



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE  
LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA**

**TÍTULO:**

**Relación del diagnóstico médico y el cambio en la calidad de vida en el impacto psicológico que tienen los pacientes que han recibido los diagnósticos de VIH /SIDA o de Hemiplejía en el área de Medicina Interna y en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo durante la experiencia de prácticas pre-profesionales 2014-2015. Tentativa de abordaje psicológico.**

**AUTOR (AS):**

**BERMEO VALLEJO GABRIELA ALEJANDRA  
GUERRA REYNA SOFÍA FERNANDA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO  
DE LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TUTOR:**

**Psic. Cl. Martínez Zea Francisco Xavier, *Mgs.***

**Guayaquil, Ecuador  
2015**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA**

## **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Gabriela Alejandra Bermeo Vallejo** y **Sofía Fernanda Guerra Reyna**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Licenciadas en Psicología Clínica**

**TUTOR (A)**

---

**Psic. CI. Francisco Xavier Martínez Zea, *Mgs.***

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

---

**Psic. CI. Alexandra Galarza Colamarco**

**Guayaquil, a los 20 del mes de Febrero del año 2015**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotras, **Gabriela Alejandra Bermeo Vallejo y Sofía Fernanda Guerra Reyna**

### **DECLARAMOS QUE:**

El Trabajo de Titulación **Relación del diagnóstico médico y el cambio en la calidad de vida en el impacto psicológico que tienen los pacientes que han recibido los diagnósticos de VIH /SIDA o de Hemiplejía en el área de Medicina Interna y en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo durante la experiencia de prácticas pre-profesionales 2014-2015. Tentativa de abordaje psicológico previa a la obtención del Título de Licenciadas en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 20 del mes de Febrero del año 2015**

**EL (LA) AUTOR(A):**

---

**Gabriela Alejandra Bermeo Vallejo**

---

**Sofía Fernanda Guerra Reyna**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## **AUTORIZACIÓN**

Nosotras, **Gabriela Alejandra Bermeo Vallejo y Sofía Fernanda Guerra Reyna**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Relación del diagnóstico médico y el cambio en la calidad de vida en el impacto psicológico que tienen los pacientes que han recibido los diagnósticos de VIH /SIDA o de Hemiplejía en el área de Medicina Interna y en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo durante la experiencia de prácticas pre-profesionales 2014-2015. Tentativa de abordaje psicológico**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 20 del mes de Febrero del año 2015**

**EL (LA) AUTOR(A):**

---

**Gabriela Alejandra Bermeo Vallejo**

---

**Sofía Fernanda Guerra Reyna**

## **AGRADECIMIENTO**

Quisiera empezar agradeciéndole a Dios por todas sus bendiciones a lo largo de la vida.

A mi Mamá y a mi Tío Miguel por todo su apoyo durante toda mi vida estudiantil brindándome las oportunidades para ser una profesional y por el amor tan grande que me demuestran.

A mi esposo Jonatán Portugal por su apoyo total y amor incondicional.

A mi tutor y profesor el Psic. Cl. Francisco Xavier Martínez Zea que gracias a su guía y paciencia que fue de gran apoyo en la realización de este trabajo de titulación.

Por último a mi compañera de trabajo de titulación y gran amiga Sofía Guerra que ha sido una gran compañera y la mejor amiga en esta etapa universitaria y hemos sido aliadas para la realización de este escrito.

Simplemente Gracias.

Gabriela Alejandra Bermeo Vallejo

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por darme vida para realizar este proyecto.

A mi familia por el apoyo incondicional a lo largo de mi formación profesional.

A mi profesor y tutor Psic. Cl. Francisco Martínez Zea, Mgs, por la ayuda y sobre todo por la paciencia prestada para la realización de este proyecto.

A Gabriela Bermeo Vallejo, mi mejor amiga y compañera a lo largo de esta etapa universitaria.

A las Licenciadas Ámbar Silva, Janina Flores y Angélica Solórzano, por transmitirme su conocimiento y por su amistad durante el desarrollo de mis prácticas pre profesionales.

Y por último agradezco a todas las buenas amistades que estuvieron apoyándome desde el principio de mi carrera hasta el final del presente trabajo de sistematización.

¡Gracias Totales!

Sofía Fernanda Guerra Reyna

## DEDICATORIA

La presente sistematización de las prácticas, siendo mi trabajo de titulación va dedicado a las personas más especiales de mi vida, Mi mamá Glenda Vallejo, mi tío Miguel Caamaño y mi tía Solange Vergara porque me han enseñado a luchar para salir adelante, dándome los valores para ser una persona de bien y enseñándome que la perseverancia es muy importante en la vida. Y a mi abuela Gloria Álava León que con mucho amor, me cuidó y me enseñó mucho hasta el último día de su vida

A mi esposo Jonatán Portugal por ser mi pilar más importante, ser mi compañero de vida, y con mucho amor y alegrías me da las fuerzas para seguir adelante. Y a mi hermano Sebastean Viteri que me impulsa, junto a mi esposo, a ser mejor persona cada vez para ser su ejemplo como hermana mayor.

Gabriela Alejandra Bermeo Vallejo

## **DEDICATORIA**

Este proyecto va dedicado a mis padres, por ser ejemplo de trabajo, perseverancia y esfuerzo constante para lograr todo aquello que se proponen, sin ellos tal vez no estaría escribiendo estas líneas. Los amo.

Sofía Fernanda Guerra Reyna

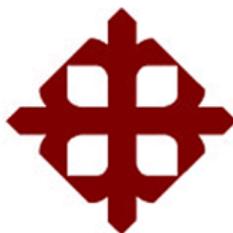
# TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

---

Psic. Cl. Francisco Xavier Martínez Zea, Mgs.  
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

---

PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE  
LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**CALIFICACIÓN**

---

Psic. Cl. Francisco Xavier Martínez Zea, Mgs.  
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

# ÍNDICE GENERAL

<b>ÍNDICE GENERAL</b> .....	<b>XI</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>XIII</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>XIII</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>2</b>
<b>CONTEXTO DE LA SISTEMATIZACIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>OBJETO</b> .....	<b>7</b>
<b>OBJETIVOS DEL PROCESO DE LA SISTEMATIZACIÓN</b> .....	<b>9</b>
<b>EJE DE LA SISTEMATIZACIÓN</b> .....	<b>10</b>
<b>MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA</b> .....	<b>11</b>
<b>PRIMERA PARTE: ENFOQUE MÉDICO</b> .....	<b>11</b>
Diagnósticos del Área de Medicina Interna .....	11
¿Qué es el VIH y como llega a ser SIDA? .....	11
Antecedentes históricos del virus. ....	12
Versiones más actuales de la génesis del VIH .....	13
Diferenciación entre el VIH y SIDA.....	14
Definición de VIH.....	15
Definición de SIDA .....	16
Tratamiento médico posible ante el virus y la enfermedad .....	17
Vías de transmisión del virus .....	19
Mitos sociales entorno a la enfermedad.....	20
Diagnósticos del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación .....	23
Accidente Cerebro Vascular .....	23
Definición de lo que es un Accidente Cerebro Vascular .....	23
Principales causas que determinan en la persona un Accidente Cerebro Vascular .....	24
Efectos físicos tras un diagnóstico de Accidente Cerebro Vascular.....	26
Traumatismo Craneoencefálico.....	26
Definición de lo que es un Traumatismo Craneoencefálico.....	26
Principales causas que determinan en la persona un Traumatismo Craneoencefálico .....	28
Efectos físicos tras un diagnóstico de Traumatismo Craneoencefálico .....	28
Hemiplejía .....	28
Definición de lo que es Hemiplejía .....	28
Principales causas que determinan en la persona una Hemiplejía .....	30
Efectos físicos tras un diagnóstico de Hemiplejía .....	30
<b>SEGUNDA PARTE: ENFOQUE PSICOLÓGICO</b> .....	<b>32</b>
Cambio de Calidad de vida .....	32

En pacientes con VIH/SIDA.....	33
En pacientes con Hemiplejía .....	34
Malestar Psicológico que se presentan en pacientes con VIH/SIDA y Hemiplejía .....	36
Proceso de duelo en pacientes con VIH/SIDA y Hemiplejía .....	43
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN DEL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA .....</b>	<b>46</b>
MÉTODO .....	46
TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	47
POBLACIÓN: .....	47
INSTRUMENTOS: .....	47
RECURSOS.....	49
<b>MOMENTOS DEL PROCESO METODOLÓGICO EN LA SISTEMATIZACIÓN:.....</b>	<b>50</b>
<b>ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>52</b>
CASO: NANCY.....	52
CASO: DANIEL.....	56
CASO: JIMMY (HEMIPLEJÍA COMO SECUELA DE UN ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR). .....	60
CASO: FRANK (HEMIPLEJÍA COMO SECUELA DE UN TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO). .....	63
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>66</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>68</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>69</b>

## RESUMEN

El presente trabajo recoge las experiencias obtenidas como practicantes de Psicología Clínica insertas en una institución hospitalaria. Es a partir de esta experiencia que se tratará de formalizar en la presente sistematización las intervenciones psicológicas que se pudieron realizar a los pacientes que se encontraban internados en los espacios hospitalarios en donde fuimos asignadas. El fin que recoge este trabajo es poder ubicar a la figura del Psicólogo Clínico como la de un profesional de relevancia; dentro del equipo de salud, en el momento de acompañamiento al paciente que acaba de recibir diagnósticos extremos como los son el VIH/SIDA o el de Hemiplejía.

**Palabras Clave:** VIH/SIDA, Hemiplejía, Calidad de vida, Duelo, Impacto Psicológico, Abordaje Psicológico.

## ABSTRACT

This research presents the experiences gained as practitioners of Clinical Psychology embedded in a Hospital Institution. It is from this experience that we will try to formalize in this systematization, the psychological interventions that we have made to the patients that were admitted to hospital spaces where we were assigned. The purpose of this study is to place the figure of the clinical psychologist as a relevant professional inside the health team, in the moment of accompaniment to the patient who has just received extreme diagnoses like HIV/AIDS or Hemiplegia.

**Keywords:** HIV / AIDS, hemiplegia, life quality, grief, psychological impact, Psychological approach

## JUSTIFICACIÓN

Actualmente las instituciones hospitalarias estatales se encuentran en estado de emergencia es decir que están intervenidas por el estado para ser repotenciadas y poder de esta manera trabajar con las múltiples demandas de los/as usuarios/as de manera más eficiente. Es en este contexto que hoy en día se observa la necesidad de crear espacios de escucha y tratamiento para los pacientes que demandan no solo la asistencia médica sino también servicios de asistencia psicológica para tener herramientas para asumir sus nuevas condiciones de salud.

En función de lo anterior mencionado, la Universidad Católica Santiago de Guayaquil en conjunto con el Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, han coordinado un espacio para que se desarrollen las prácticas pre- profesionales por parte de los estudiantes del último año de la carrera de Psicología Clínica en las distintas áreas, departamentos y servicios de atención médica de dicha institución, desde el mes de mayo de 2014 hasta el mes de enero de 2015.

A propósito del presente trabajo de titulación, se puede dar cuenta que hay una escasa bibliografía; en el Ecuador, que aborde como problemática el trabajo del psicólogo clínico dentro del departamento de Medicina Física y Rehabilitación y del área de Medicina Interna. Además a partir de la experiencia de las prácticas clínicas se pudo percibir la existencia de un fenómeno psicológico que despertó nuestro interés en los pacientes que se encontraban en ambas estancias hospitalarias.

## INTRODUCCIÓN

Durante el periodo de las prácticas pre profesionales en el área de Medicina Interna y en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo, se pudo conocer diferentes casos de pacientes con VIH/SIDA y Hemiplejía; respectivamente, presentando una situación que es muy llamativa y que tanto en el área como en el Servicio tienen en común al paciente. Se pudo evidenciar que tras darles a conocer su diagnóstico empieza a manifestarse en ellos malestares psíquicos los cuales complicaban sus procesos de estabilización clínica-orgánica.

En el área de Medicina Interna los diagnósticos más frecuentes y con los que se trabajarán en esta sistematización de la práctica son VIH/SIDA, mientras que en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación serán los casos de los pacientes que son diagnosticados con Hemiplejía.

Resulta importante resaltar que estos dos diagnósticos que se abordarán en este trabajo son considerados como enfermedades catastróficas por cumplir con las especificidades que determina el Ministerio de Salud Pública para las mismas. Importante mencionar de esta manera la definición de lo que es una enfermedad catastrófica según el MSP (2012):

### **Enfermedad Catastrófica:**

Son aquellas patologías de curso crónico que supone un alto riesgo para la vida de la persona, cuyo tratamiento es de alto costo económico e impacto social y que por ser de carácter prolongado o permanente puede ser susceptible de programación. Generalmente cuenta con escasa o nula cobertura por parte de las aseguradoras.

### **Criterios de Inclusión para las enfermedades catastróficas:**

Que implique un riesgo alto para la vida;

Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente;

Que su tratamiento pueda ser programado;

Que el valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al valor de una canasta familiar vital, publicada mensualmente por el INEC; y, que su tratamiento o intervención no pueda ser cubierto, total o parcialmente, en los hospitales públicos o en otras instituciones del Estado Ecuatoriano, lo cual definirá el Ministerio de Salud Pública.

**Tomado de:** (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012)

Es importante ubicar que este trabajo de sistematización de las prácticas tendrá 3 partes consideradas relevantes que son el marco teórico de referencia, la metodología de la investigación del desarrollo de la experiencia y el análisis e interpretación de los resultados. Así mismo es pertinente precisar que el marco teórico de referencia estará subdividido; a su vez, en dos partes: el enfoque médico y el enfoque psicológico.

En el enfoque médico se darán conocer las patologías de VIH/SIDA y Hemiplejía por medio de diferentes ítems que son de mucha importancia para un mayor conocimiento de estas enfermedades además de explicar el cómo actúan en el cuerpo y como pueden ser tratadas desde el campo de la medicina; por el lado del VIH/SIDA se tratarán temas como: los antecedentes del virus, teorías de cómo se inició; definiendo y diferenciando el VIH del SIDA, vías de transmisión, cuales son los tratamientos médicos que se les puede dar y se hablaran de ciertos mitos del imaginario social que rondan en el VIH/SIDA.

Por el lado de la Hemiplejia se tomará en cuenta las dos situaciones que pueden producir dicho diagnóstico como lo son el Accidente Cerebro Vascular y el Traumatismo Craneoencefálico. De ambos cuadros clínicos se expondrán sus causas, consecuencias, tipos de tratamientos.

En la segunda parte del marco teórico de referencia se abordará el enfoque psicológico. Este enfoque encerrará temas como el cambio de calidad de vida en el paciente con las enfermedades anteriormente mencionadas y cómo estas enfermedades fomentan a la formación de manifestaciones psicológicas que muchas veces entorpecerán el tratamiento que deben llevar. Estas manifestaciones nombradas anteriormente son malestares que cada paciente va formando y demostrando a partir del momento de tener la noticia del diagnóstico, y dentro de ésta parte de la sistematización, se irá explicando cada una de ellas citando a diversos autores. Para finalizar el enfoque psicológico trataremos el tema del proceso de duelo.

Continuando con las divisiones del trabajo de sistematización el siguiente punto que se tomará en cuenta será la metodología de la investigación del desarrollo de la experiencia siendo este punto donde se exhibirán los métodos y las técnicas que se utilizaron para el desarrollo del presente trabajo, siendo por ejemplo el método clínico y utilizando como técnicas, las entrevistas que se le realizaron a los pacientes del área de Medicina Interna y los pacientes del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, las que permitieron formar los casos y poder diferenciar cuales son los malestares psicológicos que más se presentan en los usuarios y cuáles son los que tienen en común las personas con diagnósticos de VIH/SIDA y Hemiplejía.

Siguiendo la línea del trabajo de sistematización el siguiente punto a trabajar será el análisis e interpretación de resultados, esto se dará por medio del análisis y presentación de los casos. En este punto se desarrollaran la presentación de cuatro casos, dos de pacientes con diagnósticos de VIH/SIDA y dos con el diagnóstico de Hemiplejia en donde se mostrarán alguno de los malestares psicológicos anteriormente mencionados en el marco teórico de referencia y cómo a través de la intervención de las psicólogas practicantes se produjo una resignificación de dichos malestares que permitieron un cambio en la forma de afrontar su estado orgánico, posibilitando un implicación en sus tratamientos.

## CONTEXTO DE LA SISTEMATIZACIÓN

En el último año de la carrera la experiencia de las prácticas pre-profesionales y el trabajo de titulación son requisitos previos para la obtención del título de Licenciados en Psicología Clínica. El objetivo de la práctica, es vivir la experiencia clínica en diversas plazas asignadas por la carrera en coordinación directa con la dirección de prácticas y así vincular los conocimientos teóricos con la praxis en la práctica hospitalaria. Es de esta manera que se nos designa realizar esta experiencia en el Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo ubicado al sur de la ciudad de Guayaquil, bajo la supervisión de la Dra. Nora Guerrero de Medina.

El Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo, es una institución que nació en la década de los setenta durante la presidencia del Dr. José María Velasco Ibarra. El progreso del Hospital al paso del tiempo lo ha situado entre en la medicina del país como el más vanguardista, siempre pendiente de las nuevas tecnologías y nuevas especialidades para implementarlas y dar un mejor servicio a los afiliados. La institución ha mantenido su nivel de atención a los usuarios con estándares aceptables, para lograr así una mayor atención. Es de este modo que a lo largo de los años el Hospital toma el liderazgo en ciertas acciones médicas como la cirugía cardiovascular, la nefrología y el trasplante de riñón entre otras.

Consideramos pertinente ubicar en esta parte del trabajo la misión y visión del Hospital, las mismas que fueron tomadas de la página de internet de dicha institución:

### **Misión**

Ser una Unidad de Salud del III Nivel, que preste servicios integrales y especializados, enmarcados en la calidez humana y el sentido social de la Seguridad Social. Ofrecer servicios de calidad en función de la satisfacción de nuestros usuarios de la Red.

Contribuir a garantizar la excelencia académica en la formación

de profesionales en el área de la Salud, y fomentar la Investigación científica. La Salud es nuestro compromiso de vida.

### **Visión**

Ser una Unidad Médica Líder del Seguro de Salud del IESS, cumpliendo con la responsabilidad social en materia de prestación de servicios de salud oportunos, con calidez y eficiencia, otorgando servicios médicos de alta calidad a través del desarrollo de nuestro talento humano. Impulsando la Investigación científica y el desarrollo tecnológico dentro de las políticas de mejoramiento continuo. Siendo una organización auto-sustentada que mide permanentemente su desempeño mediante indicadores de gestión, de productividad y de calidad previamente definidos y conocidos por todos sus miembros.

**Tomado de:** Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo

La institución hospitalaria cuenta con varias especialidades para la atención a los afiliados pero en este trabajo de sistematización nos centraremos en dos áreas específicas: el área de Medicina Interna y el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

Dentro del área de Medicina Interna se encuentran pacientes con afecciones tales como: VIH/SIDA, tuberculosis, hepatitis, entre otras enfermedades oportunistas que se dan ante la presencia del virus de insuficiencia humana o el síndrome de inmune deficiencia adquirida. El área de Medicina Interna está conformada por siete doctores que son los que atienden y están constantemente pendientes de los pacientes, por si llegaran a tener alguna descompensación por la delicada situación clínica en la que se encuentran. Entre el grupo de trabajo del departamento están; los doctores, los enfermeros, ayudantes de enfermería y la trabajadora social.

En el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación se encuentran pacientes con las siguientes dificultades: hemiplejía debido a accidente cerebro vascular, afasias, paresias, hemiparesias, cuadriplejía, pacientes con amputaciones en extremidades superiores o inferiores. A demás en este servicio están incluidas: dos áreas de terapia física, un área de terapia ocupacional, médicos fisiatras y terapeutas de lenguaje.

## OBJETO

El objeto de estudio del presente trabajo fueron los pacientes de las áreas de Medicina Interna y los del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil.

En el área de Medicina Interna se trabajó mayormente con pacientes con el diagnóstico de VIH o de SIDA, siendo esta la causa que motivó su ingreso al hospital. Sin embargo es pertinente ubicar que los pacientes con dicho diagnóstico que se decidieron incluir en la presente sistematización fueron aquellos que recién estuvieron conscientes de su estado. Por otra parte se considera mencionar que el rango de edad de los pacientes del área osciló entre los 18 a los 40 años, la mayoría fueron varones y estuvieron acompañados por sus familiares más cercanos, quienes sumaban aportes precisos para tener mas clara la situación particular del paciente.

Entre las mayores dificultades que se pueden encontrar en esta área son la presencia de temor y vergüenza por parte de los pacientes frente a un diagnóstico de VIH, sumándole a ello el desconocimiento de lo que en verdad implica su enfermedad. Podríamos interpretar la presencia del temor y la vergüenza por el hecho de que muchas veces se estigmatiza socialmente a la persona que recibe un diagnóstico de VIH, por ello la mayoría de pacientes prefieren no decirlo evitando de esta manera la posibilidad de ser rezagados, etiquetados, menospreciados, discriminados o juzgados.

Lo anteriormente mencionado contribuye a que estos pacientes se cierren o estén en posición de negación frente a la idea de ser portador/a del virus, es así como se observará en algunos casos la no aceptación de su enfermedad, siendo más difícil el trabajo médico y psicológico. Incluso el imaginario social que mantiene la idea: "VIH = Muerte", puede provocar que el paciente no quiera aceptar ayuda alguna por la creencia de que *"ya da igual todo, si de todas formas voy a morir"*.

En el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación se trabajó con diversos pacientes con impedimento físico, pero en el presente trabajo se tomarán en cuenta los casos que presenten el diagnóstico de hemiplejía después de haber sufrido un accidente cerebro vascular. Especificado esto es importante destacar que los pacientes que fueron atendidos con este diagnóstico se encontraban; la mayoría, entre las edades de 30 a 60 años de edad, asistiendo además de la consulta psicológica a las terapias física y ocupacional.

La mayoría son derivados por los licenciados de las áreas anteriormente mencionadas, muchos de los pacientes son varones y van a las terapias acompañados de sus parejas, lo que le permite al psicólogo tener una referencia del entorno familiar del paciente. Las dificultades más recurrentes de los pacientes giran en torno a la frustración por no poder realizar sus actividades de manera normal, lo que acarrea que muchos de ellos sufran de depresión al tener presente que su enfermedad les causará un impedimento físico.

## **OBJETIVOS DEL PROCESO DE LA SISTEMATIZACIÓN**

### **— OBJETIVO GENERAL:**

Comparar la relación del diagnóstico médico y el cambio en la calidad de vida como desencadenantes del malestar psicológico en los pacientes que han recibido los diagnósticos de VIH/SIDA o de Hemiplejía, mediante la exposición de casuística, para elaborar una tentativa de abordaje psicológico para los pacientes del área de Medicina Interna y el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

### **— OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Identificar cuáles son los efectos psicológicos que se desencadenan en los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA y Hemiplejía, mediante las entrevistas clínicas que se dieron durante la experiencia de la práctica pre-profesional para establecer cuáles fueron los de mayor incidencia.
2. Relacionar el cambio en la calidad de vida que se presentan en los pacientes con VIH/SIDA y Hemiplejía, mediante los datos recopilados en las entrevistas clínicas durante la experiencia de la práctica pre-profesional para establecer cuáles son los más comunes en estos casos.
3. Determinar la importancia del psicólogo clínico como parte del equipo asistencial en el trabajo con los pacientes del área de Medicina Interna y del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, mediante el análisis de los casos atendidos durante la práctica pre-profesional, para elaborar una tentativa de abordaje psicológico.

## EJE DE LA SISTEMATIZACIÓN

La presente sistematización estará estructurada a partir de los siguientes ejes:

- **Marco teórico de referencia:** Este eje se desarrollará a partir de dos posturas; en primer lugar se trabajará con el enfoque médico, en donde se desarrollarán puntos relevantes para la comprensión de las enfermedades orgánicas que abordamos en este trabajo de sistematización. En segundo lugar estará presente el enfoque psicológico, en donde se abordarán las diferentes manifestaciones emocionales que se pondrán de manifiesto en los pacientes luego de recibir los diferentes diagnósticos. Además en este apartado se trabajará el duelo como respuesta que desarrollan estos pacientes para asumir los cambios de su calidad de vida.
- **Metodología de la investigación del desarrollo de la experiencia:** En este eje se encontrará desarrollado el método utilizado para trabajar la casuística en el trabajo de sistematización, también se desarrollarán las técnicas y recursos que fueron empleados para la realización del mismo.
- **Análisis e interpretación de resultados:** Es en este espacio; a partir de los casos que se abordaron durante el tiempo de las prácticas pre profesionales, que se podrá dar a conocer cómo la intervención del Psicólogo Clínico puede ayudar a sobrellevar el proceso de duelo del paciente, el mismo que deberá afrontar al momento de conocer su diagnóstico.

## **MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA**

### **PRIMERA PARTE: ENFOQUE MÉDICO**

En esta primera parte del marco teórico de referencia será el momento de la sistematización de las prácticas en donde se dará a conocer las patologías de los pacientes que se escogieron como objetos de estudio para este trabajo, abordando el enfoque médico de las enfermedades, mostrando que implican, cómo se producen y qué tipo de tratamiento se le da a dichos padecimientos como el VIH/SIDA en el área de Medicina Interna y la Hemiplejía en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

Se iniciará; en este apartado, con el VIH/SIDA que es la patología que encontramos en el área de Medicina Interna y posteriormente se hablará de la Hemiplejía que es uno de los diagnósticos que presentan los pacientes del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

#### **Diagnósticos del Área de Medicina Interna**

##### **¿Qué es el VIH y como llega a ser SIDA?**

En esta primera parte de la sistematización se va plantear diferentes puntos que son relevantes para la comprensión de esta parte del marco teórico de referencia, en donde se dará un breve resumen de los antecedentes de las teorías más actuales de la génesis del virus del VIH. Dicha especificidad dará pautas mas precisas para diferenciar entre lo que implica ser portador del virus del VIH y el paciente que siendo portador se encuentra ya en etapa de SIDA como enfermedad. Además se puntualizarán en este apartado las actuales formas tratamiento, las formas de contagio y los mitos que se impregnaron en el imaginario social y que siguen teniendo en ciertos casos vigencia en torno a lo que es el VIH y el SIDA.

### **Antecedentes históricos del virus.**

Si se plantea en este punto de la sistematización hacer una especie de historización de la aparición de la pandemia del VIH/SIDA es necesario ubicarnos en la década de los 80 del siglo pasado, ya que es en éste momento histórico en donde se logran detectar los primeros casos de pacientes portadores del virus del VIH.

Como lo trae el sitio web de la Universidad de Palermo (2010), lo que llamaba la atención en aquel entonces era la aparición cada vez más frecuente de cuadros de neumonía y de sarcoma de Kaposi de manera conjunta en grupos de homosexuales de la costa oeste de los Estados Unidos, es en esta circunstancia que las autoridades sanitarias inician una investigación mas exhaustiva del hecho y llegan a la conclusión que en este grupo de pacientes existía una disminución de un tipo de células sanguíneas llamadas linfocitos T CD4 y es en 1983 que se realizó una investigación para conocer el origen de lo que se estaba presentando y se dio como resultado que dos retrovirus conocidos como HTLV1y HTLV2 eran los que atacaban a los linfocitos T.

Determinado esto la enfermedad pasó a conocerse en lo posterior como “*La Peste Rosa*” relacionando la aparición de las manchas rosas en la piel con la orientación homosexual de la mayoría de sus portadores. Es importante ubicar como año clave a 1984, año en donde se consiguió identificar el virus responsable de la enfermedad; el virus del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), es con esta investigación que se dio a conocer que no solo afectaba a personas homosexuales como se creía hasta entonces sino que se transmitía por medio de los fluidos sexuales y la sangre a personas también heterosexuales.

Fue durante este mismo año; 1984, que con la intención de querer aislar el virus del SIDA para contribuir con la posterior realización de investigaciones

que un equipo médico del Instituto Pasteur en Francia logran desarrollar un anticuerpo que identificará a los infectados entre los grupos de riesgo.

Es importante mencionar en esta sección; en donde hablamos de la historia de este mal, que durante la segunda mitad de la década del ochenta, después de que el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos diera a conocer informes sobre el SIDA, se llevaron al extremo prácticas de aislamiento social hacia los infectados, existiendo discriminación no solo por parte de extraños sino también de parte de sus familiares y amigos, fundamentados en los miedos por contraer el virus fruto del desconocimiento de las formas de contagio que no se tenía tan precisas en aquel momento.

Lo desarrollado en el párrafo anterior gana relevancia en la siguiente cita textual que se ha tomado en cuenta “Una de las consecuencias de concentrar la atención en la comunidad homosexual, fue la propagación sin control de la enfermedad entre heterosexuales, más en concreto en zonas más desprotegidas como África, Asia o Europa Oriental.” (inspiration.org, 2009)

### **Versiones más actuales de la génesis del VIH**

En este momento del trabajo de sistematización trataremos de dar una de las versiones más actuales sobre el origen de esta pandemia. Como teoría principal y la más aceptada es la mutación que tuvo el virus de inmunodeficiencia del Simio, para que pudiera llegar a los humanos y provocar sintomatología en ellos.

Ainhoa Iriberry (2014) en su artículo “Kinshasa, 1920: el principio del VIH” nos da a conocer que mediante investigaciones se ha llegado a determinar en dónde se dio el origen de este mal que se ha convertido en la pandemia del siglo. Comenta que la fecha crucial fue 1920 y el lugar Kinshasa capital

de la República Democrática del Congo, su artículo se basa en la investigación hecha por la Universidad Vigo en donde el Dr. David Posada (2014) afirma que el virus original VIS tuvo que pasar por trece saltos o mutaciones para poder llegar a los humanos, afirma que en Kinshasa es el lugar de origen del virus; debido a que es el lugar con mayor diversidad de mutaciones genéticas que actualmente tiene además de ser el lugar en donde se tiene reporte de los primeros casos del SIDA.

Cómo llegó a la ciudad un virus puramente simio lo explican también los autores: la primera transmisión se dio en el sur de Camerún, donde se han localizado las cepas de VIS más similares al grupo M. Ahí, algún cazador fue el receptor del primer virus humano y probablemente los transportó hasta Kinshasa en *ferry*, a lo largo del río Sangha. (Iriberry, 2014)

Comenta Posada (2014) que aunque los primeros casos fueron conocidos por ciudadanos de Estados Unidos en especial personas de San Francisco, ya desde mucho antes el virus estaba instalado en África. Al parecer se pudo regar por todo el continente por el tren que fue el transporte más utilizado en las ciudades, lo que hizo que las personas que portaban el virus pudieran llevarlo consigo a otras partes. Los diferentes tipos de colonizaciones y movimientos demográficos fueron lo que permitieron que se inicie así la pandemia.

### **Diferenciación entre el VIH y SIDA**

En los puntos anteriores se comentó el origen y cómo se dieron los antecedentes históricos que le pusieron nombre a este virus. Es en este momento de la sistematización que sería adecuado poder definir que es VIH y que es SIDA, porque aunque muchas personas piensan que es lo mismo no lo es, no obstante se afirma que el virus es lo que deriva la enfermedad. Por otra parte se hablará en esta sección del presente apartado cuáles son los tratamientos que se pueden dar dependiendo de cómo va la enfermedad y cuáles son las vías de transmisión.

## **Definición de VIH**

### **Virus de Inmunodeficiencia Humana**

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. (OMS, 2014)

Como nos dice la Organización Mundial de la Salud (OMS) el VIH es un virus que ataca al sistema inmunológico provocando que este no funcione como debe o simplemente que no cumpla más su función. De este modo será el mismo organismo incapaz de poder defenderse posibilitando que todo tipo de infección que ingrese al cuerpo pueda desarrollarse en él, ya que el sistema inmunológico no podrá producir de esta manera glóbulos blancos o los anticuerpos que puedan eliminar las infecciones que ya son huéspedes de las personas que posean esta enfermedad.

Como se mencionó anteriormente las células atacadas son los Linfocitos T CD4, que son un tipo de células sanguíneas que están encargadas de producir los anticuerpos necesarios. Como se pudo rescatar del portal *web* Fundación Descida (2014), fundación localizada en Buenos Aires, que trabaja exclusivamente con el VIH/SIDA, cuando el virus ingresa al cuerpo ingresa en los linfocitos T CD4, ingresando en su material genético provocando un deterioro de estas células y cuando se regeneran vienen con una nueva misión que es de atacar los anticuerpos. Durante esa etapa puede que el portador no note la presencia del virus y que pasen muchos años hasta que éste llegue a manifestarse por medio de síntomas, normalmente cuando se generan estos signos el virus está muy avanzado.

## **Definición de SIDA**

### **Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida**

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH. (OMS, 2014)

Como se puede leer en la definición que la Organización Mundial de la Salud nos da del SIDA se puede ver claramente cuál es la diferencia con el VIH, el SIDA es un estadio más avanzado de la infección por VIH. Es por esto que cobra de esta forma relevancia lo que se mencionó anteriormente que la enfermedad (SIDA) se deriva del virus que es el VIH.

Se podría definir en otras palabras que el SIDA ya es la parte final del virus cuando ya el organismo no puede producir más defensas ante los retrovirales (VIH) y solo le queda soportar las infecciones que lleguen. No se podría mencionar mucho del SIDA sino resumir que es la fase final y la etapa más avanzada del virus del VIH y donde normalmente las enfermedades oportunistas, como se conocen a todas las infecciones que tiene el cuerpo a raíz que no se tiene defensas, toman al organismo de forma más severa. Así mismo pueden llegar aparecer manchas color rosadas en la piel, como mencionamos en los antecedentes que llegaban aparecer a las personas que ya tenían la enfermedad en un estado mas avanzado.

Cuánto puede pasar sin que el VIH se transforme en SIDA es una interrogante difícil de responder, porque puede variar de persona a persona pero la Organización Mundial de la Salud a propósito de esto refiere:

Este periodo puede variar mucho de una persona a otra. Si no se da tratamiento, la mayoría de los infectados por el VIH presentan signos de enfermedad al cabo de 5 a 10 años, aunque el periodo puede ser más breve. El tiempo que transcurre entre la infección por el VIH y el diagnóstico de sida puede variar entre 10 y 15 años, a veces más. El

tratamiento con antirretrovíricos puede hacer más lenta la evolución porque evita la multiplicación del virus y, en consecuencia, disminuye la cantidad de virus presente en la sangre del individuo infectado (la llamada «carga vírica»). (OMS, 2014)

Como nos da entender esto todo dependerá de la carga viral que presente la persona, es esto lo que define el momento que deja de ser el virus y empieza a ser la enfermedad.

### **Tratamiento médico posible ante el virus y la enfermedad**

Después de la diferenciación que se ha realizado entre lo que se conoce como VIH y SIDA, además de haber mostrado todo lo relacionado con la génesis de este virus y cómo el mismo pasó de los animales a los hombres, es oportuno hablar sobre cómo se le puede dar un tratamiento médico al mismo.

Como es de conocimiento general ni el VIH ni el SIDA tienen cura, sin embargo es importante mencionar que hoy en día se tiene formas de que la carga viral se retrase un poco en el organismo de la persona portadora, es ahí donde entran los antirretrovirales que se definirían como “productos que se utilizan para tratar y prevenir la infección por el VIH. Actúan deteniendo o alterando la reproducción del virus en el organismo, lo que disminuye la carga vírica.” (OMS, 2014). Es así que estos farmacos son lo que ayudan a que se disminuya la carga viral permitiendo que el cuerpo aumente sus defensas y pueda mantenerse en mejor estado.

Para tener una mayor comprensión de esto es importante recoger lo que manifiestan Josep M. Gatell, Laura Zamora Talló y Felipe García (2011), comentan que el inicio del tratamiento depende de la cantidad de linfocitos TCD4 que existan en la sangre, mencionan además que cuando es inferior a 350 por mililitro es que se establece el inicio y cuál será el esquema de tratamiento. Debido a que este tratamiento debe ser para toda la vida el

paciente debe tener la disposición para seguirlo ya que si este no es disciplinado con el mismo se dará en su organismo un aumento de la carga viral y el virus podría generar resistencia al tratamiento.

Se puede saber que el tratamiento está surtiendo efecto cuando la carga viral no se puede detectar lo que quiere decir que el virus ha dejado de multiplicarse.

Es importante recalcar que estos antiretrovirales tienen distintos tipos de familias porque deben ser administrados en esquemas en diferentes momentos del virus y dependiendo de la necesidad del paciente.

García et al. (2011) nos da la siguiente lista de las familias de los antiretrovirales:

- **Inhibidores de la entrada.** Son fármacos que inhiben la entrada del VIH en la célula CD4. Estos fármacos son: **Enfuvirtida y Maraviroc**
- **Inhibidores de la transcriptasa inversa.** Fueron los primeros fármacos que se utilizaron. Actúan sobre el enzima del VIH (transcriptasa inversa) que convierte el ARN del virus en ADN que se integrará en el ADN de la célula CD4 humana. Estos fármacos son **Abacavir, Didanosina, Emtricitabina, Estavudina, Lamivudina, Zidovudina, Tenofovir, Efavirenz, Etravirina y Nevirapina**
- **Inhibidores de la integrasa.** Inhiben la integración del VIH en el material genético de la célula humana infectada. Únicamente está comercializado actualmente **Raltegravir**
- **Inhibidores de la proteasa.** Empezaron a utilizarse en 1996. Estos fármacos poseen una actividad muy potente frente al VIH y actúan en una fase tardía del ciclo replicativo, inhibiendo la acción del enzima proteasa que corta las nuevas cadenas de proteínas del VIH que se han formado en el interior de la célula humana infectada para formar los nuevos virus. Estos fármacos son **Atazanavir, Darunavir, Fosamprenavir, Lopinavir, Saquinavir y Tipranavir.**  
**Tomado de:** (García, Zamora Talló, & Gatell., 2011)

Así mismo García et al. (2011) comentan que las últimas dos familias de los antiretrovirales solo son usadas en situaciones en las que el paciente no

tolera la medicación común o el tratamiento con las demás familias ha fracasado.

El tratamiento antirretroviral es muy eficaz. La causa más frecuente del fracaso terapéutico es la falta de cumplimiento del tratamiento prescrito. El tratamiento hay que tomarlo de por vida, y aunque se ha simplificado mucho, hay que realizarlo correctamente para evitar fracasos terapéuticos y la eventual selección de cepas virales resistentes. (García, Zamora Talló, & Gatell., 2011)

El tratamiento para el SIDA es el mismo tratamiento de antiretrovirales que para el VIH sino que cambia la combinación del esquema y las dosis que se deben administrar al enfermo.

### **Vías de transmisión del virus**

Es adecuado mostrar cuales son las vías de transmisión del virus ya que evitando estas circunstancias o teniendo precaución es poco probable que ocurra un contagio. Dicho esto se considera importante ubicar parte de un documento publicado por la UNESCO en el año 2004 en donde menciona las formas posibles de transmisión del virus:

El VIH se propaga a través del contacto sexual con una persona afectada por la enfermedad, a través del intercambio de agujas y/ o jeringas (utilizadas principalmente para inyectarse drogas) con personas enfermas o, menos comúnmente - rara vez en la actualidad dado que los países buscan anticuerpos del VIH en los bancos de sangre – a través de transfusiones de sangre o factores de coagulación de la sangre, que se encuentren contaminados. Adicionalmente, es posible que el bebé que una mujer VIH positiva haya dado a luz pueda contraer la infección antes o durante el nacimiento o después de éste durante el período de lactancia.

Dentro del ámbito del cuidado de la salud, se ha sabido de trabajadores que han contraído el VIH después de haberse pinchado con agujas que contienen rastros de sangre infectada o, en forma menos frecuente, en circunstancias que sangre contaminada ha logrado introducirse en una herida abierta o en una membrana mucosa (por ejemplo, en los ojos o al interior de la nariz). (UNESCO, 2004)

Como nos dice claramente la cita anterior la transmisión del VIH se da por medio de los fluidos sexuales y por medio de la sangre que llegue a entrar al torrente sanguíneo de la persona o en el caso de los bebés que se dé por medio de contagio vertical, es decir de madre a hijo durante el embarazo, parto o lactancia. Si durante la relación sexual no existe un contacto de los fluidos de las personas implicadas no se puede dar el contagio, por eso se dan usualmente las campañas de “Sexo seguro y responsable” que hablan de tenerlas pero usando preservativo, para poder prevenir enfermedades de transmisión sexual por ejemplo el VIH o el VPH o un embarazo no deseado.

También se puede decir que una manera de prevenir el contagio es evitar la promiscuidad ya que cuando una persona tiene múltiples parejas sexuales es muy común que termine contagiado de VIH porque no hay una seguridad que esas parejas no estén infectadas. De igual manera toma relevancia el hecho de aquellas personas que solicitan de manera continua los servicios de trabajadores sexuales.

### **Mitos sociales entorno a la enfermedad**

En esta parte del trabajo de sistematización se mostrarán ciertos mitos que están alrededor del virus y la enfermedad, los cuales provocan ciertos prejuicios de la sociedad a las personas que los portan. A continuación se presentaran:

- **El VIH solo se da entre personas homosexuales:** No es así el virus puede ser contraído por cualquier persona sin importar raza ni orientación sexual. Si se da la condición de que se exponga a fluidos sexuales o sangre de un infectado puede contagiarse. Como fue mencionado en los antecedentes el SIDA fue llamado “La peste Rosa” por que se creía que se daba solo entre homosexuales esto fue lo que permitió que el virus se convirtiera en una pandemia, por que las personas heterosexuales no tenían ningún tipo de cuidado.

- **El VIH se contagia con el contacto meramente físico:** Cuando se dio el *boom* del VIH la mayoría de las personas empezaron a excluir socialmente a sus conocidos o familiares que eran portadores del virus por el temor que con el simple contacto con ellos pudieran ser contagiados. Actualmente se conoce que por tocar, darle la mano o darle un beso en la mejilla a una persona que es portadora no se dará un contagio del virus porque como ya se explicó anteriormente esto solo será posible si se da un contacto con la sangre o los fluidos sexuales de la persona infectada.
- **El VIH/SIDA solo les da las personas con conductas inmorales o indecentes:** Este mito esta basado solamente en prejuicios de que la persona portadora del VIH/SIDA fue una persona promiscua ya que si nos remitimos a los datos epidemiológicos de finales de los años ochenta, muchos contagios se dieron por transfusiones de sangre o por la utilización de implementos odontológicos o quirúrgicos mal esterilizados. Así mismo se presentan los casos de niños nacidos con VIH por la falta de conocimiento en sus madres de programas para evitar la trasmisión vertical.
- **Se puede contagiar el VIH por medio de la saliva, el sudor o en un beso:** Volviendo a tomar el trabajo realizado por la UNESCO este menciona que no existe base para creer que sea así, que en ninguno de esos casos es posible que el virus se transmita, solo en el caso del beso cuando por una llaga o una herida dentro de la boca pueda entrar la sangre de la persona infectada al torrente sanguíneo de su pareja, es en la única circunstancia en la cual se podría dar el contagio. Entonces la antigua creencia de que por comer del mismo plato, vaso o tocar el sudor de una persona que se sabe que es portador es totalmente falsa, como se vuelve a plantear solo se

puede dar el contagio si hay un contacto con los fluidos sexuales o con la sangre.

- **Se puede transmitir el VIH por medio de los insectos:** Desde el inicio de la pandemia se ha dado esta gran duda si es posible que un mosquito o algún insecto sea capaz de traspasar el VIH de una persona a otra. Se han dado muchas investigaciones y en todas ellas se ha dado como resultado que la actividad de los insectos no ayuda a que el virus sea transmitido, porque en zonas con alta cantidad de mosquitos el virus no se ha encontrado en niños o en adultos mayores más bien se dan en los adultos con vidas sexuales activas pero para tener una explicación científica de por qué los insectos no son una vía de transmisión se citará un fragmento del mismo documento de la UNESCO trabajado con anterioridad:

Los resultados de experimentos y observaciones sobre el comportamiento de insectos picadores revelan que cuando un insecto pica a una persona, éste no inyecta su propia sangre, o la sangre de una persona o animal que ha sido picado previamente, a la siguiente persona. En lugar de esto, inyecta su saliva que sirve de lubricante o anticoagulante de manera que el insecto se pueda alimentar en forma eficiente. Las enfermedades como la fiebre amarilla se transmiten a través de la saliva de especies específicas de mosquitos.

No obstante, el VIH vive muy poco tiempo dentro del insecto y, contrariamente a los organismos transmitidos por picaduras, el VIH no se reproduce (ni sobrevive) en su interior. En consecuencia, incluso si el virus penetra al interior del mosquito u otro insecto succionador, este último no resultará infectado y por lo tanto no podrá transmitir el VIH a la próxima persona que pique. No se ha detectado la presencia del VIH en las heces de insectos. (UNESCO, 2004)

Como se puede leer la dinámica de la picadura del mosquito no provoca contacto de una sangre con la otra lo que no permite que se dé un contagio del VIH.

- **El pensamiento de “VIH=Muerte”:** Este es un mito que se podría decir que tiene una base de verdad porque anteriormente cuando las personas se enteraban que eran portadoras del VIH, la detección se lo hacía en un momento bastante avanzado de la infección, es decir su situación ya había evolucionando en SIDA, esto contribuía a que las tasas de mortandad sean altas y la persona fallecía por lo tanto rápidamente. Sin embargo en la actualidad aunque aún no exista una cura ni para la presencia del virus ni para acabar con la enfermedad, si existen posibilidades para controlar la carga viral, es así que se tiene el método de los antirretrovirales.

## **Diagnósticos del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación**

Dentro del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación se detectan, se valoran y se brinda atención especializada a pacientes con discapacidad física como consecuencia de alguna enfermedad vascular. Dentro de esta primera parte correspondiente al enfoque médico, se tratará sobre la Hemiplejía como resultado de un Accidente Cerebro Vascular, o de alguna otra enfermedad que afecte los hemisferios cerebrales, como el Traumatismo Cráneo Encefálico, es por este motivo que en nuestro marco teórico de referencia se dará una breve explicación de estas tres enfermedades, las causas y efectos físicos que conlleva el poseerlas así como el tratamiento a seguir para obtener una recuperación.

### **Accidente Cerebro Vascular**

#### **Definición de lo que es un Accidente Cerebro Vascular**

El **Accidente Cerebro Vascular (ACV)** forma parte de un grupo de enfermedades que afectan al encéfalo, además es un problema de salud que afecta a personas sin importar sexo o edad. Es una de las principales

enfermedades que causan de invalidez en las personas adultas especialmente a las personas de la tercera edad.

Así también el ACV o también conocida como *Ictus* es parte de un grupo de enfermedades que afectan al encéfalo. La revista Medline Plus indica que un ACV se da cuando el flujo de sangre que se dirige a una parte del cerebro se detiene y por ende el cerebro no puede recibir nutrientes y oxígeno por lo que las células cerebrales pueden morir, lo que causa daño permanente”. (Medline Plus, 2014). Esta enfermedad desencadena múltiples situaciones como la invalidez y en algunos casos la muerte.

### **Principales causas que determinan en la persona un Accidente Cerebro Vascular**

En la actualidad debido a una variedad de factores que ponen en riesgo la salud, aparecen enfermedades tales como: hipertensión, diabetes, problemas coronarios; las mismas que son causales para que una persona tenga mayor predisposición de sufrir o desarrollar un accidente cerebro vascular.

Es importante mencionar que otra de las variables que podría motivar un accidente cerebro vascular es la edad avanzada del paciente, así mismo resulta pertinente ubicar que estudios realizados por expertos han demostrado que un gran porcentaje de personas que han sufrido de un ACV tienen en sus antecedentes familiares rastros de esta condición, por lo tanto el factor hereditario aquí cobra relevancia. (Medline Plus, 2014)

Según la revista Medline Plus (2014) el riesgo de accidente cerebrovascular también se da en pacientes con las siguientes características:

- Mala circulación en las piernas causadas por estrechamiento de las arterias.

- Las personas que tienen hábitos de un estilo de vida malsano tales como el tabaquismo, la dieta rica en grasa y la falta de ejercicio.
- Las mujeres que toman píldoras anticonceptivas (especialmente las que fuman y son mayores de 35 años).

**Tomado de:** Medline Plus, 2014

Pero ¿Cómo saber que se está sufriendo de un accidente cerebrovascular? Muchas veces, la persona no se da cuenta que ha tenido un accidente cerebro vascular, los síntomas se presentan inesperadamente y muchas veces sin avisar. La revista médica anteriormente mencionada; “Medline Plus”, en su sitio *web* cita varios síntomas que alertan un ACV, a continuación detallaremos algunos síntomas dados por ese portal:

Se puede presentar un dolor de cabeza, si el accidente cerebrovascular es causado por sangrado en el cerebro. El dolor de cabeza:

- Comienza repentinamente y puede ser intenso.
- Puede empeorar al estar acostado
- Lo despierta a uno.
- Empeora cuando se cambia de posición o cuando se agacha, hace esfuerzo o tose.

**Tomado de:** Medline Plus, 2014

Es necesario diferenciar que existen dos tipos de ACV: Isquémico y Hemorrágico. El ACV Isquémico es cuando un vaso sanguíneo es bloqueado por un coágulo de sangre, si la arteria que colapsa debido al coágulo es muy estrecha, se denomina un ACV Trombótico, pero si el coágulo se da en algún lugar diferente del cuerpo y se desplaza al cerebro, se denomina ACV Embólico.

El ACV Hemorrágico se da cuando los vasos sanguíneos se revientan debido a un cuadro de presión arterial alta lo que ocasiona que la sangre se

escape por el cerebro y no se oxigene, causando la llamada muerte cerebral, o derrame cerebral.

Hay que tener en cuenta que un ACV Isquémico puede ser el detonante de un ACV Hemorrágico, si no se toman las medidas médicas oportunas ya que si existe un ACV Isquémico y es tratado a tiempo con medicinas para que se disuelva rápidamente el coágulo de sangre se puede evitar un ACV Hemorrágico.

### **Efectos físicos tras un diagnóstico de Accidente Cerebro Vascular**

Son varios los efectos que se presentan en las personas que han sufrido un ACV, entre ellos se encuentran enfermedades neurológicas como: Hemiplejía, afasias, paresias, cuadriplejia. Al perder ciertas habilidades en el cuerpo, el paciente, sobreviviente a un ACV, deberá realizar tratamientos de rehabilitación ya sea física, ocupacional o de lenguaje, sobre todo para lograr nuevamente la independencia del paciente en actividades básicas como lo es vestirse, peinarse, bañarse. La rehabilitación ayuda a que los sobrevivientes de un accidente cerebrovascular aprendan de nuevo las habilidades que pierden cuando se dañan partes de su cerebro.

### **Traumatismo Craneoencefálico**

#### **Definición de lo que es un Traumatismo Craneoencefálico**

Tal como lo señala el Servicio de Neurorehabilitación de Hospitales Nisa (2013); en su sitio web, un **Traumatismo Craneoencefálico (TCE)** es “una afectación del cerebro causado por una fuerza externa que puede producir una disminución o disfunción del nivel de conciencia y que conlleva una alteración de las habilidades cognitivas, físicas y/o emocionales del individuo”. Estas contusiones pueden causar una muerte inmediata o dejar alguna lesión neurológica que conlleva a que el paciente (la mayoría jóvenes) tenga algún tipo de discapacidad física.

Existen dos tipos de TCE:

1. TCE Cerrado.
2. TCE Abierto o Penetrante

La revista médica Medline Plus (2014) define el TCE Cerrado como un fuerte golpe en la cabeza contra un objeto, pero que dicho impacto no fue lo suficientemente fuerte como para romper el cráneo. Mientras que el TCE Abierto o Penetrante sucede cuando el golpe que se ha producido en la cabeza es bastante violento a tal punto de romper el cráneo e ingresar al cerebro.

Es importante además mencionar que los TCE se clasifican según su gravedad en: leves, moderados y graves. Los TCE leves, son aquellos traumatismos que se presentan luego de un fuerte golpe; pero que no tienen mayor impacto en las manifestaciones motoras del paciente; es decir, no se evidencian dificultades para que puedan movilizarse además no se percibe cefalea y existe una adecuada orientación por parte del paciente. Aquí los médicos le darán de alta y recomendarán chequeos periódicos para evitar cualquier tipo de complicación como hematomas o hinchazón dentro del cráneo.

A diferencia de lo TCE leves, los TCE moderados requieren de hospitalización e incluso intervenciones quirúrgicas, mientras que los TCE graves suceden cuando se suscitan hemorragias internas, en este punto es imperativo intervenir quirúrgicamente. Además como complemento al tratamiento que se dan cuando el TCE es grave se recomienda que el paciente sea sometido a diversas pruebas como la prueba del Raquis para verificar si muestra algún tipo de discapacidad física como hemiplejía, cuadriplejía, etc.

## **Principales causas que determinan en la persona un Traumatismo Craneoencefálico**

Las causas de un TCE, pueden ir desde un accidente dentro del hogar hasta un accidente de tránsito en donde el afectado tiene una contusión muy fuerte en el cerebro, también se suele dar por impactos de bala, deportes extremos, agresiones físicas, caídas, accidentes laborales, etc. Se requiere ir a emergencias si se observa que tras un golpe en la cabeza, la persona que sufrió el accidente no muestra reacción alguna, ya que en muchos casos antes de reaccionar pierden el conocimiento.

## **Efectos físicos tras un diagnóstico de Traumatismo Craneoencefálico**

Los pacientes que sobrevivieron de un TCE, suelen tener secuelas neurológicas como efectos de dicha lesión cerebral. El tipo de secuelas depende mucho del lugar del cerebro que se afectó. En muchas ocasiones se presentan problemas en el ámbito físico (discapacidad) por lo que es necesario rehabilitación física y ocupacional.

Aparte de los efectos físicos se encuentran también los neuropsicológicos tales como: los cambios de personalidad, la mala memoria acompañada de la falta de concentración en las actividades que realiza el paciente y la falta de control sobre los impulsos. Además aparecen síntomas netamente psicológicos tales como ansiedad, depresión y frustración los mismos que tendrán incidencia no solo en los pacientes sino también en sus familiares, es por este motivo que se recomienda trabajar tanto con el paciente como con los familiares, para que puedan hacer frente a las nuevas situaciones de vida a las que se tendrán que adaptar.

## **Hemiplejía**

### **Definición de lo que es Hemiplejía**

La Guía Diagnóstica de Medicina Física y Rehabilitación (2013) define como hemiplejía a “una parálisis espástica o flácida de un lado del cuerpo y sus dos extremidades, limitada por la línea media adelante y atrás, causado por

una lesión en un hemisferio cerebral”. Según el lado del hemisferio en donde fue la lesión se puede verificar cuales son las lesiones que inutilizan el movimiento de las extremidades del cuerpo del paciente. La hemiplejía también abarca otros efectos como: la pérdida o disminución de audición, visión, o la incapacidad de razonamiento u orientación de la persona que posee esta enfermedad.

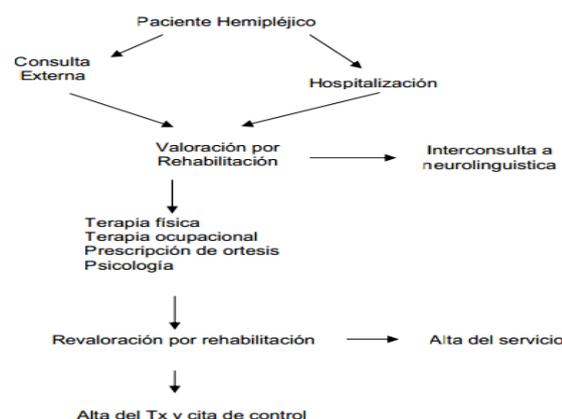
A continuación se citará de manera textual una definición bastante clara entorno a las 3 fases de la hemiplejía según la enciclopedia virtual cubana EcuRed:

**Fase de Ictus:** debido a la causa que está produciendo una lesión, trombosis, embolia, hemorragia, etc., el individuo entra en un momento de estupor, o incluso puede llegar al coma. Esta fase suele ser de duración variable, **Fase flácida:** El músculo se inhibe y deja de contraerse, o lo que es lo mismo, cede la actividad cerebral sobre ese hemicuerpo. Los músculos no se paralizan todos en un mismo grado. A la vez, esto va acompañado de una hiporeflexia.

**Fase espástica:** La flacidez o hipotonía empieza a ser sustituida por espasticidad. Comienzan las deformidades. (EcuRed: Enciclopedia Cubana, 2014)

Se considera pertinente ubicar; en este apartado en donde se define qué es la hemiplejía, un algoritmo aportado por La Guía Diagnóstica de Medicina Física y Rehabilitación (2013) en donde se muestra los pasos del tratamiento que deberá seguir un paciente con dicho diagnóstico.

**ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE HEMIPLÉJICO**



**Tomado de:** La Guía Diagnóstica de Medicina Física y Rehabilitación

Cabe recalcar que es necesario valorar primero la causa que motivó la hemiplejía, ya que no es el mismo procedimiento si la misma es vascular o traumática; degenerativa, tumoral o infecciosa, además de tomar en cuenta la edad y el sexo del paciente que la presenta.

### **Principales causas que determinan en la persona una Hemiplejía**

La Hemiplejía puede ser causada por varios factores como por ejemplo un ACV desencadenado por el paciente que sufre presión arterial alta (trombosis arterial), personas que sufran del corazón. La mayoría de pacientes suelen ser hombres.

Cuando la hemiplejía se da por un TCE; que logra causar hemorragias en el cerebro, el cuadro no es tan grave como en el de las personas que desencadenan esta enfermedad por hipertensión o problemas cardíacos, ya que muchas veces no es una Hemiplejía completa y con tratamientos y terapias puede mejorar su calidad de vida.

### **Efectos físicos tras un diagnóstico de Hemiplejía**

Después de un diagnóstico de hemiplejía los pacientes deben de hacer rehabilitación o terapia física; las mismas que propiciarán a que el paciente vuelva a tener oportunidad de recuperar las capacidades que se han disipado tras haber sufrido el daño cerebral. Por otra parte harán terapia ocupacional para que puedan realizar sus tareas cotidianas tales como bañarse, lavarse los dientes, vestirse, amarrarse los zapatos, comer; de manera independiente, el fin último de estas dos terapias será; cuando el caso lo permita, la reinserción laboral.

Por último es importante el apoyo de la familia ya que las terapias no acaban cuando el turno en el hospital finaliza, sino que también en casa, la persona hemipléjica debe continuar con el tratamiento. Como anteriormente

se menciona, la ayuda psicológica por parte de un profesional de dicha área es importante, puesto que, muchas veces el paciente no acepta los nuevos cambios en su vida, se rehúsa a cumplir con el número de terapias o se frustra porque se siente solo o desmotivado.

## **SEGUNDA PARTE: ENFOQUE PSICOLÓGICO**

En esta segunda parte del marco teórico de referencia será el momento; de la sistematización de las prácticas, en donde daremos a conocer los cambios y reacciones emocionales que se producen en los pacientes luego de recibir los diagnósticos que hemos desarrollado en la primera parte.

Cuando se le comunica al paciente su diagnóstico se presentan diversas manifestaciones de malestar psicológico, la noticia del diagnóstico trae consigo muchas veces un impacto que golpea el imaginario del paciente provocando en él una situación de angustia ya que de manera abrupta o de forma gradual; dependiendo de cuál sea la situación, su calidad de vida no será la misma. Esto se lo puede evidenciar en las diferentes quejas de ser una carga para sus familias o la sociedad en los pacientes con Hemiplejía o en las ideas de muerte que se encuentran presentes en la mayor parte de los pacientes con VIH/SIDA.

En esta segunda parte se tratará cuales son los cambios de calidad de vida y cuáles son los malestares psicológicos que más se presentan en los pacientes del área de Medicina Interna y en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

### **Cambio de Calidad de vida**

En este punto de la segunda parte de la sistematización se hablara como se da el cambio de calidad de vida de los pacientes que tienen diagnósticos de Hemiplejia o VIH/SIDA. Cuáles son las situaciones que cambian por las que los pacientes en muchos casos empiezan a manifestar momentos de angustia por el temor de cómo será su vida después de que se acaben las terapias o que salgan de la hospitalización, cómo tendrán que hacer para que su forma de vivir sea lo menos diferente posible para no llegar sentirse inútiles; en el caso de los pacientes con Hemiplejía, o que no puedan hacer

nada porque la muerte está cercana; en el caso de los pacientes con VIH/SIDA.

### **En pacientes con VIH/SIDA**

Como se mencionó anteriormente cuando un paciente se entera que tiene diagnóstico de VIH/SIDA, presenta momentos de angustia. Entre los pensamientos que están presentes se observa el cómo se verá afectada su vida después del momento que salga de hospitalización lo que podrá y no podrá hacer, por quien debe de saber y quien no; su diagnóstico, y cómo será tomado por las personas que se enteren y el temor de ser discriminado por su situación.

Cada nuevo portador de VIH/SIDA necesitará implementar una serie de cambios en su estilo de vida, como consecuencia del nuevo estado de salud y del impacto social que significa tener un diagnóstico positivo, por ello, conocer la calidad de vida de los afectados constituye actualmente un aspecto fundamental en la atención integral (Achucarro, 2010)

Como plantea la autora de la cita anterior cuando un nuevo portador del virus es informado va tener consecuencias en su calidad de vida por su estado de salud que va a variar de muchas maneras, en especial que se tiene que tener un mayor cuidado en no contraer ningún otro tipo de infecciones, porque da lugar a que se den enfermedades oportunistas; siendo esto el motivo principal en la mayoría de los casos para que se vaya aumentando la sintomatología y caigan las defensas del organismo con mayor facilidad.

Aunque en la actualidad existe tolerancia a las personas que son portadoras del virus, el decaimiento del paciente puede darse de algunas maneras dependiendo del nivel como se encuentran el sistema de defensas de la persona para que pueda realizar algunas actividades, se puede dar una vida normal después de salir de hospitalización, pero como se pudo presenciar durante el periodo de las practicas, los médicos tratantes le piden al

paciente que trate de llevar una vida sin excesos es decir que no se trasnoche todos los días, que procure tener un horario de sueño que cumpla las horas necesarias para recuperar la energía gastada por la mañana, se le sugiere que evite la ingesta de bebidas alcohólicas, evitar el contacto con el humo del cigarrillo, ser aplicado en la ingesta de las pastillas del tratamiento y como se mencionó anteriormente que se evite las situaciones que lleven a que el paciente pueda contraer una infección.

Pero también cobra relevancia el entorno en el que se desenvuelve el paciente, ya que ayuda de sobremanera que la familia sea un apoyo para que sea menos complicado para el paciente asumir estas sugerencias. Actualmente con la difusión de las formas de contagio ya no se da el rechazo a estas personas como se veía en tiempos pasados, ahora se puede apreciar que las familias lo toman de una manera más tolerante siendo parte del tratamiento médico.

Esta actitud negativa hacia los enfermos, no está únicamente fundada en lo virulento de la enfermedad, sino que gran parte de este problema viene dado por la forma de contagio. Como sabemos, hasta el momento los más castigados han sido los usuarios de drogas por vía venosa, homosexuales y prostitutas. (Achucarro, 2010)

Tomando lo que nos dice la cita anterior este estigma que se tiene del portador del virus del VIH o de la persona que ya padece SIDA lo que contribuye es que el infectado no busque ayuda siguiendo con su vida como si no pasara nada provocando un deterioro más rápido de las defensas por falta de precauciones y medicamentos lo que hace que sea segura la muerte en poco tiempo.

### **En pacientes con Hemiplejía**

Similar a los pacientes con VIH/SIDA, los pacientes hemipléjicos, al ser detectada y diagnosticada dicha enfermedad, deben cambiar su calidad de vida tanto ellos como sus familiares, pues muchos pacientes debido a un

ACV o TCE, como antes se mencionó, alcanzan un tipo de discapacidad que no le permite realizar sus actividades cotidianas de manera normal pues deben depender, hasta recuperar su autonomía, de otro, ya sea familiar, amigo, enfermero/a privada, etc.

En el caso de una Hemiplejía después de un ACV se debe tomar en cuenta en qué etapa de recuperación se encuentra el paciente. Berta Bobath en su libro “Hemiplejía del adulto”, explica que son tres las etapas de recuperación de los mismos:

- 1.-Etapa flácida inicial
- 2.-Etapa de espasticidad
- 3.- Etapa de recuperación relativa

**Tomado de:** (Bobath, 1993).

Desde la primera etapa, el paciente muestra una desorientación, la sensación de que le hace falta una parte de su cuerpo e incluso llega al punto de no percibir la misma. Con las terapias continuas, el paciente logrará desenvolverse mejor, pero su calidad de vida no será igual a cuando estaba sano, tendrá que usar silla de ruedas o bastón y en caso de no usarlo, no deberá exponerse a trabajos forzosos o actividades que requieran fuerza.

Por otra parte cuando el paciente sufre un TCE que requiera de una operación también es necesario que se valoren factores como la edad del paciente, la circunstancia en la que se dio el TCE ya que muchas veces es por un evento traumático como: accidentes de tránsito, heridas por bala, accidentes domésticos; que de alguna u otra manera dejan una secuela psicológica en el paciente, puesto que en el momento de recuperación, muchas veces reviven el momento del trauma o viven con miedo de volver a hacer actividades que hacían antes del accidente, como conducir un vehículo, viajar, salir a dar una vuelta, realizar actividades forzosas.

Estos cambios muchas veces son tomados de mala manera por parte de los pacientes, llegando a sentirse inútiles e innecesarios. Es por este motivo que resulta imprescindible que se trabaje en conjunto tanto con los terapeutas así como con el psicólogo y los familiares, para lograr una estabilidad emocional en el paciente cuando se presentaren malestares psicológicos como ansiedad, frustración o depresión.

### **Malestar Psicológico que se presentan en pacientes con VIH/SIDA y Hemiplejía**

En este punto de la sistematización se describirán cuáles son los malestares psicológicos que se pudieron constatar durante el periodo de las prácticas en el área de Medicina Interna y en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, en pacientes que recibieron los diagnósticos de VIH/SIDA y Hemiplejía respectivamente.

Se puede observar en los pacientes de ambas especialidades varios tipos de reacciones pero las más frecuentes fueron depresión, negación, sentimientos de culpa, ira, temor y ansiedad, las cuales están presentes en los pacientes por un largo periodo lo que puede provocar que existan ideas y/o actos suicidas.

A continuación se dará una breve explicación de cómo estos malestares psicológicos se hicieron presentes en los pacientes de ambos servicios durante el tiempo que estuvieron en hospitalización:

#### **Angustia:**

Antes de hablar de cómo se manifestó la angustia en los pacientes que fueron asistidos por las psicólogas designadas en ambas dependencias hospitalaria se considera válido definirla, es por este motivo que se toma la definición dada por los psicoanalistas Pontalis y Laplanche en su diccionario, teniendo que angustia es la, “reacción del individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática, es decir, sometido a una

afluencia de excitaciones, de origen externo o interno, que es incapaz de controlar.” (Pontalis & Laplanche, 2004).

Tomando lo que nos dice esta cita y trayéndola a la vivencia de las prácticas se podría decir que en el momento cuando se le informa al paciente que posee VIH o SIDA, llega a ser un momento traumático para el sujeto porque es una situación que se le sale de las manos y que muchas veces se convierte en algo del lado de lo real de la muerte y que deja desvalido de significantes al sujeto para saber hacer con esta situación.

Así mismo, luego de un ACV o un TCE, el paciente llega a vivir un evento traumático muchas veces cercano a la muerte (trombosis, accidente de auto o bala) los mismos que dejan una huella en el sujeto hasta después de las terapias físicas, y es por eso que se recomienda trabajar de manera conjunta con el psicólogo para poder superar estos eventos de los cuales surge un ACV O TCE dando como resultado una Hemiplejía.

### **Depresión:**

Para poder iniciar con el breve relato de cómo se presenta el estado de depresión de los pacientes del área de Medicina Interna, se cree oportuno dar una pequeña definición de que es esta situación.

La definición de depresión, considera la existencia de un eje nuclear afectivo, es decir, la tristeza vital, a veces profunda que envuelve al sujeto; hasta afectar todas las esferas de su relación intrapersonal e interpersonal. Secundarios a este eje nuclear afectivo, pueden emerger otros síntomas como irritabilidad y ansiedad, que son más destacados en depresiones neuróticas. (Finlay”, 2007)

Como nos dice la cita anterior cuando un sujeto tiene un cuadro depresivo se ven afectadas diferentes áreas que pueden afectar el modo en que se desenvuelve una persona. En las entrevistas realizadas en el área de Medicina Interna encontramos una gran cantidad de pacientes que muestran estar en un estado depresivo, después de conocer su diagnóstico

ya no quieren tomar su medicación, ni volver a comer por lo cual en la mayoría de los casos están reingresados de manera continua porque tienen recaídas debido a que no se cuidan como debería ser.

En otros casos se encuentra al paciente con mucha facilidad de ponerse a llorar de forma muy desesperada cada vez que se toca el tema de su diagnóstico, teniendo que calmarlo y esperar para tratar de hablar con la persona. También se han encontrado algunos casos que los pacientes prefieren estar dormidos todo el día y cuando se puede hablar con ellos en la mayoría de las situaciones dicen que es preferible dormir antes que ponerse a pensar en lo que se tiene porque eso hace que se pongan de mal genio o muy acongojados.

Se podría decir que la depresión es la situación más común y en la mayoría de los casos es la raíz del resto de manifestaciones psicológicas que presentan los pacientes, por lo cual debe ser una de las situaciones con las que más se debe trabajar debido a que cuando se presenta suelen verse muchas recaídas debido a que los pacientes no cumplen con las indicaciones médicas porque se ponen en una situación de *“que me importa lo que pase si igual me terminaré muriendo”*.

La depresión y la angustia, son malestares en común que presentan los pacientes hemipléjicos con los pacientes infectados del VIH o SIDA. Pero la mayoría de pacientes, al verse con una discapacidad física y sin poder realizar actividades que solían hacer antes de su diagnóstico llegan a sentirse frustrados.

### **Frustración:**

La frustración es un estado emocional que se origina cuando un sujeto anhela algo pero que le resulta imposible realizarlo por diferentes situaciones. En los pacientes hemipléjicos, el volver a trabajar o realizar algún deporte y verse incapacitado de hacerlo, les resulta frustrante y a su

vez este malestar arrastra consigo otros malestares como es el caso de la depresión y ansiedad, además de que en algunos casos se pudo observar la ira a tal punto de negarse a hacer las terapias respectivas ya que el paciente dirá que “*le da igual*” ya que de todos modos quedará incapaz de volver a tener la vida que solía tener antes del accidente.

En los pacientes hemipléjicos, se pudo observar, como dicho diagnóstico llega a afectar la parte emocional en el sujeto provocando que estos al deprimirse, se nieguen rotundamente a realizar sus terapias. Además, dentro del entorno familiar, se ve afectado por este malestar psicológico porque acarrea otros similares como la ansiedad y el temor.

### **Negación:**

Antes de hablar de este malestar psicológico debemos definir que es tomando lo que nos dice el Diccionario de Psicoanálisis de Jean Laplanche y Jean Bertrand Pontalis (2004) “En efecto, la palabra *verleugnen* tiende a reservarla Freud, hacia el final de su obra, para designar el rechazo de la percepción de un hecho que se impone en el mundo exterior”. Como nos dice la cita anterior la negación sería el rechazo del sujeto ante una realidad que el mundo exterior impone.

Esto le da sentido a las situaciones que se dan en la mayoría de los pacientes del área de Medicina Interna al momento de recibir la noticia del diagnóstico de VIH/SIDA, cuando presentan un estado de indiferencia en torno al diagnóstico que se les acaba de dar. De este modo podemos ubicar que durante las sesiones que se tuvo con algunos pacientes de dicha dependencia estos comentaban los problemas que tenían pero al momento que se los interrogaba por su diagnóstico médico inventaban cualquier otro o decían que no tienen uno aún; cuando los médicos tratantes informaban o solicitaban al practicante de psicología el servicio de apoyo psicológico porque los pacientes ya habían sido notificados sobre lo que padecían.

Estas situaciones se suelen presentar porque para el paciente es difícil de asimilar dicha noticia, porque de una o de otra manera le parece imposible poder ser portador del virus o simplemente el nivel de ansiedad es tan grande que en la única forma que el Yo encuentra para poder manejarla es por medio de la negación. Esta situación se presenta en la mayoría de los casos cuando el paciente no entiende o no está seguro cómo fue que se pudo contagiar ya que para ellos no hay forma que pudiera haber pasado esto.

### **Sentimientos de culpa:**

En los pacientes del área de Medicina Interna este sentimiento se presenta por la forma de vida que tenían los pacientes, las cuales llevaron a que se dé el virus o la enfermedad. Cuando se presenta este malestar se tiene claro cuál fue el momento en que se contagiaron, en muchos de los pacientes cuando logran ubicar este momento se quedan prendidos al mismo, dándole vueltas de manera constante a este hecho causando un verdadero agotamiento anímico que puede tener implicaciones; en casos extremos, con la vida por ideas suicidas.

En algunos casos cuando se da esta situación los pacientes están calmados pero se auto-reprochan todo lo que pasa, dicen que es su culpa y que es la consecuencia de sus actos o si no suelen mencionar que es un castigo de Dios por lo que ellos han hecho durante sus vidas, piensan que por algún mal acto es que están siendo castigados y que se lo merecen, a tal punto puede llegar este sentimiento de culpa que en un caso de los tratados en el hospital se llegó a escuchar *“tal vez todo lo que tenga que sufrir con esta enfermedad es lo que me merezco para cubrir mis culpas hasta llegar a morir, sin cumplir mis sueños”*.

### **Ira:**

Este malestar psicológico es bastante común entre los pacientes del área de Medicina Interna, es una sensación de enojo generalizado. Se presenta en

la mayoría de los pacientes cuando se enteran del diagnóstico, debido a que se enojan consigo mismos, con quien creen que los contagio, con el mundo que los rodea, algunas veces con los médicos y en otros casos hasta con Dios.

Pero este enojo se podría decir que viene muy unido con la frustración porque como sabemos el VIH y el SIDA son situaciones que no tienen cura a diferencia de muchas otras enfermedades y virus por lo que cuando el paciente recibe la noticia que posee el virus o la enfermedad siente frustración porque sabe que no podrá tener una cura y todo en su calidad de vida ira cambiado de alguna forma, lo que provoca que toda esa ansiedad y temor se convierta en enojo, rabia e ira contra lo que le rodea o lo que el paciente cree que pudo ayudar para que se diera dicho diagnóstico.

Muchas veces ese enojo o ira que sienten los pacientes por el diagnóstico y por la persona que creen que ha sido quien los contagió lo desplazan al resto de la sociedad, a los que están sanos, a los que no van a morir por esa enfermedad, por lo cual mucho de los pacientes tienen la idea de salir del hospital a contagiar a más personas sea la vía que sea, por lo cual el trabajo que se tuvo que realizar en las prácticas con estos pacientes fue que logren elaborar este sentimiento de ira para que dejen las ideas de venganza que se pudieron haber presentado.

### **Temor:**

El temor es el malestar psicológico que se presenta en todos los pacientes que reciben la noticia de que tienen VIH o SIDA, se podría decir que la angustia va de la mano con el temor y son la raíz para que se genere la depresión lo que da pie al resto de manifestaciones de las que ya se habló previamente.

Se puede decir que el temor nace ante las ideas de muerte, las ideas de cómo será su vida desde ese momento y las ideas de que pueden existir

momentos o lugares donde se produzcan algún tipo de discriminación. A continuación se hablará de que se tratan cada una de las ideas que producen miedo.

Las ideas de muerte se dan en el momento que al paciente se le dice el diagnóstico de VIH o de SIDA porque siente que pronto va a morir, como dicen algunos de los pacientes *“Todos nos vamos a morir pero nadie sabe ni cuándo ni cómo pero cuando te dicen que tienes esta enfermedad sabes él cómo que será sufriendo y pronto”*. Frases como esta muestran que lo que más angustia a los pacientes es el no saber que será de ellos luego de la muerte o no tener una certeza si la misma les llegará de manera abrupta y o dolorosa.

Muchos tienen ideas de que en el más allá existe un paraíso si creyeron en Dios y tratan de usar el resto de sus vidas en acciones que les permita ir a ese paraíso, otros tienen más temor porque tienen la idea de que pagarán después de la muerte lo que hicieron para contraer el virus y por último las personas que creen que más allá no existe nada son las que más temor ante estas ideas de muerte presentan. Lo desconocido causa temor y en este punto la muerte lleva la delantera ya que nadie ha regresado de ella para emitir un comentario. Es por este motivo que las intervenciones del psicólogo apuntan a que estos pacientes puedan elaborar cuáles son sus ideas de que puede pasar después de morir, para en cierta medida desangustiarlos un poco.

Las ideas de cómo será el cambio de su estilo de vida también suelen ser causa de angustia porque tienen temor que su vida vaya ser de mucho sufrimiento por lo que si no existe el cuidado necesario es probable que puedan contraer alguna infección y eso agrave su situación clínica, estas ideas causan temor de que si puede o no trabajar, salir de su casa o seguir teniendo una vida social, de que si mantener una vida parecida a la que tenía le hará daño, en muchos casos seguir con el estilo de vida que

mantenía antes si le causaría estragos por eso se trata que los pacientes se replanteen que estuvo bien o mal de lo que ellos hacían antes para que puedan asumir como será su nuevo estilo de vida y cómo sobrellevarla.

Las ideas de que se presentara algún tipo de rechazo vienen a raíz del imaginario social que se tiene sobre la formas de contagio del VIH/SIDA, pero actualmente los derechos humanos no permiten que exista ningún tipo de discriminación ante las personas que sean portadoras por lo cual es una situación que se puede hacer más llevadera por lo que no habría forma que por la enfermedad pierda el trabajo o no se le de algún tipo de atención médica.

Otras de las ideas que son muy comunes en los pacientes del área son las de convertirse en un estorbo o la incertidumbre de que será que pase con su familia luego de su partida. También existe el que estas personas sienten que ya no podrán cumplir sus sueños lo que esperaban y querían hacer con sus vidas, caen sus ideales al momento de haber recibido el diagnóstico. Es este punto; de conectarlos con la vida, el que se tuvo que trabajar con muchos de los pacientes del área de Medicina Interna, había que mostrarles que esas ilusiones o ideales aún podían cumplirse solo que en estos momentos serán de forma un poco diferente.

### **Proceso de duelo en pacientes con VIH/SIDA y Hemiplejía**

En este punto de la sistematización se hablará sobre este proceso de pérdida de calidad de vida, ya que, después de haberse diagnosticado VIH/SIDA o Hemiplejía en los pacientes que se trataron su estilo de vida cambió de forma drástica o gradual, dependiendo del caso.

Se podría decir que parte del trabajo del psicólogo en el área de Medicina Interna y en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación es ayudar al sujeto a dar avances o comenzar a elaborar un proceso de duelo, pero antes de mencionar como el psicólogo ayuda al paciente a pasar por dicho

proceso, deberíamos definir que es el duelo. Citando a Freud el duelo es “ la reacción frente a la pérdida de una persona amada, o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (Freud, 1917).

Tomando lo citado anteriormente se puede decir que el duelo es una reacción ante la pérdida de algo que se ama, algo que es importante para el sujeto. En el caso de los pacientes con los que se trabajó durante la práctica clínica, este duelo se presenta tras la pérdida de los ideales de vida o planes de la misma que el sujeto tenía en mente y que se vinieron abajo luego del diagnóstico de VIH/SIDA o Hemiplejía.

Por el talante dolido, la pérdida de interés por el mundo exterior en todo lo que no recuerde al muerto, la incapacidad o limitación para el trabajo productivo (...)Que esta inhibición y este agotamiento del Yo expresan una entrega incondicional al duelo que poco o nada deja para otros intereses (Freud, 1917).

Es así como Freud le da características al duelo que será una situación que le quite mucha energía psíquica a los sujetos mientras elaboran este proceso dejando de lado algunos intereses. Pero si este proceso no se vuelve una situación patológica, con el paso del tiempo el paciente sale del estado de duelo para regresar a tomar distintas actividades que serán recreativas para los pacientes y, pudiendo elaborar un qué hacer con las situaciones que lo llevaron al duelo en el caso de este trabajo de sistematización, sería que el paciente pudiera elaborar sobre este diagnóstico y poder trabajar también con los malestares psicológicos que se presenten para que después de todo el proceso el paciente pueda saber cómo sobrellevar su nuevo estilo de vida.

El duelo es una reacción adaptativa natural ante la pérdida de la identidad como persona sana. La elaboración del duelo comienza cuando se tiene conciencia de la pérdida tras recibir el diagnóstico o conocer el pronóstico de incurabilidad (Molina Iriarte, 2013).

Para trabajar con los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA y Hemiplejía esta pérdida de su estilo de vida que genera limitaciones y a su vez malestares psicológicos explicados anteriormente en este trabajo, se necesita que tanto el sujeto y sus familiares, asuman la realidad que se está viviendo para poder empezar un tratamiento y así procurar a que el paciente pueda ir aceptando estos cambios y realizando las terapias que envían médicos y terapeutas para que pueda lidiar con su diagnóstico actual y tenga herramientas para poder lidiar con el nuevo estilo de vida que le tocará asumir.

# METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN DEL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

## Método

La metodología del presente trabajo de sistematización tiene dos áreas, la primera la parte teórica en donde se ha utilizado el método exegético y la segunda la parte práctica en donde se ha usado el método clínico al trabajar con casuística.

La parte a la que se ha denominado teórica, es aquella que corresponde al marco teórico de referencia, debido a que en este apartado se debía sustentar lo que se estaba escribiendo mediante información que debe ser verídica y ser citada correctamente se utiliza el método exegético que tiene que ver con la lectura, el análisis e la interpretación de textos.

Se ha llamado parte práctica al periodo de la experiencia que se tuvo atendiendo a los pacientes de área de Medicina Interna y del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, durante el cual se desarrollaron entrevistas con el modelo de la Psicoterapia Breve y de la Psicoterapia con Orientación Psicoanalítica ya que ambas terapéuticas son las más adecuadas a usar en ambientes hospitalarios por motivos del tiempo que suelen estar los pacientes en las instituciones.

Tomando lo que nos dice la Lcda. Lidia Díaz Sanjuán (2010) el método clínico es el conjunto de procedimientos que tiene un orden sistemático que se utiliza en forma intensiva y exhaustiva para llegar a un saber y a la descripción del ser humano y con el saber que se ha generado poder formar afirmaciones pronosticas que puedan llegar a ser aplicables en ciertos casos y específicas condiciones de investigación, evaluación, diagnóstico e intervención. De esta manera con el método clínico pudimos llegar a formar la tentativa de abordaje con los pacientes con VIH/SIDA y Hemiplejia que son parte de los objetivos del presente trabajo de sistematización.

## **Tipo de Investigación**

En el presente trabajo de sistematización el tipo de investigación que fue utilizada fue la aplicada que tomando lo que nos dice Edmundo Méndez (2011) tiene como característica iniciar de un marco teórico compararlo con algún fenómeno social y producir una hipótesis o propuesta de intervención; sobre aquello investigado, para su posterior aplicabilidad en provecho de la sociedad. Con lo mencionado anteriormente el objetivo de este trabajo de sistematización es poder dar una propuesta de abordaje psicológico con los pacientes que poseen las enfermedades mencionadas anteriormente.

## **Población:**

Para la elaboración de nuestra propuesta de tentativa de abordaje psicológico, se trabajó con pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA del área de Medicina Interna y con pacientes con diagnóstico de Hemiplejía como secuela de un ACV y TCE del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. En el presente trabajo se tomaron en cuenta 4 pacientes: uno con VIH y otro con SIDA; mientras que, del Servicio se tomaron dos casos de Hemiplejía; uno con diagnóstico de ACV y uno con diagnóstico de TCE, para poder evidenciar la pertinente intervención del psicólogo clínico a través de las entrevistas.

## **Instrumentos:**

A propósito de la entrevista, José Bleger (1964) se referirá a la misma como el instrumento o técnica fundamental del método clínico y es por lo tanto un procedimiento de investigación científica de la psicología. Durante nuestras prácticas hospitalarias se utilizó tanto en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación como en el Área de Medicina Interna, la entrevista semidirigida en donde las autoras Guerrero, Herrera, Herrera y Limonggi (2000) explican que es una entrevista libre de que el paciente exprese lo que

está causándole molestia y se convierte en semidirigidas cuando el psicólogo interviene con el fin señalar o dirigir al paciente en caso de que éste no sepa cómo continuar con la entrevista.

La entrevista clínica también fue utilizada para realizarla a los familiares de la mayoría de los pacientes, así como también a los médicos, enfermeras y terapeutas, ya que muchas veces no se obtenía suficiente información de los mismos y eran los familiares o el personal médico los que podían brindar la misma.

La intervención posible propuesta por... nos brinda algunas pautas que sirvieron para nuestras entrevistas clínicas:

- Interrogar: solicitar datos precisos y aclaraciones del discurso en donde se explora los detalles de respuesta del paciente que son necesarios para el trabajo psicológico como por ejemplo: los datos de filiación, historia médica y familia, etc.
- Proporcionar información: en este punto se indica al paciente aspectos de su tratamiento: se da la información de la misma, los cuidados que deberá tener mientras dure el tratamiento y después del mismo, significado de diagnósticos.
- Confirmación: se brinda al paciente los criterios sobre su situación, es decir que se puede estar de acuerdo con las interpretaciones que el paciente haga de sí mismo para reafirmar el camino de sus asociaciones.
- Clarificar: se refiere a reformular el relato del paciente para que estos adquieran mayor relieve a fin de recortar los elementos significativos del mismo.
- Recapitular: la recapitulación como resumen de los puntos importantes sobre las intervenciones del paciente a lo largo del trabajo psicológico.
- Señalar: Este señalamiento estimula al paciente a interpretarse a partir de los elementos recortados, es un llamado de auto comprensión relacionando sus datos, secuencias, consideraciones significativas.
- Sugerir: En este punto se proponen al paciente otras posibilidades de respuesta a los acontecimientos de su vida, respetando siempre su deseo.

**Tomado de:** Guerrero et al. (2000)

En el área de Medicina Interna, a causa del tipo de diagnóstico que se observa y que provoca en ocasiones momentos de angustia en los pacientes se trabaja con la Clínica de la Urgencia y como dice el texto La psicoterapia con orientación analítica en instituciones hospitalarias el psicólogo deberá de dar un lugar para q surja el sujeto y pueda poner en palabras eso que le causa angustia.

### **Recursos**

Es importante destacar que en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación se brindó un espacio para que la practicante pueda trabajar con los pacientes. El personal médico y terapistas fueron un recurso importante para la práctica pre profesional ya que ellos fueron los que derivaron los pacientes con los que se trabajó a lo largo del tiempo que duraron las prácticas hospitalarias. Otro recurso importante fueron diferentes tipos de juguetes y un abecedario para que los pacientes que sufrieran de afasia debido a un ACV o TCE pudieran, a través de juego o formación de palabras, poder expresar lo que les causa molestia.

En el área de Medicina interna, en cambio, los recursos que se utilizaron para las entrevistas fueron mascarillas ya que en esta área están pacientes con distintos diagnósticos graves, por lo que es necesario protección al ingresar a los cuartos para realizar las entrevistas.

Al igual que en el Servicio, en el área de Medicina Interna fue importante como recurso humano la presencia de la trabajadora social, pues fue quien ayudó a la derivación de pacientes para el trabajo psicológico con ellos.

## MOMENTOS DEL PROCESO METODOLÓGICO EN LA SISTEMATIZACIÓN:

Etapas	Actividades	Mes de Elaboración
1. Recolección de información	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención a los pacientes</li> <li>- Búsqueda Bibliográfica</li> <li>- Lectura de documentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Junio</li> <li>- Agosto</li> <li>- Octubre</li> </ul>
2. Definición del tema, conceptos, ejes, objetivos del trabajo de sistematización	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lectura de documentos</li> <li>- Definir Problema y tema</li> <li>- Estructurar variables, objetivos, ejes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Octubre</li> <li>- Noviembre</li> </ul>
3. Elaboración del Marco Teórico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Búsqueda Bibliográfica</li> <li>- Lectura de documentos</li> <li>- Redacción del Marco teórico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Noviembre</li> <li>- Diciembre</li> <li>- Primeros días de Enero</li> </ul>
4. Redacción de la Metodología	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación y explicación del método y técnicas usados en el trabajo de sistematización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enero</li> <li>- Febrero</li> </ul>

<p>5. Presentación de Casos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elección de casos atendidos</li> <li>- Presentación, explicación y redacción de los casos a presentar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primera semana de Febrero</li> </ul>
<p>6. Recomendaciones y conclusiones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboración y redacción de las conclusiones y recomendaciones a través de la experiencia de las prácticas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segunda semana de Febrero</li> </ul>

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

En el siguiente apartado mostraremos el desarrollo de cuatro casos elegidos para demostrar una tentativa de abordaje psicológico por parte de las practicantes de Psicología con pacientes del área de Medicina Interna y el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación con diagnósticos de VIH/SIDA y Hemiplejía respectivamente.

### **CASO: Nancy**

#### **I. GENERALIDADES DEL CASO**

El siguiente caso a presentar fue escogido por que manifiesta las dos cualidades que dan soporte a la problemática que nos llama la atención siendo estas; el malestar psicológico que se genera al recibir el diagnóstico y las complicaciones que se tuvo en el momento del trabajo con la paciente.

Nancy es una adolescente de diecisiete años, proveniente de una familia monoparental, vive solo con su mamá siendo hija única. Es estudiante del último año de colegio y es debido a las constantes infecciones estomacales, frecuentes fiebres altas junto a otros malestares generales que es llevada a revisión con un médico general. El médico al ver que en cada visita se ponía más delgada decide derivarla a un médico internista, él cual le envía hacer exámenes de VIH y al inicio del mes de agosto los resultados dan positivo.

La mamá de la joven comenta que apenas supo el diagnóstico, preguntó a su hija como es que era posible que tenga dicho virus, a lo que respondió (la hija) que no sabía, que ella nunca había consumido drogas, que era virgen y que nunca había hecho nada que justificara su contagio.

La señora comenta que posterior al diagnóstico llevó a su hija a un chequeo ginecológico general, en donde recibe como respuesta que la joven no presenta señas de haber tenido relaciones sexuales, también le hace

pruebas para detectar en su organismo rastros de algún tipo de droga en la sangre lo cual da como resultado negativo. De esta manera la madre decide realizarse la prueba de VIH dando como resultado negativo.

A mediados de Agosto Nancy tiene una descompensación generalizada por lo cual es ingresada por emergencia a la hospitalización del Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo; siendo derivada posteriormente al área de Medicina Interna. Es en el momento en que la mamá colaborando con el aseo y cuidado personal de su hija que se da cuenta de las múltiples perforaciones que la joven presenta en sus orejas y logra percibir el tatuaje de una lagartija que posee en la mayor parte de su pierna derecha. Es a partir de estos “descubrimiento” en el cuerpo de su hija que se logra determinar el motivo por donde se origino el contagio.

La paciente en este periodo de hospitalización se le ofrece el espacio de trabajo psicológico pero es dada de alta a los pocos días, lo que trunca este primer abordaje. Sin embargo es en el mes noviembre; por motivos de otra descompensación, que reingresa a la institución hospitalaria pudiéndose llevar a cabo un trabajo psicológico más largo y con mejores resultados.

## **II. DESARROLLO Y DIFICULTADES EN EL PROCESO**

Por estar en la hospitalización de Medicina Interna se le ofrece el espacio para el trabajo con la practicante de psicología, la primera ocasión en la que la paciente se encuentra ingresada se trabajan dos entrevistas, percibiendo en las mismas una actitud bastante hostil por parte de la paciente, responde constantemente *“yo no voy hablar de nada porque no tengo nada, los médicos están equivocados yo no tengo nada de VIH, nada de nada, yo no he hecho nada para tener eso así que no lo tengo”*.

En la siguiente ocasión que ingresa por no tomar los medicamentos, se la visita a la habitación y se la encuentra llorando, se le vuelve a ofrecer el espacio de trabajo psicológico, el cual acepta. Se le pregunta si sabía en qué

consiste su diagnóstico, lo cual ella responde *“yo no tengo nada, porque me siguen diciendo que tengo SIDA si yo no tengo nada”* con esta respuesta se pudo notar que la paciente tenía desconocimiento de en qué consistía su patología.

Se le dio apertura para que hablara de otras cosas, como por ejemplo del colegio, de sus amigas, para que no se forme una resistencia a la presencia de la practicante. De ese modo habló de algunos temas hasta en que un minuto de silencio llega a comentar *“¿me voy a morir verdad, por el SIDA verdad?”* Cuando se le cuestiona por qué lo dice se recibe la siguiente respuesta de su parte: *“porque eso mata y muy pronto, de una forma muy fea, ahora todos me verán mal porque se darán cuenta”*. Posterior a esta respuesta se le aclara que existe una diferencia entre el VIH que es lo que ella posee y el SIDA, minutos después de este señalamiento ella regresa a tomar la actitud de negación de no poseer el virus.

Empieza a elaborar sobre el punto de como así empieza hacerse las perforaciones y el tatuaje y cuenta que hace un par de años vivía con su mamá y su tía, empezaron a vivir juntas después que sus papás se divorciaron, porque su mamá tenía que ir a trabajar su tía era quien la cuidaba desde pequeña y por eso la consideraba como una madre, ella le llamo mucho la atención los *piercing* y los tatuajes, pero le había pedido permiso a su tía y ella le había dicho que no, cuando esta tía se va a España la joven queda sola con la mamá entonces después de unos seis meses al ver como quedó la dinámica de la casa, que su mamá llegaba muy tarde en la noche, aprovechó y fue hacerse perforaciones en el oído. Con el pasar del tiempo se hizo todas las que tiene ahora y el tatuaje que tiene en la pierna. Menciona que su tatuaje se lo hicieron después de un señor y es aquí donde no se percató si los utensilios eran nuevos, usados o esterilizados.

Mediante el avance de las sesiones empieza hablar sobre como acepto la pérdida de su tía, comenta que no quiere tomar pastillas ya que dice no tener nada, a lo que se le hace el siguiente señalamiento: *“Negando lo que*

*tienes no se va a ir, pero lo que se va ir si sigue en esa posición será su vida, porque si no sigue con el tratamiento todo se va acelerar y ahí si va ser más complicado y podría morir”.*

Después de eso llega a poner en palabras esto que tiene un carácter mortificante y angustiante para ella: *“Ya no podre hacer nada, ya no voy a poder estudiar lo que quería, hacer lo que yo quería, todos me van a mirar mal por lo que tengo, no tendré más amigos igual no podría salir con ellos porque ni una gripe me puede dar, mi vida y todo se termino”* se le dice: *“Esto podría tomarlo como un nuevo comienzo que nada le impide estudiar, poder salir con sus amistades; que si lo hace debería de hacerlo con más cuidado. Que podía seguir con todo con lo que quisiese pero tal vez de manera un poco diferente o con otros tiempos, siempre y cuando siguiera con el tratamiento médico”.*

De esa manera la joven siguió elaborando sobre diferentes temas como las ideas de muerte, sobre sus planes de vida (con cuales seguiría y cuales aplazaría) y cómo los iba a ir realizando.

### **III. EFECTOS TERAPÉUTICOS:**

Entre los efectos terapéuticos que se pudieron evidenciar en este caso la joven empezó a tomar la medicación, mejoró favorablemente tanto el nivel orgánico como su semblante, ya no pasaba llorando en su habitación, va a los controles con su médico tratante y sigue mensualmente con el trabajo con la practicante de psicología. La paciente da importancia no solo a su tratamiento farmacológico sino además a este espacio de trabajo en donde puede seguir elaborando situaciones que la angustian sobre su enfermedad.

También se puede dar cuenta, que la paciente comenta que tiene una mejor relación con su mamá, deja de culparla por lo que tiene y empieza a existir una mayor comunicación entre ellas. Después de algunas intervenciones dejó la negación de su diagnóstico médico, pudo conocer en qué consiste el

mismo y pudo asimilar que puede continuar con su vida a pesar de ser portadora.

## **CASO: Daniel**

### **I. GENERALIDADES DEL CASO**

El siguiente caso que se va a presentar trata sobre un paciente atendido durante el periodo de prácticas pre-profesionales, el cual ha sido escogido no solo por su diagnóstico, sino por recién enterarse de lo que posee y por las situaciones que se presentaron durante el tiempo de las sesiones.

Daniel de 30 años de edad, productor técnico de un conocido canal de televisión, residente de Guayaquil y de estado civil soltero. Muestra constantes malestares durante cinco años aproximadamente; comenta la madre. El paciente al presentar los cuadros anteriormente mencionados; dolor estomacal, fuertes dolores de cabeza, dolores musculares entre otros, no hacía ni decía nada, solo comentaba a su familia que se sentía mal y que se retiraba a su cuarto para que nadie lo molestara.

Proviene de una familia nuclear donde son dos hijos; siendo él el menor, actualmente aún vive con sus padres y su hermano mayor que también vive en la misma casa con su esposa y sus hijos. Su hermano mayor es médico y ofrece asistirlo constantemente a lo que el paciente se niega diciendo *“Estoy bien no me pasa nada, ya se me pasará el dolor no es necesario que me revisen”*.

Hace dos años atrás empieza a presentar manchas de sarcoma de Kaposi.

“Es un tumor canceroso del tejido conectivo, a menudo asociado con el SIDA. Los tumores aparecen con mayor frecuencia como protuberancias de color rojo azulado o púrpura en la piel. Son de color rojo púrpura debido

a que son abundantes en vasos sanguíneos. (...) En personas con SIDA, el sarcoma de Kaposi es causado por una interacción entre el VIH, un sistema inmunitario debilitado y el herpes virus humano 8 (HHV-8). El sarcoma de Kaposi ha estado vinculado a la diseminación del VIH y el HHV-8 a través de la actividad sexual.” (MedlinePlus, 2012)

Lo anteriormente citado es relevante para poder conocer que es el sarcoma de Kaposi, síntoma claro cuando una persona tiene VIH en un estado avanzado llegando a la manifestación de SIDA. Cuando el paciente se da cuenta de estas tumoraciones decide ignorarlas, las maquilla y sigue sin decirle nada a ninguna persona.

En su trabajo le piden exámenes médicos todos los años pero durante algunos él niega rotundamente a hacérselos, empieza a meter excusas para no entregarlos, porque dice que él sabía que tenía algo y tenía temor de que lo echen. Posteriormente en el mes de Junio del 2014 en el trabajo, por el notorio deterioro de su salud y viendo lo más débil que se ponía al no poder cargar las cámaras y otras herramientas de trabajo sus jefes le exigen que se haga los exámenes médicos o será despedido. En ese momento accede hacérselos.

El día que le dan los resultados dando VIH positivo en situación extrema; es decir SIDA, decide no comunicar nada e irse a encerrar a su casa, sin embargo ese mismo día le da una fiebre tan alta que su madre decide llevarlo al Hospital ingresándolo por emergencia cuando se le hace la valoración al joven, los doctores ven en el sistema el resultado y le reafirman el diagnóstico al joven y se lo hacen conocer a su mamá. Por la grave descompensación en los niveles orgánicos es derivado al área de hospitalización de Medicina Interna.

La derivación psicológica de este paciente fue dada por la trabajadora social que cuenta que el joven está muy deprimido y que no quiere tomar la medicación.

## II. DESARROLLO Y DIFICULTADES EN EL PROCESO

La practicante de psicología lo va a ver a su cuarto, se encuentra acompañado por su mamá, se le ofrece tanto al joven como a la madre el espacio para el trabajo psicológico el cual es aceptado por ambos, al paciente se lo puede ver acostado con un semblante un poco decaído, le cuesta un poco sentarse y hablar.

En la primera entrevistas se recoge datos de información básica, se le explica al paciente en qué consiste el trabajo, al principio demuestra una actitud poco colaboradora comenta que: *“yo no soy de contarle mis cosas a nadie”* a lo que se le responde: *“bueno yo no soy nadie así que me puede contar”*, por lo cual se ríe y cuenta la historia de cómo llegó al hospital. Dice que no sabe cómo se contagio y que no quiere pensar en eso.

Comenta que desde que se vio las manchas en su cuerpo sabía lo que tenía pero no quería pensar en ello ya que surgían muchas ideas en su cabeza que más que tranquilizarlo lo perturbaban. Después de algunas sesiones afirma *“yo no me quiero morir quiero salir bien de aquí y de todo esto”* a lo cual se le cuestiona: *“¿Entonces por qué sigue intentando morir?”*, al paciente preguntar por esta interrogación se le responde que es porque no toma los medicamentos y que si no los toma no se podrá estabilizar. Además se aprovecha este momento para señalarle que desde el inicio ha estado provocando esta situación, ya que al tener cierta idea de lo que padecía y evitar la asistencia médica ofrecida por todos; la de su hermano, la de su trabajo motivó a que el virus (VIH) se transforme en enfermedad (SIDA) dejando que esta tome su cuerpo, su vida. Ante esta intervención se quedo callado y dice *“igual ya que importa, si igual ya me moriré pronto”* la afirmación tiene como respuesta de la practicante que ella alce los hombros y formule la siguiente intervención *“bueno que tan pronto ocurra eso*

*dependerá de usted*". El paciente queda pensativo y pide que se lo venga a visitar después.

Después de dos días se vuelve a visitar al paciente y afirma: *"estuve pensando en lo que me dijo el otro día y tiene razón yo me he dejado morir pero ahora es muy tarde ya no tengo tiempo sea lo que sea que haga moriré y mis metas se quedarán estancadas porque ya no tendré tiempo para hacerlas"*. Se queda un rato en silencio al escuchar que se le dice: *"el tiempo para cumplir lo que tiene y pueda hacer depende de usted, de cuantas trabas más le ponga al salir del hospital estable"*.

La mamá del paciente comenta que ya ha aceptado que le pongan las pintas de sangre para la anemia que tenía, empezó aceptar los medicamentos que le llevaban las enfermeras y aceptar lo que el doctor le decía. Con el paciente se abordaron diferentes temas como que tipo de planes quería realizar, cuáles de las ideas que tenía se postergaran un poco, planteándole que priorice las mismas. De esta manera empezó a elaborar sobre su deseo, de tener una pareja el cual antes había dicho que ya no quisiera tener pero ahora decía que si le gustaría pero tenía claro que sería un poco complicado por su situación médica.

Después de unas sesiones se habló de estas ideas de muerte, pudiendo desarrollar un poco más qué era lo que le asustaba de morir a lo cual comenta *"Que no exista nada más allá, que el día que muera cierre los ojos y deje de existir de todas las formas que no pueda abrir los ojos en ningún lado"* se siguió hablando de estas ideas hasta la última sesión que se le dio de alta, en donde llegó a contar como se había contagiado y afirmo *"Sabe, cuando era niño me gustaba jugar a la guerra, decía que era como los griegos, ahora pienso que lo jugaré de nuevo, que moriré... pero moriré con honor sabiendo que mi vida valió la pena"*

### **III. EFECTOS TERAPÉUTICOS:**

Entre los efectos terapéuticos que se pudieron evidenciar en el caso, el joven empezó a tomar la medicación, dando paso a que los intentos de los médicos para estabilizarlo tengan efecto, lo cual permite que se dé un cambio de semblante en el paciente, ya no se lo veía decaído o que no pudiera levantarse de la cama y teniendo predisposición a los tratamientos que los doctores le decían que tenía que realizarse para su recuperación.

Se ve que se deja de un lado esta pulsión de muerte que es lo que lo llevó a encerrarse y que el virus se convierta en enfermedad, para pasar; aunque sea de forma mínima, a una pulsión de vida que lo lleva a tomarse los medicamentos y someterse a los tratamientos necesarios. También se puede notar que puede empezar a poner en palabras lo que le angustia o le preocupa.

#### **CASO: Jimmy (Hemiplejía como secuela de un Accidente Cerebro Vascular).**

##### **I. GENERALIDADES DEL CASO**

El siguiente caso a exponer trata sobre un paciente atendido en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación dentro de las prácticas pre-profesionales por motivo de las dificultades que se pudieron observar dentro de las terapias tanto ocupacional como física, a raíz de un ACV (Accidente Cerebro Vascular) que causó una Hemiplejía Izquierda en el paciente.

Jimmy de 42 años trabaja como policía metropolitano. Es un hombre casado, con dos hijos menores de edad. Su esposa vive en Balzar y él vive en Guayaquil en casa de su madre, visita a su familia los fines de semana.

Un accidente en un bus urbano en el que se transportaba a su trabajo, le provoca un ACV que a su vez le desarrolla una Hemiplejía Izquierda, el ACV

provocado se da cuando el paciente tuvo el accidente, éste del impacto emocional tuvo una subida de presión y cuando llegó al hospital se desmayó y no recuerda nada más hasta cuando despertó y su esposa le comento lo que había sucedido. Estuvo en coma durante 48 horas y luego de regresar del mismo, le realizan dos operaciones quirúrgicas.

Regresa a casa de su madre sin poder realizar sus actividades cotidianas ni poder ejercer su empleo. Su esposa se muda a Guayaquil para estar pendiente de los cuidados que necesita Jimmy, el cual se siente deprimido por sentirse una persona inútil.

## **II. DESARROLLO Y DIFICULTADES EN EL PROCESO**

En la primera entrevista con el paciente; derivado por los terapeutas ocupacionales debido a sus pocas o casi nulas ganas de realizar las respectivas terapias, llega acompañado de su esposa, quien lo deja dentro del consultorio y lo espera hasta que termine la entrevista.

Durante la primera entrevista el paciente se sienta y estira su mano derecha, para saludar con un apretón de manos a la practicante de psicología. Se percibe una apariencia desaliñada; característica que se observa en la mayoría de los pacientes que empiezan las terapias de rehabilitación; y comenta que ha llegado hasta el servicio de psicología por recomendación de la terapeuta.

En la primera entrevista se realizó la respectiva recolección de datos que se le hace a un paciente, sin embargo en esa primera entrevista él logra con cierta dificultad transmitir el malestar que sentía: "*Me siento inútil*". La problemática vital gira en torno al significante inútil. Los fisiatras y terapeutas le comentan al paciente que no podrá realizar el mismo trabajo que realizaba antes, lo que hace que el paciente sienta desganos en el momento de realizar sus actividades terapéuticas dentro del Servicio, y en su hogar.

Durante algunas entrevistas más se observa que el paciente presenta un malestar al hablar de su matrimonio. Durante una entrevista con su esposa ella dijo que el paciente sentía que no podía “cumplirle”. En sesiones posteriores se logra que el paciente hable de esto que le causa malestar y dice *“ya todo está perdido, perdí mi vida, no puedo estar con mi esposa íntimamente, me duele no cumplirle”*.

Se puede observar que todos estos malestares a raíz de la Hemiplejía que deja al paciente incapacitado de realizar sus actividades cotidianas como laborales, están acompañadas de un gran monto de frustración lo que impide realizar las terapias.

Se logra trabajar con el paciente a manera de que se implique en su nueva realidad. Se explica cómo es el tratamiento después de un diagnóstico de hemiplejía, ya que el paciente después de enterarse no tiene la suficiente información por parte de los médicos y son muchas las interrogantes que se plantea. En una de las entrevistas el paciente pudo hablar ya no acerca de satisfacer el deseo del otro, sino que se lo orientó a que se interrogue sobre suyo, posibilitando este señalamiento a que pueda elaborar sus ganas de volver a tener su empleo, asimilar su nuevo estilo de vida desde una posición más optimista.

Después de haber hablado con sus médicos tratantes se da esperanzas al paciente de que logrará insertarse nuevamente al campo laboral, no haciendo las actividades que desarrollaba antes del accidente, pero si nuevas actividades que lo ayuden en su desarrollo y que no pongan en peligro su salud y recuperación.

### **III. EFECTOS TERAPÉUTICOS:**

Luego de las entrevistas que se tuvieron tanto con el paciente como con su esposa, se logra que éste avance con las terapias y que empiece a realizar sus actividades cotidianas independientemente y no con ayuda de familiares,

así como su movilización sin sillas de ruedas o bastón. El paciente continuó con las terapias en casa y logró reinsertarse a su trabajo como supervisor dentro del grupo de policías metropolitanos. Después de una cita con el urólogo; sostenida por la practicante de psicología y afirmada por su médico tratante, el paciente puede volver a tener una vida sexual activa.

### **CASO: Frank (Hemiplejía como secuela de un Traumatismo Cráneo Encefálico).**

#### **I. GENERALIDADES DEL CASO**

Frank es un hombre de 30 años. Antes de su TCE (Traumatismo Cráneo Encefálico) se desempeñaba como entrenador físico, era modelo de catálogo de ropa masculina. Está casado y vive con su esposa y una hija de 4 años. El paciente tiene antecedentes de consumo de drogas y alcohol. El accidente que le provoca un TCE se da durante una balacera en un conocido sector del norte de Guayaquil hace aproximadamente un año.

Después de haber estado en coma inducido para una operación en su cerebro, el paciente vuelve a la conciencia, y se recupera en su domicilio junto a su esposa, madre e hija. Le diagnostican Hemiplejía, lo cual llevó al paciente a entrar en un estado de depresión profunda, por lo que decide asistir a un psicólogo particular.

Cuatro meses después de su recuperación post operatoria, el fisiatra le aprueba el inicio de sus terapias, tanto física como ocupacional.

#### **II. DESARROLLO Y DIFICULTADES EN EL PROCESO**

Debido a su falta de motivación y ganas para realizar las terapias física y de rehabilitación que le ayudarán a no sentirse limitado en sus actividades básicas, es derivado a Psicología por una de las terapistas del Servicio.

La realidad en la que se encontraba el paciente no permitía seguir desarrollando su estilo de vida de manera normal, lo cual llegó a producir mucha ansiedad por comer en el paciente, lo que provocó un aumento de peso en Frank, situación contraproducente para las terapias como para su salud.

Durante las entrevistas se podía percibir el descontento del paciente con su situación y con los cambios que debió tomar para adaptarse a su nuevo estilo de vida. Algo que le incomodaba al paciente era el aumento de su peso y el cambio en su imagen corporal ya que como dijo en una de las entrevistas *“era mi herramienta de trabajo”*.

Para trabajar con Frank se necesitó sumar a la esposa en el proceso, y así poder recabar información, ya que al principio, éste se rehusaba a asistir a las entrevistas. Así se pudo obtener información en cuanto a su empleo y su anterior estilo de vida.

Durante las entrevistas con el paciente, éste mencionaba sus aspiraciones a largo plazo; como abrir un gimnasio de *crossfit* para ayudar a entrenar a otras personas, así como seguir de modelo de catálogo de ropa.

La problemática vital del paciente gira en torno al cambio de vida a raíz del ACV, además de la imposibilidad de mantener económicamente a su familia lo que le causa frustración y ansiedad en el paciente. Se trabaja en la búsqueda de recursos nuevos para que el paciente pueda utilizarlos y poder reinsertarse en la vida laboral sin afectar su salud, además se sumo al trabajo a su familiar ya que el apoyo de sus familiares es un punto importante en la terapia del paciente.

A partir del trabajo con el paciente a través de las entrevistas se pudo percibir que se ubicaba como un sujeto incapaz de realizar sus actividades cotidianas *“soy tan inútil que no puedo ni bañarme”*. Se intenta a través de las terapias buscar nuevos recursos para que pueda insertarse nuevamente en la vida laboral, se trabaja con el deseo del paciente ya que había mucha

resistencia al comienzo del trabajo psicológico. A medida que pasaron las semanas éste pudo poner en palabras lo que le angustiaba, surgiendo frases como *“me siento vacío, mi vida ahora está sin rumbo”*.

Luego de varias sesiones se logró que el paciente buscara nuevas alternativas de trabajo que no afecten su salud ni interfieran en sus terapias, como su gusto por la administración, algo que había olvidado desde que empezó a trabajar como entrenador y se recomienda que realice cursos para que así pueda seguir aprendiendo cosas nuevas a lo que el paciente contesta, *“si así podemos mi esposa y yo administrar nuestro propio gym”*.

### **III. EFECTOS TERAPÉUTICOS:**

Es importante mencionar en este punto que la implicación del paciente dentro de su problemática durante las entrevistas ayudó a que continué con sus terapias, recuperándose 2 meses después. El paciente con ayuda de su esposa logra caminar mejor sin utilizar el bastón y se prepara para otra intervención quirúrgica. Actualmente el paciente sigue con su tratamiento en la ciudad de Quito y toma cursos de administración. En cuanto a su aumento de peso debido a la ansiedad, logró controlarla y con la sugerencia de la practicante de psicología pudo ir donde un nutricionista para que llevar un control de su peso y alimentación que no comprometiera su recuperación.

## CONCLUSIONES

A lo largo del trabajo de sistematización mediante el recorrido teórico se pudo evidenciar las peculiaridades de las dos enfermedades catastróficas mencionadas anteriormente en el presente trabajo y en conjunto con el período de la práctica hospitalaria hemos llegado a las siguientes conclusiones:

A partir del marco teórico de referencia y el trabajo clínico con los pacientes del área de Medicina Interna y del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación se pudo evidenciar cuales son estos malestares que se desencadena a partir de diagnósticos de VIH/SIDA y Hemiplejía demostrando que con mayor frecuencia encontramos las siguientes manifestaciones psicológicas: Angustia, depresión, frustración, negación, sentimientos de culpa, temor e ira. Cabe recalcar que en ambos diagnósticos tienen en común dichas manifestaciones.

De la misma forma luego de culminar el periodo de las prácticas pre profesionales, hemos obtenido datos mediante las entrevistas realizadas durante los meses de trabajo con los pacientes del área de Medicina Interna y del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación; y por lo cual se pudo incluir en el marco teórico de referencia cómo se dio el cambio en la calidad de vida en estos pacientes, poniendo como ejemplo las situaciones que se dan en los pacientes con Hemiplejía, los mismos que presentan un estado de incapacidad para realizar sus actividades cotidianas; y de la misma forma, con los pacientes que poseen VIH/SIDA al no poder realizar las actividades que acostumbraban a efectuar antes de su diagnóstico para evitar una exposición a los virus que puedan causar las enfermedades oportunistas.

Tal cual como lo hemos evidenciado a partir del desarrollo de toda la práctica pero sobre todo, como lo hemos estado sosteniendo en nuestra casuística, en donde hemos trabajado los cuatro casos que hemos mencionado: dos del área de Medicina Interna y dos del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación; en donde se puede realmente sostener el rol y la importancia del Psicólogo Clínico a partir de la escucha atenta, diferente y más humana que es específica del Psicólogo Clínico a diferencia del tipo de escucha que tienen los médicos, enfermeras, terapistas y trabajadores sociales, se pudo sostener y reelaborar las situaciones con los pacientes atendidos en nuestra práctica pre profesional mediante diferentes recursos como: los señalamientos, el uso de juguetes, la creación de un abecedario; tomando en cuenta que cada paciente es diferente y que no se puede dar una generalidad de trabajo con ellos sino, demostrando que con los diferentes recursos, se puede llegar a obtener una implicación de un paciente con su enfermedad junto con su tratamiento farmacológico o físico o en caso de pacientes en etapa terminal, ayudándolos a bien morir.

## RECOMENDACIONES

A partir de la experiencia de nuestras prácticas pre profesionales podemos sugerir las siguientes recomendaciones:

Que se reconozca un espacio para el Psicólogo Clínico en el ámbito hospitalario es decir que se dé una mayor importancia a su labor como psicólogo y que se brinde por parte de los médicos, terapistas y enfermeras una mayor apertura al trabajo.

Además es recomendable usar en ambos espacios hospitalarios la técnica de trabajo grupal orientado a pacientes como a familiares en donde se transmita una mejor explicación al paciente sobre sus cuadros clínicos debido a que muchos de ellos lo que les angustia y los pone de manera hostil es el desconocimiento sobre su diagnóstico médico.

Se sugiere que partiendo de esta experiencia, este material pueda servir como apoyo a los siguientes practicantes que vayan al área de Medicina Interna o al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación para que tengan una base teórica del trabajo que se realiza en ambas áreas.

## BIBLIOGRAFÍA

Achucarro, S. (2010). Scielo. Recuperado el 29 de Diciembre de 2014, de  
Calidad de vida de pacientes con VIH/SIDA y atención:  
<http://scielo.iics.una.py/pdf/imt/v5n1/v5n1a04.pdf>

Bobath, B. (1993). Hemiplejía del adulto. En B. Bobath, Hemiplejía del adulto  
(pág. 81). Londres: Médica Panamericana.

Díaz, L. (Agosto de 2010). Textos de apoyo didáctico. Facultad de Psicología  
UNAM. Recuperado el 18 de Agosto de 2014, de  
<http://www.psicologia.unam.mx/contenidoEstatico/archivo/files/Materiales%20de%20apoyo/Procedimiento%20y%20Proceso%20del%20M+%C2%AEtodo%20Cl+%C2%A1nico%20-%20-Lidia%20D+%C2%A1az%20Sanju+%C3%ADn%20-%20TAD%20-%203-%C2%A6%20Sem.pdf>

Ecured: Enciclopedia Cubana. (Octubre de 2014). Obtenido de  
<http://www.ecured.cu/index.php/Hemiplejia#Fases>

Fernández, D. O., & Buergo, D. M. (Julio de 2010). Instituto Nacional de  
Neurología y Neurocirugía. Obtenido de  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol13\\_4\\_00/res04400.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol13_4_00/res04400.htm)

Finlay", C. J. (Junio de 2007). Scielo. Recuperado el 2015 de Enero de 02,  
de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572007000200006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572007000200006&script=sci_arttext&tlng=pt)

Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. En L. L. Ballesteros, Obras Completas 2. Buenos Aires: Ateneo.

Fundación Descida. (2014). Fundación Descida. Recuperado el 2 de Diciembre de 2014, de <http://www.descida.org.ar/aprendiendo.htm>

García, F., Zamora Talló, L., & Gatell., J. (9 de Junio de 2011). Forumclinic. Recuperado el 2 de Diciembre de 2014, de <http://www.forumclinic.org/es/vihsida/informaci%C3%B3n/tratamiento-farmacol%C3%B3gico>

Guerrero, F., Herrera, M., Herrera, M., & Lemonggi, J. (2000). *La Psicoterapia con orientación analítica en instituciones hospitalarias*.

GUÍAS DIAGNÓSTICAS DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. (Julio de 2013). Obtenido de [http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/rehabili/hemiplejia.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/rehabili/hemiplejia.pdf)

inspiration.org. (2009). Obtenido de <https://www.inspiration.org/salud/sida/historia-del-sida>

Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes CerebroVasculares. (Junio de 2012). Obtenido de [http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/rehabilitacion\\_posterior\\_al\\_ataque\\_cerebral.htm](http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/rehabilitacion_posterior_al_ataque_cerebral.htm)

Iriberri, A. (02 de Octubre de 2014). El Mundo. Recuperado el 1 de Diciembre de 2014, de

<http://www.elmundo.es/salud/2014/10/02/542d93b5e2704e49518b456d.html>

Medline Plus. (28 de 05 de 2014). Recuperado el 26 de 11 de 2014, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000726.htm>

MedlinePlus. (10 de Junio de 2012). MedlinePlus. Recuperado el 29 de Enero de 2015, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000661.htm>

Méndez, E. (31 de Marzo de 2011). Scribd. Recuperado el 18 de Agosto de 2014, de <http://es.scribd.com/doc/52027096/Investigacion-pura-y-aplicada>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (27 de Septiembre de 2012). Acuerdo Ministerial. Registro Oficial No. 798. Quito, Pichincha, Ecuador.

Molina Iriarte Araceli, O. A. (Enero-Marzo de 2013). Rev Esp Méd Quir Volumen. Recuperado el 8 de 01 de 2015, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2013/rmq131c.pdf>

NeuroRehabilitación, S. d. (13 de Marzo de 2013). Hospitales Nisa. Obtenido de <http://www.neurorhb.com/traumatismo-craneoencefalico.html>

OMS. (2014). Organizacion Mundial de la Salud. Recuperado el 1 de Diciembre de 2014, de [http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/)

OMS. (1 de Diciembre de 2014). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de [http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/)

OMS. (Noviembre de 2014). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 2 de Diciembre de 2014, de <http://www.who.int/features/qa/71/es/>

Pontalis, J. B., & Laplanche, J. (2004). Diccionario de Psicoanálisis . Buenos Aires: Paidós .

Posada, D. (2014). Scienc. Recuperado el 1 de Diciembre de 2014, de <http://darwin.uvigo.es/985/>

Primeros auxilios en caso de traumatismo craneal. (3 de Diciembre de 2014). Obtenido de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000028.htm>

UNESCO. (2004). Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura . Recuperado el 1 de Diciembre de 2014, de [http://portal.unesco.org/education/es/files/39090/11483803965Facts\\_SP\\_FRESH\\_1.pdf/Facts\\_SP\\_FRESH\\_1.pdf](http://portal.unesco.org/education/es/files/39090/11483803965Facts_SP_FRESH_1.pdf/Facts_SP_FRESH_1.pdf)

Universidad de Palermo. (2010). Recuperado el 1 de Diciembre de 2014, de [http://fido.palermo.edu/servicios\\_dyc/proyctograduacion/archivos/865.pdf](http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyctograduacion/archivos/865.pdf)