

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA
-CIEP'S- "MAYRA GUTIÉRREZ"**

**"EFECTOS EMOCIONALES EN ADULTOS QUE RECIBEN EL DIAGNÓSTICO
POSITIVO DE VIH/SIDA"**

**LOREN NOEMI CHICOJ SUBUYUJ
SERGIO MANOLO MAYÉN GARCÍA**

GUATEMALA, OCUBRE DE 2012

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA
-CIEP'S- "MAYRA GUTIÉRREZ"**

**"EFECTOS EMOCIONALES EN ADULTOS QUE RECIBEN EL DIAGNÓSTICO
POSITIVO DE VIH/SIDA"**

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

POR

**LOREN NOEMI CHICOJ SUBUYUJ
SERGIO MANOLO MAYÉN GARCÍA**

Previo a optar al título de

PSICÓLOGOS

En el grado académico de

LICENCIADOS

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2012

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

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem. It features a central shield with a figure on horseback holding a staff, surrounded by various heraldic symbols including castles, lions, and columns. The shield is set against a background of a mountain range. The entire seal is encircled by the Latin motto "LETTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEM".

**DOCTOR CÉSAR AUGUSTO LAMBOUR LIZAMA
DIRECTOR INTERINO**

**LICENCIADO HÉCTOR HUGO LIMA CONDE
SECRETARIO INTERINO**

**JAIRO JOSUÉ VALLECIOS PALMA
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usaepsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 333-2011
DIR. 1906-2012

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

08 de octubre de 2012

Estudiantes
Loren Noemi Chicoj Subuyuj
Sergio Manolo Mayén García
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Transcribo a ustedes el ACUERDO DE DIRECCIÓN UN MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO GUIÓN DOS MIL DOCE (1895-2012), que literalmente dice:

"UN MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: "EFECTOS EMOCIONALES EN ADULTOS QUE RECIBEN EL DIAGNÓSTICO POSITIVO DE VIH/SIDA", de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

Loren Noemi Chicoj Subuyuj
Sergio Manolo Mayén García

CARNÉ No. 2007-13627
CARNÉ No. 2007-14089

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por Licenciada Ileana Godoy Calzia y revisado por Licenciado Marco Antonio García Enríquez. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO





ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: uacopsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC

RECEBIDO
04 OCT 2012

FIRMA: [Signature] HORA: 5:00 P.M. Registro: 333

CIEPs 1665-2012
REG: 333-2011
REG: 062-2012

INFORME FINAL

Guatemala, 02 de octubre 2012

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Marco Antonio García Enríquez ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“EFECTOS EMOCIONALES EN ADULTOS QUE RECIBEN EL DIAGNÓSTICO POSITIVO DE VIH/SIDA.”

ESTUDIANTE:
Loren Noemi Chicoj Subuyuj
Sergio Manolo Mayén García

CARNÉ No.
2007-13627
2007-14089

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 02 de octubre 2012 y se recibieron documentos originales completos el 02 de octubre 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

[Signature]
Licenciado Marco Antonio García Enríquez
COORDINADOR



Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”

c.c archivo
Arelis



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs. 1666-2012

REG: 333-2011

REG: 062-2012

Guatemala, 02 de octubre 2012

Licenciado Marco Antonio García Enríquez,
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciado García:

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

**"EFECTOS EMOCIONALES EN ADULTOS QUE RECIBEN EL
DIAGNÓSTICO POSITIVO DE VIH/SIDA."**

ESTUDIANTE:

Loren Noemi Chicoj Subuyuj
Sergio Manolo Mayén García

CARNÉ No.

2007-13627

2007-14089

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 20 de septiembre 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"




Licenciado Marco Antonio García Enríquez
DOCENTE REVISOR

Arelis./archivo



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Guatemala, 29 de agosto de 2012

Licenciado

Marco Antonio García

Coordinador Centro de Investigaciones en

Psicología -CIEPs- "Mayra Gutiérrez"

CUM

Estimado Licenciado García:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de investigación titulado "EFECTOS EMOCIONALES EN ADULTOS QUE RECIBEN EL DIAGNOSTICO POSITIVO DE VIH/SIDA" realizado por los estudiantes LOREN NOEMI CHICOJ SUBUYUJ, CARNÉ 2007-13627 Y SERGIO MANOLO MAYEN GARCIA, CARNÉ 2007-14089.

El trabajo fue realizado a partir DEL 17 DE AGOSTO DE 2011 HASTA EL 29 DE AGOSTO DE 2012.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,

M.A. Ileana Godoy Calzia

Psicóloga

Colegiada No. 1158

Asesora de contenido

MG/mg

cc. Archivo



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Sanatorio Antituberculoso San Vicente

Dirección Ejecutiva

Telefax 24710504-email-s_sanvicente@yahoo.com

**No. 296-2012
Dr.WEVT-elmj**

29 de agosto de 2012

Licenciado

Marco Antonio García Enríquez

Coordinador Centro de Investigación en Psicología

-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"

Escuela de Ciencias Psicológicas

CUM

Licenciado García:

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que los estudiantes Sergio Manolo Mayen García, carne 2007-14089 y Loren Noemí Chicoj Subuyuj, carne 2007-13627 realizaron en esta institución 10 entrevistas y 10 testimonios a pacientes como parte del trabajo de Investigación titulado: "Efectos Emocionales en Adultos que Reciben el Diagnostico Positivo de VIH/SIDA" en el periodo comprendido del 16 de abril al 10 de agosto del presente año, en horario de 8:00 a 12:00 horas.

Los estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de Investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo.

Dr. Wilson Estuardo Vicente
Director Ejecutivo



c.c. **Archivo
Correlativo**

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR LOREN NOEMI CHICOJ SUBUJUY

LUZ MARINA REYES CERÓN

MASTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SALUD MENTAL

COLEGIADO 680

POR SERGIO MANOLO MAYÉN GARCÍA

ILEANA GODOY CALZIA

MASTER EN ARTES

COLEGIADO 1158

DEDICATORIA

A DIOS:

Por permitirme la vida y haberme proveído de lo necesario para lograr mis objetivos.

A MIS PADRES:

Andres y Trinidad, pilares fundamentales en la formación de mi vida y que con su apoyo veo realizada una de mis metas más anheladas, gracias.

A MIS HERMANOS:

Por su apoyo incondicional en este trayecto de vida, en que hemos reído y llorado juntos.

A MIS AMIGAS:

Gilma, Irma, Vivian, Andrea y Dallana por haber formado una valiosa amistad durante estos años y ser mis confidentes.

A MIS AMIGOS DE PRÁCTICA:

Por haber iniciado juntos nuestra formación profesional, porque con ellos aprendí y descubrí lo valioso de nuestra profesión.

A MIS COMPAÑEROS DE TRABAJO:

Que vieron en mí una amiga, por compartir su experiencia y sabiduría; por motivarme cada día.

A USTED:

Especialmente, por acompañarme hoy.

DEDICATORIA

A DIOS:

Por mi vida y todo lo que soy.

A MI MADRE:

Por darme la vida, guiarme y apoyarme en todo momento sin excepciones, con todo su corazón y alegría. Para ser su orgullo y prueba de su éxito como madre.

A MIS MAESTROS:

Ileana Godoy y Marco Antonio por el tiempo, paciencia y enseñanzas. Meli Cárcamo por las experiencias de vida para madurar. A todos y cada uno de mis catedráticos.

A MI NOVIA:

Delia, por su apoyo, amor y comprensión en más de la mitad de mi carrera.

A MIS AMIGOS:

Héctor, Francisco, Melvin, Sergio, por la risa y felicidad que compartimos hasta en los momentos de desvelo.

A MIS COMPAÑEROS:

Por tenderme una mano y compartir parte de su existencia.

A LOS PRESENTES:

Por acompañarme y ser testigos de mi éxito.

AGRADECIMIENTO

A Universidad de San Carlos de Guatemala

Por brindarme la oportunidad de realizarme profesionalmente.

A Escuela de Ciencias Psicológicas

Por brindarme los conocimientos académicos y profesionales.

A Sanatorio Antituberculoso

Por confiar en mí y darme la oportunidad de llevar a la práctica mis conocimientos teóricos.

A las Licenciadas

M.A. Ileana Godoy Calzia y M.A. Luz Marina Reyes por su ejemplo profesional.

***A Sergio Mayen
Compañero de tesis***

Por haber iniciado juntos nuestra meta. Por ser amigo, compañero y la ayuda indispensable en esta.

A mis Amigos y compañeros de trabajo

Gracias por su cariño, amistad, confianza y ser ejemplo de personas.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de San Carlos de Guatemala

Por abrir el mundo de conocimientos y permitirme ser parte de ello.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas

Por dedicarse a enseñar la ciencia más bella que considero existe.

Al Sanatorio Antituberculoso "San Vicente"

Por permitirme llevar a la práctica todo el conocimiento que aprendí.

***A Loren Chicoj
Compañera de tesis***

Por tu trabajo, apoyo y amistad.
Razones por las que salimos adelante.

A mis Amigos y compañeros de trabajo

Por su amistad, confianza, estima y ejemplo.

ÍNDICE

Resumen

Prologo

I.	INTRODUCCIÓN.....	17
1.1	Planteamiento del Problema y Marco Teórico.....	17
1.1.1	Planteamiento del Problema.....	17
1.1.2	Marco Teórico.....	17
1.2	Delimitación.....	44
II.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	45
2.1	Técnicas.....	45
2.2	Instrumentos.....	46
III.	PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
3.1	Características del lugar y de la población.....	47
3.1.1	Características del lugar.....	47
3.1.2	Características de la población.....	48
3.2	Presentación de resultados.....	50
3.2.1	Matrices individuales.....	50
3.3	Análisis de resultados.....	57
3.3.1	Matriz general.....	57
3.4	Interpretación de resultados.....	64

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	66
4.1 Conclusiones.....	66
4.2 Recomendaciones.....	67

Bibliografía

Notas Bibliográficas y aclaraciones

RESUMEN

Título:

Efectos emocionales en adultos que reciben el diagnóstico positivo de VIH/SIDA

Por:

Sergio Manolo Mayen García y Loren Noemi Chicoj Subuyuj

El propósito del trabajo fue conocer los efectos emocionales de los pacientes que reciben el diagnóstico positivo de VIH/SIDA que deben permanecer en tratamiento en el Sanatorio Antituberculoso San Vicente. La muestra de pacientes que participó en el estudio, fueron diagnosticados en el periodo de un año a partir de 31 de Julio. Se tomó en cuenta este lapso de tiempo porque es cuando se percibe la aparición de distintos efectos emocionales, mecanismos de defensa y se atraviesa por algunas etapas de aceptación.

Se realizó el trabajo con pacientes que llegan al Sanatorio con el diagnóstico positivo para VIH y que además presentan tuberculosis u otras enfermedades oportunistas respiratorias. Esta institución no es un centro que se especializa en el diagnóstico de VIH, sino es de referencia del Hospital Roosevelt y otros, a nivel nacional, para tuberculosis.

El trabajo de campo se realizó con una muestra de 10 personas, del 16 de abril, al 10 de agosto de 2012. Se consideró que la muestra es representativa de la cantidad de consultas que realiza el programa de VIH/SIDA dentro del hospital. Durante esos cuatro meses se tuvo la oportunidad de observar, entrevistar, lograrlos testimonios de cada uno de los participantes, lo cual permitió obtener la información necesaria para respaldar el presente trabajo.

Las técnicas utilizadas fueron la observación, que permitió identificar los factores emocionales como la apariencia y conducta, llanto, ansiedad y signos de depresión. La entrevista estructurada reveló datos del estado emocional del paciente. Los instrumentos fueron el consentimiento informado, con el objetivo de seguir las normas éticas, otorgar veracidad al trabajo e informar al participante. En el testimonio se analizó el discurso de los pacientes reflejando la carga emocional y factores psicológicos, objetivo de la investigación.

Las etapas de aceptación de la infección que se presentaron con mayor frecuencia fueron ira y negación; con menor frecuencia se presentó la aceptación desde los primeros meses de conocer su diagnóstico positivo. Aquellos que han logrado un estado de aceptación, en gran parte es debido a su capacidad de resiliencia y al trabajo que realizan con ellos los Psicólogos de la clínica que los atiende en el Hospital Roosevelt. Además, se encontró que la desinformación acerca de la infección, aumenta el número de casos y efectos emocionales, las conductas de riesgo disminuyen debido al estigma social y temor a la discriminación que sufren las personas con diagnóstico positivo.

PROLOGO

El estudio se realizó en el Sanatorio Antituberculoso San Vicente, que es una entidad estatal especializada en el tratamiento de enfermedades respiratorias, con mayor énfasis en la tuberculosis. El propósito de la investigación fue identificar los efectos emocionales que desarrollan los pacientes al ser diagnosticados como portadores del VIH.

A esta Institución acuden los pacientes por su estado de salud deteriorado debido a la infección del VIH/SIDA y al desarrollo de la tuberculosis, que surge como una de las primeras enfermedades oportunistas ante la baja de defensas generada por el VIH/SIDA.

La muestra con la que se trabajó estuvo constituida en su mayoría por hombres, adultos, de cualquier nivel educativo, no interesó su procedencia, su oficio y estado civil, quienes habían recibido el diagnóstico positivo de VIH/SIDA en un lapso no mayor de un año. La ejecución del proyecto se realizó en un período de cuatro meses. El idioma que habla uno de los pacientes fue una limitación para comprender lo que expresaba. El proceso fue lento debido a la dificultad de obtención de la muestra, dadas las características que se estipularon. Varias personas que llenaban los parámetros no aceptaron ser sujetos del estudio. Hubo mayor número de personas que fueron diagnosticadas con el VIH/SIDA, en un lapso mayor al año que ya no constituyeron parte del estudio. En dos casos se inició el proceso de recolección de información, pero la familia solicitó el egreso contraindicado llevándose al paciente del Sanatorio.

Se encontró que la mayoría de personas coinciden en la manifestación de efectos emocionales similares al recibir el diagnóstico positivo de VIH/SIDA y tienden a presentar alteraciones en su conducta, independientemente de factores familiares, sociales, laborales, económicos, etc., que las ponen en riesgo por los estados

depresivos, el rechazo a tomar medicamentos, la ira contra sí mismos y otras personas, llegando al punto de ser promiscuos para infectar a otros.

El hecho de que un paciente sea internado debido a la gravedad de su salud implica generalmente un mayor deterioro emocional porque enfrenta simultáneamente dos procesos de adaptación.

INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del Problema Marco Teórico

1.1.1 Planteamiento del Problema

Los pacientes que se someten a la prueba de VIH/SIDA y obtienen diagnóstico positivo demostraron efectos psicológicos como reacciones ante la implicación de padecer una infección terminal. Las condiciones en que el paciente es informado del diagnóstico dependen de factores como la capacitación del informante, el seguimiento en el tratamiento que se le brinda al paciente y la información que el paciente posea; lo que influye en que la persona pueden desarrollar condiciones emocionales patológicas, determinadas por la subjetividad de cada uno. Posteriormente, los pensamientos e ideas que se dan tienden a generar ansiedad y angustia, que al no tener una identificación determinada y un seguimiento psicológico adecuado, a largo plazo pueden evolucionar en psicopatologías.

En el Sanatorio Antituberculoso San Vicente es necesario que los pacientes se realicen la prueba diagnóstica para el VIH/SIDA, debido al tipo de enfermedades oportunistas que se presentan como la tuberculosis. Algunos pacientes permanecen en tratamiento varios meses. Se observó que el conocer el diagnóstico positivo deteriora la salud física porque el paciente inicia un cuadro clínico de múltiples afecciones en el estado de ánimo y desfavorable para la evolución del tratamiento médico del paciente.

La población identificada para la investigación fue de tipo cualitativa, se caracteriza por ser originaria y residente en diversos departamentos del país. Con nivel socioeconómico medio hasta pobreza extrema, analfabetas hasta nivel académico básico. Según la muestra de pacientes, la mayor cantidad de

portadores del virus son de sexo masculino, con comportamientos sexuales de riesgo.

Trabajar sesiones psicoterapéuticas con los pacientes diagnosticados, permite que expresen su sentir ante la situación. Por medio de la observación se detectaron signos que denotan el estado emocional del paciente. Con la entrevista, salió a relucir información en las áreas psicológicas afectadas y su estado de ánimo, que fueron esenciales para el esclarecimiento de los efectos emocionales. Las técnicas empleadas fueron puramente cualitativas, por lo cual se hizo uso del testimonio, técnica que permitió recopilar el discurso del paciente con grabaciones de voz, para analizar la información y enriquecer los hallazgos. La herramienta Internet fue un medio para encontrar información relevante y actualizada sobre estudios similares que aportaron a la investigación y la fundamenten teóricamente.

Los pacientes de la muestra fueron personas de ambos sexos, mayores de 13 años de edad, que han sido sometidos a pruebas de VIH/SIDA, que se diferenciaron dos rangos, aquellos que recibieron el diagnóstico positivo seis meses atrás y el otro rango en un lapso no mayor a un año, internos o ambulatorios en el Sanatorio Antituberculoso San Vicente. El procedimiento de trabajo fue con sesiones de entrevista que se adecuaron de acuerdo al tiempo de trabajo de campo estipulado.

1.1.2 Marco Teórico

1.1.2.1 VIH/SIDA

1.1.2.1.1 Definición

Según el programa conjunto de las Naciones Unidas para VIH/SIDA. VIH es la sigla correspondiente a “Virus de Inmunodeficiencia Humana”. Es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento. La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en inmunodeficiencia.

Las infecciones asociadas con la inmunodeficiencia grave se conocen como infecciones oportunistas, ya que aprovechan la debilidad del sistema inmunitario.

SIDA es un término que corresponde a “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida” y constituye una definición de vigilancia basada en indicios, síntomas, infecciones y cánceres asociados con la deficiencia del sistema inmunitario que resulta de la infección por el VIH.

1.1.2.1.2 Reseña histórica

En la historia el primer caso de SIDA fue descubierto en Nueva York en 1,979. La era del SIDA empezó oficialmente el 5 de junio de 1981, cuando los CDC (Centers for Disease Control and Prevention (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades) de Estados Unidos convocó una conferencia de prensa donde describió cinco casos de neumonía por *Pneumocystis Carinii* en Los Ángeles, California. Al mes siguiente se constataron varios casos de sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer de piel. Las primeras constataciones de

estos casos fueron realizadas por el Dr. Michael Gottlieb de San Francisco. Pese a que los médicos conocían tanto la neumonía por *Pneumocystis carinii* como el sarcoma de Kaposi, la aparición conjunta de ambos en varios pacientes les llamó la atención. La mayoría de estos pacientes eran hombres homosexuales sexualmente activos, muchos de quienes también sufrían de otras enfermedades crónicas que más tarde se identificaron como infecciones oportunistas. Las pruebas sanguíneas que se les hicieron a estos pacientes mostraron que carecían del número adecuado de un tipo de células sanguíneas llamadas T CD4+. La mayoría de estos pacientes murieron en pocos meses. Por la aparición de unas manchas de color rosáceo en el cuerpo del infectado, la prensa comenzó a llamar al SIDA, la “peste rosa”, causando una confusión, atribuyéndola a los homosexuales, aunque pronto se hizo notar que también la padecían los inmigrantes haitianos en Estados Unidos. (Schoofs, 2000)

El origen viral de la enfermedad no se estableció hasta 1,983 -1,984 por Luc Montagnier, en el instituto Pasteur de París. El Virus se transmitía por vía sanguínea, fue nombrado como Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) miembro de la familia de los Retrovirus, por compartir propiedades como período de incubación, prolongado antes de la aparición de los síntomas, generado infección de las células de la sangre, el sistema nervioso y la depresión del sistema inmunitario. Se caracteriza por transformar su información genética, que está en forma de ARN, en ADN, que produce el complejo Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), estado final de la infección crónica, que anula la capacidad del sistema inmunológico para defender al organismo de múltiples microorganismos (Girón y Estrada, 2002).

En los años 1,986 – 1,987 se desarrollo el primer fármaco capaz de controlar parcialmente la replicación del virus y los síntomas de la enfermedad, el AZT (Azidotimidina o zidovudina). (Girón y Estrada, 2002)

En Guatemala, la notificación de casos VIH avanzado (SIDA) inició en 1984 con 2 casos masculinos y en 1986 se notifican ya 3 casos femeninos. (Centro Nacional de Epidemiología, 2010). En 1,990 la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció que a finales de 1,989 se habían descrito en todo el mundo un total de 203,599 casos de SIDA, y se estimaba la cifra actual aproximadamente de un millón de personas que padecían o habían padecido la enfermedad (Girón y Estrada, 2002). Las investigaciones durante el año 2010 se han notificado un total de 22,647 casos nuevos con 8,553 femeninos y 14,068 masculinos, aumentando las cifras en 15 casos diarios a comparación de años anteriores. (Centro Nacional de Epidemiología, 2010). El Centro Nacional de Epidemiología en su Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA estimó en el 2009 que para el año 2012 habría 3,119 casos de niños infectados.

Desde hace algunos años el VIH/SIDA fue decretado un problema de urgencia nacional. Los tratamientos están limitados a detener la replicación (multiplicación del virus), no a destruirlo totalmente (Castellanos y Aguilar, 2006); Se ha determinado que las medidas eficaces para el control de la infección son las preventivas, se han creado programas nacionales de prevención y ONGs. Las últimas medidas son la aplicación de las pruebas¹ de detección gratuitas en casi todas las comunidades para determinar y registrar la mayor cantidad de casos posibles.

1.1.2.1.3 Repercusiones emocionales

Según Carmen Gómez (2005) y Janssen (2011) muchos de los problemas de salud mental que presentan las personas con VIH son comunes a los ya

¹ “Actualmente en Guatemala se utilizan las pruebas ELIZA y Western Blot.” www.haztelaprueba.info/

descritos en pacientes con cáncer o enfermedades terminales, aunque en el caso de enfermos de SIDA, se dan con una mayor frecuencia una serie de problemas psicológicos que los que ocurren en otras enfermedades de pronóstico similar.

En primer lugar son frecuentes los cuadros severos de angustia y depresión. Los cuadros depresivos de moderada intensidad pueden aparecer en cualquier momento en el curso de la infección por VIH.

La ideación suicida puede ser manifestación de una enfermedad depresiva, pero también puede ser expresión del deseo del paciente de tener el control último sobre su vida, cuando los síntomas se vuelven intolerables. Es lo que se ha dado en denominar "suicidio racional" como entidad distinta a la acción suicida llevada a cabo en el contexto de un intenso estrés emocional, una depresión o de un delirio orgánico.

Otros trastornos psiquiátricos de aparición frecuente en estos pacientes lo constituyen los cuadros psicóticos con clínica alucinatoria (visual o auditiva) y a veces delirios de contenido persecutorio o de grandeza. Estos trastornos pueden ocurrir en el contexto de un deterioro cognitivo o pueden constituir la única manifestación psicopatológica.

Cuando el paciente se encuentra con infecciones que se instauran, que no responden a la medicación, las reacciones emocionales van desde angustia que se trata de un sufrimiento psíquico por temor a lo desconocido, con gran demanda de atención, hasta la apatía, con cambios de humor drásticos, irritabilidad, quejas y manías. (Gómez, 2005)

1.1.2.1.4 Repercusiones sociales

El recrudecimiento de los conflictos intrapsíquicos previos a la aparición de la enfermedad, va a provocar en el paciente una demanda de atención intensa. (Girón y Estrada, 2002)

Según Vera y Estrada (2006), el efecto de un diagnóstico como el VIH y SIDA se refleja en todo el sistema familiar y, por lo tanto, todos sus miembros se ven afectados. Cuando hay un cambio en un integrante del sistema familiar (enfermedad) repercute y afecta a todo el sistema familiar y ésta a la vez repercute y afecta al paciente.

El VIH/SIDA no sólo afecta al paciente, sino también a la familia, es posible que ante la noticia del diagnóstico se presenten diferentes tipos de emociones y sentimientos tanto en la familia como en el paciente. El círculo nuclear influye en la salud y la enfermedad de cada uno de sus miembros, esto significa que la familia desempeña un papel fundamental en la salud o en la enfermedad de los individuos.

Por lo general, la familia comparte el proceso de la enfermedad, cuando el paciente pasa de una etapa asintomática a una sintomática, no sólo alarma al paciente, sino a la familia. Este momento se experimenta con tristeza por el dolor que la familia vivirá y por el deterioro físico paulatino que se nota en el enfermo. A nivel personal pueden estar enfrentándose con la posibilidad de un cambio en su relación. Esto puede implicar la aceptación de nuevos papeles para expresar su sexualidad, les inquieta la posibilidad de enfermarse o ser causantes de que otras personas se infecten y se sienten culpables. No disfrutaban las relaciones sexuales debido a que parecen cortar la espontaneidad y la sensación de relajación.

Castellanos y Aguilar (2006) concluyen en: *La mayoría de pacientes con VIH/SIDA no puede convivir normalmente con su pareja, más si puede con quienes que no conocen. Conviven normalmente con su familia hasta que se hospitaliza por alguna enfermedad, entonces es cuando puede ser abandonado.*

1.1.2.2 Trastornos del estado de ánimo

1.1.2.2.1 Debido a enfermedad médica

La aparición y uso del tratamiento antirretroviral ha hecho posible que la infección por VIH se convierta en una enfermedad crónica y que la esperanza de vida de los pacientes aumente de manera considerable. (Salazar, (2009) La atención psicológica del paciente con VIH inicia en el momento del diagnóstico y deberá seguir el resto de la vida, preferentemente tener la asesoría de un equipo multidisciplinario.

La Academia Americana de Neurología (1996) investigó y estableció unos criterios diagnósticos para detectar cambios sutiles tempranos con el propósito de diferenciarlos de la demencia. Según observaciones un 70% de los pacientes infectados por VIH tiene tendencia a un trastorno cognitivo-motor. Mientras que el resto de la población desarrollará demencia asociada al VIH. Actualmente se desconoce si ambos trastorno constituyen una continua correlación del sistema nervioso central (SNC) por VIH o bien son neuropatologías diferentes y separadas.

El VIH es un virus neurotrópico que después de la primoinfección, invade rápidamente el SNC a través de los macrófagos infectados que atraviesan la barrera hematoencefálica. Primero se infecta la glía (astrocitos) que actúan como reservorio del virus. Debido a la invasión y a la hiperactivación inmunológica, se producen toxinas y lesiones histológicas que son la base estructural de los trastornos neuropsiquiátricos. (Salazar, 2009)

La demencia por SIDA se trata de una serie de problemas que pueden variar en grado y empeorar progresivamente. Es por ello que puede confundirse con síntomas de trastornos comunes asociados con el VIH, como depresión, efectos secundarios de medicamentos, tumores en el sistema nervioso central o infecciones oportunistas como toxoplasmosis, tuberculosis o sífilis.

El deterioro en los movimientos a menudo se caracteriza por una pérdida del control de la vejiga; pérdida de sensación y de control en las piernas; y movimientos tiesos, torpes y lentos. El deterioro motor no es común en las etapas iniciales del complejo demencia del SIDA. Los primeros síntomas pueden incluir cambios en la escritura.

El deterioro de la cognición se manifiesta por pérdida de memoria, problemas del habla, incapacidad de concentración y disminución en la capacidad de juicio. Los problemas cognitivos con frecuencia son los primeros síntomas que notará una persona con complejo de demencia del SIDA, lo que lleva muchas veces a elaborar listas para poder recordar tareas rutinarias y cotidianas.

En cuanto a los trastornos neuropsiquiátricos, los más frecuentes según la Academia Americana de Neurología (1996):

- **Delirio:** El delirio es la manifestación psiquiátrica más común de la infección por el VIH en caso de pacientes hospitalizados y también la demencia debida a VIH. Se caracteriza por un estado de confusión de inicio brusco, agitación, trastornos en la concentración y un lenguaje incoherente. Puede ser causado uno o varios problemas médicos tales como infecciones

oportunistas, reacción tóxica a la medicación, desordenes metabólicos o una lesión primaria en el SNC.

- **Depresión:** El estado depresivo es el principal diagnóstico psiquiátrico entre los pacientes con infección por VIH, este afecta estructuras corticales y subcorticales que participan en la modulación del afecto por lo tanto la presencia de depresión no es solamente una reacción emocional a la enfermedad sino una manifestación de la acción del VIH en el SNC. El diagnóstico de trastorno depresivo mayor se complica porque es frecuente encontrar tristeza y desmoralización.
- **Psicosis:** Síntomas psicóticos de ideas delirantes y alucinaciones, son raros en pacientes con el VIH y es difícil de establecer su etiología. Los síntomas psicóticos, por lo general, aparecen en el contexto de delirio y estadios terminales de la demencia debida al VIH o síntomas asociados a esquizofrenia, estados paranoides, depresión con características psicóticas o como una reacción psicótica breve reactiva a un alto grado de estrés.
- **Manía:** El mayor problema metodológico en el estudio de la manía en la infección por el VIH es que el comienzo de la infección, entre los 20 y 45 años, es coincidente con la edad en que aparecen la mayoría de los trastornos afectivos en la población en general. Sin embargo se ha notado que existe una relación entre manía y el VIH. La presencia de este trastorno en un paciente con el VIH es considerado como un factor de riesgo para el desarrollo de la demencia debida al VIH.
- **Demencia:** Los hallazgos neuropatológicos más frecuentes incluyen la destrucción multifocal difusa de la sustancia blanca y de las estructuras subcorticales. La demencia que se asocia a la infección directa del SNC por

VIH se caracteriza por olvidos, enlentecimiento, dificultad de concentración y dificultad en la resolución de problemas. Las manifestaciones de comportamiento más frecuentes son apatía, retraimiento social, delirium ocasional, ideas delirantes o alucinaciones. (DSM IV TR, 2002)

1.1.2.3 Trastornos de Ansiedad

1.1.2.3.1 Etiología

La ansiedad (del latín anxietas, afligir, turbar), es un estado emocional propio de quien desea, espera o teme un acontecimiento importante o grave (Urrutia, 2008). Es una respuesta automática que se produce en el cerebro más primitivo y en el sistema límbico al reconocer la existencia de un peligro inminente real. Ante esta situación, el organismo pone a funcionar el sistema dopaminérgico, este sistema entra en funcionamiento, liberando señales de alerta a todo el sistema nervioso central, cuando se detecta el peligro se disparan los mecanismos que liberan adrenalina (Tratamientoansiedad.com, 2007), es entonces la anticipación somática del cuerpo al acontecimiento previsto. La principal característica de la ansiedad, es evitar las situaciones riesgosas. Los síntomas típicos son la huida y evitación. Muchos psiquiatras coinciden en que cierto grado de ansiedad es bueno y hasta necesario porque ayuda a formar el carácter de la persona, refuerza la creatividad y amplía el conocimiento ante las posibilidades que ofrece la vida. Por lo cual la ansiedad es normal en todo paciente por ser psicológicamente congruente con una situación de alarma (o de pérdida o invalidez) (Tratamientoansiedad.com, 2007)

Freud habló de tres tipos de ansiedades: la primera es la ansiedad de realidad, también puede llamarse miedo. “Es el temor que surge ante la amenaza o los peligros reales. De hecho, Freud habló específicamente del miedo que siente las personas”.

La segunda es la “ansiedad moral y se refiere a lo que siente las personas cuando el peligro no proviene del mundo externo”. Es generada por el temor de los individuos al transgredir el código moral.

La tercera es “ansiedad neurótica, que consiste en el miedo a sentirse abrumado por los impulsos del Ello”. Neurótico es la traducción literal del latín que significa nervioso. Es el temor de que los impulsos del ello se salgan de control y lleven a la persona a cometer un acto que tendrá como recompensa el castigo.

Actualmente se han descubierto otras etiologías de la ansiedad, que renuevan la concepción teórica. Los científicos Alemanes han encontrado que la mutación de dos genes causa tendencia a mayores estados de ansiedad y psicopatológicas derivadas.²

Esa mutación se da en aproximadamente en la mitad de la población, pero surte efecto en sólo una de cada cuatro personas que heredaron de sus padres dos copias de la misma. Esos individuos tienen un riesgo significativamente mayor que la media de la población de sufrir ansiedad y males relacionados como los trastornos postraumáticos y las enfermedades obsesivo-compulsivas. (SitiosArgentina.com, 2008)

1.1.2.3.2 Angustia

1.1.2.3.2.1 Etiología

El supuesto básico es que inicialmente un organismo se orienta por la evitación del dolor y la búsqueda de placer (Principio Primario), hasta

² Publicado en la revista “Behavioural Neuroscience” 2008, con la aprobación de la APA, información en <http://www.apa.org/pubs/journals/bne/index.aspx>

mecanismos más avanzados de mayor tolerancia de cantidades de displacer para transformar el entorno y adaptarse más eficazmente (Principio Secundario) (INDEPSI, 2010). Cuando la ansiedad propasa los límites en que se puede mermar, se cronifica, lo cual da paso a la angustia. constituye una respuesta de amenaza que surge de profundos y peligrosos impulsos reprimidos dentro de la personalidad, o bien a los sentimientos reprimidos que luchan por hacerse conscientes; es una advertencia de peligro que se origina en la presión que ejercen las actitudes internas inaceptables.

Es un estado emocional caracterizado básicamente por ansiedad, con efectos de temor exagerado, incapacidad para manejar determinadas situaciones, aprensión, sensación de espera inquietante y opresiva y desastre inminente. Se manifiesta con ataques de pánico (terror irracional y abrumador) o episodios de miedo intenso, los cuales son frecuentes y repentinos.

Este padecimiento puede reducir de manera considerable la productividad y calidad de vida de un individuo.

Desde una perspectiva dinámica, el Yo como instancia psíquica es el que experimenta la angustia, como consecuencia de los *recalculamientos* realizados entre las demandas instintivas del Ello y las restricciones del Superyo. La función yóica del sujeto evaluaría como una amenaza o peligro la gratificación del deseo, que podría interferir los vínculos con el mundo externo, o el juicio de realidad que clausuraría el deseo. Podría existir una relación entre la angustia que se experimenta en la actualidad y las angustias primitivas o primeras experiencias angustiosas a las cuales fue expuesto el sujeto, como un modelo que se repite en las posteriores experiencias de peligro que amenazan a este. (INDEPSI, 2010)

Según Freud (1926) existen distintas apariciones de la angustia:

- La angustia que se experimentaría al nacer.
- La angustia que producirían los sentimientos de indefensión por la falta de madurez del Yo.
- La angustia frente a la pérdida de objetos amados o pérdida del amor.
- La angustia frente a la figura paterna o Ley del Padre (castración).
- La angustia generada por el Superyo en la etapa de latencia.

La intensidad de la angustia, no estaría regulada por el estímulo o situación externa, ésta sería proporcional a las consecuencias de los *recalculamientos* mentales realizados por el sujeto. (INDEPSI, 2010)

Estas situaciones críticas permanecen en el inconsciente del individuo y crean la estructura de la angustia en las otras etapas de desarrollo a lo largo de la vida.

Freud (1926) identifica dos tipos de angustia:

- Normal, como respuesta “adaptativa”, frente a estímulos estresantes que implican una amenaza real en el mundo externo.
- Patológica, es la resultante de las vicisitudes de la angustia normal no tramitada adecuadamente. En este tipo de angustia predominaría algún grado de valoración errónea o imaginaria del estímulo externo tratado, por el sujeto como elemento operatorio y cumpliendo en términos intrapsíquico un rol simbólico.

Los elementos que pueden desencadenar la angustia³ patológica y están presentes en la misma son:

- La presencia de un sentimiento de indefensión frente a una experiencia sensorial displacentera distinta al dolor o estados afectivos cumbres.
- Un elemento irracional que opera en la conducta, acompañada de sensaciones de desesperación para el sujeto.
- Una señal de alerta o indicación de que algo no está funcionando bien a nivel psíquico.
- Algún tipo de manifestación psicológica referida a modos de funcionamiento no adaptativos: neurótico, fronterizos o psicóticos.

Expuesto en la Guía Psicológica Clínica de INDEPSI (Instituto de Desarrollo Psicologico) la amenaza interna que genera el estado puede provenir de dos fuentes:

“La fuerza de los instintos del Ello: eróticos (descrito por Freud), agresivos (descrito por Horney)

La severidad del Superyó: temor a la castración, restricciones culturales inscritas en el Superyó (descrito por Sullivan)”

1.1.2.4 Mecanismos de defensa

1.1.2.4.1 El yo y los mecanismos de defensa

Los mecanismos de defensa tienen origen en el psicoanálisis, siendo Ana Freud quien profundizó en el Ello, para manejar la ansiedad o prevenir el surgimiento. De acuerdo con los estudios efectuados es el conocimiento de los

³ La angustia es un afecto displacentero intenso que se expresa o se acompaña de diversos componentes o síntomas físicos y psíquicos

impulsos instintivos reprimidos, de los afectos y fantasías, teniendo como objetivo la estructura del yo y sus perturbaciones, en cómo se manifiestan en la manera de actuar de las personas, es una lucha constante del Yo contra las ideas y efectos dolorosos e insoportables. Por medio de estos mecanismos la personalidad busca la estabilidad psicológica.

De acuerdo con AGC (Asociación de Grafoanálisis Consultivo) *“La misión de los mecanismos de defensa, dentro del psiquismo, es la de regular las cargas de energía para proteger el equilibrio y evitar toda clase de trastornos o perturbaciones producidas por exceso de excitación emocional externa hacia la persona”*.

Existen dos emociones básicas capaces de producir alteraciones en el equilibrio psíquico: el pánico y la cólera. Según AGC “En caso del pánico, cuando no se regulan los mecanismos de defensa, se perturba el psiquismo generando angustia, ansiedad, bloqueo, inhibición, fobias, hasta miedos imaginarios. Si la función reguladora actúa adecuadamente, la reducción de la intensidad genera los estados de reserva, desconfianza, precaución y previsión.

En caso de las reacciones coléricas, cuando la función encargada de la regulación del psiquismo es deficiente, puede generar ira, agresividad, furia, irritabilidad, explosividad, incluso impulsos destructivos. Esta reacción resulta ser conveniente cuando es regulada adecuadamente, para los mecanismos de defensa, dando lugar a la combatividad, la iniciativa, la ambición, el dominio de situaciones, la resolución y la eficacia en la solución de los asuntos y dificultades. Transformándose así en agente positivo en torno a las circunstancias de vida de la persona. De acuerdo con Ana Freud (1961) los mecanismos de defensa son creados por el Yo para manejar la ansiedad o prevenir su surgimiento.

Estos constituyen una conducta defensiva con la que opera la personalidad para mantener un equilibrio homeostático, es decir, una regulación de la tensión, de la excitación. Con esta conducta defensiva, el organismo puede lograr un ajuste o adaptación que elimine toda clase de inseguridad, peligro, tensión o ansiedad. Sin embargo, la conducta defensiva no resuelve los conflictos, sino que se limita a restringir la capacidad de actuación del yo frente al objeto perturbador.

Por esta razón, cuando la conducta defensiva logra mantener el normal equilibrio de las funciones psíquicas y físicas, puede decir que el individuo tiene un comportamiento adaptado y se desenvuelve, frente a su mundo circundante, sin mayores perturbaciones, eliminando fácilmente toda fuente de peligro, tensión, ansiedad o inseguridad.

Tres principales tipos de angustia a las que está expuesto el yo “angustia instintiva, angustia objetiva y angustia de conciencias”⁴.

La represión:

Cuando en el subconsciente se almacenan una serie de emociones rechazadas que acumulan cargas tensionales o irritativas, dentro del proceso químico celular correspondiente, es probable que esto desencadene una neurosis.

La tensión anormal puede liberarse de varias maneras, puede ser a través del sueño y con disfraces simbólicos o a través de manifestaciones de duda,

⁴ Angustia instintiva la psique es abrumada por una situación de peligro, motivada por un impulso, es automática e incontrolable. Angustia objetiva es una emoción penosa suscitada por el peligro real y objetivo. Angustia de conciencia el peligro reside en la propia psique, sobre todo, en determinadas tendencias psíquicas primitivas que son rechazadas por otras tendencias. Descritas por P. Kielholz (1987)

temor, ansiedad y aprensión poco normales. La AGC explica que en algunos casos, los estados tensionales excesivos producidos por la represión se manifiestan también a través de actos o de hábitos simbólicos o simulando algún padecimiento físico como expresión de lo reprimido.

La represión ocupa un sitio exclusivo en los procesos psíquicos; se puede describir como una forma de olvido motivado, la conciencia expulsa de sí las ideas o emociones que son penosas y causan dolor emocional. El contenido reprimido está rechazado hacia el inconsciente. También puede operar excluyendo de la conciencia algo antes experimentado conscientemente o bien refrenar ideas y sentimientos antes que se hayan hecho conscientes.

Durante el proceso la represión mantiene a los impulsos y ansiedad fuera de la conciencia. Habitualmente es un proceso inconsciente aunque a veces puede estar facilitado por hechos conscientes. De esta manera la represión permite eliminar los sentimientos de dolor o ansiedad, pero si se utiliza en exceso cobran gran cantidad de energía para mantener los eventos rechazados inconscientes.

La negación:

Es la capacidad del yo de negar la realidad, de reconocerla y valorarla críticamente. Hace creer que el acontecimiento amenazante o aversivo ocurrió o que la condición existe. Al igual que la represión, se mantiene fuera de la conciencia cosa que el individuo se siente incapaz de afrontar; está estrechamente vinculada a la muerte, a la enfermedad y a otros acontecimientos igualmente dolorosos amenazadores. Coon (2005) opina que la negación y la incredulidad son reacciones normales ante la muerte imprevista de un amigo o pariente.

Harry Stack Sullivan psiquiatra especializado en relaciones interpersonales llama a “la negación falta de atención selectiva y recalca que las personas escogen una operación de seguridad, negando después lo opuesto porque simplemente no concuerda con la realidad de sus expectativas”.⁵

Proyección:

Es el mecanismo a través del cual un individuo atribuye a otro sus propios impulsos y deseos inaceptables y de esa forma se los oculta a sí mismo. En tal caso el individuo experimenta hostilidad hacia los demás, pero cree ver en éstos la hostilidad y el odio hacia él.

La proyección es un mecanismo de defensa mediante el cual derrocha sobre el mundo o las demás emociones, vivencias o rasgos de carácter que desean expulsar de sí mismos y que son inaceptables. Para la AGC “todo lo que resulta placentero es aceptado como algo perteneciente al propio yo. Todo cuanto resulta desagradable, molesto o doloroso es sentido como ajeno al yo”.

La frustración desaparece cuando el individuo desea que sus defectos deficiencias y fracasos también los tienen los demás o bien que sean los demás los causantes de esos fracasos, deficiencias o lo que no desea tener.

Las tendencias proyectivas cobran mayor importancia en las personalidades de tipo paranoide. Algunos paranoides muy sensibles son capaces de percibir el inconsciente de los demás y al interpretarlo se olvidan de su propio inconsciente. En los casos graves la proyección lleva a la deformación viciosa o a una falsa imagen de la realidad.⁶

⁵ Powel, J. (2008) Momentos de paz. Editorial sociedad de San Pablo. Bogota

⁶ Vels, A. (1995) Agrupación de grafoanalistas consultivos de España Bol #6 Barcelona

Desplazamiento:

Consiste en cambiar el objetivo de un impulso, esto suele suceder porque el blanco elegido resulta amenazador y al cambiarlo se reduce la ansiedad; el cambio es intencionado pero inconsciente de objeto a fin de resolver un conflicto. Aunque se cambie el objeto, la naturaleza instintiva del impulso y su finalidad siguen siendo la misma.

Sublimación:

La sublimación viene a ser un medio de alcanzar satisfacción en forma sustitutiva o imaginaria a las dos tendencias básicas de nuestros instintos: la sexualidad y la agresividad.

Se trata de un tipo de comportamiento o conducta en el que tendencias, impulsos instintivos o deseos, que son moralmente y culturalmente rechazables por la conciencia y por la convivencia social se descargan canalizando su energía en torno a comportamientos socialmente aceptables.

Todas las actividades científicas, artísticas, intelectuales, religiosas y culturales, en general, son según Sigmund Freud consecuencia de la sublimación. Una adecuada forma de canalizar son las profesiones donde la agresividad sádica está justificada por su beneficio a la colectividad. La educación, la cultura y las normas sociales establecidas exigen un control, incluso un bloqueo, cuando el objeto que provoca estos impulsos es un tabú.

La conversión:

La conversión o somatización es un fenómeno que se da principalmente entre los histéricos. Consiste en convertir en trastorno o enfermedad física las frustraciones o contrariedades sufridas. Mediante este mecanismo de defensa,

ciertos histéricos, transforman en enfermedad las contrariedades sufridas, eligen este medio para dominar, castigar o retener a las personas de su círculo íntimo

Formación reactiva:

Se reprimen los impulsos y además se mantienen bajo control exagerado en conducta contraria. La formación reactiva es una actitud o hábito de reacción opuesto al deseo reprimido. Para Coon el sujeto lucha directamente contra toda representación penosa, frustrante o dolorosa, sustituyéndola por un síntoma primario de defensa, consistente en adoptar una conducta o reacción que excluye de la conciencia a los elementos que intervienen en el conflicto, en favor de virtudes morales llevadas al extremo, como pueden ser el pudor, la escrupulosidad o la persecución de las conductas inmorales.⁷

Las conductas reactivas son propias de sujetos de carácter obsesivo que se comportan de manera opuesta a la realización de los deseos. "El juez que lleva al extremo y de forma escrupulosa su ansia de equidad -dice Laplanche- puede mostrarse, por esto mismo, sistemáticamente indiferente a los problemas reales que plantea la defensa de quienes recurren a él, satisfaciendo así, bajo la máscara de la virtud, sus tendencias sádicas"⁸

Conducta Pasivo-Agresiva:

Agresión hacia otra persona expresada indirecta o ineficazmente mediante pasividad, masoquismo o dirigida hacia sí misma.

Somatización:

Convertir en síntomas físicos los conflictos emocionales provocados por ansiedad.

⁷ Coon D, (2005) Psicología. México 10ª. Edición Internation Thomson Editores

⁸ Vels, A. (1995) Agrupación de grafoanalistas consultivos de España Bol #6 Barcelona

Represión:

Por este mecanismo, las experiencias muy cargadas afectivamente se sumergen, no se pueden examinar conscientemente y se expresan en una forma incomprensible, como ocurre con el síntoma. Los impulsos reprimidos retienen su fuerza y tensión dinámica. A veces cuando el material reprimido es accesible al consciente, se puede manejar racionalmente, siendo deseable que sea así. Se cree que la represión es una defensa contra la angustia, que se genera cuando los deseos, ideas y sentimientos irreconciliables con el consciente, tratan de entrar en él; pero también se puede decir que la represión es inducida por la angustia. Esta energía doblemente gastada no se puede utilizar en forma constructiva.

Control:

Intento extremo de manejar o regular sucesos y objetos del entorno a fin de minimizar la ansiedad y resolver conflictos internos.

Desplazamiento:

Cambio intencionado pero inconsciente de objeto a fin de resolver un conflicto. Aunque se cambie el objeto, la naturaleza instintiva del impulso y su finalidad siguen siendo la misma.

Aislamiento:

En el mecanismo de aislamiento, el sujeto no ha olvidado sus traumas patógenos, pero ha perdido la huella de sus conexiones con el conjunto de la personalidad y su significado emocional.

Inhibición:

Renuncia o limitación inconsciente de determinadas funciones del Yo, individuales o asociadas, para evitar la ansiedad producida por el conflicto con impulsos instintivos, con el Súper yo o con fuerzas o figuras del entorno.

1.1.2.5 Aceptación de la enfermedad**1.1.2.5.1 Proceso de aceptación en pacientes con enfermedad terminal**

Cuando el hombre se enfrenta a situaciones que le producen inestabilidad física y emocional siente la necesidad de defenderse aun más, pero si su capacidad física cada vez es menor, sus defensas psicológicas tienden a multiplicarse. Resulta difícil para el hombre negar la evidencia pretender sentirse seguro. Esto sucede cuando a un paciente se le diagnostica con una enfermedad de tipo terminal, generando una serie de emociones que necesitaran ser canalizadas para que el paciente trate de recobrar su estado homeostático y evitar mayores complicaciones.

La persona con enfermedad crónica se encuentra frente a un hecho diferente, el de enfrentar una enfermedad terminal; en estos casos la evolución y la respuesta positiva al tratamiento, lo destinan con seguridad

Klübler-Ross destaca que existe una serie de etapas de reacciones emocionales y psicológicas de los pacientes que se enteran de un diagnóstico de enfermedad incurable y terminal. Para esto describe las siguientes fases:

Primera fase: negación y aislamiento

Ante el eventual diagnóstico maligno, para el paciente es un hecho inesperado ante lo cual hay una percepción inicial de que algo está mal, lo que

produce inestabilidad en el organismo, causando dolor y malestar, poniendo en marcha las defensas psicológicas.⁹

La negación es el proceso inicial común en los pacientes a quienes se le revela directamente sobre el inicio de una enfermedad terminal o aquellos que se enteran posteriormente. Kübler-Ross menciona “la negación angustiosa ante la presentación de un diagnóstico, es más típica del paciente que es informado prematura o bruscamente por alguien que no conoce bien o que lo hace rápidamente para acabar de una vez, sin tomar en cuenta la disposición del paciente”. La negación es una reacción amortiguante después de una noticia impresionante e inesperada, que con el tiempo permite al paciente recobrase y ejecutar otras defensas menos radicales. Cuando un paciente se niega a aceptar su diagnóstico lo más seguro es que busque una segunda opinión con respecto a ello.

Lo más adecuado es dar al paciente un momento de silencio para evaluar sus reacciones y posteriormente el diálogo con el paciente debe darse cuando el paciente esté dispuesto a hablar de ello, afrontarlo y termina cuando el paciente no está dispuesto a afrontarlo. Cuando el paciente está dispuesto a hablar, ventilará, compartirá su soledad con palabras y con gestos. La negación se trata de una defensa temporal que posteriormente será remplazada por una aceptación parcial, se trata de un estado de conmoción temporal al inicio de una enfermedad grave del que se recuperara gradualmente. Existe la negación parcial que es habitual en algunos pacientes durante las primeras fases.

En el inconsciente las personas son inmortales por lo tanto es inconcebible afrontar la enfermedad. La reacción emocional del paciente depende de cómo afrontar el diagnóstico de enfermedad terminal, de cómo se

⁹ Kübler-Ross E. (1993) La muerte y los moribundos. Ediciones Grijalbo S.A. Barcelona. 4ª. Edición

diga, el tiempo que tenga para reconocer lo inevitable y como se haya preparado a lo largo de la vida para afrontar las situaciones de tensión y la implementación de mecanismos de defensa menos radicales.

Segunda fase: ira

La reacción posterior al recibir un diagnóstico de enfermedad terminal y cuando ya no se puede seguir sosteniendo la negación es remplazada por ira, rabia, envidia y resentimiento. “Lógicamente surge la siguiente pregunta “¿Por qué yo?” Kübler-Ross¹⁰. Esta fase es difícil de afrontar para la familia y el personal debido a que se desplaza en varias direcciones y se proyecta contra lo que le rodea, en ocasiones al azar. Sin embargo el malentendido surge porque pocas personas se ponen en el lugar del paciente y se preguntan de donde proviene el enojo. En donde quiera que el paciente se enfoque encontrará motivos de queja ya que él hará todo lo posible para que no se le olvide.

Generalmente no se piensa en las razones de enojo del paciente y se toma como algo personal, cuando nada tiene que ver con las personas que se convierten en blancos de su ira. Cuando estas reacciones emocionales son tomadas a título personal se fomentará la conducta hostil en el paciente. Por tal razón se hace necesario escuchar a los pacientes, aunando a esto que las manifestaciones de ira en los pacientes en ocasiones pueden estar relacionadas con otras etapas de su vida y hacia otros objetos, incluso después de un diagnóstico de enfermedad terminal el paciente se encuentra frente a todas sus frustraciones y fracasos.

Aceptar la irracionalidad del paciente, sabiendo que el alivio que experimenta al manifestar ira, le ayudará a aceptar sus últimas horas. Esto se

¹⁰ Kübler-Ross E. (1993) La muerte y los moribundos. Ediciones Grijalbo S.A. Barcelona. 4ª. Edición

logrará solo cuando el terapeuta haya afrontado sus propios temores con respecto a la muerte.

Tercera fase: regateo o pacto

El paciente desahuciado por experiencias pasadas, considera que existe una ligera posibilidad de ser recompensado por su buena conducta, lo que conlleva a desear una prolongación de vida o un día sin dolor ni molestias físicas. De acuerdo a las circunstancias hay pacientes que prometen una vida entregada a Dios o al servicio de la iglesia; algunos piensan en donar partes de su cuerpo como aportes a la ciencia con la finalidad de prolongar su vida.

Psicológicamente las promesas podrían estar relacionadas con sentimientos de culpa ocultos, es por ello que el personal no debe pasar por alto este tipo de comentarios. El psicólogo sigue el rastro hasta que el paciente se libere de sus temores irracionales o su deseo de castigo por una culpa excesiva que culmina con el pacto de promesas incumplidas.

Cuarta fase: depresión

La inestabilidad y la ira son reemplazadas por la sensación de pérdida, que es un dolor preparatorio por el que ha de pasar el paciente desahuciado para disponerse a salir de este mundo.

La primera es una depresión reactiva. Al paciente se le da apoyo para evitar que entristezca, puesto que está a punto de perder todas las cosas y personas que quiere. Permitirle expresar su dolor, hará un poco más fácil la aceptación final y agradecerá a quienes permanecen con él en su etapa depresiva.

La segunda es una depresión preparatoria, es silenciosa, tiene lugar como causa de pérdidas inminentes; se le insta al paciente a ver el lado alegre de la vida y los aspectos positivos. El paciente tiene mucho por compartir, necesita comunicación verbal o, en ocasiones, un sentimiento mutuo durante períodos de silencio se hace con la expresión de un gesto. Definitivamente solo los pacientes que han podido superar sus angustias y ansiedades serán capaces de llegar a esta fase.¹¹

Lo que resulta ser más doloroso tanto para pacientes como para la familia es la pérdida de la esperanza.

Las personas compresivas no tendrán ninguna dificultad para descubrir la causa de la depresión y aliviar el sentimiento de culpabilidad o vergüenza que suelen acompañar la depresión.

Quinta fase: Aceptación

Al haber llorado la pérdida inminente contemplara su próximo final con relativa tranquilidad y sentirá la necesidad de dormir que no se trata de un sueño evasivo, ni un periodo de descanso, no es un abandono resignado, desesperanzado; es más bien una necesidad mayor de aumentar las horas de sueño.

Durante esta etapa también la familia necesita ayuda, comprensión y apoyo, debido a las reacciones emocionales provocadas por el familiar desahuciado. La presencia de la familia y amigos es para confirmar la disponibilidad para el paciente, hasta el final; lo que tranquiliza al paciente y lo hace sentir que no está solo.

¹¹ Kübler-Ross E. (1993) La muerte y los moribundos. Ediciones Grijalbo S.A. Barcelona. 4ª. Edición

Existen quienes luchan hasta el final y conservan una esperanza, lo que hace imposible alcanzar la fase de aceptación. Kübler-Ross explica que cuanto más se luche por esquivar la muerte, será más difícil llegar a la fase final de aceptación con paz y dignidad.

Para el terapeuta es necesario ahondar en técnicas de intervención en crisis que han demostrado ser útiles para el manejo de estos casos, de lo cual cabe mencionar la Logoterapia y Terapia Cognitivo-conductual para aliviar la depresión y la ansiedad.

Oblitas cita en su libro a Slaikeu (1996) sugiere que entre las crisis de la vida, existen aquellas que no se relacionan con el proceso natural de maduración, las cuales son circunstanciales como el caso de la enfermedad crónica y terminal.¹²

La persona enferma y su familia deben informarse lo mejor posible en cuanto a la enfermedad, incluyendo el cuidado necesario, el pronóstico general y cualquier otra información.

En la actualidad el SIDA ha llegado a ser una de las enfermedades más temidas, debido a la inadecuada publicidad que se ha manejado en los medios; quienes también promueven campañas de información y prevención.¹³

1.2 Delimitación

La muestra de 10 personas se obtuvo de analizar los diferentes casos que se presentan en Consulta Externa y encamamiento de pacientes diagnosticados

¹² Oblitas L. Psicología de la salud, México, 3ª, edición. Cengage Learning, S.A. de C.V. 2010.

¹³ Cope J. (2004) El arte de buen morir, Editorial mundo hispano, Texas

con VIH/SIDA en el Sanatorio Antituberculoso San Vicente. Durante el trabajo de campo se contó con las clínicas otorgadas al grupo de practicantes de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos que funcionan en el Sanatorio, realizado en los meses de Abril a Agosto de 2012.

La población que integró el estudio estuvo constituida por pacientes de ambos sexos entre las edades de 25 a 60 años que recibieran el diagnóstico positivo de VIH/SIDA en un plazo no mayor a 1 año a partir del 31 de julio.

La investigación se trató sobre los efectos emocionales que se presentan en las personas que reciben el diagnóstico de ser portadoras del VIH/SIDA, las etapas de aceptación de la enfermedad en la que se encontraban y los mecanismos de defensa; así como un análisis del funcionamiento social y análisis general de la información antes mencionada.

II. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Técnicas

Observación:

Se utilizó para recabar datos perceptibles en el estado físico y conducta de los participantes. Durante la entrevista se observaron los signos emocionales de recordar hechos concretos con el diagnóstico y la atención obtenida. En el testimonio se utilizó para recabar expresiones de los momentos vividos por las personas durante el tiempo relatado y signos de los efectos emocionales como el llanto, la ansiedad y la angustia entre otros.

Entrevista:

Fue utilizada como base para crear rapport con los pacientes, recabar información del diagnóstico y atención recibida hasta la actualidad. Contribuyo a observar signos previos de los efectos emocionales que se conservaban por el sujeto y como verificación de coherencia de hechos entre el esa técnica y el testimonio.

2.2 Instrumentos

1. Consentimiento informado:

Fue utilizado como herramienta formal para guardar la confidencialidad de la persona, basado en el principio de autonomía que vela por el derecho de las personas de someterse a un procedimiento solo con aceptación libre y voluntaria, donde se dio a conocer el paciente el propósito de la investigación.

- Aprobación y disposición de participar en el estudio.

2. Testimonio:

Se trata del relato verbal que el paciente expresó de su experiencia, tomando en cuenta el aspecto histórico y subjetivo para cada paciente; también se concretizaron aspectos relevantes de su historia. Para ejecutar este instrumento de estableció rapport con el paciente para dar paso al relato; permitiendo así que se omitieran menos detalles durante el discurso.

- Expresión de emociones
- Efectos emocionales
- Prejuicios
- Reacciones emocionales

- Mecanismos de defensa
- Cambios percibidos
- Relaciones personales actuales
- Etapa actual del proceso de aceptación
- Concepción del futuro
- Estado emocional actual

III. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Características del lugar y de la población

3.1.1 Características del lugar

El Sanatorio Antituberculoso San Vicente es una institución gubernamental especializada en enfermedades de las vías respiratorias y dedicada al tratamiento de la tuberculosis. Se encuentra ubicado en la colonia la Verbena zona 7 de la Ciudad Capital. Cuenta con los servicios de Emergencia, Consulta Externa, Medicina, Cirugía, Terapia Respiratoria, Unidad de Cuidados Intensivos, Aislamiento, Neumología, Psicología, Odontología y Área Multidrogo-resistente. Se atiende a toda la población que presentan alteraciones respiratorias y de cualquier tipo de Tuberculosis combinada con enfermedades tales como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y VIH.

Actualmente el Sanatorio no cuenta con un departamento especializado para el diagnóstico de VIH/SIDA, por lo cual los pacientes son generalmente diagnosticados en el Hospital Roosevelt, el Hospital General San Juan de Dios, Centros de Salud, Hospitales Privados, Hospitales Regionales del sistema nacional, debido a que se pone en riesgo de contagio de tuberculosis a aquellas personas con compromiso inmunológico.

Características de la población

La mayoría de la población que se atiende en el Sanatorio Antituberculoso San Vicente es de escasos recursos. A pesar de la distancia, el hospital atiende personas de todo el país que son referidos por los centros de salud. Una gran mayoría son personas trabajadoras del campo, analfabetas

Según los datos obtenidos resaltan que las fuentes de contagio de VIH/SIDA han sido por prostitución, por promiscuidad, por su misma pareja conyugal, sin embargo hay quienes desconocen la información en relación al VIH/SIDA, partiendo de su bajo nivel educativo, la cultura tabú en relación a hablar de este tema.

Las personas sujeto de la muestra tienen tuberculosis y algunos ya traen el diagnóstico VIH/SIDA y a otros se les envía a que se los practiquen en el Hospital Roosevelt, ya que la tuberculosis se desarrolla por la baja de defensas

Durante el tiempo que transcurre entre el momento en que se toma la muestra de sangre y el día que obtienen el diagnóstico VIH positivo, los pacientes se autoevalúan en relación al estilo de vida que han desarrollado, con ello se forman expectativas de qué esperar en sus resultados; sin embargo, todos desean tener un diagnóstico negativo.

Desde la espera del resultado de la prueba de sangre se genera en el paciente una carga emocional de ansiedad, miedo y angustia, ante la incertidumbre. Posterior a que el paciente recibe el diagnóstico positivo de VIH/SIDA surgen conflictos internos que van desde sentimientos de culpa, cólera, tristeza, negación, ira, ideas e intentos suicidas.

Con todo lo anterior, las relaciones interpersonales del paciente se ven afectadas. Primero, se altera la relación consigo mismo, al sentir culpa por sus acciones, provocando baja autoestima, pasando por estados depresivos, hasta llegar a perder el sentido de vida. En algunos casos y en medio de ese conflicto emocional el paciente lo único que busca en una forma de escapar de su realidad teniendo ideas e intentos suicidas pero fallan.

La relación con el contexto empieza a mermar cuando el paciente adopta la actitud de aislarse para evitar ser juzgado y criticado. Debido a las ideas erróneas de la población en relación al tema, el VIH/SIDA aún se considera un tema tabú, que no es más que una realidad a la cual se enfrentan miles de personas diariamente.

El paciente debe cambiar rotundamente su estilo de vida, haciéndose consciente de su situación, lo que le lleva un largo proceso para llegar a la aceptación. Mientras tanto, activa una serie de mecanismos de defensa de manera inconsciente, para enfrentar paulatinamente cada una de las etapas del proceso; no existe un orden concreto en estas etapas, es el paciente mismo que va experimentando avances y retrocesos.

3.2 Presentación de Resultados

3.2.1 Matrices Individuales

G. C.

Etapa de Aceptación	Efectos Emocionales	Mecanismos de Defensa
	<p>Curiosidad para realizarse la prueba de VIH.</p> <p>Sintió miedo antes de hacerse la prueba y también durante la espera de un nuevo examen.</p> <p>Terror, al ver los efectos avanzados en otros (hoyos).</p> <p>Ansiedad: por imaginarse que los signos de otros pacientes los tendría ella.</p> <p>Llanto al recordar y relatar su historia</p>	<p>Negación: al recibir el resultado positivo. Dijo que habían confundido los exámenes.</p> <p>Humor: ríe al recibir el diagnóstico.</p> <p>Bloqueo: al escuchar el diagnóstico de ser positiva en VIH y se desmayó.</p>

<p>Negación: al recibir el diagnóstico.</p>	<p>Sintió que la cabeza le daba vuelta al recibir el diagnóstico y se desmayó.</p> <p>En la clínica se aterrorizo.</p> <p>Síntomas de estrés postraumático.</p> <p>Tiembla durante cuando relata en momento de recibir el diagnóstico.</p> <p>Angustia: sintió la necesidad de aire, sensación de ahogo.</p> <p>Al día siguiente de recibir la noticia, refiere que lo sucedido</p>	<p>Identificación con la paciente de los úlceras en las piernas.</p> <p>Disociación: al salir de la clínica, no quería saber nada de nada y no sabía nada.</p> <p>Sentía que caminaba en el aire y el cuerpo no pesaba.</p> <p>Desplazamiento: tira la puerta al recordar que todo es real. Culpa a su madre por haberle recordado y hacerle ver que era una realidad.</p>
---	---	--

Negación	fue un sueño. Por tres días pensó que era un sueño.	
Ira	Temor al confirmar su situación actual de diagnóstico.	
Depresión	Se sintió furiosa, llora y se aísla. Insulta a otras personas.	
Ira: contra sí misma.	Por quince días se aisló, no salió de su cuarto, no comía.	
Depresión:	Ideas de suicidio. Sintió la agonía de la muerte, por intento suicida. Sentimiento de angustia mientras permanecía colgado.	Evasión: al volverse alcohólica. Para

	<p>Ingirió pastillas para suicidarse.</p> <p>Sentimiento de culpa por intentarse suicidar.</p> <p>Se pregunta ¿Por qué? A ella.</p> <p>Empieza a beber, conducta pasivo agresivo.</p> <p>Durante el alcoholismo. Buscaba la autodestrucción.</p>	<p>no sentir nada, no pensar en nada.</p> <p>Desplazamiento de ira contra las personas que estaban cerca.</p>
Proceso de aceptación	<p>Vive en el presente, no se plantea futuro.</p> <p>Cambio de estilo de vida para cuidarse, se lamenta de ello.</p> <p>Obvia pensar en los momentos en que su enfermedad sea grave.</p>	<p>Humor: sonrío, por haber dejado de tomar los antiretrovirales.</p>
Negación		

<p>Regateo.</p> <p>Aceptación</p>	<p>Al dejar de tomar lo antiretrovirales por una semana.</p> <p>Quiere su vida, se va a cuidar, se tomara los antiretrovirales, para poder vivir.</p> <p>Ahora es feliz por tener la vida. Vive en un aquí y ahora.</p>	<p>Altruismo; está ayudando a los que les hacía daño</p>
<p>Negación al recibir los resultados de su primera prueba.</p>	<p>Curiosidad, tenía dudas de su salud por los síntomas que padeció su esposo al morir.</p> <p>Pensó que era mentira y quería otra opinión.</p> <p>Angustiada,</p>	<p>Identificación con los pacientes portadores de VIH/SIDA y como ellos iban muriendo</p>

<p>Negación por su diagnóstico.</p>	<p>consideraba que si resultaba positiva, se iba a morir rápido.</p> <p>Desmayo al recibir el diagnóstico.</p> <p>Llanto, porque no creía que ella fuera portadora del VIH/SIDA.</p> <p>Se sintió extraño al salir del hospital, como si su cuerpo estaba en el aire.</p> <p>Aislamiento, no quería ver a nadie.</p> <p>Miedo, hasta mirarse al espejo.</p>	<p>Bloqueo: al escuchar el diagnóstico de ser positiva</p>
<p>Ira, contra los demás</p>	<p>Idea homicida, pensó en matar a su hija pero, luego descartó la idea.</p>	<p>Evasión al tratar de suicidarse.</p>
<p>Ira, contra sí</p>	<p>Idea e intentos</p>	

<p>misma</p>	<p>suicidas.</p> <p>Se siente apoyada por los psicólogos.</p> <p>Siente miedo de que alguien más la lastime.</p> <p>Siente vergüenza, porque la gente habla sin saber de las cosas.</p> <p>Ayudar a su hija.</p> <p>Ayudar a psicólogos.</p>
<p>Elementos Concordantes</p>	<p>Negación Ira Aceptación</p> <p>Curiosidad Miedo Llanto Angustia Ideas suicidas y ejecución de las mismas.</p> <p>Bloqueo Evasión</p>

Ver Anexos

3.3 Análisis

3.3.1 Matriz General

	Etapa de Proceso de Aceptación Actual	Efectos Emocionales	Mecanismos de Defensa
T e s t i m o n i o	<p>La mayoría de pacientes se encuentran con fluctuación del estado de ánimo depresivo en el proceso de aceptación, esto se refiere a que hay momentos en los que la persona se siente triste pero no de forma permanente.</p> <p>Cada paciente ha utilizado las etapas de acuerdo a sus necesidades personales, no existió un orden correlativo en el uso de las mismas.</p> <p>Existen quienes hacen uso de las etapas como la negación, regateo, ira y depresión de forma alternativa manifestando avances y retrocesos para el lograr la aceptación</p>	<p>Los pacientes al ser diagnosticados con VIH/SIDA experimentaron signos de tristeza a través del llanto o expresándolo abiertamente.</p> <p>El miedo a la muerte fue bastante notorio, ya que los pacientes lo manifestaban esporádicamente mientras expresan su relato.</p> <p>La ansiedad es una manifestación de los temores y preocupaciones que le acarrea dificultades.</p> <p>La culpa y la cólera fueron factores repetitivos que expresaban contra sí mismo al conocer su diagnóstico y que permanecieron meses después.</p> <p>Las ideas suicidas no fueron</p>	<p>Intelectualización se eligió en su mayoría en conjunto con la racionalización, sin embargo pocos casos se encontraron que el mecanismo se utilizó solo, cuando el nivel de introspección no era profundo, como por ejemplo en personas con bajo nivel educativo.</p> <p>La racionalización es utilizada para disminuir los efectos emocionales, pues se encontró que los pacientes que utilizaron este mecanismo de defensa presentaban menor número e intensidad de emociones aversivas. Otras personas racionalizaron su estado después de asistir a sesiones con psicólogos y talleres donde recibían información sobre el VIH.</p> <p>Aquellas personas que utilizaron la formación reactiva crearon conductas como un estricto régimen de seguir el tratamiento y especificaciones de los médicos.</p> <p>El humor fue utilizado en tres casos cuando se hablaba de la condición del sujeto y referente a la infección, para minimizar la</p>

		<p>recurrentes pero se presentaron en tres casos, como forma de control sobre su vida.</p> <p>Varios pacientes hablaron en relación a la vergüenza social que les producía el ser portadores del virus; junto a la incertidumbre sobre el futuro, provocaron angustia constante en las personas.</p> <p>Las conductas obsesivas se vuelven actividades rutinarias para los pacientes ya que se revisan diariamente el cuerpo por temor a encontrar signos que denoten avance en la infección. Estas conductas se vuelven desesperantes.</p> <p>Después de la expresión de varios efectos emocionales el paciente empieza a tomar conciencia de sus actos y empieza a arrepentirse de hechos pasados.</p> <p>El paciente se auto compadecerse y</p>	<p>gravedad del estado de salud</p> <p>La proyección es utilizada por los pacientes expresando ideas que asumirían otras personas.</p> <p>La justificación fue utilizada como forma de controlar la ansiedad producida por las consecuencias de sus actos, estas personas también utilizaron otros mecanismos como la racionalización e intelectualización.</p> <p>Los pacientes reflejaron el uso del desplazamiento durante los primeros meses de haber recibido el diagnóstico y para ello utilizaron a figuras como los médicos que les informaron y las personas que los contagiaron.</p> <p>Se encontraron tres casos en los que las personas evitaban mencionar el nombre VIH, omitiéndolo para disminuir la ansiedad provocada por confirmarse que son portadores.</p> <p>Los pacientes utilizan el altruismo como mecanismo de defensa en el proceso de aceptación como medida final de control para evitar el daño que perciben en sí mismos.</p> <p>Se encontró que solo una persona utilizo el bloqueo como mecanismo de defensa puesto que la mayoría de</p>
--	--	--	---

		<p>minusvalora, recurriendo a la necesidad de afecto porque la autoestima es afectada por consecuencia del diagnóstico.</p> <p>Únicamente un caso en particular en que el paciente refiere sentirse normal ya que por su déficit en el nivel educativo no percibe la magnitud de su problema.</p> <p>Por último algunos expresan sus motivos para seguir adelante, ya que se trata de un largo proceso.</p>	<p>personas tuvo acompañamiento psicológico y comprendieron la razón y consecuencias. En el caso del bloqueo se dio por el desconcierto y la falta de información sobre la infección.</p> <p>La negación no fue utilizada como mecanismo de defensa común a todos los casos. En los casos que se encontró durante el discurso predominaba la percepción de la infección como incapacitante a corto plazo.</p> <p>En un caso se encontró que la persona utilizó la regresión para controlar la ansiedad, buscando la protección de la madre como forma de enfrentar el hecho.</p> <p>Solamente dos personas utilizaron la disociación cuando les fue difícil procesar la información de su diagnóstico y olvidaban momentos de sus vidas que les producen ansiedad.</p>
--	--	---	--

<p>E n t r e v i s t a</p>	<p>Al realizar la entrevista las personas tienden a contestar conforme a reglas sociales, la mayoría delimitan su respuesta a lo general; sin embargo se pudieron percibir efectos emocionales concordantes con el testimonio y variaciones de mayoría en las etapas de aceptación y mecanismos de defensa.</p> <p>Se encontró que la mayoría de pacientes entrevistados reflejaron la etapa de ira, expresada a sus conductas y personas que contribuyeron a su infección.</p> <p>Así mismo se percibieron dos personas con fluctuación del estado de ánimo depresivo en el proceso de aceptación por factores sociales, desinformación o estado físico deteriorado pero que</p>	<p>Se percibió que algunos casos encuentran motivación para seguir adelante en la vida refugiándose en la esperanza que otorgan los medicamentos, la fe, trabajo y descendencia como formas de trascendencia que minimizan el miedo y la ansiedad producida por no poder eliminar la infección.</p> <p>La baja autoestima y la necesidad de apoyo fueron factores en común en las personas que se sentían abandonadas por sus círculos sociales y primarios, estas se refugiaban en conductas viciosas como el consumo de alcohol y el aislamiento.</p> <p>La angustia se presentó en las respuestas en dos casos durante la entrevista en los meses siguientes a conocer el diagnóstico.</p>	<p>La racionalización fue el mecanismo de defensa durante la entrevista reflejo ser utilizado mayormente, debido a que el discurso no suponía tanta profundidad como en el testimonio y la persona podía aliviar la ansiedad producida racionalizando lo expresado.</p> <p>Las personas durante la entrevista demostraron utilizar la evasión como mecanismo de defensa al evitar mencionar el nombre del VIH u otros nombres, sin embargo estaban familiarizados con ellos.</p> <p>Dos casos fueron encontrados en los cuales la persona utilizó la justificación para disminuir los efectos emocionales. La formación reactiva combinada con el altruismo, sirvió para desplazar la ansiedad hacia conductas que estabilizaran su estado emocional y de salud.</p> <p>En menor medida se reflejaron el bloqueo, en el caso donde el paciente no respondió a la pregunta o ignoraba lo que se le cuestionó. El aislamiento dentro del discurso fue utilizado para evitar ser discriminado por la sociedad.</p>
---	---	---	---

<p>comprendían lo relacionado al VIH/SIDA.</p> <p>Otros dos casos se encontraron en la aceptación, puesto que, llevan acompañamiento psicológico y desde su diagnóstico han estado en contacto con la información y cuidados personales.</p> <p>Una persona expresó la negación, no comprendía del todo la información sobre el VIH, minimizaba los efectos en la salud y la efectividad del tratamiento.</p> <p>Por otra parte en la interpretación de dos casos no se encontró dentro del discurso etapas del proceso, la información estaba incompleta por ser la primera vez que se le pedía al paciente este tipo de información.</p>	<p>Dos personas relataron haber concebido ideas suicidas en las semanas siguientes a su diagnóstico como forma final de tener el control sobre sí mismas y su estado de salud.</p> <p>En menor proporción dentro de los resultados se encontraron efectos como la cólera, que fue dirigida a la persona que le contagio el VIH; la culpa de haber infectado a un ser querido; vergüenza por ser portador y minusvalía por el deterioro físico. Estos factores aparecen separados en caso distintos e indican la diferencia entre subjetividad de la persona y factores influyentes en los hechos de la misma.</p>	
--	---	--

Análisis Social:

El ser diagnosticado como portador del VIH creó inestabilidad en el área emocional de las personas, que a su vez se reflejó en su funcionamiento social, razón de ello es que la mayoría de las personas se aislaron de sus grupos sociales secundarios y algunas veces del primario. Intentaron reinstalar la habilidad de relacionarse y el comportamiento adaptativo con el nuevo estado de salud.

Al ser analizados los discursos se encontró que la mitad de ellos sienten vergüenza ante la sociedad por los prejuicios que existen sobre el VIH/SIDA; sin embargo en menor cantidad algunas personas expresaron sufrir de temor al rechazo social por parte de los grupos sociales de su ambiente. Se afirma esto debido a que el mismo número de personas no mencionan en sus relatos a grupos sociales secundarios como parte importante del apoyo necesario o en el futuro que planean, anticipándose al rechazo que pudieran sufrir como se encontró en un caso.

En el aspecto social el apoyo del grupo primario es fundamental para cada persona, durante la investigación reveló que informar a la familia es importante para minimizar efectos emocionales como la tristeza y el aislamiento. En pocos casos la misma familia es la que discrimina al paciente, debido al desconocimiento de la infección, ya que ellos sienten temor de ser contagiados, es por ello que con regularidad los familiares también reciben la asesoría psicológica. La mayoría de las personas recibió apoyo después de que sus seres queridos comprendieran la información sobre la infección. En estas personas que recibieron el diagnóstico y no fueron discriminados por su familia denotan mayor avance en el proceso de aceptación.

Análisis General:

La mayor parte de la muestra manifiesta una reacción inmediata de signos de tristeza que conducen al paciente a la depresión, algunos argumentan que la principal causa de su tristeza se debe a la discriminación que padecen o padecieron incluso en su familia. El efecto progresivo de la tristeza se transforma en enojo por ser discriminados, en cuando se manifiestan las ideas suicidas, agrediendo a sí mismos, posteriormente ese enojo se desplaza a otras personas como la familia o quien los infecto.

El paciente busca la ayuda espiritual para fortalecer su autoestima, la confianza en sí mismo y auto motivarse. Algunos de ellos se inclinan por religiones, siempre con la expectativa de encontrar la ayuda emocional y espiritual que necesitan. Por medio de la autovaloración los pacientes buscan sus motivos para seguir viviendo, se trazan metas a corto o mediano plazo por miedo a no lograr las metas de largo plazo.

Según los análisis individuales de las fichas se identifica que a más uso de mecanismos de defensa, hay disminución de efectos emocionales y viceversa.

Los pacientes tienen dificultad para asumir la responsabilidad de los hechos y mientras tanto buscan culpar a otras personas de sus actos.

A todo paciente se le brinda información acerca del VIH/SIDA, las formas en que actúa el virus, después de cierto tiempo el paciente se hace consciente que las probabilidades de morir son si deja de consumir los antirretrovirales ya que sus niveles de defensa estarían bajos, dando paso a cualquier enfermedad oportunista.

Algunos pacientes son conscientes de que con mayor nivel educativo puede haber un efecto en relación a la infección, podría ser una vía para disminuir los índices de la infección ya que las personas no prestan la atención necesaria a la situación y en algunos casos, del área rural las personas no se dan por enteradas del VIH/SIDA.

Elementos Concordantes	Etapas
	Negación Ira Fluctuación del estado de ánimo depresivo en el proceso de aceptación Aceptación
	Efectos Emocionales
	Cólera Miedo Tristeza Minusvalía Baja autoestima Motivación para seguir adelante Culpa Angustia Ideas Suicidas Vergüenza
	Mecanismos de Defensa
	Justificación Evasión Racionalización Altruismo Formación Reactiva Bloqueo Aislamiento Desplazamiento

3.4 Interpretación de Resultados

La tristeza es el efecto emocional que se evidenció con mayor frecuencia en los discursos de las personas; expresó el desequilibrio emocional que sufrieron, por lo que disminuyeron algunas de sus funciones como actividades sociales para recuperar la estabilidad del sistema emocional.

Algunas de las personas, al momento de la entrevista y el relato de su testimonio revivieron las emociones sentidas al recibir el diagnóstico; manifestaron llanto, semblante de tristeza, su postura corporal fue de decaimiento, se auto recriminaron, se notó tremor y en algunos momentos ansiedad.

El miedo a la muerte fue evidente, ya que los pacientes lo manifestaron espontáneamente mientras expresaron su relato; miedo al rechazo social y familiar, a ser incapaces de formar un núcleo familiar, deterioro físico, expectativa de vida y no poder alcanzar los objetivos que se habían propuesto. Este efecto emocional según se percibe en el discurso es una constante natural como generador de ansiedad.

La culpa y la cólera fueron efectos emocionales repetitivos que expresaron contra sí mismos y contra otras personas de quienes sospechaban les habían transmitido la infección; estas emociones permanecieron presentes algunos meses; los pacientes experimentaron culpa al autoevaluar su estilo de vida o las circunstancias que propiciaron la infección.

La angustia nació por la dificultad que tuvo el paciente para enfrentar su realidad, situación que en la mayoría de los casos no fue prevista, causando incertidumbre y generando el círculo vicioso de la angustia con las ideas repetitivas de su futuro.

Minusvalía se manifestó como parte de la baja autoestima, al observar el deterioro físico y cambios que sucedieron, por lo cual demandan la atención de sus seres queridos en este proceso. Se victimizaron volviéndose dependientes de las atenciones de su grupo familiar.

Ideas Suicidas se manifestaron en cerca de la mitad de la muestra. El diagnóstico marco la vida de las persona. Son de las primeras en manifestarse, ya que al ser diagnosticado el paciente desea alguna forma de tener control sobre su vida.

La vergüenza forma parte de los estereotipos sociales sobre la infección y que no es fácil para el paciente enfrentarse a estos, por lo que prefieren mantener en secreto su diagnóstico.

Se reveló que con ayuda psicológica y apoyo que reciben en las clínicas especializadas en donde les proveen los medicamentos, la mayoría de pacientes desarrolló motivación para seguir adelante en la vida, aspecto que favorece el

estado de salud física y mental, encontrando un sentido de vida por el cual esforzarse.

La mayoría de pacientes presentó fluctuación en el estado de ánimo entre depresivo y avance en el proceso de aceptación; esto se refiere a que hay momentos en los que la persona se siente triste pero no de forma permanente. Las situaciones vividas y el impacto del diagnóstico regresan por lapsos cortos de tiempo.

La ira se expresa contra sí mismos o hacia los demás. Se encontró que regularmente es una etapa que tarda poco tiempo, cuando se tiene ayuda psicológica para estabilizarse emocionalmente.

El proceso de aceptación se mezcla con otras etapas; el paciente hace un esfuerzo por alcanzarla, tratando de mantenerse estable física y emocionalmente. La minoría de pacientes de la muestra lograron llegar y permanecer en la etapa de aceptación, esto dependió de cuánto tiempo había transcurrido a partir del diagnóstico y como ha enfrentado el proceso.

Las personas que aceptan ser portadores del VIH o estar en etapa de SIDA, refirieron encontrar una razón de vida por la cual continuar luchando y sentirse bien. Una de las pacientes adoptó una actitud altruista, ayudando espontáneamente a otras personas, advirtiéndolo y alentando a otras personas a evitar infectarse, aunque no se identificara como portadora del VIH.

En otros casos, la persona recibió su diagnóstico con sorpresa pero no le extrañó completamente por el estilo de vida que llevó anteriormente. Para esta persona fue una consecuencia lógica la aceptación del síndrome.

La negación la expresaron los pacientes en su testimonio y entrevista, relacionada con el reciente conocimiento del diagnóstico positivo para VIH. Algunos de ellos obvian mencionar en sus relatos el término VIH/SIDA. Se puede inferir que conforme el paso de los meses, las personas pueden llegar a comprender la magnitud de su problema.

Se encontró que la mayoría de personas utilizan el aislamiento como forma de estabilizar sus emociones, debido a los sucesos productores de ansiedad que enfrentan. La interacción social al parecer produce mayores niveles de estrés y ansiedad por lo cual la persona abandona dichas interacciones; esto por temor a ser rechazados y discriminados por los prejuicios

que encasillan a las personas portadoras del VIH con estilos de vida que salen de la norma socialmente aceptable.

La racionalización se evidenció como mecanismo para disminuir los efectos emocionales causados por la ansiedad. Se encontró que los pacientes que recurren a este mecanismo presentaron menor número e intensidad de emociones aversivas.

Aquellas personas que utilizaron la formación reactiva crearon conductas obsesivas y contrarias al estilo de vida que habían venido desarrollando, como seguir el tratamiento y las indicaciones médicas con estricto rigor para prolongar su vida.

Los pacientes utilizan el altruismo como mecanismo de defensa en el proceso de aceptación, educando a otras personas en la prevención de la enfermedad para evitarles a los demás atravesar por el dolor emocional, físico y espiritual que les ha tocado a ellos vivir, esta sería una manera de controlar su propia ansiedad ante su impotencia de erradicar la enfermedad en ellos mismos.

Se encontraron casos en los que las personas evitaban mencionar el nombre VIH, omitiéndolo para disminuir la ansiedad provocada por confirmarse que son portadores.

La negación no fue utilizada como mecanismo de defensa común a todos los casos. En los casos que se encontró durante el discurso predominó la percepción de la infección como incapacitante a corto plazo, pero al mismo tiempo racionalizando que si se acepta tener la infección, esta avanzaría más. También surgió la creencia que a pesar de saber que se tiene la enfermedad "Dios" lo va a curar.

El desplazamiento se evidenció en los casos en que el paciente generó cólera hacia el profesional que le hizo saber su diagnóstico positivo, lo cual también orienta a una negación de la aceptación de la enfermedad.

En una minoría de casos el paciente argumentó que su infección no era su responsabilidad sino de alguien más, sin tomar la responsabilidad de su comportamiento, reflejándose como víctimas de los hechos.

Dos personas de la muestra utilizaron el bloqueo para evitar sentir el cúmulo de emociones que conocer su diagnóstico les generó.

Ser diagnosticado como portador del VIH creó inestabilidad en el área emocional y afectiva de las personas, que a su vez se reflejó el detrimento de su funcionamiento social, razón de ello es que la mayoría de las personas se aislaron de sus grupos sociales secundarios y en algunos casos, del primario. Posteriormente, algunos intentaron reinstalar la habilidad de relacionarse y regresar al comportamiento anterior con el nuevo estado de salud. Sin embargo, al conocer su diagnóstico, especialmente su familia, los rechazó por ignorancia del mecanismo de transmisión de la infección, lo cual motivó que las personas se volvieran a alejar.

Al ser analizados los discursos se encontró que la mitad de ellos sienten vergüenza ante la sociedad por los prejuicios que existen acerca del VIH/SIDA; sin embargo, en menor cantidad algunas personas expresaron sufrir de temor al rechazo social por parte de los grupos sociales de su ambiente. Se afirma esto debido a que el mismo número de personas no mencionan en sus relatos a grupos sociales secundarios como parte importante del apoyo necesario, tampoco surgen en el futuro que planean, anticipándose al rechazo que pudieran sufrir.

En el aspecto social el apoyo del grupo primario es fundamental para cada persona. Durante la investigación se reveló que informar a la familia es importante para minimizar efectos emocionales como la tristeza y el aislamiento. En pocos casos la misma familia es la que discrimina al paciente, debido al desconocimiento de la infección, ya que ellos sienten temor de ser infectados, es por ello que con regularidad los familiares también reciben la asesoría psicológica en las clínicas especializadas de otras instituciones. La mayoría de las personas recibió apoyo después de que sus seres queridos comprendieron la información. Las personas que recibieron el diagnóstico y no fueron discriminados por su familia denotan mayor avance en el proceso de aceptación.

A través de la entrevista y el testimonio las personas vivenciaron el momento en que habían recibido el diagnóstico de ser positivos para el VIH/SIDA, esta situación tuvo la doble función catártica pero al mismo tiempo de evocar en ellos los efectos emocionales.

La mayor parte de la muestra manifiesta una reacción inmediata de signos de tristeza que conducen al paciente a la depresión, algunos argumentan que la principal causa de su tristeza se debe a la discriminación que padecen o padecieron incluso de su familia. El efecto progresivo de la tristeza se transforma en enojo y es cuando se agreden a sí mismos y surgen las ideas

suicidas; posteriormente ese enojo se desplaza a otras personas como la familia o quienes pudieran haberlos infectado.

El paciente busca la ayuda espiritual para fortalecer su autoestima, la confianza en sí mismo y auto motivarse. Algunos de ellos se inclinan por religiones, siempre con la expectativa de encontrar la ayuda emocional y espiritual que necesitan. Por medio de la autovaloración, los pacientes buscan motivos para seguir viviendo, se trazan metas a corto o mediano plazo, por miedo a no lograr las metas de largo plazo.

Según los análisis individuales de las matrices se identifica que a más uso de mecanismos de defensa, hay disminución de efectos emocionales y viceversa. Esto debido a que la persona inconscientemente intenta controlar su ansiedad y es cuando surgen los mecanismos de defensa.

Los pacientes tienen dificultad para asumir la responsabilidad de los hechos y mientras tanto buscan culpar a otras personas de las consecuencias de sus actos.

En las clínicas especializadas a todos los pacientes se les brinda información acerca del VIH/SIDA y de cómo actúa el virus. Después de cierto tiempo el paciente se hace consciente que las probabilidades de morir son altas si deja de consumir los antirretrovirales, puesto que sus niveles de células T, encargadas de las defensas, disminuyen considerablemente, dando paso a cualquier enfermedad oportunista.

Las personas manifestaron que si la información llegara a más comunidades del área rural, habría menos casos de infección. Ellos creían que el síndrome solo afectaba a personas homosexuales y trabajadoras del sexo, negando la posibilidad de ser infectados por otras personas que no perteneciera a esos grupos. También entre los casos estudiados una ama de casa fue infectada por el esposo que frecuentaba otras parejas.

En la muestra, el nivel de escolaridad es independiente para haberse infectado; sin embargo, ese mismo nivel de información influye en los efectos emocionales posteriores a recibir el diagnóstico. Se observó que a mayor conocimiento de la enfermedad, las personas desarrollaron mayor número de mecanismos de defensa.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

En base a los resultados obtenidos y el análisis realizado, se concluye que:

- Los efectos emocionales más comunes que presenta una persona diagnosticada con VIH/SIDA dentro del Sanatorio Antituberculoso San Vicente, es tristeza, miedo y angustia.
- El impacto emocional que sucede en un paciente al recibir el diagnóstico positivo de VIH/SIDA, depende de factores como su estilo de vida, condiciones en las que se infectó, la consejería que recibió y el tiempo transcurrido entre los primeros síntomas físicos de la infección.
- Durante la investigación se encontró que a mayor utilización de mecanismos de defensa, se presenta menor manifestación de efectos emocionales en las personas. Esto tiene relación directa con el nivel educativo de la persona y la información que ha recibido de la infección.
- Es importante actuar a tiempo sobre los efectos emocionales, por medio de tratamiento psicológico, lo que permite disminuir los riesgos, brindar herramientas y acciones preventivas para que el sujeto siga siendo funcional en la sociedad, respetando los límites de la condición de salud en la que se encuentra.
- Las ideas suicidas se manifiestan en los primeros meses del diagnóstico en los pacientes portadores de VIH/SIDA, como parte del proceso de aceptación, por lo que es importante que reciban ayuda psicológica desde el momento en que fueron diagnosticados y continuar con el apoyo emocional que todo paciente debe recibir.

- Las etapas de aceptación de la enfermedad encontradas con menor duración fueron la depresión e ira, las cuales disminuyen si la persona se encuentra en tratamiento psicológico dentro del período de un año después de recibir el diagnóstico.
- La angustia se mantiene generalmente en las personas solteras que desearían en un futuro formar una familia.
- Actualmente los portadores de VIH/SIDA aún se aíslan de la sociedad por temor a ser juzgados y criticados; la sociedad guatemalteca se considera moderna, pero aún no alcanza la aceptación para convivir con un paciente positivo.
- La información que los pacientes posean sobre el VIH/SIDA antes de ser sujetos a la prueba diagnóstica es fundamental, para que el paciente identifique los riesgos, consecuencias y dificultades que conlleva la infección.
- El bajo nivel de educación en el país es un índice que influye en la propagación de la infección del VIH/SIDA, teniendo mayor énfasis en las comunidades rurales en donde la información que se conoce es por comentarios erróneos, que en su cultura ponen en riesgo la salud, por lo que las personas no son precavidas.
- El Sanatorio San Vicente proporciona tratamiento para la tuberculosis, en cualquiera de sus manifestaciones, para los pacientes con VIH/SIDA hospitalizados, pero no cuenta con capacidad para diagnosticar y dar seguimiento a personas de consulta externa.

- El Sanatorio Antituberculoso San Vicente no puede tener una clínica especializada de consulta externa únicamente para el diagnóstico y tratamiento de personas inmunocomprometidas, porque estarían en riesgo de contraer tuberculosis, si están expuestos a este ambiente.
- La socialización de la infección con el personal paramédico, se hace necesaria para las personas portadoras del VIH/SIDA y les ayuda evolucionar positivamente en el tratamiento. Por el contrario, si son discriminados, su salud se deteriora.

4.2 Recomendaciones

Según las conclusiones a las que se llegaron en el trabajo se recomienda que:

- El personal que trabaja con pacientes con VIH/SIDA deben ser capacitados para fortalecer sus propias defensas emocionales y así evitar mermar su salud mental.
- Al momento de dar el diagnóstico positivo de VIH/SIDA a la persona, es recomendable que se tome en consideración las características de personalidad del individuo, su nivel de educación y la información que ya posea sobre el síndrome, para prever los posibles efectos emocionales que la noticia le pueda causar.
- Al personal y familiares de un paciente recientemente diagnosticado como portador de VIH/SIDA estar alerta, de estas personas, porque quien habla de tener deseos de morirse, está planificando como hacerlo.
- Referir a tratamiento psicológico continuo a las personas con diagnóstico reciente de VIH/SIDA para que evolucionen positivamente, ya que, si se

encuentran emocionalmente estables, su recuperación física será más rápida.

- Recomendar a las personas portadoras de VIH/SIDA que desean tener hijos informarse con personal médico capacitado que los oriente hacia el procedimiento que deben seguir, para tener hijos sanos.
- Impulsar a los portadores de VIH/SIDA que ya están conscientes de su enfermedad, a difundir su testimonio en diferentes grupos sociales, para ser agentes de cambio en la población.
- Al Sanatorio Antituberculoso San Vicente, cerciorarse que los pacientes efectivamente comprenden la información de ser VIH/SIDA positivos, ya que a la institución acuden pacientes de comunidades rurales, con bajos niveles educativos y socioeconómicos, existiendo pacientes que no prestan la atención debida al diagnóstico. Es necesario que el sujeto tome medidas para conservar su salud y evitar la propagación del virus.
- Al Programa Nacional de VIH/SIDA, establecer programas que difundan mayor información sobre la infección en las comunidades rurales, donde la población presta poca atención a temas de salud, ya que por sus bajos niveles socioeconómicos ponen el primer plano el trabajo, dejando en segundo lugar la salud, generando alteraciones jerárquicas en la priorización de necesidades básicas del ser humano.
- Realizar estudios de parte del Ministerio de Salud y Asistencia Social y el Programa Nacional de VIH/SIDA sobre las necesidades que presenta esta población con respecto a medicamentos y acompañamiento psicológico, para maximizar la efectividad de los tratamientos y minimizar los costos de recaídas.

- Preparar al personal médico y paramédico que va a tener a su cargo personas portadoras de VIH/SIDA, en las relaciones interpersonales apropiadas para contribuir a que los pacientes mantengan estabilidad emocional.

BIBLIOGRAFÍA

Academia Americana de Neurología. **Artículo de neurología**, Vol. 47 no. 5 1247-1253. <http://www.neurology.org/content/47/5/1247.abstract>, 1996

Asociación Psiquiátrica Americana, **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR**. Editorial MASSON Barcelona. 2002

Bleger, José. **Psicología de la conducta**. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1983.

Bucio, Leticia. **Maestría en biología y bioquímica**. Consultado en 5/3/2012 en docencia.izt.uam.mx/lebo/biolcelposg/practicas/westernblot.doc. 2011

Canario, Julio Arturo **Distorsiones cognitivas en personas que viven con VIH**. *Psicología Científica*. Consultado en 3/10/2011 en <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-61-distorsiones-cognitivas-en-personas-que-viven-con-vih.pdf>. 2005

Castellanos, Merna; Aguilar Ana. **“Psicopatología del paciente con VIH/SIDA”** (Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad de San Carlos de Guatemala). 2006

Centro Nacional de Epidemiología. **Boletín No. 1 Estadísticas VIH y VIH avanzado Guatemala enero 1984-diciembre2010**. Consultado en 27/09/2011 en <http://www.osarguatemala.org/userfiles/Boletin%20VIH-VIHavanzado%20enero2011.pdf>. 2010

Coon, Denis, **Psicología**. México D.F. 10ª. International Thomson Editores. 2005

Cope J. **El arte de buen morir**. Editorial Mundo Hispano, Texas. 2004

Costasur. **Glosario de Psicología**. Consultado en 9/3/2012 en <http://psicologia.costasur.com/es/d.html>. 2012

Definición de efeco. Consultado en 5/3/2012 en <http://definicion.de/efecto/>. 2012

Freud Anna. **El yo y los mecanismos de defensa**. Barcelona, Editorial Paidós. 1961

Freud, S. **Inhibición, síntoma y angustia**. CXLVI. Buenos Aires. Editorial Amorrortu. 1926

Galimberti, U. **“Diccionario de psicología”**. Editorial Siglo XXI, México D.F. 2002

García, José Antonio. **Ansiedad**. Consultado en 01/10/2011 en <http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/ansiedad.htm>. 2007

Girón, Ana; Estrada, Sandra. **“Los diferentes grados de depresión observados en pacientes que padecen del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida/SIDA”** (*Tesis de Licenciatura en Psicología*, Universidad de San Carlos de Guatemala). 2002

Gómez Lavín, Carmen. **Aspectos psiquiátricos del SIDA**. Consultado en 30/09/2011 en http://www.vidahumana.org/vidafam/sida/aspectos_sida.html. 2005

INDEPSI. **La angustia.** Consultado en 2/10/2011 en www.indepsi.cl/indepsi/Servicios%20Indepsi/Clinico2.ppt. 2010

Janssen. *Información VIH / SIDA: Síntomas emocionales.* Consultado en 30/09/2011 en http://www.infosida.es/bgdisplay.jhtml?itemname=side_effects_emotional. 2011

Kübler-Ross, Elizabeth. **La muerte y los moribundos.** Barcelona, Ediciones Grijalbo S.A.1996

Oblitas L. **Psicología de la salud,** México D.F, 3ª, edición. Cengage Learning, S.A. de C.V. 2010

National Institute of Mental Health (NIMH) (2011). **Transtorno de Ansiedad Generalizada (GAD).** Consultado en 20/2/2012 en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-generalizada-una-enfermedad-real/trastorno-de-ansiedad-generalizada-una-enfermedad-real.pdf>. 2012

Powel, John. **Momentos de paz.** Bogotá, Editorial Sociedad de San Pablo. 2008

PsicoActiva. **Diccionario de Psicología Online.** Consultado en 9/3/2012 en http://www.psicoactiva.com/diccio/diccio_a.htm. 2011

Sexovida.com. **Trastorno de Ansiedad Generalizada.** Consultado en 20/02/2012 en <http://www.sexovida.com/psiquiatria/tag.htm>. 2012

SitiosArgentina.com. **Descubren que la ansiedad sería provocada por una mutación genética heredada de los padres.** SitiosArgentina.com.ar. Consultado en 01/10/2011 en <http://www.sitiosargentina.com.ar/notas/2008/agosto/origen-ansiedad.htm>. 2008

Sola, Bertha. **¿Qué es la prueba de ELISA?** Consultado en 5/3/2012 en <http://www.esmas.com/salud/enfermedades/infecciosas/334316.html>. 2010

Tratamientoansiedad.com. **Ansiedad.** Consultado en 30/09/2011 en <http://www.tratamientoansiedad.com/ansiedad.html>. 2007

Urrutia, Eugenio. **ANSIEDAD: Diagnostico y Tratamiento.** Consultado en 30/09/2011 en: <http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/mpm/documentos/PSIQUIATRIA/PA/ANSIEDAD.pdf>. 2008

Vels, August. **Agrupación de grafoanalistas consultivos.** España Bol #6 Barcelona http://www.grafoanalisis.com/Mecanismos_de_defensa_Vels.pdf 1995

Vera, Violeta; Estrada, Ariel. **Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnostico y su manejo.** Consultado en 30/09/2011 en <http://bvssida.insp.mx/articulos/4303.pdf>. 2006

ANEXOS

Paciente: A. P.

	Etapas de Aceptación	Efectos Emocionales	Mecanismos de Defensa	Elementos Coherentes
T e s t i m o n i o	Negación, de sus actitudes de riesgo y	Normal debido a la ignorancia que tiene en relación al VIH/SIDA. Continua en su ignorancia Da a entender que en el hospital se siente preso.	Negación, niega haber tenido conductas de riesgo, pero si fue a bares y bebe alcohol. Negación, entra a bares.	ETAPAS Negación EFECTOS Se siente normal porque desconoce la enfermedad. MECANISMO
E n t r e v i s t a	Negación, al no pensar en eso, que no	Tenía dudas después de realizarse la prueba. Desconfianza hacia otras personas por su diagnostico positivo. Tomo su diagnostico como cualquier cosa, no le puso importancia.	Evasión al no ponerle importancia a su diagnostico.	

<p>tenía nada.</p>	<p>Se siente normal porque no conoce la enfermedad.</p> <p>Admirado de saber que su diagnóstico era positivo.</p>	<p>Racionalización, no le pone importancia para no ponerse triste y la tristeza lo va matar.</p> <p>Si muere, esta con Dios y va con Dios.</p>	
<p>Análisis Social:</p> <p>Le informo a su esposa y hermano de su diagnóstico. Tiene amistades con actitudes de riesgo. No hace mención a grupos sociales específicos e importantes para él, solo su familia cercana y compañeros de trabajo.</p>			
<p>Análisis General:</p> <p>Debido a los niveles de ignorancia el paciente no percibe los daños y riesgos de su estado de salud.</p> <p>Sigue los tratamientos médicos por inercia.</p> <p>Se encuentra en etapa de negación, ha tenido información de la infección y no le da mayor importancia.</p>			

Universidad de San Carlos de Guatemala –USAC-
 Escuela de Ciencias Psicológicas
 Centro de Investigación en Psicología CIEPs “Mayra Gutiérrez”
 Proyecto de Investigación: Efectos Emocionales en el adulto que recibe el
 diagnóstico positivo de VIH/SIDA
 Matriz de Análisis de Entrevista y Testimonio

Paciente: L. C.

Etapa de Aceptación	Efectos Emocionales	Mecanismos de Defensa	Elementos Coherentes
T e s t i m o n i o	<p>Sintió miedo, pensó que se iba a morir</p> <p>Sintió que ya no podía...</p> <p>Sintió vergüenza que su mamá lo cargara</p> <p>Se menosprecia por su deterioro físico.</p> <p>Lloro por que la madre lo cargo.</p> <p>Minusvalía</p> <p>Se sintió niño.</p> <p>Necesidad de afecto</p> <p>Actitud positiva, porque está luchando.</p> <p>Se sintió desesperado,</p>	<p>Disociación: Se me olvida lo del VIH.</p> <p>Regresión, por sentirse niño por la necesidad de afecto.</p> <p>Humor, al recordar lo delgado que se encontraba anteriormente. Ahora se ríe de como llevo a estar físicamente.</p> <p>Negación: solo una enfermedad me queda</p>	<p>ETAPAS</p> <p>Negación</p> <p>Ira</p> <p>EFFECTOS</p> <p>Vergüenza</p> <p>Miedo</p> <p>Minusvalía</p> <p>Baja autoestima</p> <p>Llanto</p> <p>Expectativas de vida.</p> <p>MECANISMOS</p>

Regateo de agradecimiento a Dios	con mal carácter.	pero ese se va a ir hasta, primero Dios, si sigo tomando mis medicamentos.
Estuvo depresivo, se sintió con pereza, sin hambre, sin ganas de hacer algo, no se bañaba, se quedaba dormido.	Su estilo de vida cambio de ser activo a sentirse depresivo.	Proyección: si se lo dice a una amistad se pueden sentir mal.
Ira, exigía un porque....	Quería estar solo, que nadie le molestara	Sufre y se siente pobrecito
	Le baja la moral (baja autoestima)	
	Se siente feliz por estarse recuperando.	
	Tiene el apoyo que necesita.	
	Se siente más libre de cuerpo y todo.	
	Lo único que le queda es tomarse el medicamento, fue su decisión	
Negación de aceptar la	Ahora se arrepiente de todo.	

	<p>enfermedad.</p>	<p>A uno le cuesta recuperarse de todo.</p>		
<p>E n t r e v i s t a</p>	<p>Negación, diciendo que habían confundido las pruebas.</p>	<p>Quedó asombrado al saber que debía realizarse una prueba de VIH/SIDA.</p> <p>Sintió miedo de realizarse la prueba.</p> <p>Se sintió apoyado por la madre y un hermano.</p> <p>Pensaba que ya no valía nada por ser una enfermedad incurable y ya no poder ayudar a la mamá.</p> <p>Reconoce su baja autoestima.</p>	<p>Racionalización, haciendo consciencia del estilo de vida que había llevado.</p> <p>Racionalización a reconocer que cometió varios errores.</p>	

<p>Ira, al alegrarle a la mamá al recibir el diagnóstico positivo y también agredir a un Señor al salir del hospital.</p> <p>Sentía ganas de ahorcar a alguien.</p> <p>Ira, porque maltrato al recibir el diagnóstico.</p>	<p>Sintió ganas de llorar.</p> <p>Considera importante alimentarse bien y consumir el medicamento.</p> <p>Tampoco quiere deprimirse.</p> <p>Siente la necesidad de recibir apoyo del alguien siempre.</p> <p>Se plantea expectativas de vida al momento de salir del hospital.</p>		
--	--	--	--

Análisis Social:

Aislamiento social por miedo a la discriminación y rechazo. Vergüenza porque su madre

Universidad de San Carlos de Guatemala –USAC-
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigación en Psicología CIEPs “Mayra Gutiérrez”
Proyecto de Investigación: Efectos Emocionales en el adulto que recibe el
diagnostico positivo de VIH/SIDA

lo cargo y era incapaz de caminar.

Análisis General: Actualmente tiene actitud positiva con deseos de salir adelante, al final de la etapa de depresión. Con momentos de cólera. Se percibe temor al rechazo social.

Al realizar el análisis de las etapas del duelo se encontró que atravesó por regateo, seguido de depresión, ira y por último negación cuando refiere que si Dios quiere se curará.

Universidad de San Carlos de Guatemala –USAC-
 Escuela de Ciencias Psicológicas
 Centro de Investigación en Psicología CIEPs “Mayra Gutiérrez”
 Proyecto de Investigación: Efectos Emocionales en el adulto que recibe el
 diagnóstico positivo de VIH/SIDA
 Matriz de Análisis de Entrevista y Testimonio

Paciente: D.D

	Etapas de Aceptación	Efectos Emocionales	Mecanismos de Defensa	Elementos Coherentes
T e s t i m o n i o	<p>Regateo: ponerme en manos de Dios para que me de los años de vida o meses que quiera.</p> <p>Aceptación: reconoce que su vida es desordenada y guarda esperanza de seguir viviendo más tiempo</p>	<p>Culpa por haber infectado a su esposa</p> <p>Decaimiento y aislamiento social: se aleja de sus amigos y no les dice que padece</p> <p>No cuenta su diagnóstico para evitar prejuicios.</p>	<p>Humor: nunca falta una espina en la sopa (risa)</p> <p>Justificación: todo hombre espera infectarse con VIH</p> <p>Desplazamiento: si los condones se rompen tienden a hacer barbaridades</p> <p>Racionalización: es insólito irse a meter con otras personas que todavía están sanas.</p> <p>Justificación: el hombre que es adicto al sexo no puede vivir sin él</p> <p>Intelectualización: mantenerse en comunicación con los sexólogos para que ellos le den más conocimiento a uno.</p>	<p>ETAPA: Etapa de aceptación</p> <p>EFFECTOS: Culpa</p> <p>MECANISMOS: Justificación Racionalización</p>

	con la medicina			
E n t r e v i s t a	Aceptación: ya estaba consciente de que estaba infectado	Culpa por infectar a su esposa.	Justificación: por la vida que llevaba deplano me tenía que pasar Racionalización: todos esperan que les llegue.	
<p>Análisis Social: Aislamiento social: se aisló de la iglesia, ya no compartía con los amigos. No cuenta su diagnóstico por temor a lo que los demás piensen de él</p>				
<p>Análisis General: Acepta su padecimiento y limitaciones que este conlleva como la reducción del tiempo de vida; confía en que los medicamentos extiendan su estado de salud actual, sigue las instrucciones de los profesionales. Siente culpa por haber infectado a su esposa y se percibe temor a ser discriminado socialmente por su diagnóstico. Se perciben pocos efectos emocionales debido a que utiliza un número mayor de mecanismos de defensa. Paso por la etapa de regateo hacia la aceptación.</p>				

Paciente: E.R.

	Etapas de Aceptación	Efectos Emocionales	Mecanismos de Defensa	Elementos Coherentes
T e s t i m o n i o	Negación	<p>Reacción emocional al recibir el diagnóstico: se le vino todo el mundo abajo.</p> <p>Reconoce su responsabilidad de su estado actual como portador de VIH</p> <p>Desconocimiento del funcionamiento del IGSS provocado por la vergüenza: se quedó sin empleo pero no buscó posibilidades de continuar el tratamiento.</p> <p>Cólera porque la mujer que lo pudo haber infectado no le dijo que era portadora y la responsabiliza por lo</p>	<p>Negación: no busca ayuda, sabiendo que necesita continuar con el tratamiento antirretroviral.</p> <p>Evasión: al no querer acudir al hospital a solicitar medicamento.</p>	<p>ETAPA</p> <p>Aceptación</p> <p>EFFECTOS</p> <p>MECANISMOS</p> <p>Evasión</p>

	<p>Aceptación: después de dars cuenta de lo que le sucedió, ahora da consejos a los demás.</p>	<p>sucedido.</p>		
<p>E n t r e v i s t a</p>		<p>Se sintió mal cuando le dijeron que tenía que practicarse una prueba de VIH/SIDA.</p> <p>Sintió miedo por la prueba.</p> <p>Tenía duda de los resultados por su estilo de vida.</p> <p>Lloró al recibir el diagnóstico de VIH/SIDA</p> <p>Piensa en el cuidado</p>	<p>Evasión, al no querer pensar en los resultados de la prueba.</p> <p>Racionalización, tenía que pensar en cómo salir adelante con ayuda de los medicamentos.</p> <p>Evasión, al pasar 4 días sin tomar el medicamento y se enfermó.</p>	

<p>Aceptación, por medio de la racionalización se permite darle consejos a otros.</p>	<p>personal. Considera importante salir delante de esta enfermedad.</p>		
<p>Análisis Social:Se intuye que el paciente siente vergüenza por haberse infectado y sido infiel. No menciona si su esposa es portadora del VIH y se supone que ella sabe que él tiene SIDA. No refiere otros círculos sociales dentro del discurso.</p>			
<p>Análisis General:El actualmente reconoce el error de no haberse protegido en relaciones extramaritales y haber abandonado el tratamiento por tres meses de antiretrovirales. Ahora aconseja utilizando el altruismo, informando a otros para que no se infecten.</p>			

Paciente: E.L.

	Etapas de Aceptación	Efectos Emocionales	Mecanismos de Defensa	Elementos Coherentes
T e s t i m o n i o		<p>Se quedó atónita cuando recibió el diagnóstico positivo</p> <p>Llanto después del diagnóstico</p> <p>Cólera: insulta al médico.</p> <p>Se sentía destruida, inservible, que no funcionaba para nadie, que no funcionaba en su casa, que hasta sus hijos la veían mal.</p> <p>Miedo de infectar a sus hijos y a otras personas.</p> <p>Tristeza al principio después de su diagnóstico.</p>	<p>Racionalización: decir que ya lo sabía antes de recibir el diagnóstico. Sin embargo, no sabía que era.</p> <p>Desplazamiento: le da cólera que el médico le informe.</p> <p>Formación Reactiva: establece una rutina estricta para tomar los medicamentos después de haber sido descuidada en sus relaciones sexuales.</p>	<p>ETAPA: Proceso de aceptación</p> <p>EFECTO: Momentos esporádicos de tristeza</p> <p>MECANISMO: Formación Reactiva</p> <p>Altruismo</p>
	Ira			

		<p>Cólera: me entro como un carácter violento.</p> <p>Pensamientos de venganza: como me la hicieron me la van a pagar.</p> <p>No se quiere morir</p> <p>Se siente la mujer más dichosa por tener el apoyo de sus hijos.</p> <p>Le está costando negarse a tener relaciones sexo genitales con hombres que conoce porque les pide que usen preservativo y ellos no quieren</p> <p>Le molesta que los hombres insistan en estar con ella y no quiere decirles que tiene VIH para que no la rechacen.</p> <p>No se siente menos que otras personas, su autoestima esta elevada.</p> <p>Llanto, no sabe si de emoción o tristeza al enterarse de que la persona que le dio la información del VIH es portadora sana.</p>		
--	--	--	--	--

	<p>Ira, porque le reclama a Dios porque tiene VIH</p> <p>Proceso de aceptación</p>	<p>Vergüenza de decir que es portadora de VIH.</p> <p>El hecho de ventilar lo que siente, le ayuda, le hace sentir bien.</p> <p>Se siente feliz por el apoyo de sus hijos.</p> <p>No le gusta estar sola.</p> <p>Sienta ansiedad y desesperación por momentos, actualmente.</p> <p>Constantemente está pidiéndole a Dios.</p> <p>Obsesión, todas las mañanas se toca el cuello para detectar si tiene ganglios inflamados.</p>	<p>Altruismo, al tratar de ayudar a otras personas, dando consejo.</p> <p>Intelectualización: la gente ya no le pone tanta importancia a la enfermedad porque la ciencia está avanzando y hay nuevos medicamentos para</p>	
--	--	--	--	--

			combatirlas.	
E n t r e v i s t a	Proceso de aceptación	Se deprime algunas veces pero no constantemente.	Altruismo: aconsejar a las personas de tener cuidado. Formación Reactiva: sigue al pie de la letra lo que le dicen los médicos.	

Análisis Social: Sus hermanas saben su diagnóstico y la apoyan, lloraron con ella y al inicio no podían creerlo pero ellas lo confirmaron y les pidió que no se deprimieran porque ella no se quiere deprimir.

También se lo dijo a 4 de sus 5 hijos y recibió entre lágrimas el apoyo y amor de sus hijos, eso la reconfortó. Los tres mayores ya tienen parejas e hijos.

Análisis General:

Sabe que del SIDA no se muere, pero si puede morir si se deprime y le bajan más las defensas.

Cuestiona si alguna de las molestias que tiene se debe a la menopausia, como los mareos.

Está en defensa de las personas portadores de VIH/SIDA para no sentirse atacada. También en contra de la discriminación.

Mientras haya más educación en relación a la enfermedad las personas van a tener más información, para prevenir.

Considera que las personas con enfermedad sufren por la falta de comprensión de los otros.

Se da permiso de no esforzarse tanto en el trabajo porque sus hijos, por los que siempre

Universidad de San Carlos de Guatemala –USAC-
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigación en Psicología CIEPs “Mayra Gutiérrez”
Proyecto de Investigación: Efectos Emocionales en el adulto que recibe el
diagnostico positivo de VIH/SIDA

lucho ya están grandes.

La paciente expreso en 45 minutos un contenido, bastante extenso de su historia de vida, hablaba rápido lo que denota que estaba ansiosa.

Paciente: H. C.

	Etapas de Aceptación	Efectos Emocionales	Mecanismos de Defensa	Elementos Concordantes
T e s t i m o n i o	<p>Falsa aceptación</p> <p>Ira</p> <p>Aceptación</p>	<p>Fue un golpe muy duro el diagnóstico.</p> <p>Llanto como reacción al diagnóstico.</p> <p>Ideas suicidas al recibir el diagnóstico.</p> <p>Dice aceptar la enfermedad</p> <p>¿Por qué la tengo? Se refiere a su enfermedad.</p>	<p>Racionalización: Está encontrando las razones del por qué y cómo reaccionar frente a otras personas.</p>	<p>ETAPA</p> <p>Aceptación.</p> <p>EFECTO</p> <p>Llanto al recibir el diagnóstico.</p> <p>Fue un golpe duro para su vida.</p> <p>Trata de enfrentar la enfermedad para aferrarse a la vida.</p> <p>MECANISMO</p> <p>Racionalización, en cómo reaccionar o actitudes frente a la enfermedad.</p>
E n t r e v i s t a	<p>Negación al tener la enfermedad.</p>	<p>No pensó en que el podría tener la enfermedad.</p> <p>Se sentía limpio por eso acepto hacerse la prueba.</p>	<p>Evasión, durante la espera de resultados,</p>	

Universidad de San Carlos de Guatemala –USAC-
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigación en Psicología CIEPs “Mayra Gutiérrez”
Proyecto de Investigación: Efectos Emocionales en el adulto que recibe el
diagnostico positivo de VIH/SIDA

Análisis General:

Está tratando de encontrar la razón de su contagio y encuentra que posiblemente fue a través de la jeringa que el enfermero uso para inyectar complejo B donde trabajaba.

Universidad de San Carlos de Guatemala –USAC-
 Escuela de Ciencias Psicológicas
 Centro de Investigación en Psicología CIEPs “Mayra Gutiérrez”
 Proyecto de Investigación: Efectos Emocionales en el adulto que recibe el
 diagnóstico positivo de VIH/SIDA
 Matriz de Análisis de Entrevista y Testimonio

Paciente: J.M.

	Etapa de Aceptación	Efectos Emocionales	Mecanismos de Defensa	Elementos Concordantes
T e s t i m o n i o	<p>Depresión: Uno se siente remalísimo, como si mejor no haber nacido.</p>	<p>Decepción por haber sido discriminado por su familia</p> <p>Miedo: yo no quiero que mis hijos sepan, porque yo pase bien duro por la discriminación.</p> <p>Síntomas depresivos: debido a la discriminación en su familia dice desanimarse y estar de bajón</p> <p>Tristeza: son 3 enfermedades bien duras y claro que lo pone triste a uno.</p>	<p>Formación Reactiva: siempre estuve pendiente de mi medicamento, pendiente, pendiente, pendiente.</p> <p>Evasión: evita decir el nombre del VI</p> <p>Aislamiento: deja a su familia por ser portador.</p> <p>Aislamiento: cuando desarrollo tuberculosis se</p>	<p>EFECTO:</p> <p>Miedo</p> <p>Enojo</p> <p>Tristeza</p>

	<p>Regateo: Hasta que Dios diga, ahí lo que Dios disponga.</p> <p>Proceso de aceptación: pero ahí estoy, me siento bien por días, por días no, pero ahí vamos, haciendo siempre la lucha.</p>	<p>Motivación: le da ánimo a uno tomarse su medicamento porque mis hijos me levantan la moral.</p> <p>Desesperación: entonces te sentís desesperado y a veces <i>pensas</i> que mejor me hubiera muerto.</p>	<p>alejó de sus hijos.</p>	
--	---	--	----------------------------	--

E n t r e v i s t a		<p>Enojo: debido a que le informaron a su familia sin su consentimiento.</p> <p>Miedo: creía que ya me iba a morir.</p> <p>Tristeza: al ser discriminado por su familia</p>	<p>Justificación: uno piensa lo peor siempre.</p>	
<p>Análisis Social: Fue discriminado por su familia, motivo por el que aun está enojado con ellos y decidió vivir solo.</p> <p>Se aísla de sus amigos por miedo a ser discriminado y vergüenza. No les comenta ser portador de VIH.</p>				
<p>Análisis General:La discriminación por parte de su familia le ocasiono síntomas de depresión y enojo hacia los médicos que informaron su diagnóstico sin su consentimiento.</p> <p>El temor al rechazo se reafirmó por las acciones de sus parientes, por lo cual utilizo el aislamiento para estabilizarse emocionalmente.</p> <p>Actualmente se encuentra en proceso de aceptación puesto que a pesar de su situación expresa que debe seguir esforzándose por la vida y sus hijos.</p>				

Paciente: J. F. M.

	Etapas de Aceptación	Efectos Emocionales	Mecanismos de Defensa	Elementos Concordantes
T e s t i m o n i o	<p>Ira: deseaba matar a la personas que lo contagió</p> <p>Regateo: le dije al Señor que si quería que me llevara porque ya no aguantaba este</p>	<p>Llanto al recibir el diagnóstico positivo</p> <p>Ideas suicidas: yo me quería matar</p> <p>Aislamiento: no quería saber nada de nadie</p> <p>Tristeza: amargura</p> <p>Llanto: lloro cuando estaba bajo de defensas.</p>	<p>Aislamiento</p> <p>Desplazamiento: ir a matar a quien lo infecto.</p> <p>Racionalización: las cosas malas que hacia</p> <p>Racionalización: cuesta aceptarlo. Mejor ya no visitar esos lugares. Vivir una vida como Dios quiere que vivamos.</p> <p>Intelectualización: el Señor me va a sanar</p>	<p>ETAPA: Ira</p> <p>EFECTO: Ideación suicida Tristeza</p> <p>MECANISMO: Aislamiento</p>

	<p>sufrimiento. El Señor me va a sanar</p> <p>Falsa aceptación: es por los malos caminos que iba, y Dios me mando esta enfermedad para enseñarme.</p>	<p>Impactado: me tocó a mí, expresado elevando la voz</p> <p>Culpa: cuando nadie más, ni Dios, más que él tuvo la culpa.</p>	<p>Intelectualización: por su propia concupiscencia</p> <p>Racionalización: no le va a hacer a alguien más lo que le hicieron a él. Lo que le pasó, pasó por algo.</p>	
<p>E n t r e v i s t a</p>	<p>Ira: le dijeron a mi familia y me enoje mucho.</p>	<p>Baja autoestima: quería formalizar un hogar pero ya nadie me iba a querer</p>	<p>Aislamiento: quería irme (referencia al hospital)</p>	

	<p>Miedo: era algo que tanto temía</p> <p>Tristeza: muy triste y fue doloroso</p> <p>Ideación suicida después de recibir el diagnostico</p>		
<p>Análisis Social:</p> <p>El paciente se aísla de sus grupos primarios debido a su diagnóstico, durante los discursos menciona escasamente a su familia y personas en específico.</p>			
<p>Análisis General:</p> <p>Se percibe que el paciente se encuentra en la falsa aceptación, porque dice sentirse bien aunque cree que la razón de su estado es un castigo de Dios.</p> <p>Ha evitado lo síntomas de la depresión racionalizando los aspectos referentes a su estado de salud y los orígenes del mismo.</p> <p>El miedo y la tristeza son efectos que predominan, debido a que concuerdan en el testimonio y la entrevista</p> <p>Así mismo la ira se encuentra presente en ambos momentos al relatar los hechos.</p> <p>Demuestra estar aislado de su grupo primario y evitar lo referente a los integrantes del mismo.</p>			

Paciente: M.X.

	Etapas de Aceptación	Efectos Emocionales	Mecanismos de Defensa	Elementos Concordantes
T e s t i m o n i o	Proceso de Adaptación al principio de la hospitalización : ha tenido momentos	<p>Miedo por la pérdida de peso y cambios físicos, antes de hacerse la prueba.</p> <p>Incertidumbre: trata de reafirmarse que va a salir adelante durante el discurso.</p> <p>Minimizar los efectos de la enfermedad: esta enfermedad no lo mata a uno, se puede morir por otra cosa.</p> <p>Arrepentimiento: fuera un hombre de provecho si no hubiera tenido ese libertinaje.</p>	<p>Racionalización: pues yo sé que voy a salir adelante, voy a trabajar y voy a ser alguien en la vida.</p> <p>Justificación: el tomo la decisión de internarse</p> <p>Racionalización: Dios tiene un propósito para mí por lo que me está pasando.</p>	<p>EFEECTO:</p> <p>Miedo</p>

<p>depresivos y momentos buenos cuando es ayudado por sus compañeros de cubículo</p> <p>Regateo: si me porto bien voy a ir al cielo</p> <p>Ira: se preguntó el porqué de estar infectado</p> <p>Regateo: Dios, los doctores me ayudan y me van a dar mis medicinas para estar bien</p>	<p>Despersonaliza el diagnóstico es decir pone distancia al decir: ese diagnóstico.</p> <p>Culpa: le puede pasar algo malo a la madre por conocer su diagnóstico</p> <p>Nivel apropiado de autoestima, no se ha sentido rechazado.</p> <p>Expectativas de recuperarse de la tuberculosis y volver a trabajar, haciendo cambios en su estilo de vida.</p>	<p>Racionalización: no quiere encontrar quien es culpable, uno obtiene lo que se merece.</p>	
--	--	--	--

E n t r e v i s t a		<p>Miedo: desconcierto por no saber qué resultados tendría la prueba.</p> <p>Expectativa: creo que me lo imaginaba, referente al diagnóstico positivo.</p>	<p>Anticipación: ideas sobre ya ser portador de VIH antes de ser diagnosticado.</p> <p>Formación Reactiva: hago todo lo que me dicen los doctores y ya no pruebo el alcohol.</p>	
<p>Análisis Social: Redujo su círculo social al círculo primario. Se apoya en su familia actualmente. No tiene comunicación con amigos.</p>				
<p>Análisis General: Se percibe al paciente en la etapa del regateo, habiendo pasado por la ira y depresión. Se apoya en la religión y su círculo familiar para enfrentar los efectos emocionales.</p> <p>Actualmente se encuentra motivado a seguir los procedimientos necesarios para mejorar el estado de salud.</p>				