargo no puede vivir con ella, ya que el esposo teme que los contagie a todos, por lo

* No aparece especificación numérica para el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad en el DSMIV

que vive en la casa de la otra tía, en la cual hay pollos y perros, quienes caminan libremente por la casa, la tía con la que vive manifiesta que ella no tienen paciencia para cuidarlo porque ella también necesita atención psicológica ya que a intentado suicidarse en varias ocasiones, se trabajó con ella elevando su autoestima, al final se muestra complacida y deseosa por colaborar con su sobrino en lo que pueda.

Observación: el paciente se encuentra molesto con el personal de enfermería y pide que se le de egreso.

Día 3

Este día se citó a la familia del paciente, a las tías y a los hermanos, sin embargo solamente acudieron a la cita una de las tías y el paciente, se les proporcionó consejería, cuidados paliativos, y sensibilización hacia la otra persona, en este caso tía y sobrino, el paciente se encontraba un poco más animado, lució cansado por el esfuerzo físico de acudir al hospicio desde su casa.

Observaciones: el paciente acepta que el pasado ha sido difícil pero que debe aprender de él, valora el apoyo recibido por parte de sus tías, y manifiesta el deseo de ver a su madre.

CASO 12

Paciente de sexo masculino de 26 años de edad, originario de Chichicastenango, Quiche, residente en Santa Lucia Cotzumalguapa, unido, de religión evangélica, se dedica al comercio.

El diagnóstico se lo dieron después de visitar varios médicos privados, quienes no encontraban la causa de sus enfermedades, se siente mal por haber infectado a su esposa ya que manifiesta si hubiera sabido que tenía no se hubiera juntado con ella porque tiene dos hijos, cuenta con el apoyo familiar por parte de la familia de ella, la familia propia se alejó al saber el diagnóstico.

El paciente ingreso para recuperación física por enfermedad de los pulmones, y se recuperó rápidamente, su esposa lo visitaba frecuentemente a pesar de viajar desde Santa Lucia Cotzumalguapa.

El paciente se ha apoyado en la religión para superar los conflictos que provoca la enfermedad, es muy positivo respecto a que todo le va a ir bien.

IMPRESIÓN CLINICA: El tiempo que el paciente estuvo interno no fue suficiente para un diagnóstico definitivo.

EVOLUCION CASO 12

El paciente estuvo ingresado durante un fin de semana y tuvo un rápido egreso, informa que es unido con una señora que tiene hijos de un matrimonio anterior, ya que se dedica al comercio y viaja con frecuencia, no sabe de que forma contrajo la enfermedad, manifiesta que la familia de su esposa lo ha apoyado mucho más que la propia, ya que todos conocen el diagnóstico y no lo discriminan.

Manifiesta que su religión lo ha mantenido positivo y optimista, sin embargo presenta culpa por infectar a la esposa, ya que ella es madre de familia, y él piensa en el futuro de los niños, indica que si hubiera sabido que tenía el virus del VIH/SIDA no se hubiera juntado con ella, porque no era su intención hacerle ningún mal a nadie, especialmente a ella a quien quiere.

Examen mental: el paciente presenta un aspecto limpio y cuidado, una actitud tranquila y relajada, estado de conciencia normal y actividad motora normal, ubicado en espacio y tiempo, lenguaje sereno y pausado.

Observaciones. Se pudo observar que la esposa no lo respeta y lo trata como a un niño, regañándolo frecuentemente.

CASO 13

Paciente de sexo masculino, de 41 años de edad, cursó segundo primaria pero no aprendió a leer ni escribir, de oficio jornalero, residente en esta capital, es soltero pertenece a la religión católica. El paciente fue diagnosticado de ser portador en el 2002 y recientemente sufrió derrame cerebral lo que afectó el lado derecho de su cuerpo, imposibilitándole caminar, hablar y comer por sí mismo por lo que estaba en silla de ruedas.

Tiene el apoyo familiar de su padre y hermano, la relación familiar no se pudo

establecer ya que lo que el paciente expresaba no era comprensible, se le apoyó psicológicamente y se trabajó con el biblioterapia. Días después de finalizar el trabajo de campo se supo que el paciente falleció la primera semana de agosto.

IMPRESIÓN CLINICA: El paciente presenta trastorno depresivo menor*

EVOLUCION CASO 13

El paciente sufrió recientemente un derrame cerebral que lo incapacitó para caminar y expresarse, pero escucha y comprende cuando se le habla.

El paciente siempre trató de comunicarse pero su lenguaje no era comprensible, por lo que no se pudo saber con certeza lo que sentía, sin embargo lloraba con frecuencia y permanecía triste, por lo que se le brindó terapia de apoyo.

El paciente falleció en el Hospicio, a los pocos días de finalizado el trabajo de campo.

CASO 14

Paciente de sexo femenino de 42 años de edad, es analfabeta se dedica a los oficios domésticos, es unida, tiene 3 hijos menores de edad la primera tiene una hija, sospecha que su esposo también es positivo.

Sus padres fallecieron y sus hermanos no viven en la capital, la hija mayor es quien más la apoya y la visita al Hospicio, su esposo se niega a realizarse el diagnóstico porque dice que él no tiene nada, actualmente no está trabajando porque está enfermo, por lo que la situación económica de la familia es muy grave. La paciente ha tenido varios ingresos al hospicio, en el tiempo de realización del trabajo de campo ingresó dos veces, las doctoras informan que las condiciones higiénicas de su hogar son precarias, y la situación económica no permite que ella se alimente de forma adecuada, ha ingresado por diarreas, vómitos, dolores de cabeza y posteriormente por una tos frecuente que no la deja dormir ni comer, sin embargo cuando se le alivian los síntomas físicos pidió

* no existe nomenclatura específica para el trastorno depresivo menor en el DSM-IV

su egreso contraindicado, no se la pudo convencer de que su egreso no era aconsejable. La familia no la discrimina por el diagnóstico, pero la hija de 14 años, es rebelde y no quiere apoyar informarla. Se trabajó con la paciente los cuidados paliativos que debería tener al estar en su hogar como la dieta, medidas higiénicas etc.

Examen mental. Durante la terapia la paciente presenta emociones como llanto y desesperanza, se truenan los dedos constantemente, mirando hacia fuera como en espera de alguien o algo.

Observaciones. La paciente tiene dificultades para entender las implicaciones de ser una persona viviendo con VIH/SIDA.

IMPRESION CLINICA.

La paciente presenta trastorno mixto ansioso-depresivo*

EVOLUCIONES CASO 14

Día 1

La paciente es de apariencia delgada y triste, ha estado internada en varias ocasiones en el Hospicio, pero siempre pide su egreso contraindicado, y al poco tiempo regresa con más enfermedades oportunistas, manifiesta que se va porque está preocupada por sus hijos los cuales son menores de edad y quedan a cargo de la hermana de 15 años quien es madre soltera. Informa que su esposo también está infectado pero que no quiere aceptar que está enfermo, por lo que cada vez que va a su casa tiene reinfecciones, debido a estas situaciones, se le brindó consejería sobre el uso del condón y otros hábitos higiénicos, ya que en su casa hay mucha suciedad y animales según lo informado por el personal de enfermería.

Examen mental: la paciente es de apariencia frágil, y delgada, se presenta sucia y despeinada a la terapia, presenta una actitud de indiferencia hacia todo.

Observaciones. La paciente manifiesta profunda preocupación por sus hijos y por la situación económica por la que atraviesan.

* No existe numeración específica en el DSMIV para el trastorno mixto ansioso-depresivo.

Día 2

La paciente se encontraba ansiosa por regresar a su hogar, porque tenía pena de que sus hijos estuvieran pasando hambre ya que nadie en la familia trabaja, el esposo cuando no está enfermo trabaja como albañil, pero ahora su enfermedad es más frecuente por lo que casi no trabaja, manifiesta que su situación económica es muy difícil ya que tiene que mantener a los hijos de 14 y 10 años.

Manifestó que el padre de su nieto es quien los apoya económicamente, pero que sin embargo este dinero no es suficiente para cubrir los gastos de toda la familia.

Examen mental la paciente está más tranquila y asertiva en sus relaciones interpersonales.

Observaciones: la paciente valora su rol materno y el apoyo familiar, establece metas para sacar adelante a sus hijos pequeños y a su esposo.

CASO 15

Paciente de sexo masculino de 24 años de edad, procedente de Villa Nueva, no ha trabajado debido a la enfermedad, es casado, tiene dos hijos pequeños, su religión es evangélica. La familia del paciente se compone únicamente por su esposa y sus hijos, la esposa también es positiva al igual que su hijo menor.

El paciente tuvo dos ingresos al Hospicio, durante estos dos meses, pero siempre evadió el trabajo psicológico, sin embargo con el Psicólogo de planta era bastante accesible, el mismo decía que el paciente era machista por lo que el trabajo con él fue difícil.

Sin embargo en las últimas semanas se logró un acercamiento efectivo con el paciente, tiempo en el que se trabajó con él, su evolución médica no fue satisfactoria ya que las enfermedades físicas que tenía se le complicaron y estaba bastante mal, por lo que pidió egreso contraindicado y falleció a los dos días del mismo.

IMPRESIÓN CLINICA: El paciente presenta trastorno mixto ansioso-depresivo.*

EVOLUCION CASO 15

Día 1

El paciente se encuentra triste y ansioso porque ha vuelto al hospicio de nuevo, presentando fiebres muy altas y dolor en los huesos y en los músculos, se queja de dolores frecuentes de cabeza y frecuentemente no sale de la cama.

Además de los dolores anteriores presenta dolor en los pulmones y en el hígado, esto le crea un estado de ansiedad que influye negativamente en su salud, le han puesto suero y medicamentos.

Tiene mucho temor de que sus síntomas correspondan a un citomegalovirus, sin embargo el personal medico informa que esta en fase Terminal de SIDA y que difícilmente logrará una recuperación positiva, el paciente pidió su egreso y falleció a los pocos días de estar en su casa.

Día 2

El paciente está en cama con fiebres altas, y mucho dolor, por lo que se le conforta, anima y apoya, en sus ojos se refleja una enorme tristeza, cuando expresa que quiere su egreso para poder morir con su familia, que sabe con certeza que no se recupera esta vez.

Examen mental: el paciente presenta una actitud de tristeza y desconcierto por el desarrollo de la enfermedad, su estado de conciencia es normal, su actividad motora escasa, su lenguaje lento y pausado.

Observaciones. El paciente fallece a los dos días de salir del hospicio.

* no existe nomenclatura especifica para el trastorno mixto ansioso-depresivo

Interpretación global.

La terapia de apoyo con enfoque existencial permitió que las personas viviendo con VIH/ SIDA encontraran su fortaleza interna y la valoraran de forma adecuada, establecieran metas de vida, en algunos casos que encontraran el sentido a su existencia a través de la experiencia límite como lo es el hecho de haber contraído el VIH/SIDA.

El enfoque logoterapéutico permitió crear y fortalecer los valores creativos, artísticos y de sentido ya que a pesar de padecer una enfermedad crónica que limita su expectativa de vida, los valores propician que continúen en su búsqueda de sentido de vida fuera del hospicio.

En otros casos se propició la aceptación de la muerte propia o de un ser querido como un suceso natural propio del proceso evolutivo del ser humano, logrando de esta forma que la muerte no fuera un generador más de ansiedad. La atención psicológica efectiva para solucionar en algunos casos el estigma y la discriminación que muchos de ellos han sufrido y que han provocado el temor y recelo a ser juzgados y criticados, porque permitió la ventilación de conflictos en un ambiente adecuado: tales como las preferencias sexuales reprimidas, la culpa o rencor albergados durante mucho tiempo por infectarse, la soledad y el abandono del que muchos han sido víctimas, los trastornos psicológicos que las PVVS presentaron provocaron mayor desgaste tanto emocional como físico, además se encontraron problemas familiares, abuso de sustancias como el alcohol y/o drogas como forma de evasión de la realidad, falta de aceptación del diagnóstico, pobres relaciones sociales y familiares. Muchos de los síntomas descritos con anterioridad se vieron exacerbados por el diagnóstico de seropositividad e impidieron o limitaron el proceso de recuperación física del paciente en forma adecuada.

Durante el tiempo en el que se realizó la investigación tres de los pacientes fallecieron, dos de ellos estando internos y el otro con egreso contraindicado, sin embargo los compañeros de encamamiento supieron del suceso y se mostraron muy afectados por lo sucedido, por lo que se utilizaron las técnicas de reflejo de sentimiento y de aceptación propias de la terapia de apoyo para la superación

de la situación.

Las características especiales de la población muestra fueron: la fuente de infección de todas las personas de la muestra fueron las relaciones sexuales en edades tempranas, en uno de los casos fue por abuso sexual de parte del padre, cuando la paciente era menor de edad, 5 de los pacientes son padres 2 mujeres y tres hombres algunos con hijos pequeños, situación que generó ansiedad adicional por el futuro incierto que sus hijos tendrán, Adicionalmente 4 de las personas son analfabetas 9 de los pacientes cursaron solamente la educación elemental, especialmente los primeros años, un paciente contaba con educación básica y uno más cursó el diversificado. La baja escolaridad determinó en muchos de los casos que los pacientes no comprendieran las explicaciones médicas relacionadas con la enfermedad, especialmente sobre los tratamientos ARV y su adherencia, la interacción negativa que el alcohol y las drogas pudieran tener en su organismo, y el peligro de reinfectarse o de infectar a su pareja al momento de tener relaciones sexuales sin protección, aun con la pareja estable. Se pudo evidenciar además que todos los pacientes son de escasos recursos económicos y que no han contado en su mayoría con un trabajo estable que les permitiera a la vez ser beneficiarios del seguro social.

Con respecto a las edades de los pacientes se encontró que 2 pacientes de la muestra son personas menores de 20 años, 6 personas están entre los 21 y los 30 años, 3 personas se encuentran entre los 31 y 40 años y 4 personas son mayores de 41 años, por lo que su expectativa de vida es menor a la esperada, se encontró además que 9 personas del total de la muestra son solteros, 2 son viudos, y dos son casados o unidos.

El trabajo efectivo se realizó con 14 de los 15 pacientes, ya que en uno de los casos el paciente presentaba derrame cerebral, por lo que su lenguaje no fue comprensible, en otros casos el tiempo fue limitado ya que el proceso de atención médica requirió un tiempo prolongado. Los síntomas que con mayor frecuencia se encontró fueron los trastornos depresivos, algunos de ellos con una prevalencia de mayor tiempo al diagnóstico, causada generalmente por la desintegración familiar, frecuente en el grupo muestra.

La depresión se vio manifestada en la tristeza y llanto frecuente, apatía hacia cualquier actividad, desesperanza con respecto al futuro, baja autoestima etc. la ansiedad generada por el deseo de su pronta recuperación física, los problemas económicos, la falta de medicamento, y estar lejos de su familia pareja y/o hijos especialmente, dificultaron su recuperación física. En varios casos el fortalecimiento de la autoestima propició su pronta recuperación, se desculpabilizaron por ser portadores del VIH/SIDA, e iniciaron el proceso de perdón de las personas que los infectaron.

Con el trabajo psicológico se logró que muchos de los síntomas fueran menos limitantes, mejorando de esta forma la recuperación física y propiciando que los pacientes tuvieran mejor calidad de vida.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

4.1 CONCLUSIONES

La atención psicológica a través de la Logoterapia y de la terapia de apoyo individual para la atención de las personas viviendo con VIH/SIDA es efectiva para superar las crisis propias de la enfermedad.

La terapia de apoyo brinda el soporte necesario para que las personas expresen sus inquietudes, y logren mejorar su estado de ánimo, lo que permite que mejoren su calidad de vida.

La Logoterapia contiene los elementos necesarios para la superación de los trastornos psicológicos propios de ser una persona viviendo con VIH/SIDA, lo que se evidenció durante el tiempo que se trabajó con ellos.

La creación de los valores creativos, artísticos y de sentido de vida permiten que la persona supere su crisis existencial.

El estigma y la discriminación social repercuten en la imagen que el paciente tiene de si mismo como persona.

El tratamiento individual permite que la persona ventile adecuadamente sus conflictos, al establecerse un ambiente de confianza y confidencialidad.

4.2 RECOMENDACIONES

Las personas que viven con VIH/SIDA necesitan buscar el apoyo psicológico necesario para la superación de las crisis propias de la enfermedad.

A las autoridades gubernamentales, y las organizaciones no gubernamentales enlazar esfuerzos para realizar campañas educativas en prevención, las cuales deben ser adaptadas a la diversidad cultural, étnica, económica y social de cada una de las regiones del país, garantizando de esta forma el éxito de las mismas.

Orientar a los trabajadores de salud que trabajen con personas viviendo con VIH/SIDA para que se sensibilicen. Y que cuenten con el personal suficiente para el quehacer psicológico.

A la escuela de psicología que se realicen jornadas de sensibilización y orientación en VIH/SIDA para garantizar la atención efectiva de esta población.

Al hospicio que todos los pacientes que ingresen para recuperación física reciban atención psicológica y/o el acompañamiento durante el proceso de encamamiento.

La atención psicológica debería incluir también la realización de visitas domiciliarias especiales para concientizar a la familia de los pacientes sobre la importancia del apoyo adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALFONSO PhD Anne y HILLEL I. SWILLER, MD. "Psicoterapia de grupo en la práctica clínica" Tr. Gloria Padilla Sierra. México Edith. Manual moderno S.A. 1,995
2. ALVAREZ, CASTILLO Sandra. "Problemas Psicológicos de Personas que padecen VIH/SIDA" Tesis. Escuela de Ciencias Psicológicas. USAC. Guatemala. 1,999 116 pp.
3. ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA. "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV" España, Edith Mason 1995 909pp.
4. BALDIZON TOBAR ROSA Y NIVEA MAZARIEGOS. "Personas con SIDA y el temor a morir" Tesis. Escuela de Ciencias Psicológicas USAC. Guatemala. 1,993.
5. COLECCIÓN ONUSIDA "Ampliación de la respuesta mundial al VIH/SIDA a través de una acción orientada". SL. Sep. 1,998, 19 pp.
6. CULLARI, Salvatore. "Fundamentos de Psicoterapia clínica" Tr. Raúl Márquez Gileta. México Edith. Pearson Educación. 1era edición 2,001 468pp.
7. DANIELS, Víctor. "SIDA" 2da.ed. Traducción Dr. Jorge OLAY Samperio. México: Edith. Manuel Moderno S.A., 1,988, 181pp.
8. ENCICLOPEDIA AVANCES DEL SABER TOMO III. Barcelona España

- Edith. Labor, 1era edición 1,976*
9. FRANKL VICTOR “Psicoterapia y existencialismo” España, Edith Herder S.A.
 10. FOREMAN, Martín y Annelise Hirschmann de Salazar”, El peligro oculto (La mujer y el SIDA) AGPCDS, Instituto Panos. Guatemala Edith. Siglo Veintiuno 1,997, 60pp.
 11. GATELL J. M. Clotet B. y otros. Guía practica del SIDA. Clínica, diagnóstica y tratamiento. 8va. Ed. Masson México 2,004
 12. GORDON Gill y Tony Coluda. “La Prevención del SIDA y la Planificación Familiar” s.t. Colombia: s.e. 1,990, 200 pp.
 13. GRANIZO MENDEZ Lucia y Maria Pérez, “El Grado de Vacío Existencial en personas con VIH/SIDA atendidas en APAES/SOLIDARIDAD Tesis. Escuela de Ciencias Psicológicas. USAC. Guatemala.
 14. HAY, Louise L. “El SIDA como abordarlo de forma positiva”. S.t. España: Edith. Urano, 1,990. 285 pp.
 15. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA DE GUATEMALA –INE-
 16. INTERNET : <http://www.ctv.es/users/fpardo/vih1.htm>
Médicos sin fronteras :<http://www.cimac.org.mx/noticiasfeb/0102/207htm/>
 17. VIH, COUNSELING : bases de la consejería /Definición%20(bases%20

de20consejeria)htm

18. Labor de la ONU ante el VIH/SIDA (situación mundial del VIH) :<http://www.cinoorg.mx/temas/Vihonu.htm>.
19. LINARES, De León Silvia y Dinora Ochoa. "Efectividad de la Psicoterapia en pacientes con VIH/ positivo SIDA". Tesis Escuela de Ciencias Psicológicas USAC. 1,995 58 PP.
20. MARTÍN, Doris y Karin Boeck "Que es Inteligencia Emocional" México. Edith. Madrid, 1.997 pp.202
21. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, "Situación de Salud en Guatemala". S.e. 1,995
22. MEDINA, Patzan Ada y José Luís Juárez. "Rasgos de personalidad más frecuentes del paciente infectado por el VIH o con el SIDA." Tesis Escuela de Ciencias Psicológicas USAC. 1,996, 126 pp.
23. MORALES, Francisca Elena y José Aroldo Chay Aguilar. "Aplicación de un programa psicopedagógico para reforzar el proceso de atención psicológica en niñas de nivel primario" Tesis Escuela de Ciencias Psicológicas USAC 2,004 49 pp.
24. PONCE, DE LEON, Rangel. SIDA, Aspectos Clínicos y terapéuticos. Ed. Mc Graw-hi Interamericana, México 2,000
25. OLAIZ, Gustavo. "SIDA. La epidemia que a todos nos afecta". México: Edith. Diana, 1,988. 63 pp.
26. PEÑALOSA, Rojas José. "Lo esencial sobre el SIDA". 3 era. Ed. Colombia:

- Edith. San Pablo, 1,994, 185 pp.*
27. PLATTS, Mark (Com.) “SIDA Aproximaciones Éticas” México Edith. Fondo de Cultura Económica, 1,996. 233 pp.
- 28 PROGRAMA NACIONAL DEL SIDA “Reporte nacional de la notificación de Personas con SIDA Acumulado de 1,984 al 30 de junio 2,001”.
- 29 PUCCINELLI, Oscar Raúl. “Derechos Humanos y SIDA” Buenos Aires: Edith. De Palma, 1,995. 430 pp.
- 30 SARASON IRWIN Y BARBARA SARASON. “Psicología Anormal” México: Edith. Pretice ay. 7ed. 657 pp.
- 31 SHERR, Lorraine “Agonía Muerte y Duelo” tr. Sonia Flores. México: Edith. Moderno, 1,992. 273 pp.
- 32 SIM Delgado Maria del Rosario “la terapia de apoyo como transición a la logoterapia” Tesis Escuela de Ciencias Psicológicas USAC 1992 89 pp.
- 33 SUAZO, Fernando. “La cultura maya ante la Muerte” (daño y muerte en la comunidad Achí de Rabinal) Ecap Guatemala Edith. Siglo Veintiuno, 2,002 108pp.
- 34 VARAS DIAZ NELSON, IRMA SERRANO Y JOSE TORO ALFONSO. “Estigma y diferencia Social VIH/SIDA en Puerto Rico”. Colombia. Edith. Panamericana Formas impresos S.A. 2,004, 215pp.

ANEXOS

HISTORIA CLINICA

I) DATOS GENERALES:

NOMBRE: _____

SEXO: _____

EDAD: _____

ESCOLARIDAD: _____

ORIGEN, PROCEDENCIA: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

OCUPACIÓN: _____

ESTADO CIVIL: _____

RELIGIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

TELEFONO: _____

LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS:

EDAD DE LOS PADRES: _____

II) MOTIVO DE CONSULTA

III) HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL:

-Desde cuando empezó a manifestarse el problema-

Como comenzó a manifestarse.?

- ¿Cual fue la causa principal por la que empezó el problema?

(Personalidad Premórbida):

-Como eran sus relaciones interpersonales y su comportamiento con sus padres, hermanos, amigos, etc. ¿Antes de presentar el problema? _____

IV HISTORIA PERSONAL:

A que hora acostumbra dormirse y levantarse?

Duerme sin dificultad y con tranquilidad?

Se despierta asustado?

Que sueña frecuentemente?

SALUD:

Enfermedades que ha padecido?

Padece alguna enfermedad actualmente?

Ha estado hospitalizado?

Por cuanto tiempo?

V) HISTORIA FAMILIAR:

Miembros de la familia:

NO.	Miembro	Sexo	edad	empleo
------------	----------------	-------------	-------------	---------------

-Con quines conviven?

-Como son las relaciones personales con sus padres

-Como son las relaciones personales con sus hermanos?

Con quien de sus padres o hermanos tiene mejor relación?

-Confía sus problemas personales a sus padres o hermanos?

-Si es no, a quienes se los conf

VI) HISTORIA O PERFIL SOCIAL:

Se relaciona con otras personas?

-Prefiere esta solo o acompañado todo el tiempo?

-Como se comporta dentro de un grupo?

Le gusta ir a reuniones sociales? _____ Cuáles?

Que es lo que más le divierte?

Participa en algún grupo en especial.?

Le gusta depender de otras personas o es muy independiente en sus decisiones?

Le gusta pedir ayuda o apoyo a otra persona?

Se encariña rápido con una persona y hace amistades fácilmente?

Sufre Ud. Si un amigo(a) lo abandona sin ninguna explicación?

VII) ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS APLICADAS:

VIII) EXAMEN MENTAL:

XII) APARIENCIA GENERAL:

B) ACTITUD:

D) ESTADO DE CONCIENCIA:

C) ESTADO DE ANIMO:

D) ACTIVIDAD MOTORA:

E) ASOCIACIÓN Y FLUJO DE IDEAS Y CARACTERÍSTICAS DEL LENGUAJE:

F) CONTENIDO DE IDEAS:

G) MEMORIA:

H) PENSAMIENTO:

IX) IMPRESIÓN CLINICA:

X) PRONOSTICO:

XI) CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

XII) PLAN DE ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA Y EVOLUCIONES:

RESUMEN

Guatemala es un país vulnerable a la pandemia del VIH/SIDA por varios factores como: la pobreza el analfabetismo, las adicciones, el desconocimiento de las formas reales de infección etc. por lo que el número de personas infectadas aumentará.

El hospicio San José cuenta con encamamiento para la recuperación de pacientes viviendo con VIH/SIDA, en quienes se evidenciaron crisis psicológicas como depresión ansiedad, duelo, culpa, adicciones, además del estigma y la discriminación que padecen, estas situaciones representan un obstáculo en el proceso de recuperación física del mismo.

Ante tal situación se planteó el objetivo de contribuir con la aplicación de un programa de atención psicológica que permitiera el abordaje adecuado de la problemática de los pacientes en periodo de encamamiento.

A través de la terapia de apoyo con enfoque logoterapéutico se logró que se solucionaran parte de los conflictos existentes, logrando una mejor y más rápida recuperación física, mejoramiento de sus relaciones familiares, sociales, y mejor calidad de vida de los pacientes.