

302 725
204
205

Universidad Femenina de México
UNFM

UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO

"TOLERANCIA A LA FRUSTACION EN DOS GRUPOS DE
PACIENTES CON SIDA DEL SEXO MASCULINO, CUYO
DIAGNOSTICO ES RECIENTE Y DE HACE DOS AÑOS"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :

SALVADORA CONCEPCION GERALDO

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1993



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

" I N D I C E "

INTRODUCCION	pág. 1 - 3
MARCO TEORICO:	pág. 4 - 78
CAPITULO I: SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA	
ADQUIRIDA.	pág. 5 - 27
1.1.- Definición	pág. 7
1.2.- Etiología.	pág. 7 - 9
1.3.- Mecanismos de Transmisión.	pág.10 - 13
1.4.- Cuadro Clínico	pág.14 - 21
1.5.- Diagnóstico.	pág.22 - 23
1.6.- Prevención	pág.23 - 25
1.7.- Tratamiento.	pág.26
CAPITULO II:TOLERANCIA A LA FRUSTRACION.	
2.1.- Definición	pág.30 - 32
2.2.- Etiología.	pág.32 - 39
2.3.- Frustración y Agresión	pág.39 - 44
CAPITULO III:FRUSTRACION Y MUERTE.	
3.1.- Elaboración de la Muerte	pág.49 - 62
3.2.- Medidas Terapéuticas con Pacientes Terminales	pág.62 - 75
CAPITULO IV:METODOLOGIA.	
4.1.- Problema	pág.79
4.2.- Hipótesis.	pág.79 - 81
4.3.- Variables.	pág.81 - 82
4.4.- Sujetos v Escenario.	pág.82 - 83
4.5.- Selección y Tipo de Muestra.	pág.83

4.6.- Instrumento.	pág.83 - 89
4.7.- Diseño	pág.85
4.8.- Procedimiento.	pág.89 - 90
4.9.- Estadística.	pág.90 - 92
CAPITULO V: RESULTADOS	pág.93 -101
CAPITULO VI:CONCLUSIONES	pág.102-112
Limitaciones del Estudio	pág.113
Apéndice	pág.114-121
Bibliografía	pág.122-127

INTRODUCCION:

Debido a que el número de casos de SIDA se incrementa con rapidez y que México ocupa el Tercer Lugar en América Latina (según informes de la OMS - 1993), hace que nuestra atención se fije en esta terrible enfermedad la cual hasta el momento no tiene cura definitiva: así mismo nos hace reflexionar y cuestionarnos sobre la reacción de las personas que la poseen, hacia donde dirigen su frustración y agresión por padecerla; la conducta que adoptan hacia la sociedad, hacia las personas sanas y en general hacia ellos.

El paciente con Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida puede valorar su enfermedad como una situación que lo frustra, ya que es algo que está presente, que es real y que no puede evitar, puede también culpar a alguien por el hecho de que la enfermedad exista o buscar continuamente la solución al obstáculo frustrante de su necesidad.

La situación actual de nuestro país es preocupante, de momento se encuentra en un tercer lugar en el Continente Americano, pero, quien nos asegura que en un futuro no muy lejano ese tercer lugar no sea a nivel mundial.

El objetivo de esta investigación es probar si existe o no diferencia en cuanto al nivel de Tolerancia a la Frustración en los pacientes con SIDA, después de transcurrido un tiempo del

diagnóstico: si su respuesta puede variar en cuanto a su tipo y dirección, como lo refiere Rosenzweig en su Test de Tolerancia a la Frustración.

El interés particular en este trabajo se remite a algunas observaciones que se realizaron a unos pacientes de SIDA hace aproximadamente 4 años. La forma en que reaccionaban estos enfermos y cómo tomaba la familia esta terrible noticia, hizo que nuestra atención se fijara en las diferentes manifestaciones de conducta al recibir el terrible diagnóstico y por consiguiente pensar si podrían elaborar su muerte transcurrido un tiempo del diagnóstico.

Los resultados que se obtuvieron en el presente estudio son de que no existen diferencias significativas en cuanto al nivel de tolerancia a la frustración entre los 2 grupos de pacientes con SIDA del sexo masculino cuyo diagnóstico es reciente y de hace 2 años. De la misma manera, que no existen diferencias significativas en cuanto al nivel de extrapunitividad, intrapunitividad, impunitividad, obstáculo frustrante, ego defensa y persistencia de la necesidad de las respuestas entre los 2 grupos.

La conclusión a la que se pudo llegar es de que todos los portadores de VIH requieren una terapia psicológica, que les permita realizar poco a poco la elaboración de su muerte, una terapia ocupacional que los mantenga "distráidos", en lo

posible. de su enfermedad; para que sientan y se den cuenta de que todavía pueden realizar muchas cosas antes de pensar solamente en un final.

Impartir una terapia familiar para que éstos le brinden un apoyo y consuelo cuando lo necesite. Que no se aisle o se sienta foco de atención de parte de las personas que lo rodean y también de aquellas que no conocen su enfermedad.

Con estos tipos de ayuda, las etapas por las que pase le servirán para que deposite toda su angustia, miedo y temor hacia la muerte para que finalmente logre su aceptación en la forma más tranquila y conciente posible.

MARCO TEORICO:

CAPITULO I:

" S. I. D. A. "

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es una enfermedad transmisible descubierta en los 80's, con alta letalidad que se ha propagado rápidamente en muchas partes del mundo por lo que se corre el riesgo de una pandemia. Hasta el momento no existe tratamiento para la enfermedad, ni vacuna para prevenirla por lo que la única esperanza que existe para controlarla es la educación a la población, con el fin de modificar su comportamiento. El SIDA es una enfermedad viral que daña al sistema inmunológico, haciendo al paciente más factible a infecciones y procesos neoplásicos.

Hasta el primer semestre de 1993 la OMS ha notificado un total de 718,894 casos. Los 15 países con mayor frecuencia de casos de SIDA en el mundo son:

Estados Unidos (289,320), Tanzania (38,719), Brasil (36,481), Uganda (34,611), Kenia (31,185), Malawi (26,955), Francia (24,226), Zaire (21,008), España (18,347), Italia (16,860), México (14,961), Costa de Marfil (14,653), Zimbabwe (14,023), Ghana (10,285), Rwanda (9,486), el resto (117,772), total (718,894).

México ocupa el décimo primer lugar en frecuencia de casos en el mundo y el tercer lugar en América, después de Estados Unidos y Brasil. (1)

1.1.- DEFINICION:

El SIDA. "es la etapa final de la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se caracteriza por infecciones oportunistas y procesos neoplásicos que ponen en peligro la vida. Dichas infecciones ocurren porque los enfermos infectados con VIH han perdido sus defensas y capacidad de respuesta a estas agresiones". (2)

El SIDA es causado por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) que es un retrovirus. Este fue el tercer tipo de retrovirus que se identificó como causante de enfermedades en humanos. Como todo retrovirus se replica únicamente en células vivas de la especie que le sirve al huésped.

1.2.- ETIOLOGIA:

La enfermedad es causada por un virus que ha recibido varios nombres desde su aislamiento en Francia en 1983. El nombre definitivo que sustituye a todos los anteriores es el de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) establecido por el Comité Internacional de Taxonomía de los Virus (International Committee for the Taxonomy of viruses) en 1986. En años recientes, en Africa Occidental se descubrió otro virus de la Inmunodeficiencia Humana con algunas diferencias en su genoma con respecto al primero, por lo cual se le dió el nombre de VIH II y al anterior VIH I. El VIH pertenece a la familia

retrovirus, que forman un eslabón entre los ARN-virus y los ADN-virus, y su característica es la de que, en lugar de que su información genética sea transcrita de ADN a ARN, como en la mayoría de los virus, los retrovirus invierten esta dirección, ya que almacenan su información genética en el ARN; y una de sus enzimas, llamada transcriptasa reversa, les permite sintetizar ADN viral el cual se integra al genoma de la célula huésped para servir después como base de la realización del virus.

Hay varias subfamilias de retrovirus y de éstas, el VIH pertenece a la subfamilia de los Lentivirus. Los Lentivirus, a diferencia del resto de los retrovirus humanos, presentan un marcado poder citolítico, atacan principalmente a las células que se encargan de la inmunidad mediada por células (linfocitos cooperadores y células del sistema fagocítico mononuclear) debido a que estas células tienen en su superficie el marcador biológico denominado CD4, y tienen también afinidad por células del sistema nervioso central, oligodendrocitos y astrocitos. Estructuralmente la partícula vírica se compone de un ARN monocatenario de polaridad que presentan dos copias unidas por su extremo 5', constituido por 3 genes estructurales y de 6 reguladores. El genoma vírico se halla recubierto de una cápside proteica de simetría icosaédrica constituida por las denominadas proteínas de CORE del virus, codificadas por el gen GAG. El conjunto de ácidos nucleicos y cápsida, nucleocápside o CORE del virus, se halla a su vez recubierto por una bicapa lipídica o pelos de origen celular, sobre la que se hallan las

glicoproteínas de envoltura del virus codificada por el gen ENV. Se encuentra además asociada al ARN una enzima codificada por el gen POL, conocida como transcriptasa inversa, característica de todos los retrovirus y que le da el nombre a la familia. Por fortuna el VIH es un virus muy sensible y se inactiva fácilmente sometiéndolo a procedimientos sencillos y comunes, como la esterilización en autoclave, la ebullición a soluciones desinfectantes como el hipoclorito de sodio (blanqueador común) en solución al 1:10 ó 1:100. (Cuadro I)

(3)

CUADRO I

Lista de desinfectantes contra el VIH	
Hipoclorito sódico	1:10 - 1:100
Cloramina	2%
Alcohol etílico	70%
Alcohol isopropílico	70%
Yodopovidino	2.5%
Formaldehído	5%
Glutaraldehído	2%
Peróxido de hidrógeno	6%

1.3.- MECANISMOS DE TRANSMISION:

Por las características de susceptibilidad del virus a las condiciones del medio ambiente (cambios de temperatura, humedad, pH, etc.) para la transmisión es necesario que exista un intercambio directo de líquidos o secreciones corporales para que el VIH pueda transmitirse de una persona a otra. Si recordamos que este virus se encuentra integrado en el genoma celular de la persona afectada, es fácil entender por que los líquidos más eficientes para la transmisión son los que contienen una gran concentración de células, como el semen y la sangre, y aunque el virus se ha encontrado en secreciones corporales, como la orina, las lágrimas y la saliva, el número de células y de virus que contienen estos líquidos es muy bajo, lo que sumado a la vulnerabilidad del virus hace muy improbable la transmisión por estos medios. De hecho, sólo se ha demostrado a través de relaciones sexuales (homo o heterosexuales), por exposición parenteral a sangre o sus derivados hemáticos contaminados, por la recepción de órganos procedentes de donantes infectados, por inseminación artificial y de madre a hijo. "La eficacia de los medios de transmisión es diferente: la más efectiva es la de contacto con productos sanguíneos (70%), después de la transmisión madre-hijo (50-60%), y a través de relaciones homosexuales. Se sabe también de la transmisión por leche materna". (4)

Por último, la susceptibilidad del huésped es importante ya que existen factores genéticos, que influyen en la susceptibilidad; y también existen otras circunstancias, denominadas cofactores, que pueden facilitar la transmisión como la desnutrición, la sobre estimulación del sistema inmunológico que ocurre cuando existen infecciones múltiples.

1.3.1.- SEXUAL:

El VIH se transmite por relaciones sexuales tanto homosexuales como heterosexuales. Se sabe que cuando existe penetración del pene en el recto es mayor el riesgo que por la vía vaginal, ya que el epitelio del recto es de tipo cilíndrico no estratificado, ricamente vascularizado y con abundante tejido linfóide no encapsulado y que sufre laceraciones durante el coito; el epitelio vaginal es de tipo estratificado no queratinizado, lo cual lo hace más resistente a las laceraciones, aunque parece que el riesgo aumenta durante el período menstrual debido a los cambios hormonales a los que está expuesta la mucosa vaginal y la mayor accesibilidad al torrente sanguíneo.

Se sabe también que las relaciones sexuales con participación de la mucosa oral favorecen la transmisión, así como el número de compañeros sexuales diferentes, la presencia de úlceras genitales y antecedentes de enfermedades de transmisión sexual como gonorrea, sífilis, linfogranuloma

venereo y herpes genital. La probabilidad de contagio es mayor a partir de un sujeto que se halla en fase primoinfección o presenta un cuadro clínico de SIDA, períodos en los que existe un replicación activa del virus y por lo tanto mayor concentración de partículas víricas.

1.3.2.- SANGUINEA:

Sangre y hemoderivados.

La aplicación de sangre contaminada o sus derivados es otro mecanismo de transmisión comprobado. No todos los componentes de la sangre transmiten el virus. Se sabe que los glóbulos rojos, plaquetas, plasma, sangre total y factor de coagulación concentrado pueden contener el virus.

Agujas y jeringas contaminadas.

La vía de transmisión parenteral a través de agujas y jeringas contaminadas con sangre infectada es uno de los mecanismos en la aplicación de drogas intravenosas. El riesgo de la infección aumenta si la aplicación se hace por vía intravenosa y disminuye en aplicaciones intramusculares y subcutáneas. No existen pruebas de que el virus se transmita por la aplicación de vacunas.

1.3.3.- PERINATAL:

La transmisión del VIH de la madre al feto puede ocurrir durante el embarazo a través de la placenta, durante el parto o en posparto a través de la leche materna. En la literatura médica, se han descrito casos de abortos menores de 16 semanas en los cuales fue posible aislar el virus, lo cual nos habla del paso temprano de éste al producto, vía trasplacentaria. Asimismo el caso de un producto de 24 semanas obtenido por cesárea, de una mujer que murió de SIDA: "el niño murió posteriormente encontrando células infectadas por el virus en el estudio post mortem". (5)

Los hijos de madres infectadas por el virus pueden o no tener al nacimiento prueba positiva para la detección de anticuerpos contra VIH, lo cual se interpreta de diversas maneras: si la prueba es positiva significa presencia de infección o bien transferencia pasiva de anticuerpos IgG de la madre contra el virus a través de la placenta, los cuales pueden tardar en desaparecer hasta 24 meses después del nacimiento. Si el estudio es negativo, puede significar ausencia de infección o bien estar en período de incubación la enfermedad. Es por ello que todo producto nacido de madre con infección o enfermedad por VIH debe de ser sometido a la detección de anticuerpos contra el virus de manera periódica hasta la edad de dos años, además de la realización de diversas inmunológicas. La mortalidad de estos niños es de 50 a 80% a los dos años de edad. (6)

1.4.- CUADRO CLINICO:

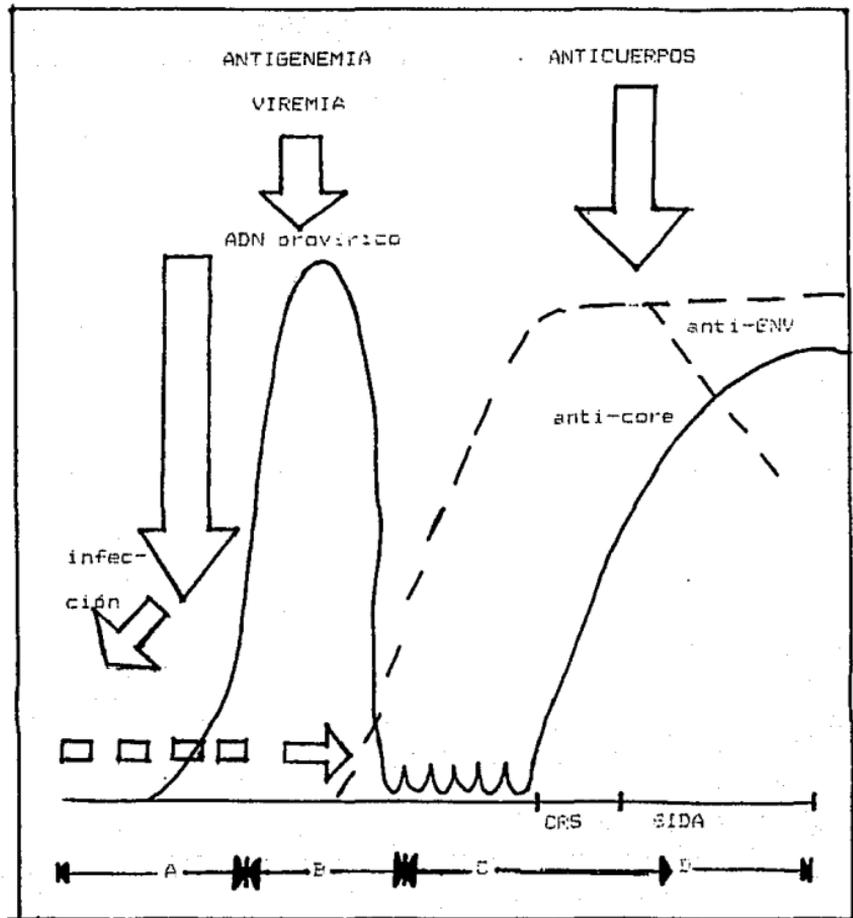
La infección con el VIH se presenta en formas diferentes desde la ausencia total de síntomas, ligero malestar, desórdenes neurológicos debilitantes y padecimientos graves que llevan a la muerte. El SIDA es o constituye la etapa final de la infección. Existen muchas más personas infectadas con el virus que las que presentan síntomas de la enfermedad.

Seropositividad:

Cuando el virus penetra en el linfocito T 4 ó en otras células susceptibles, su ARN es transcrito a ADN por la transcriptasa reversa y se integra al genoma de la célula huésped, donde puede permanecer en fase de latencia por un tiempo variable. Durante este tiempo, el individuo se encuentra clínicamente sano y con los métodos convencionales no se puede detectar antígenos, por esto se le conoce a esta fase como "etapa de silencio" o "etapa de ventana". (Cuadro II) (7)

CUADRO II

Historia natural de la infección por VIH-1. A: período de ventana; B: fase precoz o aguda; C: fase intermedia o crónica; D: final o de crisis; CRS: complejo relacionado con el SIDA.



Algunos individuos pueden presentar un cuadro febril agudo, inespecífico, con linfadenopatía, dolor de garganta, mialgias, diarrea y en ocasiones meningitis o encefalitis y que cede en forma espontánea después de unos días.

Después de un tiempo variable, que va de 5 a 12 semanas posterior a la entrada del virus, el individuo desarrolla niveles detectables de anticuerpos específicos y se considera que es infeccioso e infectante de por vida.

El paciente puede permanecer asintomático por un período variable, que va de meses hasta 5 ó 6 años, y es importante recalcar que todo este tiempo es capaz de transmitir la infección.

Después de un período variable, durante el cual el paciente permanece asintomático, se presenta usualmente una linfadenopatía generalizada de más de tres meses de duración, en dos o más sitios extrainguinales; a este síndrome se le conoce como linfadenopatía persistente generalizada; posteriormente presenta un conjunto de síntomas constitucionales como pérdida de peso de más del 10% o fiebre de más de 3 meses o diarrea, a la cual se le ha dado el nombre de complejo relacionado al SIDA. Estos síntomas usualmente preceden al SIDA, que generalmente se presenta con un cuadro de neumonía por *Pneumocystis Carinii* o con otras infecciones oportunistas de las cuales se recupera y recae, y se acompaña o no de Sarcoma de

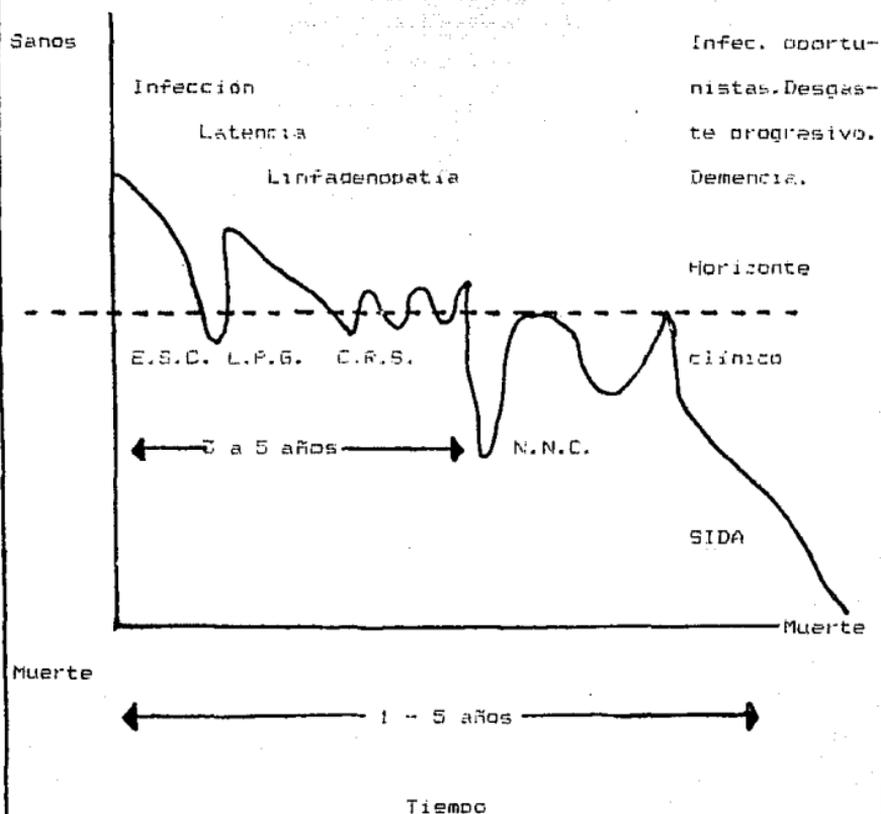
Kaposi, enfermedad del sistema nervioso central, disfaia, diarrea o linfoma. Este período puede ser de uno o dos años, con el deterioro progresivo del paciente; generalmente la causa de la muerte es un síndrome desgastante o una encefalopatía progresiva por VIH.

El tiempo desde la infección hasta la muerte puede ser tan corto como un año o tan largo como 20 años. (Cuadro III)

(8)

CUADRO III

Comportamiento biológico de la enfermedad por VIH



E.S.C.: Enfermedad por seroconversión.

C.R.S.: Complejo relacionado al SIDA.

N.N.C.: Neumonía por neumocistis carini.

L.P.G.: Linfadenopatía progresiva generalizada.

La función del aparato inmune guarda una estrecha relación con el cuadro clínico y cuanto más afectada se encuentra, el cuadro clínico es de mayor severidad. No hay cuadro clínico típico y las entidades clínicas mencionadas anteriormente pueden entremezclarse. (Cuadro IV)(9)

CUADRO IV

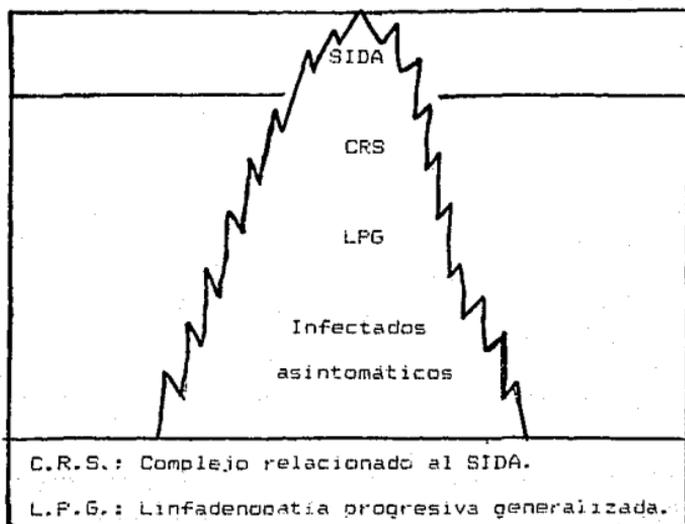
		T. de inicio	Duración de enfermedad
Gpo. I	Infección aguda	3 a 6 sem.	2 a 3 sem.
Gpo. II	Infec. asintomática	8 a 10 años	3 años
Gpo. III*	Adenopatía persistente	?	> a 3 meses
Gpo. IV	Otras enfermedades	Variable	Variable
Subgpo. A	Enfermedad constitucional	" "	" "
Subgpo. B	Enfermedad neurológica	" "	" "
Subgpo. C	Infecciones secundarias	" "	" "
Subgpo. D	Neoplasias secundarias	" "	" "
Subgpo. E	Otras condiciones	" "	" "
Seroconversión Cuadro Clínico:			
8 a 12 sem.	Signos inespecíficos, fiebre, artralgias, mialgias, rash maculopapular, meningitis aséptica.		
8 a 12 sem.	Asintomático.		
Positiva	Nódulo palpable > 6 = a un centímetro en dos o más sitios extrainguinales.		
Positiva	< de 200 T4 células por microlitro, fatiga, fiebre, **rash persistente, leucoplaquia oral, herpes simple.		
Positiva	Fiebre de más de un mes, pérdida mayor al 10%, diarrea de más de un mes, estado hiper-catabólico.		
Positiva	Encefalopatía por VIH, demencia por SIDA, meningitis por criptococo, toxoplasma, CMG, Leucoencefalopatía multifocal progresiva, linfoma del SNC, neuropatía periférica, mielopatía vascular, meningitis aséptica.		
Positiva	Pneumocystis carinii, CMG, Candida albicans, Micobacterium avium, Micobacterium tuberculosis, Criptococo neoformans, Toxoplasma gondii, Herpes simple, Herpes zoster, Criptosporidium, Isospora belli, Salmonella sp. y otras menos frecuentes.		
Positiva	Sarcoma de Kaposi, Linfomas primarios en dif. sitios, principalmente en SNC.		
Positiva	Trombocitopenia, Neumonitis intersticial inespecífica, Neumonía intersticial linfocítica.		
(*)	La línea entre CRS y SIDA no es clara.		
(**)	CRS avanzado si tiene presentes dos o más de estas manifestaciones.		

Un punto que es necesario resaltar es que la gran mayoría de los pacientes infectados se encuentran bien y que sólo una pequeña proporción manifiestan la enfermedad, calculándose que por cada enfermo de SIDA existen de 50 a 100 pacientes seropositivos que son capaces de transmitir la enfermedad.

El fenómeno anterior se ha comparado con un inmenso iceberg del cual sólo vemos la parte que se encuentra fuera del agua, quedando ocultos todos los pacientes que están afectados y que no presentan la enfermedad florida. (Cuadro V)(10)

CUADRO V

Esquema ilustrativo de la presentación clínica de pacientes con VIH.



1.5.- DIAGNOSTICO:

El método usual para estudiar el VIH consiste en las pruebas serológicas para detectar anticuerpos. De éstas, hay dos grupos principales, las llamadas de tamizaje, que son técnicamente sencillas o para la detección en donadores de sangre. La prueba utilizada para este grupo es, la de ELISA por antiglobulinas: aunque esta prueba es confiable, puede dar resultados falsos positivos, por lo cual es necesario repetirla y después seguirla con otras pruebas llamadas confirmatorias, de las cuales la más empleada es la de Westernblot, que utiliza la electroforesis en gel para separar los antígenos virales.

Un grupo reducido de pacientes no presenta respuesta de anticuerpos al VIH y por lo tanto debe tenerse en mente, si el diagnóstico clínico es probable, que una respuesta negativa de estas pruebas no es concluyente de que el sujeto no está infectado.

El SIDA se define como una enfermedad que causa deficiencia en la inmunidad celular, que ocurre en una persona sin otra causa a la que atribuir esta deficiencia que al VIH: sabemos que hay enfermedades que denotan deficiencia en la inmunidad celular, en algunas el diagnóstico puede ser sólo presuntivo y en otras debe hacerse un diagnóstico definitivo.

Algunas deben estar presentes por más de un mes, y por último, para algunas ni siquiera es necesaria la presencia confirmada de VIH.

1.6. - PREVENCIÓN:

Como hemos analizado la transmisión del SIDA está fuertemente asociada a patrones sociales y culturales de la población. Solo modificando este comportamiento y prácticas sexuales, podríamos reducir la transmisión del virus. La Educación para la Salud no sólo debe de ir dirigida a los grupos de alto riesgo, sino a los jóvenes, padres de familia, educadores, trabajadores públicos, en sí a toda la población. En los programas de educación sexual se debe de difundir el uso del preservativo como medida preventiva.

Lo mejor es adoptar siempre medidas de prevención simples, que nos eviten el riesgo de infección no sólo con el VIH sino también con otras enfermedades peligrosas y potencialmente mortales, que incluso son mucho más frecuentes y fáciles de adquirir que el SIDA: baste decir que es 35 veces más fácil hacerse seropositivo con el virus de la hepatitis B al picarse con una aguja contaminada que con el virus del VIH. Es justificado el temor de contraer la enfermedad pero lo que resulta incomprensible es el descuido para adoptar medidas preventivas. (Cuadro VI) (III)

CUADRO VI

Precauciones universales contra la infección por VIH

La sangre y los líquidos de todos los pacientes deben ser considerados como potencialmente infecciosos.

- I.- Uso rutinario de barreras apropiadas para evitar la exposición de la piel, ojos o mucosas a la sangre o líquidos corporales de los pacientes:
 - Guantes - Bata - Cubrebocas - Anteojos o careta
- II.- Lavado de manos:
 - Lavado inmediato de manos o piel cuando se contamine con sangre o líquidos corporales.
 - Lavado de manos después de retirar los guantes.
- III.- Presencia de heridas o dermatitis en el personal de salud.
 - El personal de salud que tenga heridas abiertas o abrasiones en la piel o dermatitis extensas, no deberán tratar pacientes en los que se puedan contaminar con sangre o líquidos corporales.
- IV.- Prevenir picaduras o cortadas:
 - NO tapar, doblar, manipular o retirar las agujas de las jeringas.
 - Colocar los objetos punzocortantes en recipientes rígidos para su desecho.
- V.- En cirugía:
 - Pasar los instrumentos punzocortantes con mucho cuidado, de preferencia bajo visión directa.
 - Recomendable el uso de batas de protección, bisturí eléctrico y engrapadoras.
- VI.- Limpieza:
 - Instrumental: Lavado minucioso seguido de esterilización o inmersión en germicida por 30 minutos.
 - Ropa: Basta el lavado habitual con esterilización.
- VII.- Embarazos:
 - Las mujeres embarazadas deben extremar las precauciones.

Es importante mencionar las medidas preventivas que debe de realizar la persona infectada por el VIH. (Cuadro VII)

CUADRO VII

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS PARA EL PACIENTE CON INFECCION POR VIH

- a) Sexo seguro y/o uso de condón.
- b) NO donar sangre, semen, ni órganos para trasplante.
- c) NO compartir objetos potencialmente contaminados con sangre (agujas, jeringas, cepillos de dientes, navajas, y en general, objetos punzocortantes de uso personal.
- d) Evitar el embarazo.
- e) Las madres infectadas con VIH no deberán amamantar a su hijo.
- f) Se recomienda que el paciente informe de su estado al personal que lo atiende cuando se le realicen procedimientos dentales, extracción de sangre, estudios invasivos o cirugías.
- g) NO es conveniente estar en contacto con pacientes enfermos con padecimientos contagiosos, por ejemplo, varicela y tuberculosis.
- h) Deberá evitarse el contacto o la convivencia con animales.

1.7.- TRATAMIENTO:

Hasta ahora el medicamento que ha aportado los mejores resultados clínicos es la Azido-timidina (AZT) cuyo nombre ha cambiado a Zidovudina. Los investigadores clínicos han demostrado que la AZT puede prolongar la sobrevida y la calidad de vida de los pacientes. Se recomienda profilaxis contra *Pneumocistis carinii*, tuberculosis y hongos con el medicamento Dapsona o Trimetroprim; de igual forma vigilar biometría hemática cada 4 semanas. Desafortunadamente no existe cura para esta mortal enfermedad todavía no se ha encontrado la vacuna adecuada.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Eoi-Conasida. Boletín Mensual SIDA/ETS, "Contribuciones de Mexicanos en la IX Conferencia Internacional de SIDA. IV Congreso Mundial de ETS, junio 6-11 de 1993, Berlin, Alemania, Agosto 1993, pág. 2476.
- 2.- Donald I. Abrams, y cols. Clinicas Medicas de Norteamerica. Ed. Interamericana, España. Vol. 3/1986. pag. 675.
- 3.- Tache Turquie. M.; Weber Sánchez, A.: Tratado de Medicina Práctica, MEDICINE. "Patología Infecciosa (IV)", Méx. Abril de 1992. pag. 68.
- 4.- Ibid, pag. 71.
- 5.- Orrantia Gradín, R. Darío; Organo de la Asociación Mexicana de Infectología, A.C. INFECTOLOGIA. "Infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana y su riesgo perinatal", Méx. Mayo de 1987, pág. 199.
- 6.- Ibid. pág. 199.
- 7.- Tache Turquie, op. cit. pág. 72.

- 8.- Ibid. pag. 77.
- 9.- Ibid. pag. 78.
- 10.- Ibid. pag. 79.
- 11.- Ibid. pag. 79.
- 12.- Organo de la Asoc. Mex. de Infectología A.C. y del Consejo Nal. de Cert. en Inf. ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA. "Guía para la atención médica de pacientes con infección por HIV-SIDA en consulta externa y hospitalares". Méx. Mayo-Junio de 1992. pag. 20.

CAPITULO II:
" TOLERANCIA A LA FRUSTRACION "

2.1.- DEFINICION:

Para Rosenzweig la frustración puede definirse: "como una reacción que se presenta siempre que el organismo se encuentra frente a un obstáculo más o menos difícil de vencer o que coarta la satisfacción de alguna necesidad vital". (1)

Distingue dos tipos de frustración:

- 1.- Primaria o privación: se caracteriza por la insatisfacción subjetiva que se debe a la ausencia de una situación final para calmar una necesidad.
- 2.- Secundaria: se caracteriza por la presencia de obstáculos en la vía que conduce a la satisfacción de la necesidad.

Cameron al igual que Rosenzweig define a la frustración como un "obstáculo que se interpone entre la persona y su meta" y agrega que éste puede ser "real o imaginario". (2) Comenta que la percepción puede ser una fuente constante de frustración; podemos decir que este tipo de frustración es muy común ya que diariamente vemos, leemos, etc., cosas que queremos obtener ej. un vestido, un coche, una joya, y a veces esto no es posible, nos frustramos.

José Bleger nos habla de frustración "cuando no se logra satisfacer una necesidad o no se consigue un objetivo al cual

aspirabamos". (3) Para este autor los obstáculos frustrantes pueden ser externos o internos y condicionarse recíprocamente en un círculo vicioso. Nuevamente encontramos la palabra obstáculo en el concepto que dichos autores dan de frustración.

Gago Huguet refiere que la frustración es un fenómeno que concierne a la Psicología de la motivación, esto es, implica que el curso de la acción no ha sido llevado hacia su meta final y que un resultado esperado ha fallado y no se ha producido.

Erich Fromm cita a la frustración como:

- a) "la interrupción de una actividad que avanza y se dirige hacia un objetivo (Ej. un niño que mete la mano a un tarro de galletas pero llega la madre y le hace detenerse).
- b) negación de un deseo, privación (Ej. el niño pide a la madre una galleta y ella se la niega)". (4)

En los dos casos podemos observar que se está frustrando al chico porque finalmente lo que quiere es una galleta y no la obtiene.

Mussen, Conger y Kagan, definen a la frustración como: "acontecimientos que obstaculizan la conducta conducente a meta, amenazan el autoaprecio o impiden la satisfacción de algún

motivo fuerte". (5)

Para ellos, las fuentes de frustración o los obstáculos en el camino hacia la meta pueden ser externas ("barreras que se oponen al avance hacia una meta") o internas ("los propios sentimientos del individuo: miedo, temor, ansiedad, etc.").

(6)

Lo que queda concluir en este punto, es que la frustración es un obstáculo o impedimento para obtener algo y que está ligada a nosotros siempre.

2.2.- ETIOLOGIA:

Norman Cameron al referirse a la frustración, dice que ésta es inevitable en cada individuo y que la demora de una satisfacción puede resultar frustrante.

Hace mención al primer año de vida del niño donde éste, para poder satisfacer sus necesidades necesita de otras personas las cuales pueden demorar en la satisfacción de esa necesidad o bien pueden sus necesidades no ser resueltas ya que alguien o algo se interpone: cuando la frustración es muy intensa en lugar de que el individuo reaccione en forma agresiva puede reaccionar con apatía o retiro.

Cameron cree que la frustración juega un rol importante en

las introyecciones e identificaciones que estimulan la formación del ego.

La introyección toma como modelo la incorporación oral; la identificación toma como modelo la imitación. "De ninguna manera la introyección y la identificación son siempre producto de la frustración". (7)

En el complejo edípico, el niño se identifica con el padre (su rival), desea usurpar el puesto de papá en casa. La niña se identifica con la madre (su rival), ya que también como el niño desea usurpar su lugar como ama de casa y esposa. Posteriormente viene la desilusión, frustración, porque los dos se dan cuenta que no pueden ocupar el lugar de papá o mamá, (estamos hablando de un super yo) y sucede que empiezan a introyectar al padre del mismo sexo y a identificarse con él.

"La rivalidad existente con el padre del mismo sexo favorecerá una identificación más sólida que la obtenida mediante el amor por el padre del sexo opuesto". (8)

Así mismo Erikson al escribir sobre el ciclo de vida de cada individuo en diferentes etapas, considera que el desarrollo del vigor del ego, se relaciona con el éxito o el fracaso del sujeto en cada período. Al referirse a los conceptos principales de la vida temprana considera que son el producto en parte, de las frustraciones de los instintos sexuales, que

muchos de ellos resultan del enfrentamiento entre las necesidades y los deseos no sexuales y las expectativas y limitaciones de su medio cultural. Con respecto a los tipos particulares de personalidad y características de comportamiento, este autor propone que varían dependiendo de los medios culturales; debido a que éstos difirieron considerablemente en relación a aquellos que constituyen una conducta aceptable o inaceptable.

"Cada miembro produce frustraciones y conflictos originando así rasgos específicos de personalidad en sus miembros". (9)

Lo antes mencionado podemos relacionarlo con la Teoría Psicoanalítica de las Neurosis en la cual Fenichel al hablar de sadismo refiere: "las personas que sienten la necesidad de suministros narcisísticos muestran, al ser frustrados, una tendencia a responder con reacciones sádicas intensas". "Las frustraciones intensifican particularmente la cualidad sádica con que el fin de la tendencia frustrada es eventualmente perseguido en cierto momento". (10)

Con esto cabe decir que las frustraciones muchas veces de acuerdo a su intensidad llegarán a formar parte del tipo de personalidad que tendremos.

"El grado de tolerancia a la frustración es muy variable y

constituye en sí una resultante del desarrollo y estructura de la personalidad total: cuanto más madura e integrada la personalidad menos promoverá, psicológicamente frustraciones y podrá enfrentar las frustraciones como tales, sin una desorganización de la personalidad y sin regresión conflictiva".

(11)

Para conocer cómo podemos llegar a tener determinado tipo de personalidad es necesario hablar del origen de las frustraciones que intervienen en el desarrollo de la personalidad, continuaremos con Anna Freud, quien considera que el dolor y el placer son las primeras cualidades psíquicas que el infante aprende a distinguir, y que la satisfacción de necesidades y deseos mediante la alucinación, es el logro más grande de que es posible al infante. En la lucha por su satisfacción el objeto libidinal no es más que un medio para conseguir el fin y que la catexia libidinal no está unida en este momento al objeto, sino a la experiencia dichosa de la satisfacción. Refiere que las necesidades o deseos del infante no son resueltas rápidamente o en forma absoluta por lo consiguiente en su desarrollo habrá tanto frustraciones como experiencias agradables, que lo llevarán a determinar el tipo de reacción que tendrá en un futuro.

"Privar al infante del afecto de displacer, durante el transcurso del primer año de vida, es tan dañino como privarle del afecto del placer". (12)

Para Spitz el placer y displeacer (recompensa y frustración) son sumamente esenciales para la formación del aparato psíquico y de la personalidad. Desde nuestro nacimiento estamos expuestos a las frustraciones: al nacer se sustituye la circulación fetal por la respiración pulmonar, el hambre y la sed continúan a ésta y el hecho de buscar su satisfacción (el pecho materno va no el cordón umbilical) activarán la percepción, después vendrá el destete (separación madre-hijo) que constituirá un paso para la autonomía.

Spitz, apoyándose en lo que Freud (1925) dijo: "una condición previa para establecer la comprobación de la realidad es que se hallan perdido objetos que en otro tiempo nos proporcionaron una satisfacción real", (13) comenta que es uno de los papeles del displeacer comprobar la realidad, la cual es fundamental para el yo, y que ese displeacer (frustración) debe ser adecuado a la edad para promover el desarrollo satisfactorio del yo.

"Tolerar todo lo que uno puede encontrar en su propia realidad interna, constituye una de las más grandes dificultades humanas y una finalidad humana importante consiste en establecer una relación armoniosa entre las propias realidades internas y externas". (14) Según el concepto dado por Winnicott y referido por Izundegui comprendemos que si somos capaces de relacionar o unir lo que sucede en nuestro mundo interno con lo externo no habrá conflictos.

Martínez Lemus, al hablar de frustración nos señala que esta es esencial en nuestro desarrollo y que puede ir desde los fenómenos fisiológicos como el hambre, la sed, el frío, hasta experiencias emotivas como el miedo y la ansiedad.

Gago Huguet, utiliza términos en su definición de frustración que refieren lo antes mencionado: "el término frustración al igual que el de conflicto y stress, puede aplicarse a conceptos como: privación, inestabilidad emotiva, ansiedad, amenaza, rigores ambientales, comportamiento del yo, etc." (15)

Garay Mendoza tomando como referencia a Otto Fenichel nos enfatiza la necesidad de aprendizaje de la frustración. Esta es algo que nos toca y es una condición esencial para el desarrollo normal. Es completamente necesario para que el niño aprenda a soportar retrasos, amenazas a las oposiciones o negativas, así como que aprenda a experimentar gratificaciones completas y apropiadas. No hay necesidad de introducir prematuramente al niño a las frustraciones o exponerlo a más de lo que puede manipular. Huguet nos comenta que no hay individuo que en el transcurso de su vida se haya librado de pasar por una o varias experiencias a las que podríamos dar el nombre de frustraciones.

Mussen y cols. coinciden con Mendoza, Huguet, etc. que dentro de nuestra condición humana tanto el conflicto, como la ansiedad son parte de nosotros y todos los niños en el

transcurso de su infancia experimentan problemas psicológicos. Lindzey, Hall y Manosevitz nos refieren sobre estudios que realizaron Barker y cols. (1941-1947), donde afirman que: "la fuerte frustración causa tensión que conduce a emocionalidad y desasosiego, a desdiferenciación de la persona y por tanto a regresión conductual". Esto es: "Disminuye la constructividad del juego", "Deterioro del trato social" y "Regresión intelectual". (16)

El estudio consistía en comprobar que bajo tensión o frustración los individuos regresaban a aquel comportamiento aprendido más tempranamente. Dicho de otra forma, si aprendió dos respuestas para un mismo estímulo, responderá con la primera de las dos que haya aprendido. La conclusión a la que llegaron fue que respondieron al estímulo con el patrón de conducta aprendido en primer lugar.

Izundegui Trejo al igual que Lindzey y cols. refiere que la frustración aumenta la tensión y si no es controlada provoca un desequilibrio psíquico.

"La tolerancia a la frustración implica un proceso inhibitorio, puesto que la frustración provoca un aumento de tensión y posteriormente la satisfacción de ésta descarga de tensión; la inhibición es la base de la tolerancia a la frustración. Depende de la capacidad del individuo para mantener esta tensión sin que haya un desequilibrio psíquico y la

capacidad de evitar una descarga de esta tensión en forma abrupta y descontrolada". (17)

Para José Bleger una frustración puede ser consecuencia de un conflicto y viceversa. El individuo llega a someterse o adaptarse a frustraciones crónicas sin que aparezca el conflicto y en otras ocasiones las frustraciones reales no son manejadas como tales sino como una actualización de conflictos psicológicos.

2.3.- FRUSTRACION Y AGRESION:

Así como hemos definido el vocablo frustración trataremos de hacerlo con el de agresión para el presente estudio.

Rillaer nos expone diferentes definiciones de agresión de algunos autores; para Dollard y Miller es: "un acto cuya finalidad es lesionar un organismo"; para Arnold Buss es: "una respuesta que remite estímulos nocivos a otro organismo"; para H. Selig es: "reside en el hecho de generar estímulos perjudiciales cerca de un organismo o de sus sustitutos".

(18)

Como podemos analizar todos coinciden en el hecho de que se daña a otro organismo. Johnson escribe: "no hay un solo tipo de comportamiento que no pueda ser calificado de "agresivo", como no hay tampoco un proceso único para representar la

"agresión". (19)

Martínez Lemus, comenta que la agresión se define como cualquier acción cuyo fin es dañar o castigar a otra persona o a sí mismo. En la vida cotidiana tales acciones son generalmente el resultado de un estado emocional de enojo.

Johnson al referirse a la frustración-agresión menciona que la agresión realmente inició su análisis psicosocial a partir del libro "Frustración y agresión" (Dollard y cols. 1939) y que algunos autores tomaron ideas freudianas pero rechazaron el concepto de instinto de muerte o impulso agresivo y relacionaron la conducta agresiva con antecedentes motivacionales, es decir, respuestas de frustración. Se consideró la respuesta de frustración para indicar que la respuesta siguiente tendía a ser agresiva y que la respuesta de agresión tenía un antecedente de frustración.

Según Johnson la hipótesis original que se había establecido era de que la "agresión es siempre consecuencia de la frustración" pero Miller la amplió al plantear que: "la agresión es la respuesta dominante a la frustración y que lo que se desencadena es realmente una provocación más que una agresión". (20)

Miller planteó que la relación entre frustración no era necesariamente innata y que podía ser aprendida. Originalmente la agresión estaba en función de:

- a) la fuerza de la provocación de la respuesta frustrada.
- b) el grado de interferencia con la respuesta.
- c) el número de respuestas frustradas.

Ej. se hizo un experimento con dos grupos de niños los cuales fueron llevados a un salón donde había muchos juguetes: a un grupo no se le permitió pasar, solo verlos desde afuera (los frustraron). El otro grupo (no frustrado) se le permitió pasar inmediatamente a jugar: los observadores notaron cómo el grupo frustrado destruía los juguetes a diferencia del otro grupo.

Al principio se concibió a la frustración como una barrera para llegar a la meta: pero en estudios subsecuentes se habló de que también intervenían la arbitrariedad de la recompensa y la ausencia de recompensa después de que siempre se había otorgado.

Amsel referida por Johnson, entrenó a unos animales para que corrieran vía doble y al final, en la meta puso unas cajas cada una con su recompensa; quitó la recompensa de la primera caja, entonces el animal corrió hacia la segunda caja pero más rápidamente en busca de su recompensa. Amsel concluyó que la falta de recompensa frustrante tenía un efecto energizante.

Para poder comprender mejor la relación entre la frustración y la agresión es necesario que hablemos de las primeras experiencias del ser humano.

Bertha Rank citada por Izundeguí, considera que es muy importante la relación madre-hijo durante la infancia, ya que en esta etapa se dan las primeras gratificaciones, privaciones y frustraciones surgiendo de éstas últimas, considerable tensión que solo es tolerada cuando el niño se siente seguro.

Nos dice que los niños agresivos tienen un bajo umbral de tolerancia a la frustración y que constantemente experimentan tensiones y ansiedades. Que de la fuerza del yo, dependerá la respuesta a la situación frustrante ya que un yo fragmentado presentará desorganización en sus impulsos, no los controlará y por consiguiente tendrá conductas agresivas. A diferencia de un yo integrado, bien estructurado, cuya conducta hostil podrá ser desplazada a metas socialmente aceptadas. Digamos que su agresión será controlada gracias al yo que conforma su personalidad.

Según Mussen, Conger y Kagan, el niño sufre muchas frustraciones durante su infancia, por lo tanto, la agresión es una reacción común ante la frustración. Los niños de edad de guardería son más agresivos (pegan, gritan, empujan, se burlan, etc.) cuando su campo de juego es limitado. Señalan que un niño muy dependiente puede sentirse frustrado si se le priva de mamá, pero, si es pasivo quizás no se sienta frustrado si otro niño le gana en el juego. A diferencia del niño independiente que probablemente no se sienta frustrado porque no está su mamá, pero sí se frustra cuando otro niño gana en el juego. También nos exponen que la presencia de amigos íntimos y la seguridad que nos hacen sentir tiende a disminuir la agresión y a crear reacciones socialmente aceptables ante la frustración.

Analizando lo anterior podemos referir, que la agresión es una respuesta universal solo que con diferentes grados y que el proceso de socialización puede ayudarnos a controlar la agresión.

"El desarrollo y modificación de la conducta agresiva están regulados, en gran medida, por los padres, ya que son éstos los que controlan muchas de las experiencias de satisfacción o de frustración de sus hijos, refuerzan o castigan las expresiones precoces de agresión y sirven de modelos a las conductas agresivas". (21)

Erich Fromm al igual que Johnson refiere la teoría de agresión-frustración a los estudios realizados por Dollard y posteriormente ampliados por Miller.

Hace un interesante planteamiento: "Nada importante se logra sin aceptar la frustración". (22) Señala, por ej. que para adquirir conocimientos nuevos, es necesario que exista un esfuerzo "frustración", ya que sin la capacidad de aceptar la frustración el hombre no progresaría. Señala que el individuo reacciona con agresión dependiendo de lo que signifique para él la frustración. Ejemplifica que si a un niño se le prohíbe comer dulces, (sin que exista solo el deseo de mandar), no producirá agresión; pero si la prohibición es solo por mandar o a un hermano si le permiten comer dulces movilizará enojo.

Estos autores expresan que el carácter de la persona determinará en primer lugar lo que la frustra y en segundo lugar la intensidad de su reacción a la frustración. Ej. el narciso se frustra cuando no se le alaba, el tacaño si no compra algo barato, etc.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Rosenzweig, Saul. "Test de Frustración". Ed. Paidós. B. Aires, 1968. pág. 12.
- 2.- Cameron, Norman: Desarrollo v. Psicopatología de la Personalidad. Ed. Trillas, Méx. 1982. pág. 186.
- 3.- Sleger, José: Psicología de la Conducta, Ed. Paidós. B. Aires, 1981. pág. 150.
- 4.- Fromm, Erich: Anatomía de la Destructividad Humana, Ed. S. XXI. Méx. 1985. pág. 80-81.
- 5.- Mussen, Conger y Kagan: Desarrollo de la Personalidad, Ed. Trillas, Méx. 1982. pág. 329.
- 6.- Ibid. pág. 326.
- 7.- Cameron, op. cit. pág. 189.
- 8.- Ibid. pág. 189.
- 9.- Dicaprio S. Nicholas: Teorías de la Personalidad. Ed. Interamericana, Méx. 1976. pág. 43-45.

- 10.- Fenichel, Otto: Teoría Psicoanalítica de las Neurosis, Ed. Paidós, Méx. 1989. pág. 403.
- 11.- Bleger, op. cit. pág. 151.
- 12.- Spitz, René; El Primer Año de Vida del Niño, Ed. Fondo de Cultura Económica, Méx. 1987. pág. 115.
- 13.- Ibid, pág. 115.
- 14.- Izundeguí Trejo, Ma. Eugenia; "Tolerancia a la Frustración en Relación al Rendimiento Escolar ante los Estimulos del Test de Frustración Infantil de S. Rosenzweig", Tesis, Méx. 1984, U. F. M. pág. 66.
- 15.- Gago Huguet, Antonio; "La Frustración como Factor Psicológico de la Personalidad", Tesis, Méx. 1965, UNAM. pág. 55.
- 16.- Lindzey, Gardner; Hall S. Calvin; Manosevitz, Martín; Teorías de la Personalidad, Ed. Limusa, Méx. 1985. pág. 152.
- 17.- Izundeguí Trejo, op. cit. pág. 101.
- 18.- Van Rillaer, Jacques; La Agresividad Humana, Ed. Herder, Barcelona, 1978. pág. 19.

19.- Johnson, Roger N; La Agresión en el Hombre y en los Animales, Ed. El Manual Moderno, S.A., Méx. 1976, pág. 179.

20.- Ibid. pág. 177.

21.- Mussen, Conger y Kagan, op. cit. pág. 329.

22.- Fromm, op. cit. pág. 81.

CAPITULO III:
" FRUSTRACION Y MUERTE "

3.1.- ELABORACION DE LA MUERTE:

Para tratar de entender las etapas por las que puede pasar un paciente terminal, desde el momento en que conoce su diagnóstico hasta transcurrido cierto tiempo de tratamiento, iniciaremos dando algunos conceptos sobre la muerte.

Otto Rank dice que la muerte es el retorno al mundo intrauterino y que por rememoración inconsciente se siente enorme angustia.

En el artículo "El Psicoanálisis en un mundo de transición", de la Dra. Hernández Lisac, nos comenta que la muerte significa para quien la enfrenta el final de su tiempo externo y la fantasía del retorno a la dimensión original o a la inmovilidad y al reencuentro absoluto del objeto interno.

Carl G. Jung compara a la muerte con el retorno al vientre materno.

La Dra. Elizabeth Kubler Ross cita que "lo que crea problema al hombre no es la muerte, sino saber de la muerte. Saber de una posible muerte cercana es para el hombre un no sentido de la vida". (1)

A mediados de los años sesenta, la Dra. Kubler Ross empezó a interesarse por pacientes con enfermedades crónicas no

psiquiátricas y por enfermos terminales. Cuando decidió entrevistar a pacientes que estuvieran próximos a morir, para presentar un caso práctico en un seminario que conducía en la Escuela de Medicina de la Universidad de Chicago que trataba sobre "Las crisis de la vida", observó que en ese hospital estaba prohibido hablar sobre la muerte; este hecho la motivó para que a partir de ahí se dedicara al estudio de pacientes crónicos no psiquiátricos y terminales.

Toda su experiencia psicoterapeuta que realizó con más de 200 pacientes terminales la describió en su libro "Sobre la muerte y los moribundos". En éste cita 5 etapas consecutivas por las que atraviesa el paciente al mismo tiempo que su estado fisiológico se va deteriorando.

ETAPAS SEGUN LA DRA. KUBLER-ROSS:

1.- NEGACION:

Es cuando al paciente se le notifica de su enfermedad, no entiende lo que se le está diciendo, pues comprenderlo le es muy doloroso, ya que la muerte está más cercana y lo primero que hace es negarlo como una posibilidad para sobrevivir. Puede ser que entonces vaya de hospital en hospital o de doctor en doctor, buscando un diagnóstico más favorable o "una medicina mágica y maravillosa".

La negación es una reacción de ajuste que se puede definir como "el rechazo de una parte o de todo el significado de un evento con el propósito de minimizar el temor y la ansiedad".

(2)

Existen momentos en que la negación puede ser alentada para aliviar el malestar del paciente; sin embargo, existen otros momentos en que el inducirla ya no funciona, pues el enfermo comienza a sentir malestares. La esperanza y el optimismo significativo deberán basarse en la verdad, pero cuando la verdad dicta la inevitabilidad de la muerte, el paciente debe ser asistido a enfrentar lo inevitable. Algunas de las afirmaciones que hace un paciente al recibir la noticia es "No, no es verdad, no puede ser a mí". Pocos pacientes son los que permanecen en esta etapa durante mucho tiempo, pasan a otra en la que manifiestan sentimientos de resentimiento, ira, enojo, coraje, etc.

La negación llega a ser una negación del afecto, posteriormente la negación total se vuelve parcial y el paciente a ratos se olvida de su enfermedad y a ratos la recuerda.

¿ Por qué el paciente niega estar infectado ? por miedo a la muerte. La Dra. Kubler Ross en su libro "Una luz que se apaga" menciona que el paciente trata de contrarrestar el impacto de la terrible noticia negando.

Freud refiere que si una noticia o idea es desagradable, dolorosa, provoca un desequilibrio en el funcionamiento mental normal por consiguiente esa noticia es relegada al inconsciente. El yo se niega a aceptar la realidad desagradable, la rechaza (podemos decir que es cuando el paciente seropositivo no regresa al apoyo psicológico) y reemplaza el aspecto doloroso por medio de la fantasía: llega a pensar que se equivocaron en el diagnóstico y si su pareja muere de SIDA lo espera a comer o para realizar algo que a los dos les gustaba.

En "Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte", Freud explicó la actitud prevaleciente hacia la muerte diciendo que... "mostramos una patente inclinación a prescindir de la muerte, a eliminarla de la vida... la muerte propia es desde luego inimaginable... Así, la escuela psicoanalítica ha podido arriesgar el acierto de que, en el fondo, nadie cree en su propia muerte o lo que es lo mismo, que en el inconsciente todo nosotros estamos convencidos de nuestra inmortalidad..."

(3)

Los pacientes seropositivos tienen miedo a darse cuenta que pueden infectar a otra persona, por lo grave y riesgoso de la enfermedad; pues además de ser una enfermedad sexualmente transmisible, también está definida como una enfermedad de homosexuales, bisexuales, prostitutas, como un castigo de Dios, como una enfermedad moral.

La negación se completa y sostiene por medio de la fantasía, palabra o de actos de conducta, con lo que se invierten o transmutan los hechos de la realidad. La fantasía del seropositivo podría ser que en algún momento se seroconvierta, que se le salga todo lo malo, durmiendo en el bosque; que los métodos naturistas curen; utiliza como recurso el tipo de pensamiento mágico y lo expresa por medio de palabras o actos: por ejemplo, cuando dice que no se siente enfermo, empieza a comer más, a hacer ejercicio y en lugar de perder peso aumenta.

2.- IRA:

Se caracteriza por rabia y enojo, aquí el paciente se pregunta ¿por qué me sucede esto a mí y no a otro?. En esta etapa el paciente dirige su rabia hacia Dios, la vida, el destino, el personal médico, hacia todos los que lo rodean, en general hacia las personas sanas, hacia todos los que le recuerdan que él morirá y los demás vivirán.

Cuando el paciente es aceptado y comprendido en esta etapa disminuye su enojo y siente que se le respeta y se le ama.

3.- REGATEO O PACTO:

Se presenta cuando el paciente se da cuenta de que la ira no cambia su situación, comienza a regatear, esto es, promete

dejar algo, para recibir a cambio otra cosa, como por ej. la cura o la prolongación de la vida. En este momento el paciente promete no pedir más si se le concede el deseo.

Cuando el paciente seropositivo contrajo la enfermedad a través de la relación sexual ya sea homo o bisexual, la mayoría de las veces su pacto consiste en dejar de llevar esa vida sexual.

4.- DEPRESIVA:

Es cuando el enfermo al sentirse mal o necesitar hospitalización se da cuenta de su gravedad. Aquí encontramos dos tipos de depresión: la primera se refiere a la carga emocional y económica que el paciente siente que está siendo para su familia; el segundo tipo de depresión es la resultante de que el paciente está sintiendo la anticipación de separación de sus seres queridos. En este período se reactivan las pérdidas y duelos que ha tenido en su vida.

Aquí no se debe de tratar que el paciente vea lo bello de la vida pues se le distraería de poder contemplar su muerte inminente. No se le debe de decir que no esté triste, pues si se le permite expresar pena, entonces la etapa final de aceptación será más fácil.

En la segunda depresión hay poca o ninguna necesidad de

palabras. pero, la necesidad de contacto es mayor. Es una etapa de silencio en contraste con la primera depresión, en donde el paciente quiere compartir su pena y sentirse seguro verbalmente. Los pacientes poco a poco se preparan para la muerte sin dar tanta importancia a lo pasado; esta preparación debe de ir de acuerdo con los sentimientos de las otras personas, ya que si ellos tratan de que el paciente no piense en la muerte y luche por vivir no lo ayudarán a que maneje su angustia y ansiedad y no será capaz de alcanzar una muerte tranquila.

5.- ACEPTACION:

Al llegar a esta etapa, los pacientes en su paz y ecuanimidad muestran que el morir no tiene que ser algo temido, sino que puede ser experimentado como el final pacífico y tranquilo de una vida plena de sentido.

Finalmente, la Dra. Kubler Ross completó su análisis con la observación de que la esperanza subsiste y debe subsistir a lo largo de las cinco etapas.

Prado de Molina realizó estudios con pacientes terminales y en base a su experiencia terapéutica citó los siguientes pasos en el proceso de aceptación de la muerte:

- 1.- Negación de la posibilidad de la muerte.
- 2.- Aceptación externa de esa posibilidad.

- 3.- Darse cuenta del amor a la vida.
- 4.- La lucha por asirse a la vida, algunas veces en controles obsesivos.
- 5.- Aceptación interna del hecho de la muerte próxima.
- 6.- Duelo por la posible separación de los seres amados.
- 7.- El deseo de irse y de tener a alguna persona serena que lo tome a su cuidado tal como una madre omnipotente.

De igual forma también observó que los pacientes dirigían su agresión a las personas cercanas, y que ésto era solamente una defensa contra la envidia que el paciente sentía por las personas sanas a quienes era incapaz de tolerar, además de sentir las superiores y con deseos de destruirlas.

NIVELES DE NEGACION SEGUN LA DRA. WEISMAN:

En el libro titulado "Sobre el morir y la negación" de la autora Weisman, encontramos que estudió la negación con pacientes terminales y clasificó ésta en tres grados o niveles.

1.- NEGACION DE PRIMER NIVEL:

Se refiere a cómo percibe el paciente los principales hechos de su enfermedad, es decir, tiende a minimizar los síntomas, evita visitar al doctor, etc.

En este nivel los pacientes terminales utilizan palabras de negación que son correctas pero que tienden a minimizar la enfermedad, por ej. utiliza "tumor" en lugar de "cáncer", en lugar de "infectado de VIH", utiliza "portador de VIH", etc.

Este periodo de negación (nivel) es de corta duración, la Dra. Weisman, menciona que una vez pasado este nivel los pacientes se quejan de que por qué no se les explicó cómo debían de cuidarse, sin saber que sólo escucharon lo que querían escuchar.

2.- NEGACION DE SEGUNDO NIVEL:

Aquí encontramos las inferencias que el paciente pudo o no realizar acerca de las implicaciones de su enfermedad; estamos hablando de enfermos que pueden aceptar sus síntomas e incluso el diagnóstico, pero, no pueden visualizar las implicaciones de sus lesiones. Por lo regular fragmentan su enfermedad y los síntomas persistentes en quejas menores, las cuales pueden ser manejadas por separado. En conclusión piensan que la enfermedad total no puede ser gran cosa, esto es, tratan de disminuir su gravedad, complicaciones y riesgos.

3.- NEGACION DE TERCER NIVEL:

Es la referente a la imagen de la muerte: "negación de la extinción de la propia vida". (4)

Interpretando lo anterior se dice que es la resistencia a llegar a la conclusión de que una enfermedad incurable termina con la muerte. Esta negación se parece a la imposibilidad de imaginar la muerte personal, que es un signo de la paradoja primaria. Este nivel de negación aparece sólo cuando ya se han aceptado la enfermedad y sus complicaciones; sin tomar en cuenta las creencias religiosas o filosóficas se refieren a su estado actual como si se fuera a prolongar indefinidamente.

La negación de la extinción es difícil de diagnosticar porque por lo general se supone que es señal de valor, esperanza, fe o algún atributo saludable.

La negación de tercer grado es negación porque sólo se presenta en situaciones selectivas y sólo se comunica a determinadas personas con las que el paciente quiere mantener relación.

RELACION ENTRE LA MUERTE Y LA NEGACION:

La Dra. Weisman cita cuatro puntos en los que basa algunas discusiones sobre la muerte.

a).- Paradoja primaria:

Se refiere a que pensamos que la muerte es universal pero no podemos pensar en nuestra propia muerte. En ésta paradoja

es fácil observar como muerte y negación están unidas desde el principio; es una paradoja real y no resuelta de una conciencia incapaz de concebir su negación.

b).- Miedo de morir y miedo de la muerte:

Se presenta cuando se le obliga a la persona a encararse a la muerte, y existe la sensación de que el mundo está a punto de desintegrarse. Ej. cuando al paciente seropositivo se le entrega el resultado se le está encarando a la muerte, no importa que haya ido por su voluntad, en el fondo deseará un resultado negativo. Cada ser humano guarda para sí un terror primitivo a su propia muerte. El miedo a morir es un reflejo de la desesperanza del hombre y en momentos, este miedo se representa con pensamientos acerca de desastres irreales.

c).- Hablar acerca de la muerte:

Hablar de la muerte es un proceso doloroso y las creencias religiosas, filosóficas hacen que la enfermedad terminal se oculte, se niegue, sin embargo, actuar así lleva a distanciar familiares, paciente y médicos, y esto conlleva a una parálisis de la acción y por consiguiente el manejo adecuado no se realiza. El paciente seropositivo muchas veces lo oculta a su familia o pareja por temor a hacerlos sufrir y por lo general ellos ya están enterados, esto crea un clima tenso lo cual evita que se digan su dolor.

d).- Esperanza y aceptación de la muerte:

La muerte con finalidad significa más que morir, pues se resuelven deseos, inquietudes, metas que abarcan un desarrollo personal. En algún momento, los factores emocionales no especificados son determinantes significativos de la inclinación a morir. El paciente que sufre de una dolencia mortal se ve obligado a luchar a la vez contra una enfermedad amenazadora y contra el deterioro de su importancia personal; el efecto curativo del tratamiento y el tiempo no son suyos. Esto es aterrador en el paciente con VIH, ya que la forma de morir implica en algunos casos, muchos síntomas y enfermedades: el desgaste físico es significativo y, en cuanto al efecto curativo, ellos saben que no hay medicamento que los cure o vacuna y el tiempo es un factor que está fuera de sus manos.

El que el paciente sepa de su enfermedad terminal (SIDA) hace que todo cambie, hay una desorganización, una ruptura en afectos, costumbres, hábitos, etc. se llega a pensar en todo lo que se va a dejar al morir: los amigos, la pareja, la familia, el trabajo, esto acentúa más el dolor. Sabemos que el momento de hablar de la muerte es cosa del paciente y de nadie más.

Belliak, refiere cinco tipos de respuesta ante una enfermedad o incapacidad:

- 1.- Una reacción normal a una angustia o depresión, que

sin embargo pronto se disminuye y se convierte en una preocupación aproximadamente proporcional, al grado real de la enfermedad o de la incapacidad.

2.- Una reacción evasiva que se expresa en una negación de la enfermedad, una actitud de imperturbabilidad que suele acompañarse por un exceso de actividad y de alegría falsa. Esta actividad con frecuencia se convierte en una depresión con angustia y se manifiesta en una desobediencia a seguir instrucciones del médico.

3.- Una depresión reactiva que puede prolongarse y que implica hipocondría.

4.- Una canalización de todas las ansiedades ya existentes al nuevo foco de preocupación. Algunas veces estos pacientes que por lo general son personas perturbadas abandonan sus manifestaciones anteriores de perturbación que eran más difusas y por lo tanto parecen ser más dóciles.

5.- La invalidez psicológica, por ej. cuando un paciente que físicamente es capaz de funcionar tanto social como ocupacionalmente desarrolla temores, síntomas o actitudes que lo incapacitan.

Tales manifestaciones se pueden observar en algunos pacientes que sólo han padecido enfermedades menores; donde

aparecen en su expresión máxima estas reacciones, es en aquellos que han padecido enfermedades orgánicas graves o incapacidades serias entre las que están el cáncer, padecimientos cardíacos, tuberculosis, amputaciones, etc.

3.2.- MEDIDAS TERAPEUTICAS CON PACIENTES TERMINALES:

La intervención terapéutica puede comenzar desde el momento en que se hace necesario informar al paciente el diagnóstico de su enfermedad; Kubler Ross descubrió que la interrogante que se plantea no es el decirle o no al paciente la verdad, ya que de alguna manera u otra los pacientes intuyen su realidad, sino que el terapeuta debe preguntarse ¿cómo voy a compartir esto con mi paciente?

La autora hace hincapié en la importancia de una comunicación abierta y sincera en la que con una actitud empática se debe transmitir al paciente que siempre continúa existiendo una esperanza, por el hecho de existir nuevas drogas, tratamientos, técnicas cada vez más avanzadas de investigación y descubrimientos. Lo esencial es comunicar al paciente que no todo está perdido, que no se le abandonará por el hecho de tener esa enfermedad y que se trata de una batalla en la que se peleará conjuntamente.

Ruth D. Abrams, sugiere que hay un patrón de comunicación definido y que este cambia según el grado de la enfermedad; para

un estado terminal refiere lo siguiente:

- Estado terminal: la agitación controlada del estado avanzado se convierte en calma, desesperanza. El paciente enfrenta problemas emocionales, tales como el miedo a la muerte y el miedo a ser abandonado. Esto último aumenta en proporción directa con la progresión de la enfermedad.

Hay un exceso de dependencia del paciente con su médico. La comunicación se torna mínima, especialmente con lo que concierne a sus ansiedades. No quiere hablar de la muerte. Parece ser que aunque no se le diga, los pacientes presienten su muerte inminente. El silencio se convierte en el lenguaje común, especialmente en las áreas de gran ansiedad.

La Dra. Kubler Ross refiere que el aspecto fundamental y principal de poder prestar ayuda terapéutica a este tipo de pacientes, es que el terapeuta haya reconocido y analizado sus ansiedades sobre la muerte: de otra manera no podrá crear el clima indispensable para trabajar con ellos, no podrá percibir ni reconocer sus necesidades específicas en un momento determinado.

Robles Lezama y García Cedillo citan a Renneker quien investigó las relaciones contratransferenciales de parte de los analistas cuando trabajan con pacientes cancerosos: de las divisiones que realizo mencionaremos una:

- Reacciones del terapeuta a la amenaza de muerte:

a) ruptura de la identificación: el analista no se podía identificar con un hombre que enfrentaba la muerte.

b) mala identificación del paciente moribundo para con el terapeuta. (5)

Los autores Yalom y Greaves en estudios que realizaron con pacientes terminales de cáncer, llegaron a la conclusión de que "es necesario un período de aprendizaje de los terapeutas, tratando su propio miedo a la muerte para poder trabajar eficientemente". (6)

La mayor parte de éste tipo de enfermos no puede vivir continuamente consciente de su próxima muerte, de ahí la importancia de la habilidad del terapeuta para permitir que el paciente utilice sus defensas, sin hacerlo consciente de las contradicciones que se pueden suscitar.

1.- TERAPIA OCUPACIONAL:

Wolber referido por García Dounce menciona que entre las actividades más organizadas empleadas en las instituciones para la salud se encuentra la Terapia Ocupacional, que ha probado su efectividad para ayudar a los individuos a través de la relación con el terapeuta, el significado y el producto final del

trabajo.

Grammage, Mc Mahon y Shanahan definen al hombre como "un individuo con una necesidad intrínseca de tratar con su ambiente". (7)

La forma en que el ser humano trata a su ambiente determina los roles personales, sociales y ocupacionales. Dentro del rol ocupacional se incluye el trabajo, el juego y las diversiones.

El terapeuta debe utilizar procedimientos de evaluación para examinar e identificar conductas indicativas del nivel de funcionamiento y del nivel de disfunción. Basándonos en lo anterior podemos decir que la Terapia Ocupacional es un proceso mediante el cual el paciente reaprende viejas habilidades, aprende nuevas destrezas y modifica o mantiene sus actividades actuales necesarias para el desempeño satisfactorio de su rol ocupacional.

Refiriéndonos al paciente terminal los roles ocupacionales deben de irse dejando poco a poco para llegar a aceptar el rol personal y social: el paciente que pronto va a morir.

García Dounce cita a Delrich quien menciona que "para que el terapeuta ocupacional pueda trabajar efectivamente debe atender y elaborar sus propios sentimientos a la muerte".

También necesita incluir a la familia del paciente en sus planes de tratamiento y conocer el estilo de vida de éste, previo a la enfermedad, así como sus gustos personales. Debe evaluar las potencialidades y habilidades del paciente continuamente durante el curso de la enfermedad, para que las actividades sean acordes a su estado físico.

Delrich, enfatiza que mientras más progresa la enfermedad, la habilidad del paciente para aprender y realizar actividades poco conocidas declina, por lo que las tareas deben ser cada vez más familiares y estructuradas. Las restricciones e imposibilidades del paciente no deben ser discutidas, sin dejar de enfatizar lo que él todavía es capaz de hacer y lo que todavía puede lograr, lo cual lo ayuda a sentirse útil, productivo y facilita la aceptación de su enfermedad y pronóstico. "Las metas de la terapia ocupacional deben incluir la creación y aumento de la autoestima, reducción de la ansiedad y depresión, la promoción de sentimientos de utilidad y la prevención de las regresiones". (9)

2.- TERAPIA DE GRUPO:

La terapia de grupo tiene sus orígenes en los trabajos de J. Pratt quien en 1905 empezó a utilizar discusiones didácticas y encuentros que sirvieron al grupo para lograr cambios en la moral de sujetos con padecimientos físicos cuyas capacidades se encontraban restringidas.

La terapia de grupo se practica en una variedad extensa de estilos y técnicas. Existen grupos analíticos, grupos de análisis transaccional, grupos de encuentro, etc. La mayoría de los terapeutas suponen que la patología, infelicidad o desadaptación son resultados de dificultades en el desarrollo de las relaciones interpersonales. También suponen que los pacientes tarde o temprano en el transcurso de las sesiones serán "ellos mismos" y manifestarán sus conductas desadaptativas. Así una vez que hayan exhibido sus conductas, los demás integrantes del grupo pueden proporcionar alguna retroalimentación correctiva y propiciar el aprendizaje de comportamientos nuevos y más efectivos.

La psicoterapia en grupo brinda la oportunidad de revivir y corregir todas las experiencias distorsionadas y encapsuladas de las primeras etapas de la vida que hayan surgido de situaciones de rivalidad destructiva entre hermanos, separaciones provocadoras de angustia, soledad, etc. Este tipo de terapia no sustituye a la individual.

Factores que incluye:

- 1.- **Compartir información nueva:** Aunque este factor también se da en la psicoterapia individual, en los grupos es probable que la nueva información provenga de dos fuentes distintas: por una parte está la intervención del terapeuta y por otro está el consejo directo que proviene de los otros integrantes del grupo, los cuales

comparten sus propias experiencias y lecciones del pasado; por lo tanto hay un caudal más rico de información, que cuando solo están el terapeuta y el paciente.

2.- **Infundir esperanza:** El elemento más importante para aumentar las expectativas en el grupo es la oportunidad de los miembros de observar los cambios positivos que llevan a cabo los demás.

3.- **Universalidad:** Una de las lecciones más valiosas que aprenden los integrantes del grupo es que no se encuentran solos en su miseria y temores; al ver que no son los únicos con dificultades, permite que se derive una tranquilidad a partir del conocimiento de que "hay otros como yo".

Al ver que otros han llegado a superar problemas que a veces son semejantes a los propios pueden facilitar la creencia en la propia capacidad para cambiar.

4.- **Altruismo:** Los pacientes tienen la oportunidad de darse cuenta de que ellos pueden ayudar a otras personas. Al mismo tiempo que se producen nuevos insights acerca de las habilidades personales, también se confirma la presencia de cualidades. La función de la persona que "es ayudada" por los demás se combina con la función de la persona que "ayuda a otros".

5.- **Aprendizaje interpersonal:** Una terapia de grupo conducida adecuadamente, es el ambiente ideal para el aprendizaje de habilidades interpersonales y sociales: es una comunicación pequeña que da oportunidades repetidas para practicar habilidades sociales con diferentes tipos de personas y con la ventaja de obtener una retroalimentación casi inmediata.

6.- **Recapitulación de la familia primaria:** Se considera que es un factor curativo debido a que permite que el paciente maneje aquellas experiencias familiares que lo inquietan, confunden y corrompen su funcionamiento social.

La recapitulación de la familia es la contraparte de la relación de transferencia en la terapia individual. Los integrantes del grupo a menudo reaccionan con el terapeuta o con otros miembros como si fueran sus padres.

7.- **Cohesión de grupo:** Cuando un grupo es cohesivo sus integrantes se aceptan entre sí y es probable que formen relaciones cercanas y de apoyo mutuo, participan activamente, sienten seguridad al estar en el grupo y se mantienen bastante inmunes a la interrupción externa que amenace el proceso del mismo.

A este factor se le considera como el elemento curativo más importante y como una condición previa necesaria para el tratamiento efectivo del grupo que favorece a los demás.

factores curativos.

La función del terapeuta se centra en la creación, construcción y mantenimiento de la cultura del grupo. Debe definir las reglas básicas de la terapia; establecer preceptos básicos bajo los cuales debe funcionar el grupo; intervenir cuando factores potenciales interrumpen el proceso del grupo; éstos pueden ser: ausencias, retardos continuos, formación de subgrupos, chivos expiatorios, etc. (su tarea es minimizarlos).

Yalom y Greaves reportan de su experiencia con pacientes terminales donde utilizaron la terapia de grupo y refieren al respecto lo importante que es la función del terapeuta y los efectos que puede causar, encontraron que "cuando la interacción del grupo era superficial generalmente los terapeutas eran responsables, ya que consideraban algunos temas demasiados amenazantes para que los pacientes los discutieran, pero, en realidad se estaban protegiendo ellos mismos, ya que, dada la oportunidad el grupo estaba deseando profundizar en algún tema específico". Los terapeutas antes mencionados también encontraron que "cuando procedían con demasiada cautela, considerando que los pacientes estaban muy angustiados y que no podían tolerar otra carga adicional de ansiedad, lo que en realidad hacían eran aumentar los sentimientos de aislamiento de los pacientes". (10)

3.- TERAPIA CONYUGAL:

En esta terapia el cliente principal es la pareja casada aunque actualmente se le denomina "terapia de pareja" a fin de reflejar el hecho de que se dirige a las personas que están implicadas en una relación íntima a largo plazo y no solamente a aquellos que están casados legalmente.

En la terapia conyugal la pareja acude conjuntamente a ver al mismo terapeuta dentro de la misma sesión, aunque también puede existir que uno de ellos necesite acudir además a una terapia individual. En esta terapia el clínico que centra en una "relación perturbada" y no en un individuo perturbado por una relación, lo cual correspondería a la terapia individual. Por lo general la necesidad de una terapia conyugal se deriva de que las expectativas y necesidades de la pareja entran en conflicto. Aquí podemos mencionar a los pacientes terminales de SIDA de los cuales refiere su experiencia López Muñoz: "Al respecto un paciente me decía: "no puedo decírselo a mi ex-pareja porque es la única que ha estado siempre a mi lado; si se lo digo estoy seguro que me abandonará cuando yo la necesite". (11)

Uno de los puntos principales de la terapia conyugal, es facilitar que la pareja trabaje unida para que logre aprender nuevas maneras para manejar los problemas inevitables de una relación cercana; esto puede lograrse a través de la comunicación y comprensión.

4.- TERAPIA FAMILIAR:

Las raíces de la terapia familiar brotan del hecho de que las personas que logran grandes mejorías durante la terapia individual a menudo tenían una recaída cuando regresaban a sus familias; ésta observación acentuó la importancia del ambiente familiar y las interacciones entre los padres e hijos como las causas de la conducta desadaptativa.

Este tipo de terapia comienza por centrarse sobre los problemas de uno de los integrantes de la familia, quien ha sido señalado como el que tiene el problema; posteriormente lo más pronto que se pueda el terapeuta intentará otorgarle otro marco al problema en términos de procesos familiares perturbados, o comunicación familiar deficiente. Mientras que el mantenimiento del bienestar del cliente identificado es una preocupación e interés central, el terapeuta fomentará que todos los integrantes de la familia se percaten de: su propia contribución al problema; los cambios positivos que puede realizar cada integrante. De igual forma en esta terapia un elemento importante es la comunicación.

En algunos casos el paciente infectado de VIH no se lo comunica a la familia porque no sabe cómo reaccionará ésta, le falta confianza para hacerlo aunque quizá la familia ya lo sabe, probablemente siente que lo abandonarán, que los hará sufrir, etc.

5.- LOGOTERAPIA:

Esta aproximación existencialista propone ayudar al paciente a confrontar interrogantes básicas de la existencia humana. Entre las aportaciones de los psicólogos existencialistas a la psicoterapia, los planteamientos de Viktor Frankl son los que destacan por su aplicación directa al tratamiento de pacientes terminales.

La logoterapia se basa en tres principios que tal vez no pueden ser demostrados, pero que según Frankl pueden ser experimentados. (12)

- 1.- La vida tiene sentido bajo todas las circunstancias.
- 2.- El hombre es dueño de la voluntad del sentido y se siente frustrado o vacío cuando deja de ejercerla.
- 3.- El hombre es libre dentro de sus obvias limitaciones, para el sentido de su existencia.

Según V. Frankl, la vida puede hacerse significativa de tres maneras: (13)

- 1.- A través de lo que damos a la vida (en términos de nuestro trabajo creativo).
- 2.- Por lo que tomamos del mundo (en términos de nuestros valores experimentados).
- 3.- A través de la actitud que tomamos hacia el destino que

podemos cambiar.

La posibilidad de descubrir sentido mediante las actitudes adquiere importancia cuando el hombre se enfrenta a la "Triada trágica": sufrimiento inevitable, culpa imborrable y muerte. Cuando la persona está ante una situación dolorosa que es incapaz de alterar, puede encontrar sentido si la enfrenta con valor y dignidad y siente además que su vida es ejemplo para otras personas. El autor señala que la logoterapia no puede suprimir el sufrimiento, pero puede suprimir la desesperación a la que define como un sufrimiento desprovisto de sentido para quien lo padece. Fundamentándose en estos planteamientos desarrolló dos técnicas terapéuticas:

a) La intención paradójica:

Insta al paciente a hacer o a desear aquello que teme. El objetivo de este método de curación es romper el círculo vicioso que se crea como resultado de la angustia anticipatoria a un hecho. Rompiendo este patrón de conducta, aunque solo sea por el momento, el paciente logra verse a sí mismo, no como a una víctima indefensa, sino como el amo de su propio destino.

b) La desreflexión:

Se trata de desviar la atención del paciente de su persona.

La logoterapia es retomada por Zurchler y Watkins quienes comentan que con pacientes terminales ayuda a soportar la tensión emocional de su fatal diagnóstico y a establecer nuevas perspectivas de sentido y pronóstico de vida.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Kubler-Ross, Elizabeth, Una Luz que se Apaga, Ed. Pax, Méx. 1986. pág. 120.
- 2.- Ibid, pág. 70.
- 3.- Freud, Sigmund, Obras Completas, Vol. III, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1948, pág. 1010.
- 4.- Weisman, Avery D., On Dying and Denying, Ed. Behavioral Publications, Inc. N. York, 1972. pág. 240.
- 5.- Robles Lezama, Blanca Angélica; García Cedillo, Ismael. "Características Psicológicas de Pacientes con Cáncer Broncogenico", Tesis, Méx. 1978. UNAM. pág. 16-18.
- 6.- Mc. Carthy, M. L., Life Issues and Group Psychoterapy with Terminal Cancer Patients, Dissertation Abstracts International, pág. 3615.
- 7.- García Dounce, Patricia Ma. de Fátima, "Algunas Alternativas para el Tratamiento Emocional del Paciente con Cáncer". Tesis, Méx. 1988. UNAM. pág. 29.
- 8.- Ibid, pág. 30.

- 9.- Ibid. pág. 31.
- 10.- Mc. Carthy, M. L. op. cit. pág. 3616.
- 11.- López Muñoz. Alma Azucena, "Mecanismos de Negación y su Relación con la Infección por el VIH", Tesis, Méx. 1991. UNAM. pág. 34.
- 12.- Frankl, V. E., Psychoterapy and Existencialism, Ed. England Penguin Books, 1973. pág. 315.
- 13.- Ibid, pág. 317.

CAPITULO IV:
" METODOLOGIA "

4.1.- PROBLEMA:

¿ Existe diferencia significativa en cuanto al nivel de tolerancia a la frustración en 2 grupos de pacientes con SIDA del sexo masculino cuyo diagnóstico es reciente y de hace 2 años ?

4.2.- HIPOTESIS:

H01.- No existen diferencias significativas en cuanto al nivel de tolerancia a la frustración entre los 2 grupos de pacientes con SIDA del sexo masculino cuyo diagnóstico es reciente y de hace 2 años.

HA1.- Si existen diferencias significativas en cuanto al nivel de tolerancia a la frustración entre los 2 grupos de pacientes con SIDA del sexo masculino cuyo diagnóstico es reciente y de hace 2 años.

H02.- No existen diferencias significativas en cuanto al nivel de extrapunitividad de las respuestas entre los 2 grupos.

HA2.- Si existen diferencias significativas en cuanto al nivel de extrapunitividad de las respuestas entre los 2 grupos.

H03.- No existen diferencias significativas en cuanto al nivel de intrapunitividad de las respuestas entre los 2 grupos.

HA3.- Si existen diferencias significativas en cuanto al nivel de intrapunitividad de las respuestas entre los 2 grupos.

Ho4.- No existen diferencias significativas en cuanto al nivel de impunitividad de las respuestas entre los 2 grupos.

HA4.- Si existen diferencias significativas en cuanto al nivel de impunitividad de las respuestas entre los 2 grupos.

Ho5.- No existen diferencias significativas en cuanto al nivel de obstáculo frustrante de las respuestas entre los 2 grupos.

HA5.- Si existen diferencias significativas en cuanto al nivel de obstáculo frustrante de las respuestas entre los 2 grupos.

Ho6.- No existen diferencias significativas en cuanto al nivel de ego defensa de las respuestas entre los 2 grupos.

HA6.- Si existen diferencias significativas en cuanto al nivel de ego defensa de las respuestas entre los 2 grupos.

Ho7.- No existen diferencias significativas en cuanto al nivel de persistencia de la necesidad de las respuestas entre los 2 grupos.

HA7.- Si existen diferencias significativas en cuanto al nivel de persistencia de la necesidad de las respuestas entre los 2 grupos.

4.3.- VARIABLES:

Variable Dependiente:

- Tolerancia a la Frustración.

Variable Independiente:

- Tiempo que ha transcurrido de habersele informado al paciente de su diagnóstico.

VARIABLES Controladas:

- Sexo: masculino.
- Edad: entre los 20 y 40 años.
- Nivel Escolar: primaria terminada.
- SIDA: que sean portadores de VIH.

Que no sean pacientes psiquiátricos.

Definición:

Variable Dependiente:

- Tolerancia a la Frustración: Reacción que se presenta siempre que el organismo se encuentra frente a un obstáculo más o menos difícil de vencer o que coarta la satisfacción de alguna necesidad vital. (Rosenzweig 1944).

Operacionalización:

Variable Dependiente:

- **Tolerancia a la Frustración:** Resultados obtenidos del Test de Frustración de Rosenzweig.

Variable Independiente:

- **Tiempo:**

Diagnóstico reciente: que el paciente tenga una semana de haber sido informado del diagnóstico.

Diagnóstico de 2 años: que el paciente tenga como mínimo 2 años de conocer su diagnóstico.

4.4.- SUJETOS Y ESCENARIO:

La muestra que se empleó en la presente investigación contó con 60 pacientes del sexo masculino, cuyas edades fluctuaron entre 20 y 40 años, con una X (media) de 31 años de edad. Dichos sujetos tenían diagnóstico de SIDA (portadores del VIH); de ellos 30 eran de recién diagnóstico (primer grupo una semana) y 30 habían sido diagnosticados hacia 2 años, (segundo grupo) y acudían periódicamente a consulta a la Unidad de Infectología (405) del Hospital General de México, S.S.

El tratamiento que recibían consistía en chequeo general, pruebas de laboratorio, de gabinete y administración del medicamento que específicamente se estuviera utilizando para su

enfermedad; también indicaciones generales en cuanto a higiene.

4.5.- SELECCION Y TIPO DE MUESTRA:

Intencional no probabilística.

Se escoge la muestra con cierta intención, en este caso los sujetos fueron seleccionados en base a los pacientes que acudieron a recibir tratamiento y que cumplían con las características de la muestra. La ventaja del empleo de estas muestras es que son útiles y económicas. (Downie N. M. Heath F. W. Métodos estadísticos aplicados. Ed. Harla, Méx. 1973).

4.6.- INSTRUMENTO:

Fundamentación Teórica:

El estudio de Rosenzweig es una técnica proyectiva en cuanto expone la personalidad en situaciones de tensión. Estudia las relaciones personales frente a situaciones que usualmente son causa de tensión, con objeto de determinar el grado de adaptación social de las personas.

La técnica de adaptación a dibujos se deriva, en parte, del método de asociación de palabras y de la técnica de apercepción temática. La teoría de la frustración incluye fenómenos de los 3 niveles de defensa vital:

- a) celular
- b) autónoma
- c) cortical o de ego defensa

La frustración, puede definirse como una reacción que se presenta, siempre que el organismo se encuentra frente a un obstáculo difícil de vencer o que coarta la satisfacción de alguna necesidad vital. Se distinguen dos tipos de frustración:

- 1.- Primaria o privación: Se caracteriza por la insatisfacción subjetiva que se debe a la ausencia de una situación final para calmar una necesidad.
- 2.- Secundaria: Se caracteriza por la presencia de obstáculos en la vía que conduce a la satisfacción de la necesidad. Este tipo de frustración es el que estudia el Test de Frustración.

Se le denomina "stress" o "presión" a la situación-estímulo que constituye el obstáculo.

El concepto de tolerancia a la frustración se compara con los conceptos psicoanalíticos de:

"El principio del placer" que implica la satisfacción inmediata de todo deseo. "El principio de la realidad" el cual implica que poco a poco el individuo toma contacto con la

realidad y es capaz de retardar la satisfacción inmediata. Esto se halla implícito en el concepto de Tolerancia a la Frustración.

"El principio de la debilidad del Yo", está relacionado con la tolerancia a la frustración, porque sólo un "Yo" débil necesita métodos inadecuados de defensa.

Las zonas de baja tolerancia a la frustración corresponden a los complejos (sujetos neuróticos y psicóticos). El sujeto normal está caracterizado por un alto grado general de tolerancia.

Rosenzweig sugiere que en la tolerancia a la frustración, participan 2 factores:

- a) Somáticos: que son constitucionales y hereditarios y corresponden a variaciones endocrinas y nerviosas.
- b) Psicológicos: las primeras frustraciones en la infancia, determinan el desarrollo ulterior de la tolerancia a la frustración.

En 1944 apareció una forma (test) para adultos y en 1948 se presentó una forma para niños y una revisión de la de adultos. Ambas formas constan de una serie de 24 dibujos, con situaciones de la vida diaria en las que se plantean situaciones

de dos tipos:

1.- Del bloqueo del "Yo", es decir que presentan un obstáculo personal o impersonal que interfiere, decepciona, perjudica o frustra directamente al sujeto. (16 láminas)

2.- Del bloqueo del "Super Yo", esto es una acusación, un cargo o incriminación y hecho responsable por otra persona.

Todas las láminas constan de dos sujetos hablando; está dispuesto que siempre la figura ubicada sobre la izquierda, es la persona "frustradora" y se halla, o bien diciendo algo que frustra o representando la situación que frustra a la persona ubicada sobre la derecha del cuadro. Los personajes carecen por completo de expresión facial y las posturas no son sugestivas. Los recuadros para las leyendas, que corresponden a las figuras de la derecha, se han dejado en blanco, y el examinado debe llenarlos identificándose con el personaje frustrado, basándose en el mecanismo de proyección y de acuerdo con su impresión y su modo de sentir más espontáneo.

Aplicación:

Puede ser aplicado en forma individual o colectiva. En la colectiva se requiere que los sujetos sepan leer y escribir correctamente. No hay tiempo límite.

La aplicación individual es preferible, pues permite obtener un protocolo más válido por el interrogatorio final en que se pide al examinado que lea en voz alta las respuestas escritas.

Valoración:

Las respuestas dadas por los sujetos son sometidas a un proceso de valoración y consignadas en forma de símbolos en el protocolo pertinente. En general podemos decir, que cada sujeto ante una situación puede reaccionar según una dirección determinada y de acuerdo con un tipo especial de respuesta.

- La dirección de la respuesta se clasifica en:

a) Extra-punitiva: representada por E, en que la agresión es dirigida por el sujeto hacia el exterior, corresponde a la cólera e irritación.

b) Intra-punitiva: simbolizada por I, en que la agresión se dirige hacia el sujeto mismo (culpabilidad y remordimiento).

c) No-punitiva o Impunitiva: simbolizada por M, en que la situación frustrante se rehuye, evita o disimula.

En la extrapunitiva actúa el mecanismo de la proyección, el aspecto patológico es la paranoia.

En la intrapunitiva actúan el desplazamiento y el aislamiento, el aspecto patológico son los comportamientos obsesivos.

A la no punitiva corresponde el mecanismo de represión. El aspecto patológico se representa por manifestaciones histéricas.

- El tipo de respuesta se clasifica en:

a) Refiriéndose especialmente al obstáculo frustrante, señalándolo como un elemento fundamental y desencadenante de la frustración; obstáculo - dominante.

b) Respondiendo a un intento específico de proteger al propio "Yo", inculcando a otro o aceptando la responsabilidad del hecho: respuesta de ego - defensa.

c) Expresando la necesidad de solucionar de algún modo el conflicto: reacción de la necesidad - persistente.

De la combinación de estas seis categorías (tipos y direcciones) resultan nueve factores que se emplean en la valoración.

La notación o evaluación de la mayor parte de las respuestas no necesita más que un sólo factor, para que se consideren más factores es necesario que dentro de las

respuestas haya 2 frases o proposiciones distintas. Es conveniente recordar que la notación más simple es la más adecuada.

4.7.- DISEÑO:

Ex-post-facto.

Debido a que este tipo de investigación es:

" ... una búsqueda sistemática empírica, en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables, se hacen inferencias sobre las relaciones de ellas sin intervención directa, a partir de la relación concomitante de las variables independiente y dependiente". (Kerlinger 1973. Investigación del comportamiento Kerlinger F. Ed. Interamericana 1973).

4.8.- PROCEDIMIENTO:

Para poder llevar a cabo el presente trabajo, acudí a la Dirección de la Unidad de Infectología donde solicité permiso para la realización del mismo y aplicación del Test de Frustración; de ahí se me refirió a dos médicos de base que se encargan de los pacientes con SIDA, los cuales consultan dos días a la semana a éstos enfermos a excepción de que lleguen otro día. Se revisaron los expedientes de los pacientes para

seleccionar a aquellos que cumplieran con los requisitos de la muestra, esto es: que no fueran pacientes psiquiátricos, que fueran varones entre los 20 y 40 años de edad, que tuvieran la primaria finalizada y por supuesto portadores del VIH. Posteriormente, cada semana apliqué un promedio de 6 pruebas en un intervalo de 3 meses y medio. Los tests los administraba al finalizar la consulta el paciente; en privado en un consultorio le explicaba al paciente que se trataba de una investigación sobre el SIDA y que toda la información que me proporcionara sería anónima. Después le mostraba los dibujos del test diciéndole:

"Cada uno de los siguientes cuadros contiene dos o más personas; en cada cuadro una persona le dice algo a la otra".

Lo que se le pide a usted es que llene por escrito el espacio en blanco, con la primera contestación que le venga a la mente a propósito de aquellas palabras. Trabaje lo más rápidamente posible. Por último le pedía que leyera sus respuestas para que si en alguna tenía duda en ese momento me la aclarara.

De acuerdo con lo establecido en el test procedí a realizar la valoración de las respuestas de cada sujeto.

4.9.- ESTADISTICA:

Una vez obtenidos los resultados de cada sujeto, para el manejo estadístico, se utilizó la Distribución "t" de student, donde el procedimiento fué el siguiente: con los resultados de cada test se hizo una agrupación de datos, en base a los valores se obtuvo la media, la cual es una medida de tendencia central ampliamente usada. La media puede definirse como la suma de todas las calificaciones:

$$M = \frac{\sum X}{N}$$

Posteriormente se empleó la formula de la varianza la cual se define como una medida de dispersión en la que hallamos las desviaciones al cuadrado; se representa como:

$$S^2 = \frac{\sum (X_i - \bar{X})^2}{n - 1}$$

A continuación se obtuvo la desviación estandar que es, la raíz cuadrada de la media de las desviaciones de la media de una distribución elevadas al cuadrado. La formula es:

$$S = \sqrt{\frac{\sum X^2}{N}}$$

Finalmente se hicieron todas las pruebas "t" con un nivel de significación de: α 0.5 para ambas colas. (Izquierda y

Derecha).

Distribución "t" de student:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{Dif}}$$

$$\sqrt{Dif} = \sqrt{CT \bar{X}_1^2 + CT \bar{X}_2^2}$$

$$T\bar{X}_1 = \frac{S}{\sqrt{N - 1}}$$

$$T\bar{X}_2 = \frac{S}{\sqrt{N - 1}}$$

$$S_1 = \sqrt{\frac{\sum X_1^2 - \bar{X}_1^2}{N_1}}$$

$$S_2 = \sqrt{\frac{\sum X_2^2 - \bar{X}_2^2}{N_2}}$$

CAPITULO V:
" RESULTADOS "

" G C R "

GRUPO I:
(1 SEMANA)

1.- 81.3
2.- 75.0
3.- 56.3
4.- 75.0
5.- 68.8
6.- 62.5
7.- 56.3
8.- 56.3
9.- 68.8
10.- 62.5
11.- 56.3
12.- 68.8
13.- 43.8
14.- 56.3
15.- 68.8
16.- 50.0
17.- 56.3
18.- 62.5
19.- 62.5
20.- 62.5
21.- 62.5
22.- 56.3
23.- 43.8
24.- 31.3
25.- 62.5
26.- 62.5
27.- 62.5
28.- 62.5
29.- 50.0
30.- 50.0

X = 59.81

S = 76.08

σ = 8.57

GRUPO II:
(2 AÑOS)

1.- 56.3
2.- 62.5
3.- 50.0
4.- 68.8
5.- 81.3
6.- 31.3
7.- 56.3
8.- 68.8
9.- 81.3
10.- 50.0
11.- 50.0
12.- 43.8
13.- 43.8
14.- 68.8
15.- 50.0
16.- 56.3
17.- 25.0
18.- 43.8
19.- 43.8
20.- 68.8
21.- 56.3
22.- 50.0
23.- 43.8
24.- 37.5
25.- 68.8
26.- 68.8
27.- 43.8
28.- 50.0
29.- 56.3
30.- 75.0

X = 55.03

S = 195.21

σ = 13.73

t = 1.51

Se acepta H_{01} , por lo tanto no existen diferencias significativas en cuanto al nivel de tolerancia a la frustración entre los 2 grupos de pacientes con SIDA del sexo masculino cuyo diagnóstico es reciente y de hace 2 años.

" E "

GRUPO I:
(1 SEMANA)

1.- 50.0
2.- 43.5
3.- 47.9
4.- 25.0
5.- 54.2
6.- 20.8
7.- 22.9
8.- 8.3
9.- 37.5
10.- 31.3
11.- 27.1
12.- 27.1
13.- 25.0
14.- 31.3
15.- 25.0
16.- 40.9
17.- 50.0
18.- 10.8
19.- 39.1
20.- 20.8
21.- 27.1
22.- 52.1
23.- 45.8
24.- 27.3
25.- 39.6
26.- 47.9
27.- 52.1
28.- 41.7
29.- 47.9
30.- 12.5

X = 34.56

S = 168.91

\sqrt{S} = 12.77

GRUPO II:
(2 AÑOS)

1.- 34.1
2.- 39.1
3.- 37.5
4.- 20.8
5.- 29.2
6.- 26.3
7.- 16.7
8.- 29.2
9.- 33.3
10.- 37.5
11.- 39.2
12.- 22.7
13.- 36.9
14.- 41.5
15.- 12.5
16.- 50.0
17.- 01.8
18.- 33.3
19.- 54.2
20.- 56.3
21.- 31.3
22.- 52.1
23.- 14.6
24.- 34.8
25.- 16.7
26.- 45.7
27.- 43.5
28.- 64.6
29.- 47.9
30.- 18.8

X = 36.46

S = 246.24

\sqrt{S} = 15.42

t = -0.48

Se acepta Ho2., por lo tanto no existen diferencias significativas en cuanto al nivel de extrapunitividad de las respuestas entre los 2 grupos.

GRUPO I:
(1 SEMANA)

1.- 27.1
2.- 41.3
3.- 16.7
4.- 39.6
5.- 25.0
6.- 41.7
7.- 39.6
8.- 31.3
9.- 35.4
10.- 37.5
11.- 41.7
12.- 41.7
13.- 37.5
14.- 25.0
15.- 41.7
16.- 20.5
17.- 20.8
18.- 33.3
19.- 30.4
20.- 29.2
21.- 37.5
22.- 25.0
23.- 33.3
24.- 36.4
25.- 33.3
26.- 35.4
27.- 20.8
28.- 33.3
29.- 35.4
30.- 41.7

X = 32.97

S = 54.99

\sqrt{S} = 7.29

GRUPO II:
(2 AÑOS)

1.- 29.5
2.- 19.6
3.- 33.3
4.- 37.5
5.- 33.3
6.- 36.9
7.- 37.5
8.- 27.1
9.- 29.2
10.- 35.4
11.- 25.0
12.- 45.5
13.- 45.7
14.- 13.0
15.- 45.8
16.- 22.9
17.- 13.6
18.- 37.5
19.- 25.0
20.- 29.2
21.- 29.2
22.- 35.4
23.- 54.2
24.- 32.6
25.- 43.8
26.- 23.9
27.- 23.9
28.- 18.8
29.- 27.1
30.- 39.6

X = 31.7

S = 96.77

\sqrt{S} = 9.67

t = 0.56

Se acepta H_03 ., por lo tanto no existen diferencias significativas en cuanto al nivel de intrapunitividad de las respuestas entre los 2 grupos.

GRUPO I :
(1 SEMANA)

1.- 22.9
2.- 15.2
3.- 35.4
4.- 35.4
5.- 20.8
6.- 37.5
7.- 37.5
8.- 60.4
9.- 27.1
10.- 31.3
11.- 31.3
12.- 31.3
13.- 37.5
14.- 43.8
15.- 33.3
16.- 38.6
17.- 29.2
18.- 47.9
19.- 30.4
20.- 50.0
21.- 35.4
22.- 22.9
23.- 20.8
24.- 36.4
25.- 27.1
26.- 16.7
27.- 27.1
28.- 25.0
29.- 16.7
30.- 45.8

X = 32.35

S = 110.31

$\sqrt{\quad}$ = 10.32

GRUPO II:
(2 AÑOS)

1.- 36.4
2.- 41.3
3.- 29.2
4.- 41.7
5.- 37.5
6.- 34.8
7.- 45.8
8.- 43.8
9.- 37.5
10.- 27.1
11.- 45.8
12.- 31.8
13.- 17.4
14.- 45.7
15.- 41.7
16.- 27.1
17.- 4.5
18.- 29.2
19.- 20.8
20.- 14.6
21.- 39.6
22.- 12.5
23.- 31.3
24.- 32.6
25.- 39.6
26.- 30.4
27.- 32.6
28.- 16.7
29.- 25.0
30.- 41.7

X = 31.85

S = 141.46

$\sqrt{\quad}$ = 11.69

t = .18

Se acepta Ho4., por lo tanto no existen diferencias significativas en cuanto al nivel de impunitividad de las respuestas entre los 2 grupos.

" O - D "

GRUPO I:
(1 SEMANA)

1.- 0
2.- 8.7
3.- 4.2
4.- 14.6
5.- 20.8
6.- 22.9
7.- 14.6
8.- 10.4
9.- 10.4
10.- 12.5
11.- 10.4
12.- 25.0
13.- 8.3
14.- 8.3
15.- 12.5
16.- 9.1
17.- 18.8
18.- 6.3
19.- 21.7
20.- 14.7
21.- 4.2
22.- 10.4
23.- 10.4
24.- 13.6
25.- 6.3
26.- 12.5
27.- 12.5
28.- 22.9
29.- 18.8
30.- 8.3

X : 12.53

S : 32.68

σ : 5.62

GRUPO II:
(2 AÑOS)

1.- 9.1
2.- 4.3
3.- 12.5
4.- 4.2
5.- 12.5
6.- 4.3
7.- 12.5
8.- 18.8
9.- 20.8
10.- 10.4
11.- 8.3
12.- 9.1
13.- 6.5
14.- 15.2
15.- 20.8
16.- 8.3
17.- 4.5
18.- 20.8
19.- 4.2
20.- 8.3
21.- 4.2
22.- 12.5
23.- 8.3
24.- 19.6
25.- 14.6
26.- 13.0
27.- 10.9
28.- 16.7
29.- 2.1
30.- 16.7

X : 11.13

S : 32.33

σ : 5.59

t: 0.92

Se acepta H_0 5., por lo tanto no existen diferencias significativas en cuanto al nivel de obstáculo frustrante de las respuestas entre los 2 grupos.

" E - D "

GRUPO I:
(1 SEMANA)

1.- 64.6
2.- 60.9
3.- 62.5
4.- 56.3
5.- 66.7
6.- 43.8
7.- 50.0
8.- 58.3
9.- 60.4
10.- 56.3
11.- 45.8
12.- 43.8
13.- 66.7
14.- 60.4
15.- 62.5
16.- 52.3
17.- 70.8
18.- 45.8
19.- 63.0
20.- 52.1
21.- 56.3
22.- 64.6
23.- 60.4
24.- 54.5
25.- 66.7
26.- 66.7
27.- 83.3
28.- 50.0
29.- 66.7
30.- 79.2

X : 59.71

S : 91.00

σ : 9.37

GRUPO II:
(2 AÑOS)

1.- 65.9
2.- 58.6
3.- 54.2
4.- 66.7
5.- 60.4
6.- 86.9
7.- 35.4
8.- 43.8
9.- 62.5
10.- 79.2
11.- 50.0
12.- 50.0
13.- 45.7
14.- 56.5
15.- 43.8
16.- 77.1
17.- 81.8
18.- 45.8
19.- 70.8
20.- 77.1
21.- 64.6
22.- 66.7
23.- 41.7
24.- 60.9
25.- 64.6
26.- 73.9
27.- 52.2
28.- 62.5
29.- 70.8
30.- 56.3

X : 60.88

S : 169.97

σ : 12.81

t: -0.39

Se acepta Ho6., por lo tanto no existen diferencias significativas en cuanto al nivel de ego defensa de las respuestas entre los 2 grupos.

" N - P "

GRUPO I:
(1 SEMANA)

1.- 35.4
2.- 30.4
3.- 33.3
4.- 29.2
5.- 12.5
6.- 33.3
7.- 35.4
8.- 31.3
9.- 29.2
10.- 31.3
11.- 43.8
12.- 31.3
13.- 25.0
14.- 31.3
15.- 25.0
16.- 38.6
17.- 10.4
18.- 47.9
19.- 15.2
20.- 31.3
21.- 39.6
22.- 25.0
23.- 29.2
24.- 31.8
25.- 27.1
26.- 20.8
27.- 4.2
28.- 27.1
29.- 14.6
30.- 12.5

X : 27.76

S : 100.55

$\sqrt{\quad}$: 9.85

GRUPO II:
(2 AÑOS)

1.- 25.0
2.- 36.9
3.- 33.3
4.- 29.2
5.- 27.1
6.- 8.7
7.- 52.1
8.- 37.5
9.- 16.7
10.- 10.4
11.- 41.7
12.- 40.9
13.- 47.8
14.- 28.3
15.- 35.4
16.- 14.6
17.- 13.6
18.- 33.3
19.- 25.0
20.- 14.6
21.- 31.3
22.- 20.8
23.- 50.0
24.- 19.6
25.- 20.8
26.- 13.0
27.- 36.9
28.- 20.8
29.- 27.1
30.- 27.1

X : 27.98

S : 138.99

$\sqrt{\quad}$: 11.57

t: 0.07

Se acepta H_0 , por lo tanto no existen diferencias significativas en cuanto al nivel de persistencia de la necesidad de las respuestas entre los 2 grupos.

	G C R	E	I	M	O-D	E-D	N-P
GPO. I:	\bar{X} : 59.61	34.68	32.97	32.35	12.53	59.71	27.76
	σ : 6.57	12.77	7.29	10.32	5.62	9.37	9.85
GPO. II:	\bar{X} : 55.03	36.46	31.70	31.85	11.13	60.88	27.98
	σ : 13.73	15.42	9.67	11.69	5.59	12.81	11.59
R O 20-30 S	\bar{X} : 68.0	44.7	27.8	27.4	19.9	53.0	27.1
	σ : 11.1	13.3	8.2	9.4	7.8	11.3	10.3
E N Z 30-40 W	\bar{X} : 65.9	43.8	27.7	28.5	19.2	53.8	27.0
	σ : 11.2	12.1	7.6	9.0	7.5	10.5	8.8
EIG:							

CAPITULO VI:
" CONCLUSIONES "

- 1.- Se acepta H_{01} ., con una probabilidad de 1.51 por lo que no existen diferencias significativas en cuanto al nivel de tolerancia a la frustración entre los 2 grupos de pacientes con SIDA del sexo masculino cuyo diagnóstico es reciente y de hace 2 años.
- 2.- Se acepta H_{02} ., con una probabilidad de -0.48 por lo que no existen diferencias significativas en cuanto al nivel de extrapunitividad de las respuestas entre los 2 grupos.
- 3.- Se acepta H_{03} ., con una probabilidad de 0.56 por lo que no existen diferencias significativas en cuanto al nivel de intrapunitividad de las respuestas entre los 2 grupos.
- 4.- Se acepta H_{04} ., con una probabilidad de 0.18 por lo que no existen diferencias significativas en cuanto al nivel de impunitividad de las respuestas entre los 2 grupos.
- 5.- Se acepta H_{05} ., con una probabilidad de 0.92 por lo que no existen diferencias significativas en cuanto al nivel de obstáculo frustrante de las respuestas entre los 2 grupos.
- 6.- Se acepta H_{06} ., con una probabilidad de -0.39 por lo que no existen diferencias significativas en cuanto al nivel de ego defensa de las respuestas entre los 2 grupos.
- 7.- Se acepta H_{07} ., con una probabilidad de -0.07 por lo que no

existen diferencias significativas en cuanto al nivel de persistencia de la necesidad de las respuestas entre los 2 grupos.

Tomando en cuenta que el SIDA es un problema que día a día preocupa más a la Sociedad y que el enorme esfuerzo que hacen los investigadores, médicos especialistas y en general todo el Sector Salud a nivel mundial, no ha sido suficiente para dar solución a ésta enfermedad mortal, ya que los medicamentos hasta ahora utilizados solo consiguen mantener un poco "equilibrado" al paciente, pero no curarlo de su enfermedad, debido a que la vacuna no se ha encontrado, es por esto que seguimos enfrentándonos con personas que desafortunadamente desde el momento en que reciben este terrible diagnóstico sienten un gran temor de saber que la muerte puede estar cercana o lejana y su angustia es tan elevada que no les permite aceptar el diagnóstico, lo niegan, rechazan la idea de estar infectados y por consiguiente su propia muerte.

Sabemos que un diagnóstico de SIDA no sólo desequilibra, desorganiza o perturba al paciente, afecta también a la familia y a todos los que de alguna forma u otra están involucrados con el enfermo; éstas personas en la mayoría de los casos no saben cómo reaccionar, qué hacer con el problema que se les presenta y que no es como cualquier otro y lo más importante es que no saben cómo ayudar al enfermo: qué hacer para que aprenda a vivir con su enfermedad, que no tome medidas drásticas como podría ser el suicidio, que no se aisle o lleve una vida desorganizada en cuanto a su vida social, que tome conciencia de que su enfermedad es contagiosa y que debe de tratar de no infectar a los demás solo por venganza o coraje, que debe de recibir

tratamiento médico y lo más fundamental: que se acepte con su diagnóstico aunque este le está hablando de muerte.

En base a lo anterior se realizó el presente estudio en el cual no se obtuvieron diferencias significativas en los dos grupos investigados.

Cabe mencionar que dichos sujetos no recibían tratamiento psicológico o psiquiátrico desde que habían sido diagnosticados hasta el momento de la aplicación del test de frustración, es por eso que considero que sería de gran utilidad que se les administrara una terapia psicológica no importa la orientación o técnica que tenga, sino que el enfermo se pueda sentir "acompañado", apoyado durante el tiempo que dure su enfermedad.

Estoy de acuerdo con Kubler Ross, en que el paciente terminal pasa por esas 5 etapas que menciona, al respecto, un médico del hospital en donde realicé el trabajo, me comentaba que cuando el enfermo iba a recoger sus resultados de laboratorio se mostraba nervioso, angustiado, y que cuando se le daba un diagnóstico positivo de VIH movía la cabeza diciendo no, y le preguntaba nuevamente al doctor que si estaba seguro, que si ya era confirmatorio el resultado; algunos se iban enojados pero pasado un tiempo vuelven porque se sentían muy mal, su deterioro fisiológico era preocupante, empezaban a cursar con problemas neoplásicos, porque no sabían cómo comunicarlo a su pareja o familia o porque sabían que necesitaban ayuda médica.

En algunos casos los familiares del paciente eran los que conocían primero el diagnóstico y se oponían a que el enfermo conociera el diagnóstico; era aquí en donde el médico tenía que platicarlo y hacerlo entender a los familiares que el paciente tenía derecho a conocer el resultado de sus exámenes y a decidir por él mismo lo que haría.

Otra situación que se presentaba era la ya mencionada, que el doctor tenía que comunicar a los familiares el problema por el que atravesaba el sujeto infectado, quien no se atrevía a hacerlo; además el tratamiento que podría llevar esta persona, el costo que implicaba y la honestidad de que eso solo era un medio para tratar de mantener al paciente lo mejor posible pero que no era un medio curativo 100%.

Si comparamos la X que obtuvieron los pacientes con la \bar{X} que establece Rosenzweig en cuanto al nivel de extrapunitividad, nos damos cuenta que esta baja, que no tiene tendencia en general, a la agresión, a dañar el objeto externo y considerarlo culpable; tienden un poco más a la intrapunitividad, esto es, a deprimirse y culparse por su enfermedad; probablemente aquí también viene la depresión por la familia, el sentirse una carga económica y emocional.

Se observa también que la \bar{X} del nivel de impunitividad o no punitividad está un poco elevada, es decir, que la negación se expresa más; haciendo referencia a la negación de primer

nivel que cita la Dra. Weisman, podemos decir con respecto a los pacientes que ya conocían su diagnóstico por lo menos hacia 2 años, que ésta negación se presentó en ellos, ya que no siempre acudían a la cita que periódicamente el médico les daba. Estas ausencias nos hablan de resistencias que los sujetos mostraban o muestran al diagnóstico, niegan la extinción de su propia vida, de acuerdo con Weisman.

Con relación al obstáculo frustrante se puede observar que la \bar{X} es muy baja, probablemente está siendo ignorado ya que la negación claramente está presente. En cambio en el nivel de ego defensa la \bar{X} tiende a subir, no es abiertamente una defensa hacia afuera; es más bien un defenderse de sí mismo tomando la situación como inevitable. En persistencia de la necesidad vemos que no varía la \bar{X} , que trata de solucionar el problema.

Como refiere la Dra. Weisman, podemos pensar y hablar de que la muerte es universal, que nuestro vecino se va a morir, que los que viven constantemente en guerra mueren, que el hambre en Africa, está matando a muchos niños y adultos, que las personas hospitalizadas en algunos casos mueren, que las drogas destruyen, que un animalito muere, e incluso que el enfermo de SIDA es un desafortunado, pero, decir voy a morir: NO, sobre todo si es como en este caso de SIDA: no resulta nada fácil hablar y planear nuestra muerte.

La mayoría de las personas bromeamos de que "... cuando me

muera quiero que me cremen, que echen mis cenizas al mar, que no gasten, que me lleven música..." pero, lo único que hacemos es tratar de reírnos de algo que nos causa angustia, nos defendemos; como menciona Prado de Molina, es una aceptación externa más no interna de esa posibilidad que algún día llegara.

Freud considera que cuando una noticia es muy desagradable y dolorosa reemplazamos este dolor por medio de la fantasía; traspolándolo al paciente infectado por VIH, creo que así es, ya que muchos de ellos tratan de alimentarse mejor, de hacer ejercicio, el pensamiento mágico quizás les hace pensar que se curaran, pero aunque este régimen está dentro del tratamiento médico sólo los mantiene un poco estables a nivel fisiológico.

Es una gran responsabilidad para el terapeuta que atiende a éste tipo de enfermos ya que es de vital importancia que él haya podido hacer un análisis de sus propios miedos y ansiedades hacia la muerte. Kubler Ross sugiere que el analista debe de prepararse para poder trabajar con el paciente en una actitud empática con una comunicación abierta y sincera.

Ruth D. Abrams, dice que esta comunicación puede ser mínima, que el paciente puede hacerse dependiente del médico, que el silencio llega a convertirse en un lenguaje no verbal. De la misma forma que la Dra. Kubler Ross, Delrich, Yalom y Greaves sugieren que el terapeuta debe de tener un periodo de aprendizaje donde trate su propio miedo a la muerte. Estoy de

acuerdo con estos autores de un análisis previo al trabajo terapéutico con las personas portadoras de VIH para poder realizar una terapia eficiente y que no ocurra lo que cita Renneker en cuanto a las relaciones contratransferenciales: que no se podían identificar los analistas con un hombre que enfrentaba la muerte y por consiguiente el paciente moribundo tenía mala identificación para con el terapeuta.

Pienso que si los pacientes de SIDA hubieran tenido la oportunidad de una terapia psicológica podrían haber ido elaborando su muerte por lo tanto pasar por las etapas que indica Kubler Ross: negación, depresión, ira, regateo o pacto y aceptación; y no solo quedarse en una de ellas.

Considero que la terapia familiar también sería de gran ayuda ya que los familiares podrían trabajar en conjunto con el analista, el médico y el paciente, debido a que muchas veces cuando el enfermo regresa a casa tiene recaídas porque es rechazado: de igual forma serviría a la familia para que sacara sus propios sentimientos de coraje, frustración, desesperación, etc., y así ofrecería una ayuda más práctica al enfermo.

La terapia grupal le permitiría al paciente darse cuenta de que no es el único con ese tipo de problema, que quizás gracias a su condición física (que en ese momento es mejor que la de otros) puede ayudar a los demás, que con el apoyo moral de sus compañeros se puede sentir mejor, y si todo esto es aunado a

una terapia ocupacional en la que él de acuerdo a sus condiciones físicas realice determinadas actividades que incluyan el juego, el trabajo, etc., lo haran tener Fe y Esperanza en cualquier etapa que se encuentre, como refiere Kubler Ross, por el solo hecho de existir nuevas drogas, tratamientos, técnicas más avanzadas de investigación y descubrimientos.

Sabemos que el momento de hablar de la muerte es cosa del paciente y de nadie más.

Sugiero que el test que se utilizó en este trabajo, también se aplique a mujeres ya que la diferencia de respuesta entre varones y mujeres serviría para una mejor valoración del estudio. Que se aplique a pacientes seropositivos (asintomáticos). Que se realicen entrevistas con la familia para conocer mejor el tipo de relación que existe entre el paciente y ellos.

Limitaciones del estudio:

No es fácil encontrar pacientes con disposición al estudio. consideran que todos sabrán sobre su vida personal aun cuando se les explique que la aplicación del test y toda la información que se obtenga será anónima y confidencial.

Por la misma angustia que presentan en la aplicación del test y un poco de desconfianza muestran resistencia, la mayoría a dar información.

La realización de entrevistas antes y después del test hubieran servido para tener mayor información sobre los pacientes e interpretar mejor su patología.

Todos los sujetos empleados en la presente muestra eran pacientes terminales sólo que dentro de esa misma fase variaba su sintomatología: algunos presentaban fiebre, vómito, baja de peso, etc., y otros además sarcoma de Kaposi, neumonías, tuberculosis, etc., es decir, el cuadro clínico de cada paciente era diferente y considero importante que se hubiera realizado una selección dentro de ellos mismos, para tener una muestra más unificada en cuanto al tipo de enfermo terminal.

Apéndice:

" Test de Frustración de Rosenzweig ".

Siento mucho haberle mojado el traje, ahori- ta, aunque hi- cimos lo posi- ble por evitar el charco.



(1)

¡Qué terri- ble! El ja- rrrón que a- cabas de ro- per era el - favorito de mi madre.



(2)

¡No se puede ver nada!



(3)

Que pena que mi auto se descompuso y te hizo per- der el tren.



(4)

Esta es la tercera vez que tengo que regresar este reloj nuevo que compré hace solo una semana. Siempre se para tan pronto llego a casa.



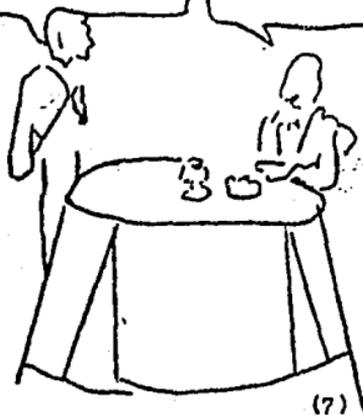
(5)

Las reglas de la Biblioteca solo le permiten sacar dos libros a la vez.



(6)

No estará usted siendo demasiado exigente?

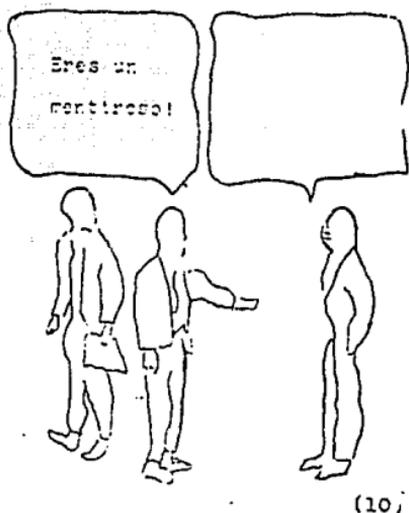


(7)

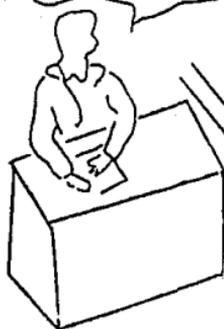
Tu novia me invitó al baile esta noche. Dijo que tú no irías.



(8)



No puedo verlo
hasta mañana,
aunque nos cita-
mos ayer.



(13)

Ella debería.
haber llegado
hace media ho-
ra.



(14)

Qué lástima -
compañera! Hu-
biésemos gana-
do después de
tu buena juga-
da si yo no
hubiera cometi-
do ese estu-
pido error.



(15)

Usted no te-
nía derecho a
rebasarme por
la derecha.



(16)

Bonita hora
para perder
las llaves!



(17)

Lo siento! a-
cabanos de -
vender el úl-
timo.



(18)

A dónde cree
usted que va?
Paso por esa
escuela a 80
Km. por ho-
ra.



(19)

Me pregunto.
Por qué no -
nos habrán -
invitado?



(20)

La mujer de la que estás diciendo esas cosas indignas, sufrió ayer un accidente y ahora está en el hospital.



(21)

Te hiciste daño?



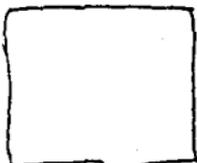
(22)

Es la tía. Quiero que le esperemos un rato hasta que pueda llegar acá para que nos dé su bendición otra vez.



(23)

Aquí está el periódico que me prestaste, siento mucho que mi niño lo haya roto.



(24)

EVALUACION

CLASIFICACION

No	O-D	E-D	N-P	G.C.R.
1		M		
2		I		
3				
4		M	m	
5			I	
6				
7		E		
8				
9		E		
10		E		
11		E		
12				
13		E		
14				
15				
16		E, I		
17		E		
18				
19			I	
20				
21	I			
22	M			
23		E		
24		M		

PERFILES

	O-D	E-D	N-P	TOTAL	%	Nota T
E	{ }	{ }	{ }	{ }		
I	{ }	{ }	{ }	{ }		
M	{ }	{ }	{ }	{ }		
TOTAL	{ }	{ }	{ }	{ }		
%						
Nota T						

ESQUEMAS

1
2
3
E
I
E + I

TENDENCIAS

1
2
3
4
5

G. C. R.:	Total:	%	Nota T:
-----------	--------	---	---------

INTERPRETACION

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Bellak v Smail. Psicoterapia Breve v de Emergencia, Ed. Pax, Méx. 1980.
- 2.- Bernstein Douglas, A. v Nietzel, Michael. Introducción a la Psicología Clínica, Ed. Mc Grawhill.
- 3.- Bleger, José. Psicología de la Conducta, Ed. Paidós, B. Aires, 1981.
- 4.- Cameron, Norman. Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad, Ed. Trillas, Méx. 1982.
- 5.- Dicaorio S. Nicholas. Teorías de la Personalidad, Ed. Interamericana, Méx. 1976.
- 6.- Donald I. Abrams y Cols. Clinicas Médicas de Norteamérica, España. Vol. 3/1986.
- 7.- Doris Sucheki, Levin. Por qué no Hablar de Muerte, "Psicoterapia y Familia".
- 8.- Downie. N. M., Heath, R.W.. Metodos estadísticos Aplicados, Ed. Harla, Méx. 1973.
- 9.- Epi-Conasida. Boletín Mensual. SIDA/ETS,

"Contribuciones de mexicanos en la IX Conferencia Internacional de SIDA, IV Congreso Mundial de ETS, junio 6-11 de 1993, Berlín, Alemania", Agosto 1993.

- 10.- Fenichel, Otto, Teoría Psicoanalítica de las Neurosis, Ed. Paidós. Méx. 1989.
- 11.- Frankl, Viktor E., Psychotherapy and Existencialism, Ed. England: Penguin Books, 1973.
- 12.- Freud, Ana, El Yo y los Mecanismos de Defensa, Ed. Paidós, B. Aires, 1984.
- 13.- Freud, Sigmund, El Yo y el Ello, Ed. Amorrortu, B. Aires.
- 14.- Freud, Sigmund, Obras Completas, Vol. II, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1948.
- 15.- Fromm, Erich, Anatomía de la Destructividad Humana, Ed. S. XXI, Méx. 1985.
- 16.- Gago Hugué, Antonio, "La Frustración como Factor Psicológico de la Personalidad", Tesis, Méx. 1965, UNAM.
- 17.- Garay Mendoza, Eduardo, "Estudio Exploratorio Sobre el

- Manejo de la Frustración en Empleados Bancarios". Tesis, Méx. 1991, unam.
- 18.- García Dounce, Patricia Ma. de Fátima. "Algunas Alternativas para el Tratamiento Emocional del Paciente con Cáncer". Tesis, Méx. 1988, UNAM.
- 19.- Izundegui Trejo, Ma. Eugenia. "Tolerancia a la Frustración en Relación al Rendimiento Escolar ante los Estimulos del Test de Frustración Infantil de S. Rosenzweig". Tesis, Méx. 1984, U. F. M.
- 20.- Johnson, Roger, N., La Agresión en el hombre y en los Animales, Ed. El Manual Moderno, S. A., Méx. 1976.
- 21.- Kerlinger, Investigación del Comportamiento Kerlinger F., Ed. Interamericana, Méx. 1973.
- 22.- Kubler Ross, Elizabeth, Sobre la Muerte y los Moribundos, Ed. Grijalbo, España 1975.
- 23.- Kubler Ross, Elizabeth, Una Luz que se Apaga, Ed. Pax, Méx. 1985.
- 24.- Kolb, C. Lawrence, Psiquiatría Clínica Moderna, Ed. Prensa Medica, Méx. 1983.

- 25.- Lindzey, Gardner; Hall S., Calvin; Manosevitz. Martín.,
Teorías de la Personalidad, Ed. Limusa, Méx. 1985.
- 26.- López Muñoz, Alma Azucena., "Mecanismos de Negación y su
Relacion con la Infección por VIH", Tesis, Méx. 1991, UNAM.
- 27.- Martínez Lemus, Irma Cecilia. "La Agresividad como
Respuesta a la Frustración por el Uso de la Mano Izquierda"
Tesis, Méx. 1989. U. F. M.
- 28.- Mc. Carthy, M. L., Life Issues and Group Psychoterapy with
Terminal Cancer Patients, Dissertation Abstracts
International, pág. 3615.
- 29.- Mussen, Conger y Kagan, Desarrollo de la Personalidad, Ed.
Trillas, Méx. 1982.
- 30.- Organo de la Asoc. Mex. de Infectología, A. C. y del
Consejo Nal. de Cert. en Infectología; Enfermedades
Infecciosas y Microbiología, "Guía para la Atención Medica
de Pacientes con Infección por HIV-SIDA en Consulta Externa
y Hospitales", Méx. Mayo-Junio 1992.
- 31.- Orrantia Gradín, R. Darío, Organo de la Asoc. Mex. de Inf.
A. C. Infectología, "Infección por el Virus de Inmuno
Deficiencia Humana y su Riesgo Perinatal", Méx. Mayo 1987.

- 32.- Prado de Molina. M., The American Journal of Psychoanalysis
"The Confrontation with Death", E. U. 1976.
- 33.- Rank, Otto, El Trauma del Nacimiento, Ed. Paidós, B. Aires,
1972.
- 34.- Robles Lezama. Blanca Angélica, García Cedillo. Ismael,
"Características Psicológicas de Pacientes con Cáncer
Broncogénico", Tesis, Méx. 1978, UNAM.
- 35.- Rosenzweig. Saul, Test de Frustración, Ed. Paidós, B.
Aires, 1968.
- 36.- Ruth D.. Abrams, Psychological Management of Cancer Cases,
Ed. Jama, 1951.
- 37.- Spitz, René, El Primer Año de Vida del Niño, Ed. Fondo de
Cultura Económica, Méx. 1987.
- 38.- Tache Turque. M; Weber Sánchez, A; Tratado de Medicina
Práctica, MEDICINE. "Patología Infecciosa (IV)", Méx. Abril
1992.
- 39.- Van Rillaer. Jacques, La Agresividad Humana, Ed. Herder,
Barcelona, 1978.
- 40.- Weisman, Avery D.. On Dying and Denying, Ed. Behavioral

Publications, Inc., N. York, 1972.

41.- Yamane, Taro. Estadística, Ed. Harla, Méx. 1979.