

115
25



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE UNIVERSIDAD ABIERTA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

“LA TERAPIA GRUPAL EN PACIENTES
HOMOSEXUALES Y SEROPOSITIVOS AL VIH”
(SU EVALUACION CON EL MMPI-2)

T E S I S

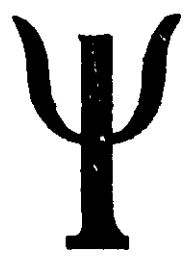
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

RENATA ARACELI MARTINEZ MARTINEZ

DIRECTORA DRA MA ISABEL HARO RENNER.



MEXICO, D. F. CIUDAD UNIVERSITARIA.

1999

TESIS CON
LLA DE ORIGEN

1170504



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.

AGRADECIMIENTOS

EXPRESO MI MÁS CINCERO AGRADECIMIENTO A LA:

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

AL SISTEMA DE UNIVESIDAD ABIERTA DE LA FACULTAD DE
PSICOLOGÍA.

" ¡ADIOS ! Universidad; me despido de tí, como el adolescente se despide de su madre; sabiendo que ya le ha llegado la hora de separarse de ella; y sabiendo también que nunca podrá abandonarla del todo. Aunque tal sea su deseo."

Herman Hesse.

A MIS ASESORES

DRA. MA. ISABEL HARO. Y JOSÉ LUIS SANCHEZ.

POR TODO SU APOYO, PACIENCIA Y DESEO DE COMPARTIR SUS
CONOCIMIENTOS, TANTO EN MI TRAYECTORIA COMO ESTUDIANTE,
COMO EN EL DESARROLLO DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN.

AL MAESTRO BENJAMÍN PELAYO NARANJO.

Por todo su apoyo, su deseo de compartir sus conocimientos y su valor humano.

A LA DRA. LUCIO Y SU EQUIPO; Por su apoyo en la calificación de los test.

A MIS PADRES Y MIS HERMANOS.

AL CENTRO DE ATENCIÓN SUR DE CONASIDA Y A TODO EL PERSONAL.

	PAGINA
INDICE.	
RESUMEN.	
INTRODUCCIÓN.	
CAPITULO 1	
ANTECEDENTES.....	1
CAPITULO 2	
EL PACIENTE HOMOSEXUAL Y SEROPOSITIVO AL V.I.H.	
2.1 HISTORIA DEL SIDA EN MÉXICO.....	7
2.2 ASPECTOS BIOMÉDICOS DEL VIH/SIDA.....	7
2.2.1 EFECTOS DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN EN EL VIH/SIDA.....	10
2.2.2 DUELO Y PERDIDA ANTE EL VIH/SIDA.....	14
2.3 ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL VIH/SIDA.....	15
2.3.1 REACCIONES DEL PACEINTE ANTE EL RESULTADO POSITIVO.....	19
2.3.2 EL PACIENTE HOMOSEXUAL Y SEROPOSITIVO AL VIH/SIDA.....	21
2.3.3 LA CONDUCTA DE RIESGO EN EL PACIENTE HOMOSEXUAL.....	23
2.4 FASES PSICOLÓGICAS DE LA INFECCIÓN POR VIH.....	26
CAPITULO 3	
LA TERAPIA GRUPAL Y EL PACIENTE SEROPOSITIVO.	
3.1 NECESIDADES DE ATENCIÓN DEL PACIENTE SEROPOSITIVO.....	34
3.2 TIPOS DE APOYO OFRECIDOS A LOS PACIENTES SEROPOSITIVOS.....	35
3.3 LOS GRUPOS DE APOYO.....	41
3.4 ETAPAS DEL GRUPO DE TERAPIA.....	42
3.5 LA TERAPIA GRUPAL EN EL PACIENTE VIH.....	44
3.6 LA PSICOTERAPIA GRUPAL BREVE.....	45
3.7 SOBRE LA GESTALT.....	46
3.7.1 GESTALT Y PSICOANALISIS.....	48
3.7.2 GESTALT Y EL ENFOQUE SISTÉMICO.....	56
3.7.3 GESTALT Y TERAPIA CONDUCTUAL.....	56
3.7.4 GESTALT Y PSICODRAMA.....	58
3.8 EL CONCEPTO DE NEUROSIS EN GESTALT.....	60
3.9 PLAN DE INTERVENCIÓN PARA EL PACIENTE SEROPOSITIVO.... Y ASINTOMATICO.	67
CAPITULO 4	

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE
MINNESOTA -

2..... 70

CAPITULO 5

METODOLOGIA.

5.1 PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA..... 77

5.2 DISEÑO..... 79

5.3PROCEDIMIENTO..... 82

5.4.4 RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS..... 84

5.5 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS..... 106

CONCLUSIÓN. 113

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS..... 117

APENDICE A..... 121

APENDICE B..... 140

BIBLIOGRAFIA..... 144

RESUMEN.

Con el fin de conocer si el empleo de la terapia grupal como herramienta para incrementar estrategias de afrontamiento ante la crisis ocasionada por el VIH contribuye al bienestar psicológico y estabilidad física del paciente, se evaluó la técnica empleada, mediante un diseño descriptivo - de contrastación; donde se describe la relación existente entre la terapia grupal con enfoque Gestalt y los cambios presentados en el perfil del MMPI-2 de 20 pacientes de CONASIDA distribuidos en dos grupos, uno de terapia y otro control, con un modelo Pretest - Tratamiento - Postes. Los puntajes fueron tratados con la prueba "t" de Student. Se encontraron diferencias importantes, aunque no significativas estadísticamente entre ambos grupos en escalas como: F; D; H; con mejorías en el grupo 1 de terapia. El grupo 2, que no tomo terapia, incremento en varias escalas como: D y Dep.

Por lo que se concluyó que, cuando a través del proceso terapéutico, se ha logrado un ajuste, mediante la integración afectiva del diagnóstico se alcanza cierto control sobre la angustia y la disforia debido a que, en la terapia el paciente vive momentos individuales y reveladores que le ayudan a madurar de poco a poco su condición actual de vida; el trabajo en grupo con el enfoque Gestalt, ayuda al paciente a superar la crisis del VIH/SIDA, e incrementar la motivación al cuidado de su salud.

Sin embargo lo contrario ocurrió en el grupo que sólo tomo tratamiento médico, donde las escalas que miden la ansiedad, depresión y el contacto con la realidad, así como sus relaciones con los otros se deterioraron con el transcurso del tiempo.

Dada la importancia de los factores preexistentes en la psicopatología del paciente, sugiero que en futuras investigaciones, se incluya al momento de seleccionar a los participantes que integrarán el grupo terapéutico, sólo aquellos que de acuerdo a sus perfiles obtenidos con el MMPI-2, cuenten con el soporte psíquico suficiente, para poder participar en éste, sin que se vean comprometidas sus fuentes de ansiedad y descompensación originales.

CAPITULO 1

ANTECEDENTES

En la Psicología Clínica, se ha encontrado que una de las mejores formas de acercarse a los estilos de afrontamiento comúnmente presentados por los pacientes que atraviesan las mismas circunstancias y se encuentran en los mismos procesos de adaptación, como podría ser el caso de estar infectado por el VIH, es formar grupos con fines terapéuticos ya que con ello, aparte de conocer al paciente, se le puede brindar una de las mejores formas de trabajar en su aceptación, (Castro Pérez;1989; Miller. 1993; Sépulveda y Col. 1990), ya que el hablar con otros le permite liberar sus tensiones y revalorar su responsabilidad en la adquisición del virus, así como sus posibilidades de atención; mientras que el grupo, proporciona al paciente un clima de confianza, donde se podrá expresar libremente. (Rogers.1982).

Por otra parte la prevención del SIDA, está relacionada con ciertas conductas que forman parte de la vida íntima del paciente y cuando se habla de, SIDA o de su prevención , el paciente puede sentirse cohibido, confundido, preocupado, incluso temeroso, y estos sentimientos influyen en su decisión de tener prácticas más seguras o de tomar medidas de prevención y por lo tanto su decisión para cambiar conductas de riesgo y autocuidado se hace más difícil.

Por lo que actualmente el medio más viable para prevenir el avance de la epidemia es el estudio del comportamiento del mismo paciente y su constante evaluación; por lo que además de crear medios para que el paciente asimile mejor su estado de salud ;,como la terapia grupal, éstos deben ser evaluados respecto a su efectividad y a los posibles cambios presentados por el paciente, para ,de ésta manera poder plantear mejores estrategias de aceptación y cambio para el paciente y anticiparnos a sus demandas y necesidades, sin compartir con él , la sensación de incertidumbre ante una enfermedad relativamente nueva, pero que se conoce como definitiva, crónica y terminal.

Desafortunadamente en la actualidad no existen investigaciones sistemáticas en México que arrojen luz sobre la personalidad y las estrategias a que recurren los pacientes con VIH/ SIDA, para poder manejar su enfermedad, a pesar de lo importante que resultaría conocerlas para una mejor intervención ya que de ésta, dependerá el desenlace de la enfermedad en el paciente y las posibles medidas de prevención para las personas aún no infectadas; por lo que nos apoyaremos en lo que otros investigadores han encontrado o planteado a través de su experiencia con éste tipo de pacientes.

La deficiencia inmunitaria se relaciona con factores altamente estresantes y *cambios bruscos de actitudes y formas de vida*. Así; en estudios realizados en E.U. y Europa entre homosexuales seropositivos y seronegativos los trastornos de personalidad más encontrados han sido, personalidad fronteriza y negadora con personalidad antisocial y fronteriza narcisista, es común ver en este grupo, la tendencia a buscar emociones fuertes, con escaso sentido de solidaridad que se relaciona con altas conductas de riesgo en gays lo que indica una necesidad de intervenciones psicoterapéuticas específicas para estos trastornos.

LuqueCoqui, Ma. De las Mercedes en 1978, encontró con el MMPI que el homosexual tiende a exagerar sus problemas o a percibirlos como insuperables, presentan angustia respecto a su núcleo familiar elevación de las escalas 7 y 0, ante el cual se siente inadecuados y temen no poder controlar sus impulsos. Tienen una pobre autoimagen y se siente acusados y rechazados por los otros escala 6 elevada, lo cual les deprime los hace autocríticos. Presentan pobre tolerancia a la frustración y tienden a auto agredirse y a considerar que ellos mismos no valen la pena.

El perfil encontrado fue CLAVE 4:10:13 2"5874619 03.

Granero (1984) en un estudio con 120 encuestados, de los que 30 eran homosexuales de los cuales el 57% tenía pareja estable, el 63% presentaba dificultad en su elección de pareja y en su

orientación sexual, el 67% sentía culpa intensa por sus prácticas sexuales. Sólo el 10% de los heterosexuales sentía culpa.

Los homosexuales habían tenido más de 20 parejas en un mes y los heterosexuales entre 5 y 10 y sólo el 30 % declaraba fidelidad a su pareja sexual.

En la escala de ansiedad manifiesta de Taylor, los homosexuales resultaron ser más ansiosos que los heterosexuales incluso más ansiosos que las mujeres homosexuales.

En el inventario de temores de Wolpe, los homosexuales presentan mayor número de temores; y los valores de psicotismo en homosexuales fue del 5.53% lo que indica que para el homosexual la presión social negativa es una realidad efectiva en su medio.

El tipo de personalidad encontrada más frecuentemente en estudios con pacientes homosexuales y seropositivos ha sido personalidad histriónica , fronteriza y negadora con ausencia de diferencias entre seropositivos y seronegativos, con personalidad antisocial y fronteriza y narcisista y un escaso sentido de solidaridad que se relaciona con altos niveles de conductas de riesgo que indican la necesidad de intervención psicológica específica para estos trastornos.

Mays Vickie, et al.(1989) en un estudio con 30 pacientes homosexuales y 30 heterosexuales, encontró que en la adaptación homosexual masculina mexicana se encuentran las características de menor tolerancia a la frustración, dificultad en la integración de la imagen corporal, hostilidad e impulsividad en su ajuste social, frecuentemente ocasionado por ellos mismos, en comparación con el grupo heterosexual; esto a través de sus respuestas en el test de Rorschach y la entrevista clínica dirigida.

En el Rorschach por sus respuestas frecuentes de FM demostraron que no logran contener adecuadamente sus impulsos primitivos y demandan una satisfacción inmediata pasando por alto frecuentemente la censura social y en su campo de interés existe

carencia de motivación por el campo humano en general, debido al temor que les representa el entablar relaciones interpersonales, las cuales sí se dan, suelen ser, ambivalentes y conflictivas.

Se pudo detectar una distorsión de la realidad externa, siendo éste un mecanismo de defensa psicótico que les ayuda a establecer cierto equilibrio entre la realidad de querer ser distintos.

Encontraron una disposición a mantener por tiempo corto sus relaciones de pareja, las que son incluso fácilmente intercambiables entre ellos y no importa si al mismo tiempo tienen una pareja estable, pueden ejercer la prostitución, haciendo como si su vida íntima y sexual se fraccionara y no existiera vinculación de una parte con la otra.

Opalic (1989) informa que la terapia de grupo influyo sobre el estado psicopatológico tanto de los pacientes neuróticos como de los psicóticos, basándose en el resultado del Minnesota en sus grupos de terapia, en otras investigaciones se ha encontrado que las escalas con mayores cambios hacia la disminución son las D; Dp ;HIS,(Barth; Nielsen; Havert y Havick. 1988.)

David Joelson y McArthur en 1966, en un estudio comparativo entre sujetos neuróticos normales y Homosexuales con el TAT , encontró que el grupo de pacientes Homosexuales presentaba cierta actitud de desagrado hacia la mujer y cierta identificación con ella. Que suelen calificar a la gente como hostil y desapegada y que presentan tendencias a negar su homosexualidad incluso hacia otros homosexuales. presentan problemas con las figuras de autoridad pues las perciben como poco displicentes y amistosas. Con el MMPI se presentan como neuróticos y con elevaciones en las escalas 5 y 6.

En sus relaciones interpersonales son muy sociables pero superficiales, tienen temor a la crítica y al compromiso profundo afectivo. Son inseguros, dan la imagen de sumisión y tolerancia, pero en realidad sienten hostilidad y desconfianza de la pareja, la cual además necesitan cambiar constantemente. Sus defensas preferidas son la intelectualización, la negación y la proyección

En cuanto a la evaluación de la terapia encontramos que: Acevedo.; Benavides y Zarabozo. (1995). En un estudio sobre los efectos de la psicoterapia grupal breve en pacientes de la facultad de Psicología UNAM, evaluaron 21 pacientes, que tomaron tratamiento en el centro de atención Psicológica de la Facultad, con el MMPI aplicándolo al inicio y al termino de la terapia, encontraron diferencias en los puntajes antes - después en las escalas F, K, D, Hi, Pt, é Is. Indicando que tras la terapia los pacientes mejoraron pues disminuyó su angustia , depresión y los síntomas en general disminuyeron. Encontraron que además sus relaciones interpersonales mejoraron en términos de demanda de afecto, tolerancia y socialización.

Por otra parte, Miller, D. (1993). en su libro " Viviendo con VIH/ SIDA" nos plantea que la terapia grupal con el paciente VIH debe tener el objetivo de ayudar al paciente a recobrar el equilibrio emocional, tras el choque de saberse seropositivo, haciendo un esfuerzo por incrementar sus defensas y elaborar mejores mecanismos de control, recuperando con ello su homeostásis interna por medio de la catarsis emocional, buscando disminuir las cargas afectivas depositadas en su seropositividad, así como proveer el equilibrio, dándole la oportunidad de expresar sus miedos, enojos y tensiones, en un clima de confianza y calidez, procurando el uso de los recursos internos de cada miembro del grupo.

Rozenbau, W. y Didier, S.(1985) ; Encuentran en el counseling; así como en el asesoramiento psicológico y la orientación , importantes fuentes de apoyo para el paciente homosexual y seropositivo; la consejería es utilizada por ellos como un proceso de intercambio y apoyo cara a cara, que va más allá de sólo proporcionar información; se trata más bien de ayudar al paciente a considerar su situación personal, sus sentimientos y preocupaciones, para así, tomar decisiones sobre su propio comportamiento, la meta principal de éste tipo de apoyo, sería estimular cambios en el comportamiento del paciente, destinados a protegerse de nuevas exposiciones al virus y a la protección de la salud de las personas sanas

Sepúlveda y Col. (1990); propone la ayuda terapéutica grupal, menciona que ésta deberá tener el objetivo de aclarar información acerca de la enfermedad, dar apoyo emocional, de manera que permita al paciente afrontar la situación y ayudarlo al elaborar la pérdida de la salud mediante el manejo del duelo y evitando la negación que puede llegar a poner en riesgo la salud del paciente y de otras personas, así como ayudarlo a modificar las actividades que ponen en riesgo sus salud; ya que se considera que, a mejor estado psicológico, mayor motivación al cuidado de la salud.

Kelly, Laurence y Head (1989); trabajaron con 104 homosexuales, con intervención experimental de 12 sesiones grupales 1 vez por semana, con educación sobre sexo y el riesgo sexual del SIDA, el entrenamiento de autocontrol de tipo cognitivo - conductual, enfatizando el aprender a rechazar la coerción de la pareja y brindar apoyo social positivo hacia las conductas preventivas; el resultado fue un alto incremento en el uso del condón en los sujetos comparados con los que sólo tomaron el taller de información.

Como podemos ver el asesoramiento en éste tipo de terapia conlleva la necesidad de adecuar un modelo que incluya temas que la problemática actual plantea como: La educación, la reeducación sexual del paciente, esclarecimiento de conceptos y la *preparación del paciente para vivir con su nuevo estado de salud con responsabilidad*, por lo tanto, el eje de la terapia con el paciente seropositivo debe estar igualmente constituido por el interés por el cuidado y la reapropiación del cuerpo, así como por la necesidad de preservar los intereses en sentido de metas y proyectos a futuro, pero sobre todo en lo que tiene que ver con precauciones específicas para evitar el contagiar a otros o reexponerse al virus y con ello acelerar su deterioro físico y emocional.

CAPITULO 2

EL PACIENTE HOMOSEXUAL Y SEROPOSITIVO AL V. I. H.

2.1 ANTECEDENTES DE LA HISTORIA DEL SIDA EN MÉXICO.

1983 Aparecen los primeros casos de SIDA diagnosticados en extranjeros residentes en el país.

1986 Debido al alto índice de sangre contaminada, se publica la ley que establece la obligación de practicar la prueba de detección del virus a todos los donadores de sangre. En el mes de mayo se alcanzan los 134 casos de SIDA notificados.

1987 Mayo los casos suman 487, por la modificación de la ley federal de salud se hace obligatoria la notificación de cada caso de VIH/SIDA y se prohíbe la comercialización de la sangre.

1988 Se constituye CONASIDA como un organismo separado de la secretaría de salud, existen ya 905 casos.

1996 La transmisión sexual se hace predominante en hombres homosexuales entre 25 y 34 años

1997 Enero el registro nacional de casos de SIDA en México registra 6,999 homosexuales y 4,883 bisexuales.

Actualmente, este padecimiento se ha distribuido en todo el país y, a pesar de que al aparecer los primeros casos de ésta enfermedad y durante más de una década el énfasis tanto en su estudio como en su tratamiento ha sido 100% médico y tecnológico no se ha logrado encontrar cura alguna, ni se vislumbra algún recurso inmunopreventivo disponible a corta plazo.

2.2 ASPECTOS BIOMEDICOS DEL VIH/SIDA.

El SIDA es resultado de una infección viral que daña el mecanismo de defensa más importante del organismo. Se trata de un fenómeno epidémico cuyo agente causal es un retrovirus lento (el VIH) cuyo periodo de incubación es prolongado. El VIH se reproduce en la sangre y en líquidos con abundantes glóbulos blancos como son los líquidos corporales y las secreciones sexuales puede vivir dentro de estas células por años; sin embargo

fuera de ellas muere de manera casi automática. Por lo que su transmisión, necesariamente debe de ser de manera directa; sólo se conocen 3 vías seguras para que esto se de: 1) Por contacto con sangre u órganos contaminados con el virus; 2) Por vía perinatal de una madre infectada a su hijo, ya sea durante el parto o en el amamantamiento del bebe y; 3) Por contacto sexual sin protección con intercambio de líquidos corporales contaminados. Actualmente ésta vía de contagio, se ha convertido en la más común.

Una célula CD4 una vez infectada por el VIH pasa una fase de latencia que puede ser de varios años y que cuando se activa para que se de el paso de la infección asintomática a enfermedad se requiere que el provirus(virus circular presente en el núcleo de la célula) se active por lo menos por dos cofactores, 1) ya sea debido a sobre- infección por la entrada al organismo de otros agentes causales como, el HSV, EBU, HbsAg, Y HTLV-1, ó; 2) por exposición a semen o sangre con abundantes glóbulos blancos, (carga antigénica); estas son las causas por las cuales la promiscuidad y la actividad sexual sin protección se consideran como factores de alto riesgo para el desarrollo del SIDA o la progresión de la enfermedad.

Entonces, el SIDA se presenta como tal, años o decenios después de la infección inicial, pero una vez que se presenta la enfermedad, en el 75% de los casos el paciente muere entre el año y los 5 años cómo máximo.

Aunque, actualmente sabemos que todos los seres humanos somos susceptibles de adquirir la infección por VIH la transmisión se hace más factible en un organismo que ha sido ocupado por otras infecciones con anterioridad, debido a que las enfermedades deprimen al sistema inmunológico.

Una de las características de la dinámica del SIDA es que la pérdida de la inmunidad es selectiva y afecta sobre todo partes del sistema inmune que intervienen en la defensa contra parásitos y virus, por lo que un organismo así dañado no puede defenderse de agentes oportunistas que causan infección y cáncer, lo que en

realidad termina siendo la verdadera causa de muerte del paciente.

Las características del contagio interhumano y un período prolongado de latencia, hacen necesario plantearnos nuevas reflexiones, sobre el sentido de los valores así como, reexaminar, incluso modificar las convicciones sobre las relaciones humanas, el amor y el sexo dada la importancia que estas tienen en la evolución del VIH /SIDA.

Sabemos que las medidas inmunitarias varían según el estilo particular de cada persona de sobrellevar determinada situación (coping style), así la tendencia a suprimir la ira, un estilo pasivo relacionado con la represión se asocia con el crecimiento de tumores. En estudios clínicos se ha demostrado que los parámetros inmunitarios, tanto fenotípicos como funcionales, se ven afectados de acuerdo a la personalidad y las estrategias particulares que cada uno adopta para resolver situaciones críticas y que moderan la repercusión de los factores estresantes en las medidas inmunológicas y en las enfermedades con sus respectivos desenlaces clínico, (Rozembaw.1985) alterando la respuesta de las células T a los mitógenos, la citotoxicidad de las células NK y la producción de interferón.

Por otro lado, se ha visto que uno de cada 100,000 linfocitos y monocitos circulantes se encuentra infectado con el virus, esta cifra resulta ser muy baja para explicar la severa depresión de linfocitos con que cursa el paciente; por lo que actualmente se considera que además de los aspectos biológicos del virus, ésta infección esta asociada a un alto índice de complicaciones psicológicas y neuropsiquiátricas que incluyen ansiedad y, desordenes de ajuste, los cuales podrían aumentar por el aislamiento y los miedos del paciente ocasionados por sus experiencias ante el estigma de un diagnóstico seropositivo.

Las consecuencias médica y sociales, características de la infección pueden desembocar en numerosas reacciones emocionales y en alteraciones psicológicas y/o neuropsiquiátricas, entre las que se encuentran; el shock emocional, sensaciones

puntuales de ansiedad, sentimientos de indefensión, reacciones de rabia, culpa, disminución de la libido, reacciones depresivas. Los signos y síntomas más comunes incluyen, el cuadro de manifestaciones de estrés situacional, reacciones depresivas ansiosas, reacciones desadaptativas, junto con otro tipo de alteraciones psicológicas que se pueden presentar como; los delirios, síndromes orgánicos - cerebrales, psicosis, hipocondriasis, manía y alteraciones obsesivas.

2.2.1 EFECTOS DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESION EN EL VIH/SIDA.

La ansiedad y el ataque de pánico incluyen los principales órganos del SNA , al presentarse algún peligro se libera adrenalina que pone a estos órganos en un estado de alerta, la intensidad y duración de este estado basal alto provoca grados elevados de enfermedad y cáncer en quienes los padecen. El problema de la estimulación crónica, es que el organismo se acostumbra a trabajar a este nivel elevado y necesita de mucho tiempo para lograr trabajar a niveles menores de estimulación y regular la calma.

Pues como sabemos el SNA controla todos los cambios corporales y establece toda experiencia emocional (incluyen los efectos ansiosos que en éste se producen) Webster(1956) define la ansiedad como una inquietud dolorosa de la mente acerca de una enfermedad que amenaza o se anticipa, es la experiencia subjetiva de una emoción específica que sólo existe a nivel cognoscitivo o psíquico , la ansiedad es parecida al miedo que en sí es una conducta motora con tendencia a la acción , es decir en alerta constante.

La ansiedad supone una reacción de ajuste que permite al paciente reaccionar ante un cambio de vida, que en las personas seropositivas, pero asintomáticas se ve como mediato, pero cuando los síntomas aparecen supone un directo enfrentamiento con la muerte además, la ansiedad a su vez puede causar síntomas físicos que son tomados como signos de agravamiento y

preocupación por la salud como bajas en sus conteos de Cd4, pérdida del sueño, del apetito o de peso por problemas digestivos o respiratorios, en respuesta a un sentimiento de amenaza especialmente temerosa sin que la persona pueda decir que es lo que le amenaza pues obedece a un estado psicológico.(Reyes, Partida. 1993); aunque esto no, necesariamente indica que la salud este empeorando.

Freud (1926); menciona que, la ansiedad aparece también como una manifestación de retirada ante el peligro existen 3 clases de peligros y por lo tanto 3 clases de ansiedad, 1) ante el mundo exterior y sus amenazas(exigencias sociales y ambientales) 2) de la libido(representación, fantasía y deseo sexual) Y 3) de I superyo (ideal interiorizado, autocrítica)

La angustia neurótica aparece entonces, ante un peligro que no conocemos emanando de un instinto de muerte en el peligro real desarrollamos dos reacciones 1) afectiva; angustia a manera de explosión y , 2) de acción protectora, angustia ante algo que es inherente, un carácter de impresión y una carencia de objeto, como la poca certeza de la evolución de la enfermedad y la constante pérdida de estímulos externos que en los pacientes sintomáticos se ve acrecentada.

En el caso del VIH/SIDA, se nos muestran mezclados los caracteres de la angustia real y la neurótica pues el peligro es real y conocido, pero la angustia ante éste es excesivamente grande, mayor de lo que el juicio permite decir y asimilar, y por supuesto de lo que debe ser. Esto se debe a una diferencia de estimación de nuestra fortaleza en comparación con la magnitud del peligro y del reconocimiento de nuestro desamparo material, en caso de peligro real y nuestro desamparo psíquico ante el peligro instintivo.

En esta estimación la ansiedad ,es guiada a nuestra consciencia por experiencias realmente vividas y para el resultado es indiferente ante su apreciación ,tales situaciones de desamparo se califican como experiencias traumáticas.

La angustia es pues, por un lado, la experiencia de un trauma y por otro su reproducción mitigada, pues su relación con la expectación pertenece a la situación peligrosa y su impresión y falta de objeto, a la situación traumática de desamparo anticipada en la situación peligrosa. Es también una reacción primitiva de desamparo, que más tarde es reproducida como señal de socorro en la situación peligrosa, donde el YO que ha experimentado pasivamente el trauma, realiza ahora una reproducción mitigada de este, con la esperanza de poder corregir su curso y dirigirlo a un fin más satisfactorio o menos doloroso a través de una serie de desplazamientos.

Aquí el primer desplazamiento es seriamente decisivo pues permite la formación del síntoma, en el que se observan dos actividades del YO, una deshacer lo sucedido y otra aislarse; se tiende a suprimir por miedo del simbolismo motor, no solo las consecuencias del suceso, sino el suceso mismo esto lo podemos observar en los síntomas a dos tiempos en donde un segundo acto deshace el primero, como si no hubiera sucedido; esto es visto en el paciente seropositivo, en la renuncia a la sexualidad o en la realización de actitudes altruistas que manifiesta el paciente; la tendencia a deshacer lo sucedido dentro de lo normal, encuentra un mitigado reflejo en la decisión de considerar algo como "no sucedido en realidad" pero sin prescindir por completo del suceso y de sus consecuencias. (López Muñoz. 1991)

El impacto de sentirse repentinamente enfermo y ser sometidos a procedimientos agresivos a veces atemorizantes, la emergencia de síntomas pueden ser terribles, pues ello, simboliza la progresión de la enfermedad es considerado por el paciente como el comienzo del fin; encontramos entonces que el SIDA enfrenta al paciente ante la realidad inminente de su muerte "La ansiedad fundamental" (Schults. 1980) por lo que el tener que enfrentar el SIDA es enfrentarse con el carácter de ser mortales.

Por otro lado recordemos que el estrés crónico es perjudicial tanto física como inmunológicamente, por lo que es importante en primer término reconocer que existe un problema de ansiedad real, y aceptar que no se puede eliminar con sólo reconocerlo y que por

ese hecho se llegará a la recuperación, sino que es necesario trabajarlo.

Actualmente las deficiencias inmunitarias, han sido relacionadas con una gran variedad de factores estresantes fisiológicos y psicológicos tales como duelo, pérdidas, cambios en el ritmo de vida, etc., en las enfermedades crónicas, debido a que la tristeza, el pesar la depresión, muestran elevados niveles de actividad simpática que llegan a producir cierta indiferencia o retardo en la capacidad de respuesta inmunológica, incluso a nivel de los procesos mentales.

Las reacciones depresivas se pueden manifestar en tristeza, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia, apatía, irritabilidad, todo esto ocasiona una importante disminución de la capacidad de la respuesta inmune, debido a que estas emociones producen distintos cambios fisiológicos a nivel del SNA los cuales, son mediados por el sistema límbico como la ira y la cólera que se acompañan de estimulación motriz y secreción de adrenalina, llegando eventualmente a la incoordinación muscular lo que puede llegar a deteriorar rápidamente al paciente VIH, tanto psicológica como físicamente; otra causa importante de la inmunodepresión es el miedo que también suele causar estimulación adrenergica contribuyendo al constante deterioro del paciente, pues la adrenalina prepara al organismo para una respuesta de escape que conlleva a un estado de tensión prolongado, lo cual resta energía al paciente, generándole un alto costo en el desgaste glucógeno; si esto se hace crónico, la excitación simpática intensa impedirá, el funcionamiento normal del sistema. (Arnol, Magda. 1970)

Hamilton (1982); considera la depresión como una función donde el rasgo característico más importante es una alteración del estado anímico que es predominantemente abatido; por lo que la enfermedad se puede desencadenar desarrollándose repentinamente y aprisa ,pudiendo alcanzar mayor intensidad en el plazo de 1 o 2 semanas. La depresión ante un resultado seropositivo es inevitable pero es necesario eliminarla tan pronto se presente. Dado que la depresión clínica es un problema en el

paciente VIH es importante ayudarlo a identificarla para que pueda continuar con su vida habitual y prepararse para superar los estados de ánimo que se le presentarán después de la notificación y que pueden resurgir en el proceso por lo que, es importante dar tratamiento psicológico, buscando disminuir las cargas psicológicas ayudándole a mejorar los problemas físicos ya que aún si el VIH no ha invadido el SNC, el conocimiento de que se le padece puede desencadenar reacciones emocionales en el paciente que van desde la aparición de síntomas físicos hasta severas depresiones y temor al suicidio por ansiedad.

Por otro lado; es importante recordar que también los medicamentos empleados en el tratamiento del VIH/SIDA son drogas que producen síntomas depresivos como, cansancio, sueño, pérdida de interés en actividades que antes le eran placenteras ,dificultad para concentrarse, decremento en la capacidad de memoria, etc. con lo que el paciente suele fantasear que su enfermedad se agrava, por lo que después del diagnóstico; el poner en contacto a una persona con VIH con otras que se encuentra en su misma condición de infectadas, pero con una actitud positiva, es una forma útil de demostrarle al paciente que la crisis pasará y que puede optar por una actitud constructiva en el proceso de *enfrentarse a las realidades de la enfermedad.*

2.2.2 DUELO Y PERDIDA ANTE EL VIH.

Bowlby (1983); afirma que el duelo inicia cuando se conoce el diagnóstico y plantea 3 fases de este, 1) que incluye un embotamiento de la sensibilidad, aparecen sensaciones de que lo que se vive no es parte de la realidad , existe un aturdimiento y puede incluso manifestarse indiferencia ante el diagnóstico que aun no es asimilado, por lo regular existe gran cantidad de ira. 2) incredulidad, intentos por revertir el desenlace, dudas acerca del resultado surgen sentimientos contrariados y ambivalentes que se dan paulatinamente al ir reconociendo la verdad del diagnóstico y 3) reorganización, poco a poco se va aceptando la realidad que implica la situación y aunque la persona se deprime acepta cada vez más su diagnóstico . El curso que siga el duelo dependerá

con mucho de la evolución que siga el virus y del apoyo que el paciente reciba

El duelo se ha asociado con deterioro inmunológico en el conocimiento de la infección por VIH, donde el retorno a la línea base inmune requiere de entre 4 a 14 meses. Ante el duelo por lo perdido la libido retirada, insegura de la posesión del objeto refluye hacia el propio YO, pero no encuentra satisfacción pues el también el Yo es para la muerte, esta cercano a ella , enfrenta una especie de "duelo anticipado" por el mismo. Los problemas psicológicos y psicosociales del paciente VIH se relacionan con el proceso de la aflicción del paciente, por la vida que puede perder.(Caruso.1987)

El intenso narcisismo provocado por una enfermedad orgánica actúa a veces como factor precipitante en la irrupción de las psicosis por un retraimiento narcisista secundario en donde se sustituye el amor por los objetos por el amor por uno mismo, durante una enfermedad con cambios físicos como lo es el VIH/SIDA; se puede presentar de manera inconsciente un equilibrio algo perturbado, un equilibrio vigente en formas reprimidas y represoras y la enfermedad puede ser sentida como castración. (Fenichel. 1982)

Para el paciente que actúa y no vive su vida las situaciones que fueron de quiebre y de dolor al ser vividas como heridas a su narcisismo, encontraron salida a través de una pseudo omnipotencia creyendo siempre ganar por lo que no atraviesan por situaciones de duelo pues son incapaces de elaborarlas ya que su narcisismo no les permite reconocer el maltrato de la vida, desde la infancia, por lo que suelen establecer lazos sin profundidad como un despliegue defensivo de tipo maniaco fetichista y hacen uso del objeto y luego lo tiran ya se trate de amantes, trabajo, negocios, empleo, etc. Entonces, el mantener en secreto el VIH es mantener lo más posible su omnipotencia y no perder su lugar de ganador ante la fantasía de que la enfermedad no existe.

2.3 ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL VIH/SIDA.

Este padecimiento se conoce como; crónico - terminal y en su evolución, intervienen factores psicosociales importantes, ya que tiene la particularidad de que el infectado es al mismo tiempo infectante, lo que repercute en la dinámica de transmisión del virus especialmente si consideramos el largo período asintomático por el que puede pasar el sujeto sin saber que es portador de éste virus. Ya que desde siempre las enfermedades infecciosas constituyen un complejo problema bioecológico , en donde interactúan el huésped, el parásito y toda una gama de fuerzas sociales y el medio ambiente.

Por otro lado, las situaciones donde habitualmente se transmite la enfermedad son en general relaciones interpersonales, donde con o sin saberlo una persona ésta a merced de otra y ésta lo sepa o no representa un peligro de muerte para ella.

Debido a ello, el paciente seropositivo es visto como fuente de riesgo para los otros, es culpado por su estado de salud la cual según las normas sociales debió haber sido adquirida mediante una conducta arriesgada y sexualmente desordenada, además de que algunas enfermedades causadas por el VIH son visibles y perjudican su vida social.

En todo caso la infección por VIH, supone un impacto emocional considerable, a lo largo de todo el proceso que va desde la sospecha de encontrarse contagiado, la decisión de hacerse la prueba de anticuerpos, el conocimiento de un diagnóstico de seropositividad, hasta las fases avanzadas y terminales de la enfermedad.

Así el paciente seropositivo vive con un dolor psíquico que no le permite realizar sus actividades y lo hace incapaz de involucrarse con las exigencias diarias y comienza a desarrollar una serie de recursos defensivos del exterior que le permiten retardar la llegada del recuerdo doloroso de su infección, y así poder realizar sus actividades cotidianas con mayor eficacia éste es el inicio del desarrollo de los llamados mecanismos de defensa, que en el principio, le sirven al paciente para lograr una mejor adaptación a su entorno y su sentir interno, entonces aparece la negación como

el mecanismo por el cual se excluyen principalmente las percepciones internas o las ideas intolerables que el sujeto no quiere dejar llegar a su consciencia.

Entonces los trastornos psicológicos y conductuales que presenta el paciente, pueden deberse a reacciones emocionales secundarias al conocimiento de su infección, de la patología preexistente y a las dificultades socioculturales relacionadas con la seropositividad, o al progreso notorio de la enfermedad y la minusvalía física.

Dew, Rogni y Nimovicz (1990) definen algunas características psicosociales particularmente susceptibles de generar alteraciones emocionales como una historia psiquiátrica previa familiar, escasa educación escolar, historias personales de intensas situaciones de estrés anteriores al diagnóstico, escaso apoyo familiar y social y la experiencia de recientes pérdidas.

En cuanto a la estigmatización del SIDA y la necesidad de protegerse de un posible contagio. Prohask; Albriche; Levy; et al.(1996); investigaron entre 1540 adultos de 18 a 60 años y encontraron que el miedo al SIDA, la vergüenza de tenerlo, la preocupación por la propia salud son factores que se asocian con la percepción de riesgo, es decir, las personas no se perciben en riesgo ni en necesidad de usar condón cuando sus relaciones son monógamas ni, cuando la pareja es virgen.

Reyes(1990); por su parte en un estudio con estudiantes universitarios de provincia utilizando el cuestionario de la familia mexicana con el fin de evaluar las premisas históricas y culturales para medir sus actitudes respecto al SIDA, encontró que éste, es asociado significativamente con el cáncer, la prostitución, homosexualidad, promiscuidad y, sorprendentemente no encontraron ninguna relación con la muerte, el condón, la drogadicción ni las relaciones sexuales entre parejas heterosexuales, por lo que concluyeron que los elementos aparentemente involucrados por las campañas informativas no han sido integrados adecuadamente por el público en general y los sujetos perciben el SIDA como algo muy lejano y poco familiar,

consideran que es algo que puede sucederles a otros y no a ellos. Esta baja percepción de riesgo ha ayudado al incremento de los casos de infección en México; el cual se ha dado en más del 10% de los casos en jóvenes estudiantes. Se evita admitir que se ha estado en riesgo ya que este puede comprometerlo en un evento que se asocia a actos vergonzantes o desviados, reflejando sus tabúes. Es decir la vergüenza de tener SIDA hace negar los riesgos y no les deja cambiar sus conductas hacia otras más preventivas.

Por su parte, Ramirez, Piñon. (1993). en un estudio con 3064 estudiantes universitarios, encontraron que; más de la mitad mantienen relaciones sexuales sin embargo no se perciben en riesgo de infección si no hay protección durante el sexo , a pesar que el estudiante sabe que el SIDA se transmite por contacto con líquidos corporales contaminados, pero el nivel de información no ha sido asimilado aun, al parecer.

En un estudio Victor E. Arquer,(1989.) encontró que las practicas sexuales entre adolescentes cambian poco en frecuencia y uso del condón en respuesta al incremento del conocimiento del SIDA , es decir la educación y el conocimiento no son suficientes para lograr un cambio de actitudes

Saboga, Reyes, et al. (1992); trabajaron con 100 homosexuales 35 de ellos habían tenido sexo anal sin protección el 51% indico que el motivo había sido, estar sexualmente muy excitado como para pensar en el condón. El 40 % reporto no usarlo por estar enamorado de su pareja y el 26% dijo tener el mismo resultado de anticuerpos que su pareja.

Como podemos ver, la información no es suficiente para alterar el comportamiento de alto riesgo, el desarrollo de esfuerzos más complejos y efectivos, se requiere de un conocimiento de la población que es objetivo del programa para poder formular y transmitir mensajes convincentes y apropiados para ser atendidos de forma efectiva.

Para integrar un programa de prevención así, se requiere que exista un conocimiento de la población con la que se pretende trabajar, ya que cada grupo requiere la atención de variables importantes que necesitan cambiarse en poblaciones específicas, además existe la necesidad de investigación que demuestre la eficacia de los diferentes medios y técnicas usadas para la modificación del comportamiento.

La intervención psicoterapéutica, debe estar diseñada con la idea de alcanzar objetivos específicos en el cambio del comportamiento, de tal manera que estos mismos componentes contribuyan a un cambio a nivel de la comunidad o servir de ejemplo cuando se requiera de su aplicación en poblaciones específicas que se encuentren en situaciones similares.

La intervención clínica permite que los individuos examinen su riesgo personal ante el SIDA, que hagan preguntas y obtengan el conocimiento preciso para que generen nociones precisas en cuanto a normas sociales adecuadas entre sus comportamientos y sus compañeros sexuales. (Kelly; Laurence y Head. 1989)

2.3.1 REACCIONES DEL PACIENTE ANTE EL RESULTADO POSITIVO .

Aunque el ser seropositivo no significa estar enfermo y tener la muerte en puerta, en la realidad psíquica del paciente esto, puede ser vivido como una muerte próxima e inminente, dado que, toda amenaza de su actual forma de existencia es vista como una forma de muerte, y se evita pensar en todo lo que tenga que ver con el virus debido al rechazo que le produce todo aquello que recuerde vulnerabilidad, susceptibilidad y muerte segura, ya que; cada ser humano guarda un terror primitivo a su propia muerte, entonces, el miedo a morir es un reflejo de la desesperanza de continuidad del hombre.

Por lo que el paciente vive su resultado en un estado de angustia, confrontándose con temores no resueltos que le acechan en tanto intenta aceptar su nueva situación de vida (Millar. 1993)

El paciente al conocer su resultado seropositivo, tiende a reaccionar según la información previa sobre su padecimiento, parte del choque ante la información es que, éste al inicio asume automáticamente que va a morir y siente que su enfermedad es obvia para otros como si la llevara a manera de estigma y, entonces opta por aislarse del mundo tomando el papel de paciente en fase terminal acompañado por una sensación de ruina y decadencia.

Castro Pérez; (1988) encontró que el paciente seropositivo presenta las siguientes características ante el choque psicológico del diagnóstico, reacciona con, miedos de tener que afrontar su próxima muerte, impotencia para cambiar su resultado positivo, lo que le produce frustración y enojo consigo mismos y con la vida; con consecuente disminución de las funciones físicas y declinación de la salud con ansiedades intensas por las posibles reacciones de los otros; presenta además disfunciones sexuales, pérdida de la libido temor exagerado de infectar a otros, sensación constante de miedo, abandono, dolor y, temor a la muerte. Ansiedad y miedo, al futuro cuadro clínico de SIDA, depresión, conductas obsesivas ante los signos y síntomas de avance de la enfermedad, así como una intensa culpa por su preferencia sexual y vida pasada lo que termina produciéndole alteraciones sociales y laborales, junto con un estrés creciente.

El impacto de la noticia coloca a la persona en una crisis, el paciente se deprime, tiene pensamientos de desesperanza, temor a la muerte y es común que imagine que va a morir muy pronto, por lo que puede sentir profunda tristeza ,sentirse decaído , con deseos de aislarse de todo el mundo, tiene variaciones en el apetito (generalmente pérdida) y el sueño, a veces con deseos de quitarse la vida, ganas de llorar, sentimientos de culpa, mal humor y desinterés en general.(González S.1996)

Así en el paciente seropositivo al VIH es posible reconocer dos estados psíquicos comunes: 1) correspondiente al período de contracción de la infección, y 2) En el momento de aparecer o desaparecer algún signo de gravedad o avance de la enfermedad. En ambos momentos encontramos elementos comunes de su

estructura de personalidad previa al momento del diagnóstico como son; una estructura de las adicciones, una retracción psicótica en el auto erotismo y pánico hipocondríaco mudo y un estado de dolor létargico.

Hernandez y Bonilla,(1996) en un estudio con 950 sujetos con SIDA empleando la técnica de redes semánticas de Figueroa, estudiando el significado de salud y enfermedad en pacientes VIH/SIDA, encontraron que el seropositivo vive con angustia su futuro, hay desequilibrio, desesperación hay en general, mayor estrés, que en el paciente con SIDA que vive su dolor y sufrimiento aunado a la experiencia de culpa, muerte y presenta una reacción catastrófica llena de ansiedad, culpa y miedo ante su próxima muerte.

Seux.(1984.)Manifiesta que la reacción ante la noticia de ser seropositivo estará relacionada con el desarrollo del carácter, la persona proyectará al exterior aquello que le ofrezca mayor seguridad, por lo que muchos enfermos de SIDA se declaran sobre un fondo depresivo preexistente al diagnóstico, que provoca en ellos un estado de choque psicológico brutal y de pánico, que se vive como una oleada de angustia.

El trauma resultante de un diagnóstico del virus (como en otras enfermedades graves y terminales) es seguido por un proceso de "organización" hacia el significado que para el sujeto, tiene esta enfermedad y, éste va sufriendo varios cambios, su angustia inicial se hace difusa y se sustituye por un concepto personalizado es decir, la forma como él mira su propia enfermedad cobra un significado especial y particular en niveles inconsciente, preconscious, y consciente; posteriormente el paciente se familiariza con sus síntomas y aprende a vivir con ellos logrando cierto grado de aceptación, con el tiempo y distancia emocional respecto al impacto original, por lo que logra una adaptación, resultando en una economía psíquica.(Bellack;Haselkorn.1989)

2.3.2 EL PACIENTE HOMOSEXUAL Y SEROPOSITIVO AL VIH/SIDA.

En el homosexual existe como dice Gaytan (1995), una fractura entre el individuo y su mundo exterior ,ya que por un lado vive una vida como la sociedad lo exige y por el otro, él desea una pareja y diversiones acorde a sus gustos; sin embargo siempre está sufriendo por miedo a ser descubierto y tendrá que pagar con un costo psicológico elevado y con un enorme nivel de ansiedad, ante su " doble vida".

El seropositivo, vive al mismo tiempo esa doble ansiedad por miedo a que descubran su homosexualidad y su seropositividad, sobre todo si tomamos en cuenta su nivel de vida familiar, por lo que el homosexual tiende a reaccionar agresivamente ante el mundo exterior a consecuencia del sentimiento de rechazo que ha aprendido en su familia y ambiente educativo. Dado que todos los hijos enfermos se resisten a causarles "pena" a sus padres y ésta palabra que ellos usan a menudo es testimonio del respeto que a ellos profesan, pero también de la culpabilidad que les persigue. (Rozembaum; Seux. 1985) El paciente que no desea comunicar a su familia su diagnóstico, no sufre sólo por su enfermedad sino que además por una verdadera tensión psicológica y el SIDA hace surgir los problemas preexistentes, a veces desconocidos para su familia o largamente callados por ambas partes.

Cuando el diagnóstico es ocultado, la tensión que surge a su alrededor embotella el estrés y la preocupación suele conducir a graves consecuencias físicas y mentales con el consiguiente agotamiento psíquico del paciente. Pese a todos sus esfuerzos, por mantener en la ignorancia el secreto de la infección, éste se infiltra como un cáncer en los tejidos de sus emociones y su inteligencia, provocando lo que se conoce como efecto siniestro (Caruso.1991.) y, finalmente corre el riesgo de ir perdiendo el adueñamiento de su cuerpo, tanto para la acción como para el placer, incluso llega a suceder que el sujeto como el adicto cae bajo los efectos de un mandato de muerte, pudiendo llegar a tener un comportamiento semejante a este frente a un peligro que no logra identificar.

Las opiniones hetero generalizadas, llevan al homosexual a menospreciarse y menospreciar a otros homosexuales que tienen

la misma visión de sí mismos y del mundo, en lugar de proporcionarse mayor apoyo y ayuda, pues recordemos que el tipo de relación que la gente tiene es lo que le lleva a identificarse con aquellos que tienen la misma visión de sí mismos y del mundo en general.

El homosexual en sí, presenta problemas psicológicos comunes como no- aceptación de sí mismo, poca estabilidad emocional, pobre auto concepto, depresión, ansiedad, cinismo, manifestado en una gran facilidad para hacerse pasar por heterosexual, con la consecuente, sensación constante de soledad y culpa.(Cotte.1993)

Reinaldo Ortiz(1992); opina que la marginación del homosexual promueve conductas autodestructivas en ellos, y éstas amenazan significativamente la calidad de sus vidas y su salud, esto aún antes de la aparición del SIDA en sus vidas. Entonces, el rechazo que el paciente presenta para reconocer su propia enfermedad, le conduce a efectuar lo que se podría llamar “una muerte altruista”, si voy a morir, no moriré solo y se llevará a otros en su camino, pues es éste su deseo inconsciente.

El homosexual que presenta mayor soledad presenta de igual modo mayores problemas psicológicos, menor normalización y compromiso social, laboral y mayores problemas de desajuste social y económico. Entonces el paciente, presenta cambios importantes en su autoestima, en la identidad de sus valores y la participación con otros enfermos les ayuda a hablar abiertamente de su enfermedad.

Ahora bien, si entendemos que muchas enfermedades físicas como las cardiopatías y el cáncer pueden ser influenciadas por factores sociales, entonces no cabe duda de la relación entre el homosexual y la sociedad que le es hostil y que debe ejercer profundos efectos en la vida de éste (Gaytan.1995)

2.3.3 ANALISIS DE LA CONDUCTA DE RIESGO EN EL PACIENTE HOMOSEXUAL.

Piña; López; y Márquez.(1993) sugieren que el principal estilo de vida de las personas infectadas por el VIH es el estilo de tendencias al riesgo por lo que plantea que; si se considera el comportamiento de una persona en una situación en la que existe la posibilidad de presentar consecuencias estables y predecibles, o de presentar una consecuencia variable e impredecible; la persona elegirá la última; es decir la posibilidad de contraer el virus. Esto debido a las consecuencias inmediatas de placer y satisfacción, independientemente de que sepa o no que esa pareja pueda estar contagiada de VIH.

En el análisis funcional de la conducta de riesgo de infección o reexposición al VIH tenemos que: 1) los comportamientos de riesgo van seguidos de forma segura e inmediata por una consecuencia placentera intrínseca, a menudo intensa de corta duración. 2) las consecuencias nocivas que pueden derivarse de la práctica del comportamiento de riesgo son sólo probables y siempre a largo plazo y por último; 3) no existe una cadena de hechos sensibles como la sintomatología reciente en intensidad y duración que vincule la práctica del comportamiento de riesgo con el modelo de participación del dolor o primeros signos de enfermedad real.

En otras palabras, es la percepción de placer inmediato la que juega un papel crítico, cuando se trata de dirigir y asistir a los individuos para que adopten prácticas sexuales de menor riesgo muchas personas eligen la estimulación placentera, la cual puede resultar ser efímera, pero inmediata, proporcionada por los comportamientos de riesgo, a pesar de las terribles consecuencias que en el futuro puedan derivarse de su decisión. Es decir, la *“información es una condición necesaria, pero no suficiente para la adopción del comportamiento preventivo”*.

Entre los hosexuales se ha encontrado que presentan temor de infectarse, pero al mismo tiempo continúan con sus prácticas de alto riesgo y esto se puede deber a que antes de que apareciera el SIDA el homosexual masculino mantenía una sexualidad abierta que había logrado conquistar social y personalmente y el tener que implantar medidas preventivas en ella para frenar la enfermedad

significa para ellos un retroceso ante su libertad lograda por lo que le resulta difícil renunciar a ellas, es por ello que, el homosexual prefiere tener las relaciones sin protección corriendo el riesgo de infectarse, que abstenerse o usar preservativo en cada una de sus relaciones.(Cotte.1993; Rozenbaw.1985)

Entendemos entonces que otra de las causas de la baja prevalencia de actitudes preventivas en los homosexuales podría ser el surgimiento de un “rebote” de aceptación, debido a que largamente lucharon para sentir que tener relaciones sexuales entre hombres no era algo anormal ni malo y al surgir el SIDA renacen estos sentimientos y preconceptos; entonces por ser homosexuales tendrán que pagar con el SIDA es decir con la MUERTE.

Presentan así, ambivalencia ante el riesgo de infección por “amor” y morir por “amor” que corresponde a la continuidad- perpetuidad del amor donde, todo lo erótico se contamina por el sacrificio de la muerte, convirtiéndose así en la víctima insaciable, con una enorme omnipotencia para llevar sobre sí todos los pecados del mundo; la ecuación es:

A mayor asco más rechazo más culpa = mayor identificación y mayor contagio.(Cotte,1993)

Bayes (1989); de igual manera considera que la persona seguirá con el comportamiento riesgoso a pesar de estar informada sobre el peligro debido a que *el placer es inmediato y las consecuencias son a largo plazo*, por no existir una relación definida y estable entre infección y sintomatología, pues la consecuencia de los actos sólo es probable y no definitiva, mientras que el placer si lo es.

Tenemos entonces que la conducta de riesgo en estos pacientes, es guiada por “el principio de placer” a través de gratificaciones inmediatas; sin medir las consecuencias futuras de sus acciones, en lugar de ser dirigida por “el principio de realidad” ; donde el individuo, aplazaría las gratificaciones a corto plazo a cambio de obtener recompensas de mayor estabilidad, duración y seguridad. (Freud.1920)

López Muños (1991); encontró que hay diferencias significativas entre homosexuales y bisexuales con respecto a sus conductas de prevención, los homosexuales se creen menos riesgosos que los bisexuales que suelen tener más conductas preventivas. Encontró también que a mayor conducta de aceptación hacia las personas que tienen SIDA se tiende a una actitud de menor riesgo de infección.

Por otra parte, los beneficios secundarios de la enfermedad entre los pacientes homosexuales han incluido una cierta impunidad, pues se les ha tratado como seres especiales que merecen un trato excepcional por haber sufrido en exceso, atribuyéndoles derechos a ser mantenidos, desafiar a la ley, injuriar personas e instituciones y protagonizar episodios públicos de violencia, sobre todo a medida que la enfermedad se hace más evidente y notoria, todo esto sin reparos ni cargos de consciencia sino con un cierto aire de "sufrimiento extremo".

Algo importante, en la atención de este tipo de pacientes, sería cambiar el compoeto social de conducta aceptada y merecedora de aprobación entre la gente en riesgo a una conducta de protección socialmente aceptada y reforzada. Es decir, cuando la consecuencia extrínseca que acompaña o sigue al comportamiento eficaz preventivo sea de aprobación social y no de rechazo, este tendera a hacerse más efectivo y duradero.

2.4 FASES PSICOLÓGICAS DE LA INFECCIÓN POR VIH.

Diversos autores han estudiado las posibles etapas por las que atraviesa el paciente ante la enfermedad crónica y terminal, como hasta ahora lo es el SIDA y han encontrado que las reacciones más comunes son :

SEPULVEDA AMOR 1989.

La primera fase se conoce como negación, en ella, el paciente trata de evitar el dolor psíquico de saberse infectado ; mantiene sus actividades y conductas previas a los resultados, lo que

implica que continúe con actividades de alto riesgo, dando por descontado que puede presentar síntomas físicos y/o psicológicos, por lo que trata de evitar el contacto con cualquier especialista.

La fase, de cólera, se presenta pasada la fase de negación el paciente se vuelve irascible y difícil, desplaza su angustia, envidia y agresión en las personas que lo rodean ; esta agresión puede ir dirigida a individuos en particular, o hacia la población en general, médicos, amigos, etc., culpándolos de ser responsables de su enfermedad y preguntándose constantemente ¿ por que Yo?.

La tercera fase, de pacto, el paciente trata de pactar con alguna forma sobrenatural de existencia fuera de su realidad inmediata, maneja conscientemente parte de su conflictiva interna y pide tiempo para intentar hacer cambios en su vida. Cuando ésta fase termina en individuo entra en franca depresión, analizando sus pérdidas. La fórmula subjetiva es " lo he perdido todo, estoy infectado, ahora el mundo no tiene sentido". En ésta etapa existe una permanente necesidad de suministros afectivos que pueden elevar su autoestima, y sus relaciones interpersonales se caracterizan por la dependencia y el tipo narcisista de elección de pareja, con una marcada tendencia a cambiar de pareja constantemente.

El paciente tiene gran número de pérdidas reales que van acompañadas de otras imaginarias que le generan gran angustia y ansiedad, a estas perdidas se le agregan las fantasías de cambios que sufrirá su imagen corporal, el que dejarán de ser individuos sanos, atractivos y disminuirá su actividad sexual y muy probablemente tendrán que enfrentarse o ya han enfrentado la pérdida de seres queridos o amigos cercanos que murieron o están próximos a morir de SIDA.

Entonces aparece en algunos casos la homofobia como resultado de la culpa que sienten por haber infectado a otros, conociendo su condición de seropositivos.

Finalmente surge la fase de aceptación donde el paciente empieza a elaborar el duelo o la relación entre su realidad presente como

enfermo y las pérdidas sufridas hasta el momento. Dependiendo de su historia personal podrá hacer los cambios necesarios en su estructura, en su aparato mental, que le permitirán incorporarse a la vida diaria con nuevos hábitos de conducta, enfrentando de mejor manera los desafíos que su entorno le exigen.

DAVIS MILLER 1993. En su experiencia clínica con pacientes seropositivos encontró que pasan por distintas etapas de adaptación como:

TEMOR. Ante el dolor, la muerte, incapacidad o pérdida de las funciones corporales, la pérdida de la confidencialidad y privacidad.

ENOJO. Hacia el personal de salud, las personas que le rodean, los seres queridos y hacia sí mismo, por haberse infectado.

ANSIEDAD. Aguda grave y persistente, por la incertidumbre que la enfermedad le produce.

LABILIDAD EMOCIONAL. Pasa súbitamente de la risa al llanto sin motivo aparente.

PREOCUPACION MÓRBIDA . Por el futuro, el trabajo, la salud, el aspecto físico, la pareja, la familia, etc; acompañada de revisiones corporales obsesivas.

DEPRESION. Por la pérdida de la salud.

FASES PSIQUICAS DE LA ENFERMEDAD TERMINAL.

EL DR. STUART E. NICOLS. 1980. En su atención a pacientes con enfermedades crónicas y con cáncer, ha encontrado que el paciente atraviesa por etapas clínicas distintas en el proceso de su enfermedad, tales como:

CRISIS. Se caracteriza por una aguda negación que suele alternar con periodos de intensa ansiedad; hay dificultades para retener la información sobre todo lo referente a su enfermedad

TRANSICION. Oleadas alternativas de furia, culpa, autocompasión y ansiedad con excesivas observaciones sobre su estado de salud, revisión obsesiva del pasado y sentimientos de culpa, así como cambios en la autoestima y en los valores.

ACEPTACIÓN. Emerge una identidad más estable, aceptando las nuevas limitaciones que su enfermedad le produce, el pte hace un esfuerzo por vivir cada día plenamente, examina las fuentes placer y de dolor, reevalua el afecto y sus intereses; suele sentirse menos víctima ante la vida y busca nuevas alternativas de conductas y contactos más positivos con los que le rodean.

PREPARACIÓN PARA LA MUERTE. Presenta temor de volverse dependiente de los demás, teme por su deterioro físico y tiende a arreglar sus asuntos pendientes.

FREUD S. 1925. EN SU TEORIA PSICOANALITICA DE LA PERDIDA OBJETAL (LA SALUD).

El sujeto atraviesa por cuatro etapas a saber:

NEGACION DE LA REALIDAD: El paciente trata de aminorar su angustia no admite haber tenido la pérdida, sustituye la realidad por fantasías conciliatorias con las exigencias del exterior y sus deseos internos, para poder seguir funcionando en su medio. En sus fantasías se apoya en trozos de la realidad distintos a lo que le afecta y de lo que tiene que defenderse, dándole un significado especial y un sentido oculto y "simbólico"; mientras más mecanismos de defensa presente en esta etapa más difícil le será librarla ya que son éstos los que fortifican la negación de la pérdida objetal y hacen más patológico al sujeto, propiciando que se retraiga a fin de defenderse del dolor que la pérdida le provoca.

Durante la negación el paciente anula de su conciencia la realidad patológica que sufre, descrea la información que ha recibido y se resiste a mantener una condición de paciente, que afecte su actual modo de vida. En esta etapa se presenta generalmente una actitud hipomaniaca y de exaltación que facilita el proceso de negación y que bien puede poner en riesgo la integridad física del

paciente, así como su salud y la de otras personas, pues en éste momento podría re infectarse incluso infectar a otros. La negación sin embargo es una forma de adaptación que trata de subsanar las culpas con el fin de generar esperanza, en donde el paciente intenta restaurar su salud mediante pactos con fuerzas superiores que le perdonen lo inaceptable de sus actos pasados.

Recordemos que, el mecanismo de negación se encuentra más frecuentemente en los psicóticos y en menor grado en los neuróticos pues en todo neurótico hay una parte de su YO que conoce la verdad que la otra niega. (Freud.1925).

DOLOR MORAL. Es la verdadera reacción ante la pérdida y surge cuando el estímulo ataca la periferia(como puede ser un signo de avance de la enfermedad), en el paciente seropositivo se observa dolor físico por la sintomatología clínica, el cual se transmuta en el dolor psíquico que experimenta y que da origen al estado de desamparo psíquico, debido a una carga narcisista del objeto (la propia salud) y que manifiesta por, autoreproches, sensación de minusvalía y autoagresiones constantes, ligados a un profundo sentimiento de angustia intensa ante la pérdida.

DUELO. Surge por influencia del examen de la realidad que denota la separación definitiva del objeto; en el paciente VIH éste duelo se acompaña de una serie de pérdidas objetales que se dan secuencialmente, lo que lo hace más doloroso, pues el YO introduce angustia por cada pérdida. El YO recuperado del duelo deja ver el mundo como, desierto, empobrecido, ante los ojos del paciente.

ACEPTACION. Aparece ante el examen de la realidad como intento de reconstrucción del mundo interno y como conciliación con el exterior, en busca de un futuro menos doloroso y más aceptable.

Para Freud (1916); Los objetos perdidos por haber estado investidos de libido quedan en cierto modo incluidos en nuestro YO y la libido se aferra a sus objetos y ni siquiera cuando dispone de nuevos sucedáneos se resigna a desprenderse de aquello que

perdió ,por lo que tanto en la melancolía como en la separación hay compulsión a la repetición , aun cuando en la separación se debe dar muerte a la imagen ideal de lo ausente y sustituirla por otros ideales, al mismo tiempo se debe seguir viviendo para garantizar en lo posible la continuidad del YO.

Entonces elaborar el duelo, significa aprender el proceso de *diferenciación*, expresándolo como la diferenciación entre lo muerto y lo viviente, la desidentificación consiste fundamentalmente en matar a lo ausente en la consciencia, en cuanto su imagen es sustituida por otros ideales o se deja reducir a una idea, una idealización sin compromiso.

KÜBLER ROSS. (1987-1989) En su experiencia con pacientes con enfermedades crónicas y terminales, define que el paciente terminal presenta las siguientes reacciones:

NEGACIÓN Y AISLAMIENTO. Tiene el efecto de amortiguar la noticia y le permite recobrase del impacto y con el tiempo, movilizar otras defensas más eficaces y menos radicales, protegiendo al paciente de un dolor incapacitante, minimizando el temor y la ansiedad tratando de controlar sus respuestas; en esta fase el paciente desea cambiar su diagnóstico, busca poderes y protección mágica es decir, busca la protección del padre omnipotente y rescatador; le sobrevienen sentimientos intensos de culpa, trata de buscar culpables de su contagio, concluyendo finalmente que es él el único responsable y que la infección es su infección.

LA IRA . Sobreviene al no poder mantener por más tiempo la negación, aparece el rencor, la rabia, la hostilidad, la envidia y el resentimiento; el paciente se siente molesto por los cambios en su vida, por la falta de apoyo, se suele comparar con otras personas que tienen los mismos riesgos que él y que sin embargo no han sido infectadas; se pregunta constantemente ¿ Por qué yo?. Esta ira se presenta como una defensa frente al profundo dolor, el temor a la soledad, el abandono, el desgaste físico, la pérdida de control y la dependencia, así como al temor a ser finalmente aniquilado por la enfermedad que avanza notablemente.

PACTO.(NEGOCIACIÓN) Ahora sus quejas del principio cambian en arreglos por tratar de posponer lo inevitable; ésta etapa dura sólo un lapso corto de tiempo.

DEPRESION. De forma reactiva ante la noticia, el miedo y las pérdidas inminentes por la enfermedad.

DEPRESION PREPARATORIA. Tendrá que aprender a manejar *con éxito sus angustias y ansiedades, para poder pasar a la siguiente fase con cierta resignación y ajuste.*

ACEPTACION. El paciente seropositivo intenta aprender a vivir con su realidad, haciendo los cambios necesarios en su estilo de vida, evitando riesgos para sí mismo y los demás, incluso puede llegar a recuperar su sentido del humor.

Según Kübler Ross, lo más importante es ayudar al paciente a mantener la esperanza a través de su penoso recorrido por el VIH/SIDA, por lo que considera que los grupos de información son el mejor punto de partida para cualquier acción terapéutica, pero si las interacciones psicosociales de la enfermedad son dejadas de lado el esfuerzo será improductivo.

En la literatura clínica encontramos así que; en los últimos años se ha progresado considerablemente en el conocimiento de la patogenia de la serología del VIH, el tratamiento y la profilaxis de la infección, sin embargo no se han atendido de la misma manera los aspectos psicológicos y sociales asociados a esta enfermedad a pesar de la demostrada *necesidad de contemplar la intervención psicológica , psicosocial junto con la biomédica en esta patología.* Pese a los esfuerzos mundiales de prevención contra el SIDA, el VIH, está aumentando en lugares fuera de los grandes epicentros tradicionales atacando a jóvenes, principalmente los hombres homosexuales de origen minortario

El SIDA ha desafiado a toda la comunidad en el ámbito de la salud y los expertos en el comportamiento humano no deben permanecer ajenos, debido a que además de ser un problema de

salud, es un problema psicológico un problema de comportamiento y, al no existir vacuna efectiva y aun cuando se tuviera, su prevención seguirá, siendo un problema de comportamiento y principalmente el sexual.

Sabemos que la calidad de vida física incluirá en cada caso; un período de recuperación acompañado por otros de prolongada estabilidad sin enfermedad los cuales, se deberán aprovechar para buscar avances en el proyecto de vida del paciente. Por lo que si se logra mejorar la calidad de sobre vida del paciente, es posible hacerlo sobre la calidad de su muerte, el buen trato al paciente puede llegar a tener resultados sorprendentes en los procesos inmunológicos ya que estos se encuentran estrechamente ligados a las emociones.

La oportunidad de hablar constantemente de sus problemas, ayuda al paciente a liberar la ansiedad y a ventilar el estrés que su situación le produce y por tanto a mantener el ánimo en mejores condiciones consiguiendo con ello mayor estabilidad en su estado de salud.

Por otra parte la psicología clínica se vale del estudio de las actitudes, para reconocer por que el individuo responde de determinada manera ante algo en particular buscando su origen en lo reprimido u oculto de éstas, así como en las fantasías, temores y sentimientos que logren manifestarse en ellas.

CAPITULO 3

LA TERAPIA GRUPAL Y EL PACIENTE SEROPOSITIVO

3.1 NECESIDADES DE ATENCION DEL PACIENTE SEROPOSITIVO.

En todo caso, el enfrentarse a una enfermedad que a la fecha no ofrece solución curativa, nítida pone en juego factores emocionales estrechamente relacionados con los procesos inmunológicos y por consiguiente con el proceso evolutivo del paciente, el cual, entra en una crisis emocional que es normal y suele desaparecer en cierto tiempo.

El estar en terapia ayudará al paciente a afrontar sus problemas emocionales en el transcurso de la infección. Debido a que para el paciente homosexual y seropositivo el hablar con otros es probablemente una de las cosas más productivas y útiles que puede hacer ya que esto le permite liberar sus tensiones y le ayuda a revalorar su responsabilidad en la adquisición de la infección y sus posibilidades de atención, pues la principal respuesta para el futuro descansa en él mismo, por lo que requiere estar informado sobre lo que tiene .

El eje de la terapia con el paciente VIH debe estar constituido por el cuidado y la reapropiación del cuerpo, la necesidad de preservar los intereses en sentido de los proyectos, las metas y todo aquello que tiene que ver con precauciones específicas para evitar el contagiar a otras personas o reinfectarse por reexposiciones al virus (Rozembaw.1985).

Tomando en cuenta que en la atención psicoterapéutica del paciente, VIH, se presentan oscilaciones entre el entusiasmo clínico y momentos dramáticos; donde es necesario admitir que muchos de los esfuerzos son vanos, agregando el hecho de que el trabajo resulta muchas veces insuficiente para correlacionar las vicisitudes acontecidas en las sesiones con la teoría general de un marco más actual y preciso para cada decisión psicoterapéutica

específica, que ampare al mismo tiempo al clínico respecto de los efectos de su propia inserción en la práctica terapéutica.

Recordemos en todo momento que, al brindar apoyo al paciente, debemos evitar dar falsas esperanzas con excesiva ambición terapéutica que puede llevar a procedimientos erróneos y principalmente hay que ver a la persona como que está básicamente viviendo y no muriendo, pues a pesar del tiempo y las restricciones aún se puede hacer mucho por su calidad de vida

El paciente suele vivir su resultado seropositivo, en un estado de angustia, debido a que se ve confrontado con temores no resueltos, que le acechan en tanto intenta aceptar su situación; por lo que la terapia de apoyo debe centrarse en las necesidades actuales del paciente intentando restablecer su equilibrio interno emocional tan pronto como sea posible y ayudarlo a disminuir la ansiedad causada por su condición de vida como homosexual y seropositivo, a modo que sea capaz de funcionar a un nivel cercano al habitual, haciendo un esfuerzo por incrementar sus defensas y elaborar mejores mecanismos de control; así en el grupo terapéutico se desarrolla un clima de seguridad, donde el paciente puede expresar entre "iguales" sus miedos, sentimientos, dudas, proyectos, etc.; y liberarse en forma gradual de sus temores y fuentes de ansiedad, logrando mejores actitudes hacia el futuro.

3.2 SOBRE LOS TIPOS DE APOYOS OFRECIDOS A LOS PACIENTES SEROPOSITIVOS.

Recordemos que antes de planear cualquier tipo de intervención terapéutica. Son básicamente 3 los elementos que permiten estudiar la estructura psicológica con la que cuenta el paciente: La fortaleza del YO, la prueba de la realidad y sus mecanismos de defensa.

La Fortaleza del Yo, se refiere a la capacidad para tolerar la ansiedad, controlar sus impulsos y desarrollar canales de sublimación, un indicador básico y fácilmente observable de ésta, es el evaluar la calidad de las relaciones interpersonales que

habitualmente establece el paciente, si este carece de integridad del Yo, establecerá relaciones de intensa dependencia con gran carga de afecto ante las amenazas reales o fantaseadas de separación, y relaciones, promiscuas donde el compañero no es visto como una persona con existencia y derechos propios, que merezca cierta consideración sino como un objeto de uso con el propósito de calmar una perentoria necesidad interna y patológica de satisfacción y apego.

La prueba de realidad estudia las posibilidades que el paciente tiene de confrontarse con los aspectos reales de situaciones estresantes que ponen en riesgo su vida e integridad, de tal manera que pueda tener actitudes preventivas de autoseguridad.

En cuanto a los mecanismos de defensa; es importante que el psicólogo se asegure de no desarmar la manera de enfrentamiento con que cuenta el paciente, sin antes sustituirle con algo igual o más eficaz. Una estrategia para que el paciente no sucumba al dolor y encuentre tolerable y deseable el vivir es promover que mantenga vivas sus relaciones significativas y su sentido del humor, como en toda crisis, lo primero es validar los sentimientos y dar apoyo al paciente, ayudándole a identificar los aspectos controlables de la situación que pueden convertirse en el foco de las actividades dirigidas a metas mientras contiene su ira ocupándose en situaciones prácticas (reales) como el practicar role-playing, para dirigir ansiedad anticipatoria y defectos de comunicación para ayudarle a dirigir el dilema de sus confesiones, ayudarle a explorar la naturaleza de sus expectativas de intimidad, sus creencias sobre sexo, pues conviene revisar cuestiones sobre la sexualidad, sobre todo cuando ésta ha sido usada como antídoto contra la soledad, depresión, ansiedad y estrés.

Recordemos que a un mejor estado psicológico se asocia un mejor estado de salud física independientemente de los cambios inmunológicos que pudiera presentar el paciente, esto sucede por una mayor motivación al cuidado de la salud por lo que las intervenciones psico- conductuales, pueden aumentar la longevidad del paciente permitiéndole que se beneficie de los avances biomédicos futuros. (Rozembaw 1985)

Para que un programa de atención sea adecuado, no sólo debe contar con información sobre el virus, sus formas de transmisión y cuidados sino, además debe comprender una amplia y multifásica red de soportes psicosociales que proporcionen al sujeto un control personal y sustenten sus esfuerzos hacia un cambio de actitud que podría tener resultados altamente benéficos, aunándolos a programas preventivos que incorporen varios factores a la vez, haciendo al sujeto receptor, y coparticipante; lo que redundaría en un cambio positivo hacia conductas de bajo riesgo sexual, como podría resultar el estar en un grupo de terapia ya que para prevenir futuras infecciones es necesario, un cambio permanente de comportamiento sexual, pues la gente infectada seguirá portando el virus durante toda su vida y los que *no han* adquirido el virus necesitan auto- protegerse durante toda su vida sexo- activa, en este contexto es particularmente importante contar con cuidados específicos, hacerse responsable ante cualquier consecuencia de su comportamiento y procurar reducir las probabilidades de riesgo de reinfección.

La modificación de la conducta es la meta de los esfuerzos del aprendizaje, en toda psicoterapia, es decir, lo que se necesita es, desaprender, aprender mejor y reaprender , esto es lo que se necesita para deshacerse de determinados síntomas, cambiar funciones y las estrategias de respuesta del paciente adaptándolas a su estructura de personalidad. El apoyo terapéutico grupal en el paciente VIH, tiene como objeto aclarar la información acerca de la enfermedad dar apoyo emocional que le permita, afrontar la situación; reducir la ansiedad, evitar el deterioro de las funciones mentales superiores, con el fin de ayudarlo a superar la pérdida de la salud mediante el manejo del duelo, evitando la negación que pone en riesgo la salud del paciente y de otras personas, ayudar a modificar actitudes que ponen en riesgo la salud del paciente, y restituir la desestructuración de la personalidad en relación con la vivencia de la crisis.

Para que el paciente seropositivo, llegue a ser preventivo se necesita una automotivación que influya en su comportamiento sin embargo, los esfuerzos sociales para prevenir el contagio que se

han dirigido a la gente, han sido principalmente hacia el virus, sus formas de transmisión y como prevenir la infección asumiendo que así al estar informada se incrementaría el uso de técnicas preventivas y de autocuidado y protección contra el virus. Si bien es cierto que es importante tener conocimiento sobre los riesgos; para que se de un cambio personal de actitudes, desafortunadamente éste, no es necesariamente una influencia en los hábitos de salud y cuidado de la gente. Para lograr estos cambios se necesita no sólo el tener razones para cambiar la conducta sino conocer los significados de su conducta y el costo o beneficio que le proporcionaría el cambio deseado; para lo que se requiere de una motivación personal y una guía de actitudes y alternativas opcionales con igual valor que la propia conducta de riesgo. Esta sería la diferencia entre tener acceso a ejemplos de actitudes positivas y ser capaz de usarlas adecuadamente en circunstancias difíciles y reales ya que, para poder hacerlo no es suficiente el contar con alternativas nuevas sino además se necesita tener la motivación y confianza en la eficacia y, capacidad personal para poder generar un auto control fuerte, que sólo se consigue aumentando la fuerza del YO.

Por lo que considero que para cambiar de actitud ante el virus se necesita antes que pretender el cambio total, entender la fuerza de la motivación interna del paciente hacia sus conductas específicas de riesgo, puesto que si los pacientes no consiguen trasladar sus pensamientos y acciones a situaciones reales de riesgo, no adquirirán la eficacia necesaria para afrontarlos en momentos difíciles aún si cuentan con los elementos y el conocimiento de lo que deberían hacer y poseen las habilidades para hacerlo.

Dado que, el sentirse poco auto determinante o poco asertivo crea una discrepancia entre el conocimiento y la acción., como podemos ver, para cambiar los conocimientos sobre el cuidado de la salud hacia una actitud positiva de auto cuidado, se requiere de habilidades sociales y un sentimiento personal de poder ejercer auto control en situaciones interpersonales y específicamente sexuales; debido a que, si el paciente se percibe como socialmente eficaz para resolver situaciones interpersonales y afectivas, se puede lograr incrementar el que, se perciba o no, en

riesgo sexual y que decida de acuerdo a la información y al repertorio de respuestas con los que cuenta para tales situaciones.

Para el paciente homosexual y seropositivo resulta más fácil tener control sobre una situación en la que se ha elegido con anticipación el comportamiento a seguir, que encontrarse en su propio entorno inmediato sin saber decidir adecuadamente, esto es por contar con un antecedente que involucra anticipadamente; conocimiento, motivaciones y posibles respuestas con sus posibles respectivas consecuencias y rutas de escape, sobre las que deberá lograr un control cognitivo.

Así el entrenamiento sexual, ejercita la influencia que pueden tener sobre ellos mismos y sobre los otros y, para ello se requiere auto regulación y patrones adecuados a seguir, así como motivaciones a la acción de protección y cambio en el riesgo sexual; la auto regulación opera a través de standards internos, como las reacciones afectivas ante una conducta usada como motivación, auto incentivos y otras formas cognitivas de auto guía y auto apoyo ;la auto regulación forma parte integral de las capacidades para reducir el riesgo por contagio sexual y está es parte de las determinantes sociales en que la gente participa por sí misma, como pasar por distintas situaciones sociales y cómo resolverlas efectivamente incrementando sus probabilidades ante la situación de riesgo.

La consejería es un proceso de intercambio y apoyo cara a cara pero; para quienes trabajan en la prevención del SIDA, la consejería va más allá de únicamente proporcionar información. Se trata más bien de ayudar al paciente, a considerar su situación personal, sus sentimientos y preocupaciones con el fin de ayudar a tomar decisiones sobre su propio comportamiento.

El counseling, la orientación y el asesoramiento son formas de intervenir en prevención primaria y secundaria y el asesoramiento conlleva la necesidad de adecuar un modelo pragmático que incluya los temas que plantea la problemática actual, como; la educación, la reeducación información, esclarecimiento de

conceptos y preparación del paciente ante su resultado, todo con fines terapéuticos.

El acoplamiento coping style (activo - pasivo) y el tipo de factor estresante (controlable- incontrolable) puede tener especial importancia en la elección del tratamiento; por ejemplo: Factores estresantes incontrolables como el duelo, se pueden adaptar a estrategias de coping style pasivo, como el concentrarse en las emociones y expresarlas libremente; esta estrategia de tipo pasivo podría provocar menor angustia y posiblemente menor deterioro inmunológico . En el coping style se pueden identificar aquellos pacientes que cuentan con escaso apoyo social para una intervención psicoterapéutica y lograr mayor participación en un nivel de organización macroscópico en colaboración con alguna ONG y a un nivel interpersonal micro, incluyendo un grupo de terapia.

El apoyo social, coping style tiene una función inmune pues, como ya vimos los mecanismos de las deficiencias inmunológicas pueden deberse a cambios endocrinos asociados a estados depresivos o ansiosos, estos cambios pueden explicar muchas de las deficiencias inmunes descritas en los pacientes, como los trastornos psiquiátricos asociados a cambios en el humor ,estados depresivos y manía o estados, de ansiedad estos cambios pueden explicar deficiencias inmunológicas, observadas en los cambios de humor subclínicos esperables, junto a factores estresantes cotidianos en el paciente.

En la catarsis emocional; se considera que para el paciente que participa en el grupo terapéutico el sólo hecho de verbalizar aspectos íntimos, de los que se siente avergonzado, o temeroso le ayuda a desarrollar actitudes más constructivas hacia éstos, los efectos benéficos se deben a la liberación de los sentimiento y emociones acumuladas y la revalorización objetiva de estos elementos internos y dolorosos, los cuales son sujetos a la apreciación respetuosa y sin crítica de los que escuchan, así el compartir los secretos reduce a las experiencias del paciente la calidad de terroríficas.

El hecho de ser escuchado sin rechazo aún si se han rebelado defectos y actitudes negativas o censuradas socialmente le anima a revalorar la naturaleza siniestra de sus deseos y experiencias.

El grupo tiene la finalidad de alterar actitudes y patrones conductuales del sujeto, se considera que el grupo es una excelente oportunidad de conocer las formas de relación entre iguales y las nuevas alternativas, en éstas permitiendo, aumentar en el paciente, el repertorio de actitudes probables a tomar en distintas situaciones.

3.3 SOBRE LOS GRUPOS DE APOYO.

Haciendo un poco de historia sobre el apoyo grupal encontramos que:

En 1900 ;Joseph Pratt, influido por Jules Dejarine, trabajó con un grupo de pacientes tuberculosos.

Freud , Jung y Ferenczi. (En 1909) Interpretaron sus sueños en forma grupal durante la travesía de uno de sus viajes a E.U.

1925; Trignant Burrow, estudio con Jung el análisis de grupo. Burrow fue el primero en establecer el postulado de que el hombre es parte de un grupo y que en consecuencia no se puede hacer el análisis de un individuo determinado sin tomar en cuenta el grupo al cual pertenece; ésta teoría influyó en gran medida en la teoría de las relaciones interpersonales de Sullivan.

En 1931; Moreno en Viena utiliza por primera vez el término "Terapia de grupo" en un grupo de encuentro.

En los 40's y los 50`s, las dinámicas de "training group" se aplican casi a cualquier problema en E.U.

En 1960; C. Rogers, trabaja con un modelo de enseñanza organizado en grupos de encuentro o grupos sensitivos que conducen al crecimiento personal.

En 1964; Perls, inicia el modelo de laboratorio o de talleres en el Esalen Institute, donde utilizó la terapia Gestalt individual en grupos, empleando el "grupo" como una clase.

El Gestalt Institute of Cleveland, considera actualmente al grupo como una totalidad que tiene fuerza potente, esta totalidad determina las partes y es diferente a la suma de estas mismas. En este modelo de terapia el miembro del grupo puede arriesgarse a crear nuevas situaciones que conduzcan a la solución de sus problemas; lo que corresponde a una integración de la Terapia Gestalt y la dinámica de grupo.

H: Ezriel. Sostiene la hipótesis de que un individuo encontrándose con otro, intentará establecer algún tipo de relación, tendiendo a disminuir la tensión provocada por las relaciones con sus objetos inconscientes, de esta forma en una sesión grupal todos los individuos ponen en juego parte de sus propias fantasías inconscientes que dan como resultado una tensión grupal común que busca descargarse; cualquiera que sea el tema manifiesto *dominante la tensión grupal inconsciente, determinará el comportamiento y discusión del tema en el grupo.* En la medida en que cada miembro del grupo aporta algo a la discusión grupal, es susceptible de ser explicado en la interpretación del grupo, explicando así sus ansiedades y mecanismos de defensa particulares.

Sin embargo la dependencia del grupo se organiza siempre alrededor de un líder que satisfaga sus necesidades, en la terapia ,este rol es atribuido de manera espontánea al terapeuta; el grupo tiene enormes expectativas sobre las posibilidades de ayuda del terapeuta y actúa frente a éste como un niño pequeño frente a su madre, con pasividad esperando que todo lo haga el terapeuta al tiempo, que las funciones intelectuales elevadas parecen perderse y aparecen formas primitivas de funcionamiento mental donde la expectativa de que el terapeuta resuelva los problemas y termine con la angustia, se hace predominante durante la terapia.

3.4 ETAPAS DEL GRUPO DE TERAPIA.

- 1) **IDENTIDAD:** Darse cuenta de uno y de los otros, esta etapa también contiene una fase de independencia. (pseudo - intimidad). En esta etapa cada paciente es independiente de la forma en que es percibido por cada paciente del grupo, incluyendo al facilitador.
- 2) **INFLUENCIA:** Energía y excitación, ansiedad, resistencia, movilización, bloqueo, se da aquí también la contra dependencia. Cada miembro del grupo está consciente de que está siendo influido por todo lo que ocurre en el grupo y que ciertas normas implícitas o explícitas en el grupo hacen difícil conducirse de formas distintas de lo que es aceptado por el grupo. Esta etapa se caracteriza por una influencia autoridad - control, por que las normas están inferidas por la conducta y reflejan el cómo las cosas deben ser.
- 3) **INTIMIDAD:** Contacto, acción para completar el ciclo. Esta etapa contiene la independencia. Y consiste en ayudar al grupo a realizar el cierre y dar a conocer al grupo los asuntos inconclusos que no se han enfrentado.
- 4) **CIERRE:** Reposo, retirada de la energía, reconocimiento de lo que no es posible y apreciación de lo que se ha realizado en el grupo. *No importa cual es la duración del grupo éste es siempre temporal y debe pasar por un proceso de cierre, para regresar al mundo real.*

En general los grupos son diseñados para lograr el crecimiento personal; su economía en tiempo y dinero es significativa si se compara con el enfoque individual, además de que focaliza en la *inter- relación del individuo con la gente del grupo*. El paciente en un grupo en proceso puede llegar a ver a los otros y verse a sí mismo, por la facilitación del role play, con los miembros que le pueden dar y recibir soporte, si lo considera necesario. El grupo le ayuda a hacerlo actuar y no únicamente por medio de palabras; esto permite la confrontación incluso con el líder o facilitador, el cual es dinámico y agresivo, cuando la situación lo requiere. Y que *sirve para señalar al paciente como se comporta en situaciones grupales parecidas*, dado que la existencia humana está llena de grupos (familia, trabajo, escuela, vida social, intelectual, espiritual, etc.)

3.5. LA TERAPIA GRUPAL EN PACIENTES SEROPOSITIVOS.

Aunque existe poca evidencia de tratamientos grupales para personas infectadas por el VIH específicamente, entre éstas encontramos que, Kely et al (1989), en un estudio sobre la intervención grupal para reducir el riesgo de comportamiento de reinfección del paciente homosexual y seropositivo al VIH , considera a los portadores asintomáticos como el factor más importante para detener la propagación de la infección en personas sanas. Encontró que el grupo funciona como una minoración del contexto gay donde el paciente se desarrolla y desenvuelve; usaron la técnica del coping style, con el fin de crear nuevas estrategias de afrontamiento para futuras situaciones de probable riesgo de infección y con ello, lograron incrementar las motivaciones del paciente para el cuidado de su salud.

Vickie, M. y George, W. Albee. (1989), opinan que un grupo de terapia con estos pacientes debe de tener efectos antidepresivos y tender a la motivación para la búsqueda de una mayor calidad de "mi propio tiempo de vida"; para ello utilizaron el grupo de terapia con el coping style, dando a los miembros del grupo nuevas y variadas alternativas de afrontamiento a situaciones depresivas estresantes o riesgosas para el paciente y que solían producirle ansiedad; y notaron un decremento en la frecuencia de los periodos tanto ansiosos como depresivos de los pacientes, aunándoles una mejoría en su salud, que fue medida por sus conteos de linfocitos t y por periodos de estabilidad clínica más prolongados.

Tenemos entonces que; la terapia grupal favorece a) el sentimiento de que los componentes del grupo no están solos y que por lo tanto no son los únicos que tienen ese problema; b) el altruismo, la sensación de que haciendo algo por los otros también se ayudan a sí mismos; c) la identificación, es decir se cambian las conductas con el ejemplo más exitoso de algún otro miembro del grupo; d) la cohesividad o sensación de aceptación incondicional y de pertenencia lo que disminuye notablemente la sensación de soledad del paciente y, e) el proceso grupal estimula el desarrollo de mejores formas de afrontamiento de su situación para la

búsqueda de un futuro más promisorio además de que al paciente, el poder expresarse abiertamente le permite cierta independencia personal y menor ocultamiento de sus emociones, así como mayor voluntad de crecimiento y aceptación de su situación de vida y salud real.

Un grupo que se reúne en forma intensiva, puede desarrollar un clima psicológico, de seguridad donde se genera en forma gradual cierta libertad de expresión con lo que disminuyen las actitudes defensivas en general; en un clima psicológico semejante, tienden a expresarse muchas relaciones de sentimiento inmediato en cada miembro del grupo hacia los demás, esto disminuye la inhibición entre los individuos, elimina la rigidez defensiva y hace menos amenazante la posibilidad de cambio. Al disminuir la rigidez los individuos pueden escucharse en mayor grado y aprender unos de otros, estas enseñanzas de la experiencia grupal tienden a ser transmitidas de modo temporal o permanente con mayor éxito en las relaciones interpersonales extra grupo de cada individuo, por lo que los grupos de terapia permiten al paciente seropositivo, mayor independencia personal, menor ocultamiento de las emociones, mayor voluntad de crecimiento y mayor oposición a la rigidez. (Rogers.,1982)

3.6 LA PSICOTERAPIA GRUPAL BREVE.

Características: Manejo terapéutico de las limitaciones temporales, limitación de las metas terapéuticas, ubicación del contenido de la terapia en el presente, manejo directivo de la sesión por parte del terapeuta, flexibilidad del terapeuta, uso de la catarsis como elemento básico del tratamiento., establecimiento rápido de relaciones interpersonales para apoyar el proceso terapéutico . Metas: Disminuir la ansiedad y las molestias producidas por los síntomas, promover el establecimiento del equilibrio emocional, promover en el paciente, el uso eficiente de sus recursos internos, desarrollar la comprensión de los conflictos del paciente, así como su habilidad para hacerles frente en el futuro. Objetivos: Buscar la autonomía, es decir enfocar los problemas relativos a la dependencia independencia, aumentar las habilidades interpersonales para interactuar con mayor confianza,

incrementar la acertividad, es decir reemplazar los extremos de interacción pasiva o agresiva por una actitud más funcional .

Se ha encontrado que la disminución del estrés en personas VIH es importante, y esto se ha logrado a través de la creación de soportes sociales más constructivos para lo cual, el trabajo en terapia grupal ha sido una herramienta importante como mediador entre el estrés social y el de la propia enfermedad. Y se ha visto que si la terapia grupal además cuenta con respaldo institucional esto da mejores resultados a largo plazo.(Sepúlveda y col.1990; Rozembaw.1985)

3.7 SOBRE LA GESTALT.

La Terapia Gestalt. fue creada por Frederick Perls, a partir de 3 fuertes influencias, netamente diferenciadas ;el psicoanálisis , la fenomenología existencial europea y el conductismo

En la técnica Gestalt; se pone el acento sobre la toma de consciencia de la experiencia actual, en el "aquí y ahora" englobando el surgimiento causal de una vivencia pasada y rehabilitando el sentimiento emocional y corporal, generalmente censurado en la cultura occidental, que califica con severidad la expresión pública de la cólera, la tristeza, la angustia, pero también de la ternura, del amor, la alegría, etc.

En Terapia Gestalt. se desconfía de las comunicaciones anónimas no "definidas" y se promueven los mensajes directos, personalizados, orientados y sin ambigüedad.

Haciendo un poco de historia hablemos brevemente de lo que sería la genealogía de la Gestalt:

El primer estudio oficial fundado en esta nueva escuela aparece en 1912; con la firma conjunta de Max Wertheimer, Kurt Koffka y Wolfgang Köhler. Se trata de trabajos contemporáneos del enfoque fenomenológico alemán, donde, Koffka, está particularmente

interesado en las relaciones entre el organismo y su medio ambiente tema central de la teoría Gestalt.

Le siguen los trabajos de Christian Von Ehrenfels (1859-1932) que subraya desde principios de siglo que el todo es una realidad diferente a la simple suma de las partes que lo conforma. Al principio los psicólogos gestaltistas estudiaban los mecanismos fisiológicos y psicológicos de la percepción y las relaciones del organismo con su medio; desarrollaron la siguiente fórmula:

CAMPO= organismo + ambiente; donde el organismo, no puede ser separado de su ambiente.

Kurt Lewin. 1947; extrapola los principios de la técnica Gestalt a una teoría general del campo psíquico y estudia la interdependencia entre la persona y su medio social creando las dinámicas de grupos, que se hacen famosas en todo el mundo.

En Gestalt, se desarrolla una perspectiva unificadora del ser humano integrando a la vez sus dimensiones, sensoriales, afectivas, intelectuales, sociales y, espirituales; permitiendo una experiencia global donde el cuerpo puede hablarse y la palabra encarnarse, favoreciendo un contacto auténtico con los otros y con uno mismo así como un ajustamiento creativo del organismo al medio que le rodea, la toma de consciencia, de los mecanismos interiores que empujan con mucha frecuencia a conductas repetidas poniendo en relieve los procesos del bloqueo que interrumpen el ciclo normal de satisfacción de las necesidades.

Uno de los temas principales de la Gestalt es volver explícito lo que es implícito, proyectando sobre la escena exterior lo que se representa en el interior, permitiendo a cada uno, tomar una mejor consciencia de la forma como funciona en el "aquí y ahora" en "la frontera de contacto" entre sí mismo y el medio. Se trata de seguir el proceso en curso, observando atentamente los fenómenos de la superficie y no sumergiéndose en las oscuras e hipotéticas profundidades del inconsciente, que no pueden ser exploradas sino con la ayuda de la iluminación artificial de la interpretación.

Se genera así, la idea de que la terapia estimula la formación flexible de gestalts sucesivas adaptadas a la relación incesante y fluctuante entre el organismo y su medio con un ajustamiento creativo permanente la terapia Gestalt, podría así definirse como “ El arte de la formación de formas adecuadas”. (Fagan. 1978)

Encontramos diferencias y similitudes entre el enfoque Gestalt y otras corrientes o técnicas terapéuticas como en:

3.7.1 GESTALT Y PSICOANALISIS.

Para ambas corrientes lo principal es el buen funcionamiento del individuo en la vida en sociedad; pero sus diferencias más sobresalientes son:

El inconsciente freudiano, se agrupa en 1) sentimientos conscientes, que luego se reprimen 2) impresiones que jamás llegan a la consciencia y 3) sensaciones fisiológicas no susceptibles de ser conscientes, como los procesos vegetativos o del crecimiento.

En la teoría Gestalt Perls; los define como algo “no conscientes en este momento” y estudia el proceso actual de represión, más que el contenido material de lo reprimido se interesa en lo que el paciente sabe o siente de él mismo que en lo que ignora.

La neurosis en Gestalt es consecuencia de la suma de gestalts, inacabadas, de necesidades interrumpidas o no satisfechas más que de deseos prohibidos por la sociedad o reprimidos por la censura del Superyo o del Yo; la neurosis nace entonces esencialmente de un conflicto entre el organismo y su medio, ya sea, la madre, el padre, o los otros; y es por ello que se manifiesta principalmente entre la frontera de contacto; es decir, entre el individuo y su medio.

La transferencia; la TERAPIA GESTALT proclama la “implicación controlada” de los sentimientos que surgen en la terapia permitiendo un contacto más movilizador de hombre a hombre, las

interferencias con la transferencia no son negadas sino señaladas en la medida en que se manifiestan y esto último no constituye el motor principal de la terapia, entonces la diferencia está en la estrategia terapéutica, pues la contratransferencia y la transferencia son igualmente fecundas en el trabajo analítico.

HOW & NOW ó Temporalidad del trauma. Toda búsqueda explicativa de las causas de un problema en los traumas de la primera infancia, puede constituir una justificación defensiva que refuerza la neurosis en lugar de combatirla, así por ejemplo, si yo llego a la conclusión de que “soy importante porque mi madre me sobre protegió y ella aplastaba a mi padre”, eso justifica mis dificultades actuales y me permite instalarme en un determinismo fatalista, entonces podremos decir como Lacan que “la interpretación alimenta al síntoma”, lo mantiene y lo amplía al principio, confiriéndole un sentido mientras que estamos atentos a la manera en que el problema se manifiesta y sólo, eventualmente en los beneficios secundarios que éste me proporciona en “este momento” y así puedo animarme a renunciar más fácilmente a él, 1) poniendo el cómo; en lugar del por qué; 2) el presente en lugar del pasado y 3) la toma de responsabilidad actualizadora en lugar de la sumisión pesimista a un fatalismo pesado.

En Gestalt, no se niega el pasado, por el contrario, se considera que el presente se asienta en gran medida sobre él, además se añade que el presente existe por se reconociéndose en él, dado que, de algún modo todo el pasado significativo y en toda compulsión a la repetición y en toda relación transferencial siempre se produce algo nuevo que no existía en el pasado; es decir en cualquier relación terapéutica se da un margen aunque sea mínimo de variabilidad creativa ya que el terapeuta no es el “padre” del paciente y por lo tanto no se comporta exactamente como él, entonces el gestaltista tenderá a ampliar éste margen procurando que el paciente se de cuenta de sus expectativas transferenciales y proyectivas y su contraste con la realidad, tomando contacto con el mundo real por medio de sus relaciones terapéuticas y dando origen a un espacio “hic et nunc” aquí y ahora.

En el enfoque Gestalt el "ahora", es considerado como un concepto funcional que se refiere a conductas ejecutadas en este preciso momento; es decir que, cuando el paciente relata lo que soñó o hizo la noche pasada, lo está relatando en el ahora, al comentar sobre un encuentro interpersonal que tuvo lugar hace 5 minutos lo que enfatiza el terapeuta Gestalt es la experiencia aquí y ahora; de la emoción inmediata y de la conducta y no del recuerdo pasado. De modo que, al situar el acento en lo inmediato de las experiencias, se conduce a una explicación del proceso de cambio.

En otras palabras, podemos trabajar con el pasado y el futuro, pero únicamente si el paciente está dispuesto a incorporarlos a su experiencia presente. Cuando el paciente recurre a ellos para evadirse, no experimenta el sentido de llegar a ser y ejercita sólo su intelecto al recordar, al pensar y hablar de algo que se ha ido. Al rechazar un sentimiento o impulso de obrar en determinada forma, se interrumpe el flujo de energía. La fórmula para reapropiarse de esa energía es encontrar una manera de entrar en contacto nuevamente con el ser rechazado; es decir, encontrándonos dispuestos a permitir a la consciencia perdida y prohibida, aceptar e integrar esos sentimientos y la conducta que se ha transformado en el NO YO.

Perls(1982); menciona en sus conferencias; "en ningún caso niego que todo tenga que ver con un origen en el pasado y tienda hacia un desarrollo posterior, pero lo que quiero aclarar es que el pasado y el futuro toman referencia continuamente en el presente y deben estar ligados; sin la referencia al presente éstos pierden su sentido".

Se podría decir entonces, que la Gestalt, propone de alguna manera, una inversión del proceso de la cura; en el psicoanálisis la toma de consciencia se supone lleva a una modificación de lo vivido, mientras que en Gestalt, las modificaciones de lo vivido a través de la experiencia, permiten un cambio de comportamiento, acompañado de una eventual toma de consciencia, para los psicoanalistas la desaparición del síntoma es un "lujo" para los

gestalistas, es la toma de consciencia lo que en ocasiones es considerada como tal.

La compulsión a la repetición; Perls; retiene la noción freudiana de la compulsión a la repetición, pero esta tendencia estaría ligada según él a las necesidades insatisfechas es decir a gestalts inacabadas. De acuerdo con Zeigarnik ,quien publicó sus investigaciones sobre las necesidades no satisfechas y sobre las tareas interrumpidas prematuramente y demostró que; se presenta una tendencia a “acabarlas” (Bluma Zeigarnik. 1927), cuando se trabaja en ello y relaciono la persistencia de la tensión creada como una cuasi necesidad de terminarla, tratando de cerrar la Gestalt; la presión psíquica creada por un trabajo inacabado arrastra una fuerza masiva de la preocupación en curso, por ejemplo; la tasa de memorización es superior 2 veces más a la de un trabajo acabado y por tanto clasificado y olvidado rápidamente (éste es el efecto Zeigarnik tan usado en pedagogía y publicidad; el principio folletín) así la persistencia de dichas percepciones psíquicas crea a la larga una tensión crónica. Perls veía ahí una fuente de neurosis.

Es así como funciona la ley de la Prägnanz, es decir; una figura incompleta o abierta tiende a cerrarse, a completarse o tiende a ser percibida como completa; el mismo fenómeno opera en el pensamiento o el aprendizaje, cuando un problema no resuelto o una tarea no concluida origina tensión; al resolver dicho problema, se efectúa el cierre y se descarga la tensión.

En resumen la neurosis está ligada a la acumulación de Gestalts inacabadas a necesidades no satisfechas o cuya satisfacción fue prematuramente interrumpida, es decir a dificultades repetidas de ajuste adaptativo entre el organismo y su medio.

La ambivalencia, en Gestalt es más bien, el estudio de las polaridades opuestas integradas como: Amor/odio, violencia/ternura; autonomía/dependencia, etc.

El sueño; En Gestalt, se trabaja con la identificación sucesiva de los diversos elementos que conforman el sueño; tal identificación

lleva también asociaciones, acompañadas con frecuencia de reacciones emocionales y eventualmente amplificadas por una puesta en acción de tipo psicodramático.

Catarsis emocional; mientras en psicoanálisis la evocación verbal del recuerdo puede incidir una emoción presente; en Gestalt, es más bien la sensación corporal la que induce a la emoción, la cual evoca eventualmente a su vez un recuerdo. En Gestalt, la experiencia emotiva en el presente es considerada en efecto, como más curativa que la toma de consciencia racional de los orígenes eventuales del problema, el cual puede aparecer también.

El síntoma; en psicoanálisis es frecuentemente relegado a un segundo plano, considerado de alguna manera como simple señal de la ruta del descubrimiento de sí mismo y se busca la toma de consciencia progresiva de lo reprimido por un abordaje global de la personalidad profunda, a través del análisis de la transferencia y de las resistencias, gracias a la interpretación y a la "cura" que, se considera como un agregado, una especie de beneficio secundario y el mismo Freud recomendaba desconfiar del furor de curarse. En cambio en Gestalt el síntoma es considerado como un llamado específico de la persona, es el lenguaje que ha escogido aún inconscientemente para hacerse escuchar; entonces lo escuchamos con atención y respeto; lo ayudamos para que adquiera su máxima expresión identificándolo para oírlo mejor. El síntoma principalmente físico será con frecuencia la puerta de entrada " que permite un contacto más profundo con el cliente, se acompañará a éste último en su "morada" según su propia "invitación" y le incitaremos a experimentar los ajustes eventuales de su estar en el mundo global y de sus relaciones interpersonales. (Perls. 1982)

Así en la técnica Gestalt el síntoma es una señal de trastorno en el proceso y a la vez una ayuda para mantener el proceso en equilibrio (homeostásis)

La resistencia; en Gestalt, merece ser tomada como una fuerza creadora, que surge como el medio de afrontamiento ante un

mundo difícil, por lo que se procura que se incremente y se haga consciente antes que eliminarla.

Las pérdidas de la función del YO son consideradas como "mecanismos de Evitación" y la terapia Gestalt no tiene como fin atacar o vencer estas resistencias, sino volverlas más conscientes, más adaptadas a la situación del momento presente. El terapeuta busca señalarlas a fin de volverlas más conscientes y explícitas entendiendo que; estas resistencias pueden ser normales y necesarias para el equilibrio psicosocial del individuo, que con frecuencia son una reacción sana de adaptación, pero su exacerbación y su persistencia rígida en momentos inapropiados constituye un comportamiento neurótico fijado, en Gestalt, las resistencias son llamadas de acuerdo al estado en que se encuentre el YO del paciente y se conocen como:

CONFLUENCIA. Es el NO contacto, ausencia de frontera - contacto, donde el sí mismo no se logra identificar, prohíbe cualquier confrontación y cualquier contacto verdadero que implicaría diferenciación entre dos personas distintas.

La actitud terapéutica recomendada para éste estado es; trabajar las fronteras del sí mismo.

INTROYECCION. Asimilación del mundo exterior; la introyección patológica consiste en tragar completamente las ideas, costumbres, principios, etcétera, sin tomarse la molestia de transformarlos para asimilarlos, se instalan en el sujeto en forma de " se debe" de manera autoagresiva . " El dedeísmo se funda en el fenómeno de la insatisfacción". (Fagan.1978)

La actitud terapéutica a seguir es ayudar al sujeto a expresar libremente todas sus emociones haciendo uso de la paradoja terapéutica; "nunca decir se debe".

PROYECCION. Tendencia a conferir al medio la responsabilidad que debería tener origen el sí mismo, contrariamente a la introyección; donde el sí mismo es el responsable de lo que de hecho es parte del medio que le rodea; en la proyección el sí

mismo se desborda e invade parte del mundo . la proyección sana permite el contacto y la comprensión del otro y sólo es patológica si es sistemática, habitual y estereotipada, sin tomar en cuenta el comportamiento real de los otros entonces en la proyección; el mundo se vuelve el campo de batalla, sobre el que se enfrentan los conflictos internos del sujeto.

La actitud terapéutica a seguir en éste estado sería; trabajar en grupo para confrontar las posiciones del interesado sobre los otros; participar en psicodrama con cambio de papeles; monodrama, confrontando con la realidad de la relación interpersonal del paciente en el “aquí y ahora”

RETROFLECCION: Retornar contra sí mismo la energía movilizadora, hacerse a sí mismo lo que quisiera hacer a otros. La retroflección sana es necesaria en la educación social para una madurez y control de sí, sin ser salvaje, impulsivo, o agresivo; para ello la sociedad cultiva las “buenas maneras”, y los sentimientos de culpa, para moderar mi cólera o deseos que voy en parte a tragar es decir “LO MEJOR QUE PUEDO HACER POR QUIEN AMO, ES SOBRE TODO; SER FELIZ YO MISMO” La retroflección crónica da origen a somatizaciones diversas; tengo dolor de estómago, úlcera, a fuerza de dominar mi cólera, rencor, deseos, etcétera; (el cáncer, por ejemplo, alcanza una proporción estadística muy elevada en personas demasiado controladas que no manifiestan explícitamente sus emociones, ni negativas, ni positivas, acumulando estrés y teniendo que recurrir a sus mecanismos inmunológicos.

La actitud terapéutica a seguir ,es animar al paciente a que exprese sus emociones, amplificarlas hasta lograr una catarsis liberadora, expresando sus sentimientos en su máxima intensidad

Podemos resumir éstas resistencias y sus respuestas típicas diciendo que:

EL INTROYECTOR. Hace a otros lo que a él le gustaría hacerse a sí mismo.

EL PROYECTOR: hace a otros lo que les acusa a ellos de hacerle a él.

EL CONFLUYENTE: patológico; no sabe qué está haciendo, qué a quién.

EL RETROFLECTOR: se hace a sí mismo lo que desearía hacer a los otros.

Por último, el insight se considera en psicoanálisis, como un paso en el proceso terapéutico y se define como la percepción significativa del paciente de aquellos denominadores comunes de su conducta tal como le son señalados por el terapeuta, en este proceso se distinguen dos partes, un insight intelectual donde el paciente puede percibir una interacción de sus distintas pautas; existe aquí un proceso de reestructuración por el cual los fenómenos mnémicos aislados tienden a englobarse en un todo. Un insight emocional donde el paciente reproduce el afecto que corresponde al insight intelectual (alivio, ansiedad, culpa, etc.) este insight es primordial para que la terapia alcance resultados amplios, pues la reestructuración emocional es una parte esencial del proceso terapéutico.

En Gestalt, en cambio, existe un concepto awareness (darse cuenta) el cual constituye el núcleo teórico y terapéutico de la terapia; éste awareness alude a cierto tipo de experiencia inmediata, es la capacidad de darse cuenta, es un continuum de consciencia, un proceso gradual que forma parte de la relación individuo - ambiente y que incluye, el pensamiento y los sentimientos ; pero se basa siempre en la percepción actual.(Salama.H.1989)

El verdadero insight en Gestalt, se caracteriza por la producción de una nueva conducta que podrá repetirse y aplicarse en una situación semejante a la que dio origen al aprendizaje. El insight por el cual se descubrió la solución del problema (una necesidad que requería ser satisfecha) ya que cuando surge una necesidad o figura dentro del organismo éste tenderá a satisfacerla para luego desaparecerla es sólo entonces cuando la necesidad se cierra.

Es decir, el insight en Gestalt, tendría un carácter más puntual, sería como un contacto consciente como una iluminación de la consciencia repentino, un darse cuenta de algo concreto; en tanto que *awereness* es un proceso gradual es un darse cuenta poco a poco; *insight* es un proceso puntual un sí o no y el *awereness* se va llenando de *insights* sucesivos , pero ambos son una expresión de la consciencia y de la relación actual entre el organismo y su ambiente.

3.7.2 El Enfoque Sistémico, en la teoría Gestalt: Lo que interesa aquí, ya no son los hechos o la estructura de las cosas, sino sus interpelaciones en el espacio tiempo que las hace vivir y las separa y las une en el “ser- en él- mundo”.

Así en Gestalt lo que más nos importa es la naturaleza de nuestro ser- en – el mundo y que asumamos la responsabilidad de nuestra existencia plena por medio del ser, por lo que en Gestalt y para Perls las *gestaltens* o situaciones inconclusas son la causa más importante de la condición neurótica, dado que representan asuntos que no han sido resueltos y demandan el gasto continuo de energía en su entorno; esta cerrazón se dará a través de incorporar un elemento del fondo que pertenece a la figura y que aún no se había incorporado por el proceso del darse cuenta “creación de insight”

En Gestalt el paciente aprende a darse cuenta de sí mismo como el organismo total que es aprendiendo a enfocar el darse cuenta descubre lo que él es y no lo que él debería de ser o podría ser o haber sido; toma consciencia de lo que fue y evita caer en el ideal de lo que podría llegar a ser o lo que no ha sido aún ,aprende a confiar en sí mismo y así obtener el desarrollo óptimo de su personalidad dándose soporte a sí mismo.(Castanedo, S.1989)

3.7.3 La terapia Gestalt y la Conductual; ambas corrientes enfatizan en la conducta observable del sujeto en el aquí y ahora y ambos enfoques rechazan el concepto psicológico de inconsciente y la noción etiológica inferida de causalidad reemplazándolos por la observación fenomenológica del comportamiento. La Gestalt, comparte con la filosofía del positivismo el concepto de que, lo

que se ve es lo que se observa, también se enfatiza en la experimentación y la verificación de la conducta, pero sin tomar en cuenta la cuantificación de ésta. Ambos enfoques subrayan que las consecuencias de atribuir al paciente una incapacidad ante su conducta; serían nefastas, pues esto, significaría que él no es el responsable de éstas. Y que éstas son sólo, resultado de una enfermedad.

Así la Gestalt valora particularmente el sentido de responsabilidad de cada uno y, combate algunas proyecciones o introyecciones sociales, normativas y limita los controles, denuncia las confluencias y rompe con el equilibrio neurótico, antiguo y frágil. En el curso de la terapia, se promueve el interés del paciente, en el mismo más que en las personas que tiene cerca o en su entorno, propiciando que se autorice él mismo a satisfacer sus necesidades largamente inhibidas (pulsiones sexuales, agresivas, de logro intelectual ,etc.), pero tomando el sentimiento de conquista de su autonomía a través de decisiones deliberadas y voluntarias, que son precisamente donde él se satisface y se responsabiliza. Esto se conoce como una fase de recuperación narcisista; la cual parece necesaria durante la terapia y que sin duda, es un elemento motor esencial para que el paciente se ocupe de sí mismo y conquiste la autosuficiencia.

Fagan (1978), considera la terapia Gestalt, como una fenomenología conductista; dado que la fenomenología, estudia el aprendizaje y otras conductas a través de los datos sensoriales perceptuales o cognitivos que le proporciona el individuo. Estimando que todo sucede dentro de la persona, sus sensaciones, percepciones, cogniciones, en una palabra su existencia y que constituyen datos psicológico válidos aunque no se puedan verificar y se deban inferir por otra persona, así los cambios generados en los esquemas conceptuales del paciente como; el concepto de sí mismo, la consciencia de sí mismo o el control del YO sugieren datos válidos y criterios válidos para justificar y apreciar el resultado que la terapia ha producido.

La GESTALT opina que el comportamiento no es la mera suma de las partes simples que lo componen sino que es un sistema o

configuración de interacciones que tienen sus propias propiedades y cualidades. La totalidad de la personalidad del individuo es algo distinto a las partes que integran su composición . afirmar que el estímulo al que responde el organismo nunca es una simple cualidad física sino siempre un estímulo con sentido, un estímulo en relación a “algo” en la vida del paciente.

Uno de los principios más válidos de la TERAPIA GESTALT es que todas las conductas se encuentran gobernadas por el principio de la homeostasis o principio de adaptación. En términos psicológico éste proceso sirve para que logremos alcanzar nuestras necesidades personales percibidas estableciendo contacto con fuentes humanas y físicas de las que la persona espera obtener ayuda para completar sus necesidades . El contacto consiste en apreciar las diferencias en aprender de un problema del cual por definición se tiene consciencia, así el organismo interactúa con el medio ambiente que le rodea llegando a auto-regularse en la satisfacción de sus necesidades ; cuando el organismo logra satisfacer sus necesidades o le da la espalda estando convencido de que no puede llegar a satisfacerla, se cierra la Gestalt y se concluye el asunto; si por el contrario no se concluye y el asunto queda inconcluso el organismo se sobre inunda debido a la indecisión, la incapacidad para tomar decisiones adecuadas, entonces se experimenta un rompimiento homeostático como un cortocircuito, un fusible que se quema sobrecargando al organismo con un fardo de necesidades no descargadas.

Así en la TERAPIA GESTALT se considera que la conducta del paciente, sus emociones, sensaciones, sentimientos y pensamientos, son algo que le pertenece como su única responsabilidad y que a menudo, el paciente intenta dissociarse de ellos hablando o refiriéndose a ellos en tercera persona o hablando en voz pasiva , una técnica para lograr que la persona tome consciencia de que es ella la que decide su propia conducta es añadir después de cada oración la frase “ y yo me hago responsable de ello” o “ yo asumo la responsabilidad en ...“

3.7.4 GETALT Y PSICODRAMA.

El psicodrama y la terapia Gestalt, concuerdan en el valor terapéutico que tiene la interpretación de roles, especialmente como técnica que sirve para ayudar a la gente a sacar a "flor de piel" sus proyecciones; aunque difieren en el sentido de que en la Gestalt, al considerar tales vivencias o experimentos(role play) como parte del proceso terapéutico y en el psicodrama en cambio los toma como el proceso en sí.

Así la Gestalt, toma de Moreno la técnica de cambio de roles entre protagonista y antagonista lo que permite ver lo que el otro siente así como la noción de pasar a la acción con una representación más realista de un episodio imaginario y conservado en la memoria del paciente, para dejar que actúe sucesivamente los roles de su propia historia, dejando de esta manera sus ansiedades, por acciones más concretas.

La Gestalt pertenece a la corriente humanista ya que, en la psicología humanista las necesidades del hombre no se limitan a las necesidades orgánicas, sino que incluyen las necesidades psicológicas y sociales (Maslow y Schults) y la Gestalt, básicamente rechaza el modificar las conductas negativas por medio del condicionamiento o de tratar las psicopatologías por medio de terapias psicoanalíticamente orientadas; el enfoque gestalt, es parte de la revolución humanista ya que considera la terapia como un medio para hacer crecer el potencial humano y enfatiza la observación de la conducta en el aquí y ahora; centrándose en la importancia del proceso del darse cuenta o toma de consciencia del momento inmediato y el estudio de la fenomenología humanista en la concepción del hombre en busca de su autorealización haciendo a un lado la distorsión adquirida de su naturaleza esencial.

Entonces el mayor logro de Perls consistió en integrar en la Gestalt, una práctica tan nueva y coherente, como eficaz que asocia las principales corrientes terapéuticas y filosóficas de éste siglo; dado que para el terapeuta Gestalt, no basta con "saber", con poder explicar al paciente como conocer su propio poder en la terapia para que llegué a confiar en sí mismo, para que se

conduzca de acuerdo con lo que realmente es, para que entre eficazmente en el mundo sin tener que renunciar a lo que para él es valioso; se le deben ofrecer experiencias, es decir entrar en contacto con él mismo y con el mundo que le rodea.

La TERAPIA GESTALT es un enfoque fenomenológico que estudia el fenómeno del hombre y la teoría de la gestalt a través del ojo conceptual de los procesos gestálticos. donde la fenomenología de los procesos psicológicos se describe en términos de awareness y de experiencia donde llegar a ser, es el proceso de ser lo que uno realmente es y no es el proceso de luchar por llegar a ser lo que uno no es, (un ideal).

Así la Gestalt poniendo el acento en el “ aquí y ahora” se confirma como una técnica particularmente adaptada para pacientes que les cuesta trabajo organizarse y prever proyectarse en el futuro por su situación crítica actual. Este enfoque consiste en vivir las situaciones pasadas y futuras con un enfoque actualizador que se afirma como un tranquilizante y brinda seguridad donde; es importante tratar lo más posible en poco tiempo.

3.8. EL CONCEPTO DE NEUROSIS EN GESTALT.

En la técnica Gestalt, se enseña y se pone de relieve la importancia de la percepción del cuerpo, con una nueva dimensión básica, para descubrir sentimientos que se guardan más allá de la percepción, se interesa mucho en, saber cómo el paciente trata su cuerpo, como lo percibe, pues cuando el paciente percibe sus tensiones y aprende a permitir que su cuerpo entre en acción y envíe sus mensajes y los lee claramente, se abre el camino para que ocurra el cambio entre el paciente y su forma de contacto con el mundo y aparece claramente la relación entre emoción y cuerpo.

Examinando más de cerca; lo que ocurre cuando nos volvemos neuróticos es que, llegamos a la primera etapa de nuestra negación la negación de lo que realmente somos, cuando nuestros sentimientos nuestra excitación, etc.; se ven impedidos a fluir y manifestarse en conducta motriz; experimentamos, incomodidad ante las emociones fuertes a las que no se les ha

dado expresión, este conflicto y este dolor se pueden resolver, si damos un siguiente paso , podemos reducir al mínimo , incluso eliminar la excitación incomoda, disminuyendo o eliminando las emociones y entonces impedimos no sólo ser, sino hasta conocernos a nosotros mismos , nos volvemos ansiosos e inevitablemente comenzamos a fingir o inventarnos papeles.

Aparece entonces, el statu quo, que consiste en aferrarnos a la idea de que somos niños y necesitamos ser pequeños para no ser dañados por las exigencias del ambiente. Somos infantiles cuando tenemos miedo de asumir responsabilidades en el ahora, asumir nuestro lugar en la historia ser maduros, significa ser responsables y renunciar a la idea de que tenemos padres protectores, de que tenemos que mostrarnos sumisos o rebeldes a ellos o de alguna otra de éstas variables del rol de niños que solemos representar. La maduración es el pasaje del apoyo ambiental a la autonomía.

El impase o punto enfermo , se produce cuando, no podemos apelar a nuestros propios recursos y no obtenemos apoyo ambiental para lograr nuestros deseos, entonces surge un estado de desesperanza crónica o inmovilizadora que se manifiesta en neurosis, psicosis, etc. La actitud fóbica básica consiste en tener miedo de ser lo que uno es.(Fagan.1980)

Así puesto que ya no nos podemos enfrentar al mundo y obtener lo que queremos de forma directa y que hemos perdido gran parte de nuestro poder al prescindir tanto de nuestro ser intentamos manipular al mundo, a los otros, para que nos proporcionen lo que parece que ya no tenemos ,ni podemos obtener por nosotros mismos. El neurótico representa papeles falsos para manipular al mundo en busca del apoyo que no puede obtener en él mismo.

En la evasión el paciente nos habla de ese aspecto del ambiente que le resulta incómodo y que no ésta dispuesto a experimentar, demuestra como se deforma y se constriñe a sí mismo y nos da los indicios de sus huecos de personalidad. se podría decir que la mayor parte de nuestras acciones son una evitación de la experiencia(dolor).

Por lo que la Gestalt coincide con Adler en describir al hombre como un creador consciente de su propia vida como aquél que encuentra el sentido de su vida a lo largo de su evolución como persona.

LAS 5 CAPAS DE LA NEUROSIS:

El lugar común; Formalidades carentes de significado.

Representación de un papel : conducirse “ como si”

Callejón sin salida: existencia obstruida o prescindida, sentimientos en torbellino, pánico paralizante- estar perdido.

Implosión; sentimientos contraídos, invertidos hacia el “soma” “ temor de la nada” y de la muerte.

Explosión: Resolución de fuerzas iguales, opuestas, implosión por medio de un sentimiento espontáneo. Hay 4 tipos de explosión, estallidos de ira, de alegría, aflicción y orgasmo.

El contacto con el flujo inmediato de uno mismo y con los sucesos que ocurren entorno nuestro, suministran la única base posible para reconocer, aceptar y ser responsables de lo que somos y de lo que hacemos.

Al trabajar con la consciencia continua se le pide al paciente que exprese en su voz alta la consciencia que tiene de sí mismo luego se le pide que cambie su expresión y que exprese la percepción que tiene de lo que se encuentra fuera de él, dándole la oportunidad de escucharse a sí mismo y de descubrir que ha dejado a sus sentimientos y percepciones y luego se le pide que vuelva a su zona intermedia para que vea cómo se experimenta así mismo. Incrementando la consciencia de que las emociones, son a la vez uno mismo, y que son nuestra energía básica y las motivaciones de nuestra conducta, pues los sentimientos estimulan el sentimiento corporal; por lo que las emociones tienen

un componente corporal - muscular, y son nuestro medio de intercambio con el mundo.

Al movernos en el presente, al ver y oír la ansiedad disminuye, entonces nos ocupamos de lo que realmente sentimos. La percepción tiene un objeto, el objeto fenómeno tiene una existencia que puede ser validada con nuestros datos observables (conductas) y las podemos trabajar en primer plano.

El establecer contacto y separarse son patrones rítmicos de la existencia humana, establecer contacto para satisfacer una necesidad y retirarse para poder apreciar el sabor de haber llenado el vacío o la necesidad y finalmente poder moverse en vías de nuevas necesidades, dado que nuestro mundo es existencial, es decir existe solamente para nosotros, es esto lo que nos obliga a descubrir con responsabilidad nuestros propios valores e intereses y no dejamos llevar por los "deberías" sociales.

La terapia Gestalt, es un modelo de psicoterapia que percibe los conflictos y la conducta social inadecuada como señales dolorosas creadas por las polaridades, por dos elementos del proceso psicológico en conflicto que pueden ser de naturaleza interna al individuo (intrapsíquico) o entre las relaciones interpersonales entre 2 individuos (interpsíquico) con independencia de su localización; el tratamiento consiste en la confrontación entre los elementos incongruentes o bipolares de la personalidad del sujeto o de la relación interpersonal; éste enfoque centra la atención en la conducta presente y exige una participación activa del terapeuta.

Perts sitúa las necesidades que tiene el hombre de establecer contacto a la par de otras necesidades básicas del ser humano, como su auto realización, considerando la dimensión psicológica a un nivel fisiológico, es decir sitúa el contacto a la par del alimento y la bebida. Afirma que el factor de identidad humana es probablemente el impulso básico de la sobrevivencia.

El proceso terapéutico de cambio en terapia Gestalt, implica ayudar al paciente a redescubrir los mecanismos que emplea para controlar su "darse cuenta" y, llevarlo a establecer contacto con

sus necesidades, mediante los experimentos de consciencia dirigida, la terapia con grupos de encuentro y las vivencias en grupo, tienen como objetivo hacer que el paciente tome consciencia de las conductas que emplea para controlar su estado de consciencia, cuando el paciente reexperimenta el control de la consciencia su desarrollo llega a ser autodirigido y de auto soporte.

Esto se logra mediante la situación en grupo la cual permite abordar en forma eficiente casi todos los temas que se tratan en forma individual, pero en el tratamiento individual, no se pueden ver otras formas de comportamientos que se ven en el grupo, como las actitudes de busca de poder, seducción, inhibición y otras.

El modelo de trabajo consiste en 5 etapas:

Hacer explícito lo implícito, lo que estamos haciendo.

Observar cómo lo estamos haciendo y cómo estamos usando nuestras energías, capacidades y habilidad de respuesta.

Considerar las ventajas e inconvenientes de ésta forma de actuar

Evaluar sus consecuencias.

Elaborar alternativas más reales y satisfactorias que permitan el continuo awareness.

PARA LOGRAR ESTOS OBJETIVOS DE LA TERAPIA GESTALT ES NECESARIO.

Vivir el ahora

Vivir el aquí

Dejar de imaginar

Dejar de pensar innecesariamente

Expresarse y comunicar

Sentir las cosas desagradables y el dolor

No aceptar ningún deber, más que los impuestos por nuestros propios deseos.

Tomar completa responsabilidad de las acciones, sentimientos, emociones y pensamientos.

Ser lo que uno es, sin importar lo que sea.

En terapia Gestalt se utilizan experimentos o vivencias, con el objeto de que la persona logre tomar contacto con ella misma y al mismo tiempo logre toma consciencia de los límites. El trabajar estas vivencias en un grupo terapéutico ofrece la oportunidad de trabajar con un enfoque holístico del crecimiento personal; en el que tanto el cuerpo como la mente y los sentimientos o las emociones, tienen idéntica oportunidad de expresión y de ser integradas en la consciencia.

El objetivo consiste en que el paciente haga una exploración individual de su self a través del grupo lo que le ayudara a responder a las preguntas existenciales que se plantea a sí mismo. A pesar de que estas vivencias se llevan a cabo de manera grupal, la persona realiza un trabajo individual y el grupo, que le permite tomar consciencia de lo que es, de sus conductas, así mismo el grupo le facilita de igual manera vivenciar otras formas posibles de ser y de actuar, lo que le permite ensanchar sus fronteras, accediendo en consecuencia a una vida más congruente con sus aspiraciones y capacidades. Por otra parte el grupo le permite explorar las relaciones interpersonales arriesgándose el paciente si así lo desea a establecer contacto con él mismo y el medio implicándose con la experiencia presente siendo completa y totalmente absorbido en lo que se encuentra centrado en forma plena y satisfactoria.

Encontramos entonces, que en la situación de grupo ocurre algo que es imposible que ocurra en la entrevista privada y es que para todo el grupo es obvio que la persona con angustia no ve lo obvio; no ve la forma de salirse del atolladero, no ve por ejemplo; que toda su miseria consiste en una pura imaginación. A la luz del convencimiento colectivo, no puede seguir utilizando su forma fóbica o neurótica de estar en desacuerdo con el terapeuta cuando no puede manipularlo. De alguna manera, la confianza en lo

colectivo parece ser mayor que la confianza en el terapeuta en la entrevista individual.

Todas las reglas y sugerencias dadas en Gestalt, están diseñadas para ayudar al paciente a descubrirse y son planificadas para modificar una actitud o conducta específica en él. El experimento prototipo consiste en decir al paciente que inicie una serie de frases comenzando así " aquí y ahora me doy cuenta de...." el terapeuta a su vez motiva al paciente preguntando. ¿ dónde se encuentra Ud. ahora?¿ qué es lo que siente ahora? ;cuando el paciente hace preguntas, éstas son traducidas por el terapeuta en afirmaciones, más o menos así, "ahora te das cuenta de lo maravilloso de ..."; cuando el paciente trata de evitar las instrucciones del terapeuta, el lo traduce como que quiere decir... "ahora me doy cuenta que deseo parar aquí".

Las reglas en Gestalt, proponen los medios eficaces para unificar pensamiento y sentimiento, tienen el objetivo de ayudarnos a sacar a la luz las resistencias y promover una mayor toma de consciencia, facilitando el proceso de maduración de la problemática del paciente.

Por lo que la adecuada planificación de la terapia ofrece una idea de cómo organizar las sesiones por temas, con objetivos conductuales para el paciente, el facilitador y el observador en cada sesión. Las sesiones pueden aumentar y tomar un mayor número de temas por sesión o dedicar más de una sesión por cada tema señalado, según se requiera en el desarrollo de la terapia.

En la terapia Gestalt, es el psicólogo quién planifica el experimento, sin embargo comparte el control y la observación con el mismo paciente, la conducta externa fenomenológica es percibida directamente por el psicólogo pero, la interna sin embargo sólo puede ser percibida por el paciente mismo, la relación entre éstas dos partes(conducta externa e interna) con la figura total se convierte en el foco de atención del encuentro y los resultados de cada experimento indican la dirección a seguir de los próximos y nuevos experimentos. Cuando el paciente es capaz de

expresar su vivencia y su experiencia por sí mismo, sin ayuda del terapeuta, la psicoterapia concluye.

3.9 PLAN DE INTERVENCION PARA EL PACIENTE SEROPOSITIVO Y ASINTOMATICO.

De acuerdo a los lineamientos anteriores, en el centro de atención sur de CONASIDA se creó, un plan de intervención terapéutica grupal con el enfoque Gestalt, donde el objetivo principal, es ayudar al paciente a recobrar el equilibrio emocional, tras el choque de saberse seropositivo al VIH, haciendo un esfuerzo por incrementar sus defensas y elaborar mejores "mecanismos de control", recuperando su homeostásis interna, por medio de la catársis y disminuyendo la carga afectiva que este resultado, implica en sus vidas.

Así las metas básicas de la terapia de apoyo grupal para el paciente homosexual y seropositivo son:

- Disminuir la ansiedad, culpa y miedos que el resultado ha despertado en el paciente.
- Promover un equilibrio emocional, tras el conocimiento de su nueva situación de vida.
- Que el paciente conozca, por medio del grupo, otras formas de afrontar los hechos y futuras situaciones que necesariamente se presentarán en el transcurso de su enfermedad.
- Que el paciente desarrolle habilidades, para lograr cambios en su comportamiento, hacia una conducta preventiva y de autocuidado.
- Estimular en el paciente un deseo, de alcanzar una mejor calidad de vida, cambiando su concepto de "enfermedad" a "oportunidad", con una forma más positiva de ver la vida.

La terapia se planeo para 25 sesiones de 150 minutos cada una, una vez por semana, durante seis meses. El plan de intervención consiste en 5 etapas, donde una de ellas se repite.

1a. Etapa: Disminución de ansiedad.

Consta de, seis sesiones de intercambio y actualización de información, sobre el VIH /SIDA.

2a. Etapa: Promoción de cambio de actitudes de riesgo de infección por vía sexual.

2 sesiones de "Taller de sexo seguro y protegido".

3a. Etapa: Auto afirmación y fortalecimiento del Yo.

Autoconocimiento, crítico objetivo.

Revisión de las conductas pasadas, confrontándolas, ofreciendo nuevas estrategias de afrontamiento.

Manejo de la ira- contenida.

4a. Etapa: Revisión de historias de vida familiar.

Buscar redes de apoyo, revisando la historia de vida y generando mejores apoyos para el futuro.

Crear "acuerdos" y estrategias, para notificar el estado de salud a la familia y/o pareja.

REPETIR LA 2a ETAPA. Revisando conductas de riesgo por contacto sexual y promoviendo el cambio de actitud.

5a. Etapa: Etapa final.

Planeando un nuevo "proyecto de vida" .

Buscar, una mejor calidad de vida, cuidando aspectos como; alimentación, medicinas,

economía, planeación de metas a corto y mediano plazo, y promover el compromiso

con la lucha contra la propagación del VIH/ SIDA.

Sabemos que tanto la planeación como, el monitoreo del tratamiento son componentes esenciales de la salud mental y de su promoción, por lo que, los instrumentos para la investigación y diagnóstico de la personalidad han sido ampliamente empleados en la práctica asistencial en psicodiagnóstico y para identificar

necesidades a cubrir en el desarrollo del tratamiento , los instrumentos de investigación en personalidad han sido usados empíricamente como guía para la planeación del tratamiento adecuado a seguir con nuestros pacientes y la planeación de la manera en que vamos a cubrir las necesidades que el paciente presenta, así, en los instrumentos de investigación encontramos mayor soporte objetivo que el que podemos adquirir con una entrevista clínica, nuevos instrumentos han sido diseñados para obtener mayor información en el menor lapso de tiempo y son específicamente empleados para la planeación del tratamiento.

Uno de ellos es el MMPI-2 que provee mayor información generalizada sobre el paciente, la cual puede ser desarrollada y empleada en el proceso de la planeación y monitoreo del tratamiento.

Sin embargo, debemos tener en cuenta siempre que como dice Virginia Satir (1969): "las técnicas son formas de terapia y no son el proceso de la misma; el proceso consiste en la interacción entre usted y yo en el aquí y el ahora"

CAPITULO 4

EL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA.

Haciendo un poco de historia recordemos que para el Dr. Hathaway, creador del Minnesota Multifasic Personality Inventory, las bases más adecuadas para tomar las decisiones acerca del diagnóstico y padecimientos del paciente eran su propia descripción de éstos, la cual se da en forma verbal que transmite lo que "YO SOY", desde su propio punto de vista; es decir desde como se ve él en relación con los otros.

Con el fin de ofrecer un instrumento psicológico adecuado para el diagnóstico, basado en la evaluación práctica y objetiva de la personalidad de los pacientes psiquiátricos que a la vez fuera de gran utilidad en el marco clínico para poder decidir categorías y grados de enfermedad mental y así, contribuir cuantitativamente con datos más objetivos de los cuales se pudieran obtener en una entrevista se buscaba, crear una prueba que tuviera suficiente objetividad tanto al aplicarla como al interpretarla; que fuera práctica en la rutina clínica y que tuviera variables comunes y significativas en la orientación psiquiátrica, con una presentación de resultados objetiva y completa.

De acuerdo con Hathaway, debemos entender siempre que el problema que el paciente presenta es su problema y es éste el que el terapeuta esta moral y profesionalmente obligado a estudiar y atender de manera seria, respetando sus defensas, pues han sido estos elementos, lo más importante en su arsenal para llevar una vida más o menos feliz, en medio de las ansiedades y dificultades morales y las vicisitudes de la cultura; su esencia radica en el énfasis , en el re examen hecho por el paciente de sus sistema de defensas con el propósito de redirigir las, agregándoles la energía suficiente hacia una vida más plena y feliz. (Starle R. Hathaway).

Las escalas del MMPI se crearon así, con la intención de reflejar síntomas generales y característicos de distintos rasgos

patológicos, para detectarlos de forma clara y objetiva, de acuerdo a como el paciente los ve o siente y, uno de los atributos que han hecho popular al MMPI es el lenguaje simple que emplea en sus frases y la sencillez de su administración (Butcher J. N. & Williams C.1993)

Por otro lado las expresiones numéricas del MMPI se han relacionado repetida y adecuadamente con datos de conducta significativos; por ejemplo, se ha notado que las personas con ciertos puntajes, suelen ser sorprendente y consistentemente parecidas en ciertos rasgos de su personalidad y en la forma de conducta con que se adaptan a la vida y responden al ambiente y al estrés .

Por lo tanto las bases que delinean el uso del inventario son el criterio que señala que un grupo de personas al ser similares en ciertos aspectos de su conducta; es decir en la forma de contestar acerca de ellos mismos y, que también suelen ser similares en otras formas de reacción y por lo tanto en ciertas características de su personalidad individual, las cuales son sugeridas por su forma de responder ante los cuestionamientos que integran el inventario.

El MMPI nos da así una descripción clara y válida de como el sujeto ve sus problemas, como se siente, respecto a ellos, cuales son las características sobresalientes de su personalidad, las distintas combinaciones de las escalas, las elevaciones y la descripción de los códigos con los que se cuenta a través de múltiples investigaciones, son descritos en terminología clínica reciente y pueden darnos una descripción clara del sujeto, proporcionándonos información precisa y específica en criterios psicológicos.

Por lo que tenemos que el MMPI es una prueba práctica para identificar variables comunes y significativas en la orientación clínica y diagnóstica; ya que cuenta con la forma de medir si el paciente se encuentra a la defensiva o se acusa así mismo. Las posibilidades de que el paciente pueda tratar de dar una impresión muy favorable sobre sí mismo están identificadas en la escala L, la F, tiene el propósito de detectar si la persona responde de manera

inconsciente o no tiene la educación suficiente para entender el significado de las frases que lee, y la K es resultado de la investigación de Paul Meehl, sobre la posible existencia de un factor "normal" en la personalidad; ésta en un extremo, nos indica que el paciente es exageradamente cándido y en el otro que es demasiado defensivo ante el hecho de dar una exacta descripción de sí mismo.

El incremento del interés en el apoyo para pacientes en crisis y la atención psicológica de urgencia, creo la necesidad de una valoración diagnóstica rápida y de entrevistas psicológicas estructuradas el MMPI, sustituye éstas últimas proporcionándonos mayor información sobre el sujeto en menor tiempo. Es un buen predictor de futuros comportamientos y nos indica la respuesta al tratamiento que tiene o puede presentar el sujeto.

Como podemos ver el MMPI es una prueba de amplio espectro diseñada para evaluar un número importante de tipos, características de personalidad y desordenes emocionales, es de fácil aplicación tanto individual como colectivamente y requiere que el sujeto cuente con un nivel de lectura y entendimiento de segundo año de secundaria y una cooperación y dedicación hacia la tarea de contestar la prueba, cuenta con la manera de verificar si se ha contestado o no de forma adecuada.

Sin embargo la nosología diagnóstica y sus avances han hecho necesaria la revisión de los términos usados en las afirmaciones y el los perfiles del MMPI. Por lo cual, se requirió de una reestandarización e investigación para desarrollar nuevas "normas".

La información que mediante la investigación y constante revisión del MMPI se ha ido integrando permite una interpretación de los perfiles más sencilla y concreta, así como una actualización de los diagnósticos que se ofrecen al paciente, con ayuda de las escalas adicionales y complementarias; las cuales en los últimos años se han hecho cada vez más importantes, como herramientas de apoyo para el clínico, pues proporcionan mayor información de manera rápida y concreta, lo que da como resultado el ahorro de

tiempo valioso en la evaluación del paciente y una mejor dirección del tratamiento.

Los estudios para la estandarización del MMPI -2 se realizaron por un periodo de 10 años en 7 estados de E.U. y se complementaron con historias de vida de los sujetos estudiados (Ben- Porth; Butcher & Graham. 1991) el MMPI- 2 da más puntuaciones altas por cada escala patológica que el Minnesota original. (Lienfield. 1991). Las escalas clínicas y las nuevas de contenido tiene el mismo valor y validez externa que el original.

La traducción inicial del MMPI original en México estuvo a cargo de Nuñez en 1967; y la del MMPI-2 de Lucio y Reyes en 1993.

La forma revisada del MMPI-2 se publicó en 1989 y se ha buscado la continuidad del inventario original, al mantener las escalas clínicas y de validez tradicionales, de manera relativamente intacta; además se amplió el número de escalas nuevas con el fin de ampliar la información y hacer más precisa la evaluación psicológica del sujeto, éstas escalas de contenido se derivaron mediante una estrategia de construcción multietápica en la que se emplearon procedimientos racionales y estadísticos sofisticados (Lucio; Ampudia 1993), por lo que el MMPI-2 permite obtener además del perfil clínico básico un perfil de escalas de contenido y otro suplementario.

Además cuenta con la facilidad de que su interpretación para un mayor significado de los datos obtenidos se expresan, en los términos internacionales utilizados actualmente en las definiciones de los trastornos mentales y de personalidad.

En el MMPI-2, las nuevas escalas de contenido se crearon para ser empleadas en escenarios puramente clínicos y se pensó que éstas incorporarían cambios importantes en el contenido de los reactivos y que complementarían los contenidos de las escalas ya existentes.

Actualmente se cuenta con una traducción del MMPI-2 adaptada en los aspectos culturales de México y con puntuaciones normativas en grupos representativos del país.

En investigaciones recientes en E:U: se ha encontrado que la versión del MMPI-2 es compatible con el MMPI original (Porath; Butcher. 1988;Manley;Zarantonello. 1990) La versión del MMPI-2 se tradujo al Español de manera culturalmente adecuada para obtener normas para nuestra población . Este trabajo se llamo transliteración y no traducción por la manera de buscar ítems, adaptados a la población Latina. (Lucio y Reyes. 1994; Lucio 1995)

Así el MMPI-2, muestra una mejoría considerable, pues sus reactivos han sido corregidos buscando eliminar ambigüedades, fraseología sexista y contenidos obsoletos, eliminando los reactivos de contenido poco convenientes, e incluyendo además un grupo nuevo de escalas o indicadores de validez, por lo que resulta ser una prueba de gran valor y en la que se puede confiar.

En el MMPI- 2, se desarrollaron distribuciones normativas para las escalas de manera que fueran un reflejo clínico más claro de los problemas del sujeto en forma más uniforme en percentiles más cercanos y cortos. Los datos se dan en escalas con las nuevas normas y valoraciones, por lo que la confiabilidad de sus datos ha incrementado con las normaciones de las escalas de validez.

Respecto a la confiabilidad test-retest, se considera que si el sujeto contestará una segunda vez el inventario, dentro de un periodo; en el cual su actual estado emocional no cambiará apreciablemente, las puntuaciones en las escalas básicas caería al rededor de la mitad de las veces dentro de un rango de más o menos una medida EE (Error Estándar) de media que sería igual a 2 ó 3 puntuaciones crudas, de la puntuación original.

El uso del lenguaje clínico en la interpretación de los perfiles obtenidos y del diagnóstico , es de amplia utilidad para dar un pronóstico del desarrollo de la terapia y la evolución esperada en el paciente de acuerdo a su patología

La interpretación de las escalas y los códigos encontrados en las combinaciones de los pacientes nos permiten presentar, rasgos importantes de su sintomatología, función interpersonal, carácter y estructura de personalidad, proporcionándonos también datos tempranos del estado de psicoterapia empleada, brindándonos información empírica para guiar el proceso de planeación del tratamiento.

Además las escalas de Contenido y Suplementarias, tiene gran valor, al momento de precisar el significado de las elevaciones en las escalas clínicas y con ello poder hacer un diagnóstico más fino sobre la situación y problemática del paciente.

El cuidadoso análisis de estas escalas representa una buena herramienta para conocer el avance del paciente en el tratamiento y las necesidades que presenta en relación a los cambios producidos en sus estados emocionales y su forma de enfrentar el estrés en general.

Con el incremento de sus nuevas escalas el MMP1 -2 presenta mayor sensibilidad para obtener datos que otros instrumentos, así como predisposición de la personalidad hacia problemas físicos u orgánicos específicos .(Neil. Et al. 1996.)

Por otro lado, dado que, la elevación de las escalas F y Fp indican psicopatología en distintos niveles y los clínicos que se dedican a investigación en personalidad y psicopatología enfrentan constantemente el dilema de interpretar o no los perfiles con puntajes altos en estas escalas, por lo que muchos perfiles al ser analizados han reflejado gran estrés individual y un sentido profundo de mal ajuste, estos perfiles, han sido deliberadamente comparados con las historias de vida de los sujetos que puntúan alto en estas escalas y se ha identificado que estos se sienten y se perciben con mayor angustia y dolor o sufrimiento que la mayoría de las personas, es decir tienden a sentir de manera exagerada y actuar sus problemas sintiéndolos o dándoles mayor importancia de la que en realidad tienen en una intensa " suplica por ser

ayudados a resolverlos” y presentan problemas para enfrentarlos con sus propios medios.

Se ha encontrado, en estudios recientes, que los pacientes con mayor psicopatología o con cierta severidad de sus malestares psicológicos puntúan alto tanto en la escala F como en la Fp, sin que esto invalide sus perfiles. En el paciente psiquiátrico el incremento de las escalas Fp es índice de mayor desajuste psicológico y social., pues el efecto psicopatológico ha sido mal soportado por el paciente , estos perfiles son índice de estrés agudo y desajuste emocional. (Arbisi; Ben-Porath. 1997).

En cuanto a la evaluación de los efectos que produce la terapia en el paciente se ha encontrado que, el mejor resultado se ha obtenido empleando el MMPI- 2 antes y después de la intervención terapéutica para su planeación y monitoreo durante el desarrollo de la intervención elegida.

El MMPI- 2 provee mayor información generalizada que puede ser desarrollada y empleada en el proceso de la planeación del tratamiento. Y ha sido ampliamente usado con resultados importantes en la planeación y evaluación de tratamientos de distinto tipo de técnicas terapéuticas. Rouse, Taylor Y Sullivan (1997).

Reflexionando en estos datos en el presente estudio, se empleará el MMPI-2 en la evaluación de la terapia grupal con enfoque Gestalt, ofrecida en CONASIDA a las pacientes homosexuales y seropositivos asintomáticos, empleando un diseño; Pretest - Tratamiento- Postest.

CAPITULO 5

METODOLOGIA.

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Psicoterapia puede ser definida como un programa o una serie de programas terapéuticos empleados con el fin de aliviar las aflicciones del paciente, sean éstas físicas o psicológicas, por medio de métodos que no usan principalmente algún tipo de droga, intervención quirúrgica o procedimiento médico. (APA .1973.)

En estudios realizados con pacientes seropositivos se ha encontrado que la personalidad y las estrategias particulares que cada uno adopta ante la situación de crisis causada por el VIH en sus vidas, moderara la repercusión de los factores estresantes e inmunológicos en la enfermedad y su respectivo desenlace clínico. (Miller.1993; Sepúlveda.1990; Vickie.1989).

Se ha planteado también por diversos autores que la terapia grupal es una de las mejores herramientas para contribuir al bienestar psicológico del paciente seropositivo, dentro de estas técnicas, hemos planteado que la terapia grupal con enfoque Gestalt, sería apropiada en el tratamiento de éstos pacientes dado que, en este enfoque se promueven los mensajes directos, personalizados, y sin ambigüedad, buscando que el paciente comparta los hechos de su vida con una visión sin prejuicios, y poniendo el acento en la toma de consciencia de la experiencia actual en el "aquí y ahora", pretendiendo rehabilitar el sentimiento emocional y corporal del paciente, brindándole, alternativas de afrontamiento más reales a su situación de vida actual.

Pero para saber que tanto esta intervención, esta realmente ayudando al paciente, es necesario conocer la relación existente entre la terapia de apoyo empleada y los cambios en las puntuaciones de los tres perfiles del MMPI-2 presentados en un grupo de pacientes Homosexuales y Seropositivos al VIH Y con

ello enfrentarnos al problema de la subjetividad de las modificaciones que generalmente son reportadas partiendo de juicios clínicos o autoreportes con métodos que no evalúan propiamente dichos cambios.

Considerando que tales cambios se verán reflejados en la conducta del individuo, entonces debemos considerar que si los cambios son reales serán a sí mismo transparentes a ciertos instrumentos de medición de personalidad como lo es el MMPI- 2 con el que se han obtenido normas para la población universitaria Mexicana. (Lucio & Reyes 1994).

OBJETIVO.

Evaluar la efectividad de la técnica terapéutica Gestalt, empleada, en un grupo de pacientes homosexuales y seropositivos al VIH, mediante el MMPI-2.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

1. ¿ Los pacientes que acuden a tratamiento a CONASIDA, presentan rasgos, o problemas emocionales comunes o similares?
2. ¿ Habrá diferencias significativas en el perfil del MMPI-2, de los pacientes tras seis meses de tratamiento terapéutico, con el enfoque Gestalt ,con respecto a los pacientes que no toman terapia.?
3. ¿ En los pacientes que han trabajado en ésta terapia, disminuyen los niveles de ansiedad y depresión, respecto a los que no han estado en tratamiento terapéutico?

HIPOTESIS DE TRABAJO.

La terapia de grupo con enfoque Gestalt, al brindar nuevas alternativas de afrontamiento ante el VIH, propicia la rehabilitación emocional y corporal del paciente; Luego, se presentarán diferencias significativas en las áreas de conflicto detectadas por el

MMPI-2 en pacientes que han estado en psicoterapia con éste enfoque y los que no lo han estado.

5.2 DISEÑO.

Para ésta investigación, se realizó un estudio descriptivo-de contrastación, donde se describirá la relación existente entre la terapia grupal con enfoque Gestalt y los cambios presentados en áreas específicas del perfil de personalidad del paciente Homosexual y Seropositivo al VIH, con un modelo Pretest - Tratamiento - Postest, contrastando sus perfiles con los obtenidos en pacientes que no tomaron tratamiento Psicoterapéutico.

TIPO DE MUESTRA.

Fue no probabilístico, de carácter intencional y por cuota.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se realizó con 20 pacientes ,distribuidos en dos grupos.

Grupo 1 de terapia: N = 10.

Grupo 2 No terapia: N= 10

VARIABLE ATRIBUTIVA.

La variable es dicotómica, donde se compararon los perfiles de personalidad de los pacientes que tomaron terapia grupal y los que no la tomaron.

VARIABLES ASOCIADAS A LOS POSIBLES CAMBIOS EN EL PERFIL PSICOLOGICO DEL PACIENTE.

ANTECEDENTES DE ETS: Detectados a través de la encuesta CAP, que nos permite además conocer el tipo de relación preferida por el paciente y sus riesgos de reinfección por VIH.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ETAPA DE DETECCIÓN DEL VIRUS: Asintomático; Sintomático controlado; sintomático o con signos evidentes de SIDA.

TIEMPO, DURACION DEL ESTUDIO:

Seis meses; para el Grupo 1, en psicoterapia.

Seis meses; para el Grupo 2, sin psicoterapia.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES:

HOMOSEXUAL: Persona con una orientación de la necesidad sexual hacia una o varias personas del mismo sexo, en grados y modalidades variables, que van desde lo esencialmente sentimental y sublime a una desviación del instinto sexual hacia un objeto del mismo sexo.

SEROPOSITIVO AL VIH: Persona que ha sido infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, y detectado a través de una prueba de laboratorio clínico específica para éste virus.

SEROPOSITIVO ASINTOMÁTICO: paciente que ha sido detectado por métodos de laboratorio como positivo al VIH, pero que no presenta manifestaciones clínicas, ni evidentes del síndrome.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; manifestación clínica de un espectro de enfermedades, que son consecuencia de la infección por el VIH.

TERAPIA GRUPAL: Trabajo terapéutico con el fin de modificar actitudes y patrones conductuales, donde se considera el grupo como una excelente oportunidad para conocer la forma de relacionarse entre "iguales" y las nuevas alternativas de actitudes a tomar en nuevas situaciones.

ESCENARIO.

El estudio se realizó en las instalaciones de CONASIDA, Unidad Tlalpan Sur.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Se seleccionaron los pacientes que cubrieron las siguientes características:

Ser homosexual.

Ser masculino.

Ser Seropositivo al VIH.

Ser asintomático.

Ser mayor de 21 años.

Saber leer y escribir.

No pertenecer a un grupo de terapia de apoyo conjunta a ésta.

No estar en Psicoterapia individual.

Tener más de un mes y menos de seis de conocer su seropositividad.

Ser paciente del centro de atención CONASIDA Zona Sur.

INSTRUMENTO:

La variable dependiente fue medida por las escalas del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota - 2.

Los antecedentes de ETS, serán detectados a través de la encuesta de Conocimientos y Actitudes y Prácticas de CONASIDA.(CAP)

FORMA DE CALIFICACIÓN.

El MMPI- 2 fue calificado por computadora de acuerdo a las instrucciones de su manual y sus puntuaciones T, fueron gráficas en los perfiles correspondientes, también de acuerdo con el manual.

Las encuestas Caps se calificaron por frecuencias.

TRATAMIENTO DE LOS DATOS:

Los datos resultantes en la calificación del MMPI -2 fueron tratados con estadística paramétrica, analizando las variables de interés, usando el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, 1988), aplicando un análisis de prueba t de student ,tanto para el Grupo 1(de terapia) como para el 2 (de no terapia), para obtener la descripción de la muestra e identificar las diferencias entre los puntajes obtenidos en las aplicaciones del instrumento, tanto antes, como después de la intervención psicoterapéutica.

Los resultados de las encuestas CAP, fueron tratados con estadística descriptiva, analizando las distribuciones de las variables de interés y presentando los resultados en gráficas explicativas.

5.3 PROCEDIMIENTO:

1. Por medio de una convocatoria se invitó a los pacientes que acuden al Centro de Atención Sur de CONASIDA a inscribirse en el protocolo de investigación y en el grupo de terapia, siempre y cuando reunieran las características señaladas en el protocolo.
2. Al momento de inscribirse se les aplicó la encuesta CAP.
3. Al reunir los 20 pacientes, se dividieron en 2 grupos; al Grupo 1, se le dio tratamiento Psicoterapéutico y; al Grupo 2, sólo médico.
4. En el Grupo 1, se aplicó el Pretest, MMPI-2 de forma grupal al terminar la segunda sesión de terapia.
5. En el Grupo 2, se les aplicó el Pretest , MMPI-2, de manera individual en la cita médica más próxima a la aplicación de la CAP.

6. Tanto a los pacientes del Grupo 1, como a los del Grupo 2, se les anotó una cita en su carnet para la aplicación del Posttest, MMPI-2, seis meses después del Pretest.
7. La intervención terapéutica en el Grupo 1; se llevó a cabo con la Técnica Gestalt, con un plan de intervención de 25 sesiones que constó de 5 etapas, con temas específicos a tratar, donde una de ellas (El taller de Sexo- Seguro y Protegido), se repitió, en dos momentos distintos del tratamiento. Las sesiones tuvieron una duración de 150 minutos, los pacientes se reunieron una vez por semana, durante seis meses, para tomar el tratamiento completo.
8. La encuesta CAP, se calificó por frecuencias y se presentan sus datos gráficamente.
9. EL MMPI -2 , Se calificó como lo indica su manual.
10. Los datos se trataron con estadística paramétrica.
11. Se presentan los perfiles de las medias obtenidas por ambos grupos para su comparación.
12. Las diferencias significativas encontradas entre los grupos estudiados se presentan en tablas.
13. Se realizó el análisis y al descripción clínica de las medias de los perfiles presentados por ambos grupos de pacientes, tanto en el PRETEST, como en el POSTEST.

5.4 RESULTADOS

Los datos obtenidos mediante la **encuesta Cap** fueron.

El 80 % de los pacientes del grupo 1 había presentado, por lo menos una ETS, anterior a la adquisición del VIH; mientras que en el grupo 2, esto se presentó en el 100% de los pacientes.

El 90 % de los integrantes del grupo 1, han tenido relaciones heterosexuales y el 100% en el caso del grupo 2.

En cuanto a sus relaciones homosexuales, en el grupo 1 se encontró que son menos estables en sus relaciones de pareja han tenido entre 20 y 30 o más parejas sexuales; mientras que el grupo 2 el porcentaje de mayor incidencia fue entre 1 y 5 parejas, hasta el momento de la adquisición del virus.

Estos resultados podemos observarlos gráficamente en el **apéndice B**.

En el tratamiento estadístico de los puntajes del **MMPI-2** encontramos que:

Entre los dos grupos que participaron en el estudio, se encontraron diferencias en las puntuaciones, aunque estas diferencias, no fueron significativas al .05, son importantes y las más notorias fueron:

PRETEST, en ambos grupos del estudio las escalas que se encontraron más elevadas fueron las de: Dep ,Mf, PAS, RTR, R, RS, EPS,. (Como lo muestra la tabla 1.); en todas ellas los puntajes fueron mayores en el grupo 2 (que no tomó terapia), esto nos indica que los pacientes del grupo que no tomó la terapia, presentan características distintas en sus patrones de personalidad, desde el inicio del estudio.

TABLA 1 ESCALAS CON DIFERENCIAS ENTRE EL GRUPO 1 Y 2. PRETEST.

ESCALA	GRUPO	MEDIA	VALOR "t"	GRADOS DE LIBERTAD	PROBABILIDAD p
RTR	1	7.3	-1.85	15.02	.088
	2	10.8			
Rs	1	14.8	-1.79	14.96	.094
	2	19.2			
R	1	12.5	-1.94	16.92	.069
	2	17.4			
PAS	1	13.7	1.92	14.74	.974
	2	10.8			
Mf	1	25.9	-3.32	16.34	.004
	2	31.8			
Hi	1	22.8	-1.74	16.79	.101
	2	28.0			
EPS	1	18.5	-1.97	13.60	.070

	2	25.2			
Dep	1	25.3	-1.81	11.43	.096
	2	29.7			

ANALISIS DE LOS RESULTADOS ENTRE LOS GRUPOS 1Y 2 EN EL PRETEST.

Estas diferencias nos muestran a los pacientes del grupo 2, como personas desconfiadas de los demás, resistentes a todo tipo de tratamiento (RTR = .088), represivos, con dificultades en sus relaciones interpersonales, aunque más sensibles, a ellas, con tendencia a reaccionar inmaduramente, escalas Mf (.004) y Hi(.101), también son más depresivos que los del grupo 1, que tomo terapia y donde encontramos que presentan mayor desinterés en su situación social, poco apego a su grupo de pertenencia, presentan poca responsabilidad social y marcadas prácticas antisociales. Rs (.094), PAS (.974)

En el POSTEST, las diferencias encontradas entre los grupos fueron mayores, y se encontraron en las escalas; , F, D, Hi, Mf, ISO, ANS, DEL, BAE, ISO, DTR, RTR, A, Dps, EPK, Fp,; Al igual que en el Pretest y como podemos observar en la tabla 2, todas las escalas se ven más afectadas en el grupo 2.

TABLA 2. ESCALAS CON DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS 1 Y 2. POSTEST.

ESCALA	GRUPO	MEDIA	VALOR "t"	GRADOS DE LIBERTAD	PROB. p
F	1	10.2	-1.0	16.7	.033(mejor ó)
	2	13.3			
D	1	21.6	-2.91	16.53	.010(mejor ó)
	2	29.6			

Hi	1	20.0	-2.17	16.6	.045(mejoró)
	2	26.5			
Mf	1	27.2	-1.90	15.5	.076
	2	31.4			
ISO	1	25.3	-1.85	16.85	.082
	2	33.8			
ANS	1	6.8	-2.39	15.34	.030(mejoró)
	2	12.1			
DEL	1	9.0	-3.09	15.80	.007(mejoró)*
	2	18.3			
BAE	1	5.2	-1.80	15.73	.091
	2	8.6			
ISO	1	6.4	-2.85	15.79	.012
	2	13.3			
DTR	1	9.9	-1.89	14.8	.078
	2	14.8			
RTR	1	7.0	-2.59	16.97	.019
	2	12.33			
A	1	11.6	-1.59	14.86	.071
	2	19.2			
Dps	1	13.2	-2.81	17	.012
	2	22.0			
EPK	1	10.4	-3.06	16.5	.007(mejoró) *
	2	23.3			
Fp	1	5.4	-1.88	15.21	.079
	2	11.2			

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS ENTRE LOS GRUPOS 1 Y 2 EN EL POSTEST.

El incremento en las escalas con diferencias aún más marcadas en el POSTEST, entre los grupos, nos indica, que los pacientes del Grupo 2(sin terapia); tras el paso del tiempo, tendieron a incrementar sus sentimientos de inadaptación, de igual manera que la tensión psicológica.

En el Grupo 2 (sin terapia); el incremento de las escalas: D, Hi, ISO, ANS, DEL, BAE, DTR, RTR, A, Dps, EPK Y Fp. Reflejan claramente, los sentimientos de desesperanza, pesimismo y

desesperación que embargan a los pacientes, los cuales muestran tendencias, a sentirse continuamente culpables, se presentan demandantes de apoyo del exterior, por lo que sus relaciones interpersonales carecen de afecto y se ven saturadas de demandas inmadura y sentimientos de inadecuación, son muy resistentes a la intervención psicológica, presentan sentimientos de minusvalía y tienden a quejarse constantemente de malestares físicos. Utilizan la negación como el mecanismo de defensa que les ayuda a mantener alejada de su consciencia la realidad de su enfermedad y actual problemática; se encuentran más ansiosos, con tensión constante y estrés emocional, con tendencias a pensamientos obsesivos, respecto a su estado de salud. En la elevación de las escalas del perfil Postest puede notar un estado depresivo y ansiedad generalizados.

En cuanto a las diferencias encontradas entre cada grupo en el PRETEST - POSTEST.

Encontramos que en el Grupo 1. (de terapia), las escalas que presentaron mayores cambios, tras la intervención terapéutica, fueron: K, Hi, ANS, OBS, BAE, A, Dps, EPS. Todas ellas; como podemos ver en la tabla 3., disminuyeron significativamente, a excepción de la escala K ,que aumento en el Postest.

TABLA 3. ESCALAS CON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN EL GRUPO 1. PRETEST- POSTEST.

ESCALA	MEDIA PRETES T	MEDIA POSTES T	VALOR " t "	GRADOS DE LIBERTA D	PRBABI LIDAD p
K	13.4	15.8	-2.19	9	.057(mejor ó)
Hi	22.8	20.0	1.93	9	.086(mejor ó)
ANS	9.2	6.8	2.51	9	.033(mejor ó)*
Obs	7.4	6.3	1.88	9	.093(mejor ó)

Obs	7.4	6.3	1.88	9	.093(mejóro)
BAE	7.6	5.2	2.32	9	.046(mejóro)*
A	16.7	11.6	1.94	9	.084
Dpr	18.5	13.7	2.05	8	.074
EPS	23.4	16.4	1.90	8	.094

ANALISIS DE LAS DIFERENCIAS ENCONTRADAS EN EL GRUPO 1. PRETEST - POSTEST

En el Grupo 1, tras seis meses de terapia grupal con el enfoque Gestalt, en cambio, las escalas mejoraron en su mayoría, respecto a la puntuación del Pretest, indican que los pacientes de éste grupo, han logrado ver sus problemas desde un punto de vista más objetivo, que al inicio del estudio, ahora sienten que pueden manejarlos mejor y tienden a necesitar menos apoyo del exterior, (marcado por la disminución de la escala F; que es una de las escalas más sensibles al cambio terapéutico; Graham; Benh-Portlan. 1997.)

Las diferencias encontradas en el Grupo 1 (Tabla 3), la distribución de las escalas, indican que los pacientes tras seis meses en tratamiento grupal con la técnica Gestalt, presentaron mejoría en cuanto a su capacidad para reconocer, su problemática, indicado en el aumento de la escala K, junto con el decremento de la escala F, lo que nos indica que el paciente siente sus problemas como más manejables y que han podido implementar mecanismos de defensa mejor adaptados y por lo tanto más funcionales, sin la imperiosa necesidad de tener que recurrir a fuerzas del exterior, para solucionar sus problemas.

El decremento de la escala Hi, confirma que los pacientes que han tomado apoyo terapéutico grupal, tienden a una búsqueda de apoyo más madura y participativa y, menos manipuladora; así mismo la ansiedad que, en general ha disminuido, refleja que su autoestima ha mejorado y que presentan mejores expectativas hacia el futuro y menor tensión emocional, lo cual se ve reflejado en el decremento de las escalas EPK, ANS, A, BAE, y DEP.

En el Grupo 2. que no tomo terapia; en cambio, se presentaron menos cambios en sus perfiles, respecto al Pretest, y los pocos cambios presentados fueron en las escalas:

D, EPS, Dep, CIN, PAS, ISO, Fyo, Hr. Con un incremento en el valor de la media y del valor T. (Esto lo podemos observar en la tabla 4.)

TABALA 4. DIFERENCIAS PRESENTADAS POR EL GRUPO 2. PRETEST -POSTEST.

ESCALA	MEDIA PRETES T	MEDIA POSTES T	VALOR "t"	GRADOS DE LIBERTA T	PROB. p
D	27.0	29.6	-2.02	8	.079*(empeoró)
Dep	16.5	18.3	-1.53	8	.164 "
CIN	14.1	16.3	-1.77	8	.115 "
PAS	10.8	12.0	-1.82	8	.107 "
ISO	10.2	13.3	-1.73	8	.122 "
Fyo	29.1	26.0	1.74	8	.119 "
EPS	25.2	22.0	24	8	.042 * "
Hr	14.2	12.5	1.79	8	.112 * "

ANALISIS DE LAS DIFERENCIAS ENCONTRADAS EN EL GRUPO 2. PRETEST - POSTEST.

Para el Grupo 2,(Tabla 4) que no tomo el tratamiento terapéutico, en cambio las cosas no parecen ir tan bien; es decir, el incremento de escalas como la, D, EPS y Dep, nos indican que tras el tiempo transcurrido (seis meses) los pacientes de éste Grupo 2, se han sentido más deprimidos y no sólo no han mostrado signos de mejoría, sino que por el contrario, presentan la tendencia a manifestar mayor deterioro de sus recursos internos, aunado al aumento de su sensación de desesperanza y apatía por la vida en general, así como, mayor incomodidad social, e incremento de dificultades en sus relaciones interpersonales,(escalas PAS; ISO,CIN, Y Hr

DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LOS PERFILES GRUPALES.

EN EL GRUPO 1.(de terapia) EL PERFIL PRETEST PRESENTO LAS CARACTERISTICAS DE:

CLAVE DEL PERFIL GRUPO 1. PRETEST. F/ L:K 89 17 2 / 6435:0

MMPI-2 S.R. Hathaway y J.C. McKinley
 cuestionario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Perfil de escalas básicas MP 46 5 1

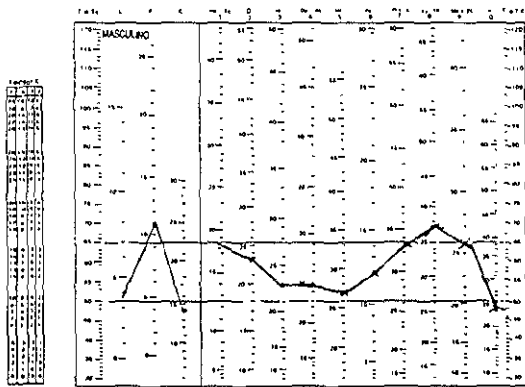
Normas estandarizadas

Instrumento multifásico de la personalidad Minnesota 2
 Copyright © 1985 (revisado 1970 1943 1942)
 Este perfil © 1989 por Regents of the University of Minnesota
 © 1995 Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
 En coedición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994

MMPI-2 = Minnesota Multiphasic Personality Inventory
 copyright of University of Minnesota

Nombre _____
 Dirección _____
 Ocupación _____ Fecha de aplicación _____
 Escolaridad _____ Edad: _____ Estado civil _____
 Refereido por _____
 Clave del perfil _____
 Iniciales del calificador _____

Note: Este Perfil está impreso en negro. NO LO ACEPTE si es de un otro color.



FLK
 89 17 2 / 6435:0

Puntuación cruda 4 11 14 23 23 23 12 24

Puntuación cruda > ...

Factor K agregado — — — — —

Puntuación cruda con K 18 25 33 27 26



MMPI-2

S. R. Hathaway y J. C. McKinley
 Inventario multifásico de la
 personalidad Minnesota 2

Perfil de escalas de contenido

MP 46 5 3

Butcher, Graham, Williams y Ben Porath (1989)

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Copyright © 1989 (renovado, 1970), 1943, 1942

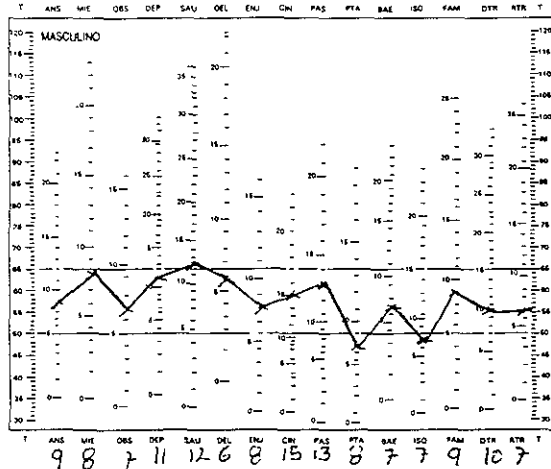
Este perfil © 1989 por Regents of the University of Minnesota

© 1995 Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

En coedición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994

MMPI-2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"
 son M.R. por University of Minnesota

Nombre _____
 Dirección _____
 Ocupación _____ Fecha de aplicación _____
 Escolaridad _____ Edad _____ Estado civil _____
 Referido por _____
 Clave del perfil _____
 Iniciales del calificador _____



MMPI-2

S. R. Hathaway y J. C. McKinley
 Inventario multifásico de la
 personalidad Minnesota 2

Perfil de escalas suplementarias

MP 46 5 2

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Copyright © 1989 (renovado, 1970), 1943, 1942

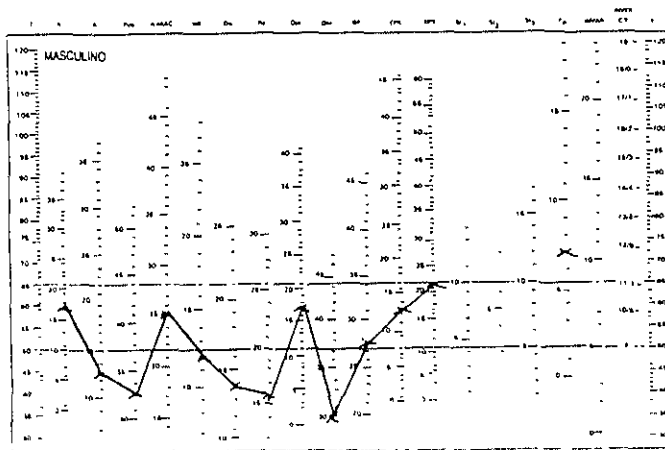
Este perfil © 1989 por Regents of the University of Minnesota

© 1995 Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

En coedición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994

MMPI-2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"
 son M.R. por University of Minnesota

Nombre _____
 Dirección _____
 Ocupación _____ Fecha de aplicación _____
 Escolaridad _____ Edad _____ Estado civil _____
 Referido por _____
 Clave del perfil _____
 Iniciales del calificador _____



17 13 33 25 12 14 16 17 30 25 13 22



La interpretación de las escalas de validez, muestra una clara tendencia responder de forma defensiva, con pensamiento convencional, conformista, rígido y autocrítico; la elevación de la escala F, indica un proceso psicótico del pensamiento, por un estado de confusión, debido a la crisis que les ha ocasionado el conocimiento de su resultado seropositivo, ante el cual responden de forma inmadura, suplicando ayuda del exterior; presentan uso inadecuado de sus defensas indicando que atraviesan por un periodo de pánico que les impide pensar adecuadamente. Se muestran defensivos y temen a la crítica, lo que les impide reconocer su problemática abiertamente, presentando ambivalencia entre autoprotegerse y descubrirse. Sin embargo la escala K, moderadamente elevada, nos indica que cuentan en general con recursos psicológicos suficientes para poder iniciar un tratamiento psicoterapéutico.

Las escalas clínicas nos muestran una importante elevación de la escala 8 (Es), lo que indica que el paciente de éste grupo, se encuentra en estado de confusión, presenta dificultad para concentrarse y mantener sus pensamientos en un objetivo definido, se muestra retraído, alienado y se puede encontrar socialmente aislados, con tendencias a pensamientos extraños y raros, incluso puede llegar a realizar acciones grotescas, apoyándose en sus fantasías, compensatorias, con las que intenta escapar de su realidad actual, la escala 9 (Ma), confirma, la dificultad que presentan para mantenerse concentrados en una sola actividad, debido a su estado de confusión, reaccionando de manera hipomaníaca para evitar caer en la depresión.

La combinación de las escalas 1 (Hs) 7(Pt), indican alto grado de preocupación por su salud, ocasionado por el diagnóstico de VIH, el cual reciben, con alta dosis de culpabilidad, somatizando su ansiedad e intelectualizando su situación, con tendencia a pensar continuamente en ella, por lo que se deprimen y se encuentran irritables por la frustración que ésta les ocasiona, tienden a pensar que no valen la pena, ven el futuro con desaliento y melancolía,

sintiéndose constantemente inconformes consigo mismos, con el mundo y con su resultado.

Las escalas 6 (Pa) y 4(Dp); nos indican que se encuentran muy sensibles y demandantes ante los demás, tienden a actuar como víctimas, y pueden ser impulsivos o agresivos, incluso aventureros en su comportamiento, con lo cual tratan de ocultar su resentimiento con los demás con su medio y con el virus que ahora los ataca; Tienden a centrarse en sí mismos, tratando de superar la crisis sin conseguirlo adecuadamente.

En las escalas Complementarias y Suplementarias, encontramos mayor elevación en las escalas DEP, DEL Y SAU, indicando que los pacientes se sienten constantemente preocupados, por su estado de salud y funcionamiento físico, presentan temor a una futura crisis de enfermedad, se encuentran deprimidos, con sentimientos de minusvalía y pensamientos pesimistas, que llegan hasta el delirio paranoide, por lo que presentan dificultad en sus relaciones interpersonales, incluso con sus familias a las que perciben como poco afectivas y rechazasteis, ante lo que reaccionan de manera hostil e incluso impulsiva.

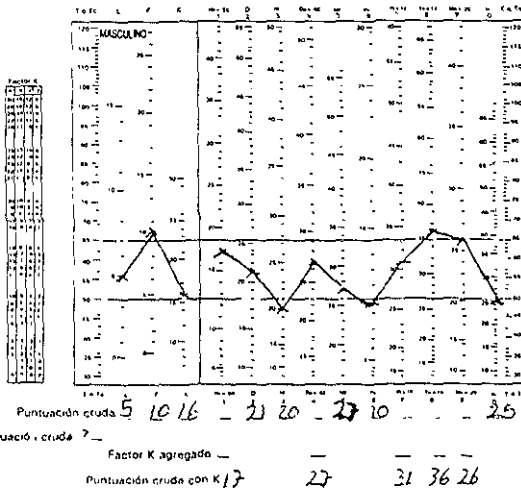
Se encuentran muy ansiosos, bajo constante tensión lo que les ocasiona desajuste laboral y profesional. La elevación de la escala A- Maca. sugiere, cierta propensión a las adicciones y tendencia a conductas de riesgo, exhibicionista, bajo el influjo de alcohol o drogas (esto dificulta que puedan tener una conducta preventiva respecto al VIH),

En general el perfil PRETEST para el Grupo 1(de terapia), muestra tensión psicológica y sufrimiento emocional intenso apoyado, por la elevación de la escala, EPK, la cual, se ha visto como índice de sufrimiento psíquico agudo y crónico.

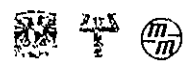
En el POSTEST, encontramos que el grupo tras seis meses de tratamiento psicoterapéutico, ha presentado mejorías importantes; apesar de que el perfil de personalidad básico se ha conservado. El perfil presentado fue: CLAVE DEL PERFIL GRUPO 1. POSTEST F-/LK 8917/4250:63

MMPI-2 S.R. Hathaway y J.C. McKinley
 Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2
 MP 46 5 1
 Perfil de escalas básicas
 Normas estadounidenses
 Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2
 Copyright © 1989 (revisado: 1970); 1943; 1942
 Este perfil © 1989 por Regents of the University of Minnesota
 © 1995 Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
 En colaboración con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994
 Made in U.S.A. Minnesota Multiphasic Personality Inventory
 100 M.R. 001 University of Minnesota

Nombre _____
 Dirección: _____
 Ocupación _____ Fecha de aplicación _____
 Escolaridad _____ Edad _____ Estado civil _____
 Refenido por _____
 Clave del perfil _____
 Iniciales del calificador _____
 Nota: Este Perfil está impreso en 1989 y sigue: NO LO ACEPTE si va de un color.



F-/LK
 8917/4250:63



MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario multilístico de la personalidad Minnesota 2

Perfil de escalas de contenido

MP 46 5 3

Bücher, Graham, Williams y Ben Porath (1989)

Inventario multilístico de la personalidad Minnesota 2

Copyright © 1989 (renovado 1970) 1943 1942

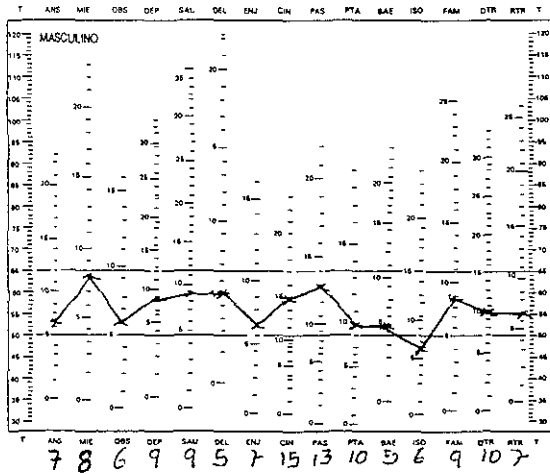
Este perfil © 1989 por Regents of the University of Minnesota

© 1995 Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

En condición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994

MMPI-2 - Minnesota Multiphasic Personality Inventory
SP-18-R por University of Minnesota

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ocupación: _____ Fecha de aplicación: _____
 Escolaridad: _____ Edad: _____ Estado civil: _____
 Referido por: _____
 Clave del perfil: _____
 Iniciales del calificador: _____



MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario multilístico de la personalidad Minnesota 2

Perfil de escalas suplementarias

MP 46 5.2

Inventario multilístico de la personalidad Minnesota 2

Copyright © 1989 (renovado 1970) 1943 1942

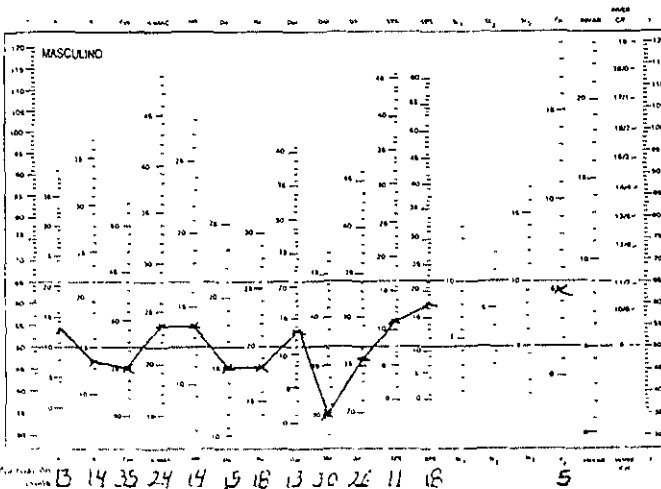
Este perfil © 1989 por Regents of the University of Minnesota

© 1995 Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

En condición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994

MMPI-2 - Minnesota Multiphasic Personality Inventory
SP-18-R por University of Minnesota

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ocupación: _____ Fecha de aplicación: _____
 Escolaridad: _____ Edad: _____ Estado civil: _____
 Referido por: _____
 Clave del perfil: _____
 Iniciales del calificador: _____



Tenemos entonces que, la disminución de la escala F, junto con el aumento de la escala K indican, que los pacientes tienden a sentir su problemática menos grave y más manejable que al inicio del estudio, la viven con menos exageración, lo que les produce la sensación de mayor control sobre ella, indicando una mejoría en el uso de sus mecanismos de defensa , así como mayor equilibrio ante dejar conocer su problemática y poder resolverla de manera más adecuada.

Las escalas clínicas 8 (Es) 9(Ma), indican que el estado de pánico , confusión y delirio, en éstos pacientes persiste de tal manera que, se hace característico de sus rasgos de personalidad constantes y difíciles de influir al cambio; sin embargo en las escalas 1(Hs) 7(Pt),se encontró disminución de los rasgos hipocondríacos del paciente, indicando que ahora ven su enfermedad como algo más realista y menos cruel, sintiéndose menos culpables por su situación y más optimistas, ante el futuro, esto es respaldado por la escala 2 (D) que disminuyó, al tiempo que se incrementó la escala 4(Dp),la que nos deja ver que los pacientes se encuentra aún más resentidos socialmente y menos culpables consigo mismos, por lo que pueden reaccionar de manera hostil, afectando sus interrelaciones personales, aunque ahora son más participativo en ellas, más tolerante y menos demandante pues la escala 0 (Is), incremento, respecto al Pretest; las escalas 6(Pa) y 3(Hi) nos indican que aunque se encuentra más centrado en sí mismo, aún no supera sus resentimientos, (dirigidos, tal vez con quienes, sabe que lo infectaron)

En las escalas Complementarias y Suplementarias; encontramos que las escalas de Ansiedad, presentan cierta mejoría, no así, las escalas de CIN y FAM; por lo que el paciente continua sin resolver sus conflictos familiares, los cuales podemos considerar como fuente importante de sus ansiedades y tensión psicológica, ante lo que reacciona de forma hostil e incluso agresiva, la cual puede disfrazar de indiferencia. o de deseo de cambio.

Su preocupación por su estado de salud al igual que sus pensamientos obsesivos y delirantes han disminuido con lo que su sensación de minusvalía también se ha reducido.

En general su estado de estrés y sufrimiento emocional ha disminuido, no así la forma de solucionar sus conflictos interpersonales, principalmente en el área familiar, por lo que su estado de tensión social no ha mejorado.

En cuanto al Grupo 2(sin terapia), que sólo recibió, tratamiento médico se encontraron las siguientes características en sus perfiles en el PRETEST.

CAVE DEL PERFIL DEL GRUPO 2. PRETEST. F/L:K 82'
3716 45- /90

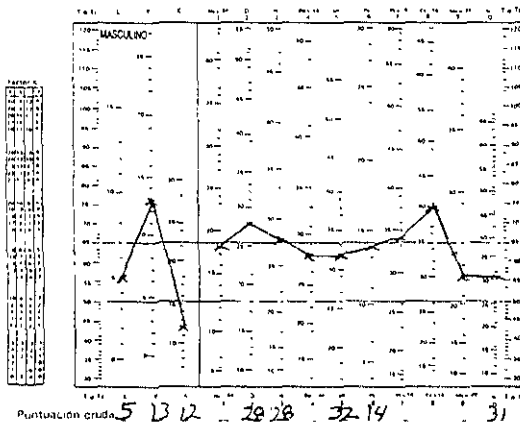
MMPI-2 S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2
MP 46 3

Perfil de escalas básicas
Normas a 14 años de edad

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2
Copyright © 1989, reimprimado 1970, 1942, 1942
Este perfil: 1989 por Regents of the University of Minnesota
© 1995 Editorial El Manual Made no. S.A. de C.V.
En cooperación con Universidad Nacional Autónoma de México c. 994
MMPI-2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"
son M.S. del University of Minnesota

Nombre _____
Dirección _____
Occupación _____ Fecha de aplicación _____
Escolaridad _____ Edad _____ Estado civil _____
Referido por: _____
Clave del perfil _____
Iniciales del calificador _____

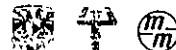
Nota: Este Perfil es un material en todo y nada. NO LO ACEPTE si es de un solo autor.



F/L:K
82' 3716 45- /90

Puntuación cruda > ...

Factor K agregado —
Puntuación cruda con K 18 20 34 40 23



MMPI-2

S. R. Hathaway y J. C. McKinley
Inventario multifásico de la
personalidad Minnesota 2

MP 46.5.1

Perfil de escalas de contenido

Butcher, Graham, Williams y Ben Porath (1989)

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Copyright © 1989 (renovado 1970) 1943-1942

Este perfil: 1989 por Regents of the University of Minnesota

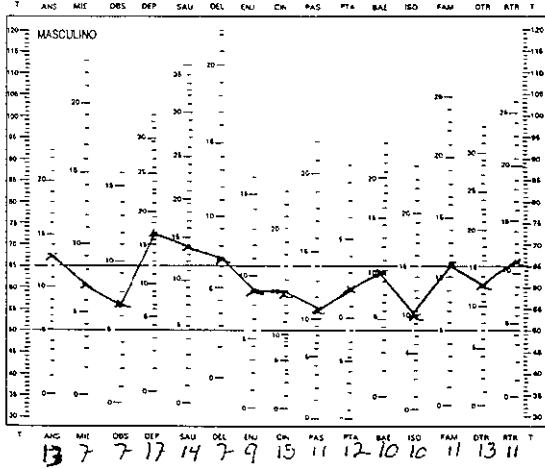
© 1989 Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.

En condición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994

MMPI 2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"

son M.R. del University of Minnesota

Nombre _____
Dirección _____
Ocupación _____ Fecha de aplicación _____
Escolaridad _____ Edad _____ Estado civil _____
Referido por: _____
Clave del perfil _____
Iniciales del calificador: _____



MMPI-2

S. R. Hathaway y J. C. McKinley
Inventario multifásico de la
personalidad Minnesota 2

MP 46.5.2

Perfil de escalas suplementarias

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Copyright © 1989 (renovado 1970) 1943-1942

Este perfil: 1989 por Regents of the University of Minnesota

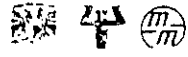
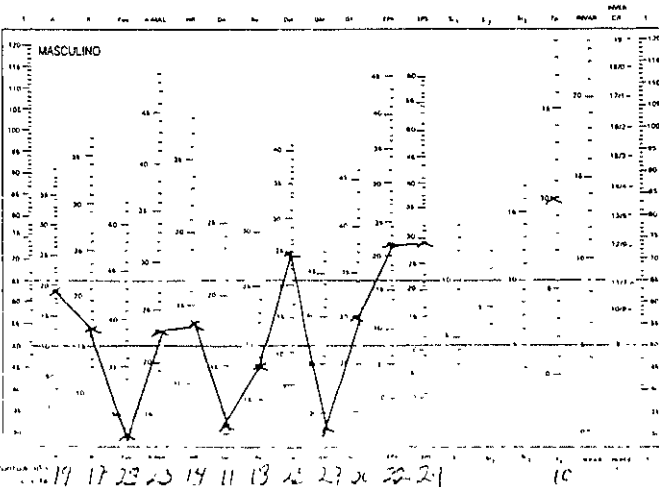
© 1989 Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.

En condición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994

MMPI 2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"

son M.R. del University of Minnesota

Nombre _____
Dirección _____
Ocupación _____ Fecha de aplicación _____
Escolaridad _____ Edad _____ Estado civil _____
Referido por: _____
Clave del perfil _____
Iniciales del calificador: _____



Tenemos que la prolongada elevación de la escala F, indica poco deseo de cooperar ante la prueba, responden de forma estricta, honesta y autocrítica, en señal de suplica de ayuda del exterior, manifiestan pasar por una crisis, ocasionada por la noticia del VIH, que altera su capacidad de respuesta y por lo que se muestran en un estado general de inquietud, deprimidos, ansiosos, inestables, distraídos, incluso pueden reaccionar de manera impulsiva y agresiva; la escala L indica un uso inadecuado de sus defensas al atravesar por el estado de pánico en que el virus los ha puesto y, que les impide pensar adecuadamente. La escala K indica que ven sus problemas con gravedad, pero muestran cierto equilibrio entre protegerse y autodescubrirlos.

Las escalas clínicas, muestran el perfil típico de personas con índices de psicosis en estado paranoide. La escala 8(Es) muy elevada y en combinación con la escala 2 (D), muestran un intenso estado depresivo, cargado de agitación y ansiedad, lo que los lleva al aislamiento social, con marcada resistencia al medio ambiente, ante el cual se presentan defensivos y tienden a presentarse obsesivos y con sentimientos de minusvalía, pues, se consideran poco merecedores de afecto, por lo que tienen un pobre intercambio con los demás, lo que limita su contacto con la realidad.

Las escalas 3(Hi)7(Pt) y 1(Hs), nos indican un estado de agitación y tensión emocional constante, con marcados sentimientos de culpa y reacciones fóbicas, tal vez ocasionadas por la forma en que adquirieron el virus, (todos por contacto sexual, sin protección), de igual manera, nos muestra, su tendencia a reaccionar ante las exigencias ambientales con malestares físicos y sentimientos de abandono.

Las escalas 6(Pa) y 4(Dp), nos indican la presencia de marcadas dificultades en sus relaciones interpersonales, ante las cuales son muy demandantes, suspicaces, desconfiados y poco tolerantes ante las fallas de los otros, pero permisivos consigo mismos, reaccionan proyectando sus demandas y rechazo en los otros, por

lo que nunca se ven como los culpables de las dificultades entre ellos.

En las escalas Complementarias y Suplementarias, sólo confirmamos las manifestaciones clínicas; encontramos que, las escalas , Dep, SAU, DEL, ANS, y A. Son las más elevadas del perfil, indicando que su estado depresivo se debe en mayor medida a sus actuales preocupaciones por su estado de salud, lo que les produce ansiedad constante, manteniendo sus pensamientos centrados en sí mismos llegando al delirio y sensaciones extrañas. Otras escalas elevadas son las de FAM, y BAE; indican que sus sentimientos de minusvalía e inadecuación aún entre sus familias, las cuales perciben como poco afectivas y rechazantes, incrementan sus sentimientos de impotencia y soledad, por lo que creen que nadie puede hacer nada por ellos y se muestran resistentes a cualquier tipo de apoyo ante su problemática actual, pues se consideran incapaces de generar cualquier tipo de cambio o mejoría a su estado actual de vida y salud.(RTR , y EPK)

Este estado de ansiedad y dolor emocional crónico y agudo entorpece todo intento de relación social , pues tienden a mostrarse hostiles y resistentes ante los demás, (escalas A, Hr, Dpr elevadas) y por otro lado presentan tendencias a conductas de riesgo bajo la influencia de alcohol o sustancias tóxicas, (A-Mac elevada), pueden correr riesgos de forma exhibicionista en circunstancias sociales, pues no saben manejar la ansiedad que éstas les producen.

Concordamos aquí con McNeill Horton, A: (1997); quién en un estudio con pacientes con historias de abuso de sustancias, encontró que hay estrecha correlación, entre los que bajo la influencia del tóxico, adquirieron el VIH, y una personalidad inclinada al desorden afectivo y, que presentaban desordenes de ansiedad, personalidad antisocial, déficit de atención, y desordenes afectivos con depresión mayor; sus diagnósticos correlacionaron alto y positivamente con el MMPI-2 y con el DSM III R.

En el perfil POSTEST, seis meses después del inicio del estudio encontramos:

CLAVE DEL PERFIL GRUPO 2 (sin terapia) . POSTEST. F' /
 L:K . 28' 417 3 65-709

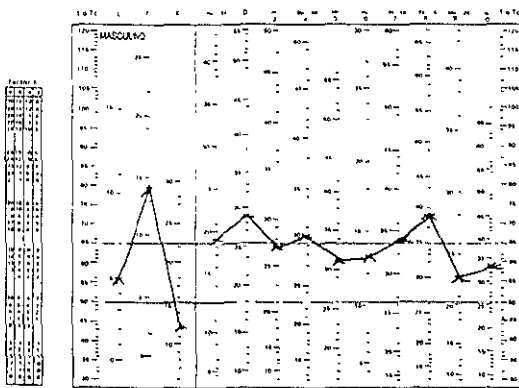
MMPI-2 S.R. Hathaway y J.C. McKinley
 Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Perfil de escalas básicas
 MP 46 S. 1

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2
 Copyright © 1989 (renovado 1970, 1943, 1942)
 Este perfil © 1989 por Regents of the University of Minnesota
 © 1955 Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
 En coedición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1998
 MMPI-2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"
 son M.R. por University of Minnesota

Nombre _____
 Dirección _____
 Ocupación _____ Fecha de aplicación _____
 Escolaridad _____ Edad _____ Estado civil _____
 Refenido por _____
 Clave del perfil _____
 Iniciales del calificador _____

Note: Este Perfil está impreso en rojo y negro. NO LO ACEPTE si es de un otro color.



F'/L'K
82' 4 17 365' / 09

Puntuación cruda 5 14 12 29 27 31 13 34
 Puntuación cruda 2 ...
 Factor K barejada ...
 Puntuación cruda con 419 30 34 39 23



MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Perfil de escalas de contenido

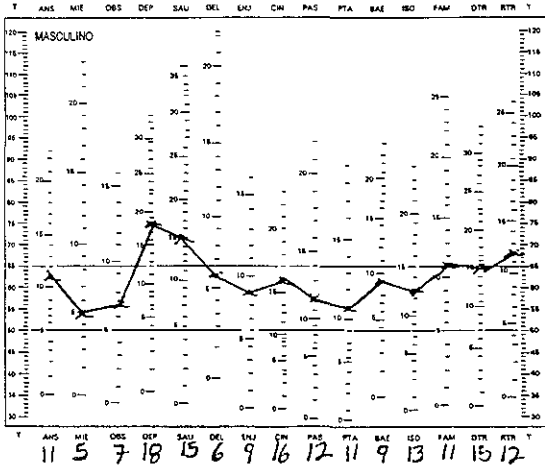
MP 46 5 3
Autor: Graham Williams y Ben Porath (1989)

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Copyright © 1989 (renovado 1970), 1943, 1942
Este perfil © 1989 por Regents of the University of Minnesota

© 1995 Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
En coedición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994
MMPI-2, "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"
son M.H. por University of Minnesota

Nombre _____
Dirección _____
Ocupación _____ Fecha de aplicación _____
Escolaridad _____ Edad _____ Estado civil _____
Referido por _____
Clave del perfil _____
Iniciales del calificador _____



MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Perfil de escalas suplementarias

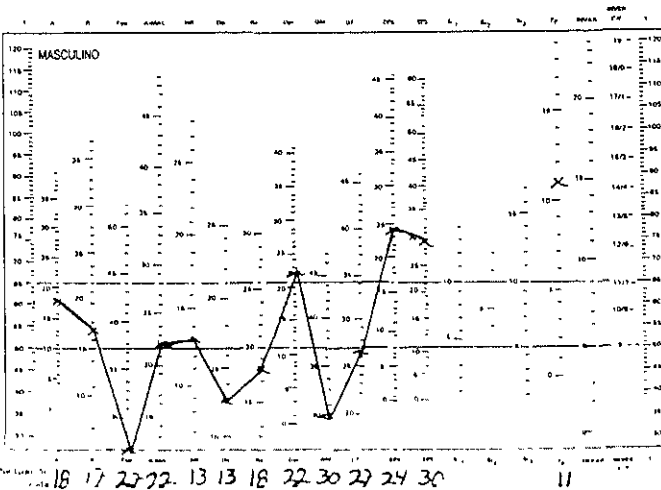
MP 46 5 2

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Copyright © 1989 (renovado 1970), 1943, 1942
Este perfil © 1989 por Regents of the University of Minnesota

© 1995 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
En coedición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994
MMPI-2, "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"
son M.H. por University of Minnesota

Nombre _____
Dirección _____
Ocupación _____ Fecha de aplicación _____
Escolaridad _____ Edad _____ Estado civil _____
Referido por _____
Clave del perfil _____
Iniciales del calificador _____



Podemos observar claramente que el perfil básico se conserva casi idéntico al presentado seis meses antes, las diferencias que se presentan son mínimas y se dan en la escala 4(Dp), la cual se vio incrementada; lo que nos indica que los pacientes que no recibieron otro apoyo más que el médico , con el paso del tiempo se muestran más hostiles hacia el medio y encuentran mayor dificultad para relacionarse con quienes les rodean, lo cual incrementa sus niveles de ansiedad y depresión en general.

En las escalas Complementarias y Suplementarias, la ansiedad ha disminuido ligeramente, sin embargo los pacientes se manifiestan más deprimidos que al inicio del estudio, sus sentimientos de impotencia ante el virus y la enfermedad son más patentes y su preocupación por la salud más constante, por lo que su sensación de que nadie podrá ayudarles a sobrellevar la crisis que el virus ha venido a ocasionar en sus vidas los hace aún más resistentes a todo tipo de intervención (DTR y RTR incrementadas) y tratamiento. Esto aunado a la disminución de sus sentimientos de autonomía y seguridad (disminución de la Fyo), se ven además reflejadas en el aumento de su estrés emocional que se hace más resistente, crónico y agudo. (Aumento de las escalas EPK y PTS).

ANALISIS DE LOS RESULTADOS. EN LAS ESCALAS DE LOS PERFILES.

Al comparar los resultados en el PRETEST y el POSTEST entre nuestros grupos estudiados podemos ver que los pacientes del Grupo 2(que no tomaron terapia), mostraron mayor inadaptación social, pues las escalas que miden los aspectos sociales, se encuentran afectadas de forma más notoria que en los pacientes del Grupo 1 (de terapia); prestan así mismo, limitadas posibilidades de cambio, por su pobre capacidad para aceptar las consecuencias de sus actos, carecen de compromiso social, para su grupo de pertenencia y de metas bien definidas.

Por el análisis de las escalas elevadas, podemos ver que ambos grupos se caracterizan por ser; depresivos, presentar sentimientos

de resistencia al tratamiento, son desconfiados, consideran que su problemática es tal que nadie puede hacer nada por ellos, ven el futuro, de manera pesimista, les disgusta hablar de sus problemas personales y prefieren pasar por alto su crisis, hacer "como si", pudieran controlarla en lugar de enfrentarla abiertamente.

5.5 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

De alguna manera el desarrollo de síntomas psicológicos a partir de la ansiedad y la depresión tienen que ver con la capacidad original del sujeto para adaptarse a una situación que será irreversible y en cuyo curso se confrontan elementos estresantes sumamente importantes como la pérdida de la salud y, la desintegración social. Entonces en el paciente, la infección por VIH, representa en tanto una prueba psicológica para su integridad, pues de ésta integridad depende que se supere la crisis, que mantenga una buena etapa de transición y pueda establecer una resolución favorable ante su crisis

De acuerdo a los datos proporcionados por la encuesta CAP, encontramos que; el paciente homosexual mantiene una vida sexual muy activa y continua, con poca discriminación en la elección de su pareja sexual, por lo que hay gran diversidad de experimentación en su actividad sexual, no importa, si al mismo tiempo, cuentan con una pareja estable, pueden incluso ejercer la prostitución en su actividad diaria, como si su vida íntima se fraccionara, sin que una pareja sexual afecte en su relación sexo- afectiva.

Al observar los datos obtenidos con los perfiles presentados por los pacientes que integraron ambos grupos de investigación, se encontraron características similares; todos los perfiles mostraban cierto grado de despersonalización, manifestada en la recurrente elevación de las escalas, F, 8(Es), 7(Pt), 1(Hs); 2(D), Y 4(Dp), lo cual nos da una descripción de los pacientes como sujetos con tendencias a mantener pensamientos raros y extraños, que se encuentran socialmente aislados, con pobre contacto con la realidad y que experimentan su situación de salud con gran miedo, culpa y ansiedad.

En otros estudios, se ha encontrado que los sujetos esquizoides, debido a los problemas característicos de su personalidad suelen contestar al inventario de manera extraña, y por ello presentan puntuaciones típicamente altas en la escala F. (Nuñez. 1980)

Estas características, se conservaron en ambos grupos a pesar del tratamiento en el Grupo 1 y del paso del tiempo (seis meses), para todos los pacientes, lo cual nos indica que; todas las descompensaciones que el paciente presenta surgen en función de una personalidad preexistente a la enfermedad y por lo tanto éstas sólo revelan sus defensas psicológicas frágiles y neuróticas. Pues debemos recordar que, los mecanismos de defensa son procesos psicológicos que deben ayudar a mantener estabilidad frente a situaciones críticas y estresantes, mientras se encuentran formas más adecuadas de manejarlas.

Esto concuerda con los resultados de Mas - Yebra(1993) que en un estudio de 162 enfermos crónicos y agudos con pruebas de anticuerpos seropositivos al VIH, encontró que éstos cursaban con diagnóstico de acuerdo con el DSM - III R, de personalidad antisocial y psicosis esquizofrénica.

A menudo los enfermos que sufren de despersonalización, cuentan con un nivel intelectual alto y son muy sensibles por lo que, al ver su imagen en pedazos la analizan en forma terrorífica, pues al fin de cuentas se ven identificados con su muerte próxima.(Seux.1985)

Entonces podemos decir que, el sujeto que se ha enfrentado al hecho traumático de la noticia del VIH, suele reaccionar con una exteriorización ineficaz de su pena, con una especie de inestabilidad afectiva o parálisis emocional, por lo que su umbral de consciencia es perturbado a menudo por ideas fugaces e incontrolables o imágenes desencadenadas por tal acontecimiento que le someten a un estado de angustia .

Los pacientes seropositivos; señalan a menudo que su consciencia es invadida por ideas de sufrimiento y de muerte; lo cual se refleja en el incremento de todos sus signos clínicos y psicodinámicos, activando sus sensaciones de desesperanza ante el hecho de

haberse infectado, lo que viene a incrementar sus desajustes, tanto psíquicos como sociales, haciendo notables sus descompensaciones internas.

Como sucede en la neurosis traumática sin posibilidad de tramitación de los volúmenes de excitación que irrumpen cuando el virus ataca al paciente y, que por el momento lo hacen de difícil acceso psicoterapéutico, ante el abordaje clínico del fragmento paranoico que presenta, por sus múltiples temores no resueltos y que , tiene a veces el valor de la consideración de un cuerpo extraño en la economía psíquica global del VIH y que se verá reflejado en cada una de sus características de personalidad.

Así en las personas con VIH crónicas pero sin SIDA, se presentan índices más elevados de sufrimiento psicológico y psiquiátrico que en quienes ya saben que padecen SIDA , la razón es un mayor grado de incertidumbre sobre el futuro lo cual, les produce ansiedades profundas .la incertidumbre debilita la seguridad básica y la confianza es un elemento crucial para aprender a dominar las circunstancias, puesto que los estrésés que afronta cualquiera en una situación que pone en peligro la vida son múltiples y con frecuencia complejos.

El trabajo grupal con la técnica Gestalt, se planteo en esta investigación, con el objetivo de ayudar al paciente a reexperimentar el control de sus actos, mediante la toma de consciencia de ellos y que con ello llegará a autodirigir sus decisiones, contando con el suficiente auto soporte para llevarlas a cabo, tomando en consideración las ventajas y los inconvenientes de su forma de actuar y las repercusiones que puede tener, ante su situación de seropositivo, buscando que incrementara medidas de protección con nuevas estrategias de auto cuidado y observación de las conductas que ponen en riesgo su actual y precaria salud.

Estos cambios generados en los esquemas conceptuales y en las autopersepciones del paciente, como en el concepto de sí mismo y el escaso control alcanzado en sus conductas; el "darse cuenta" de como éstas influyen en su vida y haciéndose responsable de ello, ha resultado importante,(a pesar de que estadísticamente, se

consideren poco significativos), éstos cambios se ven reportados en las escañas del MMPI-2 como la, 4(Dp) que en ambos grupos del estudio se vio incrementada; al tiempo que disminuyo la escala 6(Pa) y se incrementaron las prácticas antisociales en ambos grupos.

Esto nos indica que el paciente seropositivo al VIH; al comprender su situación de vida y de salud actual, superando la etapa de negación, entra en serios conflictos con los "otros" que le rodean y a quienes trata de manera hostil, con resentimiento y envidia por su salud; sintiéndose sin embargo, menos culpable ante ellos y menos atacado que al momento de saberse seropositivo. (éstas diferencias, han sido mayores en los pacientes que se salieron de la media estadística del grupo que tomo tratamiento psicoterapéutico. Grupo 1)

En cambio cuando empiezan a aparecer los síntomas clínicos de la enfermedad, suele aparecer en el paciente una apatía violenta disfrazada de sobre adaptación, con estallidos mudos de dolor violento, letárgico y la envidia inconsolable , de quien sabe que va a morir pronto, lo que vemos expresado en el incremento de las escalas sociales y corporales 1(Hs), 3(Hi), 7(Pt),4(Dp), SAU e ISO.y que nos indican que el paciente experimenta profundo dolor psíquico aunado, al incremento de su preocupación por la salud.

Tenemos entonces que ante el impacto de la noticia se produce en la mente del paciente una situación catastrófica que facilita el caos y la desintegración, éstos son expresados en pensamientos mágicos e ideas delirantes sobre la enfermedad pero cuando la negación adaptativa empieza a ceder por el desarrollo de herramientas psicológicas de confrontación con la nueva realidad del paciente, se inicia un nuevo proceso de reajuste, como la subsecuente reacción psicológica frente a las expectativas de la evolución de su padecimiento.

Cuando a través del proceso terapéutico, se ha logrado éste ajuste, mediante la integración afectiva del diagnóstico se alcanza cierto control sobre la angustia y la disforia debido a que; tras la terapia el

paciente vive momentos individuales y reveladores que le ayudan a madurar de poco a poco su condición actual de vida.

En la técnica Gestalt, se lleva al paciente a descubrir los mecanismos que emplea para evitar “darse cuenta” de sus actos, mediante ejercicios de consciencia dirigida; donde el grupo es una excelente herramienta para que el paciente encuentre un “eco” a sus acciones y reacciones; con ello se busca que el paciente adquiera mayor control sobre sus actos, lo cual , aunque en forma muy limitada se vio favorecido en el grupo 1.

Lo cual en los pacientes de el grupo de terapia se ha visto reflejado en la disminución de las escalas F, K, 2(D), 3(Hi), ANS, OBS, A, Y Dps, que de acuerdo con; Gurtman M. (1996) quién afirma que al menos en el contexto psicodinámico, algunos tipos de problemáticas pueden facilitar varios aspectos del proceso psicoterapéutico. Así mismo concordamos con; Butcher James N.(1997), quien considera que, en el curso de la terapia si todas las técnicas son de acuerdo con el tratamiento planeado el paciente espera encontrar una reorientación terapéutica y se espera que adquiera comportamientos más efectivos, que perciba más claramente con ella su estado y que puedan hacer su vida más tolerable. La terapia grupal favorece en el paciente el sentimiento de no estar sólo, el sentimiento altruista, al reflexionar que al ayudar a otros también se ayuda a sí mismo, así como la identificación de conductas de mayor éxito social y menor riesgo de salud, pero sobre todo la sensación de pertenencia incondicional lo que les dio la confianza para enfrentar el proceso de su enfermedad.

De igual manera las escalas TRT y EPK, reflejan al menos en parte, estrés emocional en el grupo 1, esto fue significativo como predictor de la relación tratamiento - motivación al cambio y la función del sujeto en el tratamiento, al menos en algunas áreas.

En Gestalt al trabajar en busca del contacto con el flujo inmediato de una mismo y con los sucesos que ocurren entorno nuestro, suministra la base para reconocer , aceptar y hacerse responsable de lo que somos y lo que hacemos; al trabajar la consciencia continua el paciente expresa en voz alta la consciencia que va adquiriendo de sí

mismo, incrementando sus sensaciones y percepciones, logrando poco a poco identificar sus emociones y las motivaciones internas de su conducta al estimular su sentimiento corporal y responsabilizándose de sus actos y las consecuencias que de ellos, sucedan.

Al moverse y percibir el presente, el paciente identifica su ansiedad y puede reducirla a una realidad válida y observable en su comportamiento; para ello , es básico que el paciente tenga suficiente oportunidad de establecer contacto y separarse; para poder ver resueltas sus necesidades y, finalmente poder moverse en nuevas direcciones con motivaciones más conscientes.

Sin embargo en el caso contrario a la aceptación se presenta una excitación no controlada que genera una tensión abrumadora y crónica creando una sensación de tensión sumamente dolorosa al paciente y que se refleja en la correlación entre, los puntajes de los pacientes del grupo que no tomo terapia sugirió sentimientos de apatía ansiedad, depresión y pobre autoconcepto, esto indica la presencia de actitudes negativas hacia el tratamiento; medida por, la su escala TRT que, enmarca al sujeto con menor motivación al tratamiento e incluye items que reflejan apatía generalizada y la percepción de no tener la habilidad o ser incapaz de cambiar, con poca capacidad de perseverancia, pobre tolerancia a la frustración, pobre autoconcepto, baja energía y una pérdida generalizada de intereses.

Por otro lado, los criterios de esta escala incluyen conceptos de sufrimiento emocional, como ansiedad, depresión y signos físicos como las capacidades físicas disminuidas y el estado de ánimo; estos signos son sensitivos a mostrar cambio en las escalas TRT, RTR, indicando así la respuesta del paciente ante el tratamiento, con mejoras en el grupo 1; en este grupo podemos observar que la mayoría de las metas propuestas en la planeación de la terapia, se pudieron lograr; como la disminución de la ansiedad, el lograr ciento equilibrio emocional en el paciente, por medio de la identificación con otros miembros del grupo, que pasan por una situación similar a la

suya, se lograron también ciertos cambios en sus conductas de riesgo en situaciones interpersonales o de contacto sexual.

Sin embargo; no se pudo conseguir que el paciente lograra integrar esta consciencia a un cambio de actitud en sus conductas sociales o que se sintieran conformes a su situación de seropositivos, disminuyendo su incomodidad social, esto lo vemos reflejado en las escalas 4 (Dp) que aumento ligeramente en ambos grupos, sin importar la intervención del tratamiento grupal; el paciente homosexual y seropositivo, tiende a conservar su conducta antisocial y sus resentimientos en sus relaciones interpersonales, así como su hostilidad en el trato hacia los demás, dado que la escala complementaria Hr (Hostilidad reprimida), incrementa con el tiempo y avance de la enfermedad en ambos grupos.

Aunque, no se debe de olvidar que la respuesta definitiva del sujeto ante un tratamiento dependerá a demás del contexto mismo en el que éste se de, de los métodos en él desarrollados, y la variedad de las técnicas empleadas en éste. (Clarck Michal E.1996)

Por otro lado el retest del Minnesota no demuestra diferencias significativas en sujetos normales, como lo reportan; Sakai, Takeichi y Sato (1984) y Butcher J. (1996), así que las diferencias encontradas en los pacientes que participaron en este estudio, sobre todo en los del Grupo 1 (de terapia).se deben a la presencia de causas externas a su patrón de personalidad, o sea a los efectos de la terapia grupal en el paciente .

CONCLUSIÓN.

El SIDA ha desafiado a toda la comunidad en el ámbito de la salud y los expertos en el comportamiento humano no pueden permanecer ajenos. Debido a que además de ser un problema de salud, es un problema psicológico por lo tanto, un problema de comportamiento y, al no existir vacuna efectiva o aún cuando se tuviera, su prevención seguirá siendo un problema de comportamiento y principalmente de comportamiento sexual.

La planeación y el monitoreo del tratamiento son componentes esenciales de la salud mental y de su promoción; los instrumentos para la investigación y diagnóstico de la personalidad deben ser ampliamente empleados en la práctica asistencial en psicodiagnóstico, para identificar las necesidades a cubrir en el desarrollo del tratamiento.

Los instrumentos de investigación en personalidad usados empíricamente son como una guía para la planeación del tratamiento adecuado a seguir con nuestros pacientes y la planeación de la manera en que vamos a cubrir las necesidades que el paciente presenta, en los instrumentos de diagnóstico y evaluación como el MMPI-2, encontramos mayor soporte objetivo del que podemos adquirir con una entrevista clínica, dado que estos instrumentos han sido diseñados para poder obtener mayor información en el menor lapso de tiempo y son específicamente empleados para la planeación del tratamiento.

Los trastornos psicológicos encontrados en los pacientes del presente estudio, mediante el MMPI-2 fueron; dificultad de adaptación, ansiedad generalizada, estado depresivo profundo, trastornos obsesivo - compulsivo, consumo excesivo de alcohol y sustancias psico activas, variación en el deseo sexual, trastornos de personalidad y delirios, con incremento de la preocupación por la imagen y funcionamiento corporal, y sentimientos de minusvalía.

Las áreas que se encuentran más afectadas tras la noticia del VIH/SIDA en sus vidas, han sido el estado de ánimo caracterizado por, un estado de ansiedad generalizado y sentimientos de culpa, con fracturas en sus relaciones interpersonales, con tendencias a mantener conductas antisociales ocasionándoles aislamiento.

Sin embargo conforme el paciente se adapta a su situación de seropositivo y, la negación empieza a ceder, la evaluación de los factores de riesgo se facilita en el paciente con un soporte psicológico, social y familiar adecuado, lo que repercutirá en el desarrollo de las manifestaciones clínicas del paciente.

Tomando en conjunto nuestros resultados encontrados en las diferentes escalas del MMPI-2, el grupo de pacientes que participo en el tratamiento psicoterapéutico durante seis meses, podemos decir que en general la angustia así como la depresión y los síntomas somáticos disminuyeron considerablemente, de la misma forma, las relaciones interpersonales de los pacientes tendieron a mejorar relativamente, dependían menos de apoyos externos, presentaban menores demandas, se mostraron mas tolerantes y sociables, en general; de esto asumimos que han tenido mejor adaptación ante su problemática y se han incrementado sus capacidades de resolución, por lo que se sienten mejor consigo mismos , reflejándolo en sus perfiles Postest.

Lo contrario ocurrió en el grupo que sólo tomo tratamiento médico, donde las escalas de ansiedad, depresión y contacto con la realidad, así como sus relaciones con los otros se incrementaron con el tiempo, mostrando mayor resistencia al cambio y menor tolerancia y adaptación ante situación de vida actual.

Tenemos entonces que el apoyo del grupo refuerza la alianza terapéutica, disminuye las resistencias iniciales al tratamiento y provee al paciente de un escenario donde, puede practicar de inmediato las nuevas conductas y las estrategias de afrontamiento ante su situación, sintiendo alivio y reforzando su capacidad de cambio en un ambiente de cierta seguridad.

El trabajar en grupo además generó en los pacientes la sensación de vigilancia sobre su estado de salud, por lo que para ellos fue más fácil ejercer cierto control sobre ella, con tendencias a cuidarse más de una reinfección o del avance del virus en su organismo, al sentir que cada miembro del grupo lo cuida. El grupo para el paciente homosexual y seropositivo resultó ser un medio de apoyo en su proceso de adaptación al virus y su nuevo estilo de vida, así como para motivar al cuidado y control de su salud y estado de ánimo.

La estrategia y planeación de la terapia puede incluir cambios en la dinámica de las sesiones, prolongando la duración de algunas de ellas, sobre todo cuando se tratan temas básicos de la problemática grupal como las conductas de riesgo o los resentimientos sociales.

Dadas las características biomédicas y psicosociales del VIH/SIDA, con sus periodos largos de estabilidad y la cronicidad de sus crisis, físicas y emocionales, se podría pensar que los tipos de reacciones presentadas, así como la manera en que el paciente se ve afectado en su vida y su salud, es semejante al de otras enfermedades, crónicas degenerativas y terminales, como algunos tipos de cáncer, cardiopatías, diabetes, etc.; por lo que sería interesante replicar este estudio en éstas otras afecciones graves, buscando que el paciente logre alcanzar cierta estabilidad emocional, dentro de un grupo terapéutico con la consiguiente mejoría de su estado inmunológico.

Este estudio podría, incluso debería ser apoyado con información interdisciplinaria, en intercambio médico - psicólogo, sobre las necesidades y avances de los pacientes que pertenezcan al grupo terapéutico, con un cercano control clínico de su estado inmunológico. Esto con el fin de correlacionar el estado de salud física y psíquica del paciente en busca de un beneficio más prolongado y clínicamente observable.

Lo importante de la terapia y la duración de las sesiones debe de ser el brindar a cada paciente la oportunidad de expresar y experimentar sus propias opiniones y opciones de conducta ante su necesidad y sentir particular.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Conocer a tiempo la información, pertinente para cada tratamiento, permite al terapeuta debilitar las resistencias, le permite entender al paciente de manera más completa, desde las primeras sesiones del tratamiento, de lo contrario no es posible avanzar rápido, al no contar con la información adecuada previa al inicio de del tratamiento; entonces el paciente parece desesperar, porque que el avance del terapeuta hacia su problemática real es lento y que no esta recibiendo la ayuda que necesita en sus problemas y situación de vida actual.

Esto lamentablemente sucedió en la presente investigación, dado que bajo el diseño de nuestro estudio no contamos con la información suficiente para la adecuada planeación del proceso terapéutico; se contó únicamente con antecedentes poco particulares y pertenecientes a otras corrientes tanto teóricas como terapéuticas; lo cual repercutió en el desarrollo de la terapia grupal con enfoque Gestalt, y la forma en que ésta pudo impactar a los distintos integrantes del grupo, como se puede observar en los pacientes cuyos perfiles se alejaron considerablemente de la norma grupal y a los cuales pudiera parecer que el haber participado en ésta experiencia, incremento sus estados de ansiedad y despersonalización, en lugar de producir algún tipo de mejoría. (Estos perfiles se pueden consultar en el apéndice A)

En los pacientes que acuden a CONASIDA, encontramos que, presentan cierto grado de despersonalización; es decir una estructura yoica frágil, con defensas poco estructuradas e ineficientes. La técnica Gestalt, al confrontar al paciente con su emotividad, choca precisamente con, dicha estructura yoica y las defensas del sujeto, buscando que sus sensaciones se rehabiliten, con lo cual su percepción se vería incrementada; pero cuando se trabaja con un paciente, que carece de fuerza yoica estructural, el choque ante las confrontaciones terapéuticas genera un rompimiento total de la precaria estructura del paciente, lo que hace imposible su reestructuración emocional, esto incrementa sus grados de ansiedad, junto con sus sentimientos de

despersonalización, lo que ocasionara al paciente mayor conflicto en su vida del que podía existir, antes del inicio del tratamiento.

Esta ansiedad no se ve incrementada en los perfiles de personalidad de los pacientes, con características de personalidad y de situación de vida actual, que no tomaron el tratamiento psicoterapéutico con enfoque Gestalt, los cuales más bien, tendieron a conservar su estructura de personalidad inicial básica.

De cualquier forma, no siempre empleamos con el paciente el mejor plan de intervención y las circunstancias o las casualidades del entorno pueden influir en el resultado del tratamiento definitivo.

Desafortunadamente el potencial negativo de los factores que están lejos de nuestros alcances muchas veces impiden que el tratamiento sea lo eficaz que esperamos, y algunas veces el poder del terapeuta para controlar esta serie de eventos externos es limitado; es por ello que desde el consultorio se debe de tratar de eliminar la mayoría de las condiciones externas, para así poder brindar al paciente, una ayuda verdaderamente acorde a sus necesidades, tomando en cuenta numerosos factores además de sus habilidades terapéuticas, dado que todo esto puede influir en el proceso terapéutico.

El terapeuta necesita tomar en cuenta el diferente potencial de éstos factores en cada caso, pues aún si la planeación del proceso es grupal, cada paciente tiende a reaccionar de manera individual y de acuerdo a los medios a su alcance, las influencias de su entorno, vida familiar, y estructura de personalidad previa.

Esto nos indica que no todo paciente Homosexual y Seropositivo, es candidato a participar en una experiencia grupal, con fines psicoterapéuticos, dado que al no contar con una estructura psíquica lo suficientemente estable como para poder soportar las continuas confrontaciones que el hablar y contactar con otros le traerá, sus niveles de ansiedad y despersonalización se verán incrementados con el consecuente fracaso terapéutico.

La capacidad del paciente para fingir que todo está bien, ha sido una más de nuestras limitantes, pues e les permitió continuar con el tratamiento planeado, bajo la observación subjetiva del terapeuta, que se guía por la asistencia y aparente participación del paciente, presenta para poder continuar en el grupo; que si bien no logra conseguir que el paciente encuentre bienestar ante su realidad y situación de vida actual, si le proporciona un espacio libre, para expresarse y sentirse correspondido, por lo que se logra cierta adherencia grupal terapéutica.

Dada la importancia de éstos factores, sugiero que en futuras investigaciones, se incluya al momento de seleccionar a los participantes que integrarán el grupo terapéutico, sólo aquellos que de acuerdo a sus perfiles obtenidos con el MMPI-2, cuenten con el soporte psíquico suficiente, para poder participar en éste, sin que se vean comprometidas sus fuentes de ansiedad y descompensación originales.

Respecto a los pacientes que de acuerdo al perfil presentado en el MMPI-2 se detecte una estructura psíquica, tan deteriorada, incluso previa al VIH en sus vidas, es necesario que se mantenga contacto, no sólo médico, sino inclusive psiquiátrico; con el fin de ayudar al paciente a tolerar de mejor manera su estado de vida, reduciendo sus ansiedades y evitando el avance hacia una desorganización de su estructura de personalidad más específica y cruel, que no sólo pone en peligro la calidad de su proceso de enfermedad y de vida sino, además la integridad de otras personas, probablemente seronegativas aún, e incluso sus familias.

En estos pacientes lo primordial es incrementar sus defensas yoicas, haciéndolos más resistentes a las constantes fuentes de ansiedad que el VIH, generará en sus vidas, buscando que con ello, logren reaccionar de manera más adaptada y eficaz, esto se lograría con el apoyo de técnicas más directivas y menos confortadoras que la Gestalt, con metas específicas y duraderas, buscando que el paciente logre controlar sus ansiedades e impulsos agresivos, observados por la elevación de sus escalas; 4(Dp); 8(Es), CIN; FAM; DTR y EPK.

Por otro lado estadísticamente hablando, el número de integrantes de la muestra en este estudio fue limitado, esto repercutió en que las diferencias encontradas en el tratamiento de los datos, Pretest-Posttest , contrario a la esperada, fuera realmente pobre, disminuyendo la claridad de los mismos. Dado que al trabajar con las medias normativas, los casos extremos como los ya mencionados, se pierden , y con ellos, datos que pueden ser importantes en la planeación de próximos estudios y en el avance de la investigación en el paciente Homosexual y Seropositivo.

Sería benéfico repetir este estudio contando con sus resultados, como antecedentes, en un número mayor de pacientes, en otras instituciones de salud buscando similitudes y/o diferencias en los perfiles de aquellos pacientes comparándolos con los aquí presentados.

APENDICE A.

INTERPRETACIÓN CLÍNICA DE LOS PERFILES ATÍPICOS EN EL GRUPO 1.

EN EL PACIENTE IDENTIFICADO CON EN No. 0103.
PRESENTO LAS CARACTERÍSTICAS SIGUIENTES EN EL PRETEST.

CLAVE DEL PERFIL. F** L' /K 96 * 8' 745 - / 12: 30

MMPI-2

S. R. Hathaway y J. C. McKinley
Inventario multifásico de la
personalidad Minnesota 2

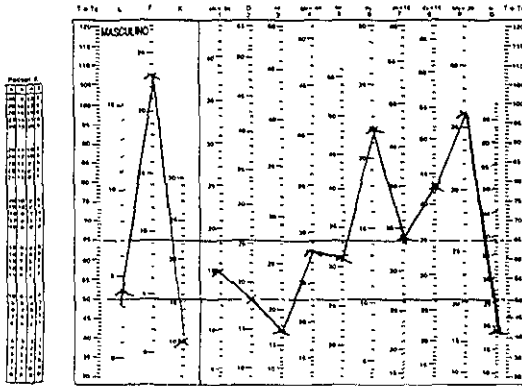
Perfil de escalas básicas

SDP 46 5 1

Manual de instrucciones
Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2
Copyright © 1989 (renovado 1970), 1943 1942
Este perfil © 1989 por Regents of the University of Minnesota
© 1985 Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
En coedición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994
MMPI 2 = Minnesota Multiphasic Personality Inventory
con M.E. por University of Minnesota

Nombre: PACIENTE NR 0103
Dirección: _____
Ocupación: _____ Fecha de aplicación: PRETEST
Escolaridad: _____ Edad: _____ Estado civil: _____
Refendo por: GRUPO 1 de TERAPIA
Clave del perfil: _____
Iniciales del calificador: _____

Nota: Este Perfil está impreso en 1987 y sigue. NO LO ACEPTÉ si es de un
otro color.



Puntuación cruda 4 73 10 - 18 17 - 31 22 - 19 19

Puntuación cruda 2 -

Factor K agregado -

Puntuación cruda con K 15 29 34 43 36

F**/L#K
96* 8' 745 / 12:30



MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Perfil de escalas de contenido

MP 46 5, 3

Butcher, Graham, Williams y Ben Porath (1989)

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2

Copyright © 1989 (revisado 1970) 1943-1942

Este perfil: 1989 por Regents of the University of Minnesota

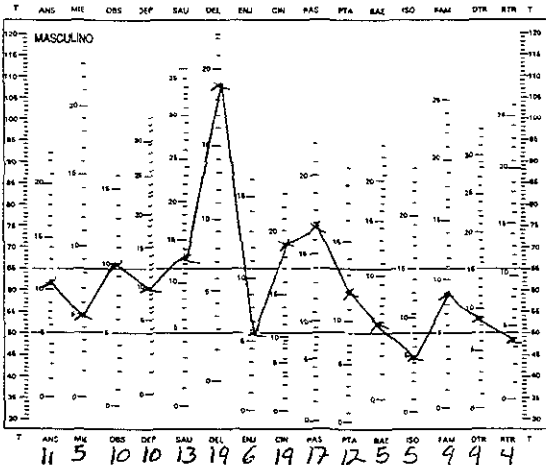
© 1995 Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

En coedición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994

MMPI-2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"

son M.R. por University of Minnesota

Nombre PACIENTE NA 0103
 Dirección _____
 Ocupación _____ Fecha de aplicación 12/19/95
 Escolaridad _____ Edad _____ Estado civil _____
 Referido por GRUPO I TERAPIA
 Clave del perfil _____
 Iniciales del calificador _____



MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Perfil de escalas suplementarias

MP 45 5, 2

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Copyright © 1989 (revisado 1970) 1943-1942

Este perfil: 1989 por Regents of the University of Minnesota

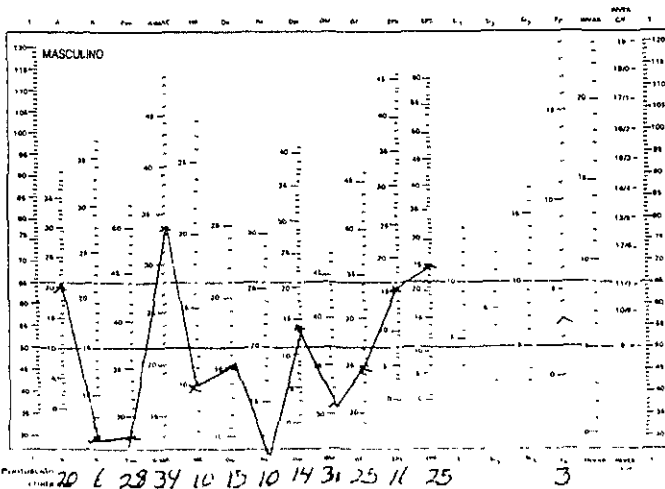
© 1995 Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

En coedición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994

MMPI-2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"

son M.R. por University of Minnesota

Nombre _____
 Dirección _____
 Ocupación _____ Fecha de aplicación _____
 Escolaridad _____ Edad _____ Estado civil _____
 Referido por _____
 Clave del perfil _____
 Iniciales del calificador _____



Las escalas de Validez, nos muestran una marcada elevación de la escala F, (lo cual fue característico en su grupo), esto indica poco deseo de cooperar, se muestra resistente a dar a conocer su problemática, la escala L, indica deseo de parecer conforme a su autoimagen, la combinación con la escala K, muy por debajo de lo normal, nos muestran que el sujeto se encuentra en constante estado de pánico, desesperado, con manejo inadecuado de sus defensas, su forma de responder es en sí un índice de súplica de ayuda.

Las escalas Clínicas, muestran prolongada elevación de las escalas 9 (Ma) y 6(Pa), que indican que el paciente presenta notable alteración del pensamiento, se encuentra muy angustiado, con temor a deprimirse, lo cual encubre con sus respuestas hipomaníacas, tratando de evadir su realidad, el paciente cursa por un estado de confusión, debido a la noticia de su seropositividad, la cual no ha podido manejar adecuadamente y puede reaccionar de manera impulsiva, incluso agresiva.

La elevación de la escala 8(Es), confirma el estado de alteración del paciente, indicando que presenta pensamientos confusos, se puede encontrar socialmente aislado, lo que empobrece su contacto con la realidad, tendiendo a presentar ideas delirantes de tipo obsesivo e incluso alucinaciones, éstas ideas tienen que ver con su estado de salud y el constante repaso sobre sus conductas anteriores, cargado de culpabilidad, reflejado en la elevación de sus escalas 7(Pt) ,4 (Dp) y 3(Hi), lo que indica que es un sujeto autocrítico, impulsivo y aventurero, con dificultad en sus relaciones interpersonales, ante las que se muestra demandante, suspicaz y poco tolerante.

En las escalas Complementarias y Suplementarias ,confirmamos los datos clínicos, el paciente se muestra con un claro proceso psicótico del pensamiento, con alucinaciones corporales e ideas paranoicas (escalas, DEL,OBS, SAU, elevadas), puede llegar a presentar conducta antisocial y responder agresivamente, (CIN, PAS, elevadas). Puede ser cínico y vengativo, incluso con sus

seres más cercanos y su familia a la cual percibe como poco afectiva, hostil y rechazante. Presenta marcada historia de consumo de alcohol , bajo sus efectos tiende a correr riesgos, sin pensar en las consecuencias de sus actos.

EN EL POSTEST , TRAS SEIS MESES DE TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO EL PACIENTE PRESENTO LAS SIGUIENTES VARIACIONES.

CLAVE DEL PERFIL. F** L# K 9" 468' 1- / 753: 20

MMPI-2

S.A. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

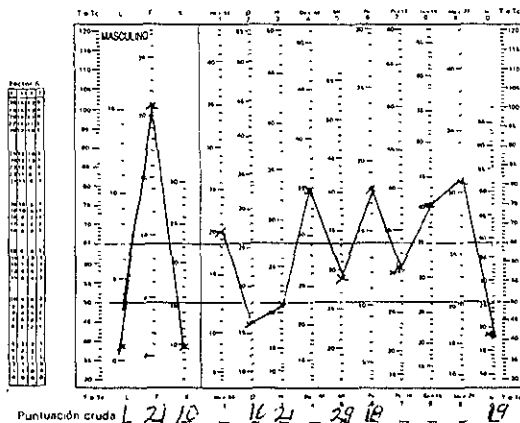
Perfil de escalas básicas
Normas estandarizadas

MP 45 5 1

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2
Copyright © 1989 (revisado 1970) 1943 1942
Este perfil: 1989 por Regents of the University of Minnesota
© 1995 Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
En coordinación con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994
MMPI 2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"
son de R. por University of Minnesota

Nombre PACIENTE NO 0103
Dirección: _____
Fecha de aplicación: POSTEST
Ocupación: _____ Edad: _____ Estado civil: _____
Escolaridad: _____
Refrendo por: GRUPO I TERAPIA
Clave del perfil, iniciales del calificador: _____

Nota: Este Perfil está impreso en 100% negro. NO LO ACEPTÉ si es de un otro color.



Puntuación cruda L 21 10 16 21 29 18 19
Puntuación cruda ?
Factor K agregado —
Puntuación cruda con A 20 35 31 41 31

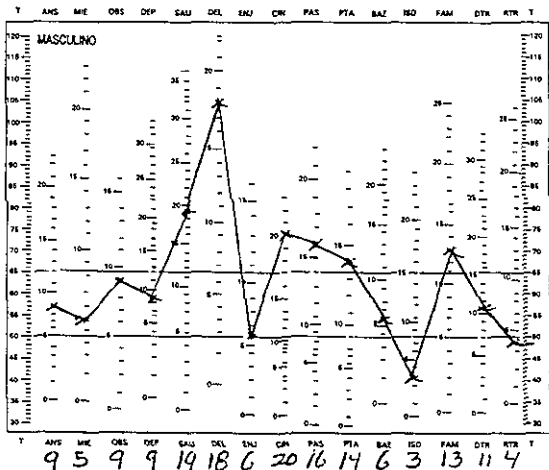
F** #LK
9" 468' 1- / 753: 20



Perfil de escalas de contenido
Butcher, Graham, Williams y Ben Porath (1989)

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2
Copyright © 1989 (renovado, 1970) 1943, 1942
Este perfil 1989 por Regents of the University of Minnesota
© 1995 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
En coordinación con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994
MMPI 2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"
son M.R. por University of Minnesota

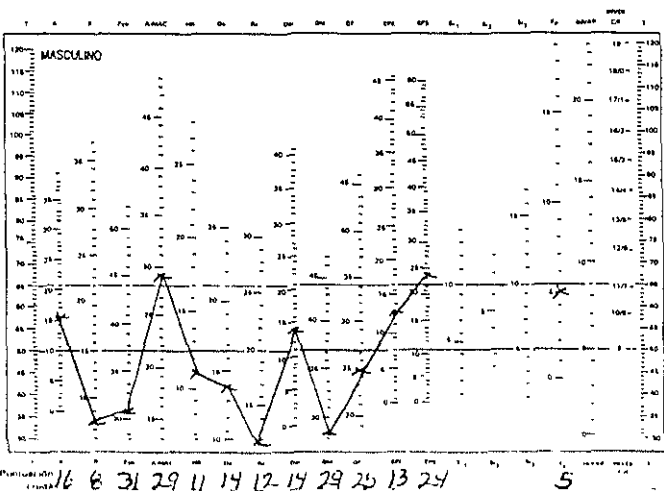
Nombre PACIENTE NO 0103
Dirección _____
Occupación _____ Fecha de aplicación POSTEJ
Escolaridad _____ Edad _____ Estado civil _____
Referido por GRUPO I TERAPIA
Clave del perfil _____
Iniciales del calificador _____



Perfil de escalas suplementarias MP 46 5.2

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2
Copyright © 1989 (renovado, 1970) 1943, 1942
Este perfil 1989 por Regents of the University of Minnesota
© 1995 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
En coordinación con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994
MMPI 2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"
son M.R. por University of Minnesota

Nombre _____
Dirección _____
Occupación _____ Fecha de aplicación _____
Escolaridad _____ Edad _____ Estado civil _____
Referido por _____
Clave del perfil _____
Iniciales del calificador _____



Tenemos que ésta combinación de las escalas de validez, se presenta en personas de bajo nivel socio económico y cultural, lo que resulta contradictorio con el nivel real del paciente (Licenciatura) se manifiesta necesidad de ayuda ante las perturbaciones agudas del paciente. presenta un trastorno del carácter, pasa por una fase psicótica aguda con síntomas físicos; presenta un estado de pánico y pobre autoconcepto por su constante autocrítica. Aunque trata de manifestar que puede manejar todos estos sentimientos sin llegar a conseguirlo.

Las escalas Clínicas, muestran ahora la combinación d las escalas 9(Ma) y 4(Dp), por lo que se nuestra hiperactivo, disperso, pero irritable y en pleno estado de confusión, se presenta deshonesto, irresponsable y superficial en sus relaciones interpersonales, con tendencias a satisfacer sus necesidades inmediatamente, sin pensar en las consecuencias de sus actos, pude ser cínico y hostil y manifiesta problemas con las figuras de autoridad, éstas características, se encontraban de forma “velada” en el Pretest, y con el tiempo en terapia se han hecho manifiestas en la conducta del paciente, el cual se muestra demandante, conflictivo y poco tolerante, tanto consigo mismo como con el ambiente y su familia, Las escalas 4(Dp); 6(Pa) y 8(Es) elevadas en forma de picos , reflejan la desestructuración interna del paciente, que presenta alteraciones del pensamiento, llegando al delirio obsesivo, con ideas paranoias y gran carga de hostilidad, con pobre control de impulsos, se encuentra más preocupado e inquieto por su estado de salud que al inicio del tratamiento, (escala 1(Hs) elevada) , por lo que ha tendido al aislamiento social, evitando toda confrontación con su estado actual de vida.

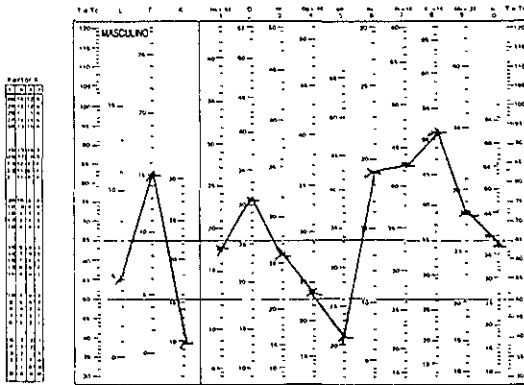
En las escalas Complementarias y Suplenentarias, encontramos que el paciente refleja que siente el mundo como hostil y peligroso, cree que todos están en su contra, incluso su propia familia, donde no ha sentido que pueda encontrar apoyo. Los pensamientos obsesivos y delirantes se han echo crónicos, lo mismo que sus tendencias al consumo de alcohol.

EL PACIENTE IDENTIFICADO CON EL No. 0104. PRESENTO LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS EN EL PERFIL PRETEST.

CLAVE DEL PERFIL. F" / L # K 8*76" 29' 10 3-/45

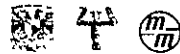
MMPI-2 S.R. Hathaway y J.C. McKinley
 Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2
 Normas españolas
 Perfil de escalas básicas MP 40 S 1
 Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2
 Copyright © 1983 Innovado 1970 1943 1942
 Este perfil © 1983 por Regents of the University of Minnesota
 © 1995 Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
 En coordinación con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994
 MMPI-2 y Minnesota Multiphasic Personality Inventory
 son M.R. por University of Minnesota

Nombre PACIENTE UC 0104
 Dirección _____
 Ocupación _____ Fecha de aplicación PRETEST
 Escolaridad _____ Edad _____ Estado civil _____
 Refendo por GRUPO I TERAPIA
 Clave del perfil _____
 Iniciales del calificador _____
 Nota: Este Perfil está impreso en rojo y negro. NO LO ACEPTE si es de un otro color.



F" / L # K
 8*76" 29' 10 3-/45

Puntuación cruda: 5 15 10 31 26 21 19 38
 Puntuación cruda >...
 Factor K agregado
 Puntuación cruda con K 18 24 43 51 28



MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Perfil de escalas de contenido

Butcher, Graham, Williams y Ben-Porath (1989)

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Copyright © 1989, renovado 1970, 1943, 1942

Este perfil © 1989 por Regents of the University of Minnesota

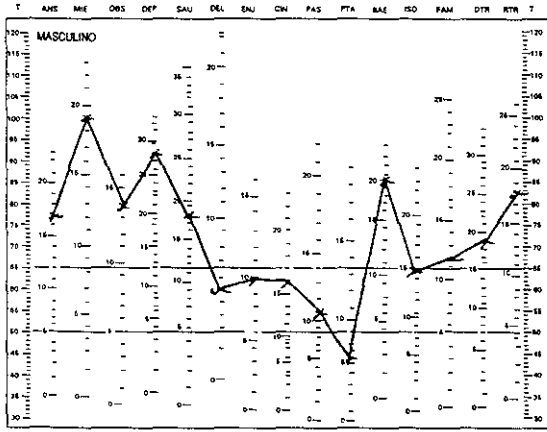
© 1995 Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

En coedición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994

MMPI 2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"

son M.H. por University of Minnesota

Nombre PACIENTE N° 0104
Dirección _____
Ocupación _____ Fecha de aplicación PRETEST
Escolaridad _____ Edad _____ Estado civil _____
Referido por GRUPO I TERAPIA
Clave del perfil _____
Iniciales del calificador _____



17 19 14 28 18 5 10 16 11 6 20 15 12 19 18

MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Perfil de escalas suplementarias

MP 46 5 2

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Copyright © 1989, renovado 1970, 1943, 1942

Este perfil © 1989 por Regents of the University of Minnesota

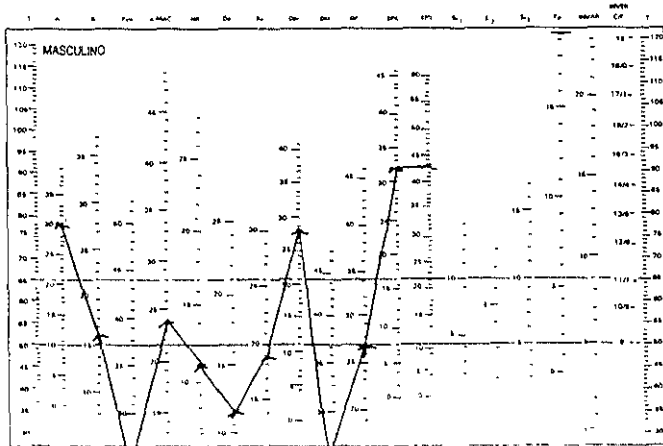
© 1995 Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

En coedición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994

MMPI 2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"

son M.H. por University of Minnesota

Nombre _____
Dirección _____
Ocupación _____ Fecha de aplicación _____
Escolaridad _____ Edad _____ Estado civil _____
Referido por _____
Clave del perfil _____
Iniciales del calificador _____



30 16 23 24 11 12 19 28 21 27 32 53



La combinación de las escalas de validez, nos muestran un sujeto defensivo, que trata de ocultar sus problemas y demostrar que “ todo esta bien”, sin embargo se contradice entre una aparente negación de sus problemas y una actitud de súplica de ayuda (elevación de la escala F),ésta combinación es típica de personas con trastornos del carácter y en psicóticos.

En las escalas clínicas, la elevación de la escala 8(Es),es indicador de alteraciones del pensamiento y de la conducta, la cual es excéntrica e impulsiva; se trata de un sujeto aislado socialmente, con pobre contacto con la realidad, con tendencias a mantener pensamientos delirantes que llegan a las alucinaciones; la combinación de las escalas 6(Pa) y 7 (Pt), nos indican que es desconfiado, ansioso, con conductas fobias y reacciones depresivas, debido a sus ideas supersticiosas y marcados sentimientos de culpa e inadecuación.

Las escalas 2(D) y 9(Ma), nos indican que se encuentra en estado de confusión, abrumado por sus problemas, con ideas de muerte y sentimientos de minusvalía.

En cuanto a las escalas Complementarias y Suplementarias; se muestra exageradamente temeroso, por su salud y su futuro ante los cuales, presenta sensación de incertidumbre; cree haber cometido graves faltas, por las que no merece ser perdonado ; cree que nadie puede ayudarlo por lo que se resiste al tratamiento psicológico, presenta ansiedad elevada que le produce problemas de insomnio, e intenso estrés emocional, en general, ha perdido el interés en la vida.

EN EL POSTEST TRAS SEIS MESES DE TERAPIA GRUPAL.

CLAVE DEL PERFIL: F** L* :K 9* 8267' 0+ 14/ 5:3

MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Perfil de escalas básicas

MP 46 5 1

Normas estadounidenses

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Copyright © 1989, renovado 1970, 1943, 1942

Este perfil © 1989 por Regents of the University of Minnesota

© 1995 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

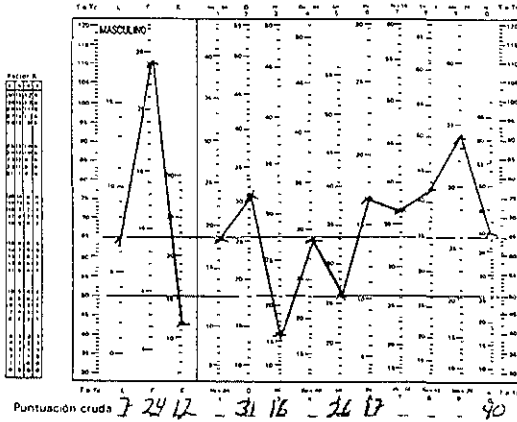
En coordinación con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994

MMPI-2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"

son ® de la Universidad de Minnesota

Nombre PACIENTE DE C104
 Dirección _____
 Ocupación _____ Fecha de aplicación POSTEST
 Escolaridad _____ Edad _____ Estado civil _____
 Refendo por. GRUPO I TERAPIA
 Clave del perfil _____
 Iniciales del calificador _____

Nota: Este Perfil está impreso en negro. NO LO ACEPTE si es de un color distinto.



F** L* :K

9* 8267' 0+ 14/ 5:3

Puntuación cruda 7 24 12 31 16 36 17 90

Puntuación cruda ?

Factor K agregado

Puntuación cruda con K 8 29 37 42 34



Por la combinación de las escalas de Validez podemos ver que el paciente se encuentra menos dispuesto a cooperar con el estudio de lo que se encontraba al inicio del mismo; responde de forma rígida, moralista y convencional, presenta el típico perfil de un sujeto psicótico con marcada sensación de angustia y depresión.

En las escalas Clínicas, la escala 9(Ma), es ahora la más elevada del perfil, e indica que el sujeto se encuentra en un estado de confusión e hipomanía marcada, en un intento desesperado por no caer en depresión profunda. Presenta alteración del pensamiento, con pobre contacto con la realidad y tendencia al aislamiento social, por lo que se encierra en sus propios problemas, los cuales siente como irresolubles, deprimiéndose, con tendencias a preocuparse por su salud constantemente, manteniendo ideas de muerte, soledad y minusvalía; escalas 8(Es), 2(D), incrementadas, respecto al Pretest, la elevación de las escalas 6(Pa) y 7(Pt), nos indican sus constantes pensamientos de autocrítica por sus actos pasados, lo que incrementa su estado de ansiedad, al igual que sus miedos ante el futuro.

Estas escalas elevadas, nos muestran que el paciente se encuentra en estado de sufrimiento psíquico crónico y agudo.

Las escalas Complementarias y Suplementarias, confirman el estado de ansiedad y tensión en que se encuentra el paciente, las tendencias a experimentar su situación actual con extrema tensión, se han incrementado, el paciente presenta desesperanza, hacia el futuro el cual le parece incierto, desconfía de todo tipo de intervención terapéutica, pues cree que nada ni nadie puede ayudarle a solucionar su situación de vida actual ante el VIH, manifiesta deseos de morir y presenta historia de abuso del alcohol y sustancias tóxicas, por lo que cuando no se aísla, puede llegar a ser exhibicionista y estar dispuesto a correr riesgos, sin pensar en las consecuencias de sus actos.

EL PACIENTE IDENTIFICADO CON EL No. 0109. PRESENTO LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS:

CLAVE DEL PERFIL PRETEST. FL+ / K / 17 9: 82 46 0#
35

MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Perfil de escalas básicas

MP 46 5 1

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Copyright © 1989, renovado 1970, 1942, 1942

Este perfil 1989 por Agents of the University of Minnesota

© 1985 Editorial El Manual Médico, S.A. de C.V.

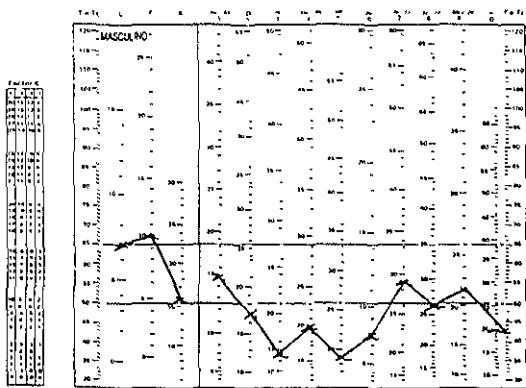
En coordinación con Universidad Nacional Autónoma de México, 1984

MMPI-2 y Minnesota Multiphasic Personality Inventory

con MP 2 del University of Minnesota

Nombre PACIENTE N° 0109
Dirección _____
Ocupación _____ Fecha de aplicación PRETEST
Escolaridad _____ Edad _____ Estado civil _____
Referido por GRUPO I TERAPIA
Clave del perfil _____
Iniciales del calificador _____

Nota: Este Perfil está impreso en todo y negro. NO LO ACEPTE si no es un solo color.



FL+/K

17 9: 82 46 0 # 35

Puntuación cruda 7 10 11 12 14 19 8 20

Puntuación cruda ? ...

Factor K agregado

Puntuación cruda con K 15 20 29 26 22



MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Perfil de escalas de contenido

MP 46 5 3

Buttcher, Graham, Williams y Ben-Porath (1989)

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Copyright © 1989 (renovado, 1970), 1943, 1942

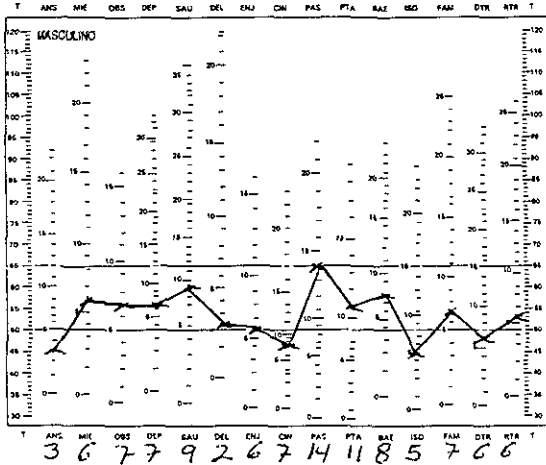
Este perfil: © 1989 por Regents of the University of Minnesota

© 1995 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

En coedición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994

MMPI-2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"
son M.R. por University of Minnesota

Nombre PACIENTE No 0109
Dirección _____
Fecha de aplicación PRETEST
Ocupación _____ Edad _____ Estado civil _____
Escolaridad _____
Referido por GRUPO I TERAPIA
Clave del perfil _____
Iniciales del calificador: _____



MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Perfil de escalas suplementarias

MP 46 5 2

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Copyright © 1989 (renovado, 1970), 1943, 1942

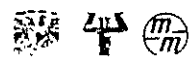
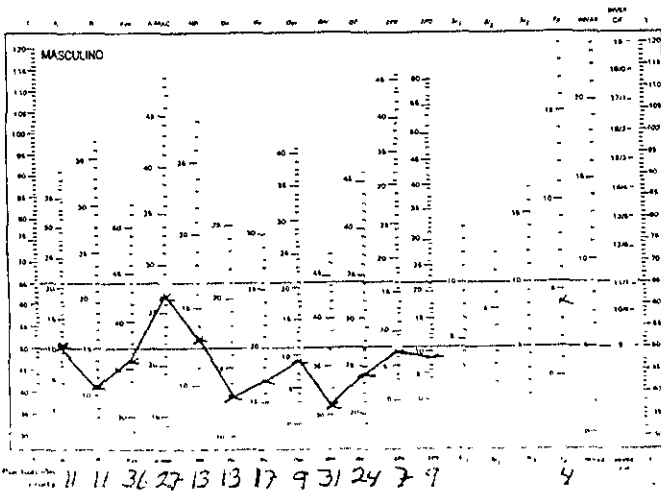
Este perfil: © 1989 por Regents of the University of Minnesota

© 1995 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

En coedición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994

MMPI-2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"
son M.R. por University of Minnesota

Nombre: _____
Dirección: _____
Fecha de aplicación: _____
Ocupación: _____ Edad: _____ Estado civil: _____
Escolaridad: _____
Referido por: _____
Clave del perfil: _____
Iniciales del calificador: _____



La combinación de las escalas de validez, muestran un sujeto marcadamente defensivo, que pretende dar la imagen de que "todo esta bien" y que puede manejar sus problemas adecuadamente, sin embargo reconoce que pasa por una crisis, que altera su forma de respuesta. Esta combinación se presenta en pacientes con índice de psicosis y con un Yo débil.

Las escalas clínicas se encuentran "sumergidas", todas por abajo de la media normal, debido al intento del paciente por negar sus problemas y en señal de rechazo de todo tipo de ayuda del exterior; las escalas 1 (Hs) y 7(Pt), , nos muestran un sujeto rígido, moralista, y en constante tensión y ansiedad, lo que le causa numerosos malestares físicos y pensamientos obsesivos respecto a su salud . Se muestra muy resistente al cambio.

Trata de mantener el ánimo, con actividades diversas que no llega a concluir, por su falta de energía, lo cual le produce frustración, ante la que puede reaccionar de manera hostil y agresiva, por lo que prefiere aislarse socialmente, manifestando poco interés en todo lo que le rodea.

En las escalas complementarias, se pueden observar más claramente sus conductas antisociales, sin que llegue a sentirse culpable por ellas. Presenta preocupación excesiva por su salud, tiene pensamientos de desesperanza, cree que él mismo no vale la pena y, que merece el castigo de la enfermedad, por lo que su resistencia al tratamiento se ve incrementada. Presenta historia de abuso del alcohol y sustancias tóxicas y en situaciones sociales puede actuar, bajo la influencia de éstos , de manera impulsiva y exhibicionista.

EN EL POSTEST, TRAS SEIS MESES DE TRATAMIENTO GRUPAL, LOS DATOS OBSERVABLES SON:

CLAVE DEL PERFIL.

L - / K : F

9' / 18 67 : 40 # 235

MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

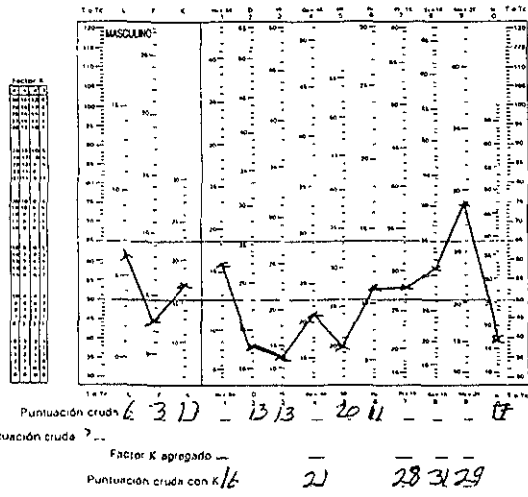
Perfil de escalas básicas

MP 46 5 1

Normas estadounidenses
Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2
Copyright © 1989 (revisado 1970) 1943, 1942
Este perfil: 1989 por Regents of the University of Minnesota
© 1995 Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
En coordinación con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994
MMPI-2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"
son TM © del University of Minnesota

Nombre PACIENTE N° 0169
Dirección: _____
Occupación _____ Fecha de aplicación POTEST
Escolaridad _____ Edad _____ Estado civil _____
Referido por GRUPO 2 TERAPIA
Clave del perfil _____
Iniciales del calificador: _____

Nota: Este Perfil está impreso en rojo y negro. NO LO ACEPTE si es de un solo color.



L' / K & F
9' / 18 67 : 40 # 235



MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario multifásico de la
personalidad Minnesota 2

Perfil de escalas de contenido

MP 46 5 3

Butcher, Graham, Williams y Ben Porath (1989)

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Copyright © 1989 (renovado 1970) 1943 1942

Este perfil © 1989 por Regents of the University of Minnesota

© 1995 Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

En cooperación con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994

MMPI 2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"

son M.R. por University of Minnesota

Nombre PACIENTE DE OIC9

Dirección _____

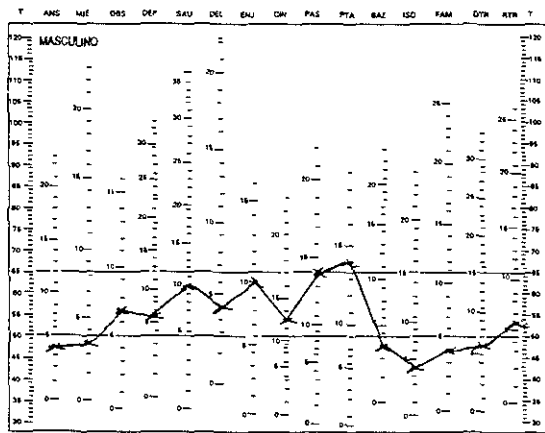
Ocupación _____ Fecha de aplicación 1985/07

Escolaridad _____ Edad _____ Estado civil _____

Referido por GRUPO Y TERAPIA

Clave del perfil _____

Iniciales del calificador _____



4 3 7 6 10 4 10 13 14 14 3 4 4 6 6

MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario multifásico de la
personalidad Minnesota 2

Perfil de escalas suplementarias

MP 46 5 2

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Copyright © 1989 (renovado 1970) 1943 1942

Este perfil © 1989 por Regents of the University of Minnesota

© 1995 Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

En cooperación con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994

MMPI 2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"

son M.R. por University of Minnesota

Nombre _____

Dirección _____

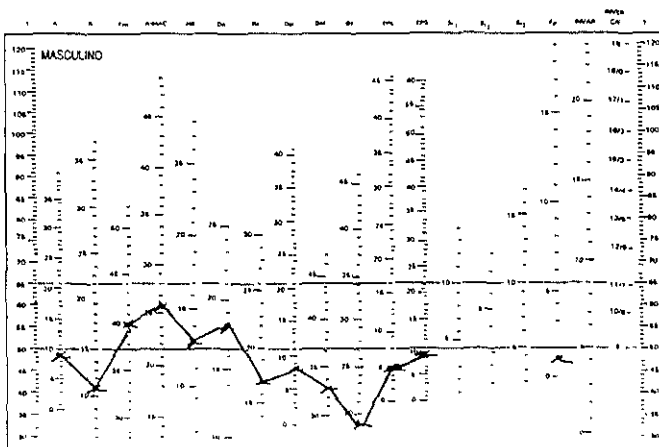
Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Escolaridad _____ Edad _____ Estado civil _____

Referido por _____

Clave del perfil _____

Iniciales del calificador _____



9 11 40 21 13 18 17 8 33 19 5 10



La combinación de las escalas de Validez, nos indica que el paciente intenta negar sus impulsos agresivos y sus problemas, por temor a no ser aceptado en el grupo. Puede llegar a presentar creencias fuera de lo esperado. Este perfil, se presenta en sujetos, con reacciones defensivas, y en histéricos o hipocondríacos.

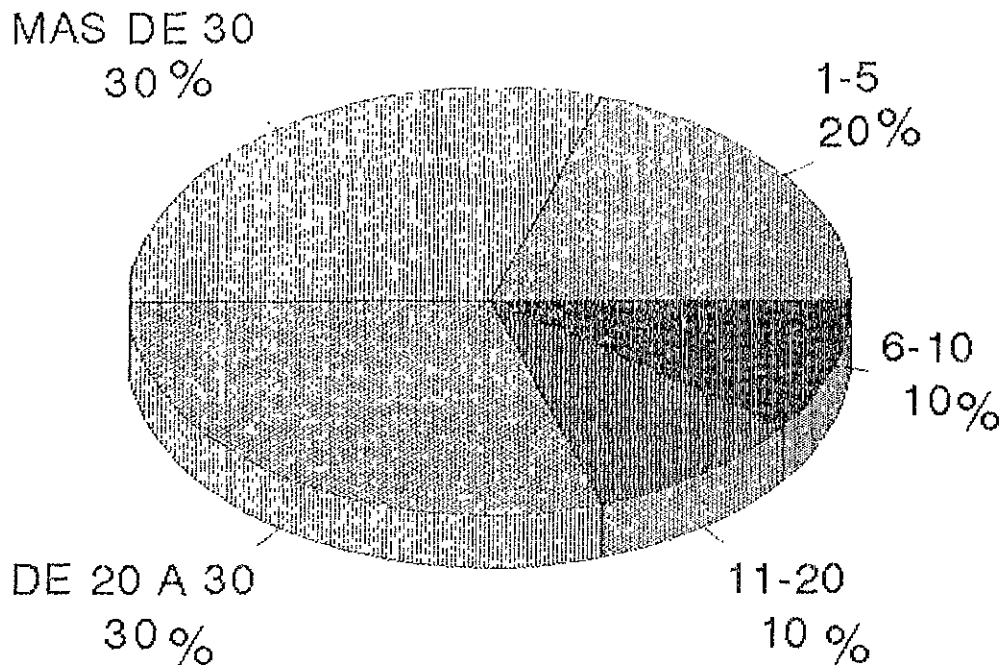
En las escalas Clínicas, podemos observar que la escala 9(Ma), se ha incrementado con respecto al Pretest, indicando megalomanía en un intento por negar sus malestares, los cuales son de origen físico, se muestra irritable e hiperactivo, para evitar caer en la depresión profunda, se nota disperso en sus acciones y sus pensamientos, en evidente estado de confusión, ante el cual puede reaccionar de forma impulsiva e incluso agresiva y hostil. Por lo que prefiere aislarse de todo.

Las escalas Complementarias y Suplementarias, indican que el paciente ha estado presentando prácticas antisociales marcadas, considera que el incumplimiento de la ley no es incorrecto, puede llegar a ser cínico. Se muestra irritable, crítico e impaciente con los otros, pero muy permisivo consigo mismo, presenta problemas para controlar su agresividad y hostilidad incluso con su seres más cercanos como su familia a la cual siente como poco afectiva y rechazante.

Busca ser aceptado por el grupo y bajo el influjo del alcohol o las drogas puede realizar actos exhibicionistas sin reparar en las consecuencias de los mismos, arriesgando su salud y la de los demás, sin llegar a sentir remordimientos.

RESULTADO CAP

GRUPO 1



APENDICE B

ENCUESTAS

CAP

GRUPO1

DE

TERAPIA

Nº DE PAREJAS HOMO.

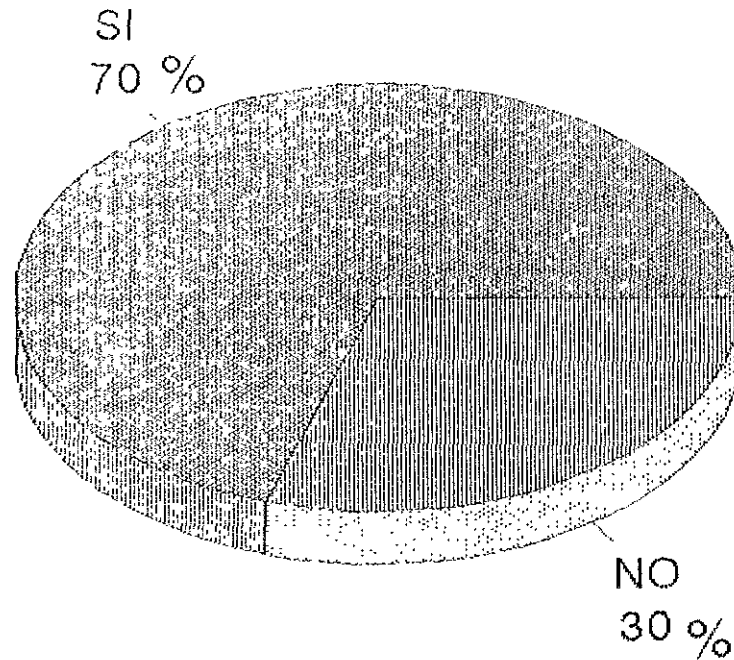
FALTAN PAGINAS

De la: 141

A la: 143

RESULTADO CAP

GRUPO 1

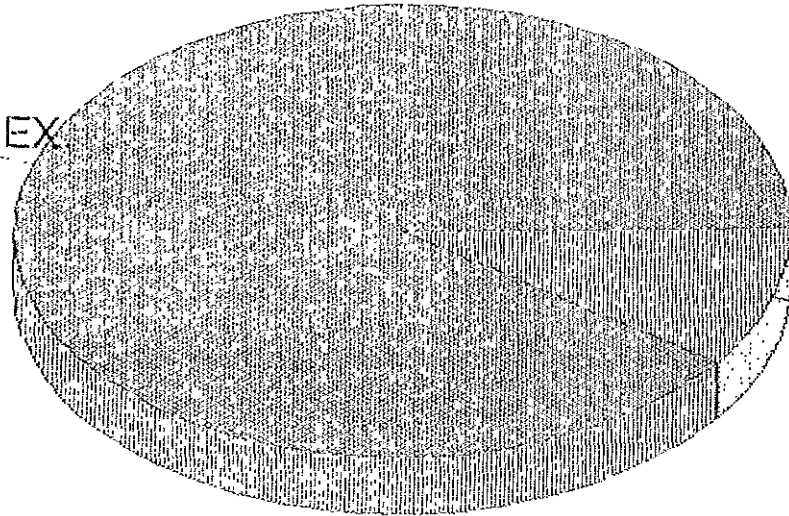


PAREJAS HOMO. ESTABLE

RESULTADO CAP

GRUPO 1

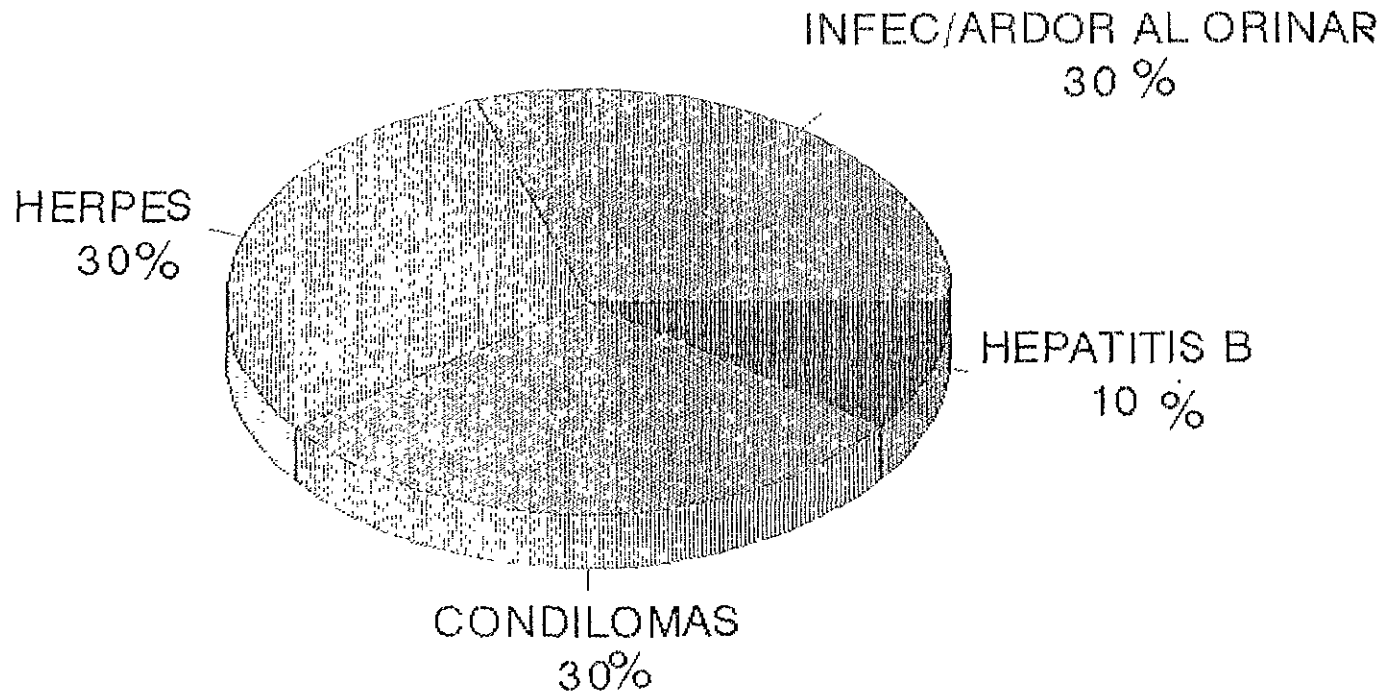
RELAC. HETERESEX
90%



PAR. EST. HETERO.
10%

RESULTADO CAP

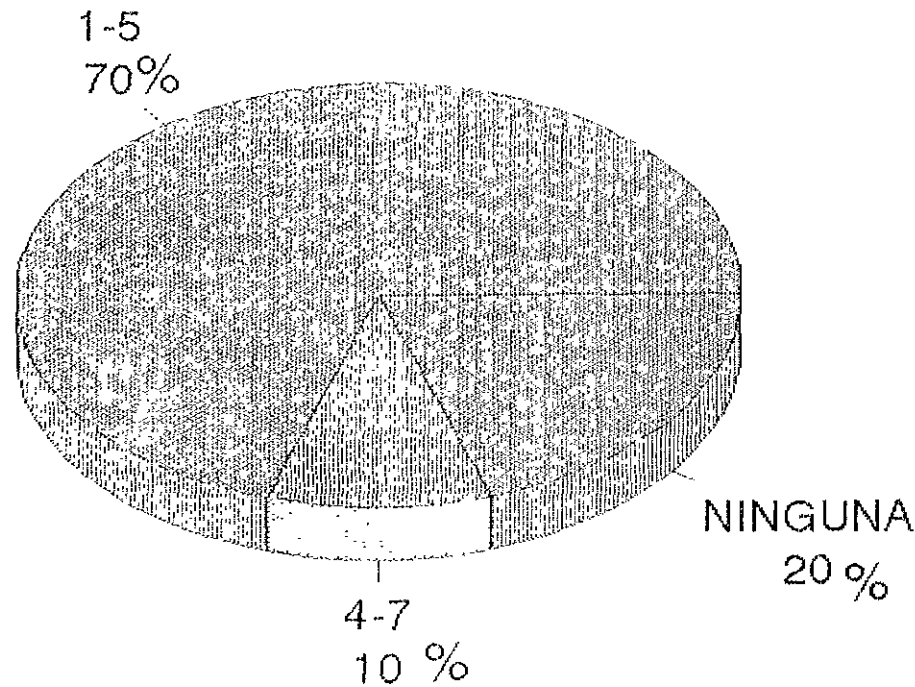
GRUPO 1



ETS ANTERIORES AL VIH=80%

RESULTADO CAP

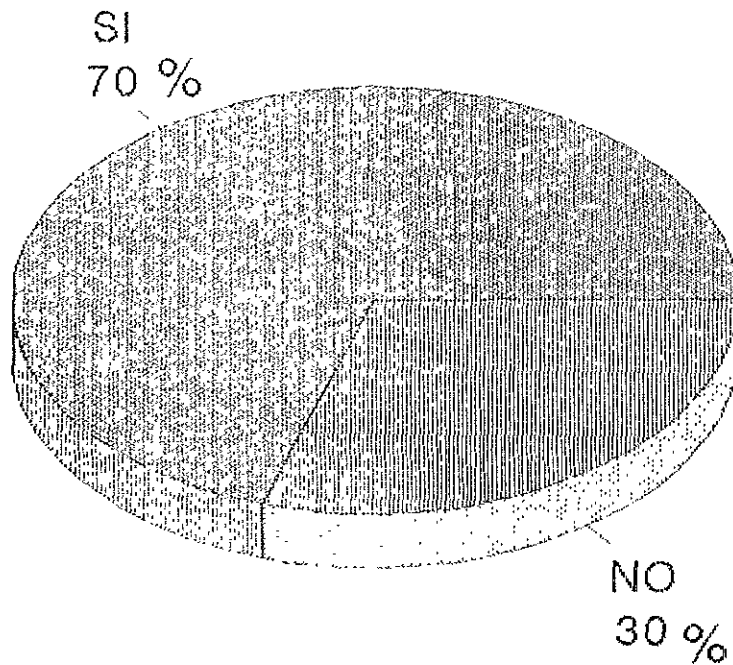
GRUPO 1



PAREJ.HOMO/ULTIMOS 3 MESES

RESULTADO CAP

GRUPO 1

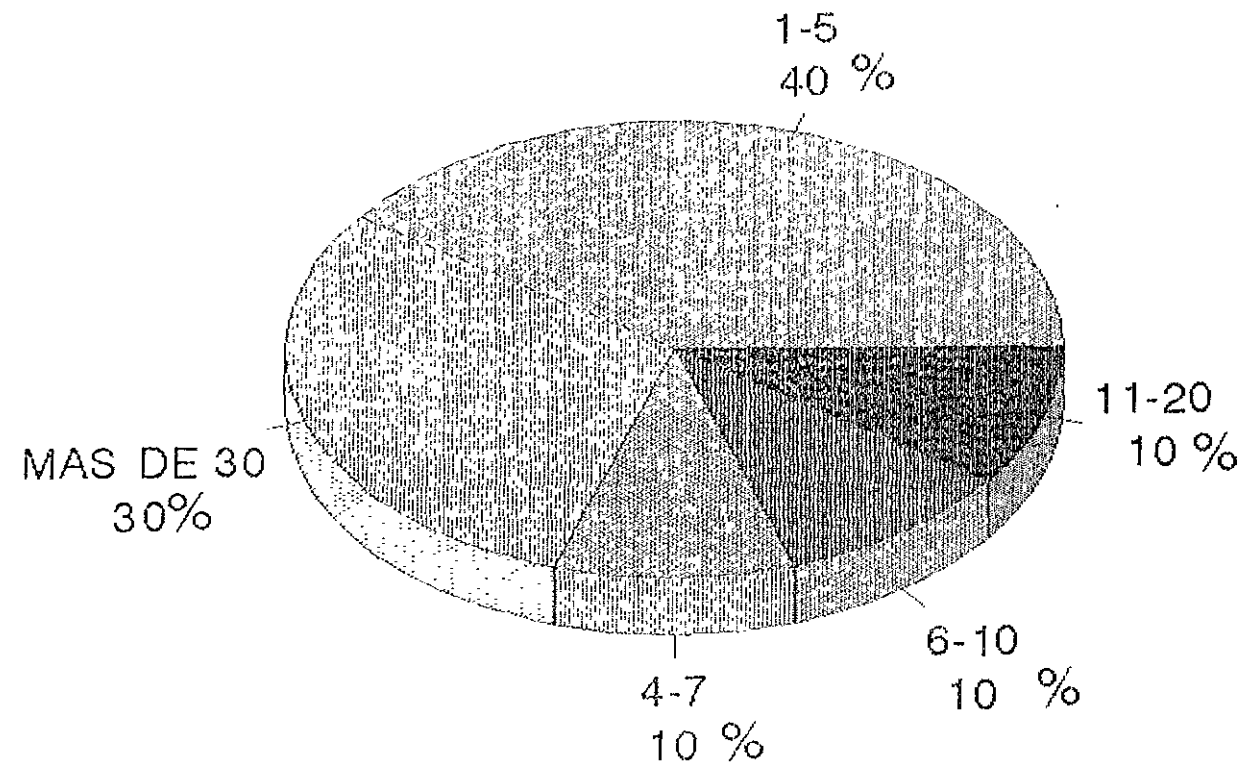


REL/SEX. CON CONDON ULTIMOS 3M.

RESULTADOS CAP

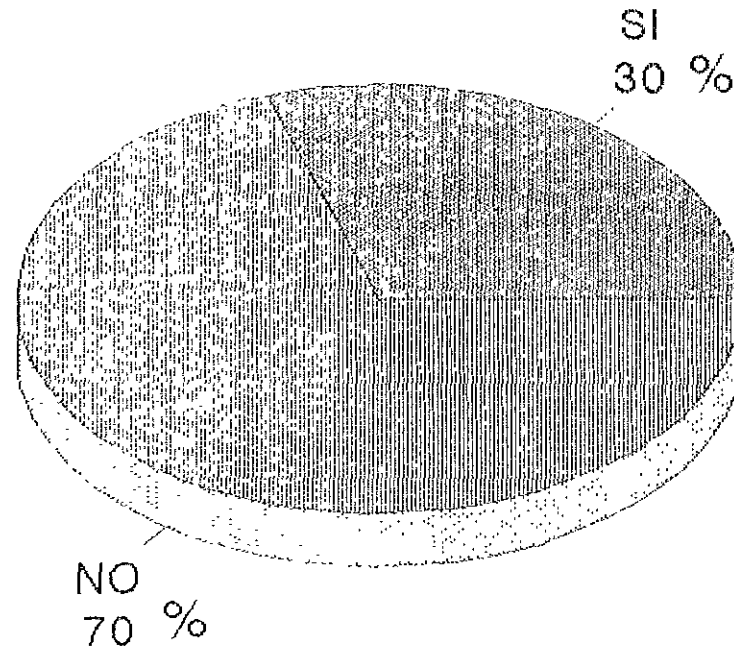
Nº DE PAREJAS HOMOSEXUALES

ENCUESTAS CAP GRUPO 2 DE NO TERAPIA.



RESULTADOS CAP

GRUPO 2



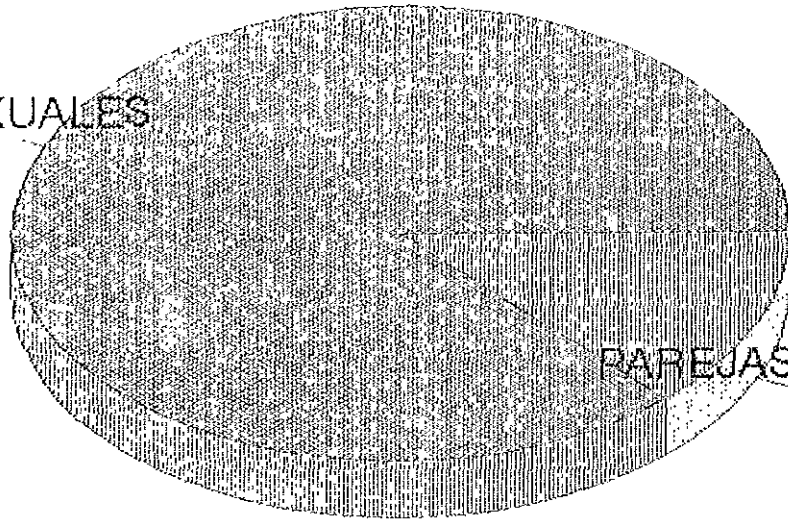
PAREJAS HOMOESTABLES

RESULTADOS CAP

GRUPO 2

RELAC. HOMOSEXUALES

100%

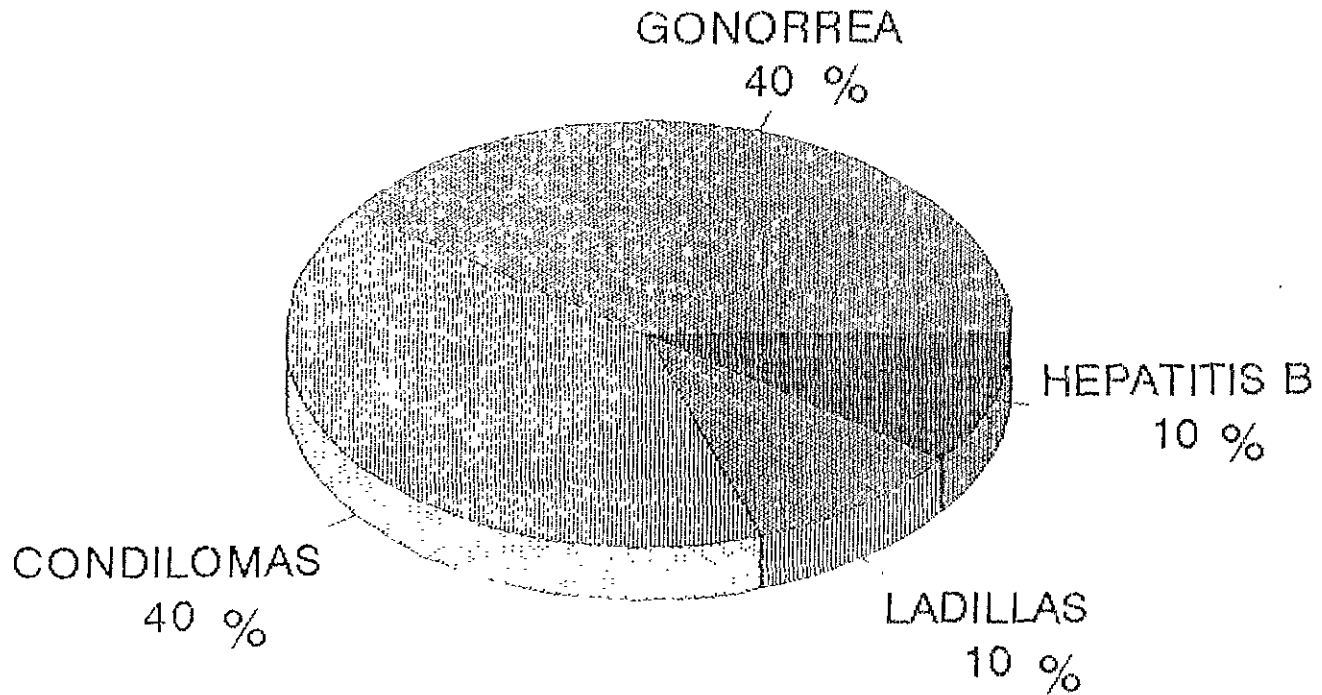


PAREJAS ESTABLES HETE.

15 %

RESULTADOS CAP

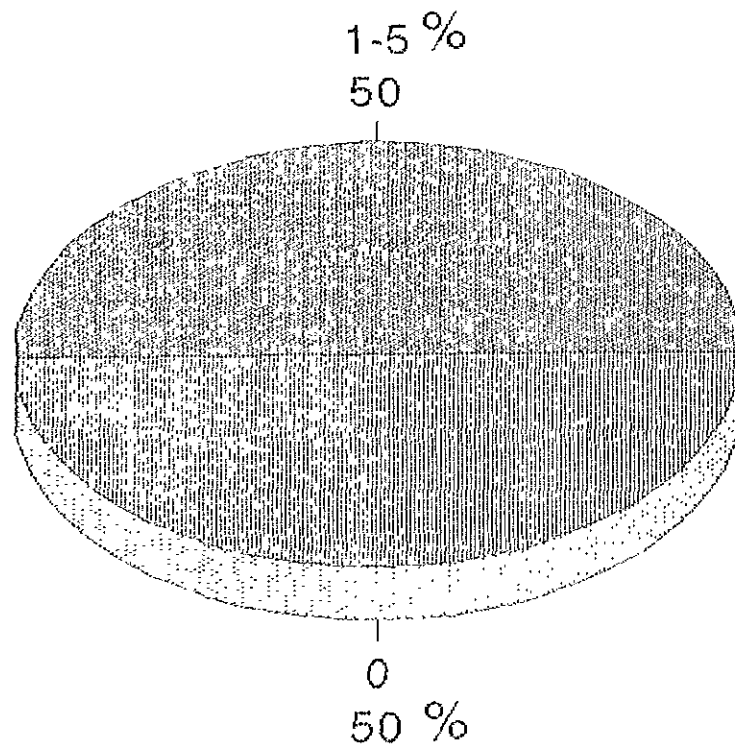
GRUPO 2



ETS ANTERIORES AL VIH=100%

RESULTADOS CAP

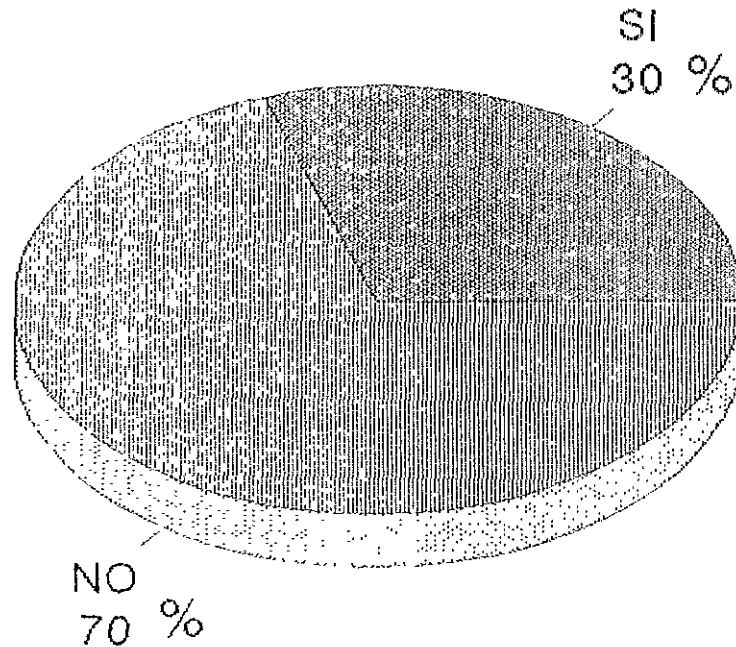
GRUPO 2



PAREJAS HOMO. EN LOS ULTIMOS 3 MESES

RESULTADOS CAP

GRUPO 2



REL.SEX. CON CONDON ULTIMOS 3 MESES

BIBLIOGRAFIA.

1. Acevedo, E.I. (1993) Información sobre SIDA. (Tesis Licenciatura). UNAM. México.
2. Alvarez, E; Díaz Loving, R: (1992) Sexo y Cultura. México.
3. Alfaro Martínez, L. (1991) Sexualidad y SIDA en el Adolescente. (Tesis Licenciatura) UNAM. México.
4. Arnol, Magda. (1970). Emoción y Personalidad. Losada. Buenos Aires.
5. Baudrillard, J. (1991) La Transparencia del Mal. Anagrama. Barcelona. España.
6. Bellack, S.(1989) Psicoterapia Breve y de Emergencia. Paidos. México.
7. Benitez Briesca, L. (1994) El SIDA en México. Vergara. México.
8. Bonilla Muñoz. (1993) Infidelidad en la Pareja. (Tesis Doctorado) UNAM.
9. Buendia Torres, G; Guemes, G., y Ortega, L (1993). Perfil Psicológico del Paciente Asintomático y del Sintomático con VIH. (Tesis Licenciatura). UNAM. México.
10. Butcher James N. and Williams Carolyn L. (1993). Essentials of MMPI-2 and MMPI- A Interpretation. University of Minnesota Press. Minneapolis. Usa.
11. Cahan, P.R. (1993). Psida (Un enfoque integral). Paidos. México.
12. Castanedo Secada Celedonio. (1988). Terapia Gestalt: Enfoque Centrado en el Aquí y Ahora. Herder. Barcelona.
13. Caruso Igor. (1989). La Separación de los Amantes. Paidos. México.
14. Caruso Igor. (1987) . Narcisismo y Socialización. Siglo XXI. México.
15. Cotte, C. (1993). SIDA y Sexo. Venezuela. Caracas.
16. Fagan Joen . (1978). Teoría y Técnica de la Psicoterapia Gestáltica. Amorrortu. Argentina.
17. Fleming Alaán F; Carballo Manuel; Fitzsimons D; Bailey Richael; and Man Jonathan. (1988). The Global Impact of AIDS. Alan R. Liss, Inc. New York. USA.
18. Freud, S. (1984) Obras Completas. Amorrortu. Buenos Aires.

- A Propósito de las críticas a la " Neurosis de Angustia" (1895)
 Tres Ensayos de la Teoría Sexual (1905)
 Carácter y erotismo anal (1908)
 Un Recuerdo Infantil de Leonardo Da Vinci (1910)
 Introducción al Narcisismo (1914)
 Pulsiones y Destino de Pulsión (1915)
 La Represión y lo Inconsciente (1915)
 De guerra y de muerte (1915)
 Más allá del principio de Placer (1920)
 Inhibición, Síntoma y Angustia (1926)
 Manuscrito G: Melancolía (1950).
19. Gaytan, E. (1995). Homosexualidad y Cambio Social. (Tesis Licenciatura). UNAM. México.
 20. Ginger, Serge; Ginger Anne. (1992) La Gestalt: Una terapia de contacto. Manual Moderno. México.
 21. Graham, John R. (1991). MMPI Guía Práctica. Manual Moderno. México.
 22. Godínez, I. A. (1995). El Proceso de Duelo y su Relación Con el VIH/SIDA. (Tesis Licenciatura). UNAM. México.
 23. González Sosa Réne. (1996) Apoyo Familiar y Depresión en el Paciente VIH. (Tesis Maestría) Universidad de Laa Américas. México.
 24. Hamilton, David. (1982) Social Cognition: Impact on Social Psychology. Sandiego Academic. USA.
 25. Hathaway, S. (1974). Atlas Clínico del MMPI. Manual Moderno. México.
 26. Hein Karen; Foy DiGeronimo T.(1991). SIDA: Verdades en Lugar de Miedo. Promexa. México.
 27. Jonsen Albert R. and Stryker Jeff (1993). The Social Impact of AIDS in The United Estates. National Academy Press. Washinton, D.C. USA.
 28. Kerlinger, E. (1991). Investigación del Comportamiento. Manual Moderno. México.
 29. Kübler Ross. (1985). Una luz que se apaga. Vergara. México.
 30. Kübler Ross. (1989). AIDS The Ultimate Change. Mc.Millan Publising Company. New York.
 31. Laplanche, P. (1981). Diccionario De Psicoanalisis. Labor. Buenos Aires. Argentina.

32. Lather Joel. (1980). El proceso creativo en la Terapia Gestalt. Diana. México.
33. López Muñoz, A. (1991). Mecanismo de Negación: Su Relación con la Infección por VIH. (Tesis Licenciatura). UNAM. México.
34. Lucio, E. (1995). Manual para la Administración y Calificación del MMPI-2. (Versión en Español). Manual Moderno. México.
35. Luquecoqui Ma. de las Mercedes. (1978) . Matrimonios Heterosexuales donde el Hombre es Homosexual. (Tesis Licenciatura). UNAM.
36. Llamas Ricardo. (1995). Construyendo Sidentidades. Siglo XXI. España.
37. Mays Vickie M.; Albee George W.; Schneider S. (1989). Primary Prevention of AIDS: Psychological Approaches. Sage Publications. USA.
38. Miller, D. (1993). Viviendo con VIH / SIDA. Manual Moderno. México.
39. Nasio J.D. (1989). El Dolor de la Histeria. Paidós. Buenos Aires.
40. Nava Rivera Armando. (1992). La Sexualidad del Futuro. Publicaciones UNAM: México.
41. Nuñez Rafael. (1970). Aplicación del MMPI a La Psicopatología. Manual Moderno. México.
42. Onga E; Moguel. (1991). El Uso de la Interpretación Transferencial en un Grupo de Psicoterapia de Tiempo Limitado. (Tesis Mestría). UNAM. México.
43. Olaf sander. (1990). SIDA La Pandemia del Siglo. Monte Avila. Universidad Central de Venezuela.
44. Olaiz Gustavo. (1988). SIDA La Epidemia que a Todos Afecta. Diana. México.
45. Orellan, A. (1991). Representación Social del SIDA en Adolescentes. (Tesis licenciatura). UNAM. México.
46. Perls Fritz. (1982). Terapia Gestalt: Teoría y Práctica. Concepto. México.
47. Rivera, ofelia. (1987). Inventario Multifácico de la Personalidad de Minesota. Diana. México.
48. Rogers, Carl. (1982). Grupos de Encuentro. Amorrortu. Argentina.
49. Romo Aguirre ,I.(1995). Homosexualidad y familia. (Tesis Licenciatura). UNAM. México.

50. Rossi H. Luisa. (1993) Prácticas Sexuales de Riesgo de Adquirir VIH. (Tesis doctorado). UNAM. México.
51. Rozembaum, W., Seux, D. (1985). SIDA: Realidades y Fantasmas. (Serie ciencia). Katum. México.
52. Salama Héctor. (1993). Esto es Gestalt. Manual Moderno. México.
53. Salama H. y Villareal Rosario. (1989). El Enfoque Gestalt: Una Psicoterapia Humanista. Manual Moderno. México.
54. Sepúlveda Amor, J.; Bonffam, M. y Ruis Palacios. (1990). SIDA Ciencia y Sociedad. Biblioteca de Salud Pública. México.
55. Sepúlveda Amor Jaime; Fineberg Hrvy and Mann Nonathan. (1994). SIDA Su Prevención a través de la Educación: Una Perspectiva Mundial. Manual Moderno. México.
56. Sontag Susan. (1969). Contrainterpretación: Estudio de Muerte. Joaquín Mortis. México.
57. Sontag Susan. (1991). El SIDA y sus Metáforas. Amorrortu. Argentina.
58. Stevens John. (1990). Esto es Gestalt: Compilación de artículos y Estilos de vida Gestálticos. Cuatro Vientos. Santiago de Chile.
59. Yontef Gary. (1995). Proceso y Dialogo en Gestalt. Cuatro Vientos. Santiago de Chile.
60. Zinker Joseph. (1995). El Proceso Creativo en la terapia Gestalt. Paidós. México.

HEMEROGRAFIA.

1. Aaronson, A.; Dent, O. and Kline Christofer. (1996). Cross Valiation of MMPI-2 Predictor Scales. 52,(3) 311-315.
2. Acebedo M.; Benavides J. y Zarabozo D. (1995). Evaluación de los Efectos de la Psicoterapia Grupal Breve de Corte Psicoanalítico utilizando el MMPI. *Revista Mexicana de Psicología*. 12(1), 71-78.
3. Ampudia A. ; Duran C.; Lucio E. (1995). Confiabilidad de las escalas Suplementarias del MMPI-2 . *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 2,
4. Arbisi Paul A. and Ben- Porath Yossef. (1997). Characteristics of the MMPI- 2 F(p) Scales as a Funtion of diagnosis in an Inpatient Sample of Veterans. *Psychological Assesment*. 9(2), 102-105. E. U.A.

5. Arranz P. y Carrillo de Albornoz. (1994). Intervención Psicológica En Niños y Adultos Afectados de SIDA. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 47 (2), 183- 191. España.
6. Bayés Ramón. (1994). Aportaciones del Análisis funcional de la conducta al Problema del SIDA. *Revista Iberoamericana de Psicoanálisis*. 4; 35-56.
7. Ben - Porath; Yossef S. (1997). Use of Personality Assessment Instruments in Empirically Guided Treatment Planning. *Psychological Assessment*. 9(4),361-367.
8. Butcher James N. (1997). Introduction to the special Section on Assessment in Psychological Treatment : A Necessary Step for Effective Intervention. *Psychological Assessment*. 9(4), 331-333.
9. Carpio; Bracho; D´Carpio A.y Anderson, C. (1992). Programa: "Comida para el Pensamiento"; un Enfoque Participativo en la Prevención del SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 24 (1 y 2) 137- 156.
10. Castro Perez, R. (1989). Aspectos Psicosociales del SIDA. *Revista de Salud pública*. 30 (4), 156-170. México.
11. Clark Michel E. (1996). MMPI- 2 Negative Treatment Indicators Content and Content components Scales: Clinical correlates and Outcome Prediction for Men With Chronic Pain. *Psychological Assessment*. 8(1), 32-38. USA.
12. Coates Thomas J. (1992). Prevención del SIDA: Logros y Prioridades. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 24(1 y 2),17-33.
13. Díaz Loving, R.; Camacho, R.; Vallada. Y Andrade, E. (1990). El SIDA y su Representación Social en México. *Revista de psicología Social*. México.
14. Díaz Loving, R.; Andrade, E. (1992). El SIDA y La Percepción de Riesgo en Estudiantes Universitarios. *Revista Mexicana de Psicología Social*. 4,182- 203.
15. Díaz Loving, R.; Pick, S. (1992). El SIDA Sus Medios de Prevención y Su Representación Social en México. *Revista Mexicana de Psicología*. 11,(1) 27- 32.
16. Díaz Loving, R.; Rivera Aragón O. (1994). SIDA, Perspectiva Psicológica de un Problema de Salud Mundial. *Investigación Psicológica*. 2, 20- 47. UNAM. México.

17. Fortaine Kevin R.; Mc. Kenna and Cheskin Laurence. (1997). Support Group Membership and Perceptions of Control Over Health in VIH Men. *Journal of Clinical Psychology*. 53(6), 249-255.
18. Gómez Alva, A. (1987). Reacciones Psicológicas ante el SIDA. *Revista de Psicología Del Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social*. México. 8; 61-65.
19. Graneros Mirta. (1984). Diferencias Entre Homosexuales y Heterosexuales en Comportamiento y Personalidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 16,(3), 401-420.
20. Gurtman Michael B. (1996). Interpersonal Problems and the Psychotherapy Context: The Construct Validity of the Inventory of Interpersonal Problems. *Psychological Assessment*. 8 (3), 241-255.
21. Haley James. (1997). MMPI-2 Norms. Comparations with a Census Matched Subsample. *Psychological Assessment*. 9(4), 13-24.
22. Hernandez A. y Bonilla M. (1996). El Significado de Salud y Enfermedad en Pacientes VIH/ SIDA. *Revista Intercontinental de Psicoanálisis Contemporáneo*. 1,(1 y 2), 193- 197.
23. Kelly, J.; y Laurent. (1989). A Group Intervention to Reduce AIDS risk in Gay Men. *Psychopathology and Prevention*. 12, (4) 16-32. Sage Publications. USA.
24. Lilienfeld Scott. (1996). The MMPI-2 Antisocial Practices Content scale; (Construct Validity and Comparison With the Psychopathic Deviate Scale). *Psychological Assessment*. 8,(4) 388-397.
25. Littrell, J. L. (1996) How Psychological States Affect the Immune System: Implications for Interventions in the VIH Context. *Health & Social Work*. 21 (4), 287-293.
26. Lucio E.; Reyes I. (1994). La Nueva Versión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, el MMPI-2, Para Estudiantes Universitarios Mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*. 11(1) 45-54
27. Lucio E.; Valencia Ma. (1997) Detección del Perfil de los Sujetos Simuladores y de los Sujetos Honestos, por medio de las Escalas del MMPI-2. *Revista de Salud Mental*. 20(4) 23-33.
28. MacNeill Horton, A. (1997). Substance Abuses and Personality in MMPI-2. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 19 (2), 37-45.

29. Mass-Yebra I. Ruarter A. (1993). Frecuencia de Anticuerpos Refentes al SIDA en el Enfermo Mental. *Psiquis*.14(6-8) 235-240. España,
30. Miller Harol and Goldberg David. (1995). What's in a name? The MMPI-2 Pstd Scales.51, (5),626-631
31. Neil, R.; Denise, J.; Wilson O'Conor,D. (1996). 27, (1-6) 573-580.
32. Newman Martyn L. and Greenway Philip. (1997). Therapeutic Effects of Providing MMPI-2 Test Feedback to Clientes at a University Counseling Service: A Collavorative Aproach. *Psychological assesment*. 9(2), 122-131.
33. Ortiz Reynaldo. (1992). Grupos de Apoyo en Homosexuales: Caso Puesto Rico. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 24 (1 y 2), 189- 200.
34. Peña; Megargee.(1996)
35. Prohask; Albriche; Levy. (1996). SIDA en la Comunidad Homosexual. *Revista Intercontinental de Psicoanálisis contemporáneo*. 1(2) 136- 148.
36. Saboga, F. Sand; Reyes, R.; Aguirre, V; Gregmang. (1992). Hombres Latinos Gays y Bisexuales: Una comunidad en alto Riesgo del VIH/ SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 24 (1 y 2) 57- 66.
37. Sandín B.; Choroí, P. Santed. (1992). Estrés y Enfermedad. (Inventario de relaciones Interpersonales de Grossarth. *Revista de Psicología General y Aplicada*.45(4),391-396.
38. Stavienhages,R.(1991).Primary Prevention of AIDS.,Psychological Aproaches. *Psychopatology and Prevention*. 12, (6) 160-187. *Sage Publications*. USA.
39. Vazquez Fontanela A. (1994), MMPI-2 Resultados de Una Encuesta en 500 Estudiantes de Formación Profesional. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 47,(3) 349-352.
40. Vinex Linda K. and Walker Levinia. (1995). Anxiety in Community- Based AIDS Care Givers and After Personal Construct Counseling. 51, (3),274-277.
41. Weter Martha and Deitsch Sarah.(1996). Fakig Specific Disorders and Temporal Response Consistency on the MMPI-2. *Psychological Assesment*. 8(1), 39-47. USA.