



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**CAMBIOS DE OPINION HACIA LA MUERTE DE PERSONAS
QUE VIVEN CON VIH/SIDA**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
LA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGIA
CLINICA Y PSICOTERAPIA DE GRUPO
EN INSTITUCIONES**

P R E S E N T A

LIC. CECILIA VAZQUEZ GUADARRAMA

**DIRECTOR DE TESIS: DRA. LUISA ROSSI
ASESORA DE METODOLOGIA: MTRA. SOFIA RIVERA
SUPERVISORA DEL GRUPO: MTRA. IRMA LORENTZEN**

**COASESORES. MTRA. FAYNE ESQUIVEL
MTRA. LUZ MARIA ROCHA**

México, D. F.

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

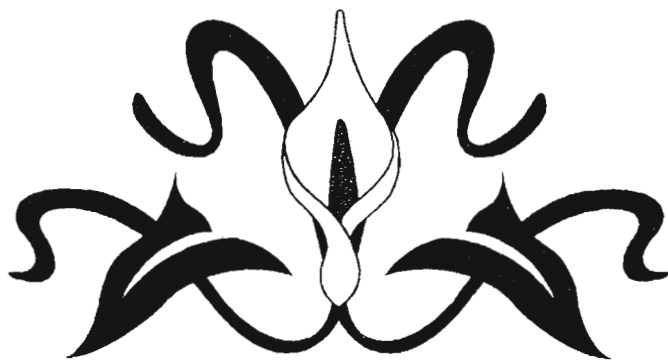
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

**CAMBIOS DE OPINIÓN HACIA LA MUERTE
DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH / SIDA**

LO QUE HA NACIDO MORIRÁ,
LO QUE SE HA RECOGIDO SE DISPERSARÁ,
LO QUE SE HA ACUMULADO SE AGOTARÁ.
LO QUE SE HA CONSTRUIDO SE DERRUMBARÁ
Y LO QUE HA ESTADO EN ALTO DESCENDERÁ.

BUDA



AGRADECIMIENTOS

AL HOSPITAL DE PEMEX

Por abrir sus puertas a la Facultad de Psicología y promover el intercambio institucional y profesional.

A LAS PERSONAS QUE PARTICIPARON EN EL GRUPO, ya que, sin su colaboración este trabajo hubiese sido imposible realizar.

A LA MAESTRA OFELIA REYES

Por la confianza que me tuviste al permitirme colaborar en este trabajo tan importante para ambas.

Gracias por compartir las emociones producidas por el material que trabajaba el grupo, las cuales en la mayoría de las veces nos movilizaba internamente.

AL PROGRAMA DE SEXUALIDAD HUMANA Y CONASIDA

Por la formación que me proporciono la cual me facilito el acceso a esta población.

A HILDA Y CLAUDIA.

Por su valiosa colaboración y entusiasmo en la traducción de los artículos aquí incluidos.

A las personas que sin saberlo estuvieron contribuyendo al progreso de esta investigación

MIS PADRES

AMIGOS Y AMIGAS

A LA U.N.A.M.

Por darme la oportunidad de ascender un escalón más al conocimiento del comportamiento humano.

A todos mis MAESTROS DE LA ESPECIALIDAD EN PSICOTERAPIA DE GRUPO.

Por su profundo profesionalismo, experiencia, interés y conocimientos que me supieron transmitir durante los dos años de formación.

A MIS COMPAÑEROS DE GENERACIÓN

Porque a través de ustedes logre comprender, aceptar y modificar mi propio proceder.

A LA DOCTORA LUISA ROSSI Y A LAS MAESTRAS: IRMA LORENTZEN Y SOFIA RIVERA

Por dirigir, orientar y culminar el presente trabajo. **MUCHAS GRACIAS** por sus enseñanzas, profesionalismo, y seriedad ante el tema que trabaje; tengan muy presente que ustedes son para mi un modelo a seguir.

A PATRICIA

Por el apoyo incondicional que me brindaste en la elaboración mecanográfica de los trabajos durante el trayecto de la especialidad.

PARA Alejandro Rivera Gallegos POR TODO EL APOYO, COMPRENSIÓN, PACIENCIA Y TOLERANCIA DURANTE LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO. TE AGRADEZCO INFINITAMENTE EL APOYO TÉCNICO QUE REALIZASTE EN LA ELABORACIÓN DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

GRACIAS A LA VIDA

Por darme la oportunidad de apoyar emocionalmente a quienes desafortunadamente se encuentran infectados por el VIH/SIDA.

GRACIAS A LA MUERTE

Porque al entender y aceptar este proceso me aferro más a la VIDA.

ÍNDICE

Resumen	Pág.
	1
Introducción	2

CAPITULO I SIDA

1.1 ¿Qué es el SIDA?	4
1.1.1 ¿Cómo se Desarrolla la Enfermedad?	5
1.2 Origen del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana	8
1.3 Sistema Inmunológico	13
1.3.1 Ubicación del Sistema Inmunológico	14
1.3.2 ¿Qué es un Virus?	22
1.3.3 ¿Cómo Ocurre el Proceso de Penetración y Reproducción del VIH o Virus del SIDA?	25
1.3.4 ¿Qué es un Retrovirus?	26
1.4 Epidemiología	29

Capitulo II Aspectos Psicosociales Y Jurídicos

2.1 Aspectos Psicosociales	39
2.2 Aspectos Jurídicos	47

Capítulo III Psicoterapia De Grupo

3.1 Antecedentes Históricos de la Psicoterapia de Grupo	57
3.1.1 ¿Qué son los Grupos Terapéuticos?	59
3.1.2 Estructura y Funciones de los Grupos Terapéuticos	62
3.1.3 Características o Fenómenos Grupales	64
3.1.4 Psicoterapia Breve	68
3.1.5 Fin del Tratamiento	71
3.2 Psicoterapia Grupal a Personas infectadas por VIH y con SIDA	73

Capítulo IV Muerte

4.1 Generalidades Acerca de la Muerte	84
4.1.1 Etapas por las que Atraviesan las Personas Después del Diagnóstico	89
4.1.2 La Muerte en Diferentes Culturas	91
4.1.3 Concepción de la Muerte en Algunas Teorías de la Personalidad	96

Capítulo V Metodología

5.1 Planteamiento Del Problema	103
5.1.1 Objetivo General	103
5.1.2 Objetivos Específicos	103
5.1.3 Identificación de Variables	104
5.1.4 Definición de Variables	104

5.1.5 Población y Muestreo	105
5.1.6 Tipo de Estudio	106
5.1.7 Tipo de Diseño	107
5.1.8 Instrumento	107
5.1.9 Procedimiento	108
5.10 Análisis de Datos	108

Capítulo VI Resultados

6.1 Datos Sociodemográficos y Clínicos	109
6.1.1 Resultados del Grupo	117
6.1.2 Discusión y Conclusiones	128
6.1.3 Limitaciones y Sugerencias	146

Bibliografía	147
---------------------	------------

Anexos

Anexo 1	153
Anexo 2	158

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue brindar apoyo psicológico grupal a los usuarios del servicio de salud del Hospital Sur de PEMEX para generar en ellos un cambio de opinión ante la enfermedad del SIDA y su eminente muerte, es así, que este reporte presenta por sesiones, los diferentes rasgos hacia la muerte, que manifestaron y fueron cambiando los integrantes de este grupo terapéutico, el cual estuvo conformado por 5 pacientes: 3 hombres y 2 mujeres, de los cuales 2 fallecieron durante el proceso, 1 deserto y solo 2 concluyeron la psicoterapia grupal. Para formar este grupo terapéutico se requirió del establecimiento de un convenio entre la Facultad de psicología de la U.N.A.M. y el citado Hospital Sur de PEMEX, posterior a éste el trabajo inicio entrevistando a los seropositivos que eran enviados por el departamento de infectología, con el fin de seleccionar a las personas que cumplieran con los requisitos de inclusión establecidos para este trabajo; una vez seleccionados los pacientes se procedió a establecer un programa de trabajo para efectuarse en 20 sesiones de intenso trabajo terapéutico.

Al finalizar este estudio se demuestra que la intervención psicoterapéutica a nivel grupal generó cambios de opinión en algunos rasgos negativos hacia la muerte, que presentan las personas seropositivas, hacia cambios de opinión positivos, como asimilación, enfrentamiento y aceptación a la muerte; pese a la dificultad del ser humano para modificar dichos rasgos.

Durante el transcurso de este proceso terapéutico es posible percatarse de que las personas que asimilan la posibilidad de su muerte reaccionan en forma más serena, tranquila y son capaces de abordar temas sobre su sepelio o testamento serenamente y la muerte se percibe como algo natural e inevitable.

INTRODUCCIÓN

Existen diversas posibilidades de afrontar el hecho de que toda vida, incluyendo a la de nuestros seres queridos y la propia, tiene un fin. Se puede creer que el final de la vida humana, a lo que llamamos muerte se encuentra localizada en el infierno o en el paraíso. Situación muy común de explicar la muerte.

También por evasión, alejamos de nosotros el pensamiento de la muerte, o bien utilizamos la creencia de inmortalidad personal - otros mueren, pero yo no -.

Son pocos los que enfrentan la muerte como parte de un proceso de la existencia humana, considerando aspectos vitales como: la despedida, el final, tanto el propio como el de los demás, procurando que sea agradable y con aceptación.

Para las personas que les toca morir con lentitud, los últimos momentos son en definitiva los más importantes; sin embargo, la despedida empieza o debería de empezar mucho antes.

Sobre todo en lo concerniente a las personas que viven con VIH/SIDA. En quienes el virus penetra en el sistema inmune; debilitándolo y provocando la aparición de enfermedades "oportunistas" las cuales desencadenan el proceso de la muerte.

Debido a la dificultad que existe para hablar de la muerte, ya sea por factores sociales, psicológicos o culturales y por la necesidad apremiante de proporcionar apoyo emocional a quienes se encuentran infectados por el VIH/SIDA, surge el desarrollo del presente trabajo:

Brindar apoyo terapéutico grupal a los usuarios del servicio de salud del Hospital Sur de PEMEX para generar en ellos rasgos positivos ante la enfermedad del SIDA y para prepararlos para el "Buen Morir "

Para la formación de dicho grupo terapéutico de personas que viven con VIH/SIDA se creó un convenio entre la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. y el Hospital Central Sur de PEMEX.

Constituyéndose un grupo de 5 personas, las cuales asistieron a sesiones que se llevaron a cabo, una vez cada 15 días con una duración de 2 horas durante 20 sesiones. Registrando al final de cada sesión la dinámica del grupo terapéutico.

Este trabajo pretende demostrar que las personas seropositivas pueden cambiar algunos rasgos negativos que presentan ante la muerte, en rasgos positivos, si se les prepara psicológicamente para ello.

El marco de referencia comprende aspectos generales del inicio y desarrollo de la enfermedad, dividiendo el trabajo en 6 capítulos, los últimos describen la metodología que se siguió demostrando paulatinamente los cambios que se generaron en relación a la preparación y aceptación de la propia muerte.

CAPITULO I SIDA

1.1 ¿ QUE ES EL SIDA ?

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad infecciosa producida por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

VIH =

V = VIRUS

I = INMUNODEFICIENCIA

H = HUMANA

SIDA =

S = SÍNDROME:

Conjunto de signos y síntomas que caracterizan una enfermedad

I-D = INMUNODEFICIENCIA:

Debilitamiento de las defensas inmunitarias del organismo.

A = ADQUIRIDA:

Aparecida o contraída durante la vida (es decir, en forma no congénita ni hereditaria). (Preguntas y Respuestas Sobre SIDA del Personal de Salud, CONASIDA, 1991).

El (VIH) Virus de Inmunodeficiencia Humana puede entrar al cuerpo solo de tres maneras:

- Al tener relaciones sexuales pene - vagina, pene - ano o pene - boca sin protección.

- A través de transfusiones de sangre contaminada con el VIH, mediante el trasplante de un órgano contaminado, usando agujas y jeringas contaminadas (como las que usan los drogadictos intravenosos). O por pinchaduras accidentales con agujas con sangre contaminada.
- Cuando la madre tiene el VIH lo puede transmitir a su bebé (vía perinatal) durante el embarazo, en el momento del parto o al darle el pecho materno. (Guía Para la Atención Domiciliaria de Personas que Viven con VIH/SIDA, CONASIDA, 1995).

1.1.1 ¿ COMO SE DESARROLLA LA ENFERMEDAD ?

Tras la introducción del virus en el organismo, por alguna de las causas anteriores se pueden observar, el desarrollo de las siguientes cuatro fases:

Primera fase: Dentro de los tres meses siguientes de la penetración del virus en el organismo, el individuo va a fabricar *anticuerpos* que significan el paso del virus. La manifestación de estos anticuerpos se localiza en la prueba serológica que permite reconocer si una persona es seropositiva o seronegativa. (Montagnier, L., 1987)

Segunda fase: A la persona que se encuentra en esta etapa se le conoce como portador asintomático, o seropositivo. En esta fase el virus puede estar "dormido" o poco activo y no causa todavía daño. El tiempo que dura esta etapa es muy variable y el portador puede estar aparentemente sano durante años. La mayoría de los pacientes pasan por esta fase de la enfermedad. (Guía para la Atención Domiciliaria de Personas que Viven con VIH/SIDA, CONASIDA, 1995).

Tercera fase: En una tercera fase de la enfermedad, entre 6 meses y 5 años después de la infección por el VIH, pueden aparecer las siguientes manifestaciones crónicas: Síndrome de linfadenopatías, que consisten en una hinchazón progresiva de los ganglios del cuello y de las axilas; que generalmente persisten durante varios meses, incluso años. Sin embargo, no todos pasan por ella. (Montagnier, L., 1987).

Cuarta fase: Cuando la falta de inmunidad llega al umbral de la gravedad, va a hacer su aparición un conjunto de síntomas severos que son debidos a ciertos tumores, es la etapa conocida como SIDA; algunos órganos son atacados en especial los siguientes:

- El pulmón. La tos prolongada es el síntoma revelador.
- El sistema nervioso y el cerebro. Se observan parálisis, perturbaciones en la visión o manifestaciones psíquicas anormales.
- El tubo digestivo. Se trata principalmente de diarreas crónicas inexplicables.
- La piel. Ésta es atacada sobre todo por los tumores de Kaposi, pero también pueden observarse ulceraciones víricas y manifestaciones alérgicas. (Montagnier, L., 1987).

El período de incubación, lapso que media entre la exposición al virus y los primeros signos detectables oscila de dos a ocho semanas. puede, por cierto variar en función del modo de contaminación y de la cantidad del virus.

Por lo que, la presencia de anticuerpos específicos dirigidos contra el VIH en la sangre define al individuo como seropositivo en lo que respecta al VIH; su ausencia lo define como seronegativo. (Cassuto, P; Pasco, A; Quaranta, J., 1987).

"LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE PUEDEN SUGERIR SIDA SON:

1. Fatiga intensa persistente por varias semanas sin causa obvia.
2. Ganglios linfáticos tumefactos, por lo general en ambos lados, en las regiones cervical, axilar e inguinal.
3. Pérdida inexplicable de peso, mayor de 4.5 kg. en dos meses.

4. Fiebre persistente o sudoraciones nocturnas durante varias semanas.
5. Acortamiento persistente de la respiración y tos de varias semanas de duración.
6. Afección cutánea (sarcoma de kaposi) pueden encontrarse en cualquier parte de la piel incluyendo boca o párpados.
7. Tubo digestivo: algodoncillo o diarrea.
8. Sistema Nervioso Central: letargo, depresión y en las etapas finales demencia.

La naturaleza devastadora de la deficiencia inmune del SIDA torna a los individuos previamente sanos en sensibles a una gran variedad de infecciones oportunistas y afecciones malignas.

En consecuencia, un paciente con SIDA puede presentarse en el hospital para admisión inmediata a los siguientes especialistas:

1. Neumólogos: Neumonía e infecciones torácicas graves.
2. Gastroenterólogos: Diarrea grave
3. Dermatólogos: Sarcoma de Kaposi
4. Neurólogos y Psiquiatras: Depresión y demencia
5. Médicos generales: fiebre de origen.¹

¹Daniels, V. (1992) SIDA. México. Ed. El Manual Moderno. Págs. 86 y 79 a 84.

1.2 ORIGEN DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Conforme a la opinión de los expertos, lo más probable es que el virus del SIDA no sea de reciente formación sino que su existencia se remonte a miles de años; ya que existe una gran similitud entre el material genético de las células humanas y el material genético del propio virus del SIDA, así como el de la familia de virus a la cual pertenece. Dicha coincidencia ha motivado a los científicos a plantear ciertas hipótesis acerca de que el virus existe en nuestro planeta desde tiempos inmemoriales. Que incluso se trata, de toda una familia de retrovirus, cuya primera aparición científicamente comprobada pudo haber ocurrido mucho antes de la década de 1980.

En efecto, ya en el año 1959, en una muestra de sangre congelada obtenida en el centro de África; exactamente, en una región al sur del desierto de Sahara, se había detectado el virus como una mutación de otro virus muy parecido, el cual era el causante de la DEFICIENCIA INMUNOLOGICA EN LOS MONOS. De hecho, existe una hipótesis que trata de explicar el surgimiento de la epidemia actual como resultado de una mutación del llamado VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA SIMIA. Es probable, entonces, que debido al contacto tan estrecho que ha existido durante años entre monos y seres humanos en esa parte del mundo, el virus haya evolucionado creando una forma letal que afecta a los seres humanos. Según el DOCTOR GERALD MYERS especialista en Biología Molecular del Laboratorio Nacional de los Álamos (Estados Unidos), quien estudia la evolución del virus del SIDA, "ambas variedades del VIH pueden haber existido desde hace más de cuarenta años".

Por otra parte, la propagación del virus también ha sido un tema en el que los expertos han centrado toda su atención. Después del año 1959 especialmente, durante la década de 1960 y 1970 la población mundial se ha movido en grandes grupos de un lugar a otro del planeta debido a múltiples factores, Entre ellos:

- Las guerras de guerrillas en África.
- El desplazamiento de tropas internacionales.
- La guerra de Vietnam.
- Las migraciones y el éxodo masivo de poblaciones enteras, de su centro de origen a otras áreas distantes.
- El incremento del turismo.

Todo este movimiento masivo entre países y continentes, puede haber influido de una manera decisiva en la propagación de un virus que inicialmente estuvo confinado a un área específica del planeta. Así mismo, puede haber influido en ello otros factores también importantes. Por ejemplo, durante los últimos treinta años, la población africana del Subsahara (que es la más afectada por el SIDA) se ha urbanizado considerablemente. Las Estadísticas al respecto son elocuentes:

En 1965, sólo el 5% de los ciudadanos de Tanzania vivía en ciudades; y ya para el año 1987, la cifra había aumentado a un 29%. Las poblaciones de Kinshasa y Zaire, por su parte, han aumentado de 400,000 habitantes en 1960, a una populosa megalópolis de 4 millones de habitantes en estos últimos años.

Incluso, existen varias hipótesis dadas a conocer recientemente por científicos independientes que afirman que "la epidemia del SIDA ha existido desde hace más de treinta años debido probablemente, a una vacuna contra la poliomielitis que pudo haber estado contaminada con el Virus de Inmunodeficiencia Simia".

Según estos expertos, los monos africanos son portadores del virus. No obstante, el contagio entre el mono y el hombre aun permanece sin dilucidar. De cualquier forma, la enfermedad como tal, se conoce desde hace tiempo:

Existen evidencias de este mal entre las comunidades de monos salvajes ubicadas alrededor del Lago Victoria, en África.

Por otra parte, en el año 1976, ya se habían observado casos aislados de la enfermedad en Zaire, lo cual sugiere que las poblaciones desmembradas por la guerra y las contiendas civiles, pueden haber llevado consigo el virus.

Así mismo, se sabe que a principios de la década de 1980, este virus también existía en Haití, en la región del Caribe.

En un inicio, cuando comenzaron las investigaciones acerca del virus del SIDA, los científicos rechazaban la idea de que la INMUNODEFICIENCIA HUMANA tuviera sus precedentes en los simios. Sin embargo, hoy este hecho parece cada vez más convincente. La Doctora BEATRICE HAHN y el Doctor GEORGE SHAW, especialistas en Virología Molecular de la Universidad de Alabama (Estados Unidos), han presentado evidencia de que el Virus Simio que infecta a los monos hallados en África Occidental, también transporta los mismos materiales genéticos (o hereditarios) del VIH2 (es decir, una de las dos cadenas de aminoácidos del virus del SIDA humano). Según los investigadores, "cada vez existen más razones para considerar que el virus del SIDA se ha originado en los monos" (Ver lámina 1). Entonces, la interrogante surge, inevitablemente: ¿cómo ha podido infectar a los seres humanos?

Sobre este particular se han dado muchos argumentos con el propósito de hallar una explicación a este fenómeno. Incluso, hasta se ha sugerido la posibilidad de que algunos monos infectados con los que se habían realizado investigaciones, pudieron haberse escapado de los laboratorios. Pero, según la mayoría de los expertos, está hipótesis no es plausible ya que la enfermedad es común a los monos y en ellos ha existido desde siempre.

Otra hipótesis sugiere la posibilidad de que la causa se halle en ciertas vacunas contra la poliomielitis (alguna de las cuales pudieron haber sido contaminadas accidentalmente con el virus simio), en particular, la vacuna desarrollada por la Doctora HILLARY KOPROWSKI en la década de 1950, la cual se aplicaba directamente en la boca de los pacientes. Según algunos especialistas en caso de que ciertas muestras de la vacuna de la Doctora KOPROWOSKI estuviesen infectadas, su forma particular de inoculación permitía que el virus pudiera sobrevivir más tiempo hasta su incorporación en el sistema sanguíneo a través de alguna cortadura o lesión en las mucosas de la boca.

Se calcula que en el año 1957, este tipo de vacuna se empleó en más de 200,000 pobladores nativos de la zona de Zaire. ¡Exactamente la misma región de África donde, en la actualidad, los reportes de casos de SIDA son sumamente alarmantes!.

Precisamente, debido a las dudas y las sospechas que existen en torno a este asunto, los expertos han propuesto que se analicen las muestras congeladas de la vacuna original de la Dra. KOPROSWSKI, las cuales podrían hallarse en el Instituto Wistar (Filadelfia Estados Unidos), en cuyos laboratorios había trabajado la Dra. KOPROSWSKI cuando dirigía esta institución científica. Hoy, esta teoría del contagio ha creado una gran controversia y la refutan otros científicos.

Por su parte, algunos investigadores han tratado de explicar el contagio entre el mono y el hombre basándose en un hecho muy singular. Se trata de la evidencia de que ciertas tribus africanas han mantenido la costumbre ancestral de inyectares sangre de ciertos animales directamente en el cuerpo, con el fin de aumentar la potencia sexual. Así mismo, otros especulan que quizás el traspaso del virus entre los monos y los seres humanos puede haber ocurrido mediante una simple mordedura de estos animales. Pero, sea cual fuere el origen, lo más importante ahora no es descubrir donde y como se produjo el contagio sino qué alcance puede tener esta enfermedad y como podremos controlar o eliminar la epidemia. (Revista Hombre, 1994).

Otra hipótesis afirma que existe una susceptibilidad genética ya que en un número limitado de enfermos se comprobó que la frecuencia del grupo histológico (HLA DRW 53) estaba aumentada de manera significativa en los homosexuales o bisexuales varones afectados del Sarcoma de kaposi,; lo cual lleva a suponer una predisposición genética.

Y un hipótesis más corresponde al misterio de Trinidad. En donde, al igual que a las demás islas del Caribe, Trinidad no se halla libre del SIDA. Y precisamente los individuos afectados son de origen africano. Los africanos fueron llevados por los esclavistas portugueses en 1680 y los indios arribaron a la isla en 1845. Un cuatro por ciento de la población general presenta seropositividad anti - VIH. (Cassuto, P., Quaranta, J., 1987).

El doctor Luc Montagnier (1987) reporta al respecto de la hipótesis acerca del ORIGEN del VIH: "observaciones en Africa sobre primates salvajes (monos verdes) y con buena salud, demostraron que su sangre contenía anticuerpos que reconocían las proteínas del virus del SIDA humano. Estos estaban infectados por un virus parecido al virus humano pero algo diferente al del macaco. Lo mismo ocurrió en el caso del mono *mangabeys*, otro primate africano. Así la existencia de un virus del mono fue demostrada. Por medio de reacciones serológicas cruzadas y de análisis

moleculares, se estableció el parentesco entre el virus humano del SIDA que se encuentra en Africa Central y el virus descubierto en el mono".²

El virus, que inicialmente infectaba al mono verde, habría sido transmitido al hombre y luego se había transformado en VIH. El mono verde es atacado por un virus muy semejante, denominado, STLVIII ó VIS (Virus de Inmunodeficiencia del Simio).

Esta hipótesis explica por qué en esa parte del mundo, en la que se conocen muchos retrovirus, existe una importante seropositividad en la población y el SIDA afecta tanto a la mujeres como a los hombres. (Cassuto, P., Quaranta, J., 1987).



Lámina 1

La hipótesis más aceptada es que el Mono verde originario de Africa Central es el causante del Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

²Burg, A. (1987) Entrevista exclusiva para Interface, con el Dr. Luo Montagnier, Revista del Centro Científico y Técnico de la Embajada de Francia en México en REVISTA ICYT septiembre de 1987. Vol. 9 No. 132. Pág. 5.

1.3 SISTEMA INMUNOLOGICO

Existe un complejo sistema que permite a nuestro organismo defenderse del ataque de elementos que reconoce como extraños, al que se le denomina sistema inmune. Este se conforma por células especializadas y órganos que cuando funcionan adecuadamente, enfrentan de manera exitosa diversas clases de infecciones, sean éstas producidas por : hongos, bacterias, parásitos o virus. El mal funcionamiento del sistema inmune puede provocar un conjunto de enfermedades de diferente grado de severidad, en un rango que abarca desde una simple alergia hasta graves procesos como el SIDA. (Cahn, P. y Cols., 1992).

" Para que el sistema inmunológico funcione adecuadamente debe ser capaz de realizar tareas especializadas con un grado alto de exactitud, entre las cuales se encuentran:

1. Distinguir entre lo "propio" y lo "ajeno".
2. Almacenar la información de lo "extraño" reconociéndolo;
3. Volver a reconocer al elemento extraño al presentarse en un oportunidad ulterior, reconocimiento que se efectuará a partir de los datos memorizados, y así:
4. Producir las herramientas, las armas para enfrentar al invasor apelando a un alto grado de especificidad contra cada una de las variedades de enemigos a combatir; luego
5. Coordinar las diferentes tareas de forma tal que cada una de ellas se despliegue en el tiempo y forma oportunos, a fin de permitir su máximo aprovechamiento, y por fin
6. Desarrollar la respuesta en forma rápida apropiada, efectiva y limitada a la magnitud del desafío planteado."³

³ Cahn, Pedro y Cols. (1992) PSIDA. Argentina. Ed. Paidós. Pág. 32.

En condiciones normales, las células de un individuo que son descubiertas como extrañas, originan que se desencadene una respuesta inmune conocida como antígeno. Por lo tanto, es suficiente que un elemento cualquiera sea capaz de provocar una respuesta inmune, para ser reconocido como ajeno; y desencadenar así un antígeno; los cuales son únicos e irrepetibles, ya que cada individuo porta sus propios antígenos. Cuando el organismo deja de reconocer como propia a una determinada estructura o de manera equivalente la identifica como ajena, la trata como si fuese un antígeno, atacándola y destruyéndola. De esta forma se producen las enfermedades llamadas de autoinmunidad o de autoagresión, como el lupus y la artritis reumatoide. (Cahn, P. y Cols., 1992).

1.3.1 UBICACIÓN DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO

La ubicación del sistema inmunológico se localiza en todo el organismo, (Lámina 2) los médicos le llaman órganos linfoides, por su relación con la producción, desarrollo y almacenamiento de los linfocitos, células que forman parte de los glóbulos blancos y constituyen un elemento clave, para el sistema inmunitario. (Cahn, P y Cols., 1992).

Los órganos linfoides incluyen:

- La médula ósea
- El timo
- El bazo
- Las amígdalas
- El apéndice
- Las placas de Peyer (localizadas en las paredes del intestino)
- Los vasos linfáticos y sanguíneos. (Cahn, P. y Cols., 1992)

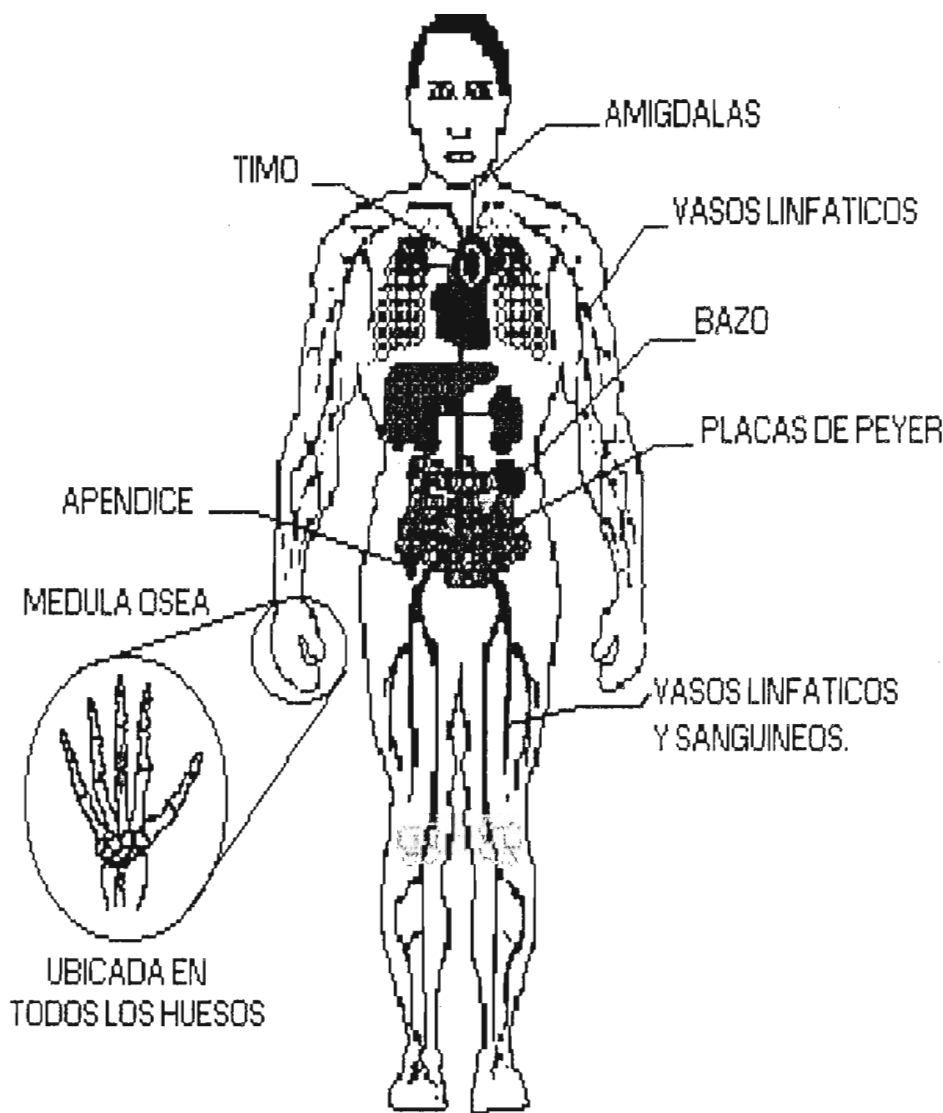


Lámina 2

UBICACIÓN DEL SISTEMA INMUNOLOGICO

Es en la médula ósea, donde se fabrican las diferentes células de la sangre (Lámina 3): glóbulos rojos, glóbulos blancos o leucocitos y plaquetas. Los glóbulos rojos se encargan de distribuir oxígeno a todos los sectores del organismo, las plaquetas intervienen en la coagulación de la sangre, y los leucocitos tienen la tarea de defender al organismo contra las enfermedades infecciosas. Estos están conformados por diferentes células; que por su forma y coloración se dividen en neutrófilos, eosinófilos, basófilos, monocitos y linfocitos. (Cahn, P. y Cols., 1992).

Estos últimos son los encargados de la defensa del organismo y se subdividen en:

LINFOCITOS B: Se denominan así porque provienen directamente de la médula ósea (Bone Marrow en inglés). Estos linfocitos B maduran, se transforman en plasmocitos y sintetizan anticuerpos, es decir, proteínas que se unen específicamente con los antígenos que conviene neutralizar y eliminar. (Cassuto, P., Quaranta, J., 1987).

LINFOCITOS T: Se originan también en la médula ósea pero, maduran de manera distinta que los linfocitos B, ésta categoría de linfocitos (Ver lámina 4) también es capaz de reconocer los antígenos. (Cassuto, P., Quaranta, J., 1987).

Actúan en el interior de las células, atacando a los virus y microorganismos que las invaden a través del siguiente mecanismo: dentro de las células T se pueden distinguir las células cooperadoras - inductoras (CD4 o T4) y, las células supresoras (CD8 o T8), ahora bien, las células cooperadoras o CD4 son las que desarrollan la respuesta inmune; ya que tienen la capacidad para activar a otras células T; y hacer más grande el ejército que defenderá al organismo contra cualquier agente patógeno. (Cahn, P y Cols., 1992).

SISTEMA INMUNOLOGICO

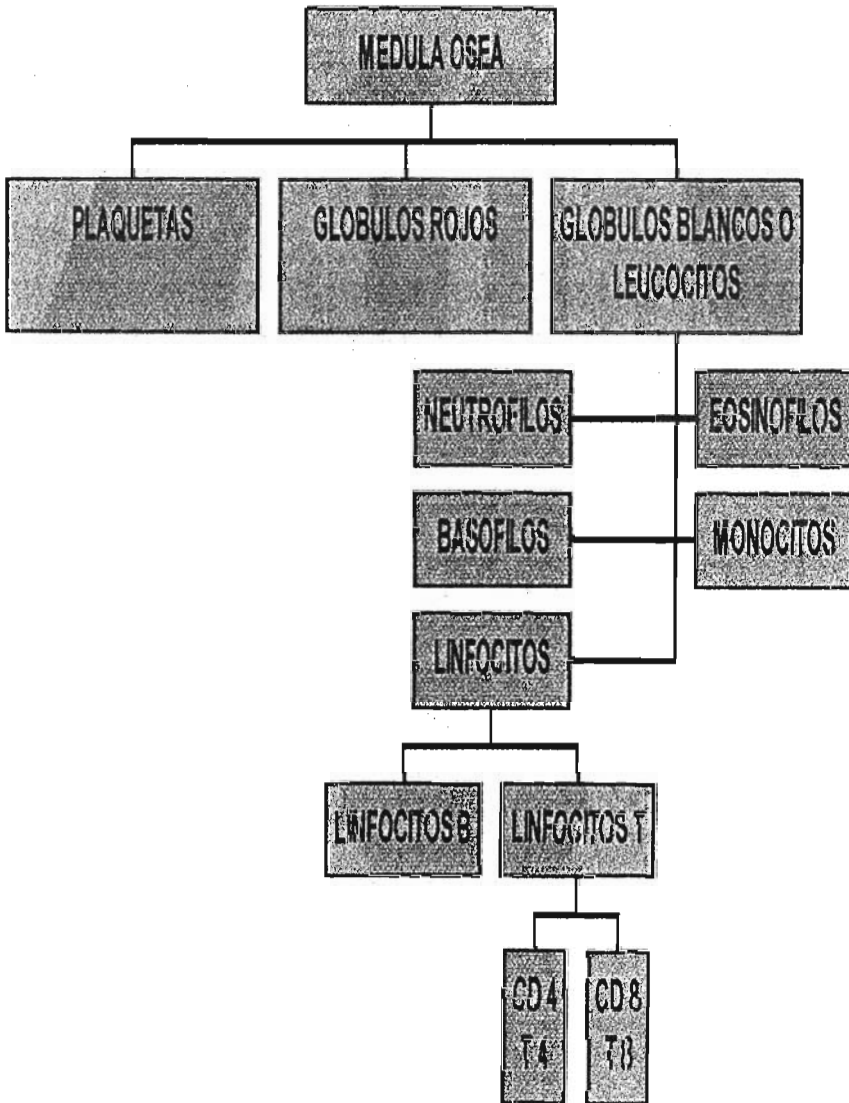


Lámina 3

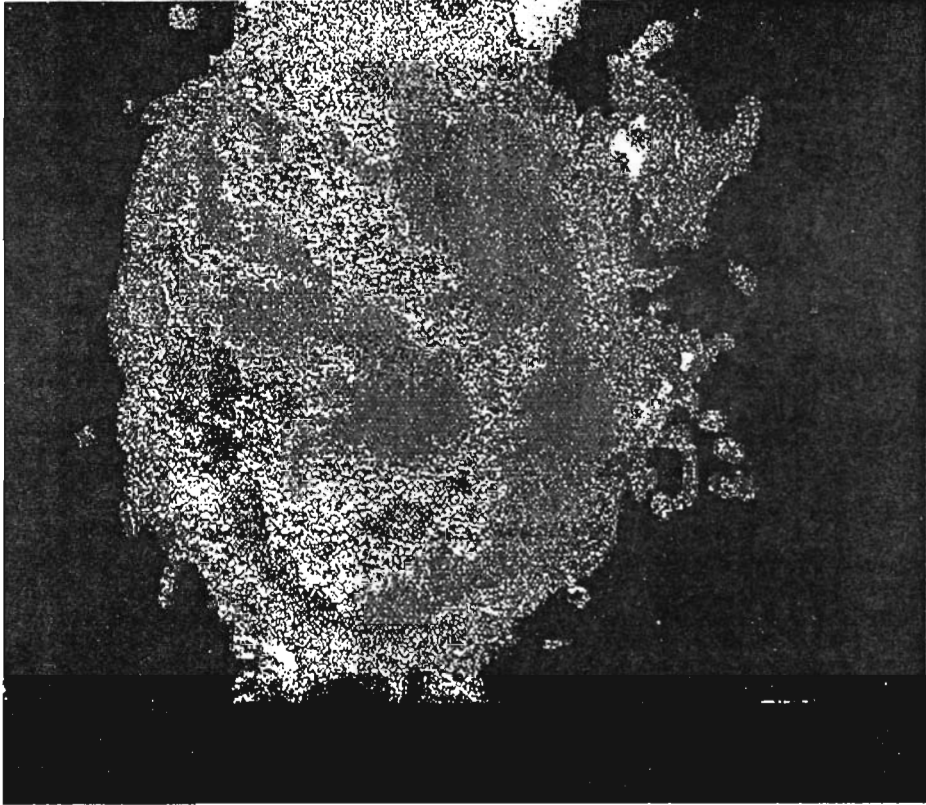


Lámina 4. LINFOCITO

El sistema inmunológico es extremadamente complejo desde el punto de vista bioquímico y estructural y aún hoy se desconocen muchas de sus particularidades. No obstante, sí se conoce el mecanismo principal que permite destruir inmediatamente a los agentes patógenos (es decir, los virus, bacterias, hongos y parásitos) causantes de enfermedades. A grandes rasgos el sistema de defensas del cuerpo humano funciona de la siguiente manera:

- Un agente externo (por ejemplo, un virus o una bacteria) logra penetrar al cuerpo.
- Inmediatamente empieza su ataque multiplicándose y en muy breve tiempo, hay miles de agentes invasores en el cuerpo.
- Cuando esto ocurre, los detectores del cuerpo (que se encuentran en todas partes), informan al organismo el lugar donde ha ocurrido la penetración enemiga y la naturaleza del problema.
- Como respuesta, salen a pelear cierto tipo de glóbulos blancos o leucocitos llamados neutrófilos. Los cuales llegan al lugar de la infección y comienzan a atacar a los invasores que se están reproduciendo e infectando al cuerpo.
- Al mismo tiempo, un grupo de proteínas que se encuentran circulando libremente en la sangre, se aglutinan alrededor de los atacantes, adhiriéndose a sus estructuras y formando una cadena que termina por destruir a los microorganismos invasores.
- Si la naturaleza de la invasión es demasiado severa, entonces entran en acción unas células blancas que se conocen como macrófagas, cuya función es la de devorar a los microorganismos y destruirlos dentro de su propio sistema celular. Así mismo, estos glóbulos blancos devoran a las células ya desgastadas y poco eficientes que se encuentran siempre en los distintos sistemas del cuerpo. Las células macrófagas también envían señales químicas a otras células del sistema inmunológico para que se unan a esta lucha contra el microorganismo invasor que se está multiplicando progresivamente. Estas células macrófagas tienen una propiedad extraordinaria: cuando han devorado al microorganismo invasor, muestran en su superficie unas marcas químicas que sirven como señales especiales distintivas (o antígenos), las cuales son idénticas a las que llevan los invasores... gracias a estas marcas distintivas, otro grupo de linfocitos (un tipo de célula blanca de la sangre) llamados CÉLULAS T, logran identificar todos aquellos microorganismos marcados de la misma manera. Así pueden detectarlo rápidamente, dondequiera que estén para destruirlos. (Revista Hombre, 1994).

Existen tres tipos de estas CÉLULAS T:

- A) LAS LLAMADAS COLABORADORAS, por ejemplo, son células que comienzan a reproducirse inmediatamente que reciben instrucciones de una proteína - LA INTERLEUCINA- que es producida por las CÉLULAS MACROFAGAS al atacar al virus. Cuando esto ocurre, estas CÉLULAS T-COLABORADORAS comienzan a producir más interleucina, la cual a su vez, estimula la producción de otras células conocidas como CÉLULAS B.

- B) El segundo tipo de células T se conoce como CÉLULAS T-ASESINAS, las cuales reconocen inmediatamente a las células que han sido infectadas y las destruyen, gracias a la acción de ciertas proteínas letales que perforan la membrana de la célula y provocan su destrucción.

- C) El tercer tipo de células T es el de las llamadas CÉLULAS T SUPRESORAS, que envían señales químicas para que todo el sistema vuelva a la normalidad después de que el agente invasor ha sido dominado y controlado. Estas células T-SUPRESORAS actúan como una especie de contraorden que impiden que el organismo se destruya así mismo.

Por otra parte, otro tipo de linfocito conocido como CÉLULAS B- estimuladas por las CÉLULAS T- empiezan a dividirse y a producir CÉLULAS PLASMÁTICAS que atacan también a los antígenos específicos (o sea, todos aquellos microorganismos que tienen la MARCA indicada por las CÉLULAS MACROFAGAS cuando atacaron inicialmente).

De forma simultánea empiezan a producirse los llamados ANTICUERPOS, que son unas proteínas específicas que se adhieren al agente invasor. Estos ANTICUERPOS detienen la reproducción de los microorganismos invasores y además, les disminuyen sus defensas para que puedan ser más vulnerables al ataque de las células macrófagas, las células T Y B, así como los demás elementos del SISTEMA INMUNOLÓGICO.

Precisamente, uno de los problemas más graves que ocurre en el caso del SIDA es que el VIH se reproduce rápidamente, cambiando constantemente su estructura original. Esta peculiaridad dificulta su reconocimiento por parte del sistema de defensas del cuerpo. Además,

sorprendentemente, en el caso del VIH, se trata de un virus que desconcierta al SISTEMA INMUNOLOGICO enviando informaciones químicas contradictorias que le permiten penetrar, atacar y destruir las propias CÉLULAS T. ¡QUE SON LAS ENCARGADAS DE DEFENDER AL ORGANISMO HUMANO!. (Revista Hombre, 1994).

Ahora bien, la destrucción de la inmunidad por el Virus de Inmunodeficiencia Humana se produce debido a la presencia del VIH en los linfocitos T4; la molécula CD4, le sirve, para infectar esta categoría de linfocitos, al infectar los linfocitos T4 ocurre su desaparición; las consecuencias del daño inferido a los linfocitos T4 son graves, pues éstos son esenciales a la memoria inmunitaria. (Cassuto, P., Quaranta, J., 1987).

La persona seropositiva (es decir, aquel que es portador del VIH) puede pasar años llevando una vida normal, incluso, sin advertir que cada día la acción viral trabaja intensamente en su contra. La razón por la que ocurre esto es sencilla; una persona normal tiene aproximadamente 1,000 células CD4 por cada milímetro cúbico de sangre, y se estima que la acción del virus va destruyendo con el tiempo esas células, a razón de 60 a 100 por año. Una simple operación matemática mostrará que estas células llegarían a cero en un período de 10 años, o más. Por supuesto, hay muchos otros factores que pueden acelerar o atenuar este proceso destructivo, como se mencionará posteriormente. No obstante, una vez que se ha desencadenado la acción del virus, llegará el momento en que el organismo se encuentre completamente desvalido e indefenso. (Revista Hombre, 1994).

Por lo tanto, el buen funcionamiento del sistema inmune nos protege de infecciones y traumas. Y por lo contrario, el mal funcionamiento produce inmunodeficiencia. Con lo cual se pierde la capacidad de autodefensa y aparecen las enfermedades infecciosas y tumorales, y que por aprovechar ésta deficiencia se les denomina "enfermedades oportunistas". (Cahn, P. y Cols., 1992).

Como ya se vio anteriormente el microorganismo responsable del SIDA es un virus conocido con las siglas HIV, que expresan "HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS" en inglés y en español VIH: "VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA". Cuando este virus penetra en el organismo humano ya sea por líquidos seminales, secreciones vaginales o la sangre, se anida en los linfocitos CD4, donde permanece en estado de latencia; en un tiempo variable que puede prolongarse por años. (Cahn, P. y Cols., 1992).

Por causas no completamente establecidas, en un determinado momento el virus inicia su replicación e invade el sistema inmune; debilitando las funciones de los linfocitos CD4. Existen varias explicaciones para este proceso:

La desnutrición, otras infecciones, las reinfecciones por VIH, la depresión psíquica, y el estrés entre otros. Una vez atacado el sistema inmune se desarrollan infecciones y tumores oportunistas, criterios diagnósticos de SIDA. (Cahn, P. y Cols., 1992).

Estos gérmenes reciben el nombre de "oportunistas", como se mencionó anteriormente, debido a que, como su nombre lo indica aprovechan la oportunidad que se les ofrece para desarrollarse. Algunas células anormales (cancerígenas) se aprovechan igualmente para multiplicarse y producir tumores. Así, las manifestaciones clínicas de la enfermedad aparecerán no por el ataque al sistema inmunitario en sí mismo, sino por aquellas infecciones y cánceres que constituirán el cuadro clínico de la enfermedad y determinarán su gravedad, cuando en realidad el ataque al sistema inmunitario es la causa oculta. (Montagnier, L., 1987).

1.3.2 PERO ¿QUE ES UN VIRUS?

Virus en latín significa: Jugo, humo o veneno. En el siglo XIX se usaba para identificar cualquier materia que pudiera multiplicarse en un organismo y enfermarlo. Así Pasteur hablaba del "virus del carbunelo" y del "virus de la rabia". Durante el siglo XIX, los pioneros de la microbiología intentaron aislar los gérmenes de la viruela y la rabia.

En (1891) Dimitri I, Ivanouski descubrió que el tamaño de un germen patógeno puede ser microscópico.

En (1903) Émile Roux publica un trabajo sobre los "microbios llamados invisibles", para estas fechas se conocen 9 gérmenes de este tipo.

En (1904) los pasteurianos Henri Vallée y Henri Carré descubren el germen de la anemia infecciosa del caballo; y aíslan el primer lentivirus EIAV, pariente cercano del virus del SIDA.

Durante (1935) y (1955) varios investigadores aislaron y cristalizaron (virus aislado en estado puro) los virus del mosaico del tabaco y el de la poliomielitis. Reportando con esto que los virus solos no son capaces de poseer metabolismo, movimiento, crecimiento y mucho menos multiplicación, pero, si pueden reproducirse como seres vivos si se encuentran en contacto con células vivas apropiadas. Los virus expresan su vida a través de la reproducción controlada de sí mismos, con el uso de un aparato celular extraño.

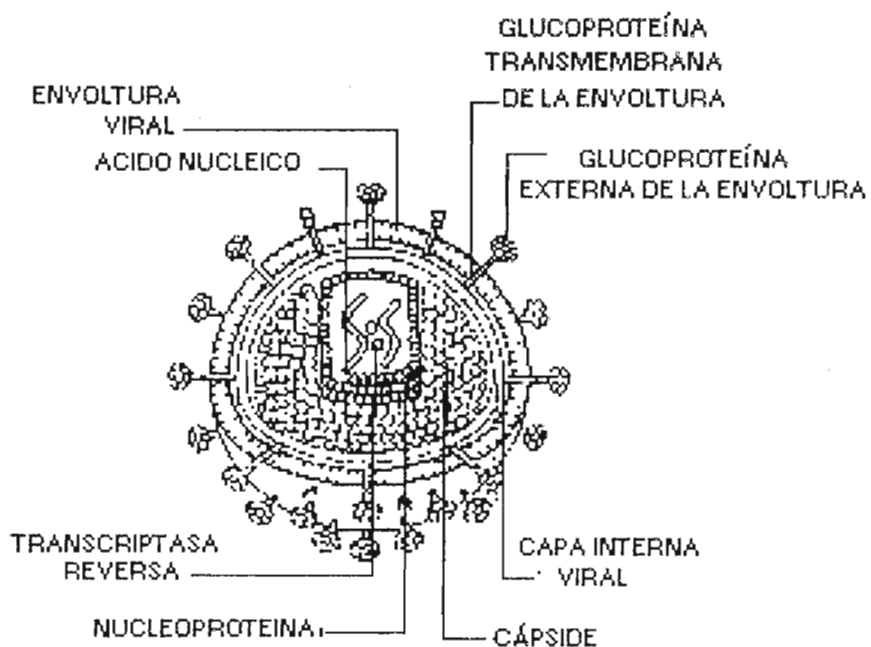
La invención del microscopio electrónico ayudó a apreciar mejor su multiplicación, experimentando primero sobre embriones de pollo, luego sobre cultivos celulares.

Con el desarrollo de la virología se descubren los bacteriófagos, verdaderos virus de las bacterias.

La mayoría de los bacteriófagos y de los virus patógenos están formados por proteínas y una molécula muy larga de ácido desoxirribonucleico (DNA). Es esta la molécula que contiene el programa codificado que se integra a los cromosomas de la célula infectada. Por lo que un virus patógeno parásita una célula huésped apoderándose de sus comandos genéticos y reproduciéndose con enzimas del metabolismo, de los RNA de transferencia y de los ribosomas ajenos. (Grmek, M., 1992).

Como puede deducirse el virus se localiza en la frontera de lo viviente (Ver lámina 5). No es, como tal, un organismo vivo. Es una especie de cápsula que tiene en su interior un ácido nucleico, un fragmento de ADN, de código genético, una orden, en definitiva; y cuando llega a una célula, el virus ve la posibilidad de sobrevivir y actúa inyectando la orden a la célula. Por lo que la célula, en vez de obedecer su propia orden, a su propio código genético, obedece al que el virus le acaba de inyectar, que es la de fabricar más virus. (Ver lámina 5). Entonces la célula se convierte así en un organismo viviente que dedica su actividad a fabricar más virus. (Sánchez, R., 1992).

Lámina 5. ESTRUCTURA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA



1.3.3 ¿COMO OCURRE EL PROCESO DE PENETRACIÓN Y REPRODUCCIÓN DEL VIH O VIRUS DEL SIDA?

La vida sobre nuestro planeta presenta diferentes niveles de complejidad de organización. Los seres más complejos son frecuentemente parasitados por otros seres más simples que dependen de los primeros para sobrevivir y reproducirse.

Los virus son unas partículas extremadamente pequeñas (del orden de una diezmilésima de milímetro) dotadas de un programa genético, integrado por una cadena de ADN o ARN y una envoltura de proteínas, que lo hace relativamente resistente en el ambiente exterior y permite su diseminación.

Los virus no pueden sobrevivir de manera independiente: dependen estrictamente de las células de animales o plantas en que parasitan.

Las células contienen, en efecto, la fábrica de síntesis de las proteínas que el virus utilizará para producir sus propias proteínas a partir de su programa genético. Todos los seres vivos, desde las bacterias hasta el hombre, pasando por las plantas y los insectos, tienen sus propios virus, pero éstos son particularmente abundantes entre los vertebrados de sangre caliente.

Existen numerosas familias de virus capaces de infectar al hombre y de producirle enfermedades a menudo graves (viruela, herpes, polio, hepatitis B, sarampión, paperas, gripe, rabia, etc.)

Los caracteres hereditarios y el funcionamiento de la célula dependen de los genes situados en el interior del núcleo celular. Estos genes se componen de moléculas complejas de ácido desoxirribonucleico (ADN). Cada molécula está organizada de doble cadena, que se subdivide en dos cuando tiene lugar la multiplicación celular.

Cada parte actúa como un molde para la síntesis de dos moléculas de ADN idénticas a la primera. Cada una de estas nuevas moléculas transmitirá la herencia de la célula madre a las dos células hijas.

El ADN del núcleo envía unos mensajeros a los diferentes elementos funcionales de la célula gracias a unas moléculas de ARN (ácido ribonucleico) llamado, por otra parte, mensajero. Normalmente, la formación de ARN a partir de ADN es una reacción de sentido único. No obstante,

la reacción inversa, es decir, la formación de ADN a partir de ARN puede ocurrir gracias a una enzima especial, la transcriptasa inversa. Por este procedimiento el ARN puede ser reinserto en ADN, lo cual le permite integrarse en el seno del ADN en los cromosomas. Poseen esta enzima algunos virus, entre ellos el virus del SIDA (Ver lámina 6).

El virus del SIDA pertenece a una familia muy particular, poco representada en el hombre, los retrovirus, y entre éstos, al grupo llamado de los virus lentos. Además de su primer nombre LAV (por Lymphadenopathy Associated Virus), es también conocido bajo los nombres HTLV III (Human T Lymphotropic Virus III). ARV (AIDS Related Virus) y actualmente con las siglas VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). (Grmek, Mirko., 1992)

1.3.4 ¿QUE ES UN RETROVIRUS?

"Se trata de un virus cuyo código genético es llevado por una molécula de ARN, que en condiciones normales no podría insertarse en los cromosomas de la célula formados de ADN. Para conseguirlo, este virus posee precisamente un enzima específico (transcriptasa inversa) que va a permitir el traslado retrógrado del ARN del virus al ADN. Este ADN podrá integrarse en el seno de los cromosomas que llevan el código genético de la célula. De esta manera el virus permanecerá indefinidamente en el interior de la célula.

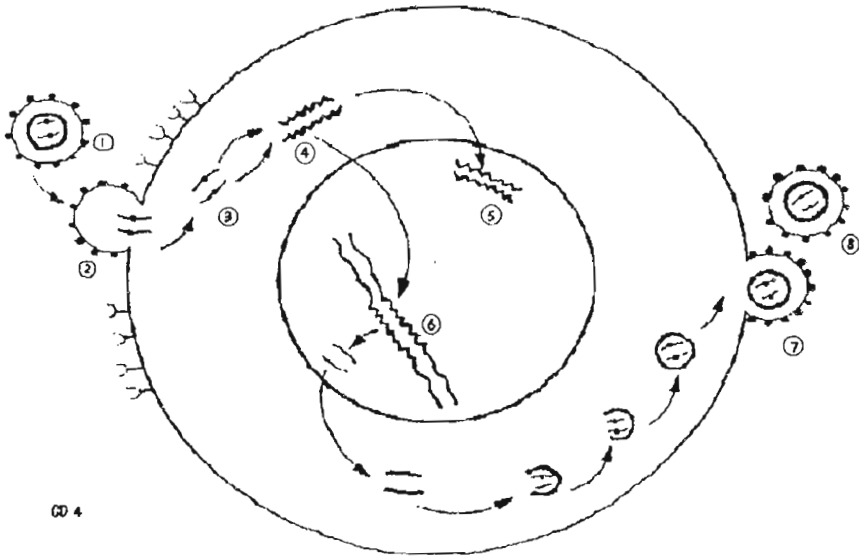
Cada vez que la célula se divide produce un par de cromosomas celulares y, simultáneamente, un par del código genético del virus, que así se trasmite a las células hijas. (Ver lámina 7).

Se comprende de este modo, porqué un retrovirus puede quedarse en las células del organismo infectado hasta el fin de la vida."⁴

La estructura del VIH y su desarrollo biológico fue comprendido entre 1984 y 1986, encontrándose que se trataba de un virus de RNA, un retrovirus típico, de forma esférica y de peso molecular muy elevado, su diámetro es, de 150 milésimas de micrómetro. (Grmek, Mirko., 1992).

⁴Montagnier, Luo. (1987) PSIDA. España. Libros Cúpula. Págs. 11 a 17.

REPRODUCCIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)



GD 4

- 1) El VIH ataca a una célula con receptores CD4.
- 2) El VIH fusiona a su envoltura con la membrana de la célula atacada y le inyecta 2 cadenas de RNA, así como transcriptasa inversa.
- 3) RNA y transcriptasa inversa viral en el citoplasma de la célula infectada.
- 4) Síntesis de 2 cadenas de ADN viral a partir del RNA viral por la acción de la transcriptasa inversa.
- 5) El ADN viral sintetizado en el citoplasma de la célula pasa al núcleo donde se encuentra libre.
- 6) El ADN viral sintetizado en el citoplasma de la célula migra al núcleo donde se integra como provirus en el ADN de la célula.
- 7) Proceso de empaquetado de nuevo virión a nivel de la superficie celular.
- 8) Liberación del nuevo virión.

Lámina 6

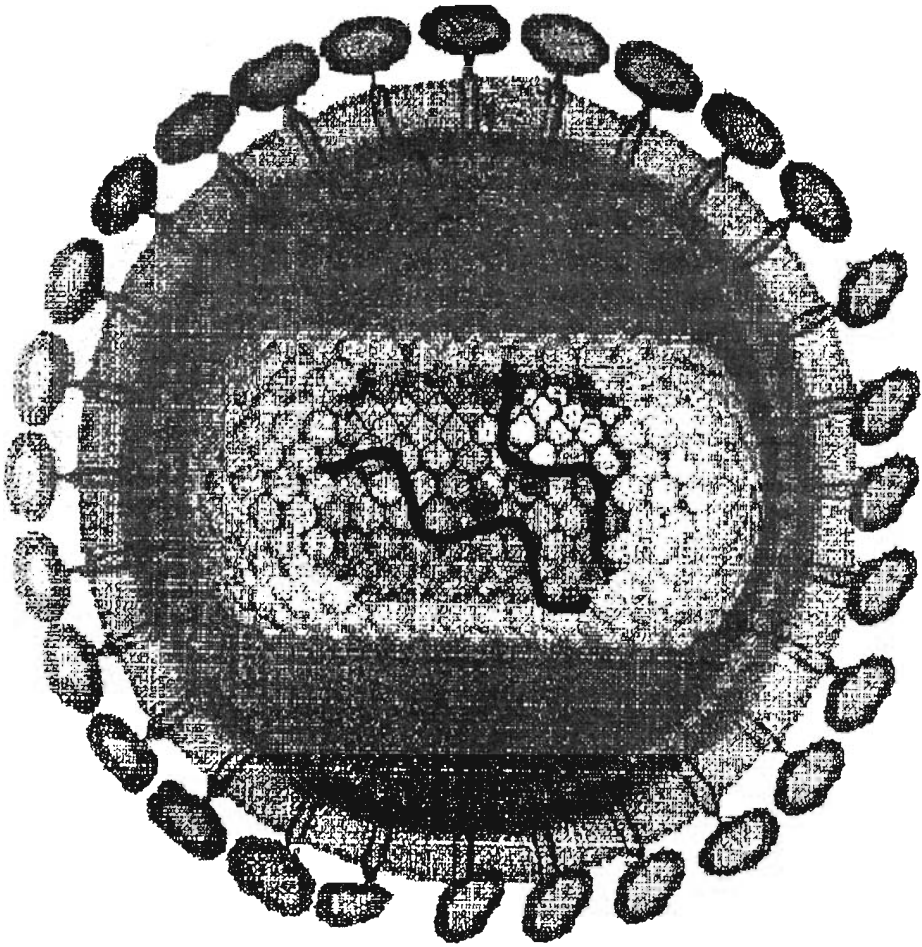


Lámina 7. RETROVIRUS

1.4 EPIDEMIOLOGÍA

"En el diccionario de Medicina, redactado por Émile Littré y hasta la versión de 1983, se podía leer esto:

Epidemia: de epi, sobre y demos, pueblo; enfermedad que ataca al mismo tiempo y en un mismo lugar a un gran número de personas y que depende de una causa común y general sobrevenida accidentalmente, como la alteración del aire, de los alimentos, etc."⁵

Ahora bien, la epidemiología es una ciencia que se interesa en los factores colectivos o individuales que favorecen la aparición, la extensión o la extinción de una enfermedad. (Cassuto, J., Pesco, A., Quaranta, J., 1987).

La aparición de esta enfermedad refiere las siguientes estadísticas:

Grmek, Mirko (1992) realiza la siguiente reseña histórica acerca de la epidemiología del SIDA.

A finales de 1979, el doctor Joel Weisman médico de los Ángeles había observado en sus pacientes homosexuales el incremento de los casos del síndrome mononucleico, con lapsos febriles, adelgazamiento y tumefacciones linfáticas.

En mayo de 1981, el número de pacientes similares hospitalizados en los Ángeles y estudiados con precisión científica pasó a cinco y se dio una señal de alarma. El primer anuncio oficial fue publicado el 5 de junio de 1981 por la Agencia Epidemiológica Federal llamada Centers for Disease Control (CDC), de Atlanta, Georgia. El boletín semanal de esa agencia, dio la descripción de 5 casos graves de neumonía observados entre octubre de 1980 y mayo de 1981, en 3 hospitales de los Ángeles. Quienes tenían como común denominador:

1.- Hombres jóvenes (entre 29 y 36 años).

2.- Homosexuales y su neumonía era atribuida al *Pneumocystis carini*. "estas observaciones sugieren la posibilidad de una disfunción de la inmunidad celular ligada a una exposición común que predispone a los individuos a las infecciones oportunistas, como la neumocistis y la candidosis."⁶

⁵Escande, J. (1987) *Epidemias y el Camino de la Esperanza en SIDA*. Montagnier, Luo. España. Libros Cúpula. Pág. 91.

⁶C.D.C. (1992) citado en *HISTORIA DEL SIDA*. Grmek, M. México. Ed. Siglo XXI Editores. Pág. 27

En 3 de los pacientes el número de los linfocitos T había disminuido notablemente; en los otros dos no se estudió el estado de los linfocitos.

Un año antes se había observado en N.Y. algunos casos de una curiosa inmunodepresión adquirida, pero nadie la relacionó con lo sucedido en California.

En marzo de 1980, un joven homosexual neoyorquino llamado Nick empezó a sufrir una afección inexplicable para los médicos: agotamiento, adelgazamiento, períodos febriles pero sin signos específicos. Después de un ataque con pérdida del conocimiento se descubrió en Nick un diagnóstico: *Toxoplasma gondi*; que lo llevó a la muerte el 15 de enero de 1981. Su caso hizo pensar que algo desastroso estaba pasando en el sistema inmunológico.

En marzo de 1981, se conocían ya por lo menos ocho casos graves de sarcoma de kaposi en diferentes hospitales de Nueva York. El sarcoma de kaposi es una grave enfermedad de la piel, una especie de proliferación tumoral múltiple.

Todas estas personas tenían en común:

La homosexualidad. Por lo que a comienzos de 1981 algunos médicos de Nueva York, reportaron la sospecha de que una enfermedad nueva había empezado a matar a los homosexuales destruyendo su sistema inmunológico.

El 28 de agosto de 1981 los CDC de Atlanta; anunciaban que el número de casos registrados superaba el centenar: 108 enfermos.

A comienzos de 1982 pasan de 200 los enfermos oficialmente reconocidos. Y el mal ya no se limitaba a segmentos de homosexuales, se habían registrado en quince estados.

En Nueva York, se descubren neumocistosis rápidamente fatales en algunos heterosexuales y casi todos tienen la particularidad de drogarse; entre estas víctimas de la droga hay una mujer.

Antes del fin de 1981, los investigadores de los CDC llegan a la conclusión de que el agente causal es infeccioso y se transmite por la vía sexual. La enfermedad aún no tiene nombre científico. Se habla de la "neumonía gay" o del "cáncer gay" o de la "peste gay". Se empieza a usar una sigla de apariencia más científica: GRID (Gay Related Immune Deficiencia).

Es en 1982 cuando se bautiza la enfermedad, cuando se obtienen pruebas indudables de su causa viral y cuando, desdichadamente se reconoce la existencia de ésta en todos los continentes.

El reconocimiento del SIDA, la identificación de su agente etiológico y la lucha contra ese flagelo se deben esencialmente a cuatro instituciones, dos norteamericanas, una francesa y una internacional: Los CDC, los NIH (National Institutes of Health), el Instituto Pasteur de Francia y la OMS (Organización Mundial de la Salud).

Se intentan dar hipótesis sobre la causa del SIDA:

Inicialmente, Michael Gottlieb (1981) favorecía la hipótesis que hacía del citomegalovirus el agente causal de la enfermedad, sin embargo, esa explicación era insuficiente en la medida en que casi todos los homosexuales estaban infectados por ese virus, pero sólo algunos caían seriamente enfermos.

Otra hipótesis sostenida por David Durack (1981) afirmaba que los pacientes podrían tener una enfermedad no específica e infecciones menores que se agravan por la utilización de sustancias psicoactivas y algunas características genéticas.

En ese tiempo estuvo de moda una sustancia química llamada "poppers" que fue muy difundida entre los homosexuales norteamericanos, pero no había evidencias farmacodinámicas, que justificaran la hipótesis de los efectos de esta sustancia sobre el sistema inmunológico.

Por su parte, Alvin Friedman Kien (1981) manifestó que las tensiones constantes sobrecargan el sistema inmunológico, que dejaría de funcionar.

Mientras que, David Averbach y William Darrow (1982) y otros investigadores de los C.D.C descubrieron que 9 de los 13 enfermos homosexuales formaban una red sexual y entre estos contactos homosexuales localizaron a un joven llamado: Gaetan Dugas, a quienes apodaron "paciente cero", debido a que éste sujeto activo y pasivo, había infectado directa o a través de otros a 40 de los 248 enfermos norteamericanos diagnosticados en abril de 1982. Fue compañero sexual de 9 de los 19 primeros casos de los Ángeles, de 22 enfermos de Nueva York y de 9 enfermos de otras ciudades: Miami, Chicago, etc.

Para él eran accesibles varias ciudades por laborar en una línea aérea y contar con solvencia económica, además de poseer atributos físicos llamativos, así infectó aproximadamente a 250 compañeros sexuales por año. A pesar de que se le diagnosticó: sarcoma de kaposi y se le advirtió

del riesgo a que exponía a sus parejas sexuales sin protección alguna, continuó teniendo vida sexual activa, muriendo el 30 de marzo de 1984.

Erróneamente se le nombró: - paciente cero, - si bien infectó a un gran número de sus compañeros estadounidenses, no se puede negar la posibilidad de que él mismo lo hubiera recibido de otro norteamericano.

Un mes después de la publicación del primer comunicado de los C.D.C. se informó de 4 casos en Dinamarca que hacían pensar en el síndrome ocurrido en California y Nueva York. Por lo que, en agosto de 1980 y diciembre de 1981 hubo cuatro homosexuales hospitalizados, con síntomas correspondientes al "síndromes gay"; 3 de ellos nunca habían visitado Estados Unidos, pero sí habían tenido relaciones homosexuales con neoyorquinos; y presentando dos de ellos: neumocistis carini, otro neumonía intersticial y el otro sarcoma de kaposi.

Después de Dinamarca esta nueva enfermedad apareció en : Londres, Ginebra, París, Barcelona, Suiza, Alemania Federal y Bélgica. Según un comunicado de la Organización Mundial de la Salud a fines de 1981 había en Europa 36 casos reconocidos con ese síndrome.

Estos casos europeos y los norteamericanos coincidían en la hipótesis de que este padecimiento era propio de los homosexuales; sin embargo, en diciembre de 1977 en Copenhague muere una mujer con síntomas correspondientes al "síndrome gay", pero no era lesbiana, ni se drogaba y nunca había estado en Estados Unidos. Pero, había trabajado como cirujano en África Central, lo cual sirvió para tener otra hipótesis del origen de ésta enfermedad.

Mientras que en otra ciudad Europea: en Milán, se detectaron en 1982, 28 toxicómanos infectados, de los cuales se sabe que se prostituían ocasionalmente y la mayoría de ellos no participaba en actividades sexuales: por lo que se deduce que la infección fue introducida en Italia por turistas y militares homosexuales norteamericanos y posteriormente se extendió por el uso de jeringas no esterilizadas, así como de relaciones bisexuales y heterosexuales.

En 1982, se registraron en Francia 29 casos cuyos malestares correspondían a los C.D.C. de Atlanta distribuidos de la siguiente manera:

- 1.- Algunos pacientes con sarcoma de kaposi, de edad avanzada y que habían sobrevivido varios años.
- 2.- 8 pacientes homosexuales.

3.-5 pacientes heterosexuales que habían viajado al Caribe o eran de nacionalidad haitiana. A este grupo pertenece una pareja de haitianos. La mujer vivía en París desde agosto de 1979, en 1986 pasó algún tiempo en Estados Unidos donde tuvo relaciones extraconyugales con un haitiano (que también padeció de SIDA en 1982). Un francés de 31 años tuvo un accidente en donde le transfundieron sangre en 1978, ésta la extrajeron de 8 voluntarios haitianos y murió en 1982 de ciptoesporidiosis intestinal asociada con toxoplasmosis cerebral. (no era homosexual ni se drogaba). Otro científico francés de 40 años aproximadamente se había ido a vivir a Haití en 1978, en compañía de una joven haitiana, 4 años después regresó a Francia donde cayó enfermo, muriendo en 1982 de toxoplasmosis cerebral.

4.-4 pacientes homosexuales que no habían salido de Europa pero se sospechaba que la fuente viral fuese norteamericana.

5.-2 casos, una mujer y un hombre heterosexuales; del último se cree era toxicómano.

6.-4 pacientes heterosexuales con infecciones oportunistas observados entre 1976 y 1982. Quienes habían estado en África Ecuatorial.

Ante estos últimos acontecimientos algunos médicos europeos, como Jacques Leibowitch (1983) y Jean Baptiste y Odile Picard (1983) propusieron la hipótesis de que "se trataba de una nueva enfermedad inmunológica". Una infección, hasta ahora desconocida, de origen africano.

Otros médicos europeos tuvieron la impresión de que un virus hasta entonces inexistente o dormido había empezado a extenderse hacia fines de la década de 1970 en Zaire, en Ruanda, en Chad y en Uganda.

En el año de 1982 se precisaron las características clínicas de la nueva enfermedad; e inicia la "estigmatización" dependiendo del comportamiento sexual, en Estados Unidos los epidemiólogos llamaron a los grupos expuestos al SIDA "el club de las cuatro H": homosexuales, heroinómanos, haitianos y hemofílicos. O bien, los llamaban "grupos de riesgo" o "grupos-blanco" y para no alarmar a la población no se incluía a los transfundidos o a los recién nacidos infectados durante su vida intrauterina.

El nombre de esta enfermedad se fue modificando desde "neumonía gay" "cáncer gay" GRID (Gay Related Immune Deficiency) o "gay compromise syndrome" hasta que se le bautizó como: AIDS (que inicialmente significaba: Acquired Immune Deficiency Syndrome y después se le consideró como una abreviatura de Acquired Immunodeficiency Syndrome).

Su uso se empezó a difundir en 1982 por los C.D.C; aunque su adopción tuvo muchos problemas fuera del idioma inglés, por lo que en algunos países de lengua española se creó la sigla SIDA, que significa: Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida.

Aunque este nombre tampoco es adecuado y afortunadamente la situación cambió cuando se demostró que el SIDA es un estado patológico debido a la infección por el HIV, por lo que el SIDA no es ya un síndrome, sino, una enfermedad infecciosa causada por un retrovirus.

Al establecerse que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida afectaba a homosexuales, heterosexuales y toxicómanos que utilizaban drogas intravenosas, se tuvo que pensar en la responsabilidad de la sangre y sus productos. Y es así que en 1982 los C.D.C., hicieron públicos 3 casos de SIDA en hemofílicos heterosexuales, quienes fueron víctimas de enfermedades oportunistas como: neumocistis carini, candidosis oral, y linfadenopatías entre otras.

Es en 1982 cuando se bautiza la enfermedad, cuando se obtienen pruebas indudables de su causa viral y cuando, desdichadamente se reconoce la existencia de ésta en todos los continentes.

De los 21 hemofílicos con SIDA en Estados Unidos, a fines de 1983, 19 sufrían de hemofilia A, 2 de hemofilia B; mientras que en Europa había 8 enfermos, 7 de ellos con hemofilia A (uno en Francia).

Todos ellos habían recibido concentrados comerciales de los factores VIII y IX de la sangre. Para la preparación de estos derivados sanguíneos se mezclan los plasmas de miles de donantes, por lo que se incrementa considerablemente el riesgo de infección por VIH. A pesar de esto los médicos no aceptaban la transmisión de SIDA por transfusión de sangre o de sus productos.

En 1983, se demostró la posibilidad de la transmisión del SIDA por relaciones heterosexuales y el número de mujeres infectadas por una relación heterosexual aumentaba constantemente; éstas desempeñan un papel significativo epidemiológicamente ya que pueden transmitir el SIDA a fetos y bebés.

En una conferencia en 1983, Michael Gottlieb predijo que en el año de 1985 habría alrededor de 20,000 norteamericanos infectados por el VIH.

También en 1983 se diagnostica el SIDA en Japón y en Australia. África obviamente se encuentra afectada aunque las autoridades lo niegan.

Mientras que en Europa, a fines de 1984 se encontraban más de 800 infectados. En el mundo entero, el número de casos notificados a la OMS pasó de 408 a comienzos de 1982 a 1573 en diciembre de 1982, a 5077 en 1983 y a 12,174 al terminar 1984. (Grmek, M., 1992).

Según las estadísticas que reporta el periódico Reforma, hasta julio de 1996, en el mundo hay 21,8 millones de portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) causante del SIDA, según el Programa de SIDA de las Naciones Unidas. Distribuyéndose la epidemia de la siguiente manera:

En África Subsahariana se localiza el 63% de los infectados por el virus, en el Sureste de Asia se localiza el 23%, en América Latina el 6.0%, en Norteamérica el 3.7%, en Europa Occidental el 2.2%, en el Caribe el 1.3%, en el Norte de África se encuentra el 0.9%, en el Este de Asia el 0.2%, en Australia el 0.1%, finalmente en Europa Oriental y Asia Central se localiza el 0.1% de la población mundial infectada por el flagelo del VIH. (Ver lámina 8).

EL FLAGELO DEL VIH

Un total de 21.8 millones de personas son portadoras del VIH, el virus que causa el SIDA. Este es un desglose de dónde viven, como porcentaje del total mundial de casos.

Africa Subsahariana	63 %	
Sur / Sureste de Asia	23 %	
América Latina	6 %	
Norteamérica	3.7 %	
Europa Occidental	2.2 %	
El Caribe	1.3 %	
Nte. de Africa / Cercano Oriente	0.9 %	
Este de Asia / Pacífico	0.2 %	
Australia	0.1 %	
Europa Oriental y Asia Central	0.1 %	



Lámina 8

TOMADO DE LA REDACCIÓN THE WALL STREET JOURNAL, (JULIO DE 1996), UNA PERSECUCIÓN A NIVEL MUNDIAL EN EL PERIÓDICO REFORMA.

El 9 de enero de 1997 la Jornada publica un balance de la epidemia ocurrida hasta 1996: según información de ONUSIDA:

- ◆ Total de infectados por el VIH en el mundo hasta noviembre de 1996: 22'600.
- ◆ Población infantil mundial con VIH registrada hasta noviembre de 1996: 830'000.
- ◆ Millones de personas en el mundo que han muerto a causa del SIDA desde la aparición de la epidemia (6.4 millones).
- ◆ Número de adultos que murieron durante 1996 a causa del SIDA en todo el mundo: 1'150.
- ◆ Porcentaje de la población mundial con SIDA que vive en países subdesarrollados: 90%.
- ◆ Número de casos de SIDA registrados en México desde la aparición de la pandemia: 29'954.
- ◆ Costo anual por paciente del nuevo tratamiento con inhibidores de proteasa: 15'000 dólares. (la proteasa impide la multiplicación del virus en el organismo) (Del Río, C., 1996).

"Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la mitad de los casos en el mundo se registran en América. De 1986 a la fecha se han registrado 1'587,216 casos a nivel mundial, de los cuales 758,422 corresponden al continente Americano y El Caribe. De ese número han fallecido 461,421 personas y el número mayor de muertes se concentra en Estados Unidos, con 362,004, seguido de Brasil con 46,582, Canadá con 10,582 y Puerto Rico con 8,183. De acuerdo con un estudio de la misma organización, los modos de transmisión del virus en las diferentes subregiones son: homosexual/bisexual, en la región andina, el cono sur, Brasil y México; heterosexual, en el istmo centroamericano y El Caribe; por uso intravenoso de drogas, cono sur y Brasil, con 29.4% y 25.8%, respectivamente"⁷

Sobre la situación epidemiológica en México y en el mundo se puede decir que si existen buenas noticias, también existen realidades, siendo la principal el avance de la epidemia.

⁷Editorial, (julio de 1997) en **SECCIÓN LETRA S, SIDA CULTURA Y VIDA COTIDIANA, PERIÓDICO LA JORNADA**. México. Pág. 91.

México ocupa en el continente el tercer lugar en cuanto al número total de casos, sin embargo, respecto al número de casos por unidad de población, nuestro país se sitúa en el octavo lugar. La distribución de la epidemia nos muestra que es en hombres, de 15 a 44 años, donde se ha presentado la gran mayoría de los casos.

En México, la epidemia se inició en las grandes ciudades: ciudad de México, Guadalajara, Monterrey, Tijuana y Mérida, pero ahora se ha extendido a lo largo del territorio nacional.

A nivel nacional, existen 6 casos de hombres por un caso de mujer, aunque en algunos casos de la República, como Baja California, Chihuahua, Coahuila y Durango lo que observamos es una epidemia de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, mientras que en el sur del país como Hidalgo o Tlaxcala lo que se observa es una epidemia más heterosexual.

La epidemia del SIDA se ruraliza como en Michoacán, Tlaxcala e Hidalgo debido a que existe una relación muy importante de estos casos con la migración temporal hacia los Estados Unidos.

En niños se observa que el riesgo principal de infección es haber nacido de mujeres que se encuentran infectadas, siendo la transmisión perinatal la principal vía de infección infantil.

Si se comparan dos períodos de cinco años, 1985-1990 y 1991-1996 se ve con claridad lo que ha pasado con la epidemia en nuestro país. En trabajadoras sexuales, la seropositividad ha pasado de .9 % a menos de .5 ó .6 %, lo que quiere decir que se ha mantenido estable. Pero en la población de reclusos ha pasado del 1.4 al 3.8 %; en prisioneras, de .6 al 3%; en mujeres embarazadas del 0 al .2 % y en donadores de sangre y población general del .5 al .4 %. (Del Río C., 1996).

Para 1997 la epidemia de SIDA en México presenta una "tendencia más heterosexual y más rural", en tanto que la transmisión sexual se encuentra controlada.

El último reporte del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, señala que en la semana del 16 al 22 de marzo se registraron 99 casos nuevos, con lo que llegó a 960 el número de enfermos notificados este año, 55 más respecto al mismo período de 1996. También los últimos datos que se reportan por entidad federativa, son Jalisco, Veracruz, y el D.F. quienes registran el mayor número de casos infectados, con 31, 34 y 141, respectivamente. Mientras que los estados de menor incidencia son: Colima, Chiapas, Chihuahua y Sinaloa. (Martínez, F., 1997).

Por su parte la revista SIDA, ETS informa acerca de la situación epidemiológica en México, hasta el primero de julio de 1997, en la cual reporta los siguiente:

El total de casos acumulados es de 31,807, en lo que va del año (enero a junio de 1997) en este corto período de tiempo se han registrado 1,845 infectados; sin embargo, realizando un estimado y corrigiendo retrasos se tienen 50,000 personas infectadas por el VIH.

De los 31,807 casos acumulados, se encuentran vivas 14,599 personas, correspondiente al (45%), y desafortunadamente han fallecido 17,208 infectados, equivalente al (50%).

En relación al sexo de esta población mencionan que 26,871 son hombres (84.48%), en tanto que 4,101 personas corresponde a mujeres infectadas (12.90%), mientras que 835 casos corresponden a niños y niñas menores de 15 años, (2.62%) (Revista SIDA, ETS, 1997).

Todos estos datos hablan de una epidemia muy importante, una epidemia creciente y que tiene un impacto en el Sistema Nacional de Salud, así como un creciente impacto a nivel económico y a nivel social por la población a la que afecta: hombres y mujeres en edad productiva y reproductiva. (Del Río C., 1996).

CAPÍTULO II ASPECTOS PSICOSOCIALES Y JURÍDICOS

2.1 ASPECTOS PSICOSOCIALES

El estudio de los pacientes infectados por el VIH ha evidenciado la difícil situación que acompaña al proceso de desarrollar el SIDA. Desde los primeros reportes de Gottlieb y Masur en (1981), se han desarrollado varias líneas de investigación abordando aspectos: psiquiátricos, psicológicos, neurológico y el social.

Este último juega un papel importante, ya que contempla acciones que van desde la educación para la prevención, hasta problemas de tipo económico en cuanto al costo de la atención de los pacientes que padecen el síndrome pasando por la influencia que éste ejerce sobre las comunidades.

El paciente infectado por el VIH tiene que enfrentarse con diversos aspectos pertenecientes al marco social, los que van a desencadenar reacciones psicológicas en relación a la ansiedad y la depresión.

El SIDA ha presentado para la población en general, connotaciones negativas, ya que el mayor porcentaje de los pacientes con el Síndrome, desde que iniciaron los primeros hallazgos, tiene o tuvo relaciones homosexuales. (Aunque en los últimos años se ve afectada toda la población). Por lo que tener SIDA, implica poner al descubierto una forma de vida comúnmente estigmatizada. Y por otro lado, el contenido emocional asociado al calificativo "contagioso" hace que las personas infectadas enfrenten un rechazo que está determinado por la información que la sociedad tiene acerca de la transmisión del SIDA.

La interacción que establezca la persona con su medio, tanto laboral como familiar, conyugal, etc., esta determinado por la capacidad de todos los integrantes de su alrededor a convivir sin miedo y sin culpa ante la posibilidad del contagio.

La evolución del contexto social ayuda a determinar los desencadenantes de la ansiedad y a plantear estrategias terapéuticas para abordar esta situación. Ya que no es lo mismo la duración ni la intensidad, de una reacción de ajuste ansiosa en pacientes con adecuado o inadecuado soporte social.

Aquellas personas que tienen un soporte social y familiar adecuado, es decir, cuando la familia está enterada de la homosexualidad, cuando hay una pareja estable o un grupo de amigos que entiende la situación, cuando existe soporte laboral en relación a pocas posibilidades de rechazo, existe seguridad económica, en relación a la posibilidad de tratamiento, etc.; asimilarán el proceso de la enfermedad con menos negativismo. De lo contrario, de no existir este soporte psicosocial, el impacto de la enfermedad producirá pensamientos mágicos e ideas delirantes con relación a la enfermedad.

La evolución de este marco social puede ayudar a determinar el desarrollo de síntomas psicológicos en las personas infectadas por VIH, lo que ayudará a tomar una actitud terapéutica adecuada que ayude a subsanar las fallas de la sociedad hacia éstas personas.

Como es de esperarse, las actitudes de ira, rechazo, culpa, miedo, desesperanza y abandono influyen en el desarrollo de síntomas psicológicos e imposibilitan el proceso de adaptación de las personas seropositivas.

Incluso, el SIDA pone en crisis el sistema familiar, de tal manera que tanto la familia de origen, la nuclear o la pareja del afectado se ven obligados a enfrentar una situación para la cual no estaban preparados, presentando la familia una sintomatología que pone en riesgo la integridad, estabilidad y perpetuación de este grupo social. (Valencia, A., 1989).

En cierto sentido, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido pasó de ser una enfermedad de transmisión sexual, perinatal y sanguínea, a un padecimiento de transmisión social, ya que sus implicaciones han tenido fuertes efectos sociales, políticos, culturales y económicos.

Sus alcances responden más a la actitud de los pueblos y sus gobiernos, sus instituciones, a la educación, información, etc. Como lo expresó el doctor Manuel Carballo, jefe de la Unidad de Investigación Social y de Comportamiento del Programa Global del SIDA, de la OMS, durante el Primer Simposio Internacional de Educación y Comunicación sobre SIDA, realizado en Ixtapa, Zihuatanejo; de todas las enfermedades conocidas actualmente, el SIDA es la más fácil de prevenir, ya que se conoce su mecanismo de transmisión, y sin embargo, un padecimiento tan evitable continúa siendo inevitable para muchas personas; esto se debe al comportamiento social de la responsabilidad con que se asuma la relación salud-enfermedad. (Leyva, J., 1989).

El hecho de que el SIDA haya sido inicialmente descrito en homosexuales varones y toxicómanos, y de que a esos dos grupos pertenezca el 90% de las víctimas, tiene repercusiones en todas las áreas y sectores de la población.

El diagnóstico de SIDA tiene consecuencias gravísimas cuando llega a conocimiento del enfermo, pues éste no ignora la gravedad del pronóstico. A menudo los individuos que pertenecen a un grupo de riesgo temen ese diagnóstico aún antes de que sea confirmado por el médico.

La familia descubre a veces a causa de la enfermedad el estilo de vida del interesado, y no siempre la acepta.

Para los homosexuales o los toxicómanos afectados de SIDA, la ayuda más eficaz, tanto en el plano psicológico como en el material, proviene a menudo de los individuos que pertenecen al mismo grupo de riesgo.

Los síntomas psicológicos más frecuentes son la ansiedad, que se manifiesta a través de ataques de pánico, de insomnio, agitación, anorexia y taquicardia, depresión, con tristeza, angustia y sentimiento de culpa. El temor a tornarse totalmente dependiente de los otros procede generalmente al temor a la muerte. Si bien muchos enfermos declaran que es preferible el suicidio a la decadencia física, la mayoría de ellos lucha hasta el final.

La actitud del personal médico y de enfermería que está a cargo de los enfermos de SIDA tiene una gran repercusión, ya sea positiva o negativa. Deben estar informados de todo lo que concierne a la enfermedad, no alentar un temor al contagio, y ser capaces de rectificar toda información falsa que circule entre otros miembros del personal, los enfermos y sus familias.

Los enfermos afectados de SIDA padecen diferentes temores y, en el caso de los homosexuales, uno de éstos es el de encontrarse solos frente al diagnóstico. Cuando la homosexualidad no es conocida, se agrega el temor de que se descubra, con el consecuente alejamiento e incluso los reproches de la familia.

La promiscuidad entre los homosexuales afectados de SIDA y los sujetos igualmente afectados por la enfermedad pero considerados víctimas inocentes por los medios de comunicación: niños, hemofílicos y sujetos sometidos a transfusiones también puede llegar a ser fuente de conflictos.

Las poblaciones de riesgo esencialmente los homosexuales varones y los toxicómanos, pueden ser rechazados por la sociedad aún si no padecen de SIDA. Con consecuencias para su empleo y su estilo de vida. (Cassuto, et al., 1987).

Al respecto, Jaime Sepúlveda Amor y Carlos del Río Chiriboga (1996) participaron en un programa Nexos de Televisión, conducido por Rolando Cordera, en el cual se tocó el tema del SIDA, donde Sepúlveda Amor (1996) refiere que para la economía familiar el costo es catastrófico, porque son gastos por atención médica y adquisición de medicamentos muy costosos y la mayoría de las veces inalcanzables. De tal forma que para un individuo, o para una familia la merma económica es desastrosa. Y por supuesto para la economía nacional, significa que para las instituciones de seguridad social ésta es sin duda, la causa infecciosa de mayor hospitalización y de mayor índice de días-cama. Por lo que resulta un problema de gran repercusión económica.

Mientras que en lo referente al aspecto social Del Río Chiriboga (1996) reporta que es muy importante entender la vulnerabilidad social, es decir, las personas que se están infectando son aquellas vulnerables, y éstas vienen siendo, las rechazadas, las marginadas, los desinformados, los oprimidos, el migrante mexicano que acude por necesidad económica a los Estados Unidos en busca de un mejor nivel de vida. Allá tiene relaciones sexuales de riesgo, por distintos motivos. Lo que lo pone en riesgo es la condición de vulnerabilidad que implica el ser migrante en un país donde se encuentra marginado, apartado, donde funge como ilegal.

La epidemia del SIDA nos da una oportunidad para replantear la manera en que la sociedad se ve a sí misma; es decir, cada vez que ocurre una infección, se trata de algún miembro de nuestra sociedad que por alguna causa no tuvo la información necesaria, o bien, si la tuvo no la pudo aplicar. (Cordera, R., 1996).

Con respecto a la migración, según el estudio "Temas de inmigrantes mexicanos y VIH: problemas y estrategias" que presentó el CONASIDA, en la Conferencia Internacional sobre SIDA efectuada en Vancouver Canadá; " el 25% de los casos de SIDA en México tienen una historia de haber sido trabajadores en los Estados Unidos por largos períodos.

Y aunque las estadísticas muestran que la epidemia está concentrada mayormente en las áreas urbanas, otro trabajo de la representación mexicana dirigido específicamente al impacto de la migración del SIDA en el estado de Michoacán, indica que el número de casos de infección por vía heterosexual en la población masculina rural aumenta a un ritmo superior al promedio nacional. Michoacán es uno de los estados con mayor número de emigrantes a Estados Unidos.

Según el estudio, 34% de los 715 casos reportados en Michoacán hasta diciembre de 1995 había sido infectado a través de relaciones heterosexuales. Esto representa el doble del promedio nacional, y es interpretado por los autores de los trabajos como reflejo de un patrón de comportamiento caracterizado por rasgos como los siguientes: prácticas sexuales distintas, durante su estancia en Estados Unidos, de las que tienen en México; fácil acceso a drogas intravenosas y mayores oportunidades de sexo casual con usuarios de drogas; miedo a ser deportados si buscan tratamiento; falta de acceso a servicios de salud; empleo de jeringas en automedicación; práctica del sexoservicio como medio de aumentar los ingresos

En estas circunstancias, el modelo postula que su regreso al País, ya sea temporal o definitivo, los trabajadores contribuyen involuntariamente a alimentar la transmisión del virus mediante relaciones heterosexuales con su pareja, u otras relaciones".³

Mientras que la entrada del VIH por el norte se relaciona con el regreso de mexicanos en Estados Unidos, por la frontera con Guatemala se presenta un tránsito intenso de centroamericanos y operadores de transporte comercial cuya presencia favorece las actividades del sexoservicio.

En este lado de la frontera convergen los siguientes factores: pobreza, falta de hogar, condiciones sanitarias pobres, marginación social, acceso limitado a servicios de salud y prevención y un gran número de trabajadores clandestinos o ilegales y el trabajo sexual comercial. No es únicamente por las fronteras geográficas sino también por la necesidad económica que entró la pandemia del SIDA a México en la década pasada.

En 1986, 7% de quienes vendían plasma sanguíneo eran seropositivos. Pero apenas entre junio y noviembre de ese año, la incidencia en un grupo de estudio aumentó de 6 a 54%. Esto originó la prohibición, en 1987, del comercio de plasma en México, pero el daño era irreversible para quienes se infectaron. (Cruz, J., 1996).

Actualmente esta enfermedad tiene, como se mencionó anteriormente, graves implicaciones de índole social, económico familiar y de pareja, debido a que en nuestro país la principal forma de transmisión es por vía sexual.

Las personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), no son diferentes a los demás no son más o menos inteligentes ni más o menos nobles, simplemente son personas

³Cruz, J. (julio 11 1996) La epidemia que llegó hablando Inglés en CULTURA, PERIÓDICO REFORMA. Sección C. México. Pág. 10.

como cualquier otra, con sueños, afanes, con las características que todos llevamos por el simple hecho de vivir en el siglo XX.

Sin embargo, lo que hace diferentes a esas personas, con respecto de las que padecen cáncer, leucemia o diabetes, es el conjunto de respuestas sociales que reciben. Así lo informó el psicólogo Alfredo Hernández presidente del grupo "Ser Humano" A. C. quien explicó que no es lo mismo recibir el dictamen de seropositividad teniendo garantizados los ingresos económicos, resguardados, los servicios médicos y la posibilidad real de cambio de vida, que recibir esta noticia naufragando ante la respuesta indolente de los amigos, familiares, parejas y médicos. Alfredo Hernández (1993) señala que los portadores del virus deben sobrevivir al poco acceso a medicamentos, al maltrato de las instancias hospitalarias, a las persecuciones de vecinos, así como al rechazo de sus familiares y de la sociedad en general. (Hernández, A., 1993).

Por otra parte Adeath, M. Publicó en la revista Gente (1992) que en México y en el mundo, el infectado con el VIH que ha llegado a desarrollar la enfermedad del SIDA o bien que se sabe de su infección, ha sido marginado por la sociedad ya que se le rehuye y no se les acepta en los círculos sociales en que solía desenvolverse, siendo la causa principal de este problema la falta de información generalizada de las formas de contagio y las de no contagio, así como las relaciones que sí pueden mantener.

En algunos países de Sudamérica como Cuba, existen los llamados "sidarios", que son pequeñas granjas en donde se margina a los infectados por el virus o a los enfermos de SIDA.

Es muy importante que el infectado cuente con una familia o con relaciones afectivas cercanas, ya que suele ser muchas veces el único apoyo con el cual cuenta.

También la familia y las personas cercanas pasan por un proceso similar al del individuo infectado, tienen miedo, angustia, dolor, incertidumbre y es importante entenderlos y hacerles entender que a ellos también se les puede ofrecer orientación y apoyo psicológico. (Adeath, M., 1992).

Los enfermos de SIDA pueden pasar por problemas psicológicos, generados por la enfermedad misma y son incrementados por las actitudes tales como: la ira, rechazo, miedo, desesperación y abandono, entre otras, por parte de sus familiares y medio circundante.

Esta enfermedad pone en crisis el sistema familiar, de tal manera que los familiares del enfermo, se enfrentan a una situación para la cual no estaban preparados, poniendo en riesgo la subsistencia de la misma. (Martínez, A. y Romero, R., 1991).

La Doctora en psicología, Rossi, L., (1989) ofrece el siguiente panorama psicológico de los pacientes infectados por VIH:

"Hoy en día se sigue asociando el SIDA a la homosexualidad y a la prostitución en general, olvidando con frecuencia que se trata de seres humanos destinados en su mayoría a morir y, por el hecho de considerarlos distintos, no se debe, desde el punto de vista ético y moral, desahuciarlos y destinarlos a vivir en aislamiento social producto de la ignorancia. Es, pues, nuestra obligación estar debidamente informados y proporcionar alivio psíquico a todos aquellos que hemos decidido atender. Si tenemos presente que nosotros hemos elegido esta profesión, si somos conscientes de nuestra propia conflictiva y de nuestra capacidad única para tratar de comprender, sin juzgar, el dolor ajeno, podemos asegurar que la atención psicológica y médica será de la mejor calidad posible."⁹

CONASIDA (1994) también ha trabajado con los aspectos psicológicos de los seropositivos, explicando que la identidad, es el concepto o representación mental que un individuo tiene de sí mismo (esto es su cuerpo y su mente). Todas las experiencias de un individuo en el ambiente en que se desenvuelve conforman su identidad; pero la identidad esta definida por diversos factores que se extienden más allá del individuo, como son los sociales, históricos, culturales, familiares, etc.

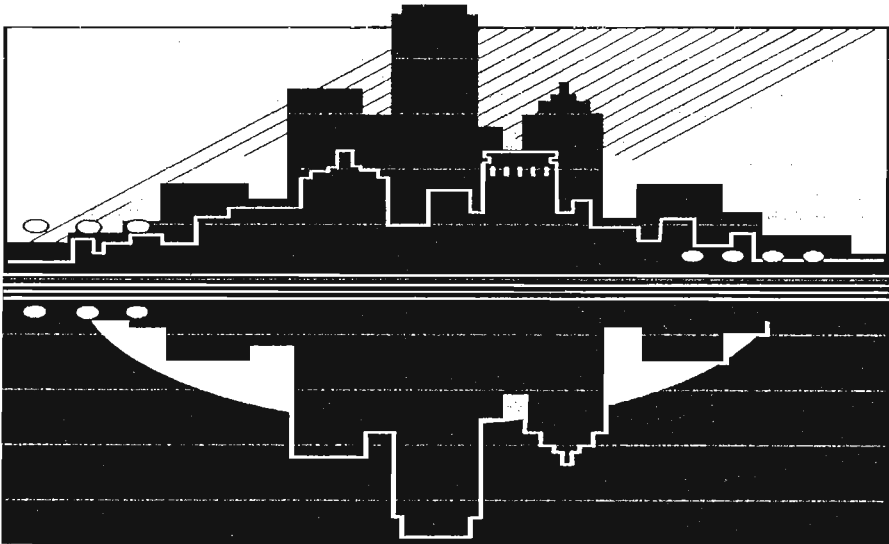
La identidad se mantiene a través del tiempo, es decir, un individuo adulto, a pesar de ser distinto al que era cuando tenía tres años, es el mismo individuo; y sus aspiraciones e ideales, aún cuando los alcance en un futuro, son ya parte de su identidad.

Desde el momento en que a una persona se le informa que se encuentra infectada por el virus VIH o SIDA o cualquier otra enfermedad mortal, esto basta para que todo el edificio de la identidad construido afanosamente durante años, sufra cambios. (Guía para la Atención Psicológica de Personas que Viven con VIH-SIDA. CONASIDA, 1994).

La posibilidad de desarrollar SIDA o la posibilidad de la muerte, nos hace forzosamente ser otros. Hay que tener en cuenta que el paciente infectado con VIH o SIDA no solo se enfrenta al miedo básico de morir, sino también a la posible limitación de la actividad sexual, lo que incrementa aún más su angustia vital.

⁹Rossi, L. (1989) Asistencia Psicológica a Pacientes Infectados por VIH en SIDA, CIENCIA Y SOCIEDAD EN MÉXICO. Sepúlveda, A. Et al. México. Ed. F.C.E. Pág. 209.

El miedo a la muerte está directamente relacionado con el miedo a la destrucción orgánica, se teme ante todo, por la integridad del yo corporal (ya que el cuerpo, en nuestra cultura, es la única manera de estar vivo) apoyado por la integridad anímica. La amenaza al yo corporal, que significa dolor, sufrimiento o muerte, es vivida como la amenaza de destrucción total. (Buendía, R.; Guemes, T.; Ortega, A., 1993).



2.2 ASPECTOS JURÍDICOS

La finalidad de este capítulo es abordar la problemática jurídica en torno al SIDA, para ubicarla como enfermedad y ver las repercusiones legales, a partir de las leyes, más relevantes, que tienen interacción con esta enfermedad.

Actualmente se han presentado avances en el aspecto legislativo, como ocurre con la comercialización de la sangre, la obligatoriedad de notificar los casos de SIDA, así como el objeto, de que la enfermedad sea sujeta a vigilancia epidemiológica.

Es necesario adecuar lo existente en el marco jurídico, ya que, el SIDA representa una área prioritaria de estudio, sobre la cual debe ahondarse para proponer soluciones a los problemas que enfrentan las personas infectadas por el VIH, sin embargo, a pesar de este atraso, se ha visto un avance legislativo en el Derecho Sanitario, encontrándose los siguientes datos:

El 22 de mayo de 1986 se publica en el Diario Oficial de la Federación la Norma Técnica 277 para el control de la sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, disponiendo de pruebas para detectar sangre contaminada por el VIH en todo el país.

El 27 de mayo de 1987 se publica en el Diario Oficial de la Federación las reformas a varios artículos de la Ley General de Salud, enfatizando, que la sangre humana sólo podrá obtenerse de voluntarios que la proporcionen gratuitamente; el SIDA aparece en la lista de enfermedades de vigilancia epidemiológica.

El 17 de noviembre de 1987, se publica en el mismo Diario Oficial la Norma Técnica 324 para la prevención y control de la infección por el VIH.

El 18 de julio de 1994, se publica en este mismo Diario la Norma Oficial Mexicana NOM - 003-SSA2-1993 para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

El 17 de enero de 1995, se aprueba la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Estas publicaciones son un buen comienzo, pero falta mucho por hacer en el aspecto jurídico, ya que, las normas jurídicas se deben hacer valer en beneficio de todos.

Se necesita modificar el aspecto legal para que se eviten los atropellos a, los derechos de, los infectados por el VIH/SIDA, que deben ser iguales para todos. Nos percatamos que la pandemia de nuestro siglo está presente en el aspecto legal, y es necesario que el derecho intervenga como intermediario de las conductas de los seres humanos.

La violación de los derechos a los infectados por este mal, cada día es mayor y menor la solución de respuestas para contrarrestar la enfermedad, siendo urgente que se haga valer y respetar sus garantías individuales; por lo que la ley debe ser más estricta para dar mayor protección a los individuos infectados, sancionando a todo aquel que los discrimine, estigmatice y no los atienda profesionalmente.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se divide en dos partes: la parte dogmática que comprende las garantías individuales y la parte orgánica, donde se encuentran los límites y directrices para la actuación del poder público, respecto al problema que estamos tratando.

En este caso, nos inclinaremos hacia la parte dogmática, la cual corresponde a las garantías individuales que se han visto gravemente afectadas en las personas que viven con VIH-SIDA. (Camacho, N., 1994).

Algunos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en los que se sustentan los Derechos Humanos de los infectados por el VIH-SIDA son los siguientes:

ARTÍCULO 1o.

"En los Estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece."

ARTÍCULO 3o.

"Todo individuo tiene derecho a recibir educación. El Estado - Federación, Estados y Municipios impartirá educación preescolar, primaria y secundaria. La educación primaria y secundaria son obligatorias.

La educación que imparta el Estado tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él, a la vez, el amor a la patria y la conciencia de la solidaridad internacional en la independencia y en la justicia."

ARTÍCULO 4o.

"El varón y la mujer son iguales ante la ley. Ésta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de Salubridad General, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución."

ARTÍCULO 5o.

"A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos. El ejercicio de esta libertad sólo podrá vedarse por determinación judicial, cuando se ataquen los derechos de terceros, o por resolución gubernativa dictada en los términos que marque la ley, cuando se ofendan los derechos de la sociedad."

ARTÍCULO 14

"Nadie podrá ser privado de la vida, de la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales, previamente establecidos, en el que

cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho."¹⁰

Por otra parte, la iniciativa del Ejecutivo, de elevar a rango Constitucional la existencia de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, demuestra la voluntad que existe por parte del gobierno Mexicano para garantizar que se respeten los derechos elementales del hombre en nuestro país lo que se reflejará sin duda, en los logros que se obtengan de este convenio

A continuación se describirá la declaración sobre los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH-SIDA.

1. La ley protege a todos los individuos por igual; en consecuencia no deben sufrir discriminación de ningún tipo.
2. No está obligado a someterse a la prueba de detección de anticuerpos del VIH ni a declarar que vive con VIH o que ha desarrollado SIDA. Si de manera voluntaria decide someterse a la prueba de detección de anticuerpos VIH, tiene derecho a que ésta sea realizada en forma anónima y que los resultados de la misma sean conservados con absoluta discreción.
3. En ningún caso puede ser objeto de detención forzosa, aislamiento, segregación social o familiar por vivir con VIH o haber desarrollado SIDA.
4. No podrá restringirse su libre tránsito por el territorio nacional.
5. Si desea contraer matrimonio, no podrá ser obligado a someterse a ninguna de las pruebas de detección de anticuerpos del VIH.
6. Vivir con VIH o SIDA no es un impedimento para el ejercicio de la sexualidad, siempre y cuando se tomen las precauciones necesarias.
7. Cuando solicite empleo, no podrá ser obligado a someterse a ninguna de las pruebas de detección del VIH. Si vive con VIH o ha desarrollado SIDA, esto no podrá ser motivo para que sea suspendido o despedido del empleo.

¹⁰CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. (1997). México. Ed. Porrúa. Pág. 7 a 10 y 14.

8. No se le puede privar del derecho a superarse mediante la educación formal o informal que se imparta en instituciones educativas públicas o privadas.
9. Tiene derecho a asociarse libremente con otras personas o afiliarse a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA.
10. Tiene derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH y la forma de protegerse.
11. Si vive con VIH o ha desarrollado SIDA, tiene derecho a recibir información sobre su padecimiento, las consecuencias y tratamientos a los que puede someterse.
12. Tiene derecho a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar la calidad y tiempo de vida.
13. Tiene derecho a una atención médica digna y su historial médico deberá manejarse en forma confidencial.
14. Tiene derecho a una muerte y servicio funerario dignos.

Como todos los seres humanos que viven en este país, el paciente tiene derecho a la protección de su salud, para lo cual, las instituciones de salud, deben respetar los siguientes derechos:

- A la vida.
- A la salud.
- A la autonomía.
- A la información.
- A la verdad.
- De confidencialidad.
- A la intimidad.
- A un trato digno.
- A la atención médica.¹¹

¹¹CONASIDA., (1993) **GUÍA PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA**. México. Atelier Producciones. Págs 63 a 65.

El fenómeno del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en la población de México, se ha demostrado, que es un gran problema de salud considerado como prioritario. Este carácter se lo dan sus mismas peculiaridades de suma importancia como fenómeno epidemiológico con efectos trascendentes en la vida económica, social y política de la población, puesto que toda ella es vulnerable tanto a contraerla como a sufrir el impacto directo del SIDA. (Camacho, N., 1994).

"El SIDA como se ha reiterado múltiples veces, no es una enfermedad contagiosa como la hepatitis, la tuberculosis o el sarampión. Las vías por las que se transmite el virus que lo causa están claramente establecidas. Y son ampliamente conocidas las medidas preventivas necesarias para evitar la infección. Por ello, resulta injustificable toda discriminación laboral en contra de las personas portadoras del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Con el pretexto de proteger a su planta laboral, muchas empresas y compañías imponen la prueba de detección de anticuerpos al VIH a sus trabajadores o a los aspirantes a algún puesto de trabajo, la mayoría de las veces sin contar con el consentimiento del trabajador o solicitante del empleo. El resultado es el despido o la no contratación de aquellas personas con diagnósticos positivos, aún cuando conserven toda su capacidad física y mental. Esa medida además de injustificada - todas las investigaciones al respecto afirman que el riesgo de infección en el lugar de trabajo es prácticamente nulo, e incluso para los trabajadores más expuestos, los de la salud, el riesgo es muy bajo -, es claramente violatoria de los derechos humanos de los afectados por el VIH. En México existe, desde 1995, como ya se mencionó anteriormente, una Norma Oficial que establece el carácter voluntario de las pruebas de detección y el respeto a la confidencialidad de los resultados, además descalifica su uso "como causal para rescindir un contrato laboral" o "como requisito para el ingreso a actividades".

Desgraciadamente, dicha Norma, poco conocida, no se cumple. Y no existen los mecanismos legales que garanticen su cumplimiento. Es necesario establecer claramente esos mecanismos en la Ley Federal del Trabajo para evitar las violaciones de los derechos laborales y humanos de los trabajadores y las personas que viven con VIH o con SIDA.¹¹²

Por otro lado, el SIDA como problema de salud pública; necesariamente debe ser abordado por la rama del derecho penal, para adecuarlo a la realidad, ya que, la infección puede estudiarse como riesgo, daño, lesión, contagio, responsabilidad, etc., pues lo que está en juego es la vida de los seres humanos.

¹¹²Editorial, (julio de 1997) en SECCIÓN LETRAS, PERIÓDICO LA JORNADA. México. Pág. 2.

Sin embargo, esto no quiere decir, que con medidas penales se va a detener el SIDA, pero, la función del derecho penal podría ser utilizada como prevención general y especial.

Entendiéndose por prevención general la pena establecida en la ley y su eficacia intimidante; mientras que la prevención especial, tiene como fin separar al infractor de la sociedad y lograr su readaptación a través del trabajo y la capacitación para él mismo. Por otro lado, en el caso de un enfermo de VIH/SIDA, es difícil pensar en él como un sujeto viable para la recuperación de su salud física y mental por medio de la pena.

Es necesario contar con normas jurídicas penales que sancionen a todo individuo portador de VIH; que se encuentre previamente informado de las formas de propagación del virus y que haciendo caso omiso transmita la enfermedad a otras personas. (Camacho, N., 1994).

Los artículos en materia penal que pudieran tener relación con el VIH/SIDA son los siguientes:

PELIGRO DE CONTAGIO

(ARTÍCULO 199 Bis)

"El que a sabiendas de que está enfermo de un mal venéreo u otra enfermedad grave en período infectante ponga en peligro de contagio la salud de otro, por relaciones sexuales u otro medio transmisible será sancionado de tres días a tres años de prisión y hasta cuarenta días de multa. Si la enfermedad producida fuera incurable, se impondrá la pena de seis meses a cinco años de prisión. Cuando se trate de cónyuges, concubinarios o concubinas, sólo podrá procederse por querrela del ofendido."¹³

Incurrir en este delito aquellos portadores del VIH que conozcan estar infectados y tengan relaciones sexuales con otra persona sana. (Camacho, N., 1994).

¹³CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL. (1997) México, Ed. Porrúa. Pág. 53.

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

(ARTÍCULO 228)

"Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes; y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la ley General de Salud ó en otras normas sobre ejercicio profesional, en su caso:

- I. Además de las sanciones fijadas para delitos que resultan consumados, según sean dolosos o culposos, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso reincidente; y
- II. Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus auxiliares, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquellos."¹⁴

Incurren en este delito, básicamente los profesionistas del sector salud, que por negligencia o falta de responsabilidad no comuniquen a sus auxiliares que tratan con un enfermo de SIDA, o que el mismo personal de salud sea el que provoque la infección por VIH. (Camacho, N., 1994).

LESIONES

(ARTÍCULO 288)

"Bajo el nombre de lesión se comprenden no solamente las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano; si esos efectos son producidos por una causa externa."

¹⁴ IDEM. Pág. 68 y 69.

(ARTÍCULO 292)

“Se impondrán de cinco a ocho años de prisión al que infiera una lesión de la que resulte una enfermedad segura o probablemente incurable, la inutilización completa o la pérdida de un ojo, de un brazo, de una mano, de una pierna o de un pie, o de cualquier otro órgano; cuando quede perjudicada para siempre cualquier función orgánica o cuando el ofendido quede sordo, impotente o con una deformidad incorregible.”

(ARTÍCULO 293)

“Al que infiera lesiones que ponga en peligro la vida se le impondrá de tres a seis años de prisión, sin perjuicio de las sanciones que correspondan conforme a los artículos anteriores.”¹⁵

Incurren en este delito cualquier persona que a través de golpes infecte a otra con el VIH. (Camacho, N., 1994).

ABANDONO DE PERSONAS

(ARTÍCULO 335)

“El que abandone a un niño incapaz de cuidarse así mismo o a una persona enferma, teniendo obligación de cuidarlos, se le aplicará de un mes a cuatro años de prisión, si no resultare daño alguno, privándolo, además, de la patria potestad o de la tutela, si el delincuente fuera ascendiente o tutor del ofendido.”¹⁶

Incurren en este delito el personal médico o paramédico que abandonara un enfermo con VIH/SIDA, así mismo cualquier otra persona con una actitud discriminatoria similar. (Camacho, N., 1994).

¹⁵IDEM. Pág. 88 y 89.

¹⁶IDEM. Pág. 94.

DELITO DE DIFAMACIÓN

(ARTÍCULO 350)

"El delito de difamación se castigará con prisión hasta de dos años a multa de cincuenta a trescientos pesos, o ambas sanciones, a juicio del juez.

La difamación consiste: en comunicar dolosamente a una o más personas la imputación que hace otra persona física, o persona moral en los casos previstos por la ley, de un hecho cierto o falso, determinado o indeterminado, que pueda causarle deshonra, descrédito, perjuicio, o exponerlo al desprecio de alguien."¹⁷

El hecho de que se divulgue la existencia del VIH/SIDA en cualquier persona, por empleados del sector salud o particulares, independientemente de que sea cierto o falso, constituye la forma más común de difamación. (Camacho, N., 1994).

El enfoque de esta propuesta es proteger a los individuos que estén o no infectados, por ser miembros de una sociedad. Como se ha dicho, el SIDA, por su carácter social requiere de la participación del derecho, medio de defensa para imponer y garantizar la libertad, el orden y la paz social, ya que es necesario y urgente establecer normas jurídicas que regulen la conducta de los individuos. (Camacho, N., 1994).

Otra forma de regular o modificar la conducta de los individuos es la utilización de la psicoterapia grupal, ya que las personas, reaccionan mejor en grupo, en donde se les enseña a tomar conciencia de su enfermedad y a manejar sus impulsos agresivos hacia los que los infectaron, o bien a los que no se encuentran infectados, disminuyendo con esto el riesgo a que se exponen y sensibilizándolos hacia el hecho de ejercer su vida sexual con medidas preventivas, con el fin de proteger así a la sociedad en que viven. De esta manera, la psicoterapia de grupo puede prevenir la violación de alguno de los artículos mencionados anteriormente.

¹⁷IDEM. Pág. 96.

CAPÍTULO III PSICOTERAPIA DE GRUPO

3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Kadis, A. et al. (1969) realizaron una reseña histórica sobre la psicoterapia de grupos reportando que el antecedente de asociarse en grupo data de la época de las cavernas, en donde el hombre ha constatado las ventajas que obtenía de reunirse y trabajar en grupo. La técnica de psicoterapia de grupo surgió debido al interés y estudio de esta característica, y de los principios fundamentales del comportamiento de grupos.

Clínicamente se ubican los orígenes de la psicoterapia de grupal con Pratt, A. (1907) quien comenzó a tratar los problemas emocionales que presentaba su grupo de pacientes tuberculosos.

Después esta técnica empezó a extenderse y Lasell, W., en (1921) trató la demencia precoz utilizando el método de Pratt, que consistía en conferencias e instrucciones a los pacientes.

Marsh, C. (1940) también utilizó la técnica de conferencias en aulas aunque realizó un cambio al procedimiento, utilizó altavoces para comunicarse con la población de todo el hospital.

Snowden, L. (1940) proporcionaba ocho conferencias semanales y durante 20 minutos discutía las diversas causas de las enfermedades mentales.

Low, A. (1941) y Klapman, W. (1946) modificaron las técnicas anteriores dándole mayor importancia a las entrevistas de grupo que a las conferencias.

Así mismo, informan que los primeros ensayos con grupos psicoanalíticamente orientados se debe a Trigant Burrow (1926) quien encontró que el material verbalizado en análisis individual, también se trabajaba en grupos grandes, al igual que el proceso de transferencia y mecanismos de defensa. Creía que una de las ventajas más importantes del grupo era la capacidad de disminuir la resistencia al proceso del tratamiento.

Kurt Lewin (1936) perfeccionó los conceptos de la teoría de campo y la dinámica de grupo, contribuyendo esto a la creación de la psicología social moderna.

Louis Wender (1936) utilizó la terapia de grupo psicoanalíticamente orientada hacia el área clínica; hizo énfasis en el hecho de que los impulsos podían aliviarse mayormente en la psicoterapia de grupo que en la individual.

Por su parte Paul Schilder (1936) utilizó el método de grupo como técnica psicoterapéutica, reportó además que las ideologías de los pacientes provenían del self o esfera corporal.

En Inglaterra también se practicaban estas técnicas, Josuha Bierer (1942) trabajó con el "tratamiento situacional", consideraba que el "club social" era el primer paso para transformar al individuo de un objeto a un sujeto; sus actividades consistían en espectáculos, deportes, literatura, pintura y discusiones.

En las Islas Británicas S.H Foulkes (1940) fue el primero que practicó la psicoterapia de grupo con un fundamento psicoanalítico, incluso cuando sobrevino la segunda guerra mundial; Foulkes utilizó sus técnicas de psicoterapia de grupo en el ejército británico.

En los Estados Unidos de América S. R. Slavson (1950) estudio la psicodinámica de niños con trastornos del carácter, posteriormente su trabajo se extendió hacia las teorías de la psicoterapia en grupos de adultos; concluyo que los siguientes elementos son comunes en toda psicoterapia de grupo:

- a) Relación transferencial
- b) Catarsis
- c) Insight
- d) Prueba de realidad
- e) Sublimación

En cuanto al terapeuta opina que éste debe tener una información adecuada sobre psicodinámica y la psicopatología de cada miembro del grupo.

Otro teórico es J. L. Moreno (1950) contribuyó con el concepto de Psicoterapia de grupo y contribuyó con el psicodrama y el sociodrama para la psicoterapia grupal.

Alexander Wolf (1939) comenzó a practicar "el psicoanálisis en grupos", demostró que las técnicas psicoanalíticas podían trasladarse a un marco grupal.

Por último Kadis, A., et al. (1969) reportan que el método de grupos se ha utilizado en diversos marcos: hospitales, instituciones gubernamentales y privadas, agencias sociales, escuelas y con un sin número de poblaciones: alcohólicos, drogadictos, obesos, delincuentes juveniles, mujeres embarazadas, fumadores, víctimas de agresión sexual, etc.

3.1.1 ¿ QUE SON LOS GRUPOS TERAPÉUTICOS ?

El término psicoterapia de grupo puede tener dos significados: un número de individuos reunidos para realizar sesiones terapéuticas especiales, o bien, un esfuerzo planeado para descubrir las fuerzas que en un grupo llevan a una fácil actividad cooperativa (Bion, W., 1991).

En un grupo el sujeto tiene la oportunidad directa de comparar y contrastar su modo de obrar con el de otros; puede ver que lo que consideraba particular a él es común y lo que consideraba común es particular a él, llamando a esto "reacción de espejo". Así mismo, se familiariza con nuevas formas de sufrimiento y nuevas formas de resolución de problemas, representada cada una de las personas que se encuentran en el grupo.

Este encuentro siempre en evolución, siempre cambiante está o debe de estar, en la medida de lo posible, confinado al encuentro terapéutico en presencia del terapeuta. Ahora la labor de éste es mantener el equilibrio dentro de los límites, es decir, proteger a los individuos del daño que causarían reacciones excesivas o una selección incompatible y asegurarse que lo que se aprenda sea significativo y pueda ser usado constructivamente. (Kadis, A. et al., 1969).

En toda relación grupal el objetivo permanente es no sólo que los miembros del grupo hablen del tema, no solo que digan lo que sientan, sino que también expresen lo que sobre el tema suponen, con el soporte emotivo que toda relación interpersonal involucra (Bauleo, A., 1977).

En la formación de grupos de trabajo Bauleo (1977) hace una clara diferenciación entre experiencia grupal y el concepto del grupo.

Para él la experiencia grupal, es la expresión de lo vivido por los sujetos, es el relato de lo por ellos vivido, es el discurso sobre lo sentido y percibido en dicha situación; es lo comunicado durante y después de haber participado en las interrelaciones del grupo.

Y cuando habla del concepto de grupo, lo considera desde quien observa o coordina una experiencia grupal. Cuya función es la de interpretar lo que sucede a los otros. El grupo efectúa una terapia, un aprendizaje o un trabajo; el coordinador mirará el cómo se lleva a cabo. (Bauleo, A., 1977).

La elaboración de una terapia de grupo, institucional o privado, requiere de mucha deliberación y planeamiento. Es importante que tal programa sea comprendido por sus responsables y por aquellos que ayudarán a llevarlo a cabo.

El terapeuta interesado en la introducción de un programa de terapia de grupo generalmente se enfrenta a una labor valiosa para integrar sus planes dentro del marco existente. Al considerar cualquier innovación, tal como la introducción de la psicoterapia de grupo, la administración de cualquier institución se preocupa de 3 factores:

1º. Economía.

2º. Efectividad.

3º. Personal disponible.

Los requisitos de espacio son mínimos, pues consisten en un cuarto y sillas cómodas para cada uno de los pacientes, el terapeuta, coterapeuta y observadores, si es que los hay.

Una de las ventajas más importantes de la psicoterapia de grupo es su economía en términos de las necesidades del paciente, el tiempo, el personal y el dinero.

En la psicoterapia de grupo, pueden ser atendidos de 8 a 12 pacientes, por terapeuta.

La terapia de grupo es una experiencia socio - psicológica que puede fortalecer la confianza y reducir la angustia del paciente.

El programa de terapia de grupo puede contribuir mucho a la eliminación de las causas de tensión y conflicto entre los pacientes, además es un poderoso medio de aprendizaje, ayuda a

las personas a hacer sus vidas más tolerables. La moral del grupo, el sentimiento de hacer algo en compañía de otros, el sumergirse en una obra común, todo esto tiene un efecto constructivo y terapéutico sobre los miembros.

Es muy provechoso utilizar varios criterios para la selección de pacientes para la psicoterapia grupal. Según el enfoque de Slavson (1943) se sugiere cuatro condiciones generales:

1. El paciente debe de haber experimentado una "satisfacción" mínima en sus relaciones primarias alguna vez durante su niñez.
2. Sus problemas sexuales deben de estar reducidos al mínimo.
3. Poseer suficiente básica del yo.
4. Desarrollo mínimo del super yo.

Mientras que Leopold (1957) cita las siguientes características necesarias en los pacientes para la psicoterapia en grupo:

- Pleno contacto con la realidad.
- Capacidad de reaccionar emocionalmente en una relación interpersonal.
- Flexibilidad suficiente para aumentar o reducir la tensión dentro del grupo .
- Facultad para controlar y manifestar su agresión.

Además de los criterios anteriores es importante considerar los siguientes parámetros:

- Índice de reacción a la angustia.
- Identificación y empatía con otros .
- Fortaleza del yo.
- Conexión con los sistemas de defensa de los pacientes (Kadis, A. et al., 1969).

Ser miembro de un grupo, ser aceptado y aprobado tiene máxima importancia en el desarrollo del individuo. Ya que nos apoyamos en los otros no solo para ser aprobados y aceptados, sino también para conseguir la validación continua de nuestro sistema de valores. La creación de un grupo terapéutico, que al principio se considera un grupo artificial, sin importancia, de hecho puede llegar a tener gran trascendencia. Tomando en cuenta una propiedad básica de los grupos: la cohesión, considerada ésta como la atracción que ejerce el grupo sobre sus miembros, condición previa necesaria para la eficacia de la terapia grupal. (Yalom, I., 1986).

La duración de una intervención terapéutica es variada depende de diversos factores como son:

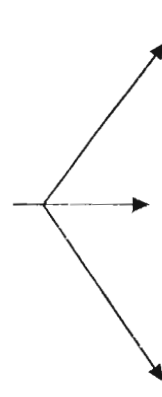
- La institución.
- El objetivo del grupo.
- Las necesidades de los pacientes.
- La formación y el criterio del terapeuta.
- El grueso de la población con la que trabaja.

Dentro de la asistencia institucional, el terapeuta es el agente de la psicoterapia, el supervisor y coordinador del conjunto de actividades terapéuticas. Actualmente los métodos tradicionales resultan insuficientes para satisfacer las necesidades institucionales inmediatas; por lo que es necesario introducir una terapia breve que propicie mayor ajuste y las relaciones con el medio, incrementen la autoestima y decremenen la angustia.

3.1.2 ESTRUCTURA Y FUNCIONES DE LOS GRUPOS TERAPÉUTICOS

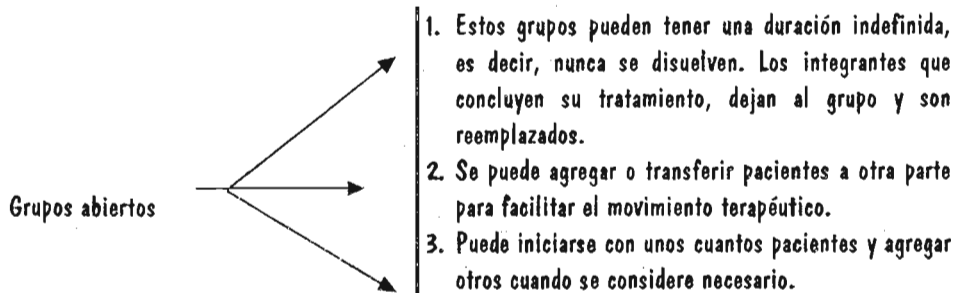
A continuación se describe algunas estructuras y funciones de grupos que Kadis A. et al. (1969) consideran importante conocer:

Grupos cerrados
(Resalta su eficacia en el
tratamiento de grupos
homogéneos)



1. De afiliación constante. No se permite que sus integrantes abandonen el grupo ya que, desde un inicio se estipula el tiempo de duración del grupo.
2. Grupos de prototipo familiar. Los miembros del grupo lo abandonan cuando están listos para separarse y desaparecer cuando todos sus miembros lo han abandonado.
3. Grupos ocasionalmente abiertos. Se pueden añadir o transferir miembros de acuerdo a las necesidades del grupo

Una de las principales funciones de los grupos cerrados es provocar respuestas específicas. Por ejemplo la angustia de separación y el tema de la muerte pueden ser muy importantes y con frecuencia intensificar la expresión del tema de la autoconservación. Llevando esto a un extremo, la angustia de la separación es, temor a la muerte o a la partida final.



Una de sus principales funciones es que provoca menor angustia de separación que en los grupos cerrados.

El ingreso de cualquier recién llegado debe ser oportuno, debido a que puede ser facilitador de la desorganización. Esta elevada angustia entre los miembros del grupo se verá reflejada en las sesiones y facilitará o impedirá la comunicación.

La comunicación que se presente en los grupos es vital, por lo que estos mismos autores describen cuatro tipos básicos de comunicación de un grupo psicoterapéutico; facilitadas o manejadas por el terapeuta.

1. Comunicación vertical. La relación terapeuta - paciente es uno a uno, estática, y autoritaria. El paciente confronta y elabora su conflicto sólo con la ayuda constante de la autoridad del terapeuta.
2. Comunicación horizontal. Se acentúa la importancia de la experiencia directa; se considera que la relación estructurada limita la maduración.

3. Comunicación triangular. El grupo funciona sólo bajo la dirección definida y controlada del terapeuta. Por lo que sólo el terapeuta puede efectuar cambios.
4. Comunicación circular. Existe un reconocimiento del terapeuta como experto, quien alienta la dirección del grupo. Tolerancia de relaciones positivas y negativas entre los miembros del grupo. (Kadis, A., et al., 1969).

3. 1. 3 CARACTERÍSTICAS O FENÓMENOS GRUPALES

Cuando se habla de grupo terapéutico, se está hablando de un grupo especial, con la característica de la manifestación de relaciones transferenciales múltiples en presencia de un terapeuta.

Kadis, A., et al. (1969) consideran que existen varios puntos de vista acerca de las formas en que un grupo de terapia crea relaciones entre sus miembros; es así que recopilan diversos autores acerca de los grupos terapéuticos de quienes explica a continuación sus características.

Bach, R. (1954) sugiere siete fases en el trabajo grupal:

- 1) Percepción de un problema de conducta.
- 2) Su reconocimiento.
- 3) Evitación reactiva o supresión del problema.
- 4) Localización de la investigación del problema de comportamiento.
- 5) Reconocimiento de las necesidades inconscientes.
- 6) Demostración de la realidad de las necesidades defensivas.
- 7) Descubrimiento de formas para aprovechar el medio ambiente.

- Stoute, A. (1950) Describe tres formas en el progreso del grupo:

- 1) Resistencia.
- 2) Fenómeno de la discusión de los problemas profundos.
- 3) Libertad y amistad.

Cholden, L. (1953) considera tres fases del desarrollo de un grupo:

- 1) La indagación hasta percibir límites.
- 2) La advertencia de acontecimientos provocadores en el grupo.
- 3) La discusión del origen de las emociones y los conflictos.

Taylor, K. (1950) identifica tres elementos más:

- 1) Descubrimiento de sí mismo.
- 2) Transformación de problemas personales en problemas de grupo.
- 3) Interpretación del grupo.

Wender, L. (1936) considera cuatro fases en el desarrollo de un grupo:

- 1) Intelectualización.
- 2) Transferencias entre los pacientes.
- 3) Catarsis.
- 4) Interés de grupo.

Draikurs, R. (1951) Reconoce:

- 1) El establecimiento de relaciones.
- 2) La interpretación por el terapeuta.
- 3) Principio de la autocomprensión
- 4) Reorientación.

Abraham, J. (1950) observa relaciones que tienen que ver con conexiones del pasado, interacción y aminoración de la resistencia.

Kadis, A, et al. (1969) consideran que en las últimas décadas que han transcurrido desde que surgió la terapia de grupo y como resultado de las diferentes experiencias, se han venido presentando situaciones comunes a los grupos terapéuticos, denominadas *respuestas G* (o bien respuestas de grupo). A continuación se describen las siguientes características:

HOMEOSTÁSIS

El grupo siempre trata de mantener y conservar un equilibrio; que no sea demasiado perturbador. Por lo que se manifiestan diversas reacciones emocionales, como son: amor y odio, agresividad y pasividad, frialdad y calor, las cuales permiten fortalecer la cohesividad terapéutica del grupo, la resolución y la elaboración de los conflictos.

El clima del grupo puede ser modificado por los miembros del grupo o por el terapeuta, el cual, considerando que sabe más sobre lo que ayuda al grupo, cambiando hábilmente el tema de la discusión.

TRANSFERENCIA MULTIPLE

Esta es la más común de las respuestas en un grupo; la cual consiste en la transferencia o la transmisión al terapeuta de las emociones sentidas durante el proceso terapéutico, desde el punto de vista psicoanalítico, se trata de una proyección sobre el analista, acerca de las emociones sentidas hacia los miembros de la familia anterior o actual del paciente.

Cualquier paciente, que se encuentre en un contexto psicoterapéutico puede crear transferencias múltiples con varias personas en el grupo, y cada una puede tener un significado diferente simbólico respecto a él, por lo que, las distintas personas del grupo permiten que cada paciente reaccione a una amplia variedad de estímulos transferenciales.

ASOCIACIONES REACTIVAS

Estas pueden ser provocadas por un estado de ánimo, una condición física o por las verbalizaciones de otro miembro, de varios miembros o de todo el grupo. Por ejemplo: el silencio de 60 segundos que siguió a una acalorada discusión entre los miembros de un grupo; y algunos de los miembros lo asocian con un evento parecido al de su infancia.

MECANISMOS DE DEFENSA

Al igual que en un tratamiento individual, los pacientes en un grupo continuamente tratan de resistirse al tratamiento mediante mecanismos de defensa que pueden considerarse como respuestas del grupo. Por lo que pueden producirse resistencias ha hablar por uno o varios integrantes del grupo así como, presentar sentimientos de rechazo, transferencia, el silencio, las negaciones, proyecciones, etc.

ACTING OUT

Este fenómeno es más común en el tratamiento de grupo que en el individual; y generalmente va dirigido contra el grupo. El acting out se puede presentar no sólo en un paciente sino también en todo el grupo. Mediante esta actividad motora algunos pacientes podrán expresar algo que no pueden manifestar con palabras.

LA CARAMBOLA

Se le denomina así, ya que esta palabra es tomada del juego de billar; cuando la bola pinta, golpea sucesivamente a dos o más bolas. Este tipo de carambola múltiple es parecido al efecto que tiene sobre los miembros del grupo, la condición especial de la tensión emocional producida por el proceso de terapia de grupo y que es un reflejo de contagio emocional. Por lo que, un miembro del grupo puede decir algo que inicie una carambola.

SUBGRUPOS

Otra forma de acting out es la formación de subgrupos. Estos se pueden formar debido a razones relacionadas con las simpatías y antipatías transferenciales, y puede ser para apoyar o atacar a alguien. Se pueden formar para facilitar la acción en favor del terapeuta o contra él.

FRAGMENTACIÓN DEL GRUPO

Esta respuesta G puede presentarse cuando el grupo se siente así mismo, como una serie de miembros individuales en vez de sentirse como un grupo. Generalmente sucede al inicio de un grupo.

CAMBIO EN EL STATUS DE UN MIEMBRO DEL GRUPO

Un cambio importante en el status de un integrante; matrimonio, divorcio o pérdida de un empleo pueden provocar una respuesta G.

ATAQUES AL TERAPEUTA

Los ataques al terapeuta proporcionan oportunidades para analizar el significado de sus respuestas transferenciales. Ya que la misma situación de grupo provoca problemas de autoridad, se tiende a expresar tales problemas atacando al dirigente. Pueden atacar al terapeuta por dedicarle

"demasiado tiempo" a un paciente o por no dedicarle el tiempo suficiente a los problemas de otro. Es muy importante, interpretar estos acontecimientos.

REACCIÓN ANTE EL INGRESO DE UN MIEMBRO NUEVO

Cada uno de los miembros del grupo reaccionan de manera individual ante la llegada de un nuevo miembro, de acuerdo a su propia situación emocional interna. Puede variar desde el entusiasmo a la desilusión.

Todas estas respuestas G pueden ocurrir en un grupo terapéutico, aunque no siempre ocurren todas en un grupo.

3.1.4 PSICOTERAPIA BREVE

Fiorini, H. (1990), es uno de los teóricos más importante de la psicoterapia breve, quien considera que la máxima eficacia de una terapia breve depende de la elaboración de un programa unitario de tratamiento realizado por un equipo asistencial, que coordine diversas técnicas en una acción total. Para esto, las terapias breves necesitan asentar su base en la experiencia clínica, concepción y sistematización del psicoanálisis, disciplinas sociales y de diferentes modalidades terapéuticas, orientándose hacia la elaboración de un esquema referencial propio, ya que ejerce en un contexto original que no admite la extrapolación directa de conceptos e instrumentos surgidos en otros campos asistenciales.

En consecuencia, en la psicoterapia breve se intenta una comprensión psicodinámica de la vida cotidiana del paciente que se basa en la planificación de su vida diaria, en orientación familiar o laboral. Y en la pronta solución de la problemática que le aqueja.

Y como las características básicas de las terapéuticas breves ofrecen:

- Permitir al paciente un clima permisivo, vínculos interpersonales nuevos.
- Favorece el aprendizaje de autoevaluación y crítica de sus conductas habituales, tanto en su interacción familiar como institucional.

- Alenta al paciente en la asunción de roles que fortalecen su capacidad de discriminación y ajuste realista.
- Ayuda a la elaboración de un proyecto personal con metas que impliquen adquisición de cierto bienestar y autoestima.
- Ejerce influencia sobre pautas de interacción familiar, favoreciendo su comprensión del sentido de la enfermedad, los síntomas y orientándolo hacia el control de su ansiedad y hacia la elaboración grupal de nuevos modos de ajuste interpersonal.

Para que éstas características puedan verse desarrolladas y ofrecer beneficios a las personas que las reciben es necesaria, la utilización de las intervenciones del terapeuta, como instrumentos esenciales del proceso psicoterapéutico. Una serie de intervenciones verbales por parte del terapeuta, son herramientas esenciales en la psicoterapia, de las cuales Fiorini (1990), considera las siguientes:

1. *Interrogar* al paciente, solicitarle datos precisos, ampliaciones y aclaraciones de sus relatos, el hecho de preguntar en exceso, además de ser una de las primeras reglas de una técnica psicoterapéutica eficiente, permite obtener una gran cantidad de información de niveles más amplios de la problemática del paciente.
2. *Proporcionar información*, el terapeuta no sólo investiga la conducta de las personas, también es transmisor de la cultura humanista y psicológica, en este sentido cumple con un rol cultural, al transmitirle al paciente elementos de higiene sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluso esta información puede ampliarse recomendando lecturas.
3. *Confirmar o rectificar los criterios del paciente sobre su situación*, la rectificación permite poner de relieve los aspectos principales del discurso del paciente, así mismo es importante observar cómo el paciente manipula los aportes rectificadores del terapeuta. Mientras que la confirmación por parte del terapeuta contribuye a consolidar en el sujeto sus propios recursos propios, ya que toda ocasión en la que el terapeuta pueda estar de acuerdo con la interpretación del paciente es oportuna para estimular su potencial de crecimiento.
4. *Clarificar*, consiste en reformular el relato del paciente, de tal forma que ciertos contenidos y relaciones del mismo adquieran mayor significancia. Este tipo de intervenciones prepara el campo

para penetrar en aspectos psicológicos más ricos y comprensibles de la problemática del sujeto.

5. *Recapitular*, se resumen los puntos esenciales que hayan surgido en el proceso de cada entrevista, o bien de todo el tratamiento, este tipo de intervenciones estimula el desarrollo de una capacidad de síntesis.
6. *Señalamientos*, este tipo de intervenciones son constantemente utilizados en psicoterapia, los cuales consisten en señalar relaciones entre datos, secuencias significativas, así como las capacidades manifiestas y latentes del paciente. Estos señalamientos invitan a un acuerdo básico sobre los datos a interpretar, dan la oportunidad de modificar esos datos, constituyendo el trabajo preliminar que sienta las bases para interpretar el sentido de esas conductas, y generalmente utilizada como regla la conveniencia de señalar antes de interpretar.
7. *Interpretaciones*, con éstas se intenta descubrir con el paciente el mundo de sus motivaciones y sus sistemas internos, recordando que toda interpretación es desde el punto de vista metodológico, una hipótesis cuya verificación se cumple siempre en un proceso abierto e interminable. Las interpretaciones en psicoterapia deben cubrir las siguientes funciones:
 - Proporcionar hipótesis sobre conflictos actuales en la vida del paciente.
 - Reconstruir determinadas constelaciones históricas significativas.
 - Explicitar situaciones transferenciales de peso en el proceso.
 - Rescatar capacidades del paciente negadas o no cultivadas.
 - Hacer comprensible la conducta de los otros en función de nuevos comportamientos del paciente.
 - Destacar las consecuencias de encontrar alternativas en el paciente capaces de sustituir las anteriores.
8. *Sugerir*, actitudes determinadas, en las cuales el terapeuta propone al paciente conductas alternativas, que propiciarían el insight.
9. *Intervenciones directas*, se trata de indicar específicamente la realización de ciertas conductas con carácter de prescripción, las intervenciones directivas se utilizan en especial en aquellas situaciones en las que el paciente (y/o el grupo) se encuentren sin los recursos yoicos, es decir, sin los mecanismos adaptativos de fuerza y diversidad suficientes, para manejar una situación traumática, siendo comúnmente presos de una ansiedad excesiva. Y es preciso utilizarlas hasta que el paciente recupere o adquiera los recursos yoicos necesarios para lograr autonomía.

10. *Encuadre*, comprende todas las especificaciones en relación al espacio y tiempo en que habrá de asumir la relación terapéutica: lugar, ubicación, duración y frecuencia de las sesiones, ausencias, retribuciones.

11. *Meta - intervenciones*, significa comentar o aclarar el significado de haber puesto en juego cualquiera de las intervenciones anteriores, es decir, consiste en todas aquellas intervenciones del terapeuta cuyo objeto son sus propias intervenciones.

Para el funcionamiento de éstos parámetros sobre los que se intenta ejercer influencias terapéuticas, pueden ser en la institución instrumentos técnicos útiles: la psicoterapia individual y/o grupal. (Fiorini, H., 1990).

3.1.5 FIN DEL TRATAMIENTO

En general la mayoría de los psicoterapeutas piensan más en una "recuperación" que en una "curación", ya que este término es relativo, y se dificulta su grado de medición.

Por lo que en psicoterapia de grupo se pueden tomar algunos indicadores de recuperación, dependiendo del grado de su trastorno y su potencial para una mejoría.

Pueden plantearse las siguientes preguntas para determinar el final del tratamiento: ¿ que tan adelantado están los pacientes respecto a la solución de su problema central y de algunos otros conflictos significativos ? ¿ hasta que grado pueden desenvolverse mejor que antes ? ¿ en que áreas se han sobrepujado a su incapacidad o la han disminuido ? sin embargo, cada miembro puede ser valorado sólo considerando el punto de referencia de su funcionamiento antes de la intervención psicoterapéutica, tomando en cuenta su personalidad, su actitud ante la realidad y siempre hay que tomar en cuenta que ningún criterio puede ser aplicado totalmente para un grupo. (Kadis, A., et al., 1969).

Incluso en los grupos homogéneos, las diferencias en la estructura del carácter, la psicopatología y los recursos individuales requieren una valoración especial para terminar el tratamiento.

En la medida que el paciente afirma la comprensión de sí mismo, sabrá que su aptitud para terminar el tratamiento será valorada no por un criterio común sino por su criterio personal, dado por su individualidad.

Existen otros métodos, que pueden consistir en reducir gradualmente las sesiones, de sesiones semanales a sesiones mensuales, hasta que concluya la terapia.

Otros terapeutas confían en la aplicación de una serie de pruebas de personalidad, para decidir el fin del tratamiento.

No hay que olvidar que los pacientes de un grupo también indican su disposición para terminar el tratamiento, lo cual, puede ser considerado como un indicio saludable.

Y por último en los grupos cerrados, se plantea desde un inicio la fecha en la que habrá que concluir el trabajo psicoterapéutico grupal. (Kadis, A., et al., 1969).

3.2 PSICOTERAPIA GRUPAL A PERSONAS INFECTADAS POR VIH Y CON SIDA

Es a partir de la década pasada, que los especialistas en el campo de la salud mental se enfrentaron al reto que implica brindar asistencia psicológica a las personas que viven con VIH o aquellas que han desarrollado SIDA.

Desde entonces, se ha planteado la necesidad de implementar medidas psicoterapéuticas de soporte, además del tratamiento psicofarmacológico. Por lo que han surgido diversas modalidades de tratamiento psicológico, entre ellas la psicoterapia de grupo, la cual constituye una medida de apoyo emocional, que proporciona un ambiente de seguridad, contención, facilitando la elaboración y discusión de temas relacionados con la enfermedad, la vida, la muerte y la sexualidad. Además es un medio que propicia la educación y promueve cambios actitudinales y conductuales que exige la misma enfermedad. (Ardila, R., en Méndez, J., Delgado, A., 1990).

A continuación se describe la intervención de la psicoterapia de grupo, en distintos enfoques y por diversas instituciones, explicando brevemente en que consiste su programa de tratamiento grupal con personas seropositivas:

Spector, I., Conklin, R. (1987) formaron un grupo terapéutico con personas con SIDA reportando que su trabajo grupal estuvo organizado sobre principios de la psicoterapia de apoyo, obteniendo los siguientes resultados:

A sus pacientes parece no importarles la aparición de las primeras enfermedades sino más bien, cuando aparecen las complicadas hospitalizaciones y otras complicaciones médicas es cuando logran tomar conciencia de su propia mortandad. Además los pacientes con SIDA están constantemente recordando el hecho de morir debido a las numerosas muertes de amigos, haciendo difícil superar el impacto inicial del enfrentamiento con su propia muerte y reforzando su sentimiento de abandono.

El aislamiento es especialmente acentuado en estos pacientes ya que experimentan una carencia de apoyo de la comunidad, de la familia y de la pareja. Por lo que la meta principal de su trabajo grupal fue el contacto empático y el proporcionar apoyo. La terapia cognitiva también fue utilizada en el grupo, en un sentido de apoyo.

Los pacientes se mostraron muy accesibles a responder preguntas sobre su enfermedad, complicaciones y tratamiento; ocasionalmente se utilizó una terapia orientada al insight con base psicodinámica, esta modalidad fue utilizada cuando los pacientes reportaban conflictos psicológicos y fue usualmente manejada como un elemento de terapia de apoyo.

En relación al comportamiento del grupo informan los siguiente:

El grupo se estructuró así mismo como una unidad cohesiva, brindándose apoyo mutuo en las sesiones iniciales, debido a que compartían los diagnósticos, esta cohesividad pareció disminuir de alguna forma después de las primeras 8 semanas de terapia grupal, momento en el cual las divisiones aparecieron entre sus miembros sanos y los miembros físicamente enfermos. Los miembros del grupo más enfermos físicamente no respondieron empáticamente hacia los miembros del grupo más sanos. Varios miembros del subgrupo de los sanos se mostraban ansiosos cuando se discutían los problemas de los pacientes físicamente más debilitados, posiblemente porque constituían la imagen de sus condiciones futuras. Los miembros más sanos del grupo negaban o se resistían a tratar con las complicaciones médicas de aquellos quienes habían sufrido un progreso más rápido de la enfermedad, así mismo, verbalizaban su resentimiento por esperar que ellos hablaran sobre el desenlace fatal de su enfermedad. Ellos creían que hablar sobre la fatalidad esperada era una actitud negativa que no les ayudaría en su lucha contra la enfermedad y argumentaban que la enfermedad posiblemente podría ser manejada con una actitud mental positiva. Cuando varios miembros del "pensamiento positivo" murieron, los que sobrevivieron tenían el mismo pensamiento, el cual les favoreció anímicamente .

La resistencia a la terapia rápidamente apareció en este grupo, ya que muchos de los pacientes físicamente sanos negaron lo letal de la enfermedad y evitaron hablar sobre temas relacionados con la terminación. Ésta resistencia fue superada por el hecho de observar varios miembros del grupo deteriorarse rápidamente y morir.

Por último reportan que los temas en este grupo fueron generalmente propuestos por los pacientes y pocas veces por los terapeutas.

En el Hospital de la Nutrición Salvador Zubirán, Sifuentes, F., y Casillas, J. (1988) desarrollaron un programa de investigación de pacientes con SIDA. En donde la atención integral que proporcionaron a las personas que viven con VIH/SIDA incluyó los aspectos psicológicos, para los cuales utilizaron las técnicas grupales; debido a que por su enfermedad fatal y estigmatizada, requieren de contención y apoyo emocional, en el entendido de que un grupo terapéutico es un buen continente en la mayoría de los casos, que los puede ayudar para enfrentar esta situación adversa.

Trabajaron con un grupo homogéneo, en la modalidad de psicoterapia breve, apoyado en los postulados de Fiorini (1975), quien propone un sistema de influencias de cambio, que se apoyan en tres elementos: la activación yoica, elaboración de un foco y una relación de trabajo. Para llevarse a cabo este sistema es necesario un yo activado, para focalizar la tarea, así al trabajar sobre un foco

se refuerza al yo, proporcionándole un área en la que se centra sus funciones. Por lo que, los objetivos de esta terapia breve fueron:

- Incrementar la capacidad yoica de los pacientes, para lograr una mejor adaptación ante las circunstancias que enfrentan.
- Orientar sus esfuerzos hacia su problema principal, es decir, su enfermedad.
- Mantenerlos en las mejores condiciones posibles de sobrevivida.
- Proporcionar información médica de su padecimiento, por lo que en algunas sesiones estuvo como invitado un infectólogo.

Para la selección de los pacientes tomaron en cuenta:

- El estado físico, eligiendo a los pacientes con SIDA cuya sobrevivida probable fuese mayor a seis meses.
- En cuanto al estado psicológico, se tomaron en cuenta los estudios psicológicos aplicados en el Departamento de medicina Psicológica, eligiendo a los pacientes con mayor control de sus emociones, contacto adecuado con la realidad y buena capacidad para relacionarse con los demás. Dichas características fueron utilizadas para valorar las posibilidades de pertenecer a un grupo y trabajar en él.

Con estas características fueron seleccionados 10 pacientes, de los cuales sólo llegaron 7 en la primera sesión, el encuadre que plantearon fue de una sesión semanal, de una hora y media de duración, en un día fijo, en el mismo lugar, durante seis meses.

Este estudio comprende los primeros meses de trabajo con el grupo, en donde los autores resaltan los siguientes puntos:

1. Los pacientes que se integraron más al grupo fueron los de mayor estabilidad emocional, que en este caso fueron los de mayor edad, en tanto que los más jóvenes y con menor estabilidad emocional, asistieron de manera irregular pero, estableciendo contacto con los demás integrantes del grupo.
2. Se logró que el grupo expresará sus sentimientos de enojo y de tristeza por padecer SIDA y por el hecho de haber sido contagiados. Así como, establecer proyectos y preparativos para el desenlace final.
3. El grupo pudo contenerlos en la mayoría de los casos y proporcionarles apoyo emocional que requerían.

4. Por parte de los dos terapeutas, se encontró provechoso compartir la intensidad de las emociones que produjo el trabajo con este tipo de pacientes.
5. Surgió la inquietud de trabajar en nuevos proyectos, organizando grupos con mujeres, con pacientes hombres heterosexuales, contagiados por diferentes medios que el contagio sexual, grupos seropositivos asintomáticos y en relación al equipo de terapeutas, uno integrado por hombre y mujer.
6. Finalmente, un aspecto muy importante que reportaron es el esfuerzo por difundir los problemas de discriminación y rechazo que sufren los pacientes en el ambiente laboral, escolar y familiar, lo cual llevará a disminuir los prejuicios que actualmente predominan hacia esta enfermedad y hacia quienes la padecen.

En tanto que, Méndez, J., y Delgado, A. (1990) formaron (en el año de 1988, en la Universidad de Psiquiatría del Hospital Universitario, perteneciente a la Universidad Autónoma de Nuevo León), un Grupo Psicoeducativo, como instrumento específico de tratamiento a pacientes que viven con VIH/SIDA.

Inició con 4 pacientes elegidos bajo los siguientes criterios:

1. Diagnóstico de VIH.
2. Mayores de 15 años.
3. Que no presenten complicaciones severas por el SIDA.
4. Que lleven seguimiento en algún Departamento del mismo Hospital.
5. Que presenten conductas homosexuales o bisexuales.

Los objetivos iniciales fueron:

1. Brindar apoyo emocional y educativo a los pacientes.
2. Fomentar la interacción interdisciplinaria para el abordaje del SIDA en la Institución
3. Estimular futuras investigaciones, después de 2 años de evolución de este grupo.

Las sesiones las efectuaron una vez a la semana, con la asistencia de 5 pacientes y siguiendo los lineamientos marcados por los principios postulados por Anderson (1987), quien define a la terapia psicoeducativa como una postura basada en empatía, con el fin de fomentar los aspectos educativos, a través de informarle a los pacientes la etiología, fisiopatología, evolución, sintomatología y tratamiento de la enfermedad. Así como, eliminar las creencias erróneas, de culpa por el ejercicio de la sexualidad y por la estigmatización de la sociedad.

Obteniendo las siguientes conclusiones:

- El SIDA es una enfermedad que por sus características de gravedad y propagación se ha convertido en un severo problema de Salud Pública.
- Mientras las Ciencias Biológicas no han desarrollado una forma efectiva de tratamiento, las ciencias de la Salud Mental intervienen con estrategias psicológicas en el control de la propagación de la enfermedad, en los aspectos de conducta sexual y calidad de vida de los afectados.
- En el medio hospitalario, el abordaje grupal psicoeducativo, con 2 años de evolución está probando su efectividad como instrumento específico en el tratamiento de estos pacientes.
- Pretenden demostrar que futuras investigaciones explicarán el puente entre mejoría emocional y mejoría física con este tipo de pacientes. (Méndez, J., Delgado, A., 1990).

En este mismo orden de ideas, Martínez, E., Portillo, L. (1990) también formaron un grupo psicoterapéutico con personas infectadas por el VIH/SIDA en la Facultad de Medicina y el Hospital Universitario Dr. J. E. González de la Unidad de psiquiatría, perteneciente a la Universidad Autónoma de Nuevo León, reportando a través del proceso grupal 4 etapas por las cuales atraviesan las personas que asisten a terapia grupal:

En la primera etapa se presentan la identificación y la fantasía de pretender ser atendidos y aceptados por el grupo.

Una segunda etapa es aquella vivida por la fantasía de contagio a los otros y por su eminente muerte.

En una tercera etapa se observa el reajuste de su estilo de vida, así como un manejo diferente en el enfrentamiento con su enfermedad.

La cuarta etapa del grupo se caracteriza por las fantasías de destrucción que han estado presentes en la mayoría de las sesiones, así como el hecho de ser destruidos y no querer ayuda.

Finalmente concluyen que encontraron los siguientes datos en su grupo psicoterapéutico:

El 50% de los mecanismos de defensa que utilizan estos pacientes pertenecen a la categoría de Pre-represivos, considerados primitivos, como son: la Negación, Proyección, también presentan en un 52% Fantasías en relación a aspectos agresivos como la angustia de castración, miedo de

destrucción del grupo y como consecuencia el temor de perder la ayuda, así como Persecución y Muerte.

El 80% lo conforman sentimientos displacenteros como: ansiedad, miedo, temor, coraje, culpa, depresión, soledad y rechazo.

El 61% corresponde a la Transferencia Negativa hacia la institución, al grupo y a los terapeutas. Propiciando estos hallazgos, fenómenos Contratransferenciales importantes de analizar y revisar en un proceso de supervisión, con el fin de contar con más herramientas para ayudar al grupo.

En tanto que, Kelly, J., et al. (1993) mencionan que a pesar de que han sido muchos los estudios documentados y planteados acerca de las crisis emocionales de las personas afectadas con el SIDA, han existido unas cuantas evaluaciones controladas de terapia con estas personas.

Dichas investigaciones evalúan los aspectos emocionales, cognitivo-conductuales y sociales de grupos de terapia, como en el caso de la que ellos presentan, la cual consistió en asignar a 68 hombres deprimidos infectados con VIH/SIDA a 3 condiciones: 8 sesiones cognitivo-conductuales en grupo, 8 sesiones en grupos de soporte y una condición de comparación. Su tratamiento tuvo una duración de 31 meses, con el fin de obtener el conocimiento necesario de la manera en que iban respondiendo los pacientes. Realizando mediciones antes de la intervención y tres meses después de ésta.

En dicha investigación concluyeron que las terapias grupales para personas depresivas afectadas por el SIDA tuvieron reducciones considerables en varias de sus afecciones. Ambas terapias redundaron en mejoras emocionales importantes en las personas que participaron; así como más personas afectadas por el SIDA lograron prolongar más su calidad de vida, con este tipo de intervenciones psicológicas.

CONASIDA (1994) no se ha quedado al margen de este problema, incluso es el organismo que más ha trabajado en la modalidad de psicoterapia de grupo con pacientes VIH/SIDA asintomáticos, en nuestro país, creando varios modelos de Acompañamiento Psicológico para personas que padecen esta enfermedad y divulgándolos a través de la publicación de sus libros, en donde contemplan modelos grupales de intervención, que han sido probados en centros de información. (Guía Para la Atención Psicológica de Personas que Viven con VIH/SIDA. CONASIDA, 1994).

CONASIDA argumenta en dicha guía, que la fundamentación de la intervención grupal obedece a factores de diversa índole:

El primero se refiere al objetivo de optimizar el servicio a fin de llegar a un mayor número de personas en menos tiempo.

El segundo se motiva en los aspectos Psicosociales y de conocimiento psicológico: un individuo está en mejores condiciones de superar el temor y el menosprecio al compartir con otros como él dificultades similares y comprender que no está solo. Considerando que en un grupo se desarrollan sentimientos de solidaridad e identificación entre sus miembros.

Ya que un grupo no es un conjunto en sentido estático, sino que es un conjunto dinámico, porque dentro de él se entretajan un sinnúmero de redes de interacción y sentimientos.

Existe empatía o no; se reconocen aspectos que no nos gustan en nosotros mismos, o envidiamos aquello que nos gustaría tener o ser.

Los grupos pueden ser cohesivos y trabajar para un fin o bien común o pueden prevalecer las tendencias hostiles que obstaculicen o detengan el crecimiento de sus miembros. Por lo tanto, es fundamental el manejo adecuado de estas fuerzas y el esclarecimiento de las dificultades y logros por un profesional bien entrenado. (Guía Para la Atención Psicológica de Personas que Viven con VIH/SIDA. CONASIDA, 1994).

Reyes, O. (1996) catedrática en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, abrió el servicio de psicoterapia de grupo para pacientes seropositivos en 1994, en un convenio con el Hospital Central Sur de PEMEX y en 1995 inició este servicio en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. reportando los siguientes hallazgos:

Su primer grupo estuvo conformado por 5 pacientes: 2 homosexuales y 3 heterosexuales; de los cuales ninguno contaba con pareja; mientras que el segundo grupo estuvo integrado por: 6 pacientes, todos ellos homosexuales, 4 de éstos no tenían pareja y los dos restantes si contaban con pareja.

La experiencia de trabajar con ambos grupos la llevó a encontrar diferencias en la búsqueda de pareja y reanudación de su vida sexual activa, ya que uno de los temas a trabajar con los dos grupos fue: su sexualidad y vida en pareja.

En su reporte indica que ambos grupos iniciaron el trabajo terapéutico grupal manifestando sentimientos de culpa por el hecho de estar infectados por el VIH; siendo la vía de infección sexual

a excepción de uno de los pacientes del primer grupo, quien era hemofílico y fue infectado por una transfusión sanguínea.

En relación a su homosexualidad, en el primer grupo la identificación entre los dos homosexuales fue menor posiblemente por su preferencia homosexual, además en el grupo había como ya se mencionó 3 heterosexuales, mientras que en el segundo grupo donde todos eran homosexuales hubo mayor identificación y aceptación conforme fue avanzando el proceso terapéutico.

En el primer grupo hubo dos decesos, uno en la sesión 9 y otro en la sesión 14, mientras que en el segundo grupo ninguno falleció.

Las dos mujeres del primer grupo permanecieron sin pareja, hasta la última sesión del grupo, aunque una de ellas reporto tener el "deseo", pero le daba miedo infectar a la otra persona o de ser rechazada por ser seropositiva.

En tanto que para el grupo dos, la situación fue diferente, ya que los 4 integrantes que carecían de pareja, encontraron una, dos de ellos en la sesión 10/ma reportaron haber iniciado la relación, y los dos restantes, uno en la sesión 12/ava y el otro en la sesión 14/ava.

La diferencia básica de estos dos grupos, consistió en la manera en que perciben el ejercicio de su sexualidad, el primer grupo la percibe como algo carente de aspectos sensuales y placenteros, más bien se abocan a cumplir su papel social como madres, por lo que el goce de su ejercicio sexual esta dividido en su vivir cotidiano, mientras que la percepción del ejercicio de la sexualidad para el segundo grupo, es vista como algo placentero, sensual, y erótico.

La autora menciona que en la década de los ochentas ser homosexual era sinónimo de ser enfermo de SIDA, aunado a la ya existente actitud de percibir a los homosexuales como enfermos o degenerados, esto aumenta aún más que sean rechazados, segregados y agredidos, violando injustamente sus derechos humanos. (Reyes, O., 1996).

En la lucha contra esta enfermedad han surgido diversas organizaciones sociales denominadas Organismos No Gubernamentales (ONG), y Organizaciones Civiles (O. C.) que promueven la educación sexual, prevención del SIDA, la defensoría de los derechos humanos y algunas brindan apoyo médico y atención psicológica a las personas infectadas por el VIH o SIDA. A continuación se mencionan algunas organizaciones que brindan apoyo psicológico grupal, a estos enfermos:

LA FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA. A. C.

Conforma grupos de autoapoyo a nivel psicológico, publicando las experiencias de su consejería en su Manual para el Buen Morir para Enfermos de SIDA, por Patricia Fernández Ramírez (1996) en el cual proporciona al consejero herramientas para ayudarle al paciente a transformar su muerte y también su vida.

El propósito de su Manual es que el paciente reflexione sobre la muerte, desde lo más profundo de su corazón, incluyendo el intercambio recíproco de señales verbales y no verbales, teniendo siempre en cuenta el objetivo principal: que el paciente terminal tenga calidad de vida y que muera con plena aceptación y paz interior. Por lo que su Manual incluye técnicas que el Consejero puede poner en práctica con aquellas personas que se encuentren cerca de la muerte.

La autora recomienda que una vez que el paciente ha sido diagnosticado, es necesario tener sesiones de consejería con él o ella, en las cuales hay que dejarlos hablar de sus sentimientos y emociones; y lo que es muy importante mostrarles amor incondicional. El objetivo de estas sesiones es el de ayudar al paciente a ponerse en contacto con todos estos sentimientos de dolor, culpa, miedo y vergüenza que se encuentran reprimidos.

También es importante, que el paciente cuando acuda a la consejería sienta que va a un lugar de paz, que se sienta seguro, un lugar donde no se le juzgará, en donde se le aceptará y amará sin condición alguna. Un lugar donde los pacientes crezcan y aprendan a conocerse así mismos. La autora reporta que la muerte es una gran oportunidad para poder estar en paz con la vida; de tal manera que al decirle a un paciente que está muriendo, en realidad se le está dando la oportunidad de prepararse, y encontrar un sentido a la vida. Otra de las ansiedades por las cuales atraviesa el paciente es el de dejar "asuntos inconclusos", pues algunos pacientes se aferran a la vida y tienen miedo de morir porque no han llegado a enfrentar lo que han sido y hecho. Generalmente esos "asuntos inconclusos" son el resultado de una comunicación que ha sido bloqueada; por lo que, al final de la vida se pueden enmendar los errores del pasado. (Fernández, P., 1996).

Las siguientes organizaciones proporcionan el servicio de grupos de apoyo psicológico

FUNDACIÓN SER HUMANO, A. C.

ORAIN, ORGANIZACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SIDA, A. C.

CASA DE LA SAL, A. C.

GRUPO ALEGRÍA DE VIVIR CLÍNICA 29 (I.M.S.S.)

GRUPO DE AUTOAPOYO "HOSPITAL DE JESÚS"

GRUPO CLÍNICA 10 (I.M.S.S.)

ALBERGUES DE MÉXICO I. A. P. ERMITA AJUSCO

(VALSIDA), VOLUNTARIADO ACCIÓN EN LUCHA CONTRA EL SIDA

(FUNTESIDA), FUNDACIÓN TELOYUCAN DE LUCHA CONTRA EL SIDA

EL COLOR DE LA LUZ

Cada vez más gente procura aprender a sobrellevar sus padecimientos, una vez afectados por el SIDA, para así prolongar su vida y un mayor número de personas tendrán que afrontar ésta misma situación invariablemente. Por lo que es imperioso evaluar diferentes intervenciones que generen beneficios en la salud mental del enfermo, así como mejorar los servicios en la salud. Ya que el perfeccionar los servicios de salud mental permitirá incrementar beneficios en la salud pública.

A pesar de que muchas personas afectadas por VIH acuden frecuentemente a los servicios para incrementar la salud mental, existen unas cuantas técnicas psicoterapéuticas que pueden aminorar los padecimientos que afectan a dichas personas.

Aunque el problema que ha generado el VIH es relativamente nuevo, muchas investigaciones han experimentado diversos métodos para asistir a personas en crisis, con disfunciones en su salud. Incluyendo enfermedades crónicas, mortales o enfermedades muy severas sin probabilidad de sobrevivencia.

Lo que ha llamado más la atención, son las intervenciones grupales que más comúnmente se aplican a personas con enfermedades con poca certeza de sobrevivencia y padecimientos crónicos, las cuales propician mayor aliento y esperanza a personas desahuciadas, por el hecho de estar mejor estructuradas y organizadas; proporcionando una mejoría en el estado anímico y emocional. Pero no debería uno de esperar hasta que el momento de la muerte este cercano, para empezar a vivir. Si se enseña a las personas a ver la muerte como un compañero que viaja con nosotros por la vida, recordando que no hay que esperar hasta el final para empezar a hacer lo que se tiene o desea hacer, entonces, podrán aprender a vivir la vida intensamente y no sólo pasar por ella. Nacer, crecer, y reproducirse es parte del vivir humano, y la muerte es la etapa final en el desarrollo de los seres humanos. Por lo que la vida debería valorarse cada día, y no sólo al final de una muerte anticipada. A lo largo de este trabajo se ha reiterado que la mayoría de nosotros no estamos preparados para

enfrentarnos a las pruebas emocionales y espirituales que significan aceptar la muerte de un ser querido o incluso la propia muerte. Nuestros temores y creencias suelen ser definitivamente el obstáculo para afrontar dicha experiencia.

CAPITULO IV MUERTE

4.1 GENERALIDADES ACERCA DE LA MUERTE

La sociedad actual generalmente priva al hombre de sensibilizarse al hecho inescapable de su muerte, de igual manera, la misma sociedad no facilita a los hombres demostrar demasiada emoción acerca de la muerte de un ser amado; no siempre es bien visto. Según el sociólogo inglés Gorer (1965) citado en (Lichtszejn, J., 1979), una ley implícita de nuestra civilización, es que la muerte es el Tabú principal de nuestro tiempo, es una actitud típica de las sociedades industrializadas. Indica este autor, que nuestro enfoque mágico, le quiere dar a la muerte la apariencia de la vida, preparando a los cadáveres para enmascarar la realidad de la muerte, proporcionándoles la ilusión agradable de vida. En relación a las costumbres contemporáneas, señala que la cremación es un reflejo de la negación de la vida después de la muerte.

En su investigación entrevistó a muchas personas, encontrando que un porcentaje alto de ellas favorece la cremación sobre el entierro, debido a que esta era la forma para ellos más eficiente de disponer del cuerpo; también que la cremación hace que los rituales del cementerio y las visitas continuas a la tumba, ya no sean necesarias; aunque finalmente todas esas prácticas no son eliminadas por la cremación o la incineración, ya que, por el contrario, los administradores de crematorios hacen lo posible para que la familia visite y venera a sus muertos, con rituales muy semejantes a los de los cementerios tradicionales; también reporta que la muerte se ha vuelto un tema poco mencionado como proceso natural. Estos procesos naturales de muerte y deterioro, se han vuelto temas desagradables, incluso hoy en día, a los niños se les inculca a edad temprana, la fisiología del amor y el nacimiento, mientras que, cuando expresan curiosidad acerca de por qué no ven más a un ser querido o a un familiar, se les dice que han ido de viaje largo, o que están en el cielo; por lo que la familia del difunto se ve en la necesidad de fingir indiferencia y ocultar las verdaderas emociones ante un fallecimiento.

Por lo que se puede deducir que nuestra supresión de la realidad de la muerte, es parte de la estructura de la civilización contemporánea. Obviamente, la negación de la muerte no es un caso universal, ya que no se da en muchos sectores de la sociedad. (Lichtszejn, J., 1979).

La muerte viene entonces, a ser un problema para los vivos. Ya que los muertos no tienen problemas. De entre los miles de seres vivos que habitan sobre el planeta tierra, sólo para el hombre, morir es un problema. Se comparte con todas las criaturas el nacimiento, la juventud, la

madurez, las enfermedades, la vejez y la muerte. Pero al hombre es al único que le ocasiona problemas. Por natural e inmutable que les parezca a los miembros de cada sociedad en particular, se trata de algo aprendido.

Se ha encontrado que la forma en la que una persona se sobrepone al conocimiento de la muerte que se aproxima, tienen parte muy considerable en las experiencias y fantasías de la primera infancia. Hay personas que contemplan con serenidad su propia muerte, mientras que otras sienten ante ella un miedo constante que no expresan ni son capaces de expresar.

Es así, que nos encontramos con un problema de nuestro tiempo: la incapacidad de ofrecer a los moribundos esa ayuda, de mostrarles ese afecto que necesitan al momento de despedirse de los demás, esto se debe porque, la muerte de los otros se nos presenta como un signo premonitorio de la propia muerte. El acercamiento de la muerte de un moribundo provoca sacudidas en las defensas de la fantasía, que los hombres tienden a levantar como una protección contra la idea de la propia muerte.

Y es que la muerte es uno de los grandes peligros biosociales de la vida humana. Al igual que otros aspectos animales, también la muerte, se va ocultando cada vez más al paso de la civilización, detrás de la vida social. (Norbert, E., 1989).

Morir es una condición humana, y la reflexión en lo que concierne a la muerte existe prácticamente en toda la gente. Desde principios de la historia, el darse cuenta de lo finito ha sido un fuerte interés y una fuerza clara. De hecho, muchos sienten que una de las características más distintivas de la humanidad, en comparación con otras especies es su capacidad de asimilar el concepto de una muerte futura e inevitable. Sin embargo, excepto algunos cuantos (Fechner, 1936/1964; Hall, 1915; James, 1910), el lugar de la muerte en Psicología prácticamente era tierra incógnita y una empresa sin límites hasta mediados del siglo XX.

Aún cuando algunos artículos empíricos realizados por psicólogos habían sido publicados a mediados de la década de 1950, relacionando a las enfermedades mentales y a la vejez con la muerte y la medición de respuestas afectivas con palabras relacionadas con la muerte (por ejem: Alexander, Colley y Adlerstein, 1957; Feifel, 1955, 1956), el primer enfoque organizado de los psicólogos sobre la muerte fue un Simposio titulado: El Concepto de la muerte y su relación con el Comportamiento (The Concept of Death and it's Relation to Behavior), iniciado y presidido por (Feifel, H., 1956) el cual fue presentado en la reunión anual del mismo año, por la Asociación Psicológica Americana (APA) en Chicago. Asistieron otros participantes como: Irvin, E. Alexander, Jacof Touber, Arnold A. Hutschnecker y Gardner Murphy. Este simposio sirvió como base del libro publicado en 1959, El Significado de la Muerte (The Meaning of Death), que el mismo Feifel editó. Las autoridades estuvieron de acuerdo en que el libro era significativo para centrar el interés en el campo y familiarizar a la comunidad especializada en los aspectos e intereses del morir, la muerte y

la pena. Debido a esto, el National Institute of Mental Health (NIMH) le otorgó la primera concesión para estudiar las actitudes hacia la muerte. A pesar de estos inicios sobresalientes de la investigación del campo tanatológico, muchos científicos renuentes sentían que el tema de la muerte no era apropiado para la psicología. Afortunadamente hubo psicólogos que reconocieron su postura y la importancia de impulsar su trabajo.

Por lo que en los años subsiguientes hubo una explosión de actividades en este campo; las décadas de 1960 y 1970 fueron caracterizadas por la introducción de talleres y cursos sobre el morir, la muerte y el luto en distintas universidades y escuelas profesionales. Cabe señalar que también hubo una serie de libros pioneros escritos por Kastenbaum y Alesberg (1972), los psiquiatras Eissler (1955), Kinton (1967), Kübler Ross (1969), Parkes (1972) y Weisman (1972), los sociólogos Fulton (1965) y Glaser y Staus (1965), la enfermera socióloga Quint Benoliel (1967), el filósofo Choron (1963) y el antropólogo cultural Gorer (1965) entre otros.

De la experiencia clínica que surge de todos estos trabajos se deducen los siguientes hallazgos empíricos:

1. La muerte es para todas las estaciones del año. Su fuerza directiva se encuentra presente desde el principio en todos nosotros, jóvenes o viejos, saludable o enfermos. Es un ingrediente de importancia para todo el lapso de vida.
2. El miedo a la muerte no es una variable unitaria; son evidentes distintos subcomponentes, por ejam: el miedo a irse al infierno, la pérdida de la identidad, la soledad. Para un buen número de personas, las connotaciones negativas son asociadas substancialmente con sentimientos de desarraigo y el tener que enfrentar "lo desconocido".
3. Existen discrepancias significativas en mucha gente entre su temor consciente y no consciente a la muerte.
4. El enfrentarse con una enfermedad que amenaza ser de por vida o con la amenaza de muerte, varía en forma significativa, no sólo en los grupos diferentes sino también entre las situaciones que se presentan. Las desigualdades significativas parecen existir en la manera en que los pacientes de cáncer, del corazón y las personas mayores contunden con sus enfermedades serias y vejez en comparación a la forma en que tratan las tensiones que no amenazan ser de por vida tales como la competencia, la discordia matrimonial, la toma de decisiones, o pérdida de un empleo.
5. La mayoría de los pacientes moribundos no esperan "milagros" respecto a su condición biológica. Cuando las necesidades emocionales y psicosociales de los pacientes moribundos son atendidas, se ha descubierto que existe una reducción de depresión, menos proyección de la culpa a otros y menos sentimientos de culpa e inadecuación, no

sólo en el paciente sino también en los profesionales que ayudan al cuidado y miembros de la familia involucrados con el paciente.

6. La pena no es un signo de debilidad o de autoindulgencia, más bien, demuestra una necesidad profundamente humana que la mayoría de nosotros tenemos al reaccionar a la pérdida de una persona importante en nuestras vidas, y no reconoce límites de edad. Se requiere ser precavido al alentar a los familiares a abandonar la pena prematuramente, o revolcarse en ella, debido a nuestros sentimientos de dolor e incomodidad. Hemos aprendido que si se descuida o acorta el luto, o si no se lleva a cabo en el período en que se acontece la pérdida seria, su expresión puede ocurrir posteriormente en una forma más inapropiada y regresiva.
7. Se ha descubierto que así como hay múltiples formas de vivir también hay numerosas formas de morir y sufrir la muerte de alguien.
8. Es importante para los miembros del grupo de cuidados de la salud, que trabajen con los pacientes severamente enfermos o enfermos terminales, y los dolientes, estar alertas respecto a signos de negación, evasión o antipatía en sí mismos en cuanto a la realidad de la muerte. Entre más tienda a negarse a aceptar y dudar el personal de cuidados acerca de sus propios temores sobre la muerte personal, es menos probable que se proporcione la asistencia óptima que se puede ofrecer. (Feifel, H., 1957).

Otro autor que ha profundizado con mucha seriedad y espiritualismo acerca de la muerte es Rimpoché, Sogyal (1994), plasmando su exhaustivo trabajo en su libro *Tibetano de la Vida y de la Muerte*, en donde combina la milenaria sabiduría del Tíbet con la moderna investigación sobre la muerte, los moribundos y la naturaleza misma del universo, exponiendo con sencillez y claridad la visión del citado Libro Tibetano de los Muertos, en el cual aprendió las técnicas concretas para guiar a los moribundos y a los muertos, pero sobre todo, del gran aprendizaje que obtuvo de su maestro, quien guiaba a los moribundo con infinita compasión, sabiduría y comprensión.

Entre otras múltiples técnicas utiliza la meditación para guiar a los moribundos; menciona que existen tres técnicas de meditación:

1. Observar la respiración. Este método es muy antiguo y se encuentra en todas las escuelas del budismo, consiste en dejar que su atención repose, atentamente en la respiración, tomando en cuenta que la respiración es vida y es la expresión fundamental de nuestra vida.
2. Utilizar un objeto. Consiste en reposar ligeramente sobre un objeto, éste puede ser un objeto natural que le induzca una sensación especial de inspiración, como una flor o un cristal, o según las creencias puede utilizarse una imagen de Buda o de Cristo.

3. **Recitar un mantra.** Una tercera técnica utilizada en el Budismo es unir la mente con el sonido de una mantra, la cual es definida como aquello que protege la mente; es decir, aquello que protege la mente de la negatividad. (Rimpoché, S., 1994).

En esta misma línea de ideas, Feinstein, D., y Mayo P. (1994), a través de 18 prácticas de interiorización, permiten encarar a la muerte y transformar nuestros miedos y creencias más profundos con respecto a ella. En su libro *Sobre el Vivir y el Morir* enseña por medio de rituales enfrentar y entender el difícil proceso de la muerte. En sus primeros rituales pretenden desarrollar en el lector una filosofía propia de la muerte; escribiendo en un diario o grabando la respuesta de las siguientes preguntas: *¿Qué es la muerte?, ¿Por qué muere la gente?, ¿Qué pasa cuando mueren? Y ¿Qué siento por mi propia muerte?*. Del análisis de cada una de ellas prosiguen los 17 rituales restantes, que van paso a paso explorando las preocupaciones, creando escudos hacia la muerte, meditando, escribiendo y otra técnica muy importante que utilizan es la imaginación, en la cual viajan a través de experiencias de muerte incluyendo la propia; indiscutiblemente, su obra es una herramienta de autoconocimiento para comprender el mayor desafío de la vida: la muerte. (Feinstein, D., Mayo, P., 1994).

Para entrar aún más al tema de la muerte es conveniente definir que es la muerte, aunque es un término un tanto subjetivo, algunos autores proporcionan algunas de sus definiciones:

Muerte Psicológica: Es un estado especial, en el que el individuo deja de estar consciente de su propia existencia, Kalish (1968) y Knutson (1970) en (Sequeiros, S., 1991).

Muerte Social: Puede definirse como el momento en el cual, las propiedades sociales más importantes del paciente comienzan a dejar de ser condiciones operativas para quienes los tratan, y entonces es considerado muerto, Sudnow (1967), en (Sequeiros, S., 1991).

La muerte social empieza cuando la institución acepta la muerte que está a punto de ocurrir, pierde su interés o preocupación por el sujeto moribundo como ser humano y lo trata como un cuerpo, es decir, como si en realidad estuviera muerto, Gamieta, (1985), Comfort (1978) en (Sequeiros, S., 1991).

La idea de muerte es algo aprendido social y culturalmente y transmitida de una generación a otra. Usualmente relacionada a fenómenos sobrenaturales. En la mayoría de las veces, lo aprendido nos mantiene sujetos a ideas que nos producen sufrimiento. A pesar de que ante la muerte todos somos iguales; sin importar con qué ideas o comportamiento o enfermedad hayamos vivido.

El buen morir es algo que debemos dejar que se lleve a cabo de forma natural, ya que es necesario comprender que para que haya vida, es imprescindible que haya muerte.

Algunos temen a la muerte porque:

- Se cree que finalizan las oportunidades de alcanzar objetivos para la realización personal.
- Se teme y evita el dolor que producen algunas enfermedades.
- Se teme al sufrimiento que se produce en los familiares.

Se ocupa más tiempo en especular e imaginar cómo será el proceso, que en lo que ocurre realmente. Estos miedos son alimentados por los mitos y supuestos, así como de la ignorancia de nosotros mismos y el temor que le tenemos a nuestra propia muerte. (Guía Para la Atención Domiciliaria, de Personas que Viven con VIH/SIDA, CONASIDA, 1995).

Las actitudes hacia la muerte del ser humano son, en consecuencia muy complejas, ya que por una parte dependen del tipo de personalidad del sujeto, de su estilo de vida, y por otra parte, están determinadas por el contexto sociocultural, en donde, específicamente la religión al posibilitar la creencia en otra vida o reencarnación, suele jugar un papel determinante, ya que estructura y da significado a un fenómeno generalmente difícil de reconocer y aceptar por el hombre, Gamietea (1985) en (Sequeiros, S., 1991).

El SIDA ha venido a llamar la atención de la humanidad, para percatarnos de lo que hemos venido negando a lo largo de la historia. El SIDA ha venido a recordarnos que somos mortales, perecederos, sin duda alguna, el SIDA está siendo un duro golpe a nuestro ego colectivo.

Podríamos decir, que la muerte humana es la restitución, es decir, devolver las cosas a su lugar de origen; regresar al agua lo que es del agua, al fuego lo que es del fuego, la tierra a la tierra y el aire al aire, según los griegos y los tibetanos. El momento de la muerte es la culminación de todos los esfuerzos de una vida humana. (Ortiz, V., 1991).

4 . 1 . 1 ETAPAS POR LAS QUE ATRAVIESAN LAS PERSONAS DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO

Una vez que se le ha proporcionado al paciente su diagnóstico, y este ha sido positivo, la persona atraviesa por una serie de estados emocionales, los cuales no necesariamente siguen un orden, o en su defecto algunas de éstas pueden no presentarse. También puede suceder que una persona puede cambiar de uno a otro estado, incluso durante el día. Es importante mencionar que estos son mecanismos de defensa y que son necesarios para el manejo adecuado de los mismos y para el vivir diario.

Es conveniente resaltar que un paciente que se encuentra contagiado con el VIH es distinto al enfermo de SIDA, ya que el primero posiblemente no ha presentado enfermedades oportunistas y consecuentemente tendrá más fuerza para luchar por su vida, mientras que el enfermo de SIDA sabe que su muerte es inminente y que el tiempo de vida que le resta es desconocido. Sin embargo, tanto los pacientes que reciben el diagnóstico positivo, como aquellos que ya se encuentran enfermos de SIDA y tienen que enfrentar la muerte, atraviesan por las siguientes etapas de duelo de acuerdo al estudio realizado por la Dra. Elizabeth Kübler Ross:

1.- PRIMERA ETAPA LA NEGACIÓN Y EL AISLAMIENTO

Es la reacción más primitiva, pero saludable, pues le permite al paciente tranquilizarse, y con el tiempo adoptar otros mecanismos menos arcaicos. Es el período en el que el paciente dice: "No, a mi no me pasa nada" "No puede ser", "Yo no estoy enfermo" "Creo que sería conveniente una segunda opinión". Es en este momento en que muchas veces el paciente niega atención médica o psicológica. La negación generalmente es una defensa temporal y dentro de poco se reemplaza por una aceptación parcial. Esta necesidad de la negación existe en todo paciente, más frecuentemente al comienzo de una seria enfermedad que al final de la vida. Es mucho más tarde que la persona utiliza el aislamiento, en mayor medida que la negación.

2.- SEGUNDA ETAPA LA IRA O CORAJE

Cuando la negación y el aislamiento no se pueden tolerar, son sustituidos por un sentimiento de enojo, rabia, envidia y resentimiento. Este coraje se desplaza y se manifiesta un estado de agresión hacia Dios, la vida, su familia, su pareja, hacia quien lo infecto, en general hacia la vida. La pregunta inmediata que se formula es: ¿Por qué yo?, encontrando marcados sentimientos de culpa ¿Qué hice yo para merecer esto?. En algunas ocasiones y dependiendo del tipo de personalidad del paciente puede presentar deseos de venganza, de contagiar a otros, o bien sentir que es un castigo por su comportamiento sexual o por algo que hizo.

3.- TERCERA ETAPA

LA NEGOCIACIÓN, REGATEO O PACTO

En esta etapa el paciente intenta posponer la muerte a través de imponerse contratos o negociaciones y promesas. Esta negociación ayuda al paciente sólo por un tiempo, y se asocia frecuentemente con una culpabilidad no expresada. "Dios mío, si me curas prometo portarme bien, ya no usar drogas, o ser mejor pareja".

4.- CUARTA ETAPA

LA DEPRESIÓN

En esta etapa ya no puede sonreír, su rabia y su coraje son sustituidos por un gran sentido de pérdidas sufridas, reales, afectivas o no reales. Puede manifestar dos tipos de depresión:

a) **DEPRESIÓN REACTIVA:** Esta consiste en la producida por una causa y relacionada a una pérdida real, por ejem:

- Pérdida de control sobre el cuerpo y el medio
- Pérdida del amor propio; pérdida del empleo
- Pérdida de ingresos; los altos costos de los medicamentos y hospitalarios imposibilitan darse pequeños lujos.

b) **PENA PREPARATORIA:** Es necesario experimentar esta pena, para prepararse a la separación final de este mundo. En esta fase toma conciencia de que va morir y es aquí donde sufre más, al igual que sus familiares. Por lo que es conveniente que exprese su dolor.

5.- QUINTA ETAPA

LA ACEPTACIÓN

En esta última fase el paciente logra aceptar su mortalidad, por lo que el paciente no se encuentra ni deprimido ni enojado con su destino; ha sufrido la pérdida de muchas personas y lugares importantes para él y contempla su final inmediato con cierto grado de espera silenciosa. Es importante mencionar que esta etapa está casi privada de sentimientos, incrementándose considerablemente el aspecto religioso del ser humano, así como el de su espiritualidad. (Kübler Ross, E., 1993).

4.1.2 LA MUERTE EN DIFERENTES CULTURAS

En este apartado se proporciona un bosquejo acerca de la muerte, atravesando por diversas culturas, con el fin de analizar la concepción que cada una de ellas tiene hacia la misma.

El hombre más primitivo no tuvo ideas religiosas, sentía solamente un temor a lo desconocido que era casi todo lo que se hallaba a su alrededor. Posteriormente atribuye "espíritus" a todo lo que le rodea. Adora a los Tótems, símbolos de seres o fuerzas naturales, relacionados directamente con su vida, de su muerte, en forma efectiva o sólo imaginaria. Al ir avanzando en sus conocimientos, concibe la idea de dioses que dominan las actividades de los animales, plantas y la naturaleza. Al aparecer la agricultura y la ganadería, los pueblos adoran fuerzas de la naturaleza relacionados con sus actividades de producción. Con la idea de que los dioses recompensan o castigan por medio de buenas o malas cosechas, con la muerte, con enfermedades, etc. (Brown, J., 1993).

En la Epica de Gilgamesh, conocida 3000 años A. C., y posiblemente con orígenes anteriores, resalta el intenso deseo de triunfar sobre la muerte, así como la duda acerca de que la magia, la virtud o la fuerza pudieran lograr este objetivo. La prolongación de la vida era ya un tema sobresaliente en el "libro de los Muertos" y en general a través de toda la cultura egipcia. (Budge, 1960) en (Lichtszajn, J., 1979).

Los Griegos adoraban las fuerzas de la naturaleza, consideraban que los Dioses tenían fuerza, eran inmortales y estaban dotados de las mismas pasiones, virtudes y bajezas de los humanos. Creían en el Rey Hades de los infiernos y veneraban al toro como símbolo de la vida. (Brown, J., 1993).

La PSIQUE, para los Griegos, muchas veces aparecía en el período de los clásicos, dentro del contexto de reflexiones acerca de la muerte, en donde el alma era aquello que parte, a veces para regresar, como en los sueños. En esta época surgen también los diálogos sobre la mortalidad y las complejidades de la vida fenomenológica, se tenía la creencia acerca de una vida posterior.

Según la creencia del politeísmo grecorromano, las almas de aquellos cuyos cuerpos se habían visto privados de sepultura, estaban condenados a errar durante cien años, antes de ser admitidos en los campos Elíseos, mansión de los bienaventurados. Para evitarles este padecimiento, los antiguos levantaban un simulacro de tumba, llamada cenotafio, e imploraban durante tres veces a

las almas, de aquellos muertos, a tomar posesión de él. Se les levantaban cenotafios a todos los muertos cuyos cuerpos no habían podido hallarse, en especial para los que habían perdido la vida en un naufragio, batalla, o país lejano. (Quillet, 1960) en (Lichtsajjn, J., 1979).

En la India formada por Arios o Indoeuropeos creen en la transmigración del alma, es decir, que el alma después de la muerte del cuerpo encarna en otro ser vivo, donde de acuerdo a los pecados o méritos, descenderá o ascenderá en la escala de los seres que pueda habitar. (Brown, J., 1993).

Hacia 3100 años A. C. en Egipto creían en Osiris que es Dios de la tierra; su esposa y su hermana juntaron los restos de éste y lo momificaron.

Osiris llega a ser el señor de los muertos, que juzga las almas de los difuntos; es de gran importancia la idea de la supervivencia después de la muerte, por eso, la momificación cobra sentido, ya que conserva a los cadáveres en forma permanente, de ahí la edificación de grandes tumbas, siendo las más destacadas las pirámides. Conforme aumentan las diferencias sociales, los sacerdotes amenazan con penas cada vez más terribles en ultratumba a todos los pecadores. (Brown, J., 1993).

Entre Mesopotamia y la India se encuentra una extensa llanura, en donde vivieron los Persas, para ellos el culto central es el fuego, la lucha entre el bien (trabajo, honradez, salud) y el mal (sequía, dolor, ignorancia). En ellos existió la creencia de un juicio después de la muerte, efectuado por Mitra, que castiga a los culpables y recompensa a los buenos. (Brown, J., 1993).

Para los Aztecas la muerte era una condición esencial, no sólo al mantenimiento del equilibrio cósmico, sino al mantenimiento y a la expansión del imperio, Tlacaélel, consejero de reyes se concretó a sistematizar y vigorizar un poder militar y religioso basado en el sacrificio; donde el prisionero moría con la certidumbre de convertirse en un Dios y en el acompañante del sol. Así los Aztecas veían como una voluntad de expresar la vida, a través del símbolo de la muerte. Los Aztecas, careciendo de infierno, de penas terrenales, veían en la calavera el signo más alto de resurrección y un testimonio de grandeza en su imperio.

El sacrificio, era una concepción propia de toda la sociedad, pues era sustancial a la vida sacramentada del imperio. La sangre era el alimento de los Dioses y era el alimento de la nación

azteca. Al expresar su dualidad común, se toman en cuenta los signos de la vida; pero sobre todo los signos y atributos de la muerte. Ellos no experimentaron la necesidad de sentimientos de horror ante la muerte, porque la divinizaron e hicieron de ella la clave de su ascenso.

Xochipilli, Dios del Amor y de la Primavera, muestra una cara descarnada, ya que el engendrar supone una muerte; y no había ninguna representación de la vida que no estuviera dominada por el símbolo de su extinción. (Benitez, F., 1994).

Los Aztecas practicaban dos series distintas de ritos funerarios como son: la cremación y el entierro. Eran enterrados aquellos que morían ahogados o azotados por el rayo, los leprosos, gotosos, hidrópicos. Los cadáveres de los que morían ahogados, en particular, eran objeto de un verdadero terror sagrado: se creía que cuando un indio moría ahogado en la laguna había sido arrastrado al fondo por un animal fabuloso, el *shuizotl*. Cuando el cuerpo reaparecía en la superficie sin huella de heridas, pero sin ojos, sin uñas ni dientes, - el *shuizotl* se los arrancaba a sus víctimas - y nadie se atrevía a tocarlo.

En lo concerniente a las mujeres muertas durante el parto y divinizadas eran enterradas en el patio del templo de las Cihuapiltin. Todos los demás muertos eran incinerados.

Las diversas tribus civilizadas de México practicaron, en el transcurso del tiempo, uno u otro de esos sistemas de sepultura:

Las cámaras funerarias de los Mayas de Palenque, las de los Zapotecas y Mixtecas de Monte Albán, mientras que en la tradición tolteca mantenían la incineración, cuyo ejemplo más famoso es la hoguera de Quetzalcóatl. Los pueblos nómadas del Norte enterraban a sus muertos, pero después prefirieron la costumbre Tolteca, por lo menos ante las familias principales: el rey Ixtlixóchtli de Texcoco fue el primer soberano de esta dinastía cuyo cuerpo fue incinerado. . (Soustelle, J., 1992).

Se consideraba que los difuntos iban a reunirse debajo de la tierra, en el mundo oscuro de Mictlan. Para ayudar al muerto a vencer las duras pruebas a que debía enfrentarse, se le daba un compañero, un perro de pelo amarillento y rojizo después de haberlo matado por medio de una flecha disparada al cuello del animal; quién debía transportar sano y salvo al muerto a través de las "Nueve corrientes" hasta el inframundo. (Krickeberg, W., 1995).

Los sacrificios humanos en Yucatán Preclásico eran dar muerte a las víctimas arrancándoles el corazón; el Dios de la muerte era representado con el cráneo descarnado y torso esquelético, con cascabels de oro o de cobre, en el fondo del Cenote de los sacrificios en Chichén Itza; se le representaba acompañado de un perro, que tiene por misión acompañar a los muertos en la morada tenebrosa; por eso los lacandones confeccionaban pequeñas figuras de cestería que representan perros y los colocaban sobre las tumbas. Y la ceremonia terminaba con un danza de las ancianas en el templo.

Los indios de Yucatán llaman Yum Cimil, al "señor de la muerte", a un ser sobrenatural y nefasto, que ronda los poblados en busca de enfermos agonizantes.

Ixtab, era la diosa de los suicidios, representada como una mujer colgada, con los ojos cerrados; los suicidas estaban destinados a gozar de una eternidad venturosa. (Soustelle, J., 1992).

Entre los Mayas, los muertos eran sepultados directamente en la tierra, en posición extendida o flexionada, acompañados de ofrendas para la otra vida, enredados en petates o mantos, rociados con polvo rojo de hematita, cubierta la cabeza con un plato y con una cuenta de jade en la boca.

Los cadáveres de los niños eran colocados en urnas o tinas, en posición flexionada, acompañados de collares, silbatos, vasijas y figurillas de barro; la tinaja era tapada con un plato y sepultado sin profundidad.

Los señores y jefes importantes eran enterrados en tumbas de piedra, con ricos ajuares funerales. Entre ellas están el Templo de las Inscripciones de Palenque, decoradas con figuras de estuco y un sarcófago de piedra, con bella lápida, en lugar de acompañarlos ricos ofrendas.

En los sacrificios hechos en el Cenote Sagrado se sacrificó a niños, mujeres y hombres vestidos y enojados; al mismo tiempo, en que los asistentes arrojaban objetos, platos con bolas de copal, banquitos de madera, vasijas, guajes pintados, orejas de jade, piezas de oro y cobre, etc. (Thompson, J., 1984).

De acuerdo a los Tarascos, dividían la vida futura en buena y mala, en penosa y llena de descanso. La mala y penosa era para los viciosos; la buena y deleitable para los que hubiesen actuado bien en su manera de vivir.

La pena de la mala vida que habían de tener los malos era ir al Mitral (infierno) y ser atormentados por los demonios, por grandes necesidades de hambre y frío, por cansancios y tristeza. (Soustelle, J., 1992).

En Teotihuacán, enterraban a sus muertos bajo los pisos de las casas en unas tumbas redondas o rectangulares, (acostados a lo largo o con los miembros encogidos), forradas de piedras y cubiertas con lápidas. Por cierto que se ignora el nombre original de la ciudad, el de Teotihuacán es de origen azteca y significa "lugar donde uno se convierte en Dios" porque según los relatos de Sahagún, la ciudad era cementerio de reyes, quienes se transformaban en Dioses después de su muerte, al igual que los guerreros caídos. De ahí que los Aztecas llamaran la vía principal de la antigua ciudad la "Calle de los Muertos". (Krickeberg, W., 1995).

La revisión anterior, demuestra la semejanza con otras culturas del mundo, en torno a la conceptualización de la muerte, como una continuidad del mundo de los vivos, con fantasías e ideas mágicas para combatir a la soledad y permanecer en contacto con los valores y la presencia de los fallecidos.

4.1.3 CONCEPCIÓN DE LA MUERTE EN ALGUNAS TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD.

A) SIGMUND FREUD

Freud desarrolló el tema de la muerte en varias de sus obras, a continuación, se mencionan los conceptos Freudianos, más significativos del tema en mención.

Freud, S. En su obra "La interpretación de los sueños" (1900), intenta demostrar que existe una técnica psicológica que permite interpretar los sueños, por lo que si aplica un procedimiento, todos los sueños aparecen como un producto importante dentro de la vida anímica de la vigilia.

Reconoce que a pesar del esfuerzo milenario, la comprensión científica del sueño ha avanzado muy poco. En su libro realiza una breve reseña sobre el estudio de los sueños, el cual inicia desde las ideas de los pueblos antiguos. Quienes suponían que los sueños estaban en relación con el mundo de los seres sobrehumanos en que ellos creían y traían revelaciones de los dioses y de los demonios. Además, estaban convencidos de que contenían un mensaje importante para quien lo soñaba: casi siempre anunciaban un porvenir.

En los diversos análisis de sueños que realizó Freud demostró, que el deseo mismo que ha excitado el sueño y el cual se presenta como su cumplimiento, brota de la vida infantil, de modo que para nuestro asombro, encontramos en el sueño al niño que sigue viviendo con sus impulsos, denominando su teoría "Cumplimiento del Deseo".

Una vez, que Freud inició su análisis exhaustivo sobre los sueños, encontró un tipo de sueños que clasificó como: SUEÑOS TÍPICOS, los cuales comprenden una cierta cantidad de sueños en que casi todos hemos soñado del mismo modo, y de los que solemos suponer que también tienen en todos el mismo significado, por lo que encontró que los sueños cuyo contenido es la muerte, de un deudo, padre, hermano, hijo, etc., pueden significar que, sentimos profundo dolor por esa muerte fatal y aún dormidos lloramos amargamente, o bien, pueden ser deseos archivados, enterrados y reprimidos, a los que sólo por su reaparición en el sueño debemos atribuirle una suerte de supervivencia.

Ahora, si se sueña en medio de manifestaciones de dolor que su padre o su madre o que su hermano o hermana han muerto, no utiliza ese sueño como prueba de que se les desea la muerte, sólo infiere que se les ha deseado la muerte en algún momento de la infancia.

Freud reporta que en ninguno de sus pacientes, ha dejado de hallar el sueño de la muerte de los hermanos, correspondiente a hostilidad acrecentada.

Posteriormente, cuando estudiaba "La Neurosis Obsesiva" Freud se percató, de que existe en los enfermos obsesivos una predilección por la incertidumbre y la duda se convierte en motivo para relacionar sus pensamientos preferentemente aquellos temas en que la incertidumbre de los hombres es universal, esos temas son, sobre todo: la filiación paterna, la duración de la vida y la vida después de la muerte.

Al escribir "Duelo y Melancolía" (1915) Freud señala, que el duelo es por regla general, la reacción ante la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc., mientras que la melancolía se caracteriza en lo anímico por un sentimiento doloroso, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, y una baja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones. Así mismo habla acerca del suicidio, mencionó que es provocado porque las catexias negativas se depositan en el objeto perdido, las cuales se vuelcan hacia el propio yo del sujeto, por lo que el odio experimentado hacia la persona perdida, es revertido sobre sí mismo, pudiendo ocasionar esto, el suicidio.

En su obra "Tótem y Tabú" (1912), se refiere al tabú de los muertos, frecuentemente encontrado entre los pueblos primitivos, explicando que éste se origina en la ambivalencia afectiva. Dichos pueblos manifiestan características psicológicas muy particulares, tales como: el pensamiento mágico, rasgos de omnipotencia y ambivalencia. Y cuando los miembros de estos pueblos perdían a un ser querido y odiado (aquí esta presente la ambivalencia), surgía en ellos el sentimiento de culpa, de haber sido los causantes de esa muerte, debido a este sentimiento de culpa, la persona negaba toda hostilidad hacia el difunto, la cual se desplazaba hacia él. Es así que, la hostilidad hacia la persona perdida, se manifestaba como defensa contra sus ataques. La ambivalencia de este conflicto, podía irse solucionando con el tiempo. Por lo que esta dinámica psicológica es la que conducía a algunas tribus primitivas, a crear tabúes hacia los muertos que los hacían crear complejos rituales, como ya se mencionó anteriormente.

En este mismo orden de ideas produjo su obra "De Guerra y muerte" (1915), escrita 6 meses después del estallido de la Primera Guerra Mundial, Freud expresa en su ensayo su terrible desilusión, por el comportamiento de los hombres en la guerra y su actitud ante la muerte. Considera que la guerra es cruel sangrienta y devastadora, originada por poderosas y perfeccionadas armas

ofensivas y defensivas. Considera que son dos causas las que han originado su desilusión: la escasa ética demostrada externamente por los Estados, que internamente se habían presentado como fieles seguidores de las normas éticas y la brutalidad en la conducta de los individuos, quienes participan en un enfrentamiento semejante. Postula que, nuestro inconsciente es tan inaccesible a la representación de la muerte propia, tan ganoso de muerte contra el extraño, tan ambivalente hacia la persona amada, que permite matanzas entre los pueblos.

Resalta que la pretendida actitud ante la muerte, supuestamente racional, de aceptación como algo natural y lógico, es completamente falsa; por el contrario, nadie acepta su propia muerte, inconscientemente todas las personas están convencidas de su inmortalidad. En la vida social, la gente evita hablar de muerte, y cuando esto llega a ocurrir, existe una tendencia a atribuirla al azar, incluso a los muertos, generalmente se les justifica y perdona por las culpas que hayan cometido, no hablando mal de ellos.

Los hombres primitivos adoptaban una actitud muy extraña hacia la muerte, la cual era contradictoria, ya que por una parte, la tomó en serio, la reconoció como supresión de la vida y se valió de ella en este sentido; pero, por otra parte, frente a la muerte del otro, del extraño, del enemigo, adoptó una actitud radicalmente contraria a la propia. El hombre primitivo, era indudablemente un ser más cruel que ningún otro animal.

En su obra "Más allá del Principio del Placer" (1919), da la entrada en la teoría psicoanalítica al instinto de muerte, pareja dialéctica del instinto de vida. Menciona que existe la tendencia hacia la muerte, pues ésta vendría a ser el estado de equilibrio perfecto.

Freud en esta obra busca la contraparte, del principio de la libido (energía sexual), encontrando que no todos los instintos son de origen libidinoso, existen otro tipo de instintos que, agrupados, dan origen a una versión y a un rol tanático de la existencia humana, es decir, un instinto mortal que se conjuga con el instinto de placer promovido por la libido. (Freud, S., 1993).

Específicamente en los trabajos que elaboró Freud: "Pulsión de Muerte" y "Obsesión a la Repetición". Rodríguez, I. (1993), realizó el siguiente ensayo:

Freud sostiene la idea de que el organismo siempre tenderá a reducir la tensión y, si eso fuera posible quisiera mantenerse libre de todo estímulo. Esto hace pensar, que acaso ya estaba presente en Freud una cierta concepción de la pulsión en la que ésta, al ser asumida como algo que busca reducir las tensiones y el retorno a un estado anterior, buscaría un último término, el retorno al estado inorgánico; concepción que lo llevó a postular la existencia de una pulsión de muerte y a la cual concebiría como la pulsión por excelencia.

Hubo varios motivos por los cuales Freud postula la existencia de una pulsión de muerte: el odio, la agresión, el sadismo y el masoquismo, fueron elementos importantes para la teoría de Freud. Así como los fenómenos de repetición que, difícilmente podían explicarse como una búsqueda de satisfacción libidinal.

Freud se da cuenta de que lo que se repite son experiencias claramente displacenteras y resulta difícil explicarlas a partir de la idea de que todo fenómeno psíquico está regido por el "principio del placer" mencionado anteriormente, Freud no rechaza la idea de que bajo el sufrimiento aparente, se busque la realización de un deseo. Pero esta explicación no lo convence pues ve en este fenómeno algo mucho más fundamental, que ilustra, justamente, ese carácter regresivo de la pulsión, algo que parece tender a la descarga absoluta, como una fuerza incontrolable, independiente "del principio del placer" y capaz de oponerse a éste. Algo como una pulsión de muerte.

Las especulaciones que llevaron a Freud a pensar en la existencia de una pulsión de muerte son:

La esencia de la pulsión, es esa tendencia a retornar a un estado anterior; la tendencia última, por tanto, será retornar hasta ese estado en que no hay ninguna tensión, ese estado en que no habría vida. Si lo vivo surgió de lo no vivo, los organismos tenderán a retornar a lo inorgánico, todas las funciones vitales tendrán como último fin la muerte. De ahí que todo ser vivo muere por causas internas.

Para Freud, la evolución orgánica se debe a influencias exteriores y perturbadoras que actuaron sobre las pulsiones, desviándolas de su curso original y llevándolas a hacer complicados rodeos hasta alcanzar el fin, la muerte. Según esta idea, todos los procesos vitales no son más que un rodeo hacia la muerte.

A partir de esta posición Freud explicó el conflicto psíquico, como el resultado de la oposición entre las pulsiones de vida (pulsiones sexuales y de autoconservación) y las pulsiones de muerte. Por lo que según Freud, todo deseo agresivo o sexual, se halla ligado al deseo de muerte. (Rodríguez, I., 1993).

B) CARL GUSTAV JUNG

La teoría de Jung difiere de otras ya que es un tanto oscura, metafísica, por su naturaleza casi imposible de probar en el laboratorio; Jung al igual que Freud, observa que en la sociedad, existe la tendencia a negar la muerte, a no hablar de ella, y lo relaciona con el miedo a lo desconocido. Sin embargo, él está convencido de que este temor está relacionado con el miedo a la vida. Ya que a partir del arquetipo del temor a la muerte, el ser humano frecuentemente se resiste a aceptarla y consecuentemente se resiste a la vida de la misma manera. También son arquetipos heredados, la oscuridad, el miedo al relámpago. Este miedo a la vida, generalmente comienzan desde los primeros años, en los que la persona se niega a crecer, por lo tanto, el miedo a la muerte, representa el miedo a vivir, o en otras palabras, el que se resiste a morir se resiste a vivir. Para Jung, la meta de la vida es la muerte; debido a sus experiencias místicas y metafísicas Jung concluyó que la muerte es un paso más en la existencia humana que participa de la eternidad. (Lichtszajn, J., 1979).

C) ALFRED ADLER

La teoría de la evolución de Darwin provocó gran influencia en Adler, uno de sus principales conceptos, fue la lucha por la superioridad, se basó en la premisa de que la adaptación al ambiente era el aspecto fundamental de la vida. Su primer libro lo realizó sobre las inferioridades orgánicas y la compensación. Sus trabajos posteriores pueden ser considerados como una refutación del darwinismo social que enfatizaba la supervivencia del más apto y la muerte del inepto. Adler estaba convencido de que la inferioridad orgánica puede estimularnos para obtener logros superiores, en lugar de causar necesariamente la derrota en la lucha por la vida.

Adler puso énfasis en la necesidad de analizar a cada individuo como una totalidad, y el estilo de vida es el único camino que escoge un individuo para seguir su meta en la vida. Estudio el efecto que causa en los niños la muerte de alguna persona cercana a ellos. Si a un niño se le enfrenta con la muerte de alguien, su reacción ante ésta dependerá de si el niño ha tomado ya una actitud definida, hacia los problemas que se generan en el medio ambiente, a través de su respectivo estilo de vida, actitud que se adopta después del tercer año de vida. Si la experiencia de la muerte se realiza antes de la adopción del estilo de vida, causa una impresión igual a la que produce la desaparición de una persona cercana o familiar. Pero, si el niño se enfrenta con la muerte, una vez que haya adoptado un estilo de vida, ésta lo afectará dependiendo del estilo de vida del menor.

Adler a diferencia de Freud piensa que el verdadero deseo de muerte, sólo se da cuando la persona siente que no puede resolver adecuadamente, alguna situación vital. (Lichtszajn, J., 1979).

D) KAREN HORNEY

Horney (1939), está en desacuerdo con Freud respecto al instinto de muerte, debido a los siguientes argumentos:

En relación a la libido, Horney prefería tomarla como una urgencia emocional, antes que como un impulso sexual animal que persigue al hombre eternamente. Posteriormente, consideró que los problemas sexuales son el efecto y no la causa de la ansiedad. Menciona que el hombre busca la conducta sexual como método para reafirmar sus sentimientos de inseguridad.

Karen Horney confiaba en la capacidad humana de cambiar para mejorar, se sentía optimista en cuanto a la evolución del ser humano desde sus niveles pasados.

Ella está en contra del postulado que da Freud acerca de la destructividad instintiva humana, por el contrario, considera que no todas las acciones agresivas son francas. El individuo hostil puede tratar de ayudar a otros mediante métodos de lo más humanitarios, pero en la ayuda ofrecida queda implícito el fin no declarado de ser poderoso y de tener control sobre los demás. Ahora bien, puesto que siempre hay un estímulo que cause la conducta destructiva, ésta no es necesariamente instintiva. (Bischof. L., 1983).

E) ERICH FROMM

Para Erich Fromm, el hombre está rodeado de contradicciones polares por naturaleza. Esas contradicciones las ha hecho el hombre mismo y, por ende el hombre las puede resolver. La vida y la muerte constituyen la más importante de las dicotomías existenciales para Fromm, ambas son incompatibles, y la muerte resulta ajena a la experiencia de vivir. Para él la muerte es la derrota de la vida.

La inmortalidad del hombre, provoca otra dicotomía: la de limitar las ya limitadas potencialidades de crecimiento y desarrollo del hombre, como individuo y como raza. El ser humano cuenta con innumerables capacidades de aprendizaje y desarrollo, sin embargo, la muerte limita esas posibilidades.

En relación a la destructividad, Fromm menciona que ésta es un mecanismo de defensa contra la sensación de aislamiento e impotencia; por lo que el hombre puede controlar ese sentimiento de impotencia, destruyendo las cosas y las personas.

En los postulados de Fromm, existen dos clases de destructividad: racional e irracional, la primera está encaminada a la protección del individuo o bien a la autoconservación, mientras que la segunda, es el producto de un sentimiento de inseguridad e impotencia.

Por otra parte, Fromm habla de la necrofilia, o amor a la muerte, y que ésta es producto de la sociedad en la que vivimos, ya que ésta no cuenta con principios de vida, sino mecánicos, y como consecuencia la gente que es producto de ésta sociedad, se hace indiferente a la vida y atraída por la muerte, sin estar consciente de ello. Para Fromm la necrofilia es el núcleo de graves enfermedades mentales y constituye un verdadero mal. El autor considera que los siguientes elementos conducen a la necrofilia: inseguridad, injusticia y falta de libertad. (Lichtszajn, J., 1979).

De la revisión anterior se desprende que el hecho de aceptar, asimilar y vivir con la muerte, es un tema que provoca polémica entre las diferentes posturas que se quieran asumir, observándose que cada una vislumbra a la muerte desde diferentes ángulos, sin embargo todas ellas coinciden en que la muerte es un fenómeno aprendido social y culturalmente, el cual se transmite de una generación a otro, presentando la mayoría de la población un temor generalizado hacia la misma, con la tendencia prevaleciente hacia la muerte, pues ésta es el estado de equilibrio perfecto. Cuando este proceso de muerte se inicia en las personas a las cuales se les ha diagnosticado una enfermedad terminal como es en este caso el VIH/SIDA, el proceso de muerte pueda ser doloroso puesto que el paciente se da cuenta de como va debilitándose y acabándose su cuerpo y su vida. Debido a la sociedad en la que vivimos, y a los miedos y tabúes que nos han heredado acerca de la vida y la muerte, surge el interés por realizar esta investigación, cuyo propósito es preparar "al buen morir", a un grupo de personas seropositivas, proporcionándoles una serie de herramientas que les ayudaran a transformar no sólo su futura MUERTE, sino también su VIDA. Para poder lograr este objetivo se ha elegido el proceso terapéutico grupal, por ser el tratamiento que en los últimos años ha demostrado mayor efectividad, ya que uno de los objetivos es optimizar el servicio a fin de llegar a un mayor número de personas en menos tiempo y en lo concerniente a los aspectos psicosociales y de conocimiento psicológico: un individuo se encuentra en mejores condiciones de superar el temor y el menosprecio al compartir con otros como él dificultades similares y comprender que no está solo.

CAPITULO V METODOLOGÍA

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Algunos rasgos hacia la muerte de personas que viven con VIH/SIDA pueden verse modificadas por la intervención de la psicoterapia grupal ?

5.1.1 OBJETIVO GENERAL:

Brindar apoyo terapéutico grupal a los usuarios del servicio de salud del Hospital Sur de PEMEX para generar un cambio de opinión ante la enfermedad del SIDA y su eminente muerte.

5.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Formar un grupo terapéutico con usuarios del servicio de salud del Hospital Sur de PEMEX, que se encuentren infectados con el VIH.
2. Generar en estas personas la conciencia de muerte y prepararlos para el "Buen Morir".
3. Lograr cambios de opinión en algunos rasgos hacia la muerte de personas que asistan a psicoterapia de grupo.

5.1.3 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

V.I. Psicoterapia de grupo

V.D. Rasgos hacia la muerte

5.1.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES

V.I. Conjunto de teorías y técnicas con orientación psicodinámica, utilizadas con un grupo de personas; apoyando además este proceso con técnicas de relajación, meditación e imaginación; cuyo propósito es lograr el esclarecimiento de aspectos básicos de la situación de los pacientes y un fortalecimiento en su capacidad de adaptación realista; la cual es ser portadores del VIH.

V.D. Se refiere a la posición de aceptación o reprobación que asume un individuo seropositivo hacia la muerte.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

V.I. Es el proceso a través del cual un grupo de personas (mínimo 2 máximo 10) interactúan entre sí coordinados por un terapeuta y un coterapeuta con el propósito de aceptar y asimilar su seropositividad; conocer las diferentes causas por las que las personas se han infectado; el manejo que le da cada persona a su estado seropositivo; observar los rasgos que cada una de los miembros adopta hacia la vida y la muerte; apoyando con este proceso terapéutico su adaptación al núcleo familiar y a la sociedad como portadores del VIH.

V.D. Es la posición de aceptación o reprobación que asume un individuo ante su muerte.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

V.I. Es la interacción entre dos o más personas dirigidas por un experto (s), en el cual cada miembro del grupo tiene la oportunidad directa de comparar y contrastar su modo de obrar con el de otros; puede ver que lo que consideraba particular a el es común y lo que consideraba común es algo particular a el "(reacción de espejo)". También se familiariza con nuevas formas de sufrimiento y nuevas formas de resolución de problemas, representada por las personas reales que están en la misma habitación. Este encuentro es cambiante, dinámico, confinado al encuentro terapéutico en presencia del terapeuta (s). Cuya labor es mantener la situación dentro de los límites, proteger a los individuos del daño que causarían reacciones excesivas o una selección incompatible. asegurándose de que lo que se aprenda sea significativo y pueda ser usado constructivamente (Kadis, A. 1982).

V.D. Los rasgos hacia la muerte, son profundamente ambivalentes; repulsión a la muerte y atracción por la muerte; muerte riesgosa y amor por la vida; querer la felicidad y comportarse de manera autodestructiva, tomar a la muerte como tabú e insistir en un nuevo permiso para hablar de ella. Vivimos en una época de conciencia sobre la muerte en la que el hombre, el centro de su propio mundo, arguye vehementemente que no es psicológicamente degradable (Schneidman, E. 1974 en Cacho, R. 1993).

5.1.5 POBLACIÓN Y MUESTREO

El muestreo fue no probabilístico de tipo intencional, pues se eligieron 8 personas para el grupo terapéutico, considerando un mínimo de 4; con las siguientes características:

- Ser portadores del virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)
- Que no presentaran síntomas (asintomáticos)
- Que no presentaran rechazo a orientaciones sexuales diferentes a su preferencia sexual.
- Que sus edades oscilaran en un rango mínimo - máximo de entre 18 y 45 años
- De nivel socioeconómico semejante entre sí
- No estar en otro proceso psicoterapéutico con el mismo objetivo
- Que no sean pacientes limitrofes
- Que no presentaran daño cerebral
- No tener lazos afectivos estrechos con otros miembros del grupo (ejem: parejas, amigos, familiares etc.)
- Contar con suficiente capacidad de insight y motivación al cambio.

Estas personas fueron pacientes seropositivos del Hospital Central Sur de PEMEX. Quienes fueron atendidos en la modalidad de psicoterapia de grupo, dos veces al mes, con una duración de 2 horas por sesión. Esto debido a que los pacientes seropositivos de PEMEX radican en el interior de la República y es costoso su traslado al D.F. una vez a la semana.

5.1.6 TIPO DE ESTUDIO

Se utilizó un tipo de estudio exploratorio de campo. Fue exploratorio porque los rasgos hacia la muerte en personas con VIH ha sido poco estudiado y de campo porque se llevó a cabo en un ambiente natural (Hospital Central Sur de PEMEX).

5.1.7 TIPO DE DISEÑO

Se realizó un diseño preexperimental de un grupo con una medición X O en donde X corresponde a la intervención psicoterapéutica a la que fue sometido el grupo, mientras que O representa los reportes verbales que se obtuvieron, los cuales sirvieron para verificar la medición de los efectos del tratamiento. Este estudio fue preexperimental debido a que el grupo no fue comparado con un grupo control.

5.1.8 INSTRUMENTO

Se construyó un formato de entrevista conteniendo:

- Datos generales
- Rasgos de personalidad
- Rasgos hacia la vida
- Motivación al cambio
- Información sobre su sexualidad
- Estructura familiar

Con preguntas cerradas y abiertas (Ver anexo 1)

También se construyó un formato para ser llenado al final de cada sesión terapéutica con los siguientes rubros:

- Contenidos manifiestos
- Contenidos latentes
- Hechos significativos
- Modalidad de participación de los integrantes
- Mecanismos de defensa
- Intervenciones del terapeuta (Ver anexo 2).

5.1.9 PROCEDIMIENTO

Se trabajó en las instalaciones del Hospital Central Sur de PEMEX. La población que se captó fue canalizada a través del departamento de Infectología, quien les informaba a los pacientes que debían pasar a una entrevista con las psicólogas; donde dos psicólogas aplicaron el formato de entrevista inicial, (las mismas que proporcionaron la psicoterapia grupal) para seleccionar a los integrantes del grupo, (de acuerdo a los criterios de selección mencionados anteriormente) una vez seleccionadas las personas se les indicó la fecha en la que iniciarían la primera sesión.

Es así como se creó el grupo de apoyo psicológico a personas que viven con VIH/SIDA, el cual no se constituyó solo, ha habido la necesidad de recurrir a cursos de actualización en literatura sobre VIH y asistir a un seminario en CONASIDA; semanalmente como una forma de asesoría, así como revisar y adecuar las técnicas de terapia de grupo para ponerlas al servicio de los pacientes, así como, para que otros psicólogos interesados en este tema las utilicen.

El trabajo se diseñó para 20 sesiones trabajando un tema por cada sesión.

Al concluir cada una de las sesiones se realizó un reporte grupal utilizando el formato mencionado con anterioridad (Ver anexo 2).

La psicoterapia grupal tuvo lugar en una aula (sala) de juntas del Hospital Sur de PEMEX que fue designada para este fin. Debido a que el hospital no cuenta con un espacio exclusivo para este tipo de intervenciones (cámara de Gesel).

5.1.10 ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos en la presente investigación fueron analizados utilizando la estadística descriptiva (Media, Mediana y Modo).

Así mismo, se realizó un análisis cualitativo de los procesos ocurridos durante las 20 sesiones del grupo terapéutico. Utilizando tablas, gráficas y cuadros comparativos.

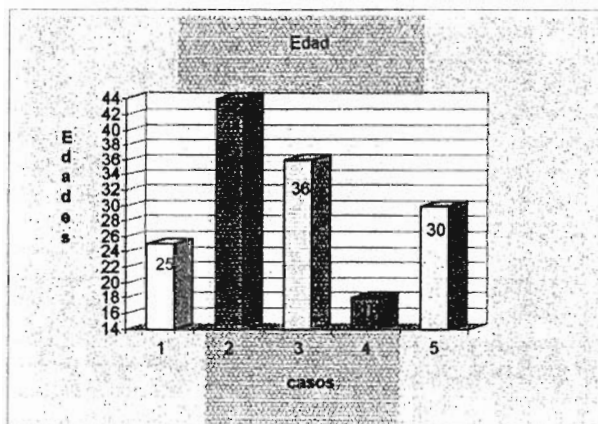
CAPÍTULO VI RESULTADOS

6.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

Los resultados siguientes se obtuvieron a partir del formato de entrevista inicial (Ver anexo 1). Es importante mencionar que los ítems 12, 13, 18, 19 y 29 a 36 no se analizaron cualitativa ni cuantitativamente ya que sólo sirvieron para que al realizar la entrevista de selección, el terapeuta tomara en cuenta algunos rasgos de personalidad importantes en el sujeto y poder tomar una decisión para integrarlo o no al paciente a un trabajo grupal, así como también conocer el tipo de medicamento y con que frecuencia lo utilizó.

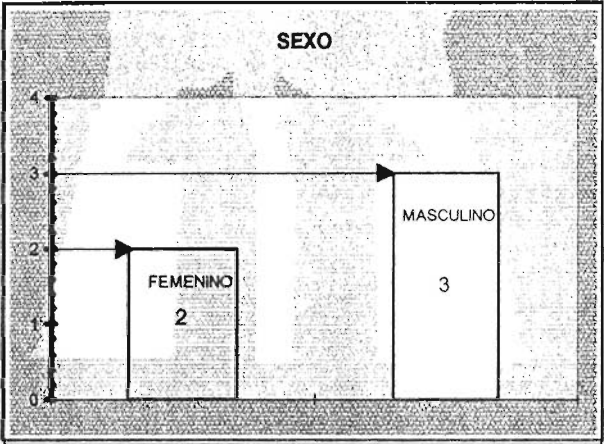
Por lo que este capítulo se subdivide en dos parte la primera comprende la descripción de los resultados concernientes a los datos sociodemográficos y clínicos más importantes de los cinco integrantes que conformaron el grupo terapéutico de personas que viven con VIH/SIDA. Los cuales fueron analizados y extraídos del formato de entrevista inicial mientras que la segunda parte, describe los resultados obtenidos en el proceso terapéutico, los cuales fueron tomados de los formatos de los reportes grupales (Ver anexo 2).

En lo referente a la edad como se aprecia en la gráfica 1, los 5 elementos del grupo oscilan entre 18 y 44 años, siendo el promedio de edad de 30.6 años.



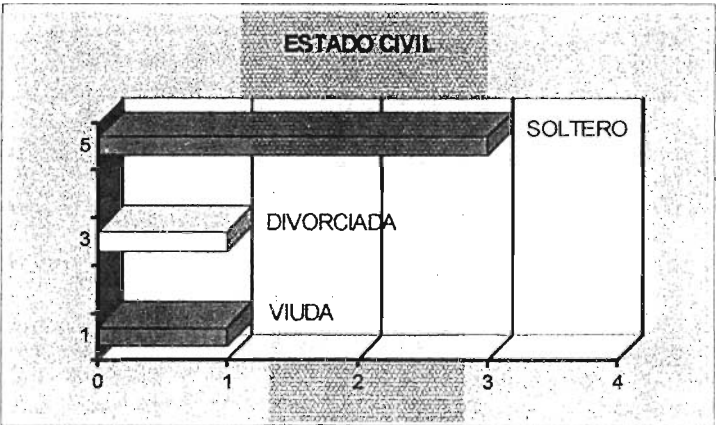
Gráfica 1

En relación al sexo, se puede observar en la gráfica 2, que 2 personas pertenecen al sexo femenino, mientras que 3 pertenecen al sexo masculino.



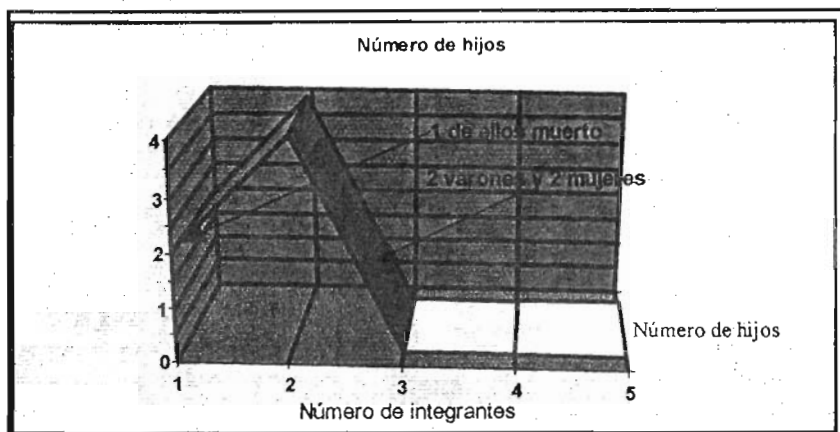
Gráfica 2

El estado civil se ilustra en la gráfica siguiente: observándose que 3 de ellos son solteros; 1 es divorciada y la otra mujer integrante de este grupo es viuda. Ver gráfica 3.



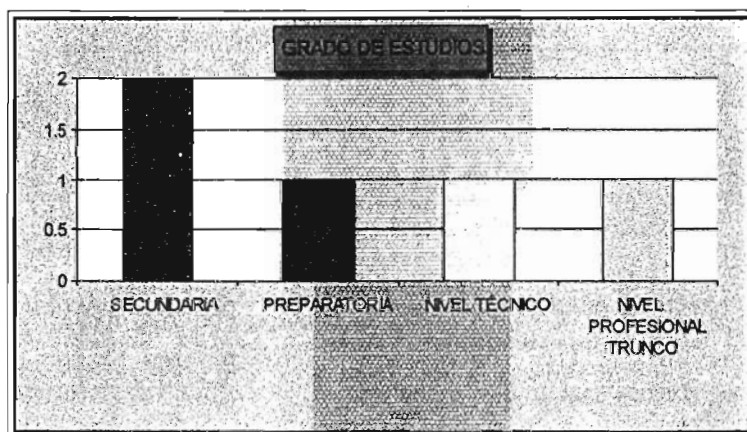
Gráfica 3

Sólo las 2 mujeres integrantes de este grupo terapéutico procrearon hijos, a una de ellas se le murió uno de sus hijos y a la segunda le viven sus 4 hijos, 2 hombres y 2 mujeres. Ver gráfica 4.



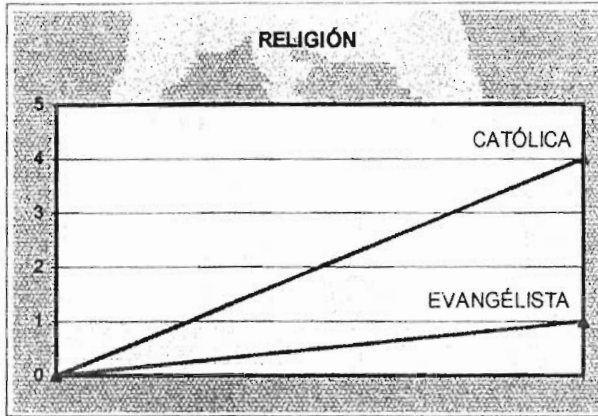
Gráfica 4

El nivel escolar de esta población, muestra que 2 personas cuentan con un nivel medio básico escolar; 1 de ellos concluyó el nivel escolar preparatoria; otro más cuenta con una carrera a nivel técnico y por último 1 elemento más trunco una carrera a nivel profesional. Ver gráfica 5.



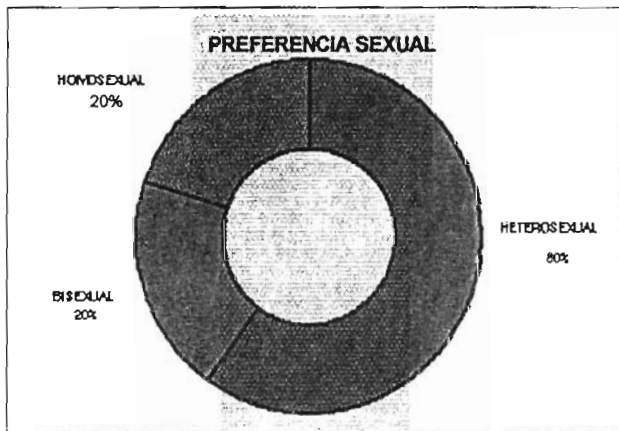
Gráfica 5

En lo concerniente al tipo de religión la gráfica 6, plasma que 4 personas pertenecen a la religión católica; y solo una de ellas es de la religión evangelista.



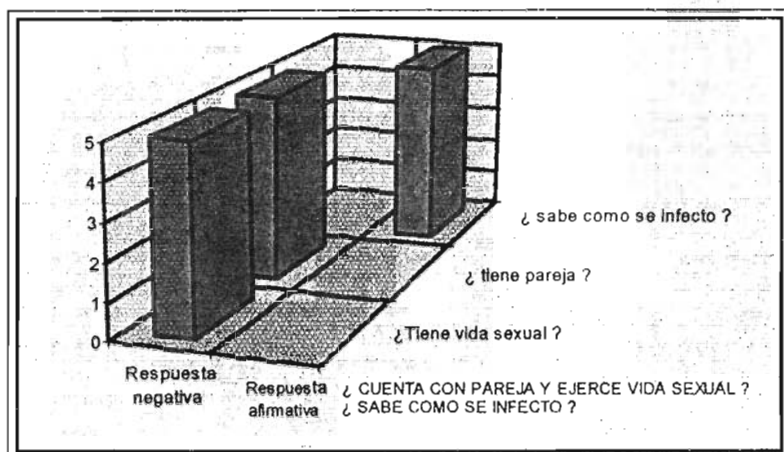
Gráfica 6

Muy importante es su preferencia sexual, la cual ilustra que 3 son heterosexuales, 1 es homosexual y 1 más se considera bisexual. Ver gráfica 7.



Gráfica 7

Al indagar acerca de que si contaban con pareja, y conocer si estas 5 personas ejercen su vida sexual, además de cuestionarles si tienen conocimientos de como se infectaron; reportando todos no tener pareja y no tener vida sexual activa; además los 5 conocen perfectamente como se infectaron de VIH/SIDA. Ver gráfica 8.



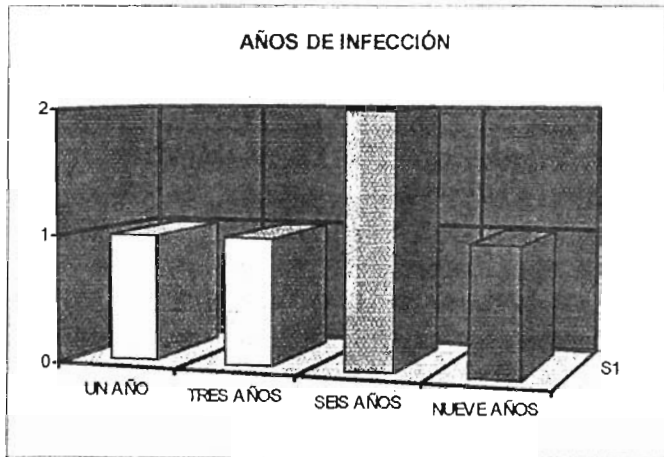
Gráfica 8

Al explorar acerca de los conocimientos sobre que es el VIH/SIDA se encontró que 1 persona ignora lo concerniente a esta enfermedad; mientras que los 4 restantes si tienen conocimientos suficientes sobre la enfermedad que padecen. Ver gráfica 9.



Gráfica 9

En lo que respecta al número de años que llevan de infectados, reportaron que: 1 de ellos tiene 1 año de infectado, otro tiene 3 años de infectado; 2 se encuentran infectados desde hace 6 años y 1 más permaneció infectado por 9 años. Ver gráfica 10.



Gráfica 10

Al revisar los aspectos cotidianos, familiares y tipos de diversión que presentan los integrantes del grupo terapéutico, se puede detectar claramente, que antes de la infección por VIH, estas personas llevaban una vida alegre, con actividades y eventos sociales; acostumbraban visitar a familiares y amigos, mientras que después de haber contraído el virus hubo un cambio drástico en el que se evitó el contacto con la gente y se presentaron cuidados especiales hacia su persona. Ver tabla 1.

Nombre	Antes de contraer el VIH			Después de contraer el VIH		
	Día Cotidiano	Fin de Semana	Como ha Sido mi Vida	Día Cotidiano	Fin de Semana	Como ha Sido mi Vida
A	Asistía a bailes y visitaba amistades	Me iba a bailar o con amistades a pasear	No considero que haya sido muy buena por ser madre soltera	Estoy con mi familia	Salgo con mi familia de día de campo	Sin relaciones sexuales, ya no soy igual a los demás
H	Atendía a mis hijos y me sentía cansada	Salía con mis hijos, fiestas y comidas	Me he sentido muy sola, no he sido mala. He sido normal	Tengo temor a la gente	Estoy en mi casa arreglándola, voy a la iglesia, a ver películas	Trato de estar activa, participo en trabajo comunitario tanto en la religión, en la política, como en mi trabajo
P	Trabajaba 8 horas	Acudía a fiestas, salía a tomar una copa	Contaba chistes, era alegre	Sorprendido, seguía trabajando hasta obtener la jubilación	Ya no asisto a fiestas y de vez en cuando salgo a tomar una copa	Me gustaría que fuera igual que antes
R	Normal	Salía con amigos, iba al cine, al teatro, leía literatura	Era como todos los niños	Tengo que llevar cuidados, tener mis cosas aparte	Con ciertos cuidados	Debo de cuidarme más por tener VIH y ser hemofílico
C	Era muy dinámico, optimista, trabajaba	Bien padre, hacía parrilladas, me dedicaba al comercio	Ha sido feliz	Sentía que iba a morir, estaba encerrado, depresivo	Ya no voy a fiestas, ya no tomo	Tengo que tener cuidados especiales

Tabla 1

Al indagar sobre sus fantasías, sueños y preocupaciones más recurrentes, se observa en la tabla 2 que la fantasía más significativa gira alrededor de una "cura" hacia la enfermedad; su vida onírica se ve afectada por la represión y la angustia, y en cuanto a sus principales preocupaciones, destacó mayormente el temor al rechazo y su salud física

FANTASÍAS, SUEÑOS Y PREOCUPACIONES A CONSECUENCIA DEL CONTAGIO POR VIH

Nombre	Fantasia	Sueño	Preocupaciones
A	Me imagino que no tengo nada y el medicamento que tomo es para otra enfermedad	No los recuerdo, aunque sueño todos los días	Ser señalada, criticada, involucrarme emocionalmente con otra persona. Tener esta enfermedad. Angustiada porque no voy a ver a mi hijo más grande
P	Le pido a Dios que salga una vacuna o medicamento	Casi no sueño y cuando lo hago, no me acuerdo	No quiero preocupaciones, soy altruista, ayudo a mis compañeros, les presto dinero a mis amigos
H	Que mi familia este unida	He tenido pesadillas pero no las recuerdo	Morirme y no saber que va a ser de mis hijos, el rechazo que yo recibo y que rechacen a mis hijos
R	Sobre la enfermedad que tengo	Sueños angustiados, veo a mis seres queridos muertos	La enfermedad me preocupa y me enoja
C	Que exista una cura para la enfermedad	Que muero y que encuentran una solución para la enfermedad. Como una inundación. Una voz que me dice que seré libre finalmente	Mi salud

Tabla 2

6.1.1 RESULTADOS DEL GRUPO

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el desarrollo de las 20 sesiones de trabajo terapéutico; los cuales fueron tomados de los reportes grupales que se realizaron al final de cada sesión grupal (Ver anexo 2).

Donde puede observarse en la tabla 3 que en la 1/a. sesión no se presentaron los 8 integrantes que se habían seleccionado previamente, también es importante resaltar que "R" solo pudo asistir a 2 sesiones, ya que sus problemas de salud lo iban deteriorando y era necesario que descansara, inicialmente en su casa y a partir de la 8va. sesión fue hospitalizado presentando diversas enfermedades oportunistas, propias del desarrollo del VIH/SIDA; perdiendo la vida cuando el grupo se encontraba en la sesión 16/a. Algo similar ocurrió con "P" quien a partir de la 6/a. sesión fue internado por presentar cuadros diarreicos, muriendo cuando el grupo trabajaba en la 9/a. sesión.

En el caso de "A" por tener problemas familiares y económicos abandono el grupo en la sesión 11/va. "C" se integra al grupo en la 8/va. sesión, quien trabajo paralelamente con "H" hasta finalizar el grupo terapéutico.

Tabla 3.

Sesión	Integrantes	Faltistas			Motivo de la falta		
1	P, A, H	No se inicio con S					
2	P, H	A			Muerte de su padre		
3	P, A, H, R						
4	P, A, H	R			Análisis		
5	P, A, H, R						
6	H	P	A	R	Internado	Problemas familiares	Se desconoce
7	A, H	P		R	Hospitalizado	Salud inestable	
8	A, H, C	P		R	Hospitalizado	Hospitalizado	
9	H, C	P	A	R	Deceso	Problemas económicos	Internado
10	H, C	A		R	Problemas económicos	Hospitalizado	
11	H, C	R		A	Hospitalizado	Abandona al grupo	
12	H, C	R			Hospitalizado		
13	H	R		C	Hospitalizado	Problemas laborales	
14	H, C	R			Hospitalizado		
15	H	R		C	Dado de alta	Problemas personales	
16	H, C	R			Deceso		
17	H, C						
18	H, C						
19	C	H			Problemas familiares		
20	H, C						

PLANES DE TRABAJO TERAPÉUTICO

En relación al programa de trabajo terapéutico con este grupo se puede observar en la tabla 4 el plan de trabajo que se estructuró al inicio de este grupo, sin embargo, por las necesidades y características del mismo tuvo que ser modificado durante el desarrollado de cada sesión

Plan de trabajo inicial	
Sesión	Tema
1	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Presentación del grupo. ◆ Presentación de cada uno de los integrantes. ◆ Expectativas del trabajo de grupo. ◆ Encuadre. ◆ Revisar los conocimientos acerca del VIH/SIDA.
2 y 3	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Interacción libre en el grupo. ◆ Homogeneizar los conocimientos sobre el VIH/SIDA.
4	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Impacto de la noticia
5	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Informar a los familiares y amigos sobre su seropositividad.
6 y 7	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Como vivir con el VIH.
8	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Relaciones de pareja.
9 y 10	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Sexualidad y sexo seguro.
11 y 12	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Autocuidado y salud.
13, 14 y 15	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Vida y muerte.
16 y 17	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Productividad y creatividad.
18	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Religión.
19 y 20	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Cierre del grupo.

Tabla 4

Las modificaciones realizadas en el Plan de Trabajo se ven plasmadas en la tabla 5, donde se pueden detectar los cambios realizados a partir de la 5/a. sesión, debido a que fue necesario darle más tiempo a algunos temas como fueron: el impacto de la noticia, informar a los familiares y

amigos sobre la seropositividad, así como agregar los beneficios que se obtienen de ser seropositivos; también se puede observar que se "eliminó" el tema de la religión ya que el grupo fue tocando este punto en varias sesiones, por lo que en lugar de éste se anexo el tema de metas de vida para el futuro.

Plan de trabajo modificado	
Sesión	Tema
1	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Presentación del grupo. ⊕ Presentaciones de cada uno de los integrantes del grupo. ⊕ Expectativas del trabajo de grupo. ⊕ Encuadre. ⊕ Revisión de los conocimientos acerca de VIH/SIDA.
2 y 3	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Interacción libre en el grupo. ⊕ Homogeneizar los conocimientos respecto al VIH/SIDA.
4 y 5	⊕ Impacto de la noticia.
6	⊕ Como vivir con VIH.
7	⊕ Informar a sus familiares sobre su seropositividad.
8	⊕ Informar a sus conocidos y amigos sobre su seropositividad.
9	⊕ Beneficios de ser seropositivos.
10	⊕ Importancia del apoyo familiar.
11 y 12	⊕ Informar a la pareja sobre su seropositividad.
13	⊕ Vivir en pareja.
14	⊕ Vida y muerte.
15	⊕ Autocuidado y salud.
16	⊕ Sexualidad y sexo seguro.
17	⊕ Productividad y creatividad.
18	⊕ Metas de vida para el futuro.
19 y 20	⊕ Cierre del grupo.

Tabla 5

CONTENIDOS MANIFIESTOS Y LATENTES

El material que trabajaron a nivel manifiesto y latente se esquematiza en la tabla 6; como puede verse en las 3 primeras sesiones mostraron una actitud demandante e incredulidad hacia la labor terapéutica, en las sesiones 3/a, 4/a y 5/a trabajaron la manera en que los impacto la noticia, y la idea inmediata que surge es el miedo a la muerte, presentando una negación ante su seropositividad; en la 6/a sesión presentaron miedo y tristeza por el hecho de vivir con VIH/SIDA y paulatinamente reconocieron que el trabajo terapéutico es importante; en las sesiones 7/a y 8/ava, 11/ava y 12/ava trabajaron acerca de informar a familiares y amigos sobre su estado seropositivo; mostraron una actitud resistencial, miedo a la muerte y la posibilidad de infectar a sus familiares; ya para la 9/a sesión el grupo se percató de la existencia de aspectos positivos inherentes al VIH/SIDA, incrementando de manera importante su autoestima.

Conforme fue avanzando su proceso terapéutico, específicamente durante la sesión 10/ma manejaron la importancia del apoyo y afecto familiar, aceptando paulatinamente el acercamiento hacia la muerte; en las sesiones 12/a y 13/a se habló de la necesidad de buscar y vivir en pareja, sin embargo, se presentó el temor al rechazo; durante la sesión 14/a se trabajó el tema vida y muerte, aceptando positivamente la muerte cuando ésta llegue y reconociendo la posibilidad de morir de cualquier otra circunstancia y no necesariamente de SIDA.

Al llegar al tema de autocuidados y salud se plasmó la necesidad de alternativas de vida y la urgencia de realizar arreglos en lo concerniente a herencias y bienes materiales, y mostrando un miedo natural a morir antes de concluir sus metas.

En la sesión 16/a se tocó el tema de sexualidad y sexo seguro, manejando la triada sexo - muerte - vida, y con el predominio de Eros sobre Tánatos.

En las sesiones 17/a y 18/a se trabajó sobre la productividad y metas hacia el futuro, llegando a una planeación de sus vidas, también elaboraron el duelo hacia "P", "R" y "A" y mostrando la necesidad de trascender a través del trabajo y la familia y llegando a la preparación para el buen morir.

En las últimas 2 sesiones se trabajó el cierre grupal, reportando los cambios observados, y mostrando una elevada autoestima, con un nuevo proyecto de vida.

Sesión	Contenido Manifiesto	Contenido Latente
Encuadre 1	<ul style="list-style-type: none"> * Demanda de ayuda emocional. * Cambio de actitud del sector salud 	<ul style="list-style-type: none"> * Miedo a morir * Incredulidad del trabajo terapéutico
Homogeneizar conocimientos sobre VIH/SIDA 2	<ul style="list-style-type: none"> * Demanda de ayuda emocional * Cambio de actitud del sector salud 	<ul style="list-style-type: none"> * Agresión, depresión, pensamiento mágico de cura
Interacción libre del grupo 3	<ul style="list-style-type: none"> * Impacto de recibir la noticia por un mal manejo del sector salud, ser seropositivo * Reportan verbalmente malestares físicos P,H y R. 	<ul style="list-style-type: none"> * Enojo porque las terapeutas no informan al sector salud y población en general lo que es VIH/SIDA * Inicio de búsqueda de diferentes caminos para alcanzar sus metas y adaptarse como seropositivos * Les moviliza la muerte del padre de A.
Impacto de la noticia 4 y 5	<ul style="list-style-type: none"> * Miedo a la muerte, inseguridad y depresión 	<ul style="list-style-type: none"> * Negación de ser seropositivo, enojo, agresión, devaluación, persecución (se inicia la grabación)
Como vivir con VIH/SIDA 6	<ul style="list-style-type: none"> * Miedo, tristeza, depresión, confusión mental 	<ul style="list-style-type: none"> * Necesidad de escuchar por parte de las terapeutas que no van a morir * Deseo de ejercer su vida sexual activa * Reconocimiento del trabajo terapéutico
Informar a sus familiares sobre su seropositividad 7	<ul style="list-style-type: none"> * Miedo a La enfermedad y muerte (P se interna por primera vez) 	<ul style="list-style-type: none"> * Miedo a perder la salud, al rechazo * Fantasmas de "cura" a través de las terapeutas

Tabla 6

Sesión	Contenido Manifiesto	Contenido Latente
<p>Informar a conocidos y amigos sobre su seropositividad</p> <p>8</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Miedo a morir * Baja autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> * Demandan que el sector salud tenga información sobre VIH/SIDA * Miedo a la enfermedad y muerte * (P internado) Miedo a infectar a sus seres queridos
<p>Beneficios de ser seropositivos</p> <p>9</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Beneficios de ser seropositivos * Necesidad de reparación con sus seres queridos un mes después por vacaciones de la Institución 	<ul style="list-style-type: none"> * Revalorar su autoestima al tener beneficios de ser seropositivos * Omnipotencia de poseer más información sobre VIH/SIDA que el sector salud
<p>Importancia del apoyo familiar</p> <p>10</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Necesidad de apoyo y afecto familiar para mantener la salud * Padecer enfermedades comunes no debe de relacionarse con la muerte (notifican la muerte de P) 	<ul style="list-style-type: none"> * Miedo a la muerte * Deseos de dejar de sufrir, "Pasar a mejor vida"
<p>Informar a su pareja, familiares, conocidos y amigos sobre su seropositividad 11 y 12</p>	<ul style="list-style-type: none"> * El afecto es importante para vivir * Miedo de comunicar la noticia a sus seres queridos * Temor a ser rechazados 	<ul style="list-style-type: none"> * Enojo, deseo de venganza hacia los que los contagiaron * Culpa, temor, enojo
<p>Vivir en pareja</p> <p>13</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Miedo al rechazo 	<ul style="list-style-type: none"> * Enojo y depresión ante el maltrato del sector salud
<p>Vida y muerte</p> <p>14</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Posibilidad de morir de cualquier otra cosa y no de SIDA (peligra la vida ante un asalto) 	<ul style="list-style-type: none"> * Aceptación de la muerte como algo natural y no como castigo * Predomina Eros sobre Tánatos
<p>Autocuidado y salud</p> <p>15</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Alternativas de vida * Arreglo de bienes materiales 	<ul style="list-style-type: none"> * Miedo a morir antes de terminar su obra en esta vida

Tabla 6

Sesión	Contenido Manifiesto	Contenido Latente
Sexualidad y sexo seguro 16	* Posibilidad de muerte en cualquier momento "yo no me voy a morir"	* Continúa vida - muerte * Predomina Eros Sobre Tánatos
Productividad y creatividad 17	* Elaboración del duelo por P, R y A * Toma de decisiones y planeación de vida	* Necesidad de trascender a través del trabajo y la familia * Autoestima elevada * Angustia por la terminación del grupo
Metas de vida para el futuro 18	* Continúa vida - muerte	* Preparación para el buen morir
Cierre del grupo 19	* Expresan cambios observados por ellos mismos y por la gente que los rodea	* Energía de vida y aceptación de la muerte
Cierre del grupo 20	* Manifiestan los beneficios que obtuvieron a raíz de la psicoterapia grupal.	* Se eleva la autoestima * Decremento de la depresión * Trazo de un nuevo plan de vida * "Cura"

Tabla 6

HECHOS SIGNIFICATIVOS

Al reportar los hechos más significativos en cada una de las sesiones se puede observar en la tabla 7 que, desde la primera sesión hubo resistencia por trabajar en una intervención grupal ya que de 8 personas elegidas solo se presentaron 3, posteriormente se observa la inasistencia de "A" por fallecimiento de su padre; prevaleciendo la actitud resistencial en las sesiones 3/a y 4/a por el ingreso de "R" y por el hecho de ser grabadas las mismas. En la 5/a sesión P se incorpora al grupo después de haber permanecido hospitalizado durante 10 días. Las sesiones 6/a y 7/a se caracterizaron por ausencias ya sea por internamiento o problemas familiares. En la 8/a sesión ingresa "C" y muere "P" movilizándolo al grupo; en la 9/a sesión "R" se encuentra en etapa terminal; en la 10/a sesión "A" abandona al grupo sin notificar. Además se presentan sentimientos de coraje hacia quienes los infectó, detectando el mismo grupo, que hubiese sido muy importante, la grabación del mismo. Durante las sesiones 11/ava, 12/ava y 13/ava, los hechos más significativos consistieron en que, R permaneció internado debido a la presentación de continuas enfermedades

oportunistas. Así como, la importante labor que realiza el psicólogo con las personas infectadas por el VIH/SIDA.

En la sesión 14/a al hablar de vida y muerte, se asocia a la muerte con situación económica precaria y con la pérdida de la salud. Al llegar a la sesión 15/a se trabaja con el duelo por la pérdida de seres queridos.

A partir de las sesiones 16/a y hasta la 20/a se vence la resistencia, se elaboran duelos y se adopta una actitud de tranquilidad y aceptación de su seropositividad y de su posible muerte a raíz de esta enfermedad.

Sesión	Hechos significativos
Encuadre 1	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se presentaron 3 de 8 pacientes ➤ Hay reclamo de uno de los integrantes por la ausencia de los otros
Homogeneizar los conocimientos sobre VIH/SIDA 2	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faltó A por la muerte de su padre
Interacción libre del grupo 3	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faltó la terapeuta C. preguntando el grupo por ella ➤ H se pregunta como se va a utilizar el material trabajado en el grupo ➤ Ingresa un nuevo miembro al grupo R, los demás se muestran distantes con el, P, H y A se sientan juntos y R alejado ➤ Sesión de reclamos: por falta de información en el sector salud y población en general y P le reclama a H por haber llegado tarde
Impacto de la noticia 4	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ausencia de R ➤ Se inicia la grabación de las sesiones y se muestran resistentes a participar
Impacto de la noticia 5	<ul style="list-style-type: none"> ➤ P regresa al grupo después de permanecer 10 días hospitalizado ➤ Se realizan dos dinámicas grupales
Como vivir con VIH/SIDA 6	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ausencia de 3 integrantes: P internado, A problemas familiares y R se desconoce
Informar a sus familiares sobre su seropositividad 7	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ausencia de P internado, R se desconoce ➤ A por primera vez toma la palabra durante 45 minutos ➤ La terapeuta O avisa que no asistirá a la siguiente sesión por asistencia a un congreso
Informar a conocidos y amigos sobre su seropositividad 8	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ingresa un nuevo integrante C ➤ P muere y la amenaza de muerte propicia reparación en los miembros de la familia
Beneficios de ser seropositivos 9	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se notifica al grupo la muerte de P ➤ R se encuentra en fase terminal ➤ A no asiste ➤ Llanto por la muerte de P ➤ Piden escuchar una grabación donde este la voz de P ➤ Las terapeutas se muestran angustiadas al dar la noticia de la muerte de P

Tabla 7

Sesión	Hechos significativos
<p>Importancia del apoyo familiar</p> <p>10</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A abandona el grupo sin avisar ➤ R sigue internado ➤ Resistencia a hablar por coraje y rabia que sienten hacia la pareja que los contagió ➤ Por falla técnica no se graba la sesión ➤ Los integrantes del grupo lamentan que no se grabara esta sesión porque había material muy importante
<p>Informa a su pareja, familiares y conocidos sobre su seropositividad 11 y 12</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ R sigue internado ➤ H dormita durante la sesión porque ese mismo día llegó de Poza Rica
<p>Vivir en pareja</p> <p>13</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ausencia de C por motivos laborales ➤ Se rescata la figura significativa de las dos terapeutas a través de la figura del médico
<p>Vida y muerte</p> <p>14</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ C invita a las terapeutas a pasar el fin de semana en su casa ➤ Queja ante la negativa de la institución por la posibilidad de ya no darles viáticos, lo que llevaría a su no asistencia al grupo ➤ Solicitan apoyo para personas conocidas infectadas por el VIH ➤ H eleva el tono de voz; inquietud por saber el por que algunas personas mueren más pronto que las otras, asociando la muerte de P y los problemas económicos de A ➤ Se rescata cada una de las familias de los integrantes del grupo
<p>Autocuidado y salud</p> <p>15</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ausencia de C por periodo vacacional ➤ H recuerda a A
<p>Sexualidad y sexo seguro</p> <p>16</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ C Trabaja la muerte de su ex-pareja y propone trabajar el duelo, visitando a los padres de su ex-pareja e ir al panteón ➤ C propone a H despedirse de P; acudiendo al panteón, así como buscar a A ➤ H en esta ocasión dice padecer "sordera", repitiéndosele dos veces las cosas ➤ Por todo el material trabajado no se llevó acabo una dinámica

Tabla 7

Sesión	Hechos significativos
Productividad y creatividad 17	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Por estar ocupada el aula de trabajo se designó el auditorio del bioterio ➤ Se encuentran angustiados ante la situación de otros seropositivos que son maltratados y rechazados ➤ C no visito a los familiares de su ex-pareja ni acudió al panteón ➤ H y C agradecen el apoyo psicológico que se les ha brindado
Metas de la vida para el futuro 18	<ul style="list-style-type: none"> ➤ H y C han podido integrar el continuo vida - muerte con serenidad ➤ El ejercicio de relajación se ha pospuesto por el material que ellos traen ➤ H y C reportan no haber ido a despedirse de P al panteón y de buscar a A
Cierre del grupo 19	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ausencia de H por problemas familiares ➤ C recuerda a los integrantes faltantes del grupo por muerte o por abandono ➤ Se llevó acabo el ejercicio de relajación directivo para facilitar que emergieran las emociones que se presentaron a lo largo del trabajo en grupo ➤ Esta vez las terapeutas notifican a C que aceptan la invitación hecha en semana santa
Cierre del grupo 20	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cierre del grupo ➤ Las terapeutas hacen devoluciones al grupo ➤ Se les entrega un cassette con material de relajación ➤ Reportan C y H que sus CD4 aumentaron considerablemente ➤ Se observa un aumento significativo de la libido

Tabla 7

MECANISMOS DE DEFENSA

En relación a los mecanismos de defensa que utilizó este grupo, en el transcurso del trabajo psicoterapéutico, se observa en la tabla 8 que, durante las primeras 10 sesiones, el grupo presentó mecanismos de defensa menos elaborados, mientras que en las últimas 10 sesiones, disminuyeron notablemente la negación, encontrándose mecanismos más elaborados.

Sesiones de la 1 a la 9	Mecanismos de bajo nivel
	↪ Negación
	↪ Regresión
	↪ Proyección
	↪ Vuelta de la pulsión contra sí mismo
	↪ Omnipotencia

Sesiones de la 10 a la 19	Mecanismos de alto nivel
	↪ Negación
	↪ Proyección
	↪ Racionalización
	↪ Sublimación
	↪ Anulación
	↪ Represión

Tabla 8

NIVEL DE CÉLULAS CD4

En el desarrollo de esta enfermedad, es muy notable la disminución de células CD4 componentes vitales del sistema inmunológico humano; las cuales fueron solicitados a los 2 integrantes que concluyeron el grupo, reportando ambos un conteo de menos de 200 CD4 al inicio del trabajo grupal; mientras que una vez finalizado el proceso terapéutico se registro un conteo de más de 250 CD4 por cada milímetro cúbico de sangre, en los dos integrantes. Ver tabla 9.

Antes del trabajo terapéutico	Después del trabajo terapéutico
" C " 95 células	" C " 286 células
" H " 200 células	" H " 263 células

Tabla 9

6.1.2 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Es importante mencionar, que al revisar la literatura del marco teórico que da soporte a esta investigación, se encontró que ha sido ampliamente trabajado, surgiendo a partir de 1985, diversas modalidades de tratamiento psicológico, entre ellas la psicoterapia de grupo, cuyas técnicas han sido utilizadas en la solución de diferentes problemas psicológicos que afectan de alguna manera la salud física, o viceversa. Esto, sin soslayar a la población que vive con VIH/SIDA.

Lo que si es escaso, es el programa de trabajo grupal a seguir con esta población; sobre todo debido, a la escasa preparación de profesionistas que atienden psicológicamente a las personas infectadas por el VIH/SIDA, ya que deben contar con conocimientos y haber revisado sus actitudes acerca de la vida, la muerte, el VIH/SIDA, la sexualidad, contar con un entrenamiento en psicoterapia de grupo, y haber sido analizados en algún tipo de intervención psicoterapéutica.

Por lo que es urgente, e imprescindible que los profesionistas psicólogos que atienden a personas seropositivas, realicen un entrenamiento en psicoterapia de grupo, reconocido por alguna institución profesional de alto nivel académico, así mismo, estar o haber estado en un proceso psicoterapéutico propio, con el fin de entender a sus pacientes y lograr los objetivos que se puedan plantear al trabajar con las personas infectadas por el VIH/SIDA.

El objetivo general a trabajar fué: "Brindar apoyo terapéutico grupal a los usuarios del servicio de salud del Hospital Sur de PEMEX para generar un cambio de opinión ante la enfermedad y la perspectiva de muerte". Mientras que los objetivos específicos decían: "Formar un grupo terapéutico con usuarios del servicio de salud del Hospital Sur de PEMEX, que se encuentren infectados con el VIH". "Generar en estas personas la conciencia de muerte y prepararlos para el -buen morir -". Y por último, "Lograr cambios de opinión en algunos rasgos hacia la muerte de personas que asistan a psicoterapia de grupo". Ahora bien, de acuerdo con los datos obtenidos, dichos objetivos quedan confirmados, puesto que es evidente que los resultados presentados anteriormente demuestran la conformación de un grupo de psicoterapia con personas que viven con VIH/SIDA, así como, el cambio favorable de opinión en los rasgos hacia la muerte que presentaron a lo largo del proceso psicoterapéutico.

Al realizar el análisis de las ASISTENCIAS Y MOTIVOS DE FALTAS de los participantes del grupo psicoterapéutico, se puede observar lo siguiente:

Inicialmente fueron seleccionadas 8 personas para trabajar terapéuticamente a nivel grupal, sin embargo, sólo se presentaron 3 pacientes, como se trabajó con la modalidad de un grupo abierto, en la 3/a. sesión se integró R, mientras que C lo hizo en la 8/ava. sesión; conformándose este grupo con un total de 5 personas, de las cuales, A desertó en la 11/ava sesión sin que se supiera el motivo del abandono, aunque por los datos que ella proporcionó en las sesiones que asistió, puede inferirse que presentó problemas de tipo económico y familiares que le impidieron continuar con el proceso terapéutico. Por su parte R, desde que inició el trabajo grupal presentó problemas de salud que fueron incrementándose conforme pasaba el tiempo, por lo que únicamente pudo asistir en 2 ocasiones al grupo, ya que permaneció internado la mayor parte del tiempo, falleciendo cuando se trabajaba en la 16/ava sesión. Mientras que P pudo asistir a 5 sesiones del grupo terapéutico, faltando a partir de la 6/a. sesión debido a sus constantes cuadros diarreicos que lo llevaron a la muerte cuando el grupo se encontraba en la sesión 9/a. Finalmente se trabajó de manera constante con H y C prácticamente desde la 8/a sesión. Es importante hacer hincapié en la constancia, perseverancia, e interés que mostraron éstas dos últimas personas en el desarrollo de su proceso terapéutico, ya que, ambos viven en provincia, por lo que tenían que viajar durante varias horas para llegar al Hospital de PEMEX y ser atendidos.

Por lo que respecta al **PLAN DE TRABAJO TERAPÉUTICO** con este grupo, se programó para trabajar a 20 sesiones con temas específicos, como se explicó en el apartado de resultados, sin embargo, tuvo que verse modificado ya que cada grupo es y funciona de manera diferente, por lo que fue necesario adecuar los temas al grupo e irlos modificando de acuerdo a las necesidades de los integrantes del mismo. Los primeros 4 temas no se vieron sujetos a cambios, pero, cuando se trabajó con **EL IMPACTO DE LA NOTICIA**, éste fue un tema que movilizó de manera importante al grupo, ya que reportaron rechazo, maltrato y mal tacto por parte del sector salud al informarles de su estado seropositivo, debido a lo que se mencionó al inicio de la presente discusión (por la carencia de conocimientos hacia la enfermedad y por no tener revisadas ciertas actitudes hacia la sexualidad). Por lo que, la notificación de su diagnóstico causó angustia, depresión, y coraje por este hecho. Al continuar con el proceso terapéutico, hubo otro tema que fue notoriamente difícil de enfrentar para los integrantes del grupo, **INFORMAR A SUS FAMILIARES Y CONOCIDOS SOBRE SU SEROPOSITIVIDAD**, lo cual se reflejó en la utilización de 4 sesiones para trabajar y enfrentar este dilema, esto a causa del temor al rechazo de que son objeto por la mayoría de la población, pero una vez que ellos mismos lo fueron aceptando, se les facilitó la decisión de comunicarles a sus amistades y familiares cercanos su estado seropositivo, obteniendo una respuesta positiva y solidaria por parte de la mayoría de ellos.

Debido a la información y al material vertidos por el grupo, se agregaron los temas de **BENEFICIOS DE SER SEROPOSITIVOS, LA IMPORTANCIA DEL APOYO FAMILIAR Y METAS DE VIDA PARA EL FUTURO**, en donde se encontró que no todo es negativo por el hecho de haber contraído una enfermedad a la que todos estamos expuestos, a lo cual reportaron las siguientes ventajas sobre los seronegativos:

VENTAJAS PRIMARIAS

- Se generó hacia ellos mayor atención y consideración por parte de sus familias
- Lograron ser tomados en cuenta por la familia
- También se logró ser apoyados y queridos por los amigos
- Manipulación que ellos han realizado como parte de la respuesta de sus familias.

VENTAJAS SECUNDARIAS

- Mayor información acerca de la enfermedad.
- Constante revisión médica a nivel general.
- Mayor acercamiento y reconciliación con sus amistades y seres queridos.
- Mayor consciencia del cuidado de la salud.
- Revalorización de la vida.
- Aceptación de la muerte.

En cuanto a la importancia del apoyo familiar se observó que hubo un mayor acercamiento hacia su familia, lo que propició un reencuentro con sus seres queridos, aceptando y reconociendo la necesidad de contar con el apoyo del núcleo familiar, sobre todo en la fase terminal de esta enfermedad.

Así mismo, determinaron y establecieron metas de vida para su futuro, adoptando una actitud positiva hacia sus propias capacidades y tomando en cuenta el tiempo y calidad de vida que desean tener.

Inicialmente se establecieron 3 sesiones para trabajar **VIDA Y MUERTE**, sin embargo, a lo largo de cada una de las 20 sesiones se tocó dicho tema, por lo que únicamente fue necesario utilizar 1 sesión para tener un acercamiento al proceso tan difícil de aceptación y reconocimiento, como es el de la muerte, pese a esto, se logró tener un acercamiento más positivo hacia la muerte.

Por último, no fue necesario utilizar 1 sesión para hablar acerca de las **CREENCIAS RELIGIOSAS**, ya que al igual que el tema anterior se fue tocando a lo largo del proceso terapéutico, determinándose que no importa la religión a la cual se adhieran las personas sino más bien, lo

importante es creer en la deidad en que mayormente se encuentren convencidos, y depositar esperanzas de Fe en determinada religión.

Por lo que respecta a los **CONTENIDOS MANIFIESTOS Y LATENTES** del grupo se pudo observar en las dos primeras sesiones, (**ENCUADRE Y HOMOGENEIZAR CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/ SIDA**) la excesiva demanda de ayuda, de apoyo emocional, y de cambio de actitud del sector salud, manifestando a través de esta demanda un temor a la muerte, la incredulidad del trabajo terapéutico, coraje, depresión y pensamiento mágico de cura.

Así mismo, el grupo reportó en la 3/a sesión (**INTERACCIÓN LIBRE DEL GRUPO**) el impacto tan fuerte que sufrieron cuando se les notificó su seropositividad, esto debido, al mal manejo por parte del personal del sector salud, recibiendo de ellos indiferencia, rechazo, agresión y manejándoles que se iban a morir muy pronto, de ahí también las demandas y reclamos que realizaron a las terapeutas, ya que ellas también forman parte del mismo sector, tales como: "ustedes deberían decirles a los médicos, como informar el diagnóstico", "deberían proporcionarles conocimientos acerca de esta enfermedad, ya que saben menos que nosotros".

También reportaron malestares físicos P, H Y R, esto por el deceso del padre de A, ya que su muerte les movilizó emociones internas en torno a la misma y porque de alguna manera empezaron a manifestar algún padecimiento provocado por el debilitamiento del sistema inmunológico, síntomas propios de esta enfermedad.

En la 4/a y 5/a sesión (**IMPACTO DE LA NOTICIA**) tocaron abiertamente el miedo a la muerte, la inseguridad que tienen para enfrentarla y la depresión que conlleva el pensar en el fin de sus vidas. A nivel latente, denotan una marcada negación hacia su seropositividad, enojo, agresión y devaluación, al intentar aceptar y reconocer su estado seropositivo; así mismo, se portaron resistentes porque se iniciaba la primera sesión grabada. Es en esta sesión cuando se inicia propiamente el trabajo de entendimiento y enfrentamiento con la muerte, (aunque fué trabajado en cada una de ellas), en donde el grupo mostró temor al saber que la muerte está más próxima en ellos a raíz de la notificación del diagnóstico.

En la 6/a sesión (**CÓMO VIVIR CON VIH/SIDA**) hablaron de miedo, tristeza, depresión, sentimientos que desarrollan por el hecho de vivir con VIH/SIDA; aflorando el deseo de escuchar por parte de las terapeutas que no van a morir, así como el deseo de ejercer su vida sexual, y la manifestación de confusión mental. Es importante mencionar, que en esta sesión el grupo reconoció

el trabajo terapéutico grupal. No así la idea de la muerte ,a la cual continuaron resistiéndose, negando y rechazando.

Al trabajar en las 7/a, 8/va, 10/ma, 11/ava y 12/ava sesiones, se habló acerca de los temas relacionados con (INFORMAR A LA PAREJA, FAMILIARES Y AMIGOS SOBRE SU SEROPOSITIVIDAD E IMPORTANCIA DEL APOYO FAMILIAR), se encontró que predomina el miedo a desarrollar la enfermedad y posteriormente la muerte, así como el temor a comunicar la noticia a familiares, encubriendo con esto, miedo a perder la salud, al rechazo, así como enojo; conjugando esto con fantasías de "cura" a través de las terapeutas, o bien, en una actitud agresiva de deseos de venganza hacia los que los contagiaron generándoles esto, sentimientos de culpa. Como puede observarse existe un miedo a comunicar la noticia a familiares y conocidos, por el temor a ser rechazados, sin embargo, una vez que se vence este obstáculo y notifican su diagnóstico, encuentran en la familia, solidaridad, apoyo y afecto, lo cual consideran, es muy importante para vivir.

En la 9/a sesión se trabajó con el tema (BENEFICIOS DE SER SEROPOSITIVOS), ya que de acuerdo con las 7 sesiones que se trabajaron anteriormente se percataron de que además de las desventajas de ser seropositivos se encontraron que existen beneficios al haberse infectado por el VIH, como son, además de los mencionados anteriormente, el chequeo médico constante que les realizan en el Hospital de PEMEX, el acercamiento hacia sus familias y seres queridos, en algunos casos los jubilan, por lo que, disponen de tiempo completo para realizar actividades que anteriormente no podían por encontrarse laborando, así como dedicar mayor tiempo a sus hijos y familiares. También presentan sentimientos claros de omnipotencia, por contar con mayor información sobre el desarrollo de la enfermedad que el sector salud.

Es importante mencionar que al trabajar este tema se incrementó en los pacientes su autoestima, aspecto vital para el cuidado de su sistema inmunológico.

Al trabajar con el tema (VIVIR EN PAREJA), el grupo resaltó mayormente la prevalencia de un miedo al rechazo, encontrándose atrás de este, temor enojo, depresión y coraje hacia el sector salud, ya que ellos fueron los encargados de identificar su estado serológico y notificárselos. Además se dieron cuenta que estando y sabiéndose infectados se les dificulta el rehacer su vida con otra pareja, por el temor a infectarlos, y como ya se dijo anteriormente se presenta el miedo al rechazo.

Una vez que se llegó a la sesión 14/ava en donde se trabajó el tema (VIDA Y MUERTE), el grupo llegó a la conclusión de que existe la posibilidad de morir de cualquier otra cosa y no de SIDA, ya que a uno de los integrantes lo asaltaron y estuvo peligrando su vida, con este trabajo emocional, los niveles de angustia y el miedo a la muerte se vieron disminuidos. Por lo que se fue

aceptando el proceso de muerte como algo natural e inevitable y no como un castigo, predominando fuertemente el deseo e impulso de vida sobre el de muerte.

En la sesión 15/ava se trabajó con el tema (AUTOCUIDADO Y SALUD), resaltando las posibles alternativas de vida y el arreglo de sus bienes materiales como son: viajar, proporcionarles educación a sus hijos, o capacitarlos para el trabajo, asistir periódicamente a las revisiones médicas, que les realizan, mantener una dieta adecuada, evitar desvelarse e ingerir bebidas alcohólicas. Así mismo, realizar los trámites correspondientes para arreglar la repartición y distribución de sus bienes materiales. Por lo que se encontró que presentaron algunos rasgos de angustia y miedo a morir antes de concluir los objetivos ya mencionados.

Durante la sesión 16/ava se trabajó con (SEXUALIDAD Y SEXO SEGURO), en donde el grupo relacionó estrechamente este tema con la posibilidad de muerte en cualquier momento y su contraparte "yo no me voy a morir"; mientras que a nivel inconsciente, también se manejó esta ambivalencia del continuo vida - muerte, sin embargo, se observa el predominio de Eros sobre Tánatos.

En la sesión 17/ava se habló acerca del tema (PRODUCTIVIDAD Y CREATIVIDAD), resaltando la importancia de elaborar el duelo de P, R y A, además de establecer una toma de decisiones acerca de su plan de vida. En esta sesión es importante resaltar que a nivel grupal, se detectó la necesidad de trascender a través del trabajo y la familia, de sentirse y estar bien con la gente que ya ha muerto; por lo que con este proceso se observa un incremento importante en su autoestima, a pesar de que el grupo presento angustia porque se acercaba la terminación del mismo.

Al llegar la sesión 18/ava se trató el tema (METAS DE VIDA PARA EL FUTURO); en donde al igual que en sesiones anteriores se manifestó el continuo vida - muerte y la angustia que esto provoca, aunque los integrantes denotan que se encuentran en preparación para el "buen morir". Aceptando y asimilando el tiempo que pueda restarles y optimizar para su beneficio la calidad de vida que puedan tener.

Durante las sesiones 19/a y 20/a se trabajó con el (CIERRE DEL GRUPO), expresando abiertamente los cambios observados por ellos mismos y por gente que los rodea. Interpretando a raíz de su comportamiento la energía de vida que poseen, su elevada autoestima, sus planes de vida para el futuro, su decremento depresivo y dos aspectos muy importantes: LA ACEPTACIÓN DE LA MUERTE Y LA SENSACIÓN DE CURA QUE LOS EMBARGO.

En relación a los HECHOS SIGNIFICATIVOS en cada una de las sesiones se obtuvo lo siguiente:

En la 1/a sesión "ENCUADRE" existió una marcada resistencia al trabajo grupal, esto puede observarse en la inasistencia de 5 elementos de 8, que habían sido seleccionados con anterioridad, presentándose únicamente 3 pacientes quienes reclamaron la ausencia de sus compañeros.

En la 2/a sesión "HOMOGENEIZAR CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA", A faltó al grupo terapéutico por la muerte de su padre, hecho que movilizó internamente al grupo, por su eminente muerte.

Durante la 3/a sesión "INTERACCIÓN LIBRE DEL GRUPO" el grupo, manifestó la inquietud de saber cómo será utilizado el material que emerja del grupo, también ingresa R al grupo, existiendo rechazo hacia él, incluso hubo una serie de reclamos debido a la desinformación del sector salud.

En la 4/a y 5/a sesión "IMPACTO DE LA NOTICIA" se presentó una marcada resistencia a participar en la manera en que les impacto la noticia, también P se incorpora al grupo después de haber permanecido 10 días hospitalizado, debido al importante material que se manejó en estas sesiones, se implementaron dos dinámicas grupales con el fin de disminuir la angustia que fue removida, por lo significativo del material con el que se trabajó en el grupo.

En la 6/a y 7/a sesión "CÓMO VIVIR CON VIH/SIDA E INFORMAR A SUS FAMILIARES SOBRE SU SEROPOSITIVIDAD" se presentó la ausencia de P por encontrarse internado, A por problemas familiares y R no avisó; así mismo, la terapeuta O avisa que no asistirá a la siguiente sesión porque va a presentarse en un congreso. Como puede observarse, casi a la mitad del grupo terapéutico, se presentan ausencias de 3 elementos, un porcentaje elevado, lo cual moviliza la pérdida de la salud, de bienes materiales y humanos.

Cuando el grupo se encontró trabajando en la sesión 8/ava, "INFORMAR A AMIGOS Y CONOCIDOS SOBRE SU SEROPOSITIVIDAD" ingresa C, mientras que P fallece, lo que desencadena actitudes de reparación hacia familiares y amigos, como una forma de aceptación hacia la muerte.

Durante la 9/a sesión, "BENEFICIOS DE SER SEROPOSITIVOS" resaltó la muerte de P, la cual produce llanto y preocupación entre los integrantes del grupo. Así mismo, el estado de salud que guarda R, el cual se encuentra en etapa terminal. Como se puede observar esta sesión fue

depresiva y reflexiva por la muerte de P, por lo que el grupo pide escuchar una grabación, donde este la voz de P, para recordarlo; mientras que las terapeutas se sintieron angustiadas al darles la noticia sobre la muerte de P.

En la sesión 10/ma "IMPORTANCIA DEL APOYO FAMILIAR" se observa, que A abandona el grupo sin avisar, R continúa internado. El grupo manifestó coraje y rabia hacia las personas que los contagiaron. Debido a cuestiones técnicas no se pudo grabar la sesión, por lo que el grupo lamenta este incidente. Ya que el mismo grupo considera que el material que trabajaron fue sumamente importante, destacando el acentuado coraje y rencor hacia quienes los infectaron, ya sean sus parejas formales, o bien por contactos casuales, también este resentimiento se debió a que no pudieron enfrentarlos y reclamarles la responsabilidad de la infección, por no tener la seguridad de quien haya sido el responsable, o por temor a la reacción de la otra persona.

Durante las sesiones 11/ava y 12/ava, "INFORMAR A SU PAREJA, FAMILIARES Y AMIGOS SOBRE SU SEROPOSITIVIDAD" R continuó internado y H dormitó durante la sesión ya que acababa de llegar de Poza Rica. Pudiéndose interpretar que no desea estar en contacto con esta realidad, considerada muy dolorosa, pero, posiblemente la llegue a vivir, ya que tal vez ella pueda encontrarse en un futuro en la misma situación; lo cual agota y debilita al organismo, hasta concluir con la muerte; por lo que es mejor dormirse para no enterarse del desarrollo de la enfermedad de su compañero.

Al encontrarse el grupo en la sesión 13/ava, "VIVIR EN PAREJA" se encontró que C no asistió por motivos de tipo laboral pero, H rescata la importancia de la atención terapéutica de ambas psicólogas utilizando para ello el servicio que ha recibido de algunos médicos de este hospital. Aquí se puede observar que se le proporciona un lugar significativo a las psicoterapeutas que atienden a las personas que viven con VIH/SIDA.

Cuando se trabajó en la sesión 14/ava, "VIDA Y MUERTE" se manifestaron varios hechos significativos en relación al tema de trabajo de la presente investigación, encontrándose que existió enojo e inquietud por saber la razón por la cual algunas personas seropositivas mueren más pronto que otras, asociando con esto la muerte de P y los problemas económicos de A. Incluso se recordó que en las comentarios y actitudes que manifestaba P estuvo muy presente el hecho de que el no deseaba vivir, mientras que A se aferraba a la vida por la presencia de su hijo, sin embargo, su situación económica le impedía trasladarse y realizar sus metas de vida, como es el proporcionarle educación a su hijo. También es importante mencionar que, el grupo rescató a cada una de sus familias, al recordar que pueden abandonarlas en cualquier momento. Así mismo el grupo se

preocupó por la negativa de la Institución de seguirles proporcionando viáticos, para seguir en el grupo terapéutico.

Otro hecho importante de esta sesión fue la petición de apoyar psicológicamente a personas conocidas e infectadas por el VIH/SIDA. Finalmente C invitó a las dos terapeutas a pasar unos días en su casa.

En la sesión 15/ava, "AUTOCUIDADO Y SALUD" también se observó la ausencia de C por motivo de vacaciones de semana santa, por lo que al trabajar sólo con H recuerda a A con nostalgia, por desconocer las causas de su ausencia. Es posible que se añore la ausencia de A, por la preocupación acerca de su situación económica y por la duda e inquietud de ignorar la razón por la cual abandonó el grupo.

Durante la sesión 16/ava, denominada "SEXUALIDAD Y SEXO SEGURO", destacó el duelo que C elaboró por la muerte de su ex-pareja y propone a H despedirse de P, acudiendo al panteón, así como intentar buscar a A.

Esta sesión fue muy importante, como puede observarse, se trabajó con sexualidad, vida y muerte, tríada que moviliza a quienes padecen esta enfermedad, por lo que, H no es la excepción y en esta sesión padeció "sordera" y por lo que los señalamientos de los terapeutas tuvieron que repetirse dos veces.

Cuando se llegó a la sesión 17/ava "PRODUCTIVIDAD Y CREATIVIDAD", se cambió el lugar que había sido designado para la terapia, ya que esa aula fue ocupada para otro evento por lo que se tuvo que trabajar en el laboratorio del bioterio. Casualmente el grupo se mostró angustiado ante la situación de otros seropositivos que son maltratados y rechazados por la población en general. Mientras que C reportó no haber podido ir a visitar a los familiares de su ex-pareja, ni acudir al panteón. Finalmente el grupo agradece el apoyo psicológico que se les ha brindado.

El hecho de no contar con un espacio específico para desarrollar el trabajo psicológico, y ser movilizados de un lugar a otro, como les ha ocurrido frecuentemente al ser atendidos por el sector salud, les provocó angustia acompañada de ciertos grados de depresión; mientras que por otra parte, se les dificultó realizar la despedida de lo que habían planeado en sesiones anteriores; además se sienten agradecidos porque ellos se han visto beneficiados por el apoyo psicológico que han recibido, a diferencia de algunos de sus conocidos que carecen de este servicio.

En la sesión 18/ava "METAS DE VIDA PARA EL FUTURO", se observó que los integrantes del grupo han podido integrar el continuo vida - muerte con serenidad, a pesar de la dificultad de visitar a P al panteón y despedirse de A, esto debido a las ocupaciones que presentan. Es importante

mencionar que desde la sesión 16/ava se propuso un ejercicio de relajación que se había planeado para el grupo, debido al material que ellos traían y que requerían trabajar.

Durante las sesiones 19/ava y 20/ava que se trabajó el "CIERRE DEL GRUPO" se destacó la ausencia (en la sesión 19/ava) de H por problemas familiares, por lo que se trabajó con C el ejercicio de relajación que se había propuesto, este ejercicio se realizó con el propósito de facilitar que emergieran las emociones que se presentaron a lo largo del trabajo grupal.

Y por último las terapeutas realizan devoluciones al grupo, además se les proporciona un cassette con material de relajación, el cual se les enseñó a manejar, para que lo ejerciten cada vez que ellos lo consideren necesario. Un aspecto muy importante de estas dos últimas sesiones es que el grupo reportó un incremento considerable de sus CD4, observándose con esto un aumento significativo en el fortalecimiento de la libido. Es importante resaltar que el apoyo psicológico a nivel grupal nos ayudó a entender y aceptar el proceso de muerte, como fue planteado en uno de los objetivos del presente trabajo, además este proceso se vio acompañado de un incremento considerable en su sistema inmunológico, de ahí la importancia de la intervención del grupo psicológico a la población infectada por VIH/SIDA.

En lo concerniente a los MECANISMOS DE DEFENSA utilizados por el grupo se pudo observar que durante las primeras 10 sesiones el grupo presentó mecanismos de defensa más primitivos, es decir menos elaborados; mientras que en las últimas 10 sesiones el grupo presentó mecanismos de defensa mucho más elaborados, notándose una disminución considerable de la negación, incluso a partir de la sesión 13/ava desaparece la negación. Esto se debió al trabajo intenso que realizó el grupo para aceptar su seropositividad y posteriormente modificar algunas opiniones acerca de la vida y de la muerte, como se planteó en otro de los objetivos que se estableció al inicio de esta investigación.

Finalmente se solicitó al grupo su conteo de CÉLULAS CD4 antes y después de iniciar el tratamiento, encontrando que C contaba con 95 células antes de iniciar el tratamiento y cuando lo concluyó sus CD4 se incrementaron a 286, encontrándose un aumento de 191, el cual es bastante considerable, mientras que H contaba con 200 CD4 al inicio del tratamiento y terminó con 263, por lo que obtuvo una diferencia de 63 CD4; es importante señalar estos incrementos ya que es fácil deducir que gracias a la intervención psicológica grupal, su sistema inmunológico se fortalece favoreciendo considerablemente su calidad de vida, y bienestar emocional lo cual repercute en el incremento de células CD4 componentes importantes de la memoria inmunitaria.

Encontrándose consecuentemente que el apoyo psicológico es uno de los factores, entre otros, que contribuye al fortalecimiento del sistema inmunológico.

En relación a los teóricos que manejan las diversas posturas de la psicoterapia de grupo y de la muerte; tenemos que Bauleo, A. (1977), afirma que en toda relación grupal de trabajo, el objetivo permanente es no sólo que los miembros del grupo hablen del tema, no sólo que digan lo que sienten, sino que también expresen lo que sobre el tema suponen, con el soporte emotivo que toda relación interpersonal involucra.

Y la interacción que se estableció en el grupo propicio un ambiente que facilitó la comunicación entre los miembros del grupo, abandonando paulatinamente las resistencias a hablar en determinadas sesiones, acerca del ejercicio de su sexualidad, de sus preferencias sexuales, del número de parejas sexuales con las que habían interactuado, así como la determinación de comunicar su estado seropositivo a sus familiares y amigos, dichos elementos fueron los más significativos durante el proceso psicoterapéutico, sin soslayar las dificultades que presentaron para expresar sus temores hacia las enfermedades, la hospitalización y finalmente la muerte. De la cual aprendieron a respetar y aceptar.

A continuación se mencionan por sesión los **CONTENIDOS MÁS IMPORTANTES RELACIONADOS CON LA MUERTE** que verbalizó este grupo:

En la primera sesión:

- Se manifestó angustia y miedo a morir a consecuencia de la enfermedad.
- Demandaron un cambio de actitud por parte del sector salud, ya que les notifican el diagnóstico sin tacto e informándoles su futura muerte.

En la segunda sesión:

- Se presentó el temor a la muerte y manifestaron el pensamiento mágico de la existencia de una posible "cura".
- Se movilaron sentimientos internos alrededor de su muerte, debido al fallecimiento del padre de A (por enfermedad).

En la tercera sesión:

- El hecho de reportar algunos malestares físicos por parte de P, H y R es asociado con el desenlace de la muerte.

En la cuarta y quinta sesión:

- Cuando se tocó el tema del impacto que sufrieron al percatarse de la noticia de su seropositividad, manifestaron miedo a la muerte, inseguridad y depresión.
- Así mismo, el regreso de P, después de 10 días de estar hospitalizado, movilizó internamente en el grupo, la idea de desarrollar alguna enfermedad.

En la sexta sesión:

- Se presentó miedo, tristeza y la necesidad permanente de escuchar por parte de las terapeutas que no van a morir, así como la manifestación del deseo de ejercer su vida sexual.

En la séptima sesión:

- Continúo permanente el miedo a la enfermedad, al deterioro de la salud y se hizo manifiesta la fantasía de "cura" a través de las terapeutas.

En la octava sesión:

- El grupo manifestó nuevamente su miedo a morir, debido al grave estado de salud que guarda P, lo cual desencadenó la reparación hacia los miembros de su familia, así mismo, se vió disminuida su autoestima y se hizo patente el temor de infectar a sus seres queridos.

En la novena sesión:

- En esta sesión se le notificó al grupo la muerte de P.
- Mientras que R se encuentra en fase terminal; lo cual propicia tristeza y llanto por parte del grupo, por lo que pidieron escuchar una grabación donde estuviese la voz de P.

En la décima sesión:

- Esta sesión sirvió para percatarse de la necesidad del apoyo familiar como un elemento importante para mantener la salud mental.
- Así mismo, se dieron cuenta que el hecho de padecer enfermedades comunes no debiera relacionarse con la muerte.
- Y por otra parte, se manejó el deseo de dejar de sufrir para "pasar a mejor vida".

En la décimo primera y décimo segunda sesiones:

- Se presentó el miedo de comunicar la noticia a las familias y amigos por presentar culpa y temor a ser rechazados.

- De igual forma existió enojo y deseo de venganza hacia los que los contagiaron y como elemento significativo de vida expresaron que el afecto es importante para seguir viviendo, sobre todo el de familiares y amigos.

En la décimo tercera sesión:

- Se hizo patente el miedo al rechazo en un intento de buscar una pareja.
- Así mismo, hubo reclamos por el mal trato de que son objeto por parte del sector salud, en especial porque el área de salud les comunicó que "se iban a morir".

•

En la décimo cuarta sesión:

- El grupo pudo manifestar la posibilidad de morir de cualquier cosa y no precisamente de SIDA, ya que en esta sesión, la vida de uno de ellos se encontraba en peligro, debido a que lo asaltaron.
- Además lograron aceptar y asimilar por qué algunas personas mueren más pronto que otras, asociando a esta inquietud la muerte de P, (quién había dado a entender que ya no quería vivir), y los problemas económicos que presentó A.
- Aceptamos finalmente, a la muerte como algo natural y no como un castigo.

En la décimo quinta sesión:

- Se trabajó las posibles alternativas de vida, como son: buscar pareja, acondicionar y remodelar su casa, fomentar los lazos de amistad, mejorar y reforzar la relación familiar.
- Así como, trabajar cada vez más para dejarles un porvenir y un patrimonio a los hijos o familiares, realizando arreglos en sus bienes materiales, sin embargo, se presentó el miedo a morir antes de terminar sus metas y objetivos en esta vida.

En la décimo sexta sesión:

- En esta sesión aceptamos la posibilidad de muerte en cualquier momento y por diversas causas, y como contraparte la idea: "yo no me voy a morir", aunque se observó que predominan las ideas de vitalidad, energía y entusiasmo por encima de las ideas de melancolía, tristeza y depresión que se relacionan con la muerte.
- Se trabajó la muerte de la ex-pareja de uno de los integrantes, proponiendo visitar a los padres de su ex-pareja, así como acudir al panteón para despedirse de P y buscar a A.

En la décimo séptima sesión:

- Se hizo presente el tema de la muerte, con la elaboración del duelo por P, R y A.
- Así mismo, se dió continuidad a las metas y objetivos planeados para el futuro.

En la décimo octava sesión:

- Prevaleció el continuo vida - muerte, aunado a la preparación para el "buen morir", es decir, que el grupo ha podido integrar este continuo con serenidad, a pesar de que reportaron no haber ido a despedirse de P al panteón y de buscar a A.

En la décimo novena y vigésima sesiones:

- Manifestaron los beneficios que obtuvieron a raíz de la psicoterapia grupal.
- Se proporcionó mayor acercamiento hacia sus familias y lograron manejarlos de tal forma que, lograron atraer su atención y ser tomados en cuenta.
- Obtener mayor información acerca de la enfermedad, revisiones médicas
- Expresaron cambios observados por ellos mismos y por la gente que los rodea, incrementando con esto su autoestima, energizando su nuevo plan de vida.
- Revalorización de la vida y aceptación de la muerte.
- Por parte de las terapeutas se efectuó un ejercicio de relajación para reflexionar acerca del término de la psicoterapia y en un futuro de la vida, se les hizo entrega de un cassette con material de relajación, también se les proporcionó devoluciones acerca del material con que trabajaron a lo largo del tratamiento.
- Finalmente, el grupo reportó un aumento significativo en el número de CD4, interpretando con esto que, el apoyo psicológico es uno de los factores que propicia el fortalecimiento del sistema inmunológico.

En la década pasada se dió el mayor auge en la implementación de la psicoterapia grupal breve, aplicado al trabajo con pacientes que viven con VIH. Algunos resultados son los que aportan Méndez, J., Delgado, A. (1990), en donde explican que la psicoterapia de grupo, constituye una medida de apoyo emocional, que proporciona un ambiente de seguridad, contención, facilitador de la elaboración y discusión de temas relacionados con la vida, la muerte y la sexualidad, además de ser un medio que promueve cambios actitudinales y conductuales que exige la misma enfermedad. Spector I., Conklin, R. (1987), formaron un grupo terapéutico y reportaron los siguientes resultados: a los pacientes parece no importarles la aparición de las primeras enfermedades, sino más bien, cuando aparecen las complicadas hospitalizaciones y otras complicaciones médicas es cuando logran tomar conciencia de su propia mortandad. Además los pacientes con SIDA están constantemente recordando el hecho de morir debido a las numerosas muertes de amigos, haciendo difícil superar el impacto inicial del enfrentamiento con su propia muerte y reforzando su sentimiento de abandono. También Sifuentes, F., y Casillas, J. (1988), desarrollaron un programa de investigación con pacientes con SIDA; resaltando los siguientes puntos: A) Se logró que el grupo

expresará sentimientos de enojo y de tristeza por padecer SIDA. Así mismo, se logró establecer con ellos proyectos y preparativos para el desenlace final. B) El grupo pudo contenerlos en la mayoría de los casos y proporcionarles el apoyo emocional que requerían. En tanto que Méndez, J., Delgado, A. (1990), concluyen a raíz de su trabajo grupal: 1) Mientras que las Ciencias Biológicas no desarrollen un tratamiento eficaz para esta enfermedad, las Ciencias encargadas de la Salud Mental deben intervenir con estrategias psicológicas en el control de la propagación de la enfermedad, en los aspectos concernientes a la conducta sexual y calidad de vida de los afectados. 2) En el medio hospitalario, el abordaje grupal psicoeducativo con 2 años de evolución está probando su efectividad como instrumento específico en el tratamiento de estos pacientes. Martínez, E., y Portillo, L. (1990), informaron que el 50% de los mecanismos de defensa que utilizan estos pacientes son considerados pre represivos, pertenecientes a la categoría de primitivos, como son: Negación y Proyección., en un 52% manifiestan fantasías en relación a aspectos de angustia, miedo a la destrucción del grupo y a la muerte. CONASIDA. (1994), por su parte, ha creado varios modelos de acompañamiento psicológico, argumentando que uno de los factores principales es optimizar el servicio a fin de llegar a un mayor número de personas en un menor tiempo. Otro de estos factores es que, un individuo está en mejores condiciones de superar el temor y el menosprecio, al compartir con otros como él dificultades similares y comprender que no está solo. Fernández, P. (1996), publicó sus experiencias, reportando que la muerte es una gran oportunidad para poder estar en paz con la vida; de tal forma que al decirle a un paciente que está muriendo, en realidad se le está dando la oportunidad de prepararse, encontrarle un sentido a la vida y arreglar los "asuntos inconclusos".

Como puede observarse, es muy importante contar con profesionistas en el área de Salud Mental, que sean capaces de brindar apoyo psicológico y preparar a las personas infectadas al "Buen Morir". Es decir, lograr la aceptación de la muerte y obtener la reconciliación de ellos hacia las personas que los infectaron o hacia los que no se encuentran infectados; ésta tarea se torno difícil por el aprendizaje negativo que se nos ha inculcado acerca de la muerte, los miedos, mitos y rechazos que hemos asimilado, producto de la cultura moderna. De ahí la importancia de establecer un programa debidamente sistematizado y dirigido a la población que se encuentra infectada por el VIH/SIDA, ya sean pacientes sintomáticos o asintomáticos, pero que finalmente se encuentran cerca de la muerte, en tanto que no exista un medicamento que contrarreste ésta enfermedad.

Y ante esta postura otros autores han incursionado en este tema tan amplio, controvertido y tan difícil de tratar, como es Lichtszajn, J. (1979), quien menciona que nuestra supresión de la realidad de la muerte, es parte de la estructura de la civilización contemporánea, lógicamente, la negación de la muerte no es un caso universal, ya que no se da en muchos sectores de la sociedad. Norbert, E. (1989), por su parte, reconoce que sólo para el hombre morir es un problema, se comparte con todas las criaturas el nacimiento, la juventud, la madurez, las enfermedades, la vejez y

la muerte. Pero, al hombre es al único que le ocasiona problemas, factor que indiscutiblemente es aprendido.

Dichas características se vislumbraron en el presente trabajo grupal, el cual se encargó de enganchar desde un inicio a los participantes, para brindarles contención y seguridad, facilitándoles la expresión de los temas que se relacionan con la muerte, los cuales fueron inicialmente difíciles de enfrentar y trabajar pero conforme fue avanzando el proceso grupal se fueron detectando claramente los cambios de opinión hacia la muerte, de los integrantes de este grupo; como son: el miedo y la angustia que presentábamos se fueron modificando a través de las sesiones, por ideas de asimilación, aceptación y preparación hacia ella, ya que paulatinamente fueron expresando que todos vamos a morir, estemos o no infectados, e incluso algunas personas pueden morir antes que otras, por causas y situaciones diversas; también se hizo presente el pensamiento mágico de una posible "cura", pero conforme avanzó el tratamiento se dieron cuenta de que falta mucho tiempo para que salga una vacuna, además por el hecho de estar infectados, ya no alcanzarían los beneficios de la misma; así mismo, es importante subrayar el miedo que presentaban por el hecho de reportar malestares físicos y relacionarlos inmediatamente con la muerte, poco a poco disminuyeron sus niveles de angustia al percatarse de que, todas las personas podemos presentar síntomas de cualquier enfermedad y desaparecer una vez que se controle; esta investigación sirvió además, para percatarse de la necesidad de la aceptación y apoyo familiar, elementos importantes que contribuyen a mejorar la salud mental; sus miedos a comunicar la noticia a familiares y amigos se vieron disminuidos, por lo que, lograron notificar el diagnóstico a las personas que ellos mismos decidieron; además lograron atraer la atención de sus familias, un mayor acercamiento y el hecho de ser tomados en cuenta; otro factor no menos importante es el intento por buscar pareja y ejercer su sexualidad con la debida protección, eliminando los sentimientos de culpa y rechazo que presentaban ante esta idea; hubo otros elementos favorables que se vieron modificados en el grupo, como son el planteamiento de las diversas alternativas de vida que plantearon y que de alguna forma son preparativos para la muerte; finalmente se vió modificado el continuo vida - muerte, que fue de la mano con la preparación para "el buen morir", cambios que se vieron reflejados en un aumento de su autoestima y en un incremento de sus niveles de CD4, elementos importantes en el sistema de defensas del organismo.

En relación a dichos cambios algunos teóricos de la personalidad desarrollaron sus trabajos describiendo el proceso de la muerte, Freud, S. (1915), resalta que la pretendida actitud ante la muerte, supuestamente racional, de aceptación como algo natural y lógico es completamente falsa, por el contrario, nadie acepta su propia muerte, inconscientemente todas las personas están convencidas de su inmortalidad. En la vida social la gente evita hablar de muerte y cuando esto llega a ocurrir, existe una tendencia a atribuirla al azar. Mientras que, en su obra: "Más allá del Principio

del Placer" (1919), Freud busca la contraparte, del principio de la libido (energía sexual), encontrando que no todos los instintos son de origen libidinoso, existen otro tipo de instintos que agrupados, dan origen a una versión y a un rol tanático de la existencia humana, es decir, un instinto mortal que se conjuga con el instinto de placer promovido por la libido. Acerca de este mismo autor, Rodríguez, I. (1993), realizó un ensayo de los siguientes trabajos de Freud: "Pulsión de Muerte" y "Obsesión a la Repetición", reportando que en Freud se encontraba presente una cierta concepción de la pulsión en la que ésta, al ser asumida como algo que busca reducir las tensiones y el retorno al estado inorgánico; concepción que lo llevó a postular la existencia de una pulsión de muerte y a la cual concebiría como la pulsión por excelencia. Existieron en Freud varios motivos para que desarrollara la existencia de una pulsión de muerte: el odio, la agresión el sadismo y el masoquismo. Así como los fenómenos de repetición que, difícilmente podían explicarse como una búsqueda de satisfacción libinal. Freud se dio cuenta de que lo que se repite son experiencias claramente displacenteras y resulta difícil explicarlas a partir de la idea de que todo fenómeno psíquico está regido por el "principio del placer" mencionado anteriormente, Freud no rechazó la idea de que bajo el sufrimiento aparente, se busque la realización de un deseo. Según esta idea, todos los procesos vitales no son más que un rodeo hacia la muerte. Es a partir de esta posición que Freud explicó el conflicto psíquico, como el resultado de la oposición entre las pulsiones de vida (pulsiones sexuales y de autoconservación) y las pulsiones de muerte. Por lo que todo deseo agresivo o sexual, se halla ligado al deseo de muerte.

Verdaderamente se clarifican y comprueban estos postulados Freudianos en el desarrollo del presente trabajo, como puede detectarse en la opinión hacia la muerte de los participantes del grupo que prevalecía en las primeras sesiones, la cual era de miedo, negación, evasión, predominando el deseo de escuchar por parte de las terapeutas que no iban a morir, que posiblemente se iba a encontrar un medicamento para curar la enfermedad; mientras que al ir avanzando el trabajo psicoterapéutico e irse trabajando el proceso vida - muerte, la preparación para "el buen morir" y el enfrentamiento con la realidad que estaban viviendo, es decir, confrontar la muerte de sus compañeros, se percataron de que todos vamos a morir, aunque no se sabe cuando, por lo que aceptaron y trabajaron paulatinamente el término de su vida, realizando algunos preparativos que ayudarían a sus familiares más cercanos como son hijos y padres a contar con un porvenir y seguridad permanente, lo cual contribuyó a disminuir sus niveles de angustia.

Por otra parte, el grupo terapéutico evidenció el resultado de la oposición entre las pulsiones de vida : pulsiones sexuales y de autoconservación y las pulsiones de muerte. Ya que como se explicó anteriormente, de los 5 pacientes que fueron atendidos en la modalidad de psicoterapia de grupo, 4 de ellos se infectaron por vía sexual, sólo uno de ellos contrajo el virus por transfusión de sangre. Además 3 de los integrantes del grupo, presentaron una vida sexual activa e incluso tenían

más de una pareja sexual. Por lo que nuevamente se confirma que todo deseo agresivo o sexual, se halla ligado al deseo de muerte.

Otros autores, como Jung (tomado de Lichtszajn, J., 1979), opina que el temor a la muerte esta relacionado con el temor a la vida, ya que a partir del arquetipo del temor a la muerte, el ser humano frecuentemente se resiste a aceptarla y consecuentemente se resiste a la vida, de la misma manera. Adler por su parte, (tomado de Lichtszajn, J., 1979), considera a diferencia de Freud, que el verdadero deseo de muerte, sólo se da cuando la persona siente que no puede resolver adecuadamente, alguna situación vital.

Ideas que se vieron reflejadas durante el proceso terapéutico que recibió este grupo, puesto que al hablar de la muerte, los pacientes fueron contemplando, que existía en ellos cierto temor a vivir intensamente algunas situaciones o estilos de vida, los cuales son rechazados por esta sociedad, sin embargo, aprendieron que sus determinaciones, y específicamente sus preferencias sexuales eran indudablemente decisiones propias, las cuales gozaron en su momento. Así mismo, el grupo aceptó que sus capacidades físicas se iban a ver disminuidas ante el desarrollo de las enfermedades propias del SIDA, y de manera consecuente, la esperada muerte.

En vista de lo ocurrido en este grupo, cuya procedencia es foránea, y que posiblemente este factor haya sido una de las causas de deserción además de los rasgos de personalidad, que mostraron algunos de los participantes, como son las actitudes resistenciales, así mismo, las características propias de las familias que viven en provincia, efectivamente un grupo de apoyo los puede ayudar a revitalizar y fortalecer su estado anímico, así como lograr reconocer aceptar y asimilar el proceso interno de la propia muerte. Logrando con esto que el grupo realice los preparativos que considere necesarios para morir satisfecho de lo que haya logrado en su vida.

6 . 1 . 3 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

En esta investigación se encontraron las siguientes limitaciones:

1.- La dificultad de poder ingresar en alguna institución, encargada de proporcionar atención psicológica a esta población, debido a las políticas internas que maneja el sector salud.

En vista de la gravedad de esta enfermedad, se debería contar con los criterios que permitan el acceso en las instituciones a aquellas personas que se encuentren interesadas en trabajar con esta población.

2.- Otra limitante más fue que una vez que se logró el acceso al hospital de PEMEX, la formación del grupo requirió de más tiempo del programado, encontrando como causa principal que no todos los pacientes cumplían con los criterios de inclusión para el desarrollo de esta investigación, sobre todo no se permitió el ingreso a las personas infectadas que tenían más de 45 años, y aquellas en que su lugar de residencia estaba muy alejado del D.F., esto por lo costoso que es para el Hospital de PEMEX brindar el servicio de viáticos a sus empleados. Por lo que en este caso se tuvo que rechazar a varios seropositivos que necesitaban y que habían aceptado el servicio psicológico.

Sería conveniente la creación de áreas de atención psicológica en los diferentes hospitales regionales con los que cuenta PEMEX, con el fin de evitar los costos de traslado de los pacientes, y brindar así apoyo psicológica a un mayor número de infectados.

3.- Una limitante más fue la carencia de un lugar idóneo para este tipo de tratamiento, es decir, el no disponer de una cámara de Gesel, o un lugar adecuado que brinde la seguridad de contar con un espacio especial para trabajar emociones y sentimiento generados por la misma enfermedad y técnicamente ayuda proporcionando retroalimentación por parte de un grupo de observadores y de un supervisor directamente en cada sesión. Además del enriquecimiento que brinda para futuras investigaciones si se grabaran las sesiones con previa autorización del grupo.

Así mismo se sugiere que el personal del sector salud cuente con un entrenamiento especializado para realizar la entrega de los diagnósticos a los seropositivos.

En cuanto al aspecto relacionado con la integración del grupo se sugiere la formación de grupos de mujeres, heterosexuales, homosexuales y que también existan variaciones en cuanto a las edades.

En lo referente a la coordinación del grupo sería conveniente la combinación de un terapeuta hombre y una mujer.

Se sugiere también la construcción de un instrumento psicológico, debidamente confiable y validado, que al aplicarse permita obtener otro tipo de medición acerca de las opiniones y actitudes ante la muerte con las que cuentan las personas seropositivas.

BIBLIOGRAFÍA

Adeath, M. (1992) SIDA Alarmante en México, en REVISTA. GENTE. Año XXVII, No. 401, agosto, México. Págs. 8 a 18.

Ardila, R., (1989) Psicología y SIDA: La Situación en América Latina. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. Vol. 2 No. 1 y 2 citado en GRUPO PSICOEDUCATIVO EN PACIENTES CON SIDA EN ESTADIOS AVANZADOS. Méndez, J., Delgado, A. (1990) Universidad Psiquiátrica. Hospital Universitario, U.A.N.L.

Bauleo, A. (1977) CONTRAINSTITUCIÓN Y GRUPOS. Madrid. Ed. Fundamentos.

Benitez, F. (1994) HISTORIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO. México, Salvat. Tomo I.

Bion, R. (1991) EXPERIENCIAS EN GRUPOS. México, Ed. Paidós.

Bischof, L. (1983) INTERPRETACIÓN DE LAS TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD. México. Ed. Trillas.

Brown, J. (1993) HISTORIA UNIVERSAL. México. Ed. Grijalbo. Págs. 31 a 76.

Buendía, R., Guemes, T., Ortega, A. (1993) PÉRFIL PSICOLÓGICO DEL PACIENTE SINTOMÁTICO Y ASINTOMÁTICO DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH). Tesis de Licenciatura en Psicología, inédita. Facultad de Psicología, UNAM, México. Pág. 63 a 68.

Burg, A. (1987) Entrevista Exclusiva para Interface, con el Dr. Luc. Montagnier, Revista del Centro Científico y Técnico de la Embajada de Francia en México en REVISTA ICYT. Septiembre, de 1987. Vol. 9 No. 132. Pág. 5

Cahn, Pedro y Cols. (1992) PSIDA Argentina. Ed. Paidós. Pág. 32.

Camacho, N. (1994) ANÁLISIS JURÍDICO - EPIDEMIOLOGICO DE LA LEGISLACIÓN MEXICANA RELATIVA AL VIH/SIDA. Tesis de licenciatura en Derecho. Inédita. Escuela de Derecho. Universidad del Valle de México.

Cambell, F., y Stanley, C. (1993) DISEÑOS EXPERIMENTALES Y CUASIEXPIMENTALES EN LA INVESTIGACIÓN. Buenos Aires, Argentina Ed. Amorrortu Editores.

Cassuto, P., Pesce, A; Quaranta, J. (1987) SIDA COMO SE MANIFIESTA, COMO PREVENIRLO, COMO TRATARLO. Argentina Ed. Paidós. Págs. 36 a 39, 88 a 92; 101.

C.D.C. (1992) citado en HISTORIA DEL SIDA. Grmek, M. México. Ed. Siglo XXI Editores. Pág. 27.

C.D.C. (1992) Primera Denuncia de una Enfermedad Extraña en HISTORIA DEL SIDA. Grmek, Mirko. México. Ed. Siglo XXI. Pág. 27.

CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL. (1997) México. Ed. Porrúa. Págs. 53, 68, 69, 88, 89, 94 y 96.

CONASIDA (1995) GUÍA PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH-SIDA. México, Impresora y Editora Xaleco. Chalco Edo. de México. Págs. 6 a 10, 63 a 65.

CONASIDA, (1994) GUÍA PARA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH-SIDA. México, Grupo Fogra. Págs. 40 a 45.

CONASIDA (1991) PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE SIDA DEL PERSONAL DE SALUD. Págs. 2 y 3.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. (1997) México. Ed. Porrúa. Págs. 7 a 10 y 14.

Cordera, R. (octubre, 1996) El SIDA y el Cuestionamiento de la Salud Pública; Versión Editada de la Transmisión del Programa NEXOS TV. (23 de mayo de 1996) en SECCIÓN LETRA S, SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA, PERIÓDICO LA JORNADA. Págs. 4 y 5.

Cruz, J. (julio 11, 1996) La Epidemia que Llegó Hablando Inglés en CULTURA, PERIÓDICO REFORMA. Sección C, México. Pág. 10.

Daniels, V. (1992) SIDA. México. Ed. El Manual Moderno. Págs. 86, 79 a 84.

De la Redacción The Wall Street Journal. (1996 Julio 9). Una Persecución a Nivel Mundial en EL PERIÓDICO REFORMA. México. Pág. 25.

Del Río, C. (1996 Agosto) Itinerario de una Epidemia por el Territorio Nacional en SECCIÓN LETRA S, SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA, PERIÓDICO LA JORNADA, número 1, México. Pág.5.

Editorial, (julio de 1997) en SECCIÓN LETRA S, SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA, PERIÓDICO LA JORNADA. México. Pág. 2.

Escande, J. (1987) Epidemias y el Camino de la Esperanza en SIDA. Montagnier, Luc. España. Libros Cúpula. Pág. 91.

Feifel, H. (1957) PSICOLOGÍA Y MUERTE, REDESCUBRIMIENTO SIGNIFICATIVO. Departamento Estadounidense de la Clínica de Pacientes Externos de Asuntos Veteranos, los Angeles.

Feinstein, D., Mayo, P. (1994) SOBRE EL VIVIR Y EL MORIR. España. Editorial EDAF, Nueva Era

Fernández, P. (1996) MANUAL PARA EL BUEN MORIR PARA ENFERMOS DE SIDA. Fundación Mexicana Para la Lucha Contra el SIDA. México.

Fiorini, H. (1990) TEORÍA Y TÉCNICA DE PSICOTERAPIAS. México. Ed. Nueva Visión.

Freud, S. (1993) Obras Completas. VOL. IV. Buenos Aires Argentina. Amorrortu Editores.

_____ Obras Completas. VOL. X. Buenos Aires Argentina. Amorrortu Editores.

_____ Obras Completas. VOL. XI. Buenos Aires Argentina. Amorrortu Editores.

_____ Obras Completas. VOL. XIV. Buenos Aires Argentina. Amorrortu Editores

_____ Obras Completas. VOL. XVI, Buenos Aires Argentina. Amorrortu Editores

Grmek Mirko. (1992) Historia del SIDA. México. Ed. Siglo XXI. Págs. 25, 49 a 84.

Hernández, A. (1993) El Conjunto de Respuestas Sociales hace Diferente al Seropositivo en GACETA, U.N.A.M. No. 2795, 9 de diciembre, México. Pág. 22.

Kadis, A. et al. (1982) MANUAL DE PSICOTERAPIA DE GRUPO. México. Ed. F.C.E. Págs. 9 a 16

Kelly, J. Et al (1993) Ponencia Cognitivo-Conductual del Comportamiento y Conocimiento de las Terapias Grupales para Personas Afectadas por el Virus del VIH/SIDA y por depresión. THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY VOL. 150. No. 11 Noviembre.

Kerlinger, F. (1994) INVESTIGACIÓN DEL COMPORTAMIENTO. México. Ed. Mc Graw Hill.

Krickeberg, W. (1995) LAS ANTIGUAS CULTURAS MEXICANAS. México. Ed. F.C.E.

Kübler Ross, E. (1993) ON DEATH AND DYING. Nueva York. Macmillan Publishing Company.

Leyva, J. (1989) Enfermedad de Transmisión Social en REVISTA IGYT. Vol. 11 Núm. 148. México. Pág.23

Lichtszajn, J. (1979) CORRELATOS CLÍNICOS Y SOCIOCULTURALES DE LA ACTITUD HACIA LA MUERTE EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES MEXICANOS. Tesis para optar por el grado de Doctor en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. División de Estudios de Posgrado. U.N.A.M. México. Págs 7 a 70.

Martínez, E., Portillo, L. (1990) LOS PACIENTES VIH POSITIVOS: UN ABORDAJE GRUPAL PSICOEDUCATIVO. Facultad de Medicina y Hospital Universitario Dr. J. E. González, perteneciente a la Unidad Psiquiátrica de la U.A.N.L.

Martínez, F. (1997). Presenta la Epidemia de SIDA Tendencia más Rural y Heterosexual en SECCIÓN LETRA S, SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA, PERIÓDICO LA JORNADA. 1ero. de abril.

Martínez, R., y Romero, R. (1991) LA FALTA DE INFORMACIÓN DE FAMILIARES Y AMIGOS Y PERSONAL ASISTENCIAL, COMO CAUSA DEL RECHAZO AL PACIENTE CON SIDA. Tesis para obtener el título de Lic. en Trabajo Social. U.N.A.M.

Méndez, J., Delgado, A. (1990) GRUPO PSICOEDUCATIVO EN PACIENTES CON SIDA EN ESTADIOS AVANZADOS. Universidad Psiquiátrica. Hospital Universitario, U.A.N.L.

Montagnier, Luc. (1987). SIDA. España. Ed. Libros Cúpula. Págs.1ta 35, 91.

Norbert, E. (1989) LA SOLEDAD DE LOS MORIBUNDOS. México. Ed. F.C.E.

Ortiz, V. (1991) En Torno a la Muerte, Reflexiones Introdutorias. Trabajo presentado en el PRIMER ENCUENTRO DE ONG'S. Metepec, Puebla. Págs. 1 a 5.

Pick, S., López, M. (1995) COMO INVESTIGAR EN CIENCIAS SOCIALES. México. Ed. Trillas.

Revista Hombre (1994) SUPLEMENTO ESPECIAL. México. Págs 25 a 31, 33 y 118.

Reyes, O. (1996) Diferencias en la Reanudación de la Vida Sexual Activa en Pacientes Seropositivos en EL SEGUNDO CONGRESO NACIONAL DE EDUCACIÓN SEXUAL Y SEXOLOGÍA. "Sexualidad, Ciencia y Humanismo" Aguascalientes, Aguascalientes, México.

Rimpoché, S. (1994) EL LIBRO TIBETANO DE LA VIDA Y DE LA MUERTE. Barcelona, España. Ediciones Urano.

Rodríguez, I. (1993) LA TRANSFERENCIA Y LA PULSIÓN DE MUERTE EN LA OBRA DE FREUD. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México.

Rossi, L. (1989) Asistencia Psicológica a Pacientes Infectados por VIH en SIDA, CIENCIA Y SOCIEDAD EN MÉXICO. Sepúlveda, A., et al. México. Ed. F.C.E. Pág.209.

Sánchez, R. (1992) ANTE EL SIDA, ¿ QUE PUEDO HACER ? México. Grupo Editorial Planeta.

Schneidman, E. (1974) Actitud Hacia la Muerte en Cacho, R. (1993). ACTITUD HACIA LA MUERTE DE MÉDICOS ESPECIALISTAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, Tesis de Licenciatura en Psicología. Escuela de Psicología. Universidad Femenina de México. Pág. 62.

Selltiz, C., Johoda, M. et al. (1965) MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN LAS RELACIONES SOCIALES. Madrid. Ed. Rialp.

Sequeiros, S. (1991) LA ACTITUD HACIA LA MUERTE EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS. Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. División de Estudios de Posgrado. U.N.A.M. México. Págs. 12 y 13.

Sifuentes, F., Casillas, J. (1988) TERAPIA GRUPAL DE PACIENTES CON SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA. Instituto Nacional de la Nutrición, Salvador Zubirán, Departamento de Medicina Psicológica. Presentado en el III Congreso de AMPAG, Querétaro, Qro., octubre de 1988. Págs. 44 a 53.

SITUACIÓN DEL SIDA EN MÉXICO. (1997) en REVISTA SIDA, ETS. No. 2, Vol.3. CONASIDA, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Epidemiología.

Soler, C. (1997) Enero 9 La Vida de los Seropositivos ¿Patrimonio de la Humanidad? en SECCIÓN LETRA S, SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA, PERIÓDICO LA JORNADA. México, Número 6.

Soustelle, J. (1992) LA VIDA COTIDIANA DE LOS AZTECAS EN VÍSPERAS DE LA CONQUISTA. México. Ed. F.C.E. Págs. 199 a 207.

Spector, I., Conklin, R. (1987) Breves Reportes de Grupos Psicoterapéuticos para Pacientes con SIDA. INTERNATIONAL JOURNAL GROUP PSYCHOTERAPY; 37 (3) JULY.

Thompson, J. (1984) GRANDEZA Y DECADENCIA DE LOS MAYAS. México. Ed. F.C.E.

Valencia, A. (1989) Aspectos Psicosociales y Neuropsiquiátricos en Pacientes con infección por VIH en SIDA CIENCIA Y SOCIEDAD EN MÉXICO. Sepúlveda, J., et al, México, Ed. F.C.E. Págs. 191 a 196.

Yalom, I. (1986) TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO. México. Ed. F.C.E.

ANEXO 1

FORMATO DE ENTREVISTA VIH/SIDA

- 1 Fecha: _____
- 2 Nombre: _____
- 3 Edad: _____
- 4 Sexo: _____
- 5 Estado civil: _____
- 6 Número de hijos: _____
- 7 Grado de estudios: _____
- 8 ¿ Tiene alguna creencia religiosa ? _____
- 9 Preferencia sexual: _____
- 10 ¿ Actualmente, tiene pareja ? _____
- 11 ¿ Actualmente, tiene vida sexual ? _____
- 12 ¿ Actualmente, que medicamento esta tomando ? _____

- 13 ¿ Con que frecuencia acude a la revisión médica ? _____

14 ¿ Sabe que es VIH ? SI NO

15 ¿ Sabe que es SIDA ? SI NO

16 ¿ Sabe cómo se infecto ?

17 ¿ Sabe cuánto tiempo tiene infectado ?

18 Historia familiar

19 Historia sexual

20 ¿ Antes del VIH, cómo era un día cotidiano ?

21 ¿ Desde que sabe que porta el VIH, cómo es un día cotidiano ?

22 ¿ Antes del VIH, cómo era un fin de semana ?

23 ¿ Desde que sabe que porta el VIH, cómo es un fin de semana ?

24 ¿ Desde que sabe que tiene el VIH, cuál se fantasía más recurrente ?

25 ¿ Desde que sabe que tiene VIH, cuál es su sueño más vívido ?

26 ¿Cuáles son sus principales preocupaciones a raíz de ser seropositivo ?

27 ¿Cómo considera que ha sido su vida antes del VIH ?

28 ¿Cómo considera que ha sido su vida después del VIH ?

OBSERVACIONES PSICOLÓGICAS PARA DETERMINAR SU INGRESO AL GRUPO

29 Capacidad de insight _____

30 Motivación para el cambio _____

31 Tipo de personalidad _____

32 Mecanismos de defensa _____

33 Observaciones

34 Atención psiquiátrica **SI** **No**

35 Preparación para el grupo **SI** **No**

36 No apto para psicoterapia de grupo _____

Entrevistador

Observador

ANEXO 2

FORMATO DE REPORTE GRUPAL

PSICOTERAPIA DE GRUPO PARA PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA

Terapeutas: _____

Sesión No. _____

No. de integrantes: _____

Hora: _____

Temas centrales

Portavoces

Temas centrales	Portavoces

Hechos significativos de la sesión :

Modalidad de participación de cada integrante

Mecanismos de defensa

Contenidos latentes

Elaboró:

Supervisó:
