

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Sociales

Efectividad de la consejería para pacientes VIH+ en una muestra
de la Clínica Familiar "Luis Ángel García"

Trabajo de Graduación presentado por
Ana Regina Miranda Valverde
para optar al grado académico de Licenciada en Psicología

Guatemala
2005

Efectividad de la consejería para pacientes VIH+ en una muestra
de la Clínica Familiar "Luis Ángel García"


UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Sociales

Efectividad de la consejería para pacientes VIH+ en una muestra
de la Clínica Familiar "Luis Ángel García"

Trabajo de graduación presentado por Ana Regina Miranda Valverde para optar al
grado académico de Licenciada en Psicología


Guatemala
2005

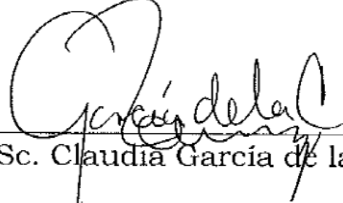
VoBo.:

(f) 
MSc. Claudia García de la Cadena

Tribunal:

(f) 
MA. María del Pilar Grazioso de Rodríguez

(f) 
MA. Claudia Luna de Asturias

(f) 
MSc. Claudia García de la Cadena

Fecha de Aprobación: Guatemala, 31 de enero de 2,005

Fecha de aprobación: Guatemala, 31 de Enero de 2005

AGRADECIMIENTOS

Primero que nada, quiero agradecer a Dios por haberme dado la oportunidad de estudiar y por haberme permitido tener la experiencia de compartir con estas personas tan especiales para mí.

Quiero agradecer también a la Universidad del Valle de Guatemala y al Departamento de Psicología por haberme brindado la oportunidad inicial de conocer acerca del VIH/SIDA en Guatemala. Agradezco de una manera muy especial al Dr. José Toro-Alfonso por haber sido uno de los principales inspiradores de este trabajo a través de compartir toda su experiencia y su calidad humana.

Agradezco a la Clínica Familiar por haberme abierto sus puertas para esta investigación y por los agradables momentos que compartí con todo el equipo de trabajo.

A todas las personas que colaboraron en la elaboración de este trabajo de investigación; a mi esposo Pablo y a mis amigas incondicionales María Mercedes y Gaby por su valioso apoyo.

Adicionalmente quisiera agradecer a mis padres: Dr. Julio César Miranda, Lic. Flor María Valverde de Miranda y a mis hermanas Flor Isabel (Babe) y María Graciela (Tata) por haberme brindado el apoyo necesario en todo momento y por compartir conmigo el proceso de esta investigación.

CONTENIDO

| | Página |
|--------------------------------------|--------|
| Agradecimientos | vi |
| Contenido | vii |
| Lista de cuadros y tablas | viii |
| Lista de gráficas | ix |
| Resumen | x |
| Capítulos | |
| I. Introducción | 1 |
| II. El VIH/SIDA | 5 |
| III. La consejería | 18 |
| IV. Consejería para VIH/SIDA | 24 |
| V. Metodología de la investigación | 38 |
| VI. Resultados de la investigación | 43 |
| VII. Discusión de los resultados | 52 |
| VIII. Conclusiones | 60 |
| IX. Recomendaciones | 63 |
| X. Bibliografía | 65 |
| Anexo 1 | 69 |
| Anexo 2 | 70 |
| Anexo 3 | 71 |

LISTA DE CUADROS Y TABLAS

| | Página |
|---|--------|
| Cuadros | |
| A. ¿Así se transmite? ¡NO! | 10 |
| B. Asesoramiento previo y posterior a la prueba | 27 |
| Tablas | |
| 1. Categorías de transmisión en 1999 | 15 |
| 2. Herramientas de asesoramiento para VIH | 30 |
| 3. Operacionalización de variables | 39 |

LISTA DE GRÁFICAS

| | Página |
|---|--------|
| Gráficas | |
| 1. Distribución geográfica de la epidemia | 15 |
| 2. Rangos de edades | 43 |
| 3. Género | 44 |
| 4. Preferencia sexual | 44 |
| 5. Estado civil | 45 |
| 6. Tiene hijos | 45 |
| 7. Religión | 46 |
| 8. ¿Recuerda si alguien le habló y le explicó sobre VIH antes de hacerse la prueba? | 47 |
| 9. ¿Recuerda si alguien le habló y le explicó el resultado de su prueba? | 47 |
| 10. ¿Recuerda los consejos y las explicaciones que le dieron? | 48 |
| 11. ¿Considera que lo que le platicaron en aquellos días (el día de la prueba y el día del resultado) le ha servido para sobrellevar su enfermedad? | 48 |
| 12. ¿Le hubiera gustado que en las pláticas que le dieron se hubiera profundizado o agregado algún tema? | 49 |
| 13. ¿Siente que el tiempo de la plática fue suficiente? | 50 |
| 14. ¿Usted recomendaría a algún amigo o conocido que se acercara a la Clínica Familiar a resolver sus dudas sobre VIH? | 50 |

RESUMEN

El siguiente trabajo presenta la percepción y efectividad que ha tenido la consejería pre y post prueba en la Clínica Familiar "Luis Ángel García", en una muestra de 200 personas que viven actualmente con VIH/SIDA. Esta clínica es parte del Hospital General San Juan de Dios en la ciudad de Guatemala. Se consideró de gran importancia evaluar si la consejería que actualmente se proporciona está teniendo un efecto positivo en las personas y si éstas consideran que les ha sido de ayuda.

Así mismo, se encuentra incluida una breve revisión de qué es VIH/SIDA, medios de transmisión, etc; una definición de qué es y en qué debe consistir una consejería para posteriormente explicar en qué consiste una consejería para VIH y específicamente en situación de pre y post prueba. También, se hace referencia a la situación actual del VIH en Guatemala.

La predicción del trabajo fue: Los pacientes VIH+ de la Clínica Familiar consideran la consejería recibida al momento de realizarse la prueba en forma diferente según su edad y género. Sin embargo no se comprueba al encontrar un coeficiente de correlación de -0.02 entre la edad y la necesidad de modificar la consejería, y un coeficiente de correlación de -0.06 entre el género y la necesidad de modificaciones.

Se encontró que sigue existiendo una gran necesidad de orientación y educación sexual dentro de la población guatemalteca. Se confirmó que la población que asiste a la Clínica Familiar más afectada está entre los 18 y 35 años, de preferencia sexual heterosexual, de los cuales la mayoría de ellos tiene hijos. El estado civil predominante es casados o bien unidos; lo que pone en mayor riesgo la situación de estos menores.

La muestra estuvo conformada por igual número de mujeres y hombres. Se encontró casi igual número de religión católica y evangélica, encontrando además como

factor interesante el que casi un 25% de la muestra no practica ninguna religión. En términos generales, la muestra se encuentra casi en un 100% satisfecha con la consejería recibida y considera que ha representado ayuda en su caminar en la enfermedad.

I. INTRODUCCIÓN

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es el agente etiológico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Es importante recordar que existe una diferencia entre ser VIH+ y tener SIDA; de la infección a la aparición de síntomas pueden pasar meses y aún años. Las infecciones lentas producen un deterioro cuantitativo y progresivo del sistema inmunológico del infectado hasta desarrollar el SIDA (CIB, 1991).

Como un registro de la evolución de la epidemia en Guatemala de junio de 1984 a abril de 1999, se notificaron 3,058 casos de SIDA, en el sistema de vigilancia pasivo que obliga a reportar todos los casos. Sin embargo, se estima que por la ausencia de notificación existen subregistros superiores al 50% (Proyecto de Acción SIDA de C.A., 2001).

Por la rapidez con la que las personas se están infectando de VIH y desarrollando SIDA, así como la presencia en poblaciones jóvenes, de las cuales sobresale la incidencia en mujeres; es necesario prestar la debida atención a su prevención.

Se encontró que en el 2002, la población más afectada estaba en un rango de edad entre los 18 y 30 años y en su mayoría de estado civil soltero, sin embargo si se hace una sumatoria entre el reporte de las personas casadas y las unidas, el porcentaje es mayor al de los solteros. Además el nivel de escolaridad presentado es mínimo y dentro de las mujeres infectadas, en su mayoría se encontró a amas de casa y con una sola pareja sexual durante su vida; esto indica la necesidad de fomentar la prevención no sólo en las personas solteras de parejas eventuales sino también en las mujeres para quienes su mayor factor de riesgo es estar casadas o unidas.

Muchos estudios han manifestado que la falta de educación sexual y de información sobre el VIH/SIDA y sus formas de prevenirlo, hacen que las personas sean más vulnerables.

La consejería puede definirse como un proceso integral que proporciona una guía de apoyo para las personas, puede ser individual o grupal. Se enfoca especialmente en la ayuda en crisis inmediatas y la prevención en muchas áreas. En la actualidad puede ser especializada en áreas específicas (Gladding, 2004).

Existe una creciente demanda hacia expertos en salud mental que se especialicen en el tratamiento de personas que viven o se ven afectadas por el virus del VIH. Además se estima que la mayoría de los consejeros, en algún momento de su carrera deberán enfrentarse a personas que vivan con esta enfermedad (Britton, 1999).

En este proceso (especialmente en VIH) es necesario que el consejero excluya sus valores, actitudes y opiniones propias para facilitar la aceptación del servicio por parte de quien lo recibe; aunque esto no implica que el consejero evite confrontar actitudes o comportamientos que puedan ser nocivos para la salud de la persona o de los demás. Debe ser abierto y centrado en las necesidades de la persona y ser el usuario quien establezca los objetivos y las pautas de la consejería, con el fin de lograr una mejor comprensión de la situación real del individuo y brindar alternativas útiles (Arango, 1990).

La prevención de enfermedades de este tipo, actualmente se ha visto como una gran necesidad y como labor de los consejeros. Se hace necesario brindar a la población una consejería que sirva para prevenir, resolver dudas y apoyar a toda aquella persona que necesite de estos servicios y ésta es la labor que ha realizado y continua realizando La Clínica Familiar "Luis Ángel García" del Hospital General San Juan de Dios para toda la población guatemalteca; proporcionando una consejería antes de realizarse la prueba (pre-consejería) de VIH y una posterior (post-prueba), que acompañe el resultado (Fuentes, °).

Antes se creía que esta enfermedad sólo afectaba a las parejas de homosexuales, sin embargo, se ha comprobado que el porcentaje de transmisión heterosexual ahora es mayor. Al tener parejas heterosexuales infectándose, el

problema ya no es sólo de dos personas sino existe el riesgo de contagiar verticalmente a futuros hijos.

Por otro lado, las personas que contraen el virus se ven en la difícil situación de ser rechazados por la sociedad e incluso por sus propios familiares. Esto muchas veces los lleva a perder sus trabajos, al aislamiento social y depresiones severas; que a su vez les produce una baja en las defensas del organismo, acelerando el proceso y desarrollo del SIDA.

La idea inicial de realizar este trabajo de investigación, surgió a raíz de la participación dentro de otra investigación en la que tuve la oportunidad de introducirme en el ámbito. Tener el primer contacto con estas personas es un choque bastante fuerte para cualquiera y es una inspiración tratar de buscar la manera de brindar la mejor ayuda posible a quien lo necesita realmente.

¿Por qué es importante evaluar la consejería?

Porque: No existen evaluaciones de la actividad de consejería en VIH en nuestro país. Es importante conocer cómo estamos funcionando, reconocer con qué fortalezas contamos y detectar nuestras necesidades. Existen recursos para mejorar lo que hacemos.

Para qué: Detectando nuestras fortalezas y necesidades, contaremos con información para planificar acciones que mejoren la satisfacción de consejeros y usuarios, la calidad y forma de implementar la consejería (<http://www.consejeriavih.cl/>).

La clasificación según género y rangos de edades podría llegar a demostrar que, existe una necesidad de re-adaptar la consejería según el grupo o bien que la actual es suficientemente efectiva para todos

El objetivo central de esta investigación fue evaluar qué efecto está teniendo la consejería en los pacientes de la clínica, ya que para éstos es muy importante que la consejería represente un recurso informativo, de apoyo moral y psicológico. Como

un objetivo secundario, se espera que esta investigación dé recomendaciones que puedan ser de utilidad para la Clínica Familiar y sus pacientes.

II. EL VIH/SIDA

En la familia *Retroviridae*, dentro del género *Lentivirus*; está clasificado el virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH) que es el agente etiológico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Un Síndrome se puede definir como un conjunto de síntomas y signos derivados de una Inmunodeficiencia que es el debilitamiento del sistema inmunitario que se ha adquirido o contraído por el enfermo durante su vida (no es congénito). La función del sistema inmunitario es defender al organismo de las agresiones que le ocasionan diferentes tipos de microorganismos e impide, a su vez, la proliferación de células malignas (cánceres). Este sistema actúa en todo el cuerpo por medio de un tipo especial de glóbulos blancos, los linfocitos. De estos existen dos grandes grupos: Los linfocitos T atacan directamente a los invasores y los linfocitos B producen unas sustancias que llamamos anticuerpos que son específicas para cada microbio (CIB, 1991).

Es importante recordar que este virus se caracteriza por producir infecciones lentas, por lo que para la aparición de síntomas pueden pasar meses y aún años. Las infecciones lentas producen un deterioro cuantitativo y progresivo del sistema inmunológico del infectado hasta desarrollar el SIDA. Además de existir aún la duda sobre el origen de esta enfermedad (CIB, 1991).

No existe ninguna manifestación clínica que sea característica de la infección VIH o del SIDA y, aunque la presencia de alguna de ellas puede sugerir en un contexto determinado la presencia de la infección, no es posible establecer un diagnóstico clínico de la enfermedad por lo que ésta sólo se puede establecer de un modo definitivo por técnicas de laboratorio. Por medio de ellas es posible detectar al propio virus o algunos de sus componentes, como proteínas y ácidos nucleicos (métodos directos, ya sea mediante cultivo vírico, detección de antígeno viral o la amplificación de una parte del material genético del virus, por ejemplo por PCR (reacción en cadena de la polimerasa), bDNA (ADN ramificado), etc.). Sin embargo la práctica habitual es

detectar los anticuerpos específicos que el organismo produce como respuesta a la presencia del virus (métodos indirectos) y la mayoría de las técnicas empleadas se basan en el enzimoimmunoanálisis (método ELISA o EIA.) para las pruebas masivas de cribado o en los inmunoblots para las pruebas de confirmación. Por lo tanto, en la mayoría de los casos la ceropositividad frente al VIH se detecta a partir de una extracción sanguínea del sujeto con la que se realiza la determinación de anticuerpos anti-VIH por alguna técnica serológica.

Después de la exposición al VIH cerca de la mitad de los pacientes que se infectan desarrollan en las primeras semanas de infección (10-30 días) un cuadro pseudogripal que se conoce como síndrome retroviral agudo y que corresponde a las manifestaciones clínicas de la primoinfección. Aunque después de la infección el primer marcador serológico que se detecta en algunos pacientes es al antígeno p24, algunas semanas después aparecen los anticuerpos responsables de contraatacar al VIH y se pueden detectar por las técnicas de cribado actuales en la mayoría de los pacientes infectados antes de transcurridos tres meses de la exposición al virus. Dentro de los 6 meses de la infección por VIH más del 95% de las personas infectadas presentan seroconversión (paso de seronegatividad a seropositividad) por estas técnicas. Sin embargo, el tiempo que transcurre entre la infección y la detección de la seropositividad, que también se denomina 'periodo ventana', es variable de unos sujetos a otros y también dependiente de la vía de transmisión por la que se ha adquirido el VIH; así se ha visto que los sujetos que se han infectado a partir de la recepción de sangre contaminada por medio de transfusiones pueden tener anticuerpos detectables en la mayoría de los casos en 3-6 semanas, mientras que los sujetos infectados por vía sexual el periodo de seroconversión es algo más largo. En general, las técnicas que son más sensibles para la detección de anticuerpos dirigidos frente al core del VIH se pueden positivizar antes, al igual que las que detectan anticuerpos de la clase IgM, si bien este tipo de anticuerpos no son específicos solamente de la primoinfección y pueden aparecer en etapas posteriores del desarrollo

de la infección. De este modo, los primeros anticuerpos que se suelen positivizar son los anti-p24 y anti-gp160, mientras que el resto de los anticuerpos van apareciendo de modo progresivo en las semanas siguientes. Con el desarrollo de la infección y conforme se acerca la transición a SIDA algunos anticuerpos dejan de ser detectables y en casos excepcionales se ha descrito en adultos la completa negativización (serorreversión) si bien los casos no han sido completamente documentados. También en casos de rápida evolución de la infección se ha observado que los anticuerpos se han desarrollado tardíamente (MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT, 1997).

A. Formas de transmisión del VIH

En la práctica existen tres modos fundamentales de transmisión del VIH: Transmisión sexual, transmisión parenteral por el uso compartido de agujas o jeringuillas, instrumentos contaminados, transfusión sanguínea, etc. y transmisión vertical o de la madre al feto (Pardo,2000).

1. Transmisión sexual (Pardo, 2000). Las relaciones sexuales con penetración vaginal o anal, heterosexuales u homosexuales, pueden transmitir el virus del SIDA. Los contactos oro-genitales (contacto boca-órgano genital) pueden transmitir el VIH si hay lesiones en cualquiera de las dos zonas.

- Todas las prácticas sexuales que favorecen las lesiones y las irritaciones aumentan el riesgo de transmisión.
- Las relaciones anales son las más infecciosas porque son las más traumáticas y la mucosa anal es más frágil que la mucosa vaginal.
- El riesgo de infección aumenta con el número de relaciones sexuales, pero una sola puede ser suficiente. El riesgo de transmisión es mayor en el sentido hombre-mujer que en el contrario, mujer-hombre.
- El riesgo aumenta si la mujer tiene la regla (a causa del flujo de sangre)

Los besos profundos y la masturbación entre la pareja no transmiten el SIDA siempre que no existan lesiones sangrantes que puedan poner en contacto sangre contaminada con lesiones del eventual receptor.

2. Transmisión sanguínea (Pardo, 2000). La transmisión del VIH por la sangre es, en la actualidad, el principal modo de transmisión del SIDA en algunos países de Europa ya que la mayoría de portadores de anticuerpos VIH son UDVP (usuarios de drogas por vía parenteral); sin embargo no es el caso de Guatemala. Las jeringuillas y agujas contaminadas que son compartidas pueden transmitir el VIH; además los objetos que se utilizan para la preparación de la droga también pueden estar contaminados.

La transmisión del VIH por transfusiones o inyecciones de productos derivados de la sangre es en la actualidad prácticamente nula ya que existe la obligatoriedad de detectar anticuerpos anti-VIH en todas las muestras de sangre desde 1.987 y para estos fines sólo se utilizan muestras que son seronegativas.

- Toda persona que piense que ha tenido un comportamiento de riesgo en los últimos meses debe abstenerse de dar sangre u órganos. Los elementos de cuidado corporal (tijeras, hojas de afeitar, cepillo dental, pinzas, etc.) presentan un riesgo teórico de transmisión del VIH ya que pueden entrar en contacto con la sangre. Su empleo exige la limpieza con una solución desinfectante o su calentamiento.

3. Transmisión madre - hijo (vertical). Puede producirse durante el embarazo, a través de la placenta, o en el momento del parto.

- No se aconseja a la mujer seropositiva que quede embarazada.
- Amamantar al recién nacido es una potencial vía de transmisión; por lo tanto también se desaconseja la lactancia materna cuando la madre es seropositiva.

(Pardo, 2000)

Los hallazgos del protocolo ACTG 076 indican que el tratamiento de las embarazadas seropositivas con antirretrovirales reduce el riesgo de transmisión del VIH de la madre al feto. Por lo tanto se aconseja que todas las embarazadas sean informadas y se solicite su consentimiento para realizarle la prueba de detección de anticuerpos anti-VIH.[ACTG: AIDS Clinical Trial Group Protocol / Protocolo de los Grupos de Ensayos Clínicos del SIDA].








4. Otros medios de transmisión. El VIH se ha encontrado en diferentes líquidos corporales como saliva, lágrimas, orina, pero su presencia, quizá por su baja cantidad, no ha permitido constatar que permitan la transmisión del virus del SIDA por lo que los besos, vasos, cucharas, agua, ropa interior, etc. no suponen una fuente de transmisión del VIH. Por lo tanto la saliva, el sudor, las lágrimas y los utensilios sucios no transmiten el virus del SIDA (Pardo, 2000).

Del mismo modo tampoco se transmite por picaduras de mosquitos ni de otros insectos y tampoco es transmitido por los animales domésticos ya que no son portadores del virus (Pardo, 2000).

Cuando se toman precauciones de higiene básica el virus del SIDA no puede transmitirse por las agujas de acupuntura, los instrumentos de cuidados dentales, los utensilios de tatuaje, las perforaciones de las orejas, el instrumental de las barberías y peluquerías o el instrumental médico. Todos ellos deben ser estériles y si es posible de un sólo uso

Existen mucha confusión en cuanto a las formas de transmisión, por lo que es importante prestar atención al siguiente cuadro.

Cuadro A
¿Así se transmite ? ¡ NO !

| | | |
|---|--|-------------------------------------|
|  Apretón de manos |  Besos | En reuniones de amigos |
|  Por la comida | Con los cubiertos | Bebida o café en un bar |
|  Dinero o monedas | Duchas | En piscinas o gimnasios |
|  Aseos | En hospitales o visita del médico | En salas de espectáculos |
|  En lugares de trabajo | En la escuela | Con los contactos cotidianos |
|  En transportes públicos o taxis | Fuente pública | Al abrir puertas |
|  Donando sangre | | |
|  Teléfonos públicos | | |

<http://www.ctv.es/USERS/fpardo/vih2.htm>

5. Relaciones sexuales. La vía más importante de transmisión del VIH en el mundo es la sexual, tanto homosexual como heterosexual. En general, el riesgo de transmisión sexual depende de la prevalencia de la infección en la población sexualmente activa.

Las prácticas homosexuales son las que se asocian con mayor riesgo de padecer la infección sobre todo las relaciones ano-genitales siendo el compañero receptivo el más expuesto. En las prácticas heterosexuales el riesgo es bidireccional pero la probabilidad de transmisión hombre-mujer podría ser hasta 20 veces mayor que la de transmisión mujer-hombre. En todos los casos el riesgo se incrementa cuando se

padece alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS) y cuando existen múltiples parejas.

En la prostitución se suman estos factores y en muchos casos su relación con la drogodependencia. También son comportamientos de riesgo el turismo sexual y las "conquistas" de bares, discotecas, etc.

El riesgo de transmisión sexual decrece cuando:

- Existen prácticas sexuales seguras o teóricamente seguras.
- Se evita la promiscuidad y las relaciones sexuales con desconocidos.
- Se utilizan preservativos de látex.

6. Uso compartido de jeringas. El compartir las agujas o jeringuillas es un comportamiento de riesgo; pero también el virus se puede transmitir por cualquier objeto que se utilice para preparar la droga.

A su vez los usuarios de drogas intravenosas son un factor muy importante en la transmisión heterosexual del SIDA. El uso de cualquier droga puede afectar la capacidad del individuo para tomar medidas de protección aumentando así el riesgo de infección.

7. Algunas situaciones de riesgo (Pardo, 2000).

- Comportamiento de riesgo de la pareja sexual: El compañero sexual del que se ignora su comportamiento sexual pasado o sus hábitos de drogodependencia puede suponer un riesgo de transmisión del VIH. Cuando el compañero sexual tiene o ha tenido comportamientos de riesgo se debería actuar como si fuese capaz de transmitir el virus del SIDA.
- Haber nacido de una madre seropositiva: Un porcentaje variable de niños nacidos de madres seropositivas están infectados por el virus del SIDA (20-50 %). El riesgo es mayor cuanto más deteriorada está la salud de la madre.

- **Recibir sangre o sus derivados:** En esta situación el riesgo es despreciable ya que todas las donaciones son sometidas por ley a pruebas de detección muy fiables. Este riesgo que se sitúa en el orden de 1 por cada 200.000 o 300.000 donaciones. Sin embargo, esta evaluación de la sangre de los donadores es algo que se ha establecido en la actualidad, por lo que no se pueden descartar todos los casos previos a la implementación de la ley.
- **Personal sanitario:** En caso de exposiciones accidentales, el riesgo se puede situar entre el 0 y el 0,75 %. Este riesgo es más bajo cuando se adoptan precauciones universales (todos los días, con todos los pacientes). Las medidas de higiene existentes en los centros sanitarios reducen el riesgo a cifras despreciables.

B. Pruebas de VIH

Aunque no exista cura para el VIH, es importante hacerse la prueba. Si descubre que padece VIH, existen medicamentos que pueden hacer más lento el avance del virus, ayuda a sentirse mejor si tiene problemas de salud relacionados con el VIH, y evitar que contraiga ciertas infecciones. En el caso de las mujeres, si están embarazadas, puede ayudar a evitar pasarle el VIH al bebé. Puede avisarles a sus parejas sexuales si padece VIH y protegerlos para que no se contagien (Women's Health 2003).

Cuando se padece de VIH, el cuerpo va generando anticuerpos (proteínas que combaten enfermedades) para combatirlo. Las pruebas del VIH no buscan el virus, sino que miden (si existieran) los anticuerpos generados a consecuencia de la infección. Existen distintos tipos de pruebas del VIH (Women's Health, 2003):

1. **Sangre.** Esta es la prueba más común. Se extrae sangre para buscar los anticuerpos que su cuerpo genera para combatir el VIH. Los resultados suelen estar disponibles entre unos pocos días y dos semanas.

2. **Orina.** El paciente proporciona una muestra de orina para buscar los anticuerpos en ella. Los resultados suelen estar disponibles en unos pocos días y dos semanas.

3. **Oral (boca).** Se coloca una almohadilla entre su mejilla y su encía por entre dos y cinco minutos. Ésta busca los anticuerpos en los vasos sanguíneos de su mejilla y encía.

4. **Pruebas rápidas.** Estas son pruebas que le dan resultados rápidamente. Existen dos tipos: pruebas de sangre y orales (en la boca). Para la prueba de sangre, se extrae sangre de su dedo, y puede obtener los resultados en 20 a 60 minutos. Para la prueba oral se usa una almohadilla para frotar sus encías. Los resultados están listos en 20 minutos. Las pruebas aprobadas por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA, por sus siglas en inglés) son la Prueba Rápida de Anticuerpo VIH-1 OraQuick, la Prueba Rápida de Anticuerpo VIH OraQuick(R) para uso con fluido oral, la Prueba de Anticuerpo VIH-1Reveal, y el Sistema de Diagnóstico para VIH-1 de Uso Único.

5. **Prueba Home Access.** Usted coloca gotas de sangre de su dedo sobre una tarjeta. Luego envía la tarjeta por correo al laboratorio. Recibe un número que usa para llamar y obtener los resultados. Existe una sola prueba casera aprobada por el FDA: el Sistema de Prueba de VIH-1 Home Access Express. Los resultados tardan de tres a siete días.

Sin embargo para Guatemala únicamente se tiene acceso a las pruebas a través de sangre (las más convencionales), y aunque ya fue aprobada la utilización de la prueba oral, todavía no se encuentra en el mercado.

La prueba de sangre más utilizada es el ELISA, que es una prueba rápida por la que un anticuerpo o antígeno se une a una enzima como medio para detectar una relación entre el anticuerpo y el antígeno (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003332.htm>).

C. El SIDA en Guatemala

El sistema de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud Pública registró y reportó el primer caso de SIDA en Guatemala en junio de 1984, en un hombre de 28 años de edad, guatemalteco proveniente de los Estados Unidos. De manera similar a otros países de la región centroamericana, todos los casos reportados durante los primeros dos años de la epidemia correspondieron a varones homosexuales, residentes en los Estados Unidos y que regresaban a Guatemala en estadios avanzados de la enfermedad. En abril y julio de 1986 se reportaron los primeros dos casos en mujeres guatemaltecas, de 34 y 31 años de edad respectivamente, residentes también en los Estados Unidos y que referían haber recibido transfusiones sanguíneas (Núñez, C 2001).

Como récord de la evolución de la epidemia en Guatemala (de junio de 1984 a abril de 1999), se notificaron 3,058 casos de SIDA, en el sistema de vigilancia pasivo que obliga a reportar todos los casos. Sin embargo, se estima que por la ausencia de notificación existen subregistros superiores al 50% (Proyecto de Acción SIDA de C.A., 2001).

Este problema muchas veces se presenta por el poco conocimiento que se tiene de la obligación de reportar o porque las personas que se someten a estos exámenes se niegan a ser reportadas por el rechazo psico-social que aún prevalece y por las consecuencias socio-económicas directas a los pacientes y sus familiares. Es necesario mejorar el sistema de notificación, tanto para el recuento epidemiológico como para poder dar seguimiento a las personas que han resultado seropositivas. (Proyecto de Acción SIDA de C.A., 2001)

Para el año 1999, las categorías de transmisión predominantes para Guatemala eran la transmisión sexual, transfusiones de sangre, transmisión vertical y algunos otros medios de transmisión como los accidentes nosocomiales (ver Tabla No. 1).

Tabla No. 1 Categorías de transmisión en 1999

| CAUSA | PORCENTAJE |
|-----------------------------|-------------------|
| Transmisión sexual | 93.5% |
| Transfusiones de sangre | 2.35% |
| Transmisión vertical | 4.13% |
| Otros medios de transmisión | 0.02% |

Aunque durante los primeros cuatro años de la epidemia, todos los casos reportados en el sexo masculino provenían de relaciones homosexuales (hombres que tenían sexo con hombres), ahora, existen claros indicativos de que la vía de transmisión heterosexual (hombre : mujer) ha aumentado. Sin embargo, aún no es posible descartar del todo el comportamiento bisexual y el homosexual (Proyecto de Acción SIDA de C.A., 2001).

Gráfica No. 1 Distribución geográfica de la epidemia.

(2) Izabal y Retalhuleu ocupan el segundo lugar con una tasa por arriba de 50 por 100,000 habitantes



(1) El Departamento de Guatemala registra la tasa más alta de SIDA en todo el país. Alrededor de 77 por 100,000 habitantes

Sacatepéquez, Escuintla, Suchitepéquez, Zacapa y Quetzaltenango conforman un tercer grupo con tasas que oscilan entre los 20 y 30 por mil. Huehuetenango, El Quiché, Totonicapán y Alta Verapaz, tienen tasas inferiores a 5 por 100 mil; situación que se cree podría estar relacionada con una vida comunitaria más cerrada. (Proyecto de Acción SIDA de C.A., 2001)

La rapidez con la que las personas se están infectando con VIH y desarrollando SIDA, así como la juventud de la mayoría de estas personas; son razones por las cuales es necesario prestar la debida atención a su prevención.

Se encontró que en el 2002, la población más afectada estaba en un rango de edad entre los 21 y 30 años y en su mayoría de estado civil soltero(a). Además el nivel de escolaridad presentado es mínimo y el porcentaje más alto representa a las amas de casa y con una sola pareja sexual durante su vida; esto indica la necesidad de fomentar la prevención no sólo en las personas solteras de parejas eventuales sino también en las mujeres para quienes su mayor factor de riesgo es estar casadas.

La falta una orientación sexual adecuada para prevenir Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) incluidos el VIH y SIDA, se ha visto como una de las mayores problemáticas de Guatemala; lo que hace que aumente el riesgo en general.

Es necesario tomar medidas de prevención por la rapidez con la que las personas se infectan con el VIH y desarrollan el SIDA y por la relativa juventud de la mayoría de personas que se infectan. Es por esto que la consejería debe ser el apoyo para dar información, orientación y educar en algunos casos; la gran necesidad de que se imparta la consejería a las personas en mayor riesgo debe ser el enfoque principal de ésta rama de la consejería (Fuentes, 2000).

Actualmente se está llevando a cabo el proyecto "Mujeres Embarazadas" en la Clínica Familiar como parte del "Objetivo 3" del Fondo Global; el cual consiste en una medición sobre la cantidad de mujeres embarazadas que resultan positivas de su prueba de VIH y como una forma de control, posterior al parto se le ofrecen víveres

y una evaluación nutricional para el recién nacido. En este proyecto se ha encontrado que aproximadamente tres mujeres embarazadas al mes resultan VIH+; además de confirmar que su causa más común se debe a relaciones sexuales sin protección. «Sin embargo el proyecto lleva sólo 3 meses en funcionamiento, por lo que no se puede asegurar que los resultados de los próximos meses continúen así» (Patricia Alonso, 5 de mayo de 2005).

III. LA CONSEJERÍA

La consejería puede definirse como un proceso integral que proporciona una guía de apoyo para las personas, puede ser individual o grupal. Se enfoca especialmente a la ayuda en crisis inmediatas y la prevención en muchas áreas. En la actualidad puede ser especializada en áreas específicas (Gladding, 2004).

Esta práctica consiste en:

A. **Desarrollo del rapport**

Tanto los consejeros como los psicólogos consideran el rapport como una parte central de su práctica profesional. Los pacientes o cliente tiene que sentir que esa persona tendrá algo importante que decirle.

El establecimiento del rapport es una responsabilidad tanto del candidato como del paciente o cliente. La interacción debe ser de dos vías. Algunas técnicas también utilizadas para facilitar el proceso de establecer el rapport son: el uso del lenguaje, la atención y el sentido del humor, además de la importancia del control del tiempo.

B. **Mantenimiento de los límites profesionales**

La importancia de mantener los límites personales y profesionales y las metas u objetivos creados siempre han sido comentados como uno de los retos más grandes de los consejeros. Muchas veces las resistencias individuales con estos límites de la terapia se hacen muy evidentes.

Las técnicas utilizadas para establecer los límites y el control de emociones no siempre son claras, pero siempre debe envolver el distanciamiento emocional del consejero; situación que no necesariamente es una experiencia fácil.

C. Ambiente seguro y confortable

Muchos de los consejeros, psicólogos y psiquiatras han identificado una cantidad de acciones que podrían relacionarse con crear un ambiente confortable y "seguro". En este tipo de práctica son permitidas algunas situaciones que en otro tipo de centro de salud no son permitidas. Son permitidas todas aquellas cosas que hagan confortable el lugar, como el café y los cigarrillos si eso es lo que se ha elegido durante la entrevista. Además el consejero debe procurar vestirse de una forma cómoda y no llamativa, se ha comprobado que las batas blancas limitan la apertura de los pacientes hacia el consejero.

D. Confidencialidad

Muchos consejeros han discutido sobre algunos problemas evidentes por los cuales es necesario mantener la confidencialidad, además del impacto que la estigmatización que pudiera causar una situación como esta.

La epidemia del VIH/SIDA ha estado marcada por múltiples formas de estigma. Desde los mal llamados grupos de riesgo, el origen del virus y hasta las especulaciones sobre los medios de contagio, el VIH/SIDA ha estado permeado por mitos y creencias falsas. Estos han facilitado el desarrollo de ideas estigmatizantes en torno al virus y a las personas que viven con él (Díaz, Serrano y Toro; 2004).

Es importante reconocer el estigma ya que muchas veces es un factor determinante en la vida de la persona que vive con VIH/SIDA, por lo que debemos partir por definir la palabra estigma. Algunas definiciones son: (a) implica una marca o delimitador corpóreo con significado negativo, (b) que dichas marcas reflejan algún aspecto indeseable de la persona que las posee, y (c) que dicho estigma conlleva implicaciones negativas para la persona que lo padece. De manera general, el estigma también se ha definido como una construcción social asociada a reconocer una diferencia que está basada en una característica o marca y a la subsiguiente desvalorización de la persona que la posee (Díaz, Serrano y Toro; 2004).

E. Brindar una actitud no crítica

En un estudio realizado, alrededor de tres cuartas partes de consejeros han indicado la importancia de tener una posición en la que no se juzgue, aunque esto algunas veces tenga repercusiones específicas en los valores y principios personales y profesionales. Por ejemplo, se debe mantener esta postura aún cuando las conductas o situaciones del paciente sean conductas de riesgo o en contra de nuestros valores.

En este proceso (especialmente en VIH) es necesario que el consejero excluya sus valores, actitudes y opiniones propias para facilitar la aceptación del servicio por parte de quien lo recibe; aunque esto no implica que el consejero evite confrontar actitudes o comportamientos que puedan ser nocivos para la salud de la persona o de los demás. Debe ser abierto y centrado en las necesidades de la persona y ser el usuario quien establezca los objetivos y las pautas de la consejería, con el fin de lograr una mejor comprensión de la situación real del individuo y brindar alternativas útiles (Arango, 1990).

F. Determinación personal

Aunque generalmente las sesiones de consejería tienen una meta específica, es muy importante que el consejero mantenga una postura tranquila, pero a la vez firme y logre mantener su búsqueda enfocada en las metas planteadas al inicio de la sesión.

G. Formación del consejero

La personalidad del consejero muchas veces es un ingrediente indispensable en el proceso de consejería. Los consejeros deben tener cualidades personales como madurez, empatía y armonía; deben ser altruistas en espíritu y con tolerancia hacia la frustración (Gladding, 2004).

Algunas de las cualidades positivas que debe tener una persona que esté pensando en ser un consejero exitoso son:

- Ser curioso e inquisitivo: interés natural por las personas.
- Habilidad de escucha: habilidad de escuchar interesadamente.
- Comodidad con la conversación: disfrutar de intercambios verbales.
- Empatía y entendimiento: habilidad de ponerse en la situación de alguien más, aún si esta persona es del sexo opuesto o de otra cultura.
- Completa interiorización emocional: capacidad de manejar sentimientos internos desde la ira hasta la felicidad.
- Introspección: habilidad de ver o sentir interiormente.
- Abstinencia personal: capacidad de dejar de lado necesidades personales para escuchar y cuidar de las necesidades de los demás primero.
- Tolerancia a la privacidad: habilidad de mantener cerradas las puertas hacia emociones personales.
- Comodidad hacia el poder: ha aceptación del poder con cierta objetividad.
- Habilidad de afrontarse positivamente: capacidad de ver las cosas desde la mejor característica y con sentido del humor.

Los consejeros efectivos también son personas que han logrado integrar exitosamente el conocimiento científico y las habilidades dentro de sus vidas. Es decir que han encontrado un balance entre lo interpersonal y las competencias técnicas. Las competencias que debe tener un consejero exitoso (adicionales a las arriba mencionadas) incluyen: la competencia intelectual, energía, flexibilidad, soporte, buena intención y conocimiento de sí mismo (Gladding, 2004).

El rol del consejero deberá continuar evolucionando según vayan apareciendo las necesidades. Actualmente la consejería se ha ligado a las pruebas de VIH, en su función de pre y post prueba, se ha establecido como tratamiento junto con los antivirales (medicamentos), adquiriendo un mismo nivel de importancia. Las nuevas tecnologías de pruebas rápidas han presentado una nueva demanda y nuevos retos en

la modificación de la consejería para una mejor práctica. Las prácticas de consejería más efectivas deben ser las más flexibles y ajustarse a las necesidades específicas de la población afectada por la epidemia.

Es importante que todo consejero pueda tener una supervisión adecuada. Existen ocho situaciones esenciales que deben ser supervisadas:

1. Las competencias que tenga el consejero
2. Conciencia de emociones propias
3. Autonomía
4. Identidad
5. Respeto por las diferencias individuales
6. Propósito y dirección
7. Motivación personal
8. Ética profesional

Los supervisores y los consejeros deben estar preparados para todos los retos y situaciones a los que puedan enfrentarse en cualquier localidad y bajo diversas situaciones (Werth, 1996).

Un factor clave también es que el consejero sea capaz de hacerse una evaluación constante de: qué tan cómodo se está sintiendo, la disposición que tiene hacia su trabajo, los conocimientos específicos necesarios y las habilidades para poner en práctica los conocimientos (Britton, 1999).

La prevención de enfermedades de este tipo, incluyendo los múltiples factores sociales que encierra, se ha visto como una gran necesidad y como labor de los consejeros. Se hace necesario brindar a la población una consejería que sirva para prevenir, resolver dudas y apoyar a toda aquella persona que necesite de estos servicios y ésta es la labor que ha realizado y continua realizando La Clínica Familiar "Luis Ángel García" del Hospital General San Juan de Dios para toda la población guatemalteca; proporcionando una consejería antes de realizarse la prueba (pre-

consejería) de VIH y una posterior (post-prueba), que acompañe el resultado (Fuentes, 2000).

Además como una nueva opción para estas personas, se han desarrollado (también como parte de las actividades de la Clínica Familiar) grupos de apoyo psicológico dirigidos por las psicólogas de la Clínica. Proyecto que actualmente lleva un año y cinco meses desarrollándose (Patricia Alonso, 5 de mayo de 2005).

IV. CONSEJERÍA PARA VIH/SIDA

La realización de pruebas de VIH y la consejería se han convertido en un componente primordial en la prevención y tratamiento de la epidemia desde 1980 en los países más desarrollados, sin embargo, en Guatemala no fue sino hasta 1991 cuando la Clínica Familiar abrió sus puertas al público para brindar este servicio.

Previo a la intervención de la Clínica Familiar, no existen registros de que alguna Institución independiente prestara el servicio de consejería (según informó César Castillo, 5 de mayo de 2005). Fue a partir de 1991 cuando se iniciaron todos los programas de prevención de VIH/SIDA en Guatemala; el primer programa se desarrolló enfocado a las mujeres trabajadoras del sexo. (César Castillo, 5 de mayo de 2005)

Algunos consejeros, como una variante de la profesión, se dedican a proveer estos servicios a personas con HIV/SIDA. El VIH se considera como una enfermedad crónica y las personas con SIDA están clasificadas como personas discapacitadas. Un gran porcentaje de las personas que son VIH positivo o tienen SIDA están ya socialmente estigmatizados, así que los consejeros deben primero examinar sus propias actitudes y sentimientos antes de tomar la decisión de trabajar con esta población. Su trabajo consiste en asistir a las personas para que aprendan a manejar sus problemas psicosociales, así como mantener el significado de la calidad de vida, adaptación a posibles pérdidas de funciones y el confrontamiento con problemas existenciales o espirituales. El consejero debe ayudar a las personas a hacerle frente a estas emociones de la mejor manera posible. Adicionalmente, debe colaborar en preparar a la personas para su tratamiento y la posibilidad de lidiar con la muerte (Gladding, 2004).

El consejero que trabaja con personas que viven o se ven afectadas de alguna forma por el VIH/SIDA, debe tomar en cuenta, para facilitar la interacción con esta persona, el estigma de la enfermedad, las pérdidas por las que probablemente

atraviesa o atravesará, el estado económico en el que se encuentra, el miedo, la culpa, la desesperanza, posibles pensamientos suicidas y la dependencia a los medicamentos (Britton, 1999)

Se ha comprobado que la naturaleza de la consejería puede variar de la pre-prueba a la post-prueba, siendo una de las actividades de la consejería consideradas como educativas con enfoque preventivo más que como un tratamiento como tal. La consejería preventiva se enfoca básicamente en tres dimensiones: disseminación de información, habilidades de entrenamiento o preparación y consejería ecológica (Tallmer, 1991).

Inicialmente, con una limitación de opciones de tratamiento, la prueba se veía básicamente como una forma de detección de transmisores de la infección, además la educación preventiva como la enseñanza para reconocer a aquellos individuos que pudieran estar infectados o que tuvieran conductas de riesgo (Tallmer, 1991).

La evolución de las pruebas de VIH y la consejería, se han establecido dentro de diferentes políticas y prácticas como coexistentes, de hecho en algunos países industrializados como Estados Unidos, las pruebas de HIV van de la mano con las explicaciones respectivas de virus y las formas de prevención (Tallmer, 1991).

La estigmatización hacia las personas con SIDA se asoció con la alta proporción de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) que la padecían. Posteriormente cuando la epidemia fue involucrando mujeres, la estigmatización se amplió a las trabajadoras comerciales del sexo, a quienes les vio como puente lógico entre sus clientes y las compañeras sexuales de estos. Este patrón de progresión de la infección fue apropiado para describir el inicio de la epidemia, dada la alta vulnerabilidad al VIH que presentaban estos grupos. Se ha podido demostrar a través de innumerables experiencias alrededor del mundo, que una vez que estos grupos tienen acceso a la educación adecuada y los métodos de protección, la incidencia de VIH se reduce drásticamente. En Guatemala existen algunos programas ejecutados por organizaciones civiles dirigidos a informar y educar las poblaciones de hombres que

tienen sexo con hombres (HSH) y trabajadoras comerciales del sexo (TCS) sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH (Núñez, C. 2001).

A. Prevención de VIH (Tallmer, 1991)

Existen cinco tareas específicas enfocadas específicamente a la prevención del VIH, las cuales se han desarrollado como respuesta a la demanda de las poblaciones afectadas:

- *Proporcionar información y educación sobre las conductas de riesgo para contraer VIH:* La mayoría de los consejeros enfatizan la importancia de impartir información y educación sobre cómo reducir el riesgo de contraer VIH.
- *El asesoramiento individual de los factores de riesgo:* Se debe prestar especial atención a las formas de asesorar individualmente a las personas específicamente, procurando entender el contexto de cada situación.
- *Informar que la entrega de resultados es personal:* Enfatizar que la información de los resultados (ya sean positivos o negativos) se dan personalmente a diferencia de cualquier otra prueba. En el caso de las personas anónimas, deberán recibir un número con el cual sea identificado para obtener su resultado.
- *Proveer información sobre otros servicios y referencias específicas:* Si las personas que realizan la prueba y la consejería sienten que el sujeto necesita ayuda extra sobre situaciones de riesgo, el consejero deberá proveerle de la información y referencias de los servicios a los cuales puede acudir, incluyendo servicio social, servicio de apoyo emocional y albergues comunitarios.

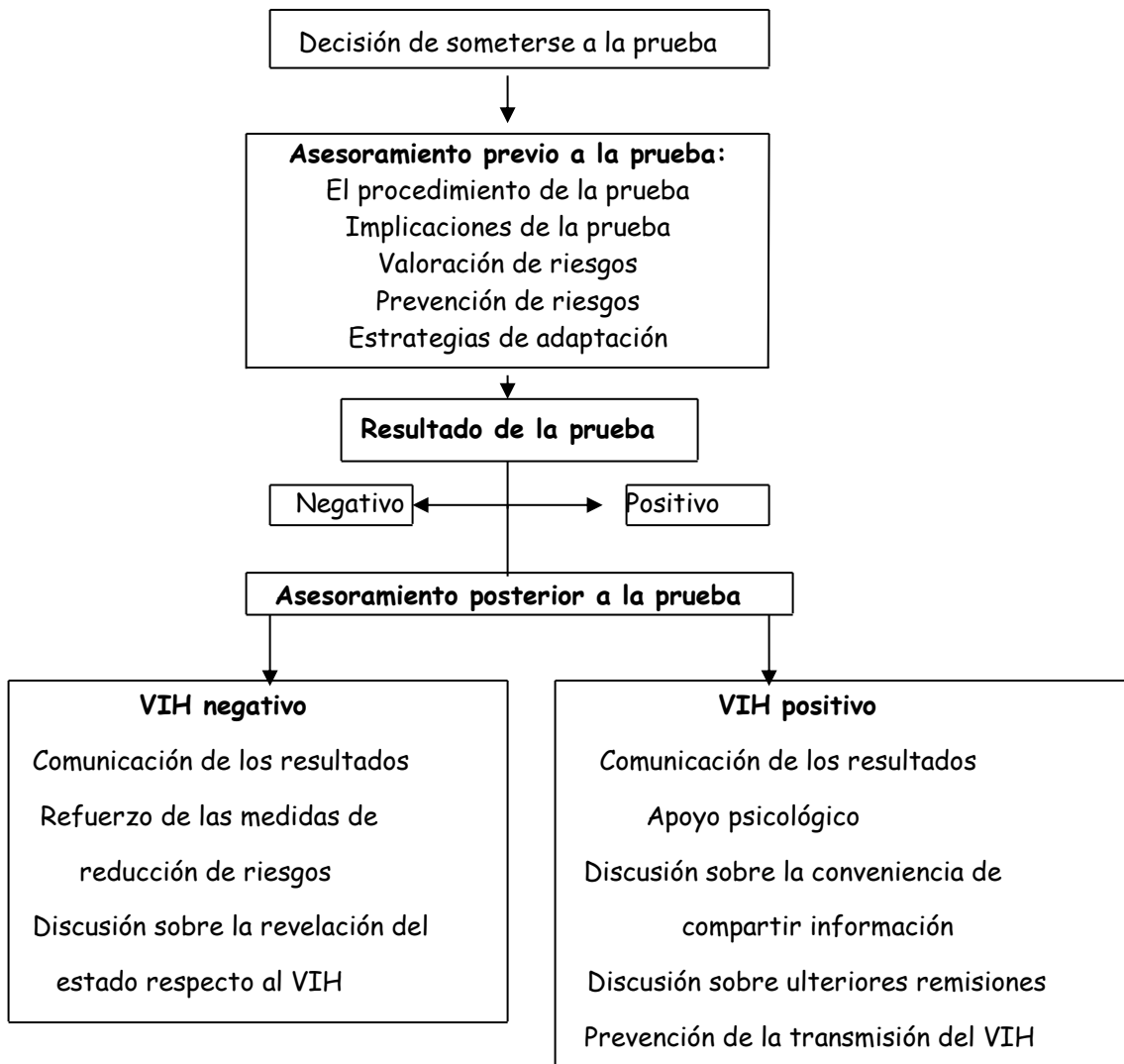
Para las personas que resultaron positivas, es importante que dentro de la post-prueba, se les prepare e impulse para notificar a la pareja o familia. Los consejeros deberán proporcionar la información sexual más esencial a los compañeros o parejas.

B. Consejería pre-prueba y post-prueba

En las sesiones de consejería se necesita de ciertas habilidades específicas para asistir a la persona y enseñarle a manejar la difícil decisión sobre realizarse la prueba de VIH y recibir el resultado (Tallmer, 1991).

Cuadro B

Asesoramiento previo y posterior a la prueba (CONASIDA, 2000)



C. Consejería pre-prueba para VIH

1. **Candidatos.** En esta situación, un candidato puede ser cualquier persona, independientemente de la edad, si es una persona madura o mayor de edad para firmar el consentimiento informado. Las leyes, en la mayoría de países (incluyendo Guatemala), son muy estrictas en cuanto a la edad del candidato y el impacto que pueda causar la información dada, deben ser acompañados de un proceso de consejería (Tallmer, 1991).

La meta del consentimiento informado es el de asegurarse que los participantes potenciales entienden lo suficiente acerca de lo que se les va a realizar (en este caso la prueba de HIV). Deben tener claro que tienen derecho a tener acceso a la información obtenida, que es algo totalmente voluntario y electiva su realización (Jamieson, 2003).

2. **Lugar donde se ofrece la consejería.** La entrevista debe realizarse en una ubicación que pueda ofrecer privacidad para el paciente. Si el paciente se encuentra con síntomas que requieran de hospitalización, de todos modos esta persona necesitará estar cómodo para entender la información necesaria y una intervención inicial siempre debe realizarse en privado, independientemente de lo difícil que pueda resultar conseguirlo (Tallmer, 1991).

3. **Diferencias relacionadas con iniciar el proceso de pruebas.** La aproximación que se tenga al iniciar una consejería pre-prueba va a variar dependiendo de la idea de VIH o de la prueba que tenga el paciente. El consejero necesita introducir a la persona en la idea de qué es el VIH y que implica realizarse una prueba de VIH (Tallmer, 1991).

Esta situación puede provocar sorpresa e incluso enojo. El consejero entonces necesitará explicar claramente a la persona que existen diferentes beneficios al conocer su resultado, dentro de las cuales se puede explicar que al conocerlo las posibilidades de que el tratamiento sea efectivo son mayores (Tallmer, 1991).

Si la persona nunca se había considerado en riesgo de infección de VIH, es importante darle a la persona suficiente tiempo para considerar la decisión acerca de realizarse la prueba. Al no forzarlo a que decida precipitadamente, podría aceptar más fácilmente la prueba por su propia voluntad e incluso podría prepararse mejor para un resultado positivo (Tallmer, 1991).

El tiempo para tomar la decisión de realizarse la prueba puede variar desde algunos minutos hasta días dependiendo de las circunstancias específicas. Para mejorar la aproximación hacia la persona y conseguir el objetivo, es trascendental mantener en mente la posibilidad de brindar tiempo a la persona.

4. Iniciando la sesión de consejería. La entrevista debe empezar con una pregunta abierta o bien cerrada como ¿Qué lo trae por acá? La respuesta inicial podría dar una idea del conocimiento que la persona posee, la claridad acerca de la realización de la prueba y la motivación que posea. De la diversidad de esta respuesta, es evidente que la entrevista puede tomar diversas y muy distintas direcciones (Tallmer, 1991).

5. Compartir información. Una vez que la persona está clara en cuanto al propósito de la interacción, el diálogo puede empezar. El consejero debe estar seguro de que la persona entiende lo que va a significar que la prueba de VIH indique que hay anticuerpos presentes. La persona necesita saber que una prueba positiva da muy poca información acerca de el tiempo que lleva infectado porque el período de incubación puede ser entre 5 y 10 años inclusive. Es por esto que en la situación de pre-prueba, es necesario aclarar que la transmisión pudo haber ocurrido en cualquier momento desde hace 10 años atrás.

Las personas necesitan ser capaces de diferenciar entre la infección de VIH y SIDA, sin embargo ellos no deben creer que se trata de dos problemas distintos. Además, la persona debe entender qué personas tendrán acceso a su documentación (por ejemplo los médicos tratantes).

Todo lo relacionado con la confidencialidad deberá ser explicado en la entrevista, de este modo, la persona también podrá tener la oportunidad de considerar la posibilidad de compartir la información con quien lo desee.

Otra parte importante es que la persona que solicita la prueba de VIH se le debe asesorar en cuanto a los síntomas relacionados, a continuación se presenta una tabla ejemplo sobre algunos de los síntomas relacionados que el consejero debe evaluar e informar a la persona (Tabla No. 2). Esta tabla es sólo un ejemplo de cómo estructurar el asesoramiento.

Mientras que el propósito de la consejería para VIH no es la primera necesidad médica, es probable que la intervención que la persona tenga sea la primera intervención médica que haya tenido en años.

Tabla No. 2

Herramienta de asesoramiento para VIH

Nombre: _____ Fecha: _____ Edad: _____

Sistema de apoyo: _____ Conducta de riesgo: _____

Prueba de VIH previa: sí__ no__ cuándo _____ dónde _____

Niños: sí _____ edades: _____ se han realizado la prueba _____

Ha estado en algún tratamiento de drogas: _____

Síntomas asociados a la infección de VIH

| <u>Síntoma</u> | Sí | No |
|---|----|----|
| Fatiga (estado corporal caracterizado por la falta o sensación de falta de fuerzas después de una actividad) | | |
| Pérdida de peso (reducción de la masa corporal de un individuo) | | |
| Diarrea (cambio en las evacuaciones intestinales que causa heces más blandas de lo normal) | | |
| Falta de aliento (es una dificultad respiratoria, falta de aire) | | |

| <u>Síntoma</u> | Sí | No |
|--|----|----|
| Resfriados frecuentes (infección aguda de las vías respiratorias que se repite) | | |
| Sudoraciones nocturnas (aumento excesivo de la sudoración durante las horas de sueño) | | |
| Fiebre (aumento temporal en la temperatura del cuerpo en respuesta a una enfermedad o padecimiento) | | |
| Ganglios en el cuerpo (agregados celulares que forman un órgano pequeño con morfología ovoide o esférica) | | |
| Enfermedades frecuentes (enfermedad que experimenta recaídas periódicas) | | |
| Dolores de cabeza (o cefaleas pueden definirse como cualquier dolor o molestia en la bóveda craneana) | | |
| Neuropatías (dolor o trastornos de la sensibilidad, trastorno de movimiento, parálisis) | | |
| Problemas de la vista (impedimento visual) | | |
| Alergias en la piel (inflamación local de la piel) | | |
| Sangramiento inusual (salida de sangre desde el aparato circulatorio provocada por la ruptura de vasos sanguíneos como venas, arterias y capilares) | | |
| Llagas (toda lesión abierta en la piel o membrana mucosa con pérdida de sustancias) | | |

Contactos

Pareja sexual: hombre _____ Mujer _____ prueba previa: sí _____ no _____

Situaciones de riesgo

Sexo seguro: _____ Usa drogas: _____ Transfusiones de sangre: _____

(Tallmer, 1991)

Mientras que el consejero se encuentra evaluando los posibles síntomas, la persona empieza a evaluar los problemas relacionados con la infección. Esto ayuda

tanto a la persona como al consejero a anticipar el resultado probable de la prueba. Esto no quiere decir que las personas que no manifiesten síntomas puedan tener una garantía de no resultar positivos.

Durante la pre-consejería, la entrevista puede aportar alguna información necesaria para la sesión de post-consejería, por ejemplo podría evaluar si la persona espera algún resultado específico de la prueba. También algunas personas podrían estar en riesgo de suicidarse durante el período inmediato después de conocer su resultado, todo esto se podría considerar dentro de la pre-consejería dependiendo de la actitud de la persona hacia el resultado.

Además, las personas pueden decidir que algún miembro de su sistema de apoyo esté presente en la post-consejería, ellos pueden plantearle a alguien la idea de que les acompañe a recibir el resultado.

Dentro de la pre-consejería, es importante educar a la persona acerca del sexo seguro, incluso si se considera necesario, se podrían dar algunos condones y enseñar el uso correcto del mismo.

La pre-consejería tiene una duración de aproximadamente 30 a 45 minutos, usualmente se requiere de un consentimiento escrito y éste, a su vez, acompañado de una explicación sobre la necesidad del mismo.

6. Casos especiales (Tallmer, 1991)

a. **Mujeres embarazadas.** La mujer necesita comprender que si ella resulta seropositiva, durante el embarazo, tendrá un impacto tanto en ella como en el bebé. Literatura reciente en VIH y embarazo indica que el estrés del embarazo acelera el proceso de desarrollo de la infección en la madre.

En Guatemala se ha estipulado que un 5.85 % de la población total de las mujeres que se realizan la prueba de VIH son mujeres embarazadas, de los casos reportados en su mayoría no se sospechaba de infección de VIH y se realizaron la

prueba como parte de los requisitos previos a la apertura del carné en el área de maternidad (PASCA, 1999).

Las mujeres embarazadas de los estudios de seroprevalencia disponibles están en su mayoría en un rango de 15 y 45 años de edad, mientras la población adulta comprende a todas las mujeres mayores de 15 años; esto quiere decir que la cantidad de mujeres en periodo de fecundidad es muy amplio (PASCA, 1999).

b. **Menores de edad.** Si el menor tiene la madurez suficiente para entender la información, puede realizársele la prueba y la consejería como si se tratara de un adulto. La situación se vuelve más compleja cuando se trata de un niño menor. Aquí, los padres o sus custodios legales deberán firmar el consentimiento informado. Según se cita en el Decreto Número 27-2000-06-26 de El Congreso de la República de Guatemala, en el Artículo 23: (www.gentepositiva.org.gt) « *Pruebas de VIH en menores. Las pruebas serológicas para el VIH/SIDA que estén indicadas en menores de edad, requieren que los padres o responsables legales del menor lo permitan, quienes estarán informados y prestarán su consentimiento escrito para la realización de la extracción sanguínea, salvo las excepciones previstas en la presente ley.* »

Dentro de las excepciones previstas por la ley se encuentran los casos en los que se considera vital la realización del examen y no se cuenta con la autorización de los padres o responsables del menor, en estos casos, el médico tratante puede hacerse responsable por la realización de la prueba.

c. **Personas con retraso mental.** Si las personas están en la capacidad de entender la información, pueden consentir la prueba, de lo contrario la prueba de VIH no será considerada un procedimiento de emergencia y se espera a que haya una persona responsable legalmente que responda por éste.

d. **Consejería Post-prueba** (Tallmer, 1991). El consejero debe revisar el

resultado de la prueba antes de reunirse con la persona; es común tener un sentimiento de alivio cuando el resultado es negativo. Los resultados positivos, por el contrario, comúnmente generan un sentimiento de tristeza, no querer decirle a la persona y preocupación por la reacción que pueda tener la persona. Conociendo estos resultados antes de reunirse con la persona, el consejero puede prepararse mejor para responder a la reacción de la persona.

La persona probablemente esté experimentando alguna ansiedad acerca de lo que el consejero le vaya a decir. El período de espera entre la prueba y escuchar el resultado es, la mayoría de las veces, un período de reflexión sobre la vida propia y de hacer resoluciones.

1. **Cuando el resultado es negativo** (Tallmer, 1991). Es muy importante no abreviar la sesión de consejería post-prueba para una persona que resulte negativa en su prueba de VIH. Después de compartir la alegría juntos, la entrevista necesita reenfocarse en el porqué de la necesidad de realizarse la prueba. Las medidas de prevención necesitan también ser reforzadas. Si las conductas de riesgo fueron durante los últimos seis meses, las personas deben repetirse la prueba de VIH cada tres meses hasta que el tiempo de ventana este cubierto, es decir, el tiempo entre la adquisición de la posible infección y una variación en los resultados. Las personas generalmente solicitan recibir una copia de los resultados.

2. **Cuando el resultado es positivo** (Tallmer, 1991). Las personas siempre reaccionan a los resultados de la prueba positivos, como si recibieran una sentencia de muerte. Hay que dejar a la persona reaccionar a su paso, sin embargo el consejero no debe permitir que la persona termine precipitadamente la entrevista. Si la persona se levanta y dice "bueno, esto es todo" se le debe pedir que vuelva a tomar asiento. La persona puede estar experimentando un conflicto de emociones y el consejero debe tratar de mantener el contacto.

Sherr en 1992 propuso un modelo de guía para el consejero que se enfrenta a un individuo en crisis emocional:

- No juzgar,
- Escuchar,
- Conceder tiempo,
- No sobre involucrarse (conocer las limitaciones de sus habilidades)
- No hacerse cargo (debe ayudarlo a ayudarse a sí mismo)
- Saber cuándo entrar en acción y cuándo tomar decisiones.

Se debe mantener una actitud de esperanza, pero realista. El consejero no debe prometer una cura, pero puede reforzar que los avances asociados con la infección del VIH han mejorado grandemente debido a nuevas opciones de tratamiento.

La situación acerca de transmitir el virus a la pareja debe ser reforzada. Ahora, la pareja necesita saber que debe realizarse también una prueba de VIH, y ésta podría ser una situación difícil de manejar. La persona con VIH positivo enfrenta no sólo su condición de VIH, sino también la posibilidad de la responsabilidad de contagiar o haber contagiado a otras personas; el virus continuará con él. El consejero necesita ser cortés y firme. Necesita ayudar a la persona a definir cómo será el proceso de compartir su resultado. Debe ofrecer ayuda para compartir el resultado con las personas importantes para esta persona.

La familia pasará por un período de readaptación y reorganización de sus vidas con los cambios ocurridos e incluso con la posibilidad de no tener más en sus vidas a esta persona querida. Su proceso empieza por una tremenda ansiedad que muchas veces los lleva a alejarse de la persona, más adelante se ven envueltos en actividades de colaboración a las personas que viven con VIH.

Es bastante preocupante para una madre pensar que puede haberles transmitido la infección de VIH a sus hijos pequeños. Si la madre tiene hijos menores de 6 años es necesario que ellos también se realicen la prueba lo antes posible.

Las personas con VIH/SIDA enfrentan muchas pérdidas, lo que le agota y puede llevar a que las energías puedan desgastarse y la capacidad de recuperación puede debilitarse. Las pérdidas necesitan ser reconocidas; para ellos, las pérdidas más comunes son:

- Pérdida de la vida
- Primeras infecciones (el sólo hecho de sentirse enfermo)
- Relaciones interpersonales
- Hijos
- Futuro
- Persona (cambios en su auto imagen)
- Sexualidad
- Pérdidas económicas

(Sherr, 1992)

Otros temas que deben ser discutidos durante la sesión de post-prueba cuando la persona es positiva. Ayudar a la persona a entender la diferencia entre la infección de VIH y el SIDA puede ser un gran reto, pero la persona necesita saber en qué fase se encuentra.

Dentro de la ayuda se debe hacer referencia a los cuidados que debe tener en la nutrición, en la prevención de infecciones, cuidado personal y el cuidado con las mascotas que tenga en casa. Se debe tener especial precaución en evitar tener contacto con fluidos, especialmente sangre, esto es algo que la persona debe tener muy claro.

El consejero debe asistir a la persona a identificar los pasos a seguir; de acuerdo al sistema de salud de Guatemala, en el caso de la Clínica Familiar, es

necesario que la persona sea inscrita como paciente del hospital para así obtener un carné que lo identifique para el ingreso al hospital, así mismo, es obligación del consejero hacer la primera cita para la evaluación médica correspondiente. Antes de que la persona se retire, se debe haber desarrollado un plan de continuación del proceso.

Es también obligación del consejero, explicarle a toda persona que resulte positiva que aunque su pareja también resulte infectada, aún es necesaria la utilización del preservativo al momento de las relaciones sexuales debido a la posibilidad de una reinfección.

Se considera una reinfección cuando la persona que ya vive con alguna de las fases del virus entra en contacto nuevamente con el virus, pero en diferente fase. Un ejemplo común es cuando en una pareja ambos se encuentran infectados, pero cada uno en una fase distinta y al momento de las relaciones sexuales estos virus se mezclan; la persona con la fase más avanzada probablemente sufrirá una reinfección que le cause en muchas ocasiones un aceleramiento del desarrollo del SIDA (Harrison, 2003).

V. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación está conformada por una parte cualitativa y una cuantitativa. La parte cualitativa corresponde al cuestionario que se le realizó a los pacientes sobre su opinión con respecto a la consejería que recibieron al momento de realizarse la prueba de VIH y al momento de recibir el resultado.

En la parte cuantitativa se encuentra la tabulación de los resultados y la relación que se hará a través de una Correlación de Pearson, una correlación se ocupa principalmente de establecer si existe una relación entre dos o más variables, así como de determinar su magnitud y dirección (Pagano, 1999), con respecto al género, rangos de edades y si consideran que deberían realizarse cambios en la consejería que toda persona que asiste a la Clínica Familiar debe recibir.

La hipótesis planteada para este trabajo es "Los pacientes VIH+ de la Clínica Familiar consideran la consejería recibida al momento de realizarse la prueba de forma diferente según su edad y género"

Para poder realizar las entrevistas con las personas que viven con VIH y que visitan la Clínica Familiar se requirió de un consentimiento informado en el cual se les explicaba el procedimiento a realizar, los fines del estudio y el objetivo de su participación en el mismo; debiendo así obtener la firma (o huella digital según el caso) que autorizaban la realización de la entrevista.

El diseño de este estudio es de tipo No Experimental descriptivo, los diseños de este tipo tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables y proporcionar una visión de una comunidad, un evento, un contexto, un fenómeno o una situación (Hernández-Sampieri, R. 2003), puesto que no se manipuló la variable independiente. A su vez es una investigación de tipo exploratorio, ya que el objetivo principal es examinar un tema, en este caso el efecto de la consejería según la opinión de los pacientes.

A. Descripción de la población

Para este estudio, la población con la que se trabajó fueron las personas con VIH que visitan la Clínica Familiar "Luis Ángel García" del General San Juan de Dios. La muestra seleccionada fue no probabilística, de sujetos tipo por conveniencia, debido a la irregularidad del número de pacientes atendidos diariamente en la Clínica Familiar. Se entrevistó a 200 personas, equivalente al 10% aproximadamente de personas que visitan la Clínica anualmente y aproximadamente 2% de la población total infectada en el departamento de Guatemala (PASCA, 1999). En este caso la muestra tomada corresponde a las personas cuyo ingreso a la Clínica se registró en el año 2003.

Las variables tomadas en consideración para la interpretación de este estudio se definen a continuación.

Variable independiente: edad y género

Variable dependiente: la opinión de los pacientes VIH+

Intercurrentes o intervinientes: alteraciones en el estado de conciencia de los pacientes; interrupciones en el momento de la evaluación, otras fuentes de apoyo

Tabla 3. Operacionalización de las variables

| VARIABLE | DEFINICIÓN TEÓRICA | INDICADOR | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN |
|------------------------|--|--|------------------|--------------------|
| Género | Diferencias físicas y constitutivas entre hombre y mujer | Femenino Masculino | Cualitativa | Nominal |
| Edad | Tiempo transcurrido desde el nacimiento | Número de años | Cuantitativa | Intervalos |
| Opinión/ Resultados | Pensamiento de los pacientes a cerca de la consejería recibida | Satisfactorio Neutro Insatisfactorio | Cualitativo | Nominal |

El único criterio de inclusión requerido del sujeto en estudio es tener el diagnóstico de VIH y/o SIDA. Todos los menores de 13 años (cumplidos) fueron excluidos del estudio, debido a que éstos no reciben una consejería individual por

considerárseles sexualmente inactivos. Los menores de edad entre 14 y 18 años tampoco participaron ya que fue requisito firmar el consentimiento informado como persona con mayoría de edad, es decir, fue tomado como indispensable que sean considerados ya como adultos responsables de ellos mismos.

B. Instrumentos utilizados

1. Instrumento 1. El primer instrumento utilizado (ver anexo 1) fue un breve cuestionario empleado a modo de entrevista, su contenido total fue de veinte preguntas. Iniciaba con preguntas relacionadas con la edad, el género, preferencia sexual, estado civil, si tiene hijos o no y la religión practicada. Además, se hicieron preguntas acerca de lo que el paciente recuerda sobre la consejería que recibió y sus sentimientos al respecto.

De las preguntas relacionadas a lo que recordaban sobre la consejería y lo que sentía al respecto, se tomaron en cuenta para este estudio las siguientes:

- ¿Recuerda si alguien le habló y le explicó sobre el VIH antes de hacerse la prueba?
- ¿Recuerda si alguien le habló y le explicó el resultado de su prueba?
- ¿Recuerda los consejos y las explicaciones que le dieron?
- ¿Considera que lo que le platicaron en aquellos días (el día de la prueba y el día del resultado) le ha servido para sobrellevar su enfermedad?
- ¿Le hubiera gustado que en las pláticas que le dieron, se hubiera profundizado o agregado algún tema?
- ¿Siente que el tiempo de la plática fue suficiente?
- ¿Usted recomendaría a un familiar, amigo o conocido que se acercara a la Clínica Familiar a resolver su duda sobre VIH?

Se eligieron estas preguntas para la comprobación de la hipótesis ya que era de las cuales se podía obtener como respuesta: SÍ o NO. Las preguntas restantes fueron preguntas abiertas, variando así su respuesta según la persona.

2. **Instrumento 2.** Además (y para uso exclusivo del investigador); se llenó después de la entrevista la Escala de Impresión Global Clínica para evaluar si hubo o no una mejoría en el estado de ánimo del paciente después del momento en que recibió la consejería; para esta parte intervine en gran medida el criterio del evaluador y que tanto la persona haya sido sincera y abierta al responder a las preguntas de la entrevista (Ver ANEXO 2). Esta escala no fue tabulada dentro de los resultados debido a que la evaluación pudo haber sido muy subjetiva.

3. **Instrumento 3.** El otro instrumento utilizado fue la hoja de consentimiento informado, el cual fue realizado tomando como base el consentimiento informado que las personas de la Clínica Familiar deben firmar previo a la realización de su prueba. En éste, la persona reconoce que ha sido debidamente informado respecto al cuestionario utilizado y los fines para los cuales se desea su participación en el estudio. Además también reconoce que entiende y está satisfecho con las explicaciones recibidas.

En la parte final, se asignó un espacio en el que tanto el participante como el investigador firman como constancia de lo acordado, también se asignó la fecha de realización de la entrevista.

C. Procedimiento

Se obtuvo el permiso correspondiente del Hospital General San Juan de Dios para poder tener acceso a una de sus clínicas (en este caso la Clínica Familiar) con fines investigativos. Posteriormente se obtuvo el permiso de la Clínica Familiar para poder entrevistar a las personas que la visitaran.

Durante un periodo de tres meses, se entrevistó a las personas que iban asistiendo a sus controles médicos dentro de la clínica. Cuando la persona ingresaba al consultorio del médico tratante, éste concedía alrededor de 15 minutos para la entrevista antes de iniciar su chequeo.

Es importante mencionar que las personas fueron entrevistadas conforme asistían a la clínica y no por convocatoria intencional de parte del investigador. Para poder tener un control de las personas que ya habían sido entrevistadas, en su expediente se asignó una pequeña firma que registraba que ya había sido entrevistado/a.

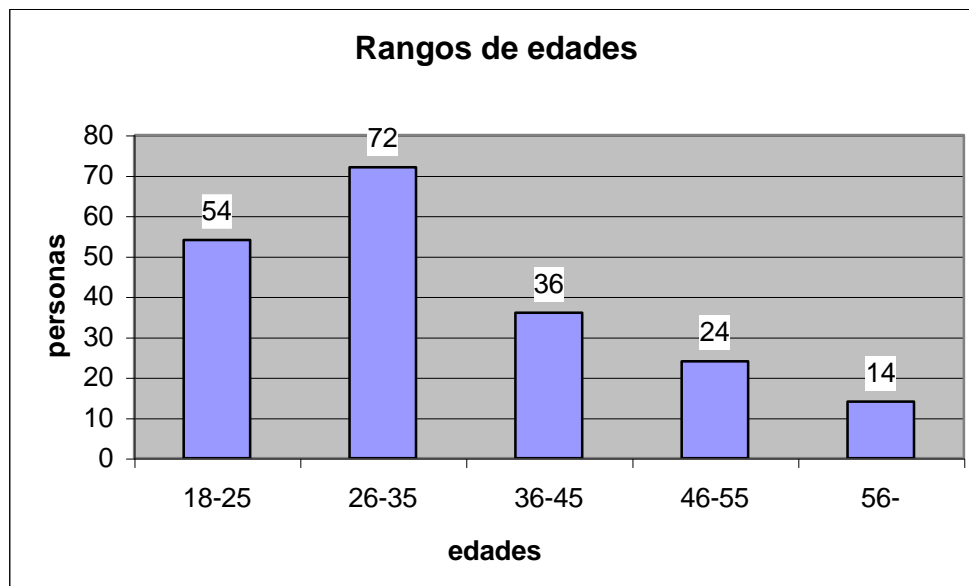
Para el análisis de los resultados se tabuló la información obtenida y se presentó en forma de gráficas para una mayor comprensión de la data. Así mismo se obtuvo un coeficiente de correlación entre la edad y el género de las personas y si consideraba que le había sido de utilidad la consejería.

VI. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se presentan una serie de gráficas que representan los rangos y las respuestas obtenidas, de cada una de las preguntas de la entrevista.

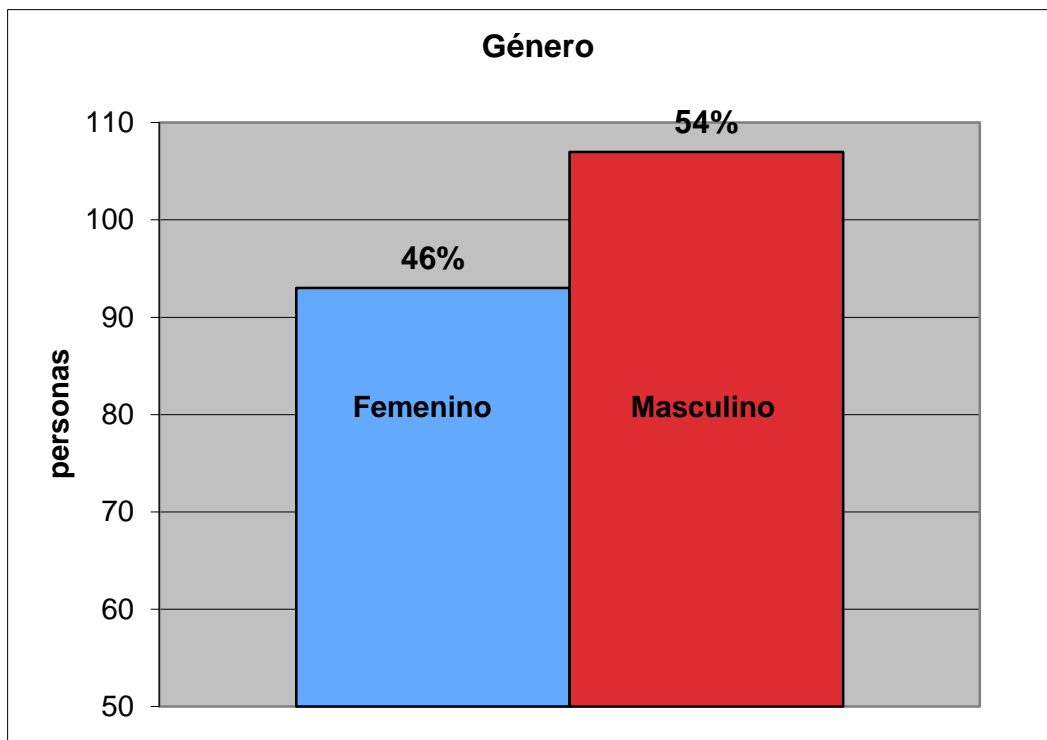
Para la Gráfica No. 2, las edades de las personas están clasificadas por rangos, distribuidas de la siguiente forma: de 18 a 25 años, de 26 a 35 años, de 36 a 45 años, de 46 a 55 años y de 56 años o más

Gráfica No. 2

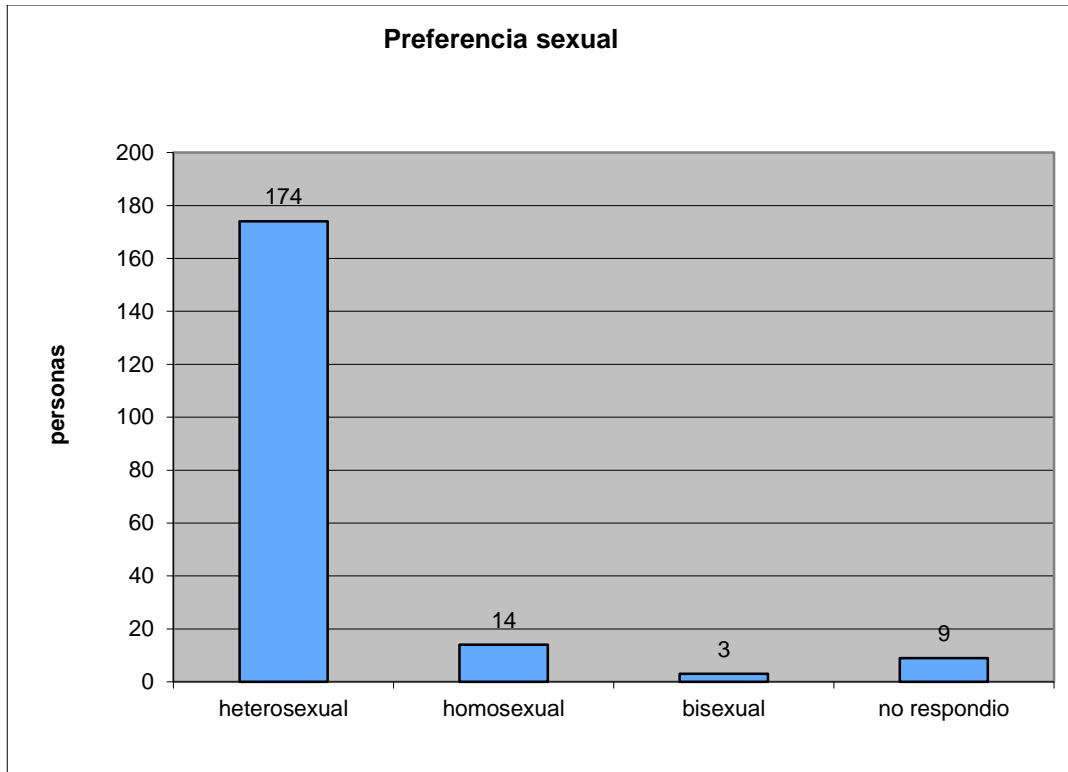


En la Gráfica No. 3, está representado el género, femenino (93) masculino⁴³ (107). Debido a que la cantidad de hombre no es significativamente mayor a la cantidad de mujeres, no se tomó el resultado como un indicativo de mayor cantidad de hombres infectados en la Clínica Familiar.

Gráfica No. 3



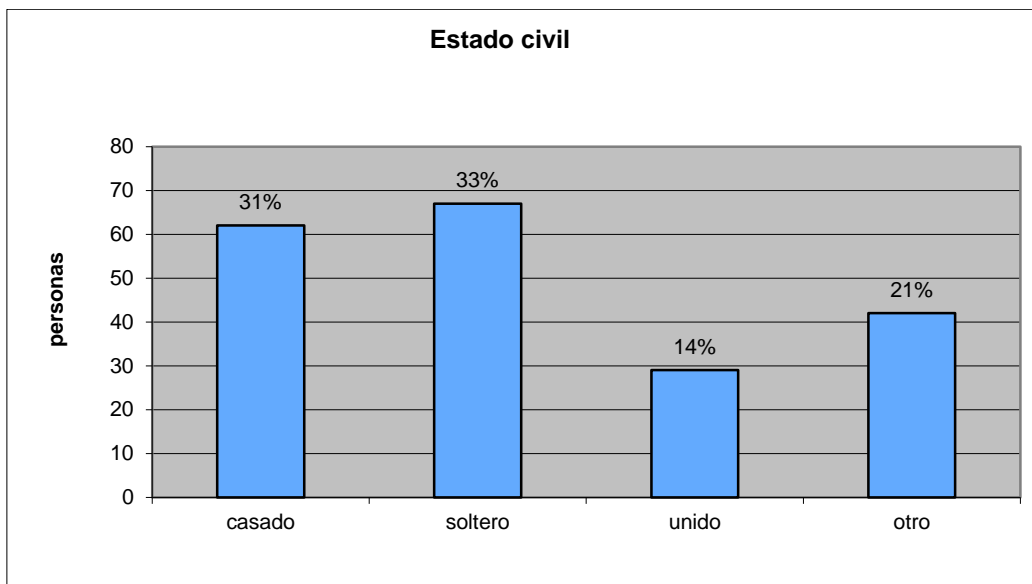
Gráfica No. 4



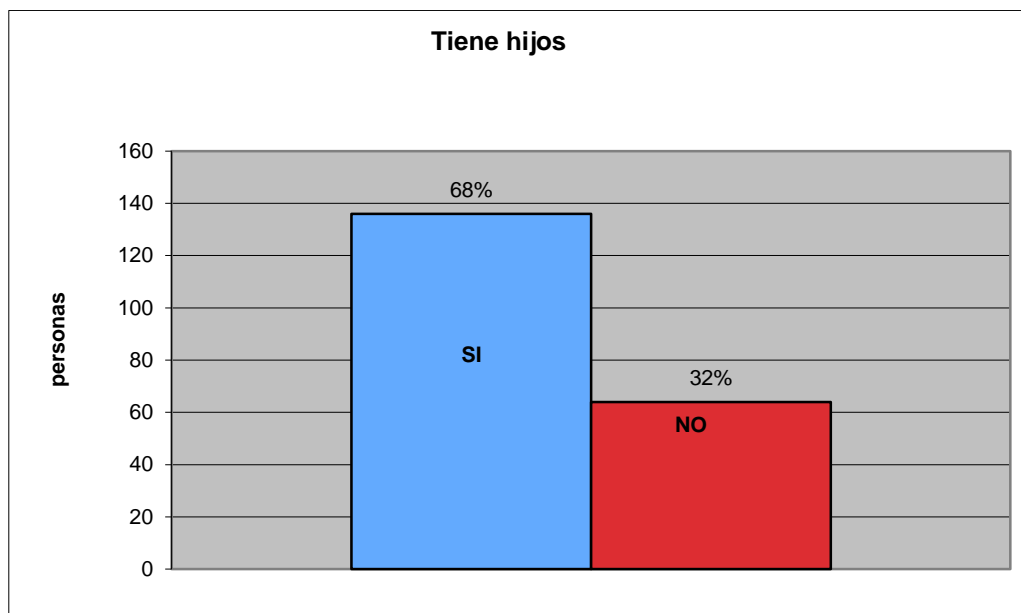
Correspondiente a la preferencia sexual (Gráfica No. 4), hubo 174 personas heterosexuales, 14 personas homosexuales (es decir hombres que tienen sexo con hombres), 3 bisexuales y 9 personas que no respondieron a la pregunta.

Para el estado civil, se reportaron 62 casados, 67 solteros, 29 unidos y 42 con otro estado civil dentro del cual se incluyó a las personas viudas, separados, etc.

Gráfica No. 5



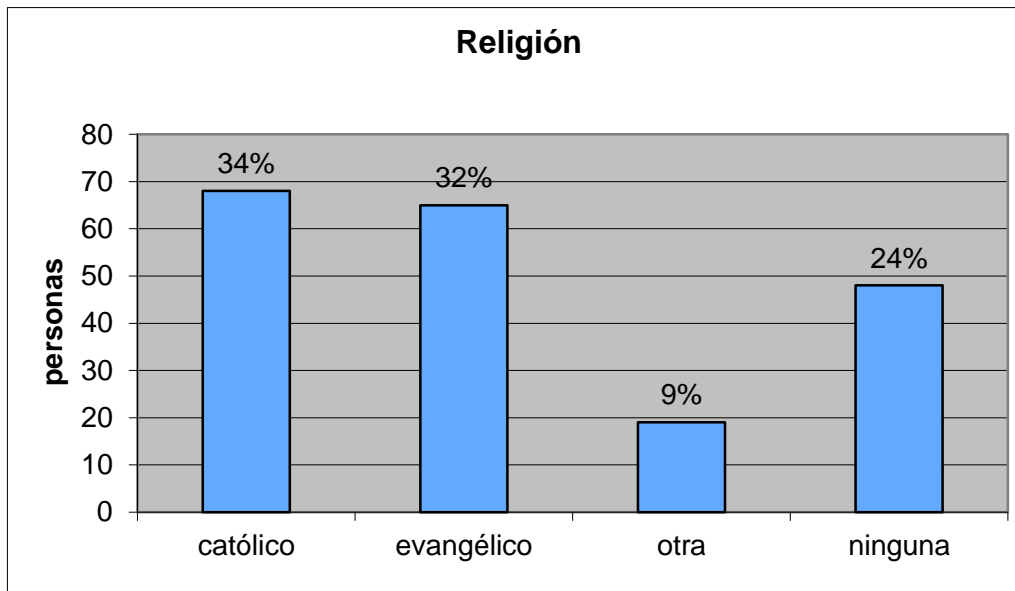
Gráfica No. 6



En la Gráfica No. 6, se muestra la cantidad de personas que reportaron tener hijos (136) y las que reportaron no tenerlos (64). Para este segmento es importante reforzar que no se cuantificó la cantidad de hijos por persona sino únicamente si tienen o tuvieron hijos.

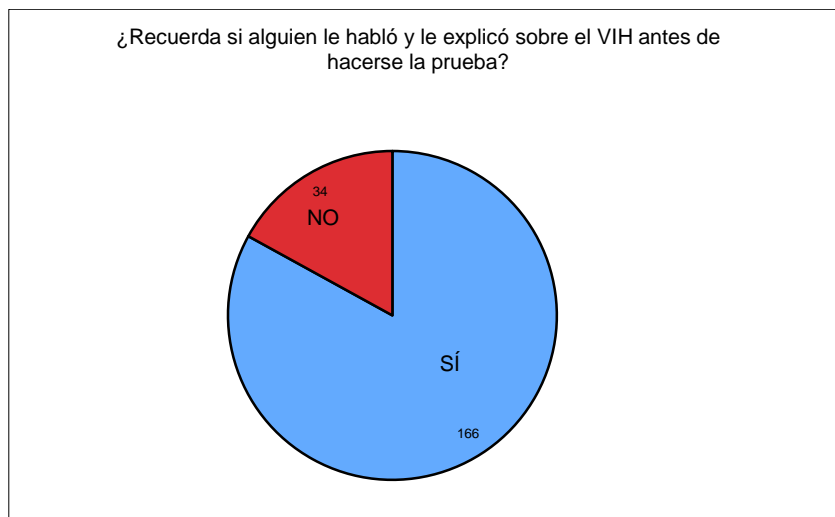
La Gráfica No. 7, muestra la religión de estas personas, 68 dijeron ser católicos, 65 evangélicos, 19 pertenecientes a otras religiones (protestante, mormón, adventista, etc.) y 48 personas que dijeron no practican ninguna religión

Gráfica No. 7



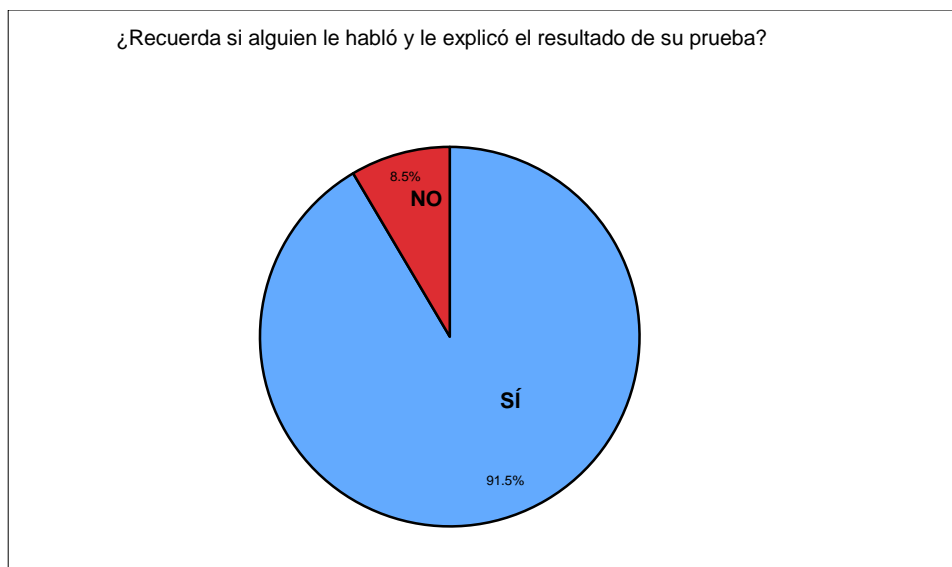
Para la Gráfica No. 8, la pregunta fue: ¿Recuerda si alguien le habló y le explicó sobre el VIH antes de hacerse la prueba?. Refiriéndose en términos generales a la pre consejería o consejería pre prueba; 166 personas respondieron SI y 34 que NO.

Gráfica No. 8



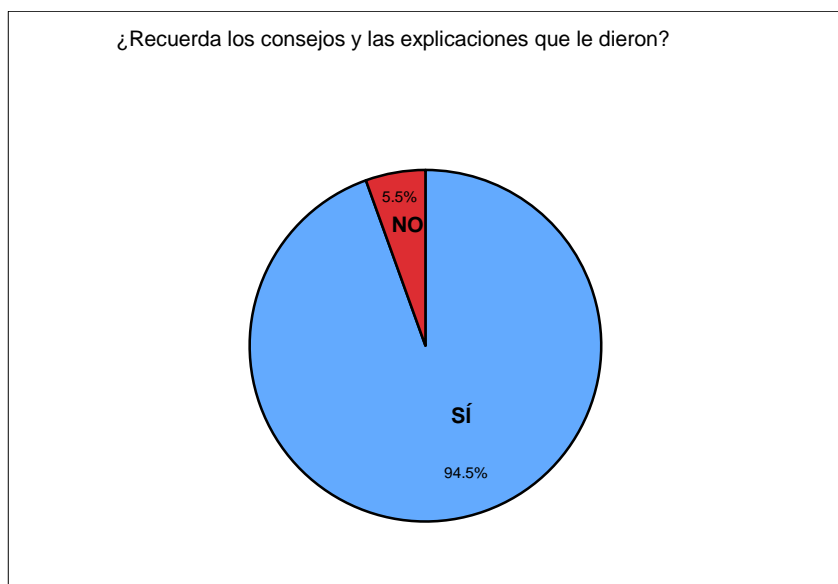
Para la Gráfica No. 9, la pregunta fue: ¿Recuerda si alguien le habló y le explicó el resultado de su prueba?. Dentro de las posibles respuesta esta: SÍ, que fue la respuesta de 183 personas y 17 personas que respondieron NO

Gráfica No. 9



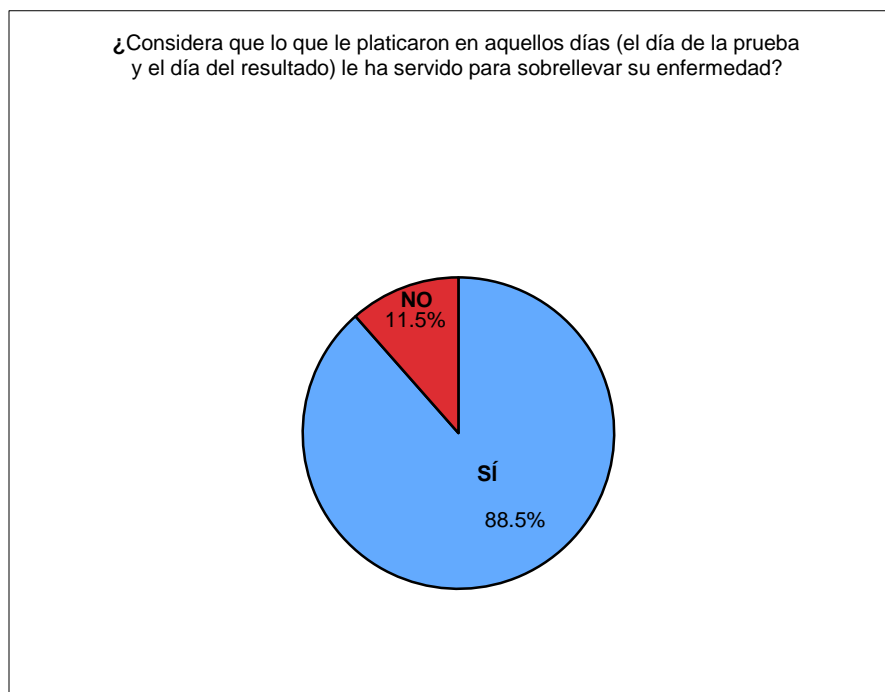
Para la Gráfica No. 10, la pregunta fue: ¿Recuerda los consejos y las explicaciones que le dieron?. Dentro de las posibles respuesta están: SÍ, con 189 personas y NO con 11 personas.

Gráfica No. 10



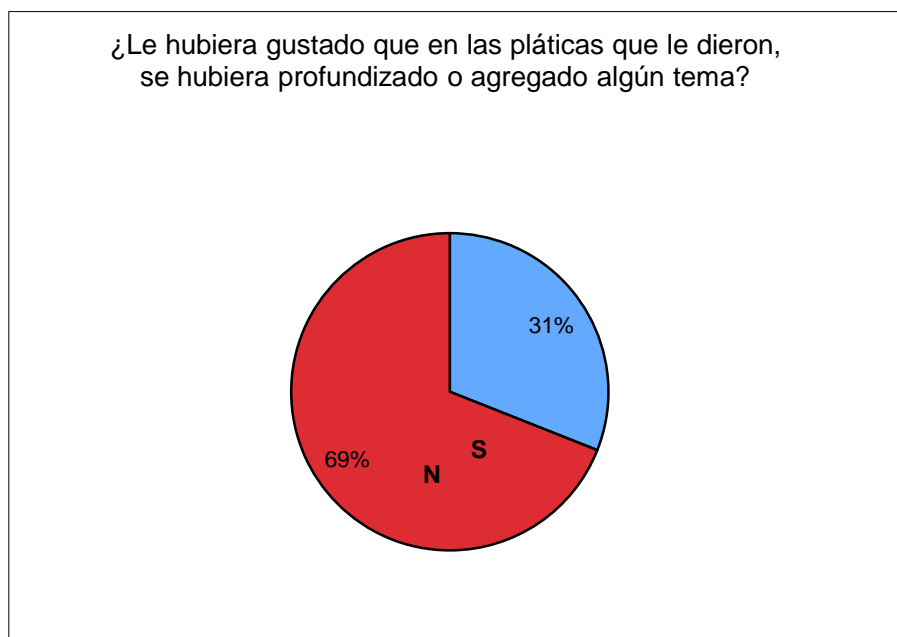
La pregunta fue: ¿Considera que lo que le platicaron en aquellos días (el día de la prueba y el día del resultado) le ha servido para sobrellevar su enfermedad?. Como se observa en la Gráfica No. 11, se obtuvo que 177 personas respondieron afirmativamente y 23 que NO.

Gráfica No. 11



En la Gráfica No. 12, la pregunta graficada fue: ¿Le hubiera gustado que en las pláticas que le dieron, se hubiera profundizado o agregado algún tema?. Dentro de las posibles respuesta esta: SÍ (62) yNO (138).

Gráfica No. 12



Con respecto al tiempo que se ofreció dentro de la consejería, se encontró que 127 personas respondieron que fue suficiente y 73 personas que respondieron que no fue suficiente.

Gráfica No. 13



Para la Gráfica No. 14, se utilizó la última pregunta de cuestionario y fue: ¿Usted recomendaría a un familiar, amigo o conocido que se acercara a la Clínica Familiar a resolver sus dudas sobre el VIH?. Las respuestas obtenidas: 188 personas contestaron que SÍ y 12 personas que NO.

Gráfica No. 14



El fin de este trabajo consistió en evaluar si la consejería pre y post prueba que se recibe en la Clínica Familiar está siendo efectiva y si está marcando una diferencia en las personas que la reciben.

Basado en esta necesidad de evaluar esta situación y como se estableció en la hipótesis; se calculó un coeficiente de correlación de Pearson para las siguientes opciones:

- La relación entre edad y si les hubiera gustado que les agregara o modificara algo en la plática. El resultado obtenido fue: **-0.02**.
- La relación entre género y si les hubiera gustado que les agregara o modificada algo en la plática. El resultado fue: **-0.06**

Según lo indica la teoría, el resultado obtenido de una correlación será representativo en la medida que éste se encuentre más alejada del cero. Para este estudio, entonces, no se encontró ninguna relación entre las variables evaluadas. (Pagano, 1999)

VII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La consejería es un proceso que tiene como finalidad apoyar a las personas emocionalmente y que sea aplicable en situaciones de crisis (Gladding, 2004). La información obtenida proviene de una breve entrevista realizada a las personas que viven con VIH que visitan la Clínica Familiar "Luis Ángel García". Esta clínica es parte del hospital general San Juan de Dios y se dedica a la detección y tratamiento del VIH/SIDA de toda aquella persona que acuda a realizarse una prueba diagnóstica.

De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que dentro de la muestra de doscientas personas, el mayor número de los entrevistados se encuentra en el rango de 26 a 35 años (36%) y le siguen el rango de 18 a 25 años de edad (27%). Indicando que, del total de las personas vistas, el 63% se encuentra entre los 18 a 35 años de edad; lo que podría considerarse una etapa bastante temprana en la vida de éstas.

Situación que confirma la información obtenida respecto a que la enfermedad afecta cada vez más a adultos jóvenes y que tanto la orientación como educación debe ser enfocada especialmente hacia ellos e incluso en los adolescentes de edades más cercanas (Núñez 2003) . Así mismo, al preguntárseles qué temas podría incluir o profundizar la plática, algunos de ellos recomendaron ampliar el tema de la educación sexual y los medios de contagio. Sin embargo también hubo personas que refirieron estar buscando más una orientación psicológica para aprender a sobre llevar este drástico cambio en su vida.

Es importante comentar que la muestra de las personas que participaron en el estudio se obtuvo conforme éstas fueron asistiendo a la clínica y sin proponerlo, de las 200 personas seleccionadas, el número de entrevistados hombres fue similar al número de mujeres entrevistadas (54% contra 46%). Esto es un factor que favorece el estudio porque existe una igualdad dentro de los géneros y las conclusiones a las que se llegue serán más representativas de la realidad.

En términos de preferencia sexual, también se confirma que actualmente esta enfermedad es mayoritaria para los grupos heterosexuales que en este caso corresponde al 87% de la muestra. Esto desmiente cada vez más el estigma de que esta enfermedad es exclusivamente de los homosexuales o bisexuales y así también liberar un poco las cargas sociales relacionadas con el rechazo a la libertad sexual. Este hecho tiene además una concordancia con los estudios recientes en los sistemas de salud (Díaz, 2004).

Sin embargo esto lleva a otro punto preocupante; el hecho de que en la actualidad las personas heterosexuales sean las mayores portadoras del virus nos lleva a confirmar que la transmisión vertical está potencialmente en aumento, ya que la probabilidad de infección entre hombres y mujeres se pone al mismo nivel en estas circunstancias. Esta situación se pudo comprobar en varias de las fuentes citadas (Macklin, 1989) y es un hecho que en la actualidad es una de las preocupaciones y focos de atención más grandes para todas las organizaciones dedicadas a la prevención y educación sobre el VIH/SIDA.

Un dato importante de mencionar, es que el 4.5% (9 personas) no quisieron responder a la pregunta sobre su preferencia sexual, lo que una vez más podría estar representando el tabú y el estigma que todavía se tiene acerca de las conductas sexuales relacionadas a la enfermedad y sus formas de transmisión. Sin embargo, y aunque pareciera no ser representativo, en una sociedad como lo es Guatemala el hecho de que el porcentaje de personas se abstenga de decir su preferencia sexual sea tan poca se podría considerar como un pequeño gran logro en los esfuerzos por minimizar los prejuicios sobre la sexualidad y sus formas de practicarla sin embargo, no se puede garantizar el hecho únicamente con esta muestra tan pequeña.

Con respecto al estado civil de las personas, la relación entre casados/ unidos y solteros es bastante equilibrada con un 31% y 33% respectivamente. Ahora bien, si se toma en cuenta el porcentaje de personas que reportan estar unidas (14%) junto con el porcentaje de personas casadas (tomando en cuenta que las personas unidas al

igual que las casadas poseen una pareja "estable") se puede observar que aproximadamente el 45% de las personas con probabilidades de procrear una familia están infectadas; esto concuerda y se confirma con el próximo dato que es que el 68% de las PVVS (136 personas) reportaron tener por lo menos un hijo.

Aquí se puede hacer la observación muy clara de que se tiene una gran relación entre la edad de estas personas y su etapa de procreación (que como ya es muy sabido, en Guatemala la edad aproximada en que las mujeres comienzan a tener hijos es a los 17 años en el área rural y de 20 a 22 años en el área urbana (PASCA 1999). Siendo así que nuevamente se recalca el hecho de que la enfermedad no sólo se está expandiendo entre los adultos, sino que también los niños fruto de esas relaciones entre infectados también viven con la enfermedad.

En términos de la religión practicada, se encontró un número bastante similar entre católicos y evangélicos (34% y 32% respectivamente) formando estos aproximadamente dos terceras partes de la muestra, sin embargo un dato importante de resaltar es que dentro del tercio restante, hubo un 24% de personas que refirieron no tener y/o no practican ninguna religión, lo que en algunas ocasiones podría ser indicativo de ser personas que necesiten de un mayor fortalecimiento de su red de apoyo para esta fase de la vida. Esto podría tener mucha relación con la forma en que estas personas llevan, aceptan y manejan su enfermedad; ya que dentro de las preguntas cualitativas realizadas, al preguntarles ¿cómo se ha sentido desde que sabe que tiene la enfermedad para acá? La mayor parte de las personas responde que está intentándolo o que lo ha logrado siempre gracias a la ayuda de Dios y muchos de ellos afirmaron haberse acercado aún más a su religión después del diagnóstico para sentirse apoyados y con algún consuelo.

Una de las preguntas clave en la comprobación de la hipótesis de este trabajo es en la que se les preguntó a las personas si recordaban que alguien les hubiera explicado algo con respecto al VIH antes de realizarse la prueba, encontrando como resultado que un 83% (166 personas) contestó afirmativamente. Un factor a

considerar tanto para esta pregunta como en general, es que algunos pacientes llegan en muy mal estado tanto físico como psicológico a realizarse la prueba, por lo que se tuvo un 17% restante de personas que confesaron no acordarse de las explicaciones por el estado en el que se encontraba, ya sea muy enfermos o demasiado alterados emocionalmente. Otra de las referencias encontradas es que algunas de las personas se encontraban ingresadas como pacientes del hospital general al momento en que la prueba fue solicitada. Esto impidió en muchas ocasiones que la plática pudiera extenderse lo necesario o bien, que la persona se encontrara inconsciente y fuera un médico residente el que autorizara la prueba como medida extrema considerada necesaria para la vida de la persona. En estos casos las personas no reciben la consejería pre prueba y, por consiguiente, no tienen el conocimiento necesario previo a la entrega del resultado.

Otra situación importante es que algunas de las personas que consideraron no haber tenido una explicación antes de realizarse la prueba, mencionaron que sólo se le hizo una serie de preguntas; esto podría significar que la persona no interpretó la información recibida como una pre consejería sino sólo como un cuestionario o encuesta.

Contradictoriamente, al preguntárseles a las personas si recordaban si alguien les había explicado el resultado de su prueba, el 91% (183) de las personas respondieron que sí lo recordaban, esto puede estar indicando que la persona es más receptiva al escuchar sus resultados y la importancia que el paciente le dé a una explicación al momento de recibir su resultado. Esto podría entenderse como un mecanismo de defensa de las personas al bloquearse mentalmente y no recordar la explicación del problema, pero sí recordar el resultado. Esta situación se ve complementada con lo explicado anteriormente sobre las personas a las que se les realizó la prueba dentro del hospital, ya que muchas veces aunque no se les hubiera dado pre consejería es un requisito de la Clínica Familiar entregar el resultado personalmente y, por consiguiente, recibir la post consejería.

Situación que se confirma aún más al preguntárseles si recordaban los consejos, recomendaciones y las explicaciones que le dieron junto con su resultado y el 94% de las personas contestó afirmativamente. Como un detalle curioso, se puede mencionar que dentro de las recomendaciones que más recuerdan o tienen comúnmente presentes son la utilización del preservativo al momento de tener relaciones sexuales, asistir a sus citas siempre, comer saludable y limpiamente, no desvelarse y dejar vicios; por mencionar algunos ejemplos. Esto podría representar una señal de que la parte educativa de la consejería es la que mayor impacto está teniendo en las personas, ya que recuerdan consejos puramente educativos relacionados con el cuidado de su salud; factor que contribuye en la calidad de vida que la persona lleve a partir del momento de su diagnóstico.

También un porcentaje alto (88%) respondió que consideraba que lo que platicaron ese día le ha servido para sobrellevar su enfermedad. Este es un factor esencial porque responde al objetivo principal de la consejería, que es ayudar a las personas (y no únicamente los VIH+) a entender y facilitar el proceso de esta epidemia. Algunos de los comentarios que surgieron junto con la respuesta afirmativa fueron que la plática les había dado aliento y fuerzas para seguir, que le había ayudado a entender que no significaba una muerte inmediata y que podía vivir con este mal, que sienten que tienen muchísimo que agradecer a las licenciadas y a la clínica y que aclararon todas sus dudas.

Una situación valiosa de considerar aquí es que muchas de estas personas no sólo se encuentran necesitadas de explicaciones y consejos, sino que puede observarse la necesidad de poder desahogarse y platicar con alguien abiertamente. También considero que tiene mucha relevancia el hecho de que la mayoría de las personas que visitan la Clínica Familiar son de escasos recursos y el espacio dedicado a la consejería para ellos es un espacio que jamás han tenido antes y que probablemente nunca más vuelvan a tener.

Con relación a la percepción de las personas sobre las pláticas, sólo el 31% respondió que hubiera querido profundizar o agregar algún otro tema en la charla, algunos de los temas que mencionaron fueron: más profundidad en cómo aceptar la enfermedad, cuál es el transcurso o desarrollo de la enfermedad, cómo cuidar a los hijos, hablar más sobre la fidelidad; algo muy importante es que, tanto en el caso de un homosexual y un bisexual, ambos solicitaron que dentro de la plática deberían agregar consejos específicos para sus situaciones (homosexualidad y bisexualidad); para lo cual convendría chequear si el personal de la clínica cuenta con los recursos, personal calificado y la información necesaria para abordar estos temas. Sin embargo, cabe mencionar que probablemente la mayoría de estas personas es probable que se sintiera con vergüenza y debido a esto prefirieran responder que todo estaba bien.

Con respecto al tiempo de duración de las pláticas (que tiene una duración de aproximadamente entre 15 a 20 minutos), el 63% (127) respondió que el tiempo fue adecuado, sin embargo un 37% (73) respondió que hubiera necesitado que la plática fuera más larga, que se les hubiera dedicado tiempo para ayudarlos o bien que existiera cómo poder regresar a platicar otro día. La mayoría de estas personas comentaron que el tiempo les pareció muy corto y, sin embargo al preguntárseles de los temas que les hubiera gustado que se agregaran, fueron pocos los que respondieron; esta situación confirma la probabilidad de que la gente no haya referido temas por pena o vergüenza. Sólo una persona dijo sentirse tranquilo porque después de su resultado ha estado asistiendo con la psicóloga que actualmente colabora en la clínica por parte de una fundación distinta a la clínica.

Con respecto a la psicóloga que actualmente colabora en la clínica, es importante aclarar que ella está contratada por otra entidad dedicada a las personas que viven con VIH y está enfocada especialmente a la formación de grupos de apoyo entre estas personas. Sin embargo, existe el inconveniente de que es probable que cuando termine el período de formación de los grupos esta persona sea retirada de la clínica y las persona que la visitan vuelvan a quedar sin ese apoyo; ya que se ha podido

observar la necesidad de que exista un servicio permanente de atención o consejería psicológica para estas personas.

A nivel general se observa satisfacción en los pacientes que recibieron la pre y post consejería, ya que el 94% (188) de los pacientes SÍ recomendaría a un familiar o amigo visitar la clínica familiar para resolver sus dudas sobre VIH. Esto representa claramente que la función de la clínica familiar está logrando alcanzar el objetivo de ser una entidad de apoyo para todas aquellas personas que vivan con VIH/SIDA o bien que convivan con ellas.

Un punto importante de mencionar es que las 12 personas (6%) que consideran que no recomendarían la Clínica Familiar, coincidieron en que no lo harían debido a que implicaría contar los motivos por los que conocen personalmente la clínica; situación que nuevamente refleja la gran problemática que representa el estigma de la enfermedad en estas personas, a tal punto de preferir mantener en silencio su pena antes de atreverse a mencionar algo con lo que lo puedan relacionar a ella.

De acuerdo a lo anterior se puede interpretar que la pre y post consejería está siendo percibida por las personas positivamente, además, siendo que las personas que no la recomendarían no tienen razones específicas en contra del servicio que se brinda, se podría afirmar que la consejería está teniendo una aceptación de casi el 100%.

Al haber obtenido un coeficiente de correlación de -0.02 entre la edad y la modificación de la plática, se observa que no existe una relación significativa entre ambas variables para este estudio (Pagano, 1999). Sin embargo, el resultado no puede ser una afirmación general para todas las personas con VIH/SIDA que visitan la Clínica Familiar, ya que la muestra no es representativa ni a la población de la clínica ni a la población guatemalteca en general y los rangos de edades pudieron haber sido menores para así tener con certeza la edad específica que esta buscando la ayuda.

La correlación entre el género y la modificación de la plática fue de -0.06. Nuevamente la relación no es significativa entre variables, aunque nuevamente no

debe ser tomada como una generalidad. Se concluye entonces, que no se cumplió la predicción realizada en la hipótesis, que consideraba que dependiendo de la edad y género podrían desear diferentes charlas.

VIII. CONCLUSIONES

Como una conclusión general, según este estudio, las personas que viven con VIH/SIDA, consideran efectiva la consejería que actualmente se imparte en la Clínica Familiar "Luis Ángel García" al momento de realizarse la prueba de VIH y al momento de recibir el resultado. Con lo cual, no se comprueba la hipótesis planteada para este trabajo; al no existir una relación entre edad, género y la percepción sobre si la plática necesita ser diferente o cambiarle algo.

Un factor muy importante de recalcar es que la enfermedad del VIH/SIDA es principalmente una enfermedad de personas heterosexuales; situación que se comprobó al haber obtenido un total de 87% de personas heterosexuales dentro de la muestra. Esta situación conduce a otro dato encontrado muy preocupante y es que alrededor del 70% de las personas entrevistadas reportaron tener al menos 1 hijo, lo que comprueba nuevamente la teoría sobre la creciente estadística de casos de infección por vía vertical.

Se encontró que el rango predominante de edad en estas personas es de 26 a 35 años, abarcando así un 36% de la muestra total; sin embargo, es importante identificar que si se une el rango de 18 a 25 años con este rango, estaría abarcando el 63% de las personas; es decir, más de la mitad de la muestra total.

El estado civil predominante, se encuentra entre las personas con pareja "estable", ya que al unir el porcentaje de personas casadas con las personas unidas, se obtuvo casi el 50% de las mismas.

La mayoría de las personas (83%), recuerda que alguien (en este caso las consejeras) le explicó acerca de VIH antes de la prueba, con lo que se considera que la consejería pre prueba si esta teniendo suficiente impacto en la mayoría de las personas. Las personas que no recuerdan esta plática refieren haber estado muy enfermas físicamente o bien emocionalmente al momento de recibirla y ser tomada la muestra de sangre para la realización de la prueba.

Casi todas las personas (91%) recuerdan que alguien les habló y les explicó acerca del resultados de su prueba. De estas personas, el 94% recuerda al menos uno de los consejos y las explicaciones que le dieron. Esto comprueba la buena receptividad de los pacientes hacia el modo como se está impartiendo la consejería post prueba, incluso talvez mayor a la receptividad hacia la pre consejería, que como se mencionó anteriormente, puede estar relacionado con la utilización del mecanismo de defensa de bloqueo mental para protegerse del choque de información.

Una gran cantidad de personas (88%) reportó haber sentido que las pláticas recibidas les han ayudado a sobrellevar su enfermedad, lo que cumple con uno de lo objetivos básicos del funcionamiento de la clínica familiar.

De acuerdo a lo encontrado algunos pacientes (36%) hubieran deseado que la plática fuera un poco más profunda y más larga en cuanto a tiempo. Sin embargo, la satisfacción de los pacientes con respecto a las charlas es muy buena, casi todos (98%) los pacientes recomendarían acercarse a la Clínica Familiar.

No existe una relación entre edad, género y la percepción sobre si la plática necesita ser diferente o cambiarle algo. Lo que rechaza totalmente la predicción realizada.

También es necesario mencionar que este estudio al igual que muchos tuvo sus limitantes. Se considero como principal limitante el hecho de que los rangos de edad establecidos fueron muy amplios, por lo que probablemente no se pudo tener una perspectiva mas amplia sobre la percepción de los mas jóvenes.

Otra situación que puede considerarse como limitante del estudio es la cantidad de personas entrevistadas, ya que aunque la muestra fue representativa para la población 2003, no se puede hacer una generalización para los más de dos mil pacientes que la Clínica Familiar atiende.

También, otra limitante podría ser el hecho de que, aunque se preguntó si tenían hijos, no se especificó la cantidad de hijos. Esto podría haber contribuido a la evaluación de posibles casos de transmisión vertical y también a la evaluación del

sistema de apoyo con el que la persona cuenta. No es comparable por ejemplo, una mujer, madre soltera de un pequeño de un año y una mujer con seis hijos y que el menor tenga diez años.

El otro factor importante a considerar es que sólo se tomó en cuenta a la Clínica Familiar que es parte del Hospital General San Juan de Dios. Esto excluyó a muchas otras clínicas dedicadas a prestar un servicio similar; por ejemplo, la clínica del Hospital Roosevelt que es el otro hospital estatal que da también el servicio de consejería pre y post prueba para VIH/SIDA.

IX. RECOMENDACIONES

Dentro de las recomendaciones más relevantes hacia la Clínica Familiar, después de haber realizado las 200 entrevistas y evaluando los resultados están:

- Hacer distinción entre el cuestionario que se debe llenar junto con los pacientes al momento de realizarles la prueba y el espacio puramente de explicaciones y recomendaciones. Con esto, las personas que no interpretan la pre consejería como tal, podría tener mayor oportunidad de aprovechar el momento y entender o captar mejor las explicaciones.
- Aunque se sabe que el tiempo es muy reducido por la cantidad de personas que asisten diariamente a la Clínica Familiar, es importante tratar de evaluar si la persona se encuentra satisfecha con lo que se ha platicado antes de despedirse; muchas de las personas consideran que es muy poco el tiempo y considerando que lo que se les da es prácticamente una sentencia de vida, es necesario considerar la necesidad de estas personas de ser escuchados y apoyados.
- Cuando sea evidente que una persona no está conciente de lo que se le está realizando (especialmente en la pre consejería) sería favorable buscar el momento y la oportunidad después para poder hablarle y explicarle la situación; algunas de las personas se encuentran todavía con muchas dudas y es importante que aunque "tarde" llegue a ellos toda la información que se les pueda brindar.
- Valdría la pena, cuando es evidente alguna preferencia sexual, diferente a la heterosexual, centrarse en los cuidados específicos para estos casos, ya que aunque el términos generales los consejos son iguales para todos, talvez hay algunas cosas que podrían manejarse diferente.
- Si existiera la posibilidad, sería recomendable que algunas de las personas con diagnósticos positivos tuvieran la facilidad de una terapia psicológica. Dentro de los temas más importante a manejar y que considero que se están necesitando está: el

manejo del duelo, tanto personal como de personas a su alrededor; y del manejo de la discriminación social que todavía prevalece.

X. BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, S.; C. Núñez y J. Stover. 1999. *Proyecciones sobre la magnitud de la epidemia VIH-SIDA en Guatemala, 1980-2010*. Proyecto Acción SIDA de Centro América PASCA. Guatemala. 37pp.

Arango, M. 1990. *Consejería*. Barcelona. p 115-127.

Britton, P.; C. Rak ; K. Cimini y J. Shepherd. 1999. *HIV/AIDS education for counselors: Efficacy of training*. Counselors Education & Supervision. Vol 39, p53.

Britton, P.; K. Cimini y C. Rak. 1999. *Techniques for Teaching HIV Counseling: An Intensive Experiential Model*. Journal of Counseling & Development. p171-176.

Carney, J., D. Cobia. 2003. *The Concerns of School Counselors-in-training about working with children and adolescents with HIV disease: training implications*. Counselor Education & Supervision. P302- 313.

Diaz, N. Serrano; I. Y J. Toro Alfonso. 2004. *Estigma y diferencia social: VIH/SIDA en Puerto Rico*. Colombia.

Fuentes, Z. 2000. «Consejería sobre ETS/VIH/SIDA a 1,315 paciente internos y externos de la Clínica Familiar Luis Ángel García y del Laboratorio Diagnóstico de A.G.P.C.S. y otras actividades profesionales». Tesis de Licenciatura, Universidad de San Carlos De Guatemala.

Fundamentos de Medicina, SIDA. 1991. Corporación para Investigaciones Biológicas CIB. 168:5-40.

Gladding, S. 2004. *Counseling a Comprehensive profesión*. 3th ed. Pearson Merrill Prentice Hall. 544pp.

Harrison, B. 2003. *Manual de Medicina*. 15a ed. España. Mc Graw-Hill Interamericana. 1019pp.

Hernández-Sampieri, R.; C. Collado y P Baptista. 2003. *Metodología de la Investigación*. 3ed. Mc Graw-Hill. 705pp.

Hunt, B. 1996. *HIV/AIDS training in CACREP-Approved Counselor Education Programs*. *Journal of Counseling & Development*. p295-299.

Hutchinson, A., et al. 2004. *Understanding the patient's perspective on rapid and routine HIV testing in an inner-city urgent care center*. The Guilford Press. *Aids Education and prevention*. p101-114.

James W.; J. Carney. 1996. *Supervision of counselors-in-training working with clients with HIV*. *Counselor Education & Supervision*. Vol.36, p37.

Jamieson, Denise, et al. 2003. *The challenges of Informed Consent for Rapid HIV testing in labor*. *Journal of Women's Health*. Mary Ann Libent. Inc. 12 (9): 889-895.

King, Michael. 1993. *AIDS, HIV Mental Health*. Cambridge University Press. 191pp.

Macklin, Eleanor. 1989. *AIDS and Families*. The haword press. Inc. London. 225pp.
MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT. 1997. Centers for Disease Control and Prevention. July 11. 46 (27).

Nuñez, C., V. Fernández y S. Aguilar. 2001. *Exclusion social y VIH-SIDA en Guatemala*. Guatemala. Sistema de Naciones Unidas.

Okun, B. 2001. *Ayudar en Forma Efectiva*. Barcelona. Editorial Paidos.

Orsulic-Jeras; S.;J. Shepher y P. Britton. 2003. *Journal of Mental Health Counseling*. 25 (3): 233-244.

Pagano, R. 1999. *Estadística para las Ciencias Sociales*. 5ª ed. México. International Thomson Editores. 211pp.

Pardinas, Felipe. 1973. *Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales*. 11ª ed, México. Siglo Veintiuno editoriales, S.A.

Pardo, Francisco Javier. 1996 - 2000. *SIDA*.

Rojas Raul. 1987. *Guía para realizar investigaciones sociales*. 8ª ed, México. Plaza y Valdés.

Sherr, L. 1992. *Agonía, muerte y duelo*. México D.F., Editorial El manual moderno, S.A. de C.V., 273pp.

Situación de la Epidemiología de VIH-SIDA en Guatemala. 2001. Proyecto de Acción SIDA de Centro América. 37:3-16.

Tallmer, Margot, et al 1991. *HIV Positive, Perspectives on Counseling*. The Charles Press, Publishers Philadelphia. 190pp.

Breve entrevista telefónica con la Licda. Carla Patricia Alonso. 5 de mayo de 2005.
Actual psicóloga de la Clínica Familiar.

Breve entrevista telefónica con el Lic. César Castillo. 5 de mayo de 2005.
Responsable del Depto. De información del Programa para la prevención del VIH/SIDA en Guatemala.

<http://www.conasida.cl/> Asesoramiento y pruebas voluntaries. 2000. Onusida
Actualización técnica. Colección práctica optima del Onusida.

<http://www.consejeriavih.cl/>

<http://www.ctv.es/USERS/fpardo/home.html>

<http://www.ctv.es/USERS/fpardo/vih1.htm>

<http://www.ctv.es/USERS/fpardo/vih2.htm>

www.gentepositiva.org.gt/ley

[http://www.guatemala.cruzroja.org/sida/documentos/estiga_discriminacion_guatemala/C
ontextos_de_vulnerabilidad_en_ciudad_de.pdf](http://www.guatemala.cruzroja.org/sida/documentos/estiga_discriminacion_guatemala/Contextos_de_vulnerabilidad_en_ciudad_de.pdf)

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/ooo3332.htm>

The National Women's Health Information Center.

<http://www.4woman.gov/HIV/SPtest.cfm> A project of the U.S. Department of Health
and Human Services, Office on Women's Health, 2003.

es.wikipedia.org

www.onmeda.es/enfermedades

Anexo 1

BREVE CUESTIONARIO PARA PACIENTES CON VIH. (EL INVESTIGADOR LA REALIZARÁ A MODO DE ENTREVISTA)

1. Edad: _____ años
2. Género: Femenino _____ Masculino _____
3. Preferencia sexual: _____
4. Estado Civil: _____
5. Hijos/familia: _____
6. Religión: _____

7. ¿Cuándo se realizó la prueba de VIH? _____ mes/año

8. ¿Cuándo se enteró del resultado? _____ mes/año

9. ¿Cómo se sentía antes de entrar a realizarse la prueba?

10. ¿Recuerda si alguien le habló y le explicó sobre el VIH antes de hacerse la prueba?

SÍ _____ NO _____

11. ¿Cómo se sintió después de que le hablaron? _____

12. ¿Cómo se sentía antes de entrar a recibir el resultado de su prueba? _____

13. ¿Recuerda si alguien le habló y le explicó el resultado de su prueba? SÍ _____ NO _____

14. ¿Cómo se ha sentido de ese momento a la fecha?

15. ¿Recuerda los consejos y explicaciones que le dieron? SÍ _____ NO _____ ¿Cómo cuáles?

16. ¿Considera que lo que le platicaron aquellos días (el día de la prueba y el día del resultado) le ha servido a sobrellevar su enfermedad? SÍ _____ NO _____

17. ¿Le hubiera gustado que en las pláticas que le dieron, se hubiera profundizado o agregado algún tema? SI _____ NO _____

18. ¿Siente que el tiempo de la plática fue suficiente? SÍ _____ NO _____

19. ¿Usted recomendaría a un familiar, amigo o conocido que se acercara a la Clínica Familiar a resolver sus dudas sobre el VIH? SÍ _____ NO _____

(Se autoriza a utilización de este cuestionario para investigaciones relacionadas al tema)

Anexo 2

ESCALA DE IMPRESIÓN GLOBAL CLÍNICA
A REALIZARSE DESPUÉS DE LA ENTREVISTA, EXCLUSIVAMENTE POR EL
INVESTIGADOR

Considerando la experiencia en esta población en particular, qué tan emocionalmente alterado llegó el (la) paciente a realizarse la prueba de VIH

- 0- No evaluado.....
- 1- Normal, en absoluto alterado.....
- 2- Estado poco claro.....
- 3- Levemente alterado.....
- 4- Medianamente alterado.....
- 5- Marcadamente alterado.....
- 6- Gravemente alterado.....
- 7- Dentro de los pacientes extremadamente alterados.....

Mejoría global: Tasa total de mejoría, independientemente de que, en su juicio, se deba totalmente a la consejería recibida

Comparado con la condición, al momento de realizarse la prueba, qué tanto ha cambiado su estado emocional

- 0- No evaluado.....
- 1- El paciente se encuentra mucho peor.....
- 2- El paciente se encuentra peor.....
- 3- El paciente se encuentra un poco peor
- 4- El paciente se encuentra igual.....
- 5- El paciente se encuentra un poco mejor.....
- 6- El paciente se encuentra mejor.....
- 7- El paciente se encuentra mucho mejor.....

Anexo 3

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para satisfacción de los Derechos del Paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso del siguiente cuestionario, expongo que:

- He sido debidamente INFORMADO/A por el investigador(a), respecto al contenido del cuestionario y los usos para los que se desea que yo participe en este estudio
- He entendido y estoy satisfecho de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre la participación en este estudio

POR ESTO, OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que el investigador me realice la entrevista y me incluya en su estudio

Y, para que así conste, firmo este documento

Firma del Participante

Firma del Investigador

Guatemala,

2003