

302925



UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO

ESCUELA DE PSICOLOGIA

INCORPORADA A LA U.N.A.M.

“PROPUESTA DE TRATAMIENTO PSICOLOGICO  
PARA EL PACIENTE CON VIH - SIDA”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

IVONNE CABALLERO LARA

DIRECTOR DE TESIS

LIC. JOSE MIGUEL HERNANDEZ BARAJAS



MEXICO, D.F.

2001



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.

### *A MIS PADRES*

*Ignacio y Martha quienes siempre confiaron plenamente en mí y me alentaron a alcanzar mis metas brindándome su cariño.*

### *A MIS HERMANOS*

*Edgar y Arleen que con su amor y respeto me impulsaron a la superación continua.*

### *A MIS ABUELOS*

*Rafael y Georgina que han sido para mí un ejemplo a seguir quienes me enseñaron que el amor es el sentimiento más maravilloso que existe.*

### *A MI ESPOSO*

*A ti Alberto que has compartido conmigo alegrías y tristezas que me has apoyado en todo momento brindándome siempre cariño y comprensión que has sido para mí la fuerza que me impulsa a seguir adelante.*

### *A MIS HIJOS*

*Alberto y Rafael quienes con su inmenso amor han sido capaces de brindarme fortaleza y consuelo cuando mi mundo se torna gris impulsándome a continuar sin desfallecer por un mejor mañana.*

*A MI ASESOR*

*Lic. J. Miguel Hernandez  
Barajas por el interés y apoyo que  
me brindo para la realización de  
esta tesis.*

*A MIS AMIGAS*

*Leticia Rivas de Z. y Dora  
Garcia L. que aun en la distancia  
siempre han estado conmigo gracias  
por su amistad.*

*En especial dedico esta tesis  
al Dr. Alberto Rodríguez C. y a la  
Profa. Magdalena Rodríguez H. por  
estimular y apoyar mi formación  
profesional.*

## INDICE

Justificación	
Objetivo	
Tipo de investigación	
Introducción	1
CAPITULO I	ANTECEDENTES SOBRE EL SIDA
1.	Antecedentes médicos 4
1.1	Descubrimiento e identificación del VIH 5
1.2	Causa de la enfermedad por VIH 6
1.3	Diferencia entre VIH y SIDA
1.4	Vías de transmisión del VIH 7
1.4.1	Transmisión vertical 8
1.4.2	Sistema de atención médica
1.5	Variaciones regionales en los modos de transmisión del VIH 10
1.6	Epidemiología de la infección por VIH - SIDA 11
1.7	Implicaciones sociales y económicas de la infección por VIH-SIDA 12
1.7.1	En los Países desarrollados
1.7.2	En los Países en desarrollo
CAPITULO II	EL ORGANISMO Y LA ENFERMEDAD
2	Las defensas del organismo contra la enfermedad 14

2.1	Tipos de pruebas de laboratorio para la detección del HIV	15
2.1.1	Diagnostico de anticuerpos del VIH por el método Elisa	
2.1.2	Confirmación de la presencia de anticuerpos del virus del VIH mediante la prueba de Western Blot	
2.1.3	Detección del virus del VIH mediante el DNA con el método de biología molecular llamado PCR "prueba de reacción en cadena"	
2.1.4	Antígeno P24 del virus del VIH mediante la prueba de Elisa	16
2.1.5	Recuento de linfocitos CD4	
2.1.6	Carga viral mediante el método de PCR "prueba de reacción en cadena"	
2.2	Relación medico paciente	
2.3	Tratamientos farmacológicos contra el SIDA	18

### CAPITULO III ACOMPAÑAMIENTO PSICOLOGICO

3	Manifestaciones psicológicas en las personas con VIH-SIDA	20
3.1	Descompensación psicológica ante la notificación	
3.1.1	Vida sexual	
3.1.2	Expectativas de vida	21
3.1.3	Tratamientos	
3.1.4	Notificación a la familia	
3.1.5	Relación de pareja	
3.1.6	Medidas de salud general	22
3.1.7	Muerte	
3.2	La familia y el enfermo	

3.3	Impacto del VIH-SIDA en la identidad	24
3.4	Impacto del VIH-SIDA en la sexualidad	25
CAPITULO IV PROPUESTA PSICOLOGICA		
4	Los límites de la medicina	28
4.1	Emociones y sentimientos del paciente	29
4.2	Conflictos en la familia ante la enfermedad	31
4.3	La primera entrevista	
4.4	La psicoterapia	33
4.5	Técnicas cognitivas	34
4.5.1	Terapias cognitivas	35
4.5.2	Problemas de salud y trastornos emocionales desde el punto de vista de la TRE "Terapia Racional Emotiva"	
4.5.3	La modificación del componente afectivo	37
4.5.4	Descatastrofizar	38
4.5.5	Estrategias de afrontamiento	39
4.5.6	Terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad	
4.5.7	Los aspectos cognitivos más importantes de la ansiedad	40
4.5.8	Aspectos de la evaluación de la ansiedad	41
4.5.9	Las ideas irracionales que causan y mantienen las perturbaciones emocionales	
4.6	La PNL "programación neurolinguística" encaminada hacia el bienestar físico y mental	63
4.6.1	Niveles neurológicos	65



4.7	Técnicas conductuales	67
4.7.1	El entrenamiento en relajación	
4.7.2	La distracción	
4.7.3	Autocontrol	68
A)	Aplicación del Autocontrol	
4.7.4	Terapia asertiva	69
4.7.5	Entrenamiento por inoculación al estrés	70
4.7.6.	Desensibilización sistemática	71
4.8	Aportación psicoanalítica de la angustia normal y patológica	73
4.9	Enfoque ecléctico	74

## CAPITULO V METODOLOGIA

5.1	Planteamiento del problema	76
5.2	Objetivo general	
5.3	Objetivos específicos	
5.4	Obtención de datos	77
5.5	Procedimiento	

Conclusiones

Glosario

Bibliografía

## JUSTIFICACION

En nuestra sociedad actual existe la necesidad de brindar atención profesional psicológica al enfermo con el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y al enfermo por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana aunada a su tratamiento médico de tal forma que se promueva integralmente al bienestar del paciente. De la misma manera surge la necesidad de enfocarnos a la tarea de practicar terapias breves y de emergencia por la magnitud del caso, con una filosofía de confrontación que nos permita por medio de la movilización de los recursos emocionales de cada paciente proporcionar apoyo psicológico para que viva mejor el proceso de la enfermedad.

El creciente número de sujetos expuestos al contagio hace de esto una tarea difícil el hecho de proporcionar a la humanidad medidas de prevención, fomentar prácticas de sexo seguro y sobre todo enseñar al ser humano que la genitalidad no la única forma de obtener placer en la vida, que existe la necesidad de enseñar a niños y adolescentes con el ejemplo mismo de nosotros los adultos que la fidelidad no acabe por ser un mito, este aspecto también es asunto de la psicología la cual puede ayudar en gran medida en este proceso de reeducación.

## OBJETIVO

El objetivo de esta tesis radica en enfatizar la importancia que tiene el que el enfermo por SIDA o VIH tenga atención psicológica, comprender el sentir del paciente así como las emociones que atraviesa a lo largo de este proceso infeccioso de tal forma que se le pueda ofrecer mejor calidad de vida. Mostrar técnicas cognitivo conductuales es otro de los aspectos importantes que se pretende mostrar en esta tesis a manera de terapéutica breve y efectiva.

## TIPO DE INVESTIGACION

La presente investigación es de tipo Documental, ya que por el tipo de características de los sujetos de estudio es necesario resaltar las investigaciones efectuadas tanto en el campo médico como psicológico ya existentes y hacer referencia a toda persona interesada en el tema que quiera profundizar en este campo de padecimientos físicos y emocionales que esta tesis le sirva de apoyo Bibliografico.

## INTRODUCCIÓN

El SIDA "síndrome de la inmunodeficiencia adquirida" es una enfermedad finalmente mortal.

Munrray, P. R.

El SIDA "síndrome de inmunodeficiencia adquirida" es causado por el virus de la inmunodeficiencia humana, designado internacionalmente por sus siglas en ingles: VIH (human immunodeficiency virus). El cual se propaga principalmente por el contacto sexual. La medida más eficaz contra la propagación del HIV y del SIDA es evitar infectarse con el virus, por lo tanto si se quiere controlar la pandemia de SIDA que esta asolando al mundo es necesario crear consciencia en la gente y que esta se dé cuenta de lo terrible que es padecer esta enfermedad.

El virus de la inmunodeficiencia humana es el causante de la enfermedad del SIDA al penetrar al organismo, el VIH ataca y destruye un componente del sistema inmunitario (los linfocitos CD4+) lo cual provoca finalmente una inmunodeficiencia en el organismo del ser humano.

El síndrome de inmunodeficiencia (SIDA) es un conjunto de síntomas relacionados con la infección por VIH y ocurre en las etapas avanzadas de la enfermedad, a medida que el virus destruye el sistema inmunitario, infecciones y tumores que no ocurren normalmente aparecen y pueden causar trastornos graves e incluso terminar con la vida del enfermo.

Actualmente no se conoce ninguna cura como tal para la infección por el VIH ni para el SIDA más sin embargo los avances de la Ciencia medica han hecho posible el descubrimiento de numerosos fármacos que impiden que el virus siga su devastadora evolución y permiten al enfermo una mejor calidad de vida, e incluso se podría hablar de posibilidades de cura en algunos casos. Pero que pasa con la parte emocional del paciente esta también es de suma importancia, como se siente el enfermo cuáles son sus temores sus expectativas de vida y que apoyo psicológico es posible brindarle para ayudarlo a seguir adelante. Por tal motivo he considerado de gran valía hacer una investigación documental sobre este tema con la finalidad de lograr conjuntar ambas partes, y que con ello sea posible de forma más integral recuperar en el enfermo por VIH/SIDA el deseo de vivir y de ayudarse a vivir.

El surgimiento del VIH y del SIDA constituye un reto sin precedente para la humanidad. El tratar temas delicados abiertamente, sin perjuicios ni reservas y enfrentarse a los numerosos tabúes sociales y personales que existen sobre la infección por el VIH y el SIDA, es sumamente importante por lo que existe la imperiosa necesidad de difundir mas información sobre el tema y de buscar canales de difusión eficientes que promuevan medidas de prevención y practicas de sexo seguro.

Es de considerable importancia tener un panorama general en cuanto a las situaciones que el enfermo tiene que enfrentar desde que descubre ser portador hasta que degenera en SIDA su infección por VIH. Puesto que el impacto psicológico es sumamente severo en el enfermo y es de fundamental importancia para su recuperación. Por tal motivo tratare específicamente este aspecto en el capítulo III de esta tesis.

La problemática del SIDA radica fundamentalmente en el ámbito de lo social, ya que nos aqueja a todos por igual; no es solo el enfermo el que se enfrenta a este mal, sino como nos afecta a las personas que nos encontramos con la triste noticia que algún ser querido amigo o familiar contrajo la enfermedad y de que forma podemos ayudarlo para disminuir su sufrimiento y como manejaremos nuestros temores ante tal situación.

El SIDA es considerado como una pandemia que se extiende con gran velocidad e implacable furia a nuestro alrededor; de allí la necesidad de conocer más sobre este tema del cual hablare en los dos primeros capítulos de la presente tesis. Conocer que es esta enfermedad y como es su evolución servirá para dar orientación en cuanto al manejo y tratamiento farmacológico del enfermo.

En base a lo anterior me surge como interrogante ¿De qué forma se puede suministrar terapia de apoyo o reestructurar cognitivamente a personas infectadas con el VIH y enfermos de SIDA, para que con ello se obtenga mayor eficacia en el tratamiento farmacológico además de brindarle apoyo psicológico, y evitar tratamientos cruzados que reduzcan las posibilidades de mejoría, así mismo también lograr un apego importante al tratamiento médico de tal manera que los pacientes no abandonen este y sean lo más constantes posible?

Finalmente considero de relevante importancia saber enfrentar las situaciones que surgen con la aparición de esta tan terrible enfermedad y poder ayudar a las personas con VIH y SIDA a transformar el proceso en algo más que en dolor y miedo.

## CAPITULO I

### ANTECEDENTES SOBRE EL SIDA

## CAPITULO I

### ANTECEDENTES SOBRE EL SIDA

#### I ANTECEDENTES MÉDICOS

Hace veinticinco siglos, Hipócrates enseñaba que estar sano era la prueba de que un individuo había alcanzado un estado de armonía consigo mismo y con el entorno y que aquello que afectaba a la mente afectaba también al cuerpo.

Esta perspectiva se perdió para el siglo XVII, cuando Descartes, dividió al ser humano en dos entidades distintas para su estudio: al cual llamo soma que era el cuerpo y psique que era la mente y así dos palabras distintas fueron tomadas por cosas distintas, lo cual llevó a un modo de pensar dualista y a una medicina dominada por el cuerpo. Las influencias psicológicas sobre el cuerpo no fueron reconocidas como objeto de estudio científico hasta el siglo XX. En cierta forma, se atribuía al cuerpo una realidad de la que carecía la mente, de modo que los pensamientos se hicieron irreales. Cualquier cosa que no tuviera un fundamento fisiológico visible y constatable era tachada de imaginaria. Lo subjetivo era desestimado y el paciente era un cuerpo que curar por lo que la medicina se concretaba al tratamiento de la enfermedad y de la dolencia como desviaciones de la norma biológica, e intervenía físicamente para compensar los desequilibrios existentes.

El periodo comprendido entre 1780 a 1850 fue conocido como la "era de la medicina heroica" desde luego había que ser un héroe para soportar los tratamientos, el más común de éstos, para gran cantidad de afecciones, era la sangría; normalmente, extraían medio litro de sangre por sesión. Otro tratamiento popular era la purga intestinal, inducida con frecuencia mediante una sustancia llamada calome (cloruro mercurioso), de modo que frecuentemente las personas sufrían envenenamiento por mercurio. Tales tratamientos heroicos debieron acelerar la muerte de muchos pacientes.

En 1803, un farmacéutico alemán sintetizó la morfina a partir del opio. A finales del siglo XIX, se sustituyeron los tratamientos heroicos por el uso de grandes cantidades de morfina y de cocaína. La heroína fue sintetizada en 1898 y comercializada con entusiasmo durante breve tiempo como eficaz remedio contra la tos.

Desde 1870 a la actualidad, la medicina ha realizado grandes avances en el terreno de la investigación y creación de innumerables medicamentos frente a una amplia gama de enfermedades infecciosas gracias al conocimiento del papel de los microorganismos como causa de enfermedades. En 1882, Robert Koch aisló el bacilo de la tuberculosis. Luis Pasteur ya había demostrado para entonces que era posible inmunizarse contra ciertas enfermedades, lo que les permitió prevenir enfermedades que habían matado a millones de personas, como la tuberculosis, la difteria, y la viruela.



A lo largo del siglo XX se han descubierto fármacos cada vez más efectivos, en los años cuarenta aparecieron los antibióticos y hoy se cura de forma rutinaria enfermedades que hasta hace poco eran mortales.

Sin embargo, la investigación farmacológica no cesa en su evolución, cada vez se enfrenta con nuevas y devastadoras enfermedades que por si fuera poco continuamente están creando resistencias a los fármacos ya existentes, por lo que si tomamos en cuenta que el tiempo que se invierte y el dinero en la investigación y elaboración de un determinado producto, Así como el tiempo de vida que este tiene valoraremos tales estudios que van en función de mejorar la salud del paciente por tal motivo sería recomendable que estos fármacos se administraran correctamente para con ello contribuir a su eficacia.

## 1.1 DESCUBRIMIENTO E IDENTIFICACIÓN DEL HIV

Actualmente sabemos que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA es causado debido a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). El cuadro clínico del SIDA fue reconocido por primera vez en Norteamérica a finales de la década de 1970, antes de que se identificara el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). En esa época los médicos empezaron a ver que ciertos grupos de individuos (homosexuales, haitianos, adictos a la heroína y hemofílicos a los que apodaron el club 4H) estaban muriendo a causa de infecciones por microbios que normalmente no constituyen un peligro importante para la salud en la población general. En particular, era común entre los homosexuales afectados un tipo de neumonía la causada por el neumocistis carini y un tipo infrecuente de cáncer sarcoma de kaposii. (1)

En 1982 se estableció una definición clínica del SIDA basándose en la combinación de síntomas que presentaban esos pacientes. La epidemiología del síndrome sugería la intervención de un agente infeccioso que se transmitía a través de las secreciones genitales y de la sangre. (2)

El virus causante del SIDA fue aislado por primera vez en el año 1983 y ahora recibe el nombre de HIV-1. En 1985 se aisló de pacientes del África occidental una nueva variante del HIV, a la que se le llamo HIV-2, el HIV-1 es una cepa predominante en todo el mundo mientras que en África occidental predomina el HIV2. También se han reportado casos aislados de HIV-2 en Europa y América.

---

(1).- YASHWANTRAI, N. The Biochemistri of AIDS. and Rev. Biochem 1991

(2).- Idem

## 1.2 CAUSA DE LA ENFERMEDAD POR HIV

El HIV infecta y destruye componentes del sistema inmunitario (en particular los linfocitos CD4 , que son un tipo de glóbulos blancos o leucocitos). Por lo que al paso del tiempo, la infección por el HIV causa una disminución masiva del numero de linfocitos CD4 y un estado de inmunodeficiencia, en el que se deterioran los mecanismos de defensa que protegen al organismo contra las infecciones. Cuando se presenta la infección por el virus (HIV) se predispone al organismo al desarrollo de cierto tipo de cáncer y lo hace más susceptible a infecciones por microbios que usualmente no causan enfermedades en el hombre. Esas singulares infecciones son llamadas en conjunto infecciones oportunistas, y a menudo ocurren en los pulmones.

Aunque algunas personas infectadas con el HIV experimentan un síndrome semejante al de la mononucleosis infecciosa o fiebre ganglionar en las semanas siguientes a la infección inicial, se presentan asintomáticas durante varios años,(periodo de unos diez años el cual generalmente no presentan ninguna muestra de enfermedad) durante todo ese tiempo el sistema inmunitario trata de suprimir el virus del organismo, pero implacablemente el HIV sigue infectando y destruyendo a las células CD4, hasta que disminuye drásticamente el numero total de estas. Entonces, el individuo infectado sufre una creciente inmunodeficiencia y se manifiesta el SIDA.

El SIDA es un síndrome compuesto de muchos síntomas, que se puede manifestar en forma de enfermedades características, como la neumonia por Neumocistis Carini y Sarcoma de Kaposi. Sus consecuencias clinicas típicas incluyen una amplia variedad de infecciones oportunistas y afecciones cancerosas, que finalmente causan la muerte. Esas enfermedades características se pueden usar en clínica para identificar el SIDA y se les llama enfermedades que definen el SIDA

## 1.3 DIFERENCIA ENTRE HIV Y SIDA.

El virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) es el causante de la infección por HIV y el SIDA. Sin embargo, ser HIV-positivo no significa automáticamente que esa persona tiene SIDA, pues generalmente este síndrome se manifiesta mucho después de la infección inicial con el HIV. Como indica su nombre, el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un conjunto de síntomas y signos que producen un patrón patológico asociado típicamente con la deficiencia inmunitaria causada por el HIV.

No existe una definición universalmente aceptada del SIDA. Para vigilar la propagación de la infección por el HIV y del SIDA en todo el mundo, los centros para el control y la prevención de enfermedades de Estados Unidos han adoptado una definición según la cual una persona tiene SIDA cuando: "Su cuenta de linfocitos CD4 disminuye ha menos de 200 células por microlitro de sangre (o a menos del 14% del total) y tiene positivas las pruebas de laboratorio para el HIV".

#### 1.4 VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL HIV.

- El HIV puede ser transmitido por el contacto con determinados líquidos corporales infectados, en particular el semen, las secreciones vaginales y la sangre. (3)
- El uso de agujas hipodérmicas contaminadas. (que es un mecanismo de transmisión de creciente importancia)
- La transmisión de la madre al hijo durante el embarazo y el parto.
- Dentro del sistema de atención de la salud, por el uso o la exposición a productos sanguíneos, trasplantes o semen contaminados, o entre pacientes y profesionistas de la salud infectados con el HIV. En los países en los que la sangre y los tejidos donados son sometidos sistemáticamente a pruebas de detección de anticuerpos HIV, este modo de transmisión es muy raro.
- La principal vía de transmisión del HIV es el contacto sexual durante el cual la transmisión puede ocurrir a través del semen, las secreciones vaginales o la sangre. (4) es importante tener en cuenta que el HIV es transmitido por la mezcla de esos líquidos corporales por lo que el coito con cualquier persona infectada, del sexo que sea, facilita la transmisión del virus. (5) También es importante saber que hasta ahora no hay ningún caso registrado de transmisión del HIV por el solo contacto directo con la piel de una persona infectada.
- Por transfusiones sanguíneas, trasplantes de órganos y tejidos contaminados o por productos derivados de plasma sanguíneo como por ejemplo factores de coagulación

---

(3) OSMOND, D. H. and PADIAN, N. Sexual transmission of HIV eds. The AIDS Knowledge Base 2nd. ed. New York, 1994.

(4) Ibidem

(5) Ibidem

#### 1.4.1 TRANSMISION VERTICAL

El SIDA en niños fue reportado por primera vez en 1982.<sup>(6)</sup> En el 80 % de todos los casos pediátricos de infección por el HIV, el virus fue transmitido de la madre al hijo por "transmisión vertical" durante el embarazo y el parto. El HIV ha sido detectado en la leche materna, y también puede ser transmitido por esa vía.<sup>(7)</sup> Por consiguiente, la frecuencia de la infección por el HIV en lactantes está estrechamente relacionada con su frecuencia en la población femenina sexualmente madura. Se calcula que en Estados Unidos y Europa el riesgo de que los recién nacidos de madres infectadas con el HIV también estén infectados es de 25-35%. En esos países los niños constituyen aproximadamente el 2% el número total de casos de infección con el HIV.<sup>(8)</sup>

En África, los recién nacidos de madres infectadas con el HIV tienen una probabilidad calculada de 30-52% de estar infectados también, y forman entre el 15 y el 20% del número total de personas infectadas con el HIV.<sup>(9)</sup>

El pronóstico de los niños con HIV adquirido por transmisión vertical no es bueno. En países desarrollados, donde esos recién nacidos son supervisados estrechamente, aproximadamente 25% llegan a presentar SIDA o mueren su primer año de vida. La causa más frecuente de la muerte es la neumonía por *Pneumocystis Carinii*.<sup>(10)</sup>

En el 75% restante la progresión de la enfermedad es más lenta, pero aún no se ha determinado con mayor exactitud su pronóstico.

#### 1.4.2 EL SISTEMA DE ATENCIÓN MEDICA

Desde 1982 se ha reportado repetidamente la infección por el HIV después de una transfusión de sangre, cuando ese problema estaba en su punto máximo, en algunas partes de Estados Unidos se calculo que más de una de cada cien unidades de sangre estaba contaminada con el HIV. Por lo que se sometió a investigación a productores de derivados sanguíneos de Estados Unidos y Francia por retardar las aplicaciones de pruebas de detección del HIV y el reporte de datos de investigaciones realizadas en 1985 que indicaban la presencia de trazas de HIV en productos sanguíneos.

---

(6) PECKHAM, C. and GIAQUANO, C. HIV infections of children, Ed. ABC of AIDS, 3rd. ed. London 1993.

(7) GIBB, D. and PECKHAM, C. HIV infections in infants and children. *Medicine International*, 1993.

(8) *Opus cit.*

(9) *Ibidem*

(10) *Ibidem*

Hoy se calcula que sólo una de cada 225,000 transfusiones realizadas en Estados Unidos transmite el HIV , y aproximadamente 2% de todas las infecciones por el HIV han sido atribuidas a sangre o derivados sanguíneos contaminados.(11) Igualmente, la mayoría de las infecciones por HIV causadas por trasplantes de órganos o tejidos contaminados ocurrieron antes de la implantación de las pruebas de anticuerpo anti-HIV.

En algunos países en desarrollo las personas pueden vender su sangre a instituciones que la compran. Estudios realizados en la India han hallado que hasta 85% de los donadores de sangre pagados pueden ser HIV positivos. Por lo tanto, en algunos lugares en los que los recursos para efectuar pruebas de HIV en la sangre son limitados las transfusiones son menos seguras y en muchas partes del mundo donde no se hacen esas pruebas sistemáticamente aún ocurren infecciones por HIV por transfusiones de sangre.

Los productos derivados de plasma sanguíneo, como factores de coagulación, albúmina e inmunoglobulinas, tienen un mayor riesgo de transmisión del HIV, por que se obtienen de mezclas de sangre de miles de donadores, lo cual significa que un solo donador infectado puede contaminar todo un lote de derivados sanguíneos si no se neutraliza eficazmente el HIV durante la elaboración.(12) Antes de 1984, factores de la coagulación contaminados con HIV infectaron a muchos receptores. Aproximadamente 80% de los pacientes con hemofilia A y 50% de los pacientes con hemofilia B tratados con esos productos fueron infectados con el HIV.

Hoy los factores de la coagulación son mas seguros, por que en los últimos diez años se ha desarrollado y aplicado nuevas técnicas para inactivar el HIV.

El HIV puede ser transmitido entre los pacientes y los profesionistas de la salud, por medio de pinchazos accidentales con las agujas hipodérmicas. Se calcula que "el riesgo de transmisión por este medio es de alrededor de 0.4% esa baja incidencia de transmisión es debida en parte en que para causar la infección es necesaria la introducción de un volumen mayor de líquido contaminado con el HIV. Se tiene reportado en todo el mundo unos 150 casos de transmisión del HIV de pacientes a profesionistas por este conducto".(13)

---

(11) Ibidem

(12) DONEGRAN, E. Transmission of HIV Blood Products, eds The AIDS Knowledge 2nd. ed. New York 1994.

(13) Ibidem

## 1.5 VARIACIONES REGIONALES DE LOS MODOS DE TRANSMISIÓN DEL VIH

Los patrones de propagación de la infección del VIH y la incidencia de nuevos casos de SIDA en los distintos grupos de individuos difieren de la región geográfica. Norteamérica, Sudamérica, Europa Occidental, Escandinavia, Australia y Nueva Zelanda: En estas regiones la infección por el HIV ha ocurrido predominantemente entre los hombres homosexuales ( 58% en Estados Unidos, 77% en Gran Bretaña, (14) ), seguidos por los adictos a drogas intravenosas. En conjunto, esos dos grupos representan aproximadamente 80-90% del total de infecciones por VIH en esas regiones.(15)

Africa, El Caribe y algunas áreas de América Central.

En estas regiones, la transmisión del HIV es en gran parte resultado del contacto sexual entre personas de distinto sexo (heterosexuales) y los números de hombres y mujeres infectados son aproximadamente iguales.(16) En África es muy escasa la propagación por el uso de drogas inyectables, aunque en Centroamérica y el Caribe el uso de drogas intravenosas ilegales puede ser un factor contribuyente.(17) Se cree que en África la infección también está muy extendida entre las personas dedicadas a la prostitución.(18)

Europa Central y Oriental, y Rusia:

En estas regiones, los pocos casos reportados de infección con el HIV han sido atribuidos generalmente a productos sanguíneos contaminados importados o a relaciones sexuales con extranjeros. (19) Sin embargo, los datos que se van conociendo indican que se ha subestimado mucho la frecuencia de la infección por el VIH. Aun no se a definido bien el patrón general de propagación del HIV, y los recientes disturbios políticos en esas regiones pueden haber dificultado el reporte de los casos de SIDA a la OMS. (Organización Mundial de la Salud)

Sudeste Asiático

Se esta notando que en el Sureste de Asia la transmisión del HIV esta siguiendo un patrón similar al que se tiene en África, donde ocurre principalmente por contacto heterosexual con personas infectadas. También contribuyen significativamente a la transmisión del HIV en esas regiones la prostitución y el extenso uso de drogas intravenosas en las grandes ciudades como Bangkok y Bombay y en áreas de Tailandia, Burman y Cambodia. (20)

---

(14) ibidem

(15) CROCKCROFT, A. and WILLIAMS, S. Occupational Transmission of HIV and Management of accidental blood exposures. *Medicine International*, 1993.

(16) Opus. cit.

(17) ibidem

(18) pus. cit.

(19) Idem.

(20) Idem

## 1.7 IMPLICACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS DE LA INFECCIÓN POR EL POR EL HIV Y DEL SIDA

### 1.7.1 EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS

En los países desarrollados el SIDA ha tenido, y esta teniendo, un efecto devastados sobre la morbilidad y la mortalidad, especialmente entre las personas jóvenes. De hecho, en Estados Unidos el SIDA es hoy una de las principales causas de muerte de hombres y mujeres menores de 45 años. (24)

Los costos directos de la atención medica de las personas infectadas son muy altos por lo que no están al alcance de la mayoría de los pacientes, Los datos de la investigación realizada en 1993 sobre el costo y la utilización de servicios por SIDA en Estados Unidos dieron un estimado del costo de la atención desde la infección inicial hasta la muerte del paciente de 119,000 dólares, 50,000 de los cuales se gastan antes de que se desarrolle el SIDA. (25) Además de ese costo personal, hay que considerar, los servicios de apoyo psicológico tanto para el paciente como para su familia.

### 1.7.2 EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO

En los países en desarrollo la reactivación de la tuberculosis latente es una causa mayor de muerte de las personas infectadas con el HIV. A menudo los costos directos de la medicación, aunados a la pobreza, hacen que sea insuficiente el tratamiento médico de la tuberculosis y de otras infecciones resultantes del SIDA. Muy probablemente la falta de tratamiento es la causa de que en los países en desarrollo sea menor el tiempo de supervivencia de los pacientes con alguna de las enfermedades que definen el SIDA.

En algunas regiones de África el costo indirecto para las comunidades es muy considerable, pues la mortalidad de adultos y jóvenes ha afectado gravemente la capacidad de esas comunidades para mantener los niveles de producción agrícola necesario para obtener alimentos y cosechas suficientes para la supervivencia. Los estimados de Organización Mundial de la Salud predicen que al final de esta década puede haber en África al sur del Sahara hasta diez millones de niños menores de 10 años cuyas madres habrán muerto a causa del SIDA. (26)

---

(24) Keenlyside, R.A. and Adler, M.W. DEFINITION AND EPIDEMIOLOGY OF AIDS. Medicine International 1993.

(25) Arnold, P. S. and Bonuck K. THE ECONOMICS AND FINANCING OF HIV DISEASE. eds The Aids Knowledge 2nd edition New York little brown and Co. 1994.

(26) Hawkes, S. and McAdam, K.P.W.J. AIDS IN THE DEVELOPING WORLD. Medicine International 1993.

## CAPITULO II

### EL ORGANISMO Y LA ENFERMEDAD



## CAPITULO II

### EL ORGANISMO Y LA ENFERMEDAD

#### 2. LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO CONTRA LA ENFERMEDAD

El término patógeno significa “que causa enfermedad”. Los agentes patógenos infecciosos incluyen bacterias, hongos, parásitos, virus y algunas otras clases. Los distintos tipos de agentes patógenos causan infecciones y enfermedades de diferentes maneras. Por ejemplo, el virus del resfriado común infecta las células de la mucosa nasal y puede ser transmitido de una persona a la otra por la tos y el estornudo. La intoxicación por alimentos, en cambio, suele ser causada por la ingestión de alimentos contaminados con bacterias que infectan las células del intestino y producen toxinas que provocan trastornos como vomito y diarrea. El HIV es transmitido por el semen, las secreciones vaginales, y la sangre, principalmente durante el coito, y la infección conduce finalmente al desarrollo del SIDA.

Existen cientos de agentes patógenos y organismos infecciosos cada uno de los cuales puede causar enfermedad de una manera distinta. La mayoría de los microorganismos patógenos tienen un efecto duradero en el cuerpo humano y son erradicados por los sistemas de defensa de éste, pero el HIV infecta y destruye directamente un tipo específico de leucocitos llamados células T auxiliares CD4+, y de ese modo provoca una inmunodeficiencia dichas células forman parte integral del sistema inmunológico y son muy importantes para defender al organismo contra los microbios patógenos por lo que se da lugar a las devastadoras infecciones y tumores típicos del SIDA que finalmente son los causantes de la muerte de las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana. La defensa del organismo contra la enfermedad comprende los sistemas inguinarios inespecífico y específico. Estos dos mecanismo interactúan para proporcionar una protección completa contra los microorganismos infecciosos y las sustancias extrañas. Las defensas inespecíficas comprenden las barreras naturales como la piel y sustancias antimicrobianas en las secreciones corporales, y reacciones inespecíficas como la inflamación, la fagocitosis y la acción de las células destructoras naturales, que actúan como una primera línea general de defensa contra una infección.

Las defensas específicas comprenden una respuesta mediada por células contra determinado germen patógeno. Los linfocitos b producen anticuerpos contra antígenos específicos y los linfocitos t regulan la interacción de otras células inmunitarias y controlan la intensidad de la respuesta inmune.

La interacción de los distintos componentes de los sistemas inguinarios inespecífico y específico produce una respuesta defensiva coordinada contra una amplia variedad de agentes infecciosos.

El sistema inmunológico puede desarrollar una memoria de un agente infeccioso. Esa inmunidad adquirida permite al organismo establecer una fuerte defensa si ese agente patógeno intenta atacarlo nuevamente en el futuro.

## 2.1 TIPOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO PARA LA DETECCIÓN DEL VIH

### 2.1.1 DIAGNOSTICO DE ANTICUERPOS DEL VIH POR EL MÉTODO DE ELISA. (Enzimas de Inmunoensayo).

Esta prueba de laboratorio se recomienda generalmente en pacientes con antecedentes de alto riesgo o con señales clínicas de la infección. También es utilizada para examinar unidades de sangre donadas con fines de transfusión. La prueba de ELISA detecta anticuerpos producidos naturalmente por su cuerpo para combatir la infección por el virus del VIH. Como dicha prueba es extremadamente sensible detecta niveles muy bajos de infección viral. Por esta razón, se obtienen resultados positivos.

### 2.1.2 CONFIRMACIÓN DE LA PRESENCIA DE ANTICUERPOS DEL VIRUS DEL VIH MEDIANTE LA PRUEBA DE WESTERN BLOT.

La prueba de WESTERN BLOT solamente se utiliza para confirmar los resultados positivos obtenidos con la prueba de ELISA. Esta prueba es muy específica ya que los anticuerpos obtenidos de la muestra de sangre reaccionan únicamente con las proteínas que forman parte de la estructura del virus del VIH. Aunque tanto la prueba de ELISA como la de WESTERN BLOT son muy confiables ambas pruebas dependen de la capacidad del cuerpo para tener una respuesta inmune contra el virus del VIH y formar los anticuerpos (llamada cero conversión o conversión sérica). Este proceso generalmente se demora varias semanas.

### 2.1.3 DETECCIÓN DEL VIRUS DEL VIH MEDIANTE EL DNA CON EL MÉTODO DE BIOLOGÍA MOLECULAR LLAMADO PCR.

La reacción de la polimerasa en cadena es una avanzada tecnología que amplifica los componentes genéticos del virus el VIH. De tal manera el laboratorio puede detectar el virus en forma directa incluso cuando el virus este presente en niveles muy bajos. Debido a que esta prueba detecta al virus en lugar de los anticuerpos, ya que los

resultados no van a depender de la capacidad de respuesta inmunológica del paciente. Esta prueba puede detectar la infección en fechas tempranas (en las últimas 3 semanas) o para clarificar un resultado de anticuerpos inconcluso. Para evaluar a un recién nacido con alto riesgo de infección y poder así discriminar entre los anticuerpos transferidos de la madre y los del bebé.

#### 2.1.4 ANTÍGENO P24 DEL VIRUS DEL VIH MEDIANTE LA PRUEBA DE ELISA

La prueba del antígeno P24 del virus del VIH es utilizada en bancos de sangre para verificar la presencia de una proteína de este virus que en ocasiones se encuentra antes de la aparición de anticuerpos.

#### 2.1.5 RECUENTO DE LINFOCITOS CD4

El virus del VIH infecta y destruye a un tipo de glóbulos blancos llamados linfocitos CD4. La medición de los niveles de células CD4 y la proporción de células CD4 con respecto a las células CD8 ayudaran a monitorear el progreso de su tratamiento y el estado de las defensas naturales del cuerpo del paciente.

#### 2.1.6 VIH RNA O CARGA VIRAL MEDIANTE EL MÉTODO DE PCR

Este análisis se utiliza para monitorear la cantidad del virus circulante en la sangre o carga viral. La carga viral es una excelente herramienta para poder evaluar el avance de la infección y este factor independiente va a predecir el progreso al SIDA. La carga viral por medio de este examen será monitoreada frecuentemente para seguir el progreso de la enfermedad y evaluar la respuesta a la terapia antiviral.

### 2.2 RELACIÓN MEDICO PACIENTE

Una prueba positiva de anticuerpos, al igual que un diagnóstico de SIDA marcan cambios trascendentales en la vida de una persona. Pocos aspectos juegan un papel tan importante como la relación que se establezca entre el médico y el paciente, ya que muchas personas logran desarrollar una actitud más acertada sobre lo que está sucediendo y lo que puede hacerse para solucionarlo. Este cambio de actitud puede dificultarse hasta el momento en que el paciente y el médico aprendan a trabajar conjuntamente. A menudo, están tratando de aprender qué es lo que funciona dentro de una variedad de tratamientos disponibles. Así como no existe una intervención única que sea aclamada universalmente por los pacientes, tampoco existe ningún enfoque entre los terapeutas que puedan considerarse como una posición médica aceptada.

Por lo general las personas tienen diferentes estilos de relacionarse con sus médicos y estos pueden variar en distintos momentos para diferentes enfermedades. Por ejemplo, algunos prefieren que el médico tome una posición directiva y autoritaria, debido a que esto los hace sentirse más seguros. Otros ven a su médico como un especialista que les puede aconsejar sobre una circunstancia dada o un problema en particular. También existen aquellos que buscan una relación de colaboración en la cual el paciente y el médico en forma conjunta sopesan las ventajas y desventajas de una estrategia de tratamiento antes de tomar cualquier decisión.

En la mayoría de los médicos que tratan la infección del SIDA son personas sensibles y humanitarias quienes responderán emocionalmente a sus pacientes ya que con ellos han sido testigos de mucho sufrimiento. Cuando el temor se refleja en el rostro del paciente, nadie podrá culpar al médico por utilizar "guantes de seda" y darle un tratamiento gentil, aún cuando esto implique escudarlo temporalmente de los momentos más difíciles.

El VIH ha cambiado para siempre la forma en que las personas se relacionan con sus médicos, el nuevo estilo asertivo y el conocimiento que ahora poseen los pacientes es algo que ya no va a desaparecer, ya que tienen a su alcance innumerables documentos por medio de los cuales han ampliado sus conocimientos relacionados a los últimos avances existentes en el tema. Para manejar esta situación de una forma efectiva, los médicos deben aprender como cada persona desea ser tratada, particularmente con respecto al grado y a la forma de colaboración en el proceso curativo.

En los primeros años del SIDA, tal vez nos volvimos muy adeptos hacia preparar a las personas para morir, ahora se sabe que la infección por el VIH es mucho más tratable de lo que antes se creía. Una relación cooperativa se basa en un acuerdo conjunto para hacer lo que sea necesario para mantener vivo al paciente. Cuando se considera un tratamiento para la infección del VIH, a menudo ocurren desacuerdos sobre los tratamientos dentro de diferentes contextos. Como se mencionaba anteriormente cuando los pacientes tienen acceso a tanta información sobre terapias experimentales como los médicos, cada uno puede llegar a diferentes conclusiones basadas en datos similares. Esto representa un reto para ambos, un médico puede sentirse que está practicando la medicina a cabalidad, mientras que su paciente puede pensar que éste no quiere comprometerse con una opción de tratamiento que considera esencial para su salud o supervivencia. Por lo que ambas partes deben tomar tiempo para tratar de entender las creencias de cada uno así como los razonamientos en los que se basan. Además sería recomendable trabajar conjuntamente con psicólogos de forma integral, lo que podría brindar mejores resultados en el apego al tratamiento y en su estado emocional.

## 2.3 TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS CONTRA EL SIDA

En los últimos dos años han ocurrido importantes avances en el conocimiento de la virología y la patofisiología de la infección por el VIH y han aparecido nuevos medicamentos que han obligado a replantear de forma radical el abordaje terapéutico de dicho padecimiento. Hasta hace muy poco se consideraba pertinente el no iniciar tratamiento antiretroviral hasta que el paciente desarrollaba síntomas o bien cuando ya existía inmunodeficiencia importante y se consideraba como el tratamiento de elección el uso de zidovudina AZT como monoterapia.

Actualmente se cuenta con TRES familias de agentes antirretrovirales clasificados en:

- Análogos nucleósidos AN
- Inhibidores de transcriptasa reversa ITR
- Inhibidores de proteasa IP

Estos medicamentos antivirales con actividad específica contra el VIH ya se encuentran disponible para su uso clínico y seguramente, muchos más aparecerán en los próximos años.

Finalmente los resultados de estudios utilizando dichos fármacos en combinación y la evidencia de que algunas combinaciones, en particular aquellas que incluyen inhibidores de la proteasa viral son capaces de disminuir a niveles no detectables la cantidad de virus circulante hacen pensar que, en un futuro no lejano, será posible tratar a los pacientes con infección por VIH como un padecimiento crónico y de manejo complejo pero no uniformemente fatal.

A partir del momento en que se conoce que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA era causado por un retrovirus que actualmente conocemos como el VIH se han buscado medicamentos antivirales que actúen contra él. El primer gran avance ocurrió cuando se encontró que la azidotimidina (AZT) o zidobudina (Retrovir) era de utilidad ya que inhibía la enzima transcriptasa reversa viral. Posteriormente se han encontrado multitud de fármacos con actividad antiviral.

## CAPITULO III

### ACOMPANAMIENTO PSICOLOGICO

## CAPITULO III

### ACOMPANAMIENTO PSICOLÓGICO

#### 3. MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS EN LAS PERSONAS CON HIV Y SIDA

La experiencia desarrollada mediante estrategias individuales o grupales en la atención psicológica a enfermos Seropositivos o con SIDA demuestra que los padecimientos psíquicos y descompensaciones emocionales reconocen diferentes aspectos, que a continuación se detallan.

##### 3.1 DESCOMPENSACIÓN PSICOLÓGICA ANTE LA NOTIFICACIÓN

Este momento produce ansiedad sentimientos de angustia, que se manifiestan por agitación, nerviosismo, molestias físicas, alteraciones en el sueño, trastornos cognitivos, cambios de ánimo y pérdida del impulso sexual. Los pacientes generalmente experimentan depresión, la cual se manifiesta por un vacío emocional acompañado de sentimientos de inutilidad y culpa, predominando pensamientos suicidas y disminución de la autoestima.

La negación es otro sentimiento que acompaña al paciente en este momento el cual es un mecanismo de defensa de esta etapa y se manifiesta por no aceptar el hecho y sostener que su vida no se ve afectada de ningún modo.

##### 3.1.1 VIDA SEXUAL

La conciencia de la enfermedad produce angustia traducida en no saber que sucederá con la vida sexual, este aspecto se acompaña con sentimientos de ira por haberse infectado, por la posibilidad de haber podido infectar a otros y por que se vive una perspectiva de vida sexual restringida.

También es frecuente que se experimente temor a reanudar la vida sexual, la frustración se produce por todos los cambios que se requieren ante la nueva situación y las limitaciones que esta impone en la expresión de la sexualidad.

### 3.1.2 EXPECTATIVAS DE VIDA

Frente a la dimensión del desarrollo de la enfermedad se experimenta temor a los malestares físicos o a la invalidez que genere dependencia.

Otra reacción esperada puede ser la negación que dificulta el reconocer las limitaciones que la infección por VIH y SIDA pudiesen originar: es de esperar que aparezca angustia al sentir que todos lo rechazan.

La depresión se demuestra cuando se añora todo lo que ya no se puede hacer.

### 3.1.3 TRATAMIENTOS

En los tratamientos los pacientes reaccionan de forma demandante buscando responsabilizar al gobierno o a otras personas por que no dan una solución definitiva se muestran irritables, se molestan con sus familias por que sienten que no son ayudados aunque no sea así.

La angustia les hace sentir que todo esta en su contra y que cualquier alternativa medica es inalcanzable, se muestran ambivalentes ya que en momentos están conformes y piensan que la atención esta siendo adecuada y en otros sostienen todo lo contrario.

### 3.1.4 NOTIFICACIÓN A LA FAMILIA

El paciente al mismo tiempo desea informar a su familia que a contraído el VIH, sin embargo siente un gran temor de hacerlo por temor al rechazo y manifiestan sentirse culpables experimentan malestar por hacer sufrir a sus seres queridos y cualquier evento familiar les puede afectar excesivamente.

### 3.1.5 RELACIÓN DE PAREJA

La ansiedad, la angustia y la depresión se traducen en los siguientes sentimientos respecto a la pareja: no saben si comunicarle o no el resultado, sienten miedo al rechazo y se deprimen enormemente al pensar que no podrán concluir proyectos, desean estar en pareja y, al mismo tiempo, piensan que es mejor separarse, generalmente uno de los dos demanda en forma excesiva la atención del otro y el sentimiento de culpa es dominante cuando uno esta sano y el otro no.



### 3.1.6 MEDIDAS DE SALUD GENERAL

Frente a su salud, mientras disminuyen la ansiedad y la angustia, los pacientes reaccionan como frente a un pacto por el cual comienzan a mantener todos sus cuidados en forma rigurosa, sienten que con ello todo tiene que ir bien y se muestran incluso obsesivos. Sin embargo, también experimentan ambivalencia respecto a esas medidas, en ocasiones no están seguros de que valga la pena cuidar su salud y en otros momentos viven las preocupaciones en forma integrada y natural, junto con ello pueden manifestar enojo al reconocer que existen muchas limitaciones.

### 3.1.7 MUERTE

Se experimenta angustia ante el fin próximo, la depresión da lugar a que el paciente empiece a hablar de todo lo que se ha perdido o se puede perder, también lo deprime el dolor de la familia, siente enojo e impotencia por no poder cambiar el final, aunque habrá quien mediante la negación comience a hablar de la muerte, lo notorio es que no se involucra a sí mismo, si no que habla de la muerte en general.

La asimilación se demuestra mas que por las palabras, por los actos el paciente que ha asimilado la posibilidad de su muerte se conduce en forma mas serena, y puede abordar temas sobre su sepelio o testamento serenamente y la muerte es percibida como algo inevitable.

### 3.2 LA FAMILIA Y EL ENFERMO

Toda situación desconocida puede causar miedo, dolor, tristeza, incertidumbre. Lo importante es no ocultar estos sentimientos sino vivirlos; no permitir que nos manejen y que nos destruyan sino por el contrario aprender de ellos.

Cada ser humano vive, experimenta y asume los procesos de la vida de maneras muy diversas. Desde el momento en que a alguien se le informa que es portador del VIH, surgen cambios en su comportamiento Negar lo que se esta viviendo es una actitud para defenderse de la realidad con el fin de no sentirse atacado.

Los pacientes pueden reaccionar de la siguiente manera:

- Niegan que les este sucediendo a ellos
- Sienten que el mundo se ha terminado
- Creen que el tiempo esta contado y no hay nada que hacer
- Dicen que no les importa lo que pasa
- No quieren hablar del asunto
- A veces se exponen al riesgo de reinfectarse
- Evitan el acercamiento con familiares y amigos

La familia será testigo del proceso, que seguirá su curso, por lo cual, además del cuerpo también los sentimientos del enfermo y la familia necesitarán de la ayuda especializada de médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, sacerdotes y amigos.

Cuando el paciente pase de una etapa asintomática (que varía entre 6 y 8 años aprox.) a una sintomática, todo lo que antes había sido imaginado se convierte en un hecho real que no sólo lo alarma a él sino a la familia, como anuncio de un final inevitable. Este momento se experimenta con tristeza por el dolor que la familia vivirá y por el deterioro físico paulatino que se nota en el enfermo.

En ocasiones no querrá ver ni escuchar a nadie. Posiblemente llegue a pensar que a nadie comprende su situación, que la enfermedad es un castigo que merece por su mala conducta, generando sentimientos de culpa o coraje contra sí mismo.

Negarse a recibir afecto que lo conforte, no significa que realmente no lo quiera. El miedo ante la muerte puede ser un sentimiento permanente y amenazante, posiblemente llegue a querer hablar de su muerte, situación que puede causar angustia a la familia, sin embargo el facilitarle esta expresión será de importancia fundamental para preparar la despedida entre el enfermo y la familia.

Aunque el apoyo familiar es importante, aceptar esta situación, en la familia, también produce desajustes, sentimientos ambiguos y ausencia de algunos miembros. Hay familias que callan y no hacen comentarios entre sí. En estos casos, generalmente el dolor del paciente es vivido intensamente por la familia y creen que el silencio ayuda al enfermo, sin embargo, hablar permitirá compartir y canalizar emociones que son fuente de inseguridad y desajustes entre los miembros de la familia.

La familia también requiere de apoyo psicológico, sobre todo en las siguientes situaciones:

- Cuando la angustia es tal que no es posible controlarla
- Cuando la situación que se vive impide el desarrollo de las actividades cotidianas de cualquier miembro.
- Cuando no se logra proporcionar la atmósfera de confianza que el paciente necesita.
- Cuando no se ha aceptado la enfermedad.
- Cuando los miembros de la familia consideran que la situación es injusta
- Cuando necesitan hablar con alguien y no pueden hacerlo.

### 3.3 IMPACTO DEL VIH-SIDA EN LA IDENTIDAD

La identidad es el concepto o representación mental que el individuo tiene de sí mismo (esto es, su cuerpo y su mente). Todas las experiencias de un individuo en el ambiente en que se desenvuelve conforman su identidad, pero la identidad está definida por diversos factores que se extienden más allá del individuo, como son los sociales, históricos, culturales, familiares, etc.

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

Desde el momento en que a una persona se le informa que se encuentra infectada por el HIV, que tiene SIDA, o cualquier otra enfermedad mortal, esto basta para que toda la estructura de la identidad construida afanosamente durante años, sufra serios cambios, ya que la posibilidad de padecer este padecimiento no hace forzosamente ser otros por el fuerte impacto y lo que representa.

Uno ya no será más aquél o aquella persona, ahora será seropositivo(a), un enfermo de SIDA, o el que oculta, o el que sufre o el que busca, pero en cada caso, nunca se vuelve a ser el mismo.

Si alguien se entera de una situación o hecho que cambiará su vida entera, lo mejor que puede hacer es integrar esta nueva experiencia en su nueva identidad evitando rechazarse, odiarse o tener lástima de sí mismo.

Estar infectado por el HIV o tener SIDA implica vivir de forma diferente, de golpe uno se da cuenta que aun no ha vivido lo que quería ni como quería; de que faltan muchas cosas por hacer, de que se ha vivido en función de otros y es tiempo de tomar las riendas de la propia vida, asumiendo una voluntad de vivir y dar dirección consciente a los propios actos.

La manera en que se realicen los ajustes para enfrentar esta nueva situación, dependerá de la historia personal previa de cada individuo; de su estabilidad emocional, de la postura que asuma el sujeto afectado, y de la actitud y conducta de los familiares, amigos y personal médico. Por otro lado, es fundamental para estas personas que la sociedad los apoye y cambie su identidad.

El SIDA y el descubrimiento del HIV hacen necesario un cambio en las modalidades de relaciones interpersonales, y por tanto en la identidad global del ser humano; todos necesitamos en cierto sentido modificar nuestra identidad (aunque no estemos infectados) para poder adaptarnos al desafío implícito de esta terrible epidemia, y este proceso ya inició fundamentalmente con la labor de organismos que luchan contra el SIDA, los cuales han favorecido un cambio en la conciencia del individuo y de la sociedad.

### 3.4 IMPACTO DEL VIH-SIDA EN LA SEXUALIDAD

Es preciso eliminar la idea de que la sexualidad sólo está en los órganos genitales y que estos solo funcionan para el orgasmo o eyaculación, pensar que la sexualidad se reduce a la genitalidad, empobrece la sexualidad.

Se propone partir de una idea más amplia: vivir la sexualidad como expresión de la fuerza de la vida, cuyas formas de manifestación cotidiana son muy diversas. En este sentido podemos decir que caminar, respirar, trabajar, comer son actos cargados de fuerza erótica. Por lo tanto la genitalidad, es una de tantas formas en que podemos realizar esta fuerza de vida.

Para desarrollar un trabajo más adecuado frente al paciente, se proponen los siguientes puntos:

- Partir de un respeto fundamental ante cualquier postura, opinión, elección u orientación sexual
- No imponer en los otros la propia concepción de sexualidad
- No emitir juicios
- Respetar el derecho de que cualquier persona puede ejercer su sexualidad, si así lo decide, pero de manera consciente.
- Aceptar que la sexualidad se expresa más allá de la genitalidad.

La sexualidad como expresión de fuerza vital, de erotismo, está ahí todo el tiempo, y es mucho más que orgasmo/eyaculación. Aunque esté es la descarga bioquímico-energética y psicológica máxima, no es la única expresión de la misma.

Generalmente se recibe la información sexual deformada, pues esta proviene de amigos, revistas no científicas, películas pornográficas, etcétera. Sin embargo, con la aparición del SIDA, hemos empezado a hablar de sexualidad y nos damos cuenta de la necesidad de ampliar la información hacia todas direcciones.

## CAPITULO IV

### PROPUESTA PSICOLOGICA

## CAPITULO IV

### PROPUESTA PSICOLÓGICA

#### 4. LOS LIMITES DE LA MEDICINA

La ciencia médica tiene límites y no tardamos en descubrirlos cuando nosotros o alguien cercano está enfermo o siente dolor, con esto no intentamos desmerecer los logros biomédicos alcanzados en la actualidad, dentro de este campo las repercusiones han sido considerables, han aportado un incremento en la longevidad y la calidad de vida del enfermo.

Sin embargo, la mayor parte de este incremento se debe a que la medicina ha conseguido reducir la mortalidad infantil con la prevención y el tratamiento de enfermedades peligrosas de la infancia, podemos decir que hoy estamos más sanos, no tanto por que recibamos solo mejor tratamiento farmacológico cuando estamos enfermos, sino porque tendemos a enfermarnos menos y a prevenir más. Otro factor importante de estos avances médicos es que, hoy, las personas son capaces de vivir más tiempo con sus enfermedades y en mejores condiciones.

En la actualidad las principales amenazas son: enfermedades degenerativas, como las dolencias cardíacas, el cáncer, la artritis reumatóide, la osteoporosis y la diabetes, así como las relacionadas con una depresión o el colapso del sistema inmunitario, como el SIDA.

La naturaleza también mantiene un pulso con nuestro saber médico, con la misma rapidez con que se desarrollan fármacos para curar diversas infecciones los microorganismos cambian y se adaptan. Y por otra parte somos nosotros mismos también responsables de que los fármacos existentes creen resistencia en nuestro organismo dependiendo de la manera en que estos son suministrados por ello la inquietud de hacer énfasis en la importancia de un buen manejo médico que oriente al paciente en cuanto a la dosificación del medicamento y aunado a ello un buen apoyo psicológico que cree en el paciente una adherencia al tratamiento médico, que conlleve a un bienestar más integral físico y psicológico.

Una enfermedad que amenaza la vida tiene un desarrollo largo y complejo; la causa no es simple, la salud y la enfermedad no están por completo en el cuerpo o en la mente, sino en ambos. Cualquier enfermedad y en especial una de la gravedad del SIDA, demuestra que el cuerpo esta muy desequilibrado y la persona debe seguir los pasos necesarios y adecuados para recuperar el equilibrio psicológico que le brinde una mejor adaptación y le permita aprender a vivir con la enfermedad para ello se necesita de gran ayuda tanto para la mente como para el cuerpo.

Así como la enfermedad es una combinación de factores, y muchos de ellos fuera de nuestro control, también lo es la curación. Tan desequilibrado es creerse completamente responsable de nuestra salud como lo es delegar la responsabilidad en la profesión médica y no hacer el menor esfuerzo por nuestra parte.

Hecharse la culpa hace más difícil la curación, las cuestiones de salud en si mismas son complicadas porque el cuerpo es un sistema vivo complejo y cada parte de este sistema puede afectar a las demás, por lo que cada paciente no puede más que asumir el control de lo que está en sus manos, por ejemplo si existe algún hábito que está bajo su control y que pudiera incrementar las posibilidades de empeorar la enfermedad, no parecería muy sensato reincidir en él.

A continuación revisaremos, principalmente, maneras de pensar y de ser que nos impulsarán hacia la salud.

#### 4.1 EMOCIONES Y SENTIMIENTOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA

Es posible que ante la notificación de la enfermedad se presenten toda clase de sentimientos y emociones, desde las más sensibles (amor, cariño), hasta las más crudas (coraje, odio). Lo importante es darse cuenta de cuales se están presentando y como se están viviendo. Esto permitirá ubicarse y, por lo tanto, saber que hacer.

A continuación se mencionaran algunas de las primeras actitudes ante la noticia de que un familiar o amigo querido tiene infección por VIH/SIDA:

- Negación; que implica no creer lo que esta sucediendo o no querer hablar del asunto.
- Fatalismo; sentir que el mundo se termina o que su tiempo esta contado y no hay nada que hacer.
- Indiferencia; no le importa lo que pasa.
- Rechazo; el cual se manifiesta evitando el acercamiento de familiares y amigos.
- Miedo; de exponerse a riesgos de contagio.



Ante estas situaciones: Es recomendable observar sus sentimientos y emociones, tratar de compartir su situación con alguien, ser respetuoso y no juzgar, plantee alternativas de un mejor manejo dentro de la familia en caso de no lograr controlar la situación es sumamente importante buscar apoyo profesional.

Los cambios emocionales de mayor relevancia que pueden presentar el paciente y su familia son:

- Angustia; la reacción más común de todas manifestada por nerviosismo, palpitaciones, dolor abdominal, falta de aire, dolor de cabeza, sudoración en manos, y sobre protección al paciente.
- Depresión; manifestada como tristeza, autodevaluación, ideas suicidas, insomnio, anorexia, astenia y adinamia.
- Negación; la mayoría de los afectados no aceptan estar infectados por el VIH, quieren vivir plenamente lo que les queda de vida incluso alterando sus hábitos de sueño, alimentación y pueden reiniciar o aumentar sus actividades de riesgo, acelerando con esto la aparición de la enfermedad.
- Miedo; Se refiere a cuando el paciente puede sentir como avanza la enfermedad, apareciendo síntomas y signos como un anuncio de un final inevitable. parte de su miedo no solo es por morir, sino por el sufrimiento que esto implica. El temor a la muerte es un sentimiento permanente.
- Enojo; Sintiendo el paciente como una víctima del destino preguntándose ¿por qué a mí?. El enojo también se presenta al sentirse incapaz de realizar lo que antes hacia y por ver que ahora depende de otros.
- Sentimiento de culpa; El equilibrio mental de sus seres cercanos también se altera y aparecen sentimientos contradictorios, como sobre protección y rechazo al mismo tiempo. cuando se recibe el diagnostico se experimenta una gran tristeza e impotencia que a menudo no se expresa por temor a afectar aun más al ser querido. Los sentimientos hostiles, por otro lado, dan lugar a intensos sentimientos de culpa.
- Sentimiento de pérdida en los familiares; posiblemente el paciente quiera hablar e su muerte esto causa angustia en la familia por el dolor que representa la pérdida. Hablar sobre este tema es valido siempre y cuando sea él quien lo proponga.

#### 4.2 CONFLICTOS EN LA FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD

- Económicos; los gastos que actualmente se presentan no estaban contemplados por lo que la economía se ve desbalanceada y aunado a ello los tratamientos integrales ascienden a cifras muy altas que fluctúan de los 6000 a los 8000 pesos por mes de tratamientos usando un esquema triple que comprende por lo general al AZT, 3TC e INDINAVIR.
- División de los miembros de la familia; ante tan devastadora noticia los integrantes de la familia tienden unos a apoyar y otros a rechazar al enfermo por diversas causas, entre ellas y la más común por el riesgo de contagiarse por el VIH.
- Comunicación inadecuada; Por que en algunos casos unos saben de la enfermedad y otros no.
- Sentimientos de culpa; “lo pudimos haber evitado, si se hubiera dicho o hecho tal cosa”.
- Dar menos atención a otros miembros, por dedicarle todo el tiempo al familiar afectado, incluso se llega a la sobre protección del mismo.
- Buscar culpables.
- Agresión verbal y/o física, por tensiones y ansiedades no controladas.
- Sobrecarga de trabajo para quien lo cuida.
- Impotencia por la falta de información y orientación.

#### 4.3 LA PRIMERA ENTREVISTA

Con ayuda de la primera entrevista es posible obtener información suficiente que permita valorar si una persona ha estado expuesta a un posible contagio del VIH y por lo tanto, amerita la prueba, o solo requiere de información que aclare sus dudas y de solución a sus temores.

Cuando se pregunta el motivo de consulta por lo general se reciben respuestas que pueden oscilar desde racionalizaciones como: por curiosidad, porque todos deberían de hacerse un estudio de vez en cuando, hasta situaciones más específicas donde se ha estado expuesto al riesgo y se esta consciente de ello.

El primer tipo de respuesta sirve de indicador que el sujeto desea ocultar información y es conveniente aclararle en ese momento, que la información que se proporcione será confidencial y anónima; a la vez, que es necesario conocer más a fondo sus motivos para que se le pueda orientar y ayudar. Además de los motivos que externamente se le debe preguntar sobre otras situaciones de posible riesgo. Si de inicio ya dio algunos datos referentes a estos riesgos es importante explorarlos, en función de los últimos seis años, ya que de haber adquirido este virus antes de dicho tiempo es muy probable que ya presente sintomatología. De ser así, hay que explorar más de la sintomatología para posteriormente cotejarla con los factores de riesgo que le refiera el paciente.

Cuando hablamos de factores de riesgo nos referimos a los aspectos:

- En relación al uso del condón, si lo emplea o no y con que frecuencia.
- En relación a la pareja si esta ha sido estable o casual, y que tipo de practica se realizo vaginal, anal u oral.
- El tipo de preferencia sexual. Bisexual, heterosexual, homosexual. En el caso de la homosexualidad indagar si se practica el rol pasivo o activo.
- En relación a enfermedades de transmisión sexual, si a presentado o no y de que tipo, que tan promiscuo puede ser el sujeto.
- Relacionados con transfusiones sanguíneas, si ha realizado en donde y el motivo.
- El gusto por hacerse tatuajes, lugar y asepsia del mismo, del material. Acupuntura o uso de drogas y por que vía ya sea intravenosa u oral, la frecuencia en que se realiza.

Como parte fundamental de la entrevista es el correcto manejo de la flexibilidad y el amplio criterio del profesional que conduzca la sesión.

La naturaleza misma de este tipo de entrevista suele provocar crisis de diversa intensidad en quienes la realizan, por lo que es necesario establecer una buena alianza de trabajo y lograr sensibilizarnos para con ello poder brindar al paciente la comprensión y el apoyo que necesita.

A continuación se hará referencia a algunas situaciones que se presentan a lo largo de la entrevista entre el psicólogo y el paciente.

- Existe un constante cuestionamiento en base a tres temas fundamentales Vida-Muerte-Sexualidad
- Reconocer las propias emociones que surgen frente al trabajo y los pacientes, es frecuente sentirse impotente ante una situación avasalladora como la que viven estos pacientes.
- Son frecuentes los cambios emocionales, es de fundamental importancia aceptar el propio dolor, miedo, y angustia es decir no reprimirlo ni exacerbarlo.
- Cuidarse de no caer en extremos de excesiva calidez o frialdad.
- Es necesario reconocer actitudes en el psicólogo que no interfieran en l atención al paciente como en el caso de padecer de homofilia (rechazo a las personas homosexuales) ya que pudiera experimentar sentimientos de rechazo ante el paciente o intolerancia y esto afectaría el trabajo de ambas partes.
- Hay que evitar emitir juicios, a fin de optimizar el trabajo que se realiza para con el enfermo.
- Respetar siempre la confidencialidad y anonimato que se le brinda al entrevistador.
- Reconocer límites. Discernir hasta donde podemos brindar ayuda psicológica al paciente de acuerdo con nuestra función de igual forma reconocer los límites y las posibilidades de nuestras capacidades y recursos.
- Mecanizarse es muy fácil: a fuerza de repetir la experiencia, el trabajo se llega a hacer de manera mecánica y rígida. Un trabajo de esta manera sirve para muy poco.

- También es posible que con el paso del tiempo aparezca un aplanamiento emocional en el psicólogo lo cual es un proceso esperado. como resultado del desgaste y la defensa. Por lo anterior es muy importante contar con un psicoadvisor o grupo de compañeros que realicen el mismo trabajo a fin de elaborar y compartir periódicamente los propios sentimientos.

#### 4.4 LA PSICOTERAPIA

La psicoterapia puede definirse como el tratamiento de los problemas y trastornos emocionales y de la personalidad, por medios psicológicos. Aunque se pueden emplear muchas técnicas psicológicas diferentes al tratar de aliviar estos problemas y trastornos, y ayudar al paciente a convertirse en una persona feliz, madura e independiente, un importante factor terapéutico que se encuentra en cada una de estas técnicas es la relación entre el terapeuta y el paciente, con las experiencias interpersonales que ésta implica. A través de esta relación, el enfermo, se da cuenta de que puede compartir sus sentimientos, actitudes y experiencias con el psicólogo, y que éste (con cordialidad, empatía comprensiva, aceptación y apoyo) no lo despreciará, ni lo censurará, ni lo juzgará, no importa lo que haya revelado, sino que, por el contrario, el profesional siempre respetará su dignidad y su valor como persona. sin comportarse como un juez.

La intensidad de esta relación varía, dependiendo del tipo y de la duración del método terapéutico que se emplee, así como la interacción entre la personalidad del paciente y la personalidad del psicoterapeuta.

Puesto que el paciente acude al médico para recibir ayuda y éste se la ofrece, es habitual que la persona enferma traiga una actitud de transferencia positiva a la situación terapéutica. Dicha actitud se encuentra en la vasta mayoría de las relaciones entre los pacientes y los médicos, tanto en medicina como en psiquiatría. La transferencia positiva es la base de las esperanzas de recuperación y explica muchos casos de cura mágica. Su psicogénesis deriva del largo periodo de desarrollo dependiente por el que todo hombre atraviesa, durante el cual sus primeros dolores y miedos se aliviaron frecuente y repetidamente gracias a la atención, el interés y la fuerza de sus padres, y de las personas a quienes los padres acudieron junto con el niño, para encontrar ayuda. A partir del apoyo que los padres proporcionan durante los primeros años, la persona aprende a esperar que la ayudarán, y transfiere dicho sentimiento al médico y a la profesión médica, lo que es el futuro de todas las empresas terapéuticas y es también la base para el poderoso efecto de los placebos. Esto debe considerarse como una variable muy significativa cuando se valora cualquier intervención terapéutica.

Hay que reconocer que no todos los pacientes traen a la situación del tratamiento la esperanza optimista que caracteriza a las transferencias positivas. Si una actitud de desconfianza, suspicacia y odio invade al enfermo, a veces le imposibilita acudir al médico por sí mismo, o ceder a la presión de otras personas para buscar ayuda cuando necesita atención médica o psicológica. Este tipo de actitudes, que impiden que desde el principio se establezca una relación psicoterapéutica efectiva, habitualmente se encuentra en pacientes que perdieron a sus padres durante los primeros años de la vida, o que pasaron su niñez cambiando de una institución a otra o de un hogar sustituto a otro, o que crecieron en una situación hogareña que ofreció poco apoyo amoroso y pocos estímulos positivos, ya que los padres fueron demasiado exigentes o rechazaron demasiado al enfermo.

Los individuos que se desarrollan en tales circunstancias casi no tienen oportunidad de aprender y fijar las importantes actividades vitales que se conectan con la esperanza y la confianza. En tales pacientes, muchos meses del tratamiento suelen ocuparse en vencer la desconfianza inicial, ósea la resistencia inicial. Hay razones teóricas para creer que algunos sujetos se vieron privados de cuidado materno durante los periodos críticos de los primeros meses de la lactancia y de la niñez, a un grado tal, que quizá nunca serán capaces de establecer con el médico una relación. (1)

#### 4.5 TÉCNICAS COGNITIVAS

Muchas técnicas cognitivas pueden incluirse en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, algunas parecen estar especialmente indicadas para el tratamiento de los síntomas de la ansiedad. Estos enfoques de tratamiento se agrupan en tres categorías principales: modificar la reacción afectiva a la ansiedad, descatastrofisar y desarrollar mecanismos de afrontamiento.

---

(1) KOLB, L.. Psiquiatría Clínica Moderna, Noyes, Editores Científicos, 6a. ed. México, 1995.

#### 4.5.1 TERAPIAS COGNITIVAS

En general, las terapéuticas pertenecientes a este grupo reciben el nombre de terapias cognitivas y parten de la base de que el sujeto percibe y configura su entorno como resultado de una integración de estímulos que se traduce en imágenes, pensamientos, esquemas y convicciones.

La psicoterapia racional-emotiva de Ellis (1973) y la terapia cognitiva de Beck (Beck y Cols., 1983) constituirían conocidos ejemplos, centrados en la modificación de esquemas y convicciones.

Son terapias verbales con protocolos sistematizados, tareas para el paciente, registros no verbales y otras peculiaridades que han demostrado su utilidad en la práctica cotidiana. A la vez, su mayor o menor rentabilidad depende en gran medida de las cualidades personales del terapeuta, lo que es un delicado asunto, ya que ilustra sobre la necesidad de una buena ejecución personal de las técnicas. De todas formas, no hay duda de que para la modificación de convicciones es precisa la persuasión, la ascendencia moral y otras cualidades interaccionales que van ligadas a dimensiones personales del terapeuta (Argyle, 1962).

#### 4.5.2. PROBLEMAS DE SALUD Y TRASTORNO EMOCIONAL DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE)

Se calcula que más de un 50 por ciento de los pacientes que son examinados por los médicos tienen algún trastorno emocional que no procede directamente del mal orgánico, al mismo tiempo, muchos trastornos físicos, como las úlceras pépticas, el asma o la hipertensión, tienen un fuerte elemento psicósomático y podrían no existir o ser mucho menos graves sin la alterabilidad emocional correlacionada.

De acuerdo con varias autoridades médicas, muchas de las complicaciones y exacerbaciones de las enfermedades proceden de reacciones emocionales a acontecimientos que se producen en el curso de la vida cotidiana. Según este punto de vista, no se trata de saber si la enfermedad de un paciente es orgánica o funcional, sino más bien de determinar en qué extensión lo es. (Toda enfermedad es una combinación de ambas cosas en proporciones variables).

Cuando las personas enferman tienden a experimentar simultáneamente cambios psicológicos de diferentes grados de intensidad, tales cambios son a veces más importantes que la propia enfermedad, y con frecuencia dan a los pacientes la motivación primaria para buscar tratamiento médico. Es importante reconocer que muchos pacientes se hallan más asustados que enfermos y que cuando se les asegura que su trastorno físico no es serio, su alivio emocional les permite reducir sus quejas a un mínimo.

En cuanto a la TRE existe una forma clara y relativamente breve de tratamiento psicológico que prácticamente puede dominar aun el médico, una enfermera o cualquier otro profesional de la salud, con un moderado adiestramiento adicional y que puede ser utilizado con eficacia en la gran mayoría de los trastornos emocionales. De manera específica ha sido diseñado para ser una forma de intervención psicológica que constituye un tratamiento de elección para intensos y profundamente arraigados sentimientos de ansiedad, depresión, inadaptación, hostilidad y baja tolerancia a la frustración. No curará todas las enfermedades psiquiátricas conocidas; en verdad no curará trastornos tan graves como la esquizofrenia y la enfermedad maniaco depresiva, pero puede ayudar apreciablemente incluso a pacientes que tienen las más severas clases de perturbaciones y ayudar inmensamente a los individuos con alteraciones menos graves. Sin embargo, aunque tales enfermedades y dolencias abarcan un amplio espectro de deficiente funcionamiento físico, hemos encontrado que, utilizando la terapia-emotiva, las dificultades emocionales que las acompañan son con frecuencia muy similares y pueden ser comprendidas y reducidas en un período asombrosamente corto por los profesionales orientados en la terapia racional emotiva.

La TRE es utilizada para ayudar a que los pacientes superen sus sentimientos y conductas inapropiadas en un tiempo razonablemente breve, porque constituye un enfoque que emplea varios métodos cognitivos, emotivos y conductuales en forma integrante y por otra parte es, asimismo una terapia filosófica y teórica, que pone de manifiesto las ideas esenciales creadoras de trastornos, que parecen ser la base de sus actos contraproducentes y esto muestra claramente a esas personas cómo fijar la atención en sus filosofías negativas y cómo proceder a desarraigarlas.

La TRE estimula a las personas a sentir emociones fuertes apropiadas, tales como pena, pesadumbre, disgusto, molestia, espíritu de rebeldía y determinación a cambiar, cuando tienen mal la salud. Utilizando la terapia racional emotiva, el terapeuta dispone de una teoría estructurada y funcional para reconocer rápidamente las pocas creencias irracionales centrales con las que sus pacientes tontamente se preocupan: mostrarles como se están causando sus propios problemas y síntomas emocionales; demostrarles en forma precisa como discutir sus propias creencias irracionales y, a menudo, inducirlos a abandonar tales creencias y reemplazarlas con hipótesis más científicamente comprobables acerca de sí mismos y del mundo, que es mucho menos probable que les creen dificultades emocionales en el presente y en el futuro.

Así, la terapia racional emotiva puede ayudar al paciente a discutir sus creencias irracionales hasta que no solo las venza temporalmente y deseche sus síntomas de ansiedad, depresión o compasión de sí misma, si no que también tenga una tendencia considerablemente menor a recrearse en ellas en el futuro, cuando de nuevo se encuentre amenazada por algún mal físico potencial o real. Cognoscitivamente, la TRE emplea la confrontación filosófica directa, muestra a los pacientes como se trastornan a ellos mismo y no son trastornados por otros. La terapia racional emotiva, al enseñar firmemente a las personas a evitar cualquier tipo de clasificación global o propia y estimularlas, en cambio, a medir sus características y realizaciones, a fin de ayudar a corregir su comportamiento y aumentar su alegría, las lleva al nivel más profundo de cambio de personalidad. (2)

#### 4.5.3 LA MODIFICACION DEL COMPONENTE AFECTIVO

Los pacientes que presentan trastornos de ansiedad a menudo tienen ansiedad a estar ansiosos. Actitudes comunes sobre la ansiedad incluyen: “ la ansiedad no me deja funcionar, la ansiedad me hace perder el control, la ansiedad me vuelve loco”. Los pacientes experimentan a menudo una elevada vergüenza a manifestar la ansiedad (Raimy, 1975) y exageran el grado en que otras personas a su alrededor se dan cuenta de sus síntomas. Lo que los pacientes temen es la ansiedad misma, provocada por una situación particular.

Cuando los individuos presentan esta percepción tan catastrófica a encontrarse en un estado de ansiedad, el terapeuta puede animarles para que acepten las sensaciones de ansiedad como adaptativos. Al abandonar el control sobre sus sensaciones de ansiedad, los pacientes ven que son capaces de utilizar la ansiedad como una señal adaptativa. Al aceptar la ansiedad, el paciente hace que disminuya. Para aumentar la tolerancia a la ansiedad, los pacientes pueden empezar a incrementar gradualmente el tiempo que pasan sin dedicarse a conductas ritualizadas, como el fumar o el comer. También pueden emplearse autoverbalizaciones como “puedo hacerlo” o “no es tan malo como pensaba”. La aceptación de las sensaciones de ansiedad no implica resignación de ninguna manera. Simplemente desdramatiza la experiencia de la ansiedad y libera al paciente para experimentar y ser más atrevido. En vez de convertir a los pacientes en individuos más pasivos, los hace más activos. (3)

---

(2) ELLIS, A., ABRAHAM, E. Terapia Racional Emotiva. Ed. Pax, México, 1997.

(3) CABALLO, V. Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de conducta. Ed. S.XXI. Ia. Ed. Madrid, 1991.



#### 4.5.4 DESCATASTROFIZAR

En las raíces de un temor, frecuentemente subyace una escena catastrófica (Clark, 1989). El terapeuta debería saber que los pacientes pueden estar muy indecisos para sacar a la luz su temor más profundo, especialmente cuando no está basado en una clara evidencia o es absurdo. Se puede tranquilizar diciéndoles que, de hecho, mucha gente que padece de trastornos de ansiedad tiene pensamientos e imágenes extrañas sobre la peor situación o escena posibles. Normalmente, se le debe preguntar al paciente: "¿que es lo peor que puede suceder?. ¿Cuales son los pensamientos y las imágenes que pasan por su cabeza cuando piensa en la peor situación posible?" Si es apropiado, el terapeuta puede preguntar, "¿qué pasaría si ocurre lo que más teme?" o intentar determinar la probabilidad de que ocurra la situación, cuando este temor es muy importante, puede hacer que el paciente no intente experimentos personales en el transcurso de la terapia cognitiva.

Una vez que se identifica la escena catastrófica, es posible modificarla. Se pueden emplear la proyección en el tiempo para descatastrofizar ciertos problemas. Esta técnica implica el proyectarse a sí mismo en el futuro para dar una perspectiva al paciente. Por ejemplo, se puede pedir a una persona que tiene miedo a una determinada operación que se imagine a sí misma dos meses después de la operación, cuando esté totalmente recuperada. el descentrar es otra técnica desarrollada para proporcionar contra argumentos a la creencia de que uno es el centro de la atención de los demás. Esta técnica es análoga a la comprobación de una realidad, pero tiene un objetivo más definido que consiste en darse cuenta de que uno es el punto central de la atención. Utilizando otra técnica, el paciente puede recordar una experiencia anterior que sea similar a la temida en esos momentos. Se puede intentar retroceder a la primera experiencia y pedir al paciente que imagine lo que ve los olores, los sonidos, de la situación original. A menudo surgen elementos similares entre las creencias subyacentes de las situación original y las creencias que motivan a la situación catastrófica actual. Empleando el enfoque socrático típico, el terapeuta puede señalar las similitudes entre las dos situaciones, concebir una hipótesis sobre cómo se desarrollan las creencias en el momento de la vida del paciente, cuando no podía evaluarlas adecuadamente, y subrayar las diferencias entre las dos situaciones, incluyendo las estrategias adultas de afrontamiento de las que el paciente dispone ahora.

#### 4.5.5 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

La imaginación dirigida representa un mecanismo de afrontamiento potencialmente muy poderoso. El paciente puede imaginarse enfrentándose a la situación temida "como si" no estuviera ansioso. Inicialmente, el terapeuta puede ofrecer detalles del contenido de las imágenes para el afrontamiento. Si el paciente encuentra imposible imaginarse a sí mismo afrontando la situación, la imagen puede centrarse en un principio en otra persona que se enfrenta a la situación. cuando más rica en detalles, como sonidos, olores, colores etc. Sea la imagen, más absorbente será la técnica.

La imaginación proyectada implica el pedir al paciente que se imagine a sí mismo dónde quisiera estar y cómo le gustaría estar en una futura fecha determinada. Esta técnica sirve a dos propósitos: primero, para plantear objetivos realistas sobre los que el paciente pueda tener control y, segundo, para imaginarse un estado más deseable. El verse a sí mismo simplemente haciéndolo mejor, estando menos ansioso, hace que el paciente perciba este estado más a su alcance.

#### 4.5.6. TERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD

En general las terapias cognitivas parten de la base de que el sujeto percibe y configura su entorno como resultado de una integración de estímulos que se traducen en imágenes, pensamientos, esquemas y cogniciones.

Son terapias verbales con protocolos sistematizados, tareas para el paciente, registros no verbales y otra peculiaridad que han demostrado su utilidad en la práctica cotidiana. A la vez, su mayor o menor rentabilidad depende en gran medida a las cualidades personales del terapeuta, lo que es un delicado asunto, ya que ilustra sobre la necesidad de una buena ejecución personal de las técnicas. De todas formas no cabe duda de que para la modificación de convicciones es precisa la persuasión, la ascendencia moral y otras cualidades interaccionales que van ligadas a dimensiones personales del terapeuta. (Argyle, 1962).

Este apartado no se centrará en trastornos de ansiedad específicos, sino que intentara señalar los aspectos comunes entre ellos, relevantes para la terapia cognitiva (referencias más específicas se pueden encontrar en Barlow, 1988; Chambless y Goldstein, 1980). A continuación se hablara de los aspectos más importantes encontrados en el sistema cognitivo de los pacientes ansiosos, seguido por una breve descripción de las técnicas conductuales y cognitivas empleadas más frecuentemente con los síntomas de ansiedad.

#### 4.5.7 LOS ASPECTOS COGNITIVOS MAS IMPORTANTES DE LA ANSIEDAD

Las cogniciones de los pacientes con ansiedad se centran alrededor de tres temas: aceptación, competencia y control (Beck y Emery, 1985), que comparten el hilo común de amenaza.

Los aspectos de la aceptación se basan sobre el temor de que una persona no sea aceptable para los demás, el componente crucial de su sistema cognitivo es la creencia de que necesita la aceptación de todo el mundo con el fin de lograr el bienestar o la felicidad y que el rechazo representa una importante amenaza. La persona preocupada por la aceptación se encuentra excesivamente vigilante a las señales de rechazo y puede esperar también que todo el mundo le proporcione señales claras de aceptación. Suposiciones típicas incluyen: "La crítica significa rechazo personal", "No soy nada si no me quieren" "Tengo que agradar a los demás". Al igual que en el caso de los pacientes deprimidos, las respuestas racionales a las suposiciones se centran en el desarrollo de la valía de uno mismo, independientemente de las fuentes externas de aprobación. (4)

El componente cognitivo central de los pacientes preocupados por la competencia es la creencia de que son inferiores debido a algún defecto que puede ser de carácter físico, que puede atribuirse a la inferioridad del intelecto o de la personalidad, o incluso a la raza o al sexo. Temen no ser capaces de realizar algunos trabajos o de asumir ciertas responsabilidades. Estos pacientes tienen la sensación de ser impostores o creen que no son lo suficiente mente buenos para tener, por ejemplo, un trabajo determinado y viven con el temor de ser "descubiertos". Sus cogniciones automáticas conducen a menudo a una subestimación de sus capacidades y a una exageración de sus debilidades. Vigilan en exceso la amenaza de la crítica. Ejemplos de suposiciones típicas son: "Sólo existen ganadores y perdedores en esta vida" o "Si cometo una equivocación, fracasaré".

---

(4) VALDEZ, M., FLORES, T., Psicobiología del estrés, Ed. Martínez Roca, Barcelona, 1995.

Las personas que temen perder el control se centran en la amenaza de los demás o en los acontecimientos que los dominan. Esta preocupación particular puede tomar muchas formas. Los pacientes, a menudo, temen perder el control y "volverse locos" o llegar a convertirse en los esclavos de una persona con autoridad. Normalmente atribuyen su ansiedad a estímulos externos, pero un examen más minucioso revela que no es la situación en sí misma lo que se teme (ejemplo, una fiesta), sino la posible pérdida de control (ejemplo, que tengan un ataque de pánico). También puede interpretar muchas interacciones sociales como intentos de otras personas para controlarles (ejemplo, "Mi jefe me invito a su chalet porque quiere que sienta que le debo algo). Conductualmente, el temor a perder el control en un área puede manifestarse como un exceso de control en otra área; por ejemplo, una mujer que teme perder el control en su trabajo puede gastar toda su energía teniendo control sobre los temas referentes a la casa y a los niños. Suposiciones típicas incluyen: "Soy el único que puede solucionar mis problemas", "Si dejo que alguien se acerque demasiado, puede llegar a controlarme", "No puedo aguantar que los demás me digan lo que hacer". Estos pacientes muestran un deseo de un grado de control poco realista y, por esta razón, se benefician si estructuran su mundo no en término de control sino, por el contrario, en términos de elecciones. Para hacer el cambio del control a la elección, la terapia se tiene que centrar en hacer que destaquen las opciones disponibles.

#### 4.5.8 ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD

Se pueden evaluar tres componentes de la fenomenología de la ansiedad: las señales fisiológicas de ansiedad, las manifestaciones conductuales y las cogniciones (Barlow 1988; Nietzel y Bernstein, 1985; Wilson y Cols; 1989). Un problema relacionado con la evaluación de la ansiedad es la falta de sincronía encontrada entre estas tres medidas, ya que una persona puede informar de una ansiedad extrema en una situación sin mostrar ninguna manifestación conductual, o puede no informar ansiedad en otra situación, mientras que las medidas fisiológicas indican un elevado grado de ansiedad. De igual manera, los tres componentes de ansiedad pueden cambiar con ritmos diferentes conforme progresa el tratamiento, por consiguiente, al vigilar el progreso a lo largo de la terapia, es importante evaluar los tres componentes.

#### 4.5.9 LAS IDEAS IRRACIONALES QUE CAUSAN Y MANTIENEN LAS PERTURBACIONES EMOCIONALES

En la sociedad existente, la familia y otras instituciones directa o indirectamente nos adoctrinan de tal forma que llegamos a creer en cantidad de ideas supersticiosas o sin sentido. Este concepto no es original de la TR, ya que los filósofos lo han dicho durante siglos y muchos sociólogos y antropólogos lo han documentado (Ellis, 1961 a, 1962; Frazer, 1959; Hoffer, 1951, 1955; Rokeach, 1960; Rosenfeld, 1962; Tabori, 1959, 1961)

En un texto sociológico reciente por ejemplo, Cuber, Harper y Kenkel (1956) tratan de forma incisiva el tema de "la antigua aceptación no racional de posiciones de valor" en la sociedad americana e indican que muchos de nuestros valores más queridos y defendidos de forma dogmática - como los referidos al matrimonio monógamo, la libertad, la codicia, la democracia, la educación la religión monoteísta, la tecnología y la ciencia - sólo son asumidos como valores "buenos" pero rara vez son revisados o cuestionados de forma seria por los que se ocupan de meterlo en la cabeza de los niños a fuerza de repetido. Como La Barre (1955) observa acertadamente: En nuestra sociedad "un niño forzosamente llega a ser un pensador correcto antes de aprender a pensar".

Escritores psicoanalíticos recientes han enseñado también la forma como las supersticiones y los prejuicios socialmente inculcados han causado una perturbación humana y muy difundida. Horney (1939), Fromm (1941, 1947, 1955), y otros han intentado mostrar cómo las enseñanzas sociales ilógicas han sido una primera causa de neurosis y han insistido en que nada excepto un cambio en la perspectiva de las ideas o de las filosofías básicas de los hombres y mujeres modernos logrará reducir de forma significativa sus tendencias neuróticas.

En un intento de ir más allá de estos pensadores sociológicos y psicoanalíticos y ser más específicos en relación con las ideas en que se basan las aberraciones mentales, destacaré algunos de los aspectos más ilógicos e irracionales que están omnipresentes en la civilización occidental y que parece que llevan inevitablemente a una neurosis generalizada. Estas ideas pueden ser clasificadas de diferentes maneras, por lo que la siguiente lista no significa que sea definitiva ni imparcial, sino que constituye una de las posibles aproximaciones clasificatorias que se pueden elegir para las irracionalidades actuales.

**Idea Irracional N.º 1:** La idea de que es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado prácticamente cada persona significativa de su comunidad.

Aunque a menudo se ha afirmado, puede ser cierto, que los niños necesitan amor y aprobación; aunque es deseable sin duda que los adultos sean amados y aprobados por gran parte de la gente con la que llegan a tener una relación íntima, es cuestionable si para los adultos es absolutamente necesario ser aprobados por cada persona de su comunidad considerada como significativa para ellos (Riesman, 1953; Lipset and Lowenthal, 1961; Bain, 1962). El creer que uno debe ser aprobado por las personas importantes es irracional por siete razones:

1.- El exigir que se deba ser aprobado por todos los que a uno le gusten fija un objetivo inalcanzable y perfeccionista: porque aun cuando 99 personas le amaran o aceptaran, siempre existirá la persona cien o la ciento uno, etc., que no lo hará.

2.- Aun cuando no se consiga la aprobación de todos los que consideren importantes, si se necesita de forma extrema su aprobación seguirá estando preocupado constantemente por conseguirlo. un grado considerable de ansiedad debe acompañar a la necesidad extrema de ser amado (Loevinger, 1962; Stewart, 1962).

3.- Es imposible, no importa los esfuerzos que se hagan, que uno sea siempre simpático. Es inevitable que no les gustemos a algunas de esas personas, cuya aprobación es altamente valorada, por sus propios prejuicios intrínsecos, o les seamos indiferentes.

4.- Suponiendo que se pudiera, en teoría, ganar la aprobación de prácticamente cada persona que se quisiera, habría que gastar mucho tiempo y energía en ellos de forma que quedarían pocas posibilidades para otras actividades provechosas.

5.- Al intentar de forma insensata el ser aprobado por los demás, invariablemente se llega a ser servil y zalamero y por consiguiente se abandonan muchas de sus propias necesidades y preferencias, llegando a ser bastante menos autodirectivo.

6.- Si de forma obligatoria y obsesiva se busca la aprobación de los demás, lo cual se tendrá que hacer si arbitrariamente se ha hecho la definición de que el ser aprobado es más una necesidad que una preferencia, habrá una tendencia a conducirse de forma tan insegura y molesta para los otros que a menudo terminarán perdiendo su aprobación y respeto y por consiguiente destruirán sus propios objetivos.

7.- El amar, más que el ser amado, es una actividad de expresión propia creativa y absorbente, pero la necesidad extrema de ser amado tiende más a ser inhibitoria que a apoyar el amor.

En lugar de intentar de forma ilógica resolver los problemas a través del amor y la aprobación, las personas racionales deberían más certeramente luchar por una vida productiva, y de amor. Más específicamente.

1.- Deberían intentar, no erradicar todos sus deseos de aprobación, sino extirpar las necesidades excesivas y arrolladoras de amor.

2.- Deberían intentar honestamente ser aprobados en muchos casos por razones prácticas (como el compañerismo o un ascenso profesional) más que (como un niño) buscar el ser amado "por sí mismo", por su "alma inmortal" o por el hecho de aumentar su (falso) propia estima. Comprenderían que la verdadera autoconsideración nunca viene de la aprobación de los demás, sino del cariño a uno mismo y de seguir la mayoría de nuestros propios intereses, independientemente de que los demás lo aprueben o no

3.- Deberían, cuando no se es amado o aprobado por los que les gustaría que estuvieran a su lado, admitir que es fastidioso y frustrante, pero abstenerse de creer que es horroroso y catastrófico.

4.- No deberían ni conformarse por el hecho de conformarse, ni rebelarse por el hecho de rebelarse, sino preguntarse a sí mismo de vez en cuando: "¿Qué quiero hacer en realidad, en el curso de mi relativamente corta vida?" más que "¿Qué creo que les gustaría a los demás que hiciera?".

5.- Teniendo en cuenta que es deseable y práctico la aprobación de los demás, se debería intentar hacerlo de forma planificada, inteligente y tranquila y no de manera alocada y siempre errónea. Con este propósito, deberían comprender que una de las mejores formas de ganar el amor es darlo sinceramente.

**Idea Irracional N.º 2 :** La idea de que para considerarse a uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles.

Mucha gente o la mayoría de ella en nuestra sociedad, quizá más que los ciudadanos de cualquier otra sociedad que alguna vez haya existido, creen que si no se es muy competente, suficiente y capaz en todos los aspectos - o por lo menos en un aspecto importante - se es un inútil y pueden muy bien acobardarse y morir. Esto es una idea irracional por varias razones:

1.- Ningún ser humano puede ser totalmente competente y destacar en todos los aspectos o en la mayor parte de ellos; la mayoría de la gente no destaca de hecho ni en un solo aspecto importante. Intentar tener éxito está bien, ya que si se triunfa en un trabajo, un juego o un proyecto artístico, reporta ventajas reales ( tales como una compensación económica o la satisfacción de haber participado ) . Pero el exigir que se debe tener éxito es hacerse a uno mismo víctima de la ansiedad y de los sentimientos de inutilidad personal.

2.- Aunque el tener éxito de formar razonable y el conseguirlo tiene distintas ventajas (en particular en nuestra sociedad ), la energía necesaria para conseguirlo normalmente genera tensión excesiva e hipertensión y fuerza a uno mismo más allá de sus propias posibilidades físicas: con la aparición consecuente de distintas variedades de enfermedades psicosomáticas.

3.- El individuo que tiene la obligación de obtener un éxito clamoroso no sólo está desafiándose a sí mismo para comprobar su propio poder, sino que invariablemente se está comparando con los demás y luchando por ser mejor. Por lo tanto está dirigido por otro más que por sí mismo y se impone tareas en esencia imposibles (ya que no importa lo que pueda destacar en un campo concreto, pues lo más probable es que siempre haya otros que sean todavía mejores). No tiene sentido el estar comparándose de forma envidiosa con los logros de los demás, puesto no se tiene ningún control sobre el comportamiento de ellos sino sólo sobre el de uno mismo. En muchos casos tampoco se tiene control sobre las realizaciones y características propias - por ejemplo, no se puede ser guapo cuando se es feo, ni un buen concertista de piano cuando se es sordo - por lo tanto no tiene sentido que uno se preocupe mucho por estos aspectos tan incontrolados.

4.- El dar un gran énfasis a la filosofía del éxito confunde el valor extrínseco de uno (el valor que la demás gente da al comportamiento o a las características propias) con el valor intrínseco (le viveza o el valor de uno mismo) (Hartman, 1959). El definir la valía personal en función de los éxitos extrínsecos y el sostener que para ser feliz se debe superar a los demás, significa suscribirse a una filosofía fascista y en absoluto democrática. En esencia no difiere nada de la idea de que se debe ser ario, blanco o cristiano, o poseer una identidad social para ser un humano respetable y válido.

5.- El concentrarse en la creencia de que se debe tener éxito y ser competente a menudo aparta al individuo de un objetivo importante que es vivir feliz: es decir, a través de la experimentación hay que descubrir cuáles son los intereses propios más positivos y agradables en la vida, y con decisión (no importa lo que los demás piensen) dedicar gran parte de la relativamente corta existencia de uno a ello.

6.- La preocupación por el éxito normalmente da como resultado un enorme miedo a probar suerte, o a cometer un error, o a fracasar en ciertas tareas (por lo que el miedo tiende a entorpecer de forma sucesiva los éxitos por los que uno está luchando). Una excesiva autoconciencia en la realización de cualquier cometido, que normalmente viene de la preocupación a fracasar en ello (y como consecuencia a definirse como inútil), casi siempre lleva a (a) una ausencia total de gusto por el trabajo, y (b) una tendencia a fracasar completamente en ello.

Un individuo en vez de concentrarse de forma ilógica en su necesidad de tener éxito en todos los problemas y cometidos con que se encuentre en la vida, actuara de forma bastante más razonable si sigue esta trayectoria:

1.- Debe intentar actuar, más que destruirse a sí mismo en el intento de actuar bien. Debe concentrarse en disfrutar, no sólo con el resultado, sino con el proceso de lo que hace.



2.- Cuando intenta actuar bien, debe hacerlo por su propia satisfacción, más que por agrandar o ser mejor que los demás. Debe sentirse involucrado en sus trabajos, más por razones estéticas y artísticas que por razones puramente egoístas.

3.- Cuando intenta actuar bien para su propia satisfacción, debe insistir en hacerlo no perfectamente bien ni en luchar por la superación, sino por su propia superación.

4.- Debe, de vez en cuando, poner en cuestión sus luchas y preguntarse honestamente si está luchando por alcanzar un objetivo en sí, o en alcanzar un objetivo para su propia satisfacción.

5.- Si quiere actuar bien en cualquier asunto o problema, debe aprender a aceptar sus errores y confusiones en vez de horrorizarse ante ellos, e intentar mejorar la situación. Debe aceptar la necesidad ante ellos, e intentar mejorar la situación. Debe aceptar la necesidad de practicar y practicar las cosas en las que se quiere tener éxito; se debe forzar a uno mismo de vez en cuando a hacer aquello en lo que se teme fracasar; se debe aceptar totalmente el hecho de que los seres humanos en general son animales limitados, y que en particular cada uno tiene sus limitaciones precisas y concretas.

**Idea Irracional No. 3 :** La ideas de que cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad.

Muchos individuos se sienten alterados, enfadados y rencorosos por que creen que algunas personas- por lo general se incluyen ellos mismos de forma muy especial - son gente mala; que a causa de su maldad actúan de forma inmoral; y que el único medio de impedir que actúen de esa manera es haciéndoles sentirse culpables y castigándoles. (Diggry, 1962). Estas ideas no son válidas ni racionales porque:

1.- La idea de que algunas personas son malas o infames viene de la antigua doctrina teológica del libre albedrío, la cual presupone que cada persona tiene la libertad de actuar "correcta" o "errónea mente", teniendo como referencia la verdad absoluta y la justicia ordenada por "dios" o por la "ley natural". Si alguien hace uso del "libre albedrío" en forma "errónea" es malvado "pecador". Esta doctrinada no tiene una base científica, porque sus términos claves - incluidos los de "verdad absoluta", "Dios", "libre albedrío" y "ley natural" - son sólo definiciones y no pueden ser probadas ni refutadas en términos empíricos y científicos.

Además muchos descubrimientos psicoanalíticos del último siglo indican que si definimos "albedrío" como la habilidad del individuo (relativa más que absoluta) de hacer sus propias elecciones de conducta en lugar de ser constreñido a actuar de acuerdo con las diversas influencias que continuamente se ejercen sobre él, podemos entonces aceptar de forma realista el hecho de que los seres humanos de nuestro tiempo tiene escaso libre albedrío, aunque no necesariamente ninguno, ya que con mucha frecuencia ignoran o no son conscientes de algunos de sus más poderosos motivos (tales como sus impulsos

sexuales u hostiles), y por tanto se encuentra a sí mismo constreñidos a actuar de forma que conscientemente, no desearían hacerlo sintiéndose tal vez avergonzados de actuar así, sus impulsos y deseos inconscientes anulan considerablemente su "libre albedrío".

2.- Cuando las personas actúan de forma que ellos mismos u otros, consideren "errónea" o "inmoral" parece que lo hacen porque, en un análisis final, son demasiado simples, ignorantes o perturbados emocionalmente como para evitar el hacerlo. Aunque tales individuos indudablemente causen o sean responsables de hacer daño a otros, es ilógico culpabilizarlos, es decir, denigrarlos como seres humanos por su simpleza, ignorancia o perturbación. Es lógico decir: "Han actuado de forma "errónea", y lo mejor que puede hacer es inducirlos a que no vuelvan a hacer"; pero es un *non sequitur* \* el decir: "Han actuado de forma errónea, por tanto son seres despreciables que merecen ser castigados severamente o incluso eliminados". Una "mala" acción no hace una "mala" persona (aunque la iglesia católica así lo ha aceptado muchas veces). lo que existe es una evidencia de una conducta indeseable por parte del individuo que, por su bien y por el de los demás, sería preferible que cambiase.

3.- Por su carácter biosocial (que incluye su herencia y su aprendizaje), el hombre es un animal falible del que sólo se puede esperar errores. No es realista esperar que no sea así y condenarlo por ser como es y por decepcionar las expectativas perfeccionistas de uno. La frase "a tenido un error garrafal, pero espero que la próxima vez lo haga mejor", es bastante correcta. Sin embargo, la frase "a tenido un error garrafal, no debería haberlo hecho y deberá hacerlo mejor la próxima vez, carece de sentido, ya que lo que realmente significa es: "esperé de él que fuese un ángel en lugar de un ser humano y que no cometiese errores; ahora que ha demostrado que es un ser falible le exijo de forma todavía menos realista que sea un perfecto ángel en el futuro.

4.- La teoría de llamar infame a quien actúa mal y culparle o castigarle por sus actos erróneos (y tal vez antisociales), está basada en la suposición de que la culpa y el castigo normalmente inducen al ser humano a abandonar su camino erróneo y a actuar mucho mejor en el futuro. Aunque esta suposición tiene alguna evidencia en que basarse (ya que los niños y los adultos a veces cambian a mejor cuando son criticados o castigados), la historia del crimen y castigo humanos aportan considerables pruebas a favor de la tesis contraria, que sería que los individuos que han sido severamente castigados por sus "pecados" por lo general no han ido a mejor, sino a peor. Mientras que la penalización tranquila y objetiva de una persona por sus errores (como penaliza un experimentador al animal de laboratorio que toma un camino equivocado en un laberinto) ayuda habitualmente al proceso de aprendizaje (Mowrer, 1960), hay muchas razones para pensar que la penalización severa y culpabilizante lo que hace es impedir el proceso humano o bien facilitarlo con efectos tan perjudiciales (en especial síntomas neuróticos) para el que aprende que el hecho de culpabilizar no tiene ningún valor.

5.- En el campo teórico debemos esperar que castigar a un sujeto (en vez de reeducarle de forma objetiva ) por actuar mal, tendrá efectos muy pobres en el aprendizaje. Si una persona comete un error (tanto por acción como por omisión) a causa de su simpleza innata el hecho de culparle no le hará menos simple ni más inteligente. Si comete este acto por ignorancia es probable que el llamar la atención sobre su culpabilidad no le ayudara mucho a ser menos ignorante, y si lo comete por una perturbación emocional, seguro que el culpable le servirá para estar mas perturbado, por consiguiente es difícil comprender que el castigar de forma vengativa y enfadada a una persona por haber actuado mal le va a ser de utilidad para afrontar el problema objetivo básico de capacidad y moralidad, es decir: "ahora que he cometido un error, ¿ qué es lo mejor que puede hacer para corregirlo en el futuro?".

6.- En el fondo la culpabilidad, la hostilidad y la cólera son casi seguro la causa más importante y seria de la mayoría de las perturbaciones humanas (Chambers Lieberman, 1962). Si los niños no fueran educados en la filosofía de la culpabilización propia y ajena por errores actuales o posibles, es difícil que llegaran a sentirse ansiosos, culpables o deprimidos (cuyos sentimientos son el resultado de la culpabilización), u hostiles, intolerantes y ostentosos (que es el resultado de culpar a los demás). Por lo tanto, si preparamos a nuestros niños para que sean neurótico culpabilizándoles y enseñándoles a culpabilizar, y si les culpabilizamos después aún más severamente cuando los síntomas neuróticos les obligan a hacer uso de una conducta antisocial y a cometer todo tipo de errores, ¿ no estamos alcanzando el más alto grado de necedad y demencia ?

En lugar de estar tan preocupados por nuestras malas actuaciones o las de los demás, el individuo racional debe tener en cuenta el siguiente enfoque en los errores de acción u omisión:

1.- No deberá criticar o culpar a los demás por sus fallos, sino comprender que invariablemente cometemos tales actos por simpleza, ignorancia o perturbación emocional. Deberán intentar aceptar a la gente cuando son simples, y ayudarles cuando son ignorantes o están perturbados.

2.- Cuando la gente le culpabilice a uno, primero deberá preguntarse si ha hecho algo mal, y si lo ha hecho, intentar mejorar su conducta; pero sino lo ha hecho, comprender que la crítica de la demás gente a menudo es probable de ellos, y representa por su parte algún tipo de defensa o perturbación.

3.- Deberá intentar entender por qué la gente actúa así - hacer un esfuerzo para ver las cosas desde el marco y referencia de ellos cuando crea que están equivocados: si hay alguna posibilidad de hacer que los demás dejen de cometer fallos, deberá intentarlo con calma. Si no hay ninguna posibilidad (como a menudo ocurre) deberá resignarse filosóficamente a las malas actuaciones de los demás diciéndose: "¡ es muy malo que sigan actuando así, de acuerdo, es muy malo, pero desde mi punto de vista no es necesariamente catastrófico"!.

4.- Deberá intentar comprender que sus propio errores como los de los demás, normalmente son el resultado de la ignorancia o de una perturbación emocional: no deberá culparse nunca por ser ignorante, estar perturbado o tener fallos. Deberá aprender a decirse: "De acuerdo, he actuado en tal y tal cosa mal o he fracasado en un trabajo en el que normalmente debería haber tenido éxito. Por lo tanto he metido la pata o he fracasado. Eso es malo, pero no terrible, ni horroroso, ni catastrófico. Y el punto más importante no está relacionado con mi capacidad de fracaso, sino con la pregunta "¿cómo puedo aprender de este error para que el fracaso sea menor la próxima vez?". Esto no es más que una prueba, una vez más, de que todavía soy un hombre falible. De lo que se trata ahora es de entender ser un poco menos falible.

**Idea irracional No. 4:** La idea de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustarían que fuesen.

Es asombroso ver como millones de personas en la tierra se sienten terriblemente abatidas y tristes cuando las cosas no son de la forma que les gustaría que fuera, o cuando el mundo es como es. El que esta gente se sienta claramente frustrada cuando no están consiguiendo lo que quieren con tanta fuerza es por supuesto normal. Pero el que estén de forma permanente tan deprimidos o abatidos porque están frustrados es completamente ilógico y por muchas razones:

1.- No hay ninguna razón para creer que las cosas deberían ser de forma diferente a los que son, al margen de lo injusta o desafortunada que sea la situación actual de cada uno. Pero si hay muchas razones, en especial los hechos mismos de la realidad, para que las situaciones condicionales o una gente repugnante no nos guste es completamente razonable, pero el llegar a estar seriamente perturbado porque la realidad es la realidad, es absurdo. A veces sería agradable que las cosas fueran de diferente manera, o que tuviéramos lo que esperamos de la vida, en lugar de lo que en realidad tenemos. Pero el hecho de que sería agradable que fuera así no lo transforma ni nos da razones serias para llorar cuando no es así.

2.- El estar de forma permanente abatidos por una serie de circunstancias dudas no nos ayudará a mejorarlas. Al contrario, cuando desorganizados e ineficaces serán nuestros esfuerzos encaminados a mejorar las condiciones de nuestra existencia.

3.- Cuando las cosas no son como nos gustaría que fueran, cierto que debemos luchar, y a veces con mucha fuerza, para cambiarlas. Pero cuando es imposible cambiarlas (por el momento o para siempre), lo que a menudo ocurre, la única cosa que sana que se puede hacer es estar filosóficamente resignados con nuestro destino y aceptar las cosas como son. El hecho de que los niños que tienen poca capacidad para pensar de forma filosófica, normalmente no puede soportar ningún grado de la inevitable frustración, no quiere decir que los adultos no pueden hacerlo de una forma tranquila, ellos pueden, si la mitad del esfuerzo que dedican a convencerse de que no pueden aceptar la dura realidad la emplearan en intentar aceptarla.

4.- Aunque a primera vista parece bastante plausible la hipótesis de Dollard y Miller de que la frustración lleva inevitablemente a la agresión, un análisis más detenido de las pruebas a favor de dicha hipótesis muestra - tal como Pastore (1950, 1952) y Arnold (1960) han indicado- que realmente no es la frustración en cuanto tal, sino una actitud subjetiva y moralista hacia dicha frustración la que provoca hostilidad y agresión. Una persona, por ejemplo, que lleva esperando 20 min. el autobús un día de frío, y ve cómo finalmente éste pasa sin parar, no se sentirá especialmente hostil si (a) descubre que el autobús no está de servicio, pero sí se irritará si (b) ve que el conductor se ha pasado de parada sin ninguna razón. En ambos casos no pudo tomar el autobús y la frustración es idéntica.

De forma similar los trabajos recientes de Beecher, Livingstone, Melzack y otros (Melzack, 1961) han demostrado que incluso la experiencia y reacción frente al dolor físico, depende más que de la intensidad del estímulo doloroso, de los prejuicios actitudinales, subjetivos e individuales de la persona que es estimulada. Aunque nos veamos frustrados o privados de algo que deseamos, no es necesario que nos sintamos muy desdichados, a no ser que definamos nuestra preferencia como una necesidad extrema.

En lugar de quedarse ilógicamente abatido por las circunstancias frustrantes de la vida, o por las injusticias reales o imaginadas del mundo, un ser humano racional puede adoptar las siguientes actitudes:

1.- Puede determinar si las circunstancias que se le presentan como frustrantes o dolorosas son realmente enojosas, o si por el contrario no está imaginando o exagerando sus características irritantes. Si ciertas circunstancias son intrínsecamente desagradables, lo mejor que puede hacer es afrontarlas con calma e intentar que sean mejores. Si por cualquier razón es imposible de momento cambiar o erradicar la negativa situación existente, podría aceptar filosóficamente o resignarse a su existencia.

2.- De forma más concreta, podría percibirse su propia tendencia a sentir las inevitables situaciones desafortunadas como catastróficas, - diciéndoles: ¡Oh, Dios mío! ¡Qué situación tan terrible! ¡No puedo soportarla! - cuestionar y desafiar esta tendencia, y transformarse sus frases interiorizadas en: "Es demasiado negativo que las condiciones sean tan frustrantes, pero no me eliminarán; y estoy seguro que puedo soportarlas por que son desafortunadas pero no catastróficas.

3.- Siempre que sea posible, debe intentar sacar el máximo provecho de las situaciones frustrantes, aprender de ellas, aceptarlas como un desafío e integrarlas de forma útil en su vida.

4.- Cuando se esté fastidiado por sensaciones físicas desagradables, como un dolor de cabeza, se debe hacer lo posible por eliminarlo, y si no se logra erradicar, se debe poner en práctica alguna forma de distracción. Así, puede centrarse en otros aspectos de la vida más agradables ( como leer o jugar al ping-pong ) hasta que las sensaciones desagradables desaparezcan. Deberá aceptar sus inevitables irritaciones y enojos, y comprender que no aumentan por que se fuercen a sentirse enfadados cuando está enojado ( y por lo tanto duplicar o cuadruplicar su irritación original ). (Ellis, 1957 a.)

**Idea irracional no. 5:** La idea de que la desgracia humana se origina por causas externas y que la gente tiene poca capacidad, o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones.

La mayoría de la gente en nuestra sociedad cree que lo que les hace desgraciados es el resto de la gente y los acontecimientos, y que si estas fuerzas externas fueran diferentes ellos no se sentirían tan abatidos. Piensan que no colaboran en su abatimiento cuando se da alguna mala circunstancia, y que no tienen control sobre ellos mismos o sus emociones en estas circunstancias. Esta idea no es válida por varias razones:

1.- La demás gente y los acontecimientos en realidad poco daño pueden hacer excepto un ataque físico o el privar (de forma directa o indirecta) de algunas satisfacciones concretas (como el dinero o el alimento) , pero, hoy día, esto es bastante raro. La mayoría de las "agresiones" son ataques psicológicos cuya capacidad para hacer daño es mínima o no existe, a no ser que se crea erróneamente que pueden dañar. Es imposible que nadie pueda ser perjudicado por ataques verbales o gestos, a menos que se dejen perjudicar o en realidad se perjudiquen ellos mismos. No son las palabras o los gestos los que hieren, sino las propias actitudes y reacciones ante estos símbolos.

2.- Siempre que se diga "me duele el que mis amigos no sean amables", o "no puedo soportar el que las cosas vayan mal", lo que se está diciendo no tiene sentido. Estas frases no hacen referencia a nada significativa y el contenido es totalmente definido. Lo que en realidad se quiere decir es: "yo soy el causante de mi perturbación cuando me digo a mí mismo que el que mis amigos no sean amables es algo terrible" o "que el que las cosas vayan mal es algo horroroso y no puedo soportar este tipo de situación". Aunque el sujeto de "me duele" o el complemento de "no puedo soportarlo" parece que se refiere a algún suceso externo que le está afectando de forma incontrolable, a lo sumo no es más que algún acontecimiento o hecho enojoso, pero que llega a ser terrible porque se le está haciendo ser así, pues su capacidad de incidir sobre alguien es nula o prácticamente inexistente.

3.- Aunque millones de personas civilizada crean firmemente que no pueden controlar sus emociones y que por lo tanto el ser desgraciados es algo a lo que están destinados, no importa lo que hagan, esta idea es completamente falsa.

La verdad es que para la mayoría de la gente en nuestra sociedad es difícil cambiar o controlar sus emociones. en gran parte porque rara vez lo intentan para obtener así una cierta práctica; y cuando lo intentan ocasionalmente lo hacen de forma imprecisa, descuidada y torpe. Si estas personas dejaran de considerar sus emociones como procesos etéreos y casi humanos, y las vieran como algo que está compuesto en gran parte de percepciones, pensamientos, evaluaciones y frases interiorizadas, encontrarían bastante factible el trabajar de forma tranquila y armoniosa para cambiarlas.

Es cierto que, una vez que se ha estado diciendo a alguien durante un largo período de tiempo que se debe estar abatido en ciertas situaciones irritantes o peligrosas, esta persona adquirirá tal hábito en relación con este hecho, que le resultará muy difícil, si no imposible permanecer tranquila. Pero también es verdad (y por lo general desconocido por los americanos) que una vez que alguien se ha repetido una y otra vez durante un período de tiempo suficiente que no necesita sentirse abatido por este tipo de cosas, llegará un momento en que encontrará difícil el alterarse por ellas, y por el contrario bastante fácil el permanecer tranquila cuando le sucedan. Con pocas excepciones y parafraseando a Shakespeare, no hay nada triste en la vida, es el pensamiento el que hace que sea así.

En lugar de creer erróneamente que las emociones están fuera de todo control, el individuo inteligente e informado reconocerá que la infelicidad en gran parte ( aunque no completamente ) viene de dentro y sus orígenes es esa misma persona infeliz. Entonces, en relación con sus propias emociones negativas y autodestructivas, se impondrá las siguientes tareas:

- 1.- Siempre que considere que se va a sentir abatido (distinguiendo del sentimiento de pena por alguna pérdida o de enojo por alguna frustración), enseguida debe reconocer que es él quien está creando esa emoción negativa, por una reacción impensada ante una situación o persona. No se dejara engañar por el "hecho" de que sus ansiedades u hostilidades tienen un origen natural, o constituyen su lote correspondiente como ser humano, o son creadas, por condiciones externas. De forma terminante afrontará el hecho de que es él el primer causante y que como él las origina, también puede erradicarlas.
- 2.- Después de observar de forma objetiva sus intensas emociones de infelicidad, averiguará el origen de sus frases ilógicas que las están creando y pensará en ellas. Entonces es lógico que las analice y de forma enérgica las cuestione y desafie hasta que esté convencido de sus propias contradicciones y considere que no son defendibles por más tiempo. Al analizar y cambiar sus propias verbalizaciones de forma radical, podrá transformar y contrarrestar las acciones y emociones autodestructivas por aquéllas a las que se estaba imponiendo.

Así, si el individuo teme de forma muy intensa el entrar en contacto con personas lisiadas, se dará cuenta que no son los lisiados quienes en realidad le dan miedo, sino sus propias frases interiorizadas sobre la "terribilidad" de los lisiados. Con tranquilidad

observará estas frases (por ejemplo. "Los lisiados están en una situación nada deseable porque necesitan ayuda: si yo necesitara ayuda como ellos, sería terrible"). Y las analizará de forma lógica (por ejemplo. preguntándose a sí mismo: "¿Existe alguna lógica en la forma de relacionar la última parte de esta frase - que si yo necesitara ayuda como los lisiados sería terrible - con la primera - que los lisiados están en una situación nada deseable-?") Entonces desafiará sus frases de forma resuelta (por ejemplo, repitiéndose una y otra vez: "Aun cuando ciertamente no es deseable que sea un lisiado. no tiene por qué ser terrible o catastrófico. ni significa que yo sería una persona despreciable").

Finalmente, examinará y desmentirá las filosofías generales falsas que existen detrás de sus temores específicos de entrar en contacto con lisiados. y se recordará a sí mismo que (a) el estar en contacto con lisiados (o con cualquier otro tipo de enfermedad) nunca le podrá convertir mágicamente en un lisiado; (b) que prácticamente nada que no sea deseable es en realidad terrible o catastrófico; y que (c) casi siempre podrá, como una filosofía sana de la vida, superar todos los handicaps físicos y cualquier otro tipo de adversidad, en tanto en cuanto esté vivo y se mantenga en actitud de pensar, planificar y actuar en relación con sus situaciones desafortunadas en las que se pueda encontrar, etcétera.

**Idea irracional No. 6:** La idea de que si algo es o puede ser peligroso o temible se deberá sentir terriblemente inquieto por ello, deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.

La mayoría de gente en nuestra sociedad se obstina en creer que si están en peligro o si existe alguna posibilidad de que les acontezca algo que temen, tienen que permanecer preocupados por ese peligro real o en potencia. Esto es una idea irracional por varias razones:

1.- Aunque es sabio el prever la posibilidad de un peligro, planear evitarlo y si es que ocurre, ser prácticos en rechazarlo o en afrontarlo con éxito. lo que normalmente se siente como "ansiedad", "preocupación" o "temor intenso" no es de naturaleza preventiva o constructiva y a menudo impide seriamente el ser eficaz en prevenir o enfrentarse a un hecho real. En primer lugar, si se está muy preocupado o superalterado por un asunto posiblemente arriesgado, por lo general la excitación y el nerviosismo es tal que de hecho impide ver de forma objetiva si ese "riesgo" es real o está exagerado.

Así si alguien está temiendo que un grupo de niños que están jugando con un balón le van a dar con él y le van a dejar inconsciente, es probable que no se dé cuenta si el balón con el que están jugando es realmente duro y peligroso (como una pelota de béisbol o de golf) o si es un objeto blando e inofensivo (como una pelota de plástico o de goma). Por consiguiente el preocuparse o alterarse suele llevar a fantasear sobre la "peligrosidad" de una situación dada que en realidad no presenta prueba alguna de ello.

2.- La ansiedad intensa ante la posibilidad de que un peligro ocurra, con frecuencia impide afrontarlo con eficacia cuando realmente ocurre. Así se sabe que los chicos en la



calle están jugando con un balón duro y peligroso, y alguien se encuentra petrificado de miedo de pensar que él o alguien por quien siente afecto pueda ser golpeado y herido, su alteración ante este peligro real le hará, en vez de explicar a los chicos de forma tranquila lo peligroso que es usar ese balón e inducirles a que uno más ligero, enfrentándose a ellos al chillarles o llamar a la policía, si no fastidiarles de tal manera que ellos, de forma deliberada, sigan usando el balón duro.

3.- El preocuparse mucho ante la posibilidad de que algo terrible ocurra, no sólo no evita que suceda, sino que a menudo contribuye a su aparición. El estar muy nervioso por temor a un accidente de coche puede facilitar el accidente contra otro coche o un poste de luz, cuando, si se hubiera estado más tranquilo, se hubiera podido evitar.

4.- El inquietarse por una situación peligrosa por la general lleva a exagerar la posibilidad de que eso ocurra. Así, si alguien tiene un miedo horroroso a ir en avión, es probable que imagine que su avión pueda tener un serio accidente, cuando en realidad hay una posibilidad entre mil de que eso ocurra. Aun cuando esa preocupación en un caso como esté, tiene alguna base real de ningún modo tiene esas características tan exageradas que se le atribuyen al estar tan alterado.

5.- Algunos hechos muy temidos, como una enfermedad seria y la muerte al final de nuestros días, son inevitables, y nada ni incluso la preocupación por ello, evitará que ocurra. Por lo tanto, el preocuparse por hechos inevitables no determina que las posibilidades de que algo ocurra disminuya, y además no sólo se padecen las desventajas de los hechos temidos sino que dan lugar a otras adicionales y a veces mucho más castrantes, que son las de estar preocupado por algo mucho tiempo antes de que ocurra de verdad. Así si alguien sabe, por ejemplo, de que aquí a unos años se morirá, su ansiedad para impedir su muerte no sólo no logrará aplazar este hecho sino que hará que los días que le queden sean muy amargos para él. Pero si acepta lo inevitable de su muerte podrá muy bien disfrutar de ese tiempo.

6.- Muchos hechos normalmente temidos y peligrosos - como la posibilidad de ser diabético si se ha nacido en una familia con un alto índice de esta enfermedad - en realidad no presentan tanto problema si es que aparecen, pero la preocupación ante su posible aparición les hace ser así. Se puede vivir bastante confortable (Aunque hay que admitir que con inconvenientes) con diabetes (o, para el caso, con tuberculosis, distintas formas de cáncer o de otras enfermedades en cierto sentido graves) cuando alguien es afectado por este tipo de enfermedades. Por lo tanto el dramatizar sobre los posibles resultados de una enfermedad o un mal no conduce a nada, aun cuando hay bastante posibilidades de que este mal aparezca.

Un ser humano racional, en lugar de perjudicarse así mismo siendo exageradamente temeroso, deberá adoptar una serie de actitudes ante los posibles obstáculos y peligros que le puedan aparecer en su vida:

1.- Deberá hacer sin quejarse las cosas que necesite realizar. aun cuando le disguste mucho el hacerlo y mientras tanto buscar alguna forma inteligente de evitar los aspectos dolorosos de la vida que no sean necesarias. Se debe imponer la disciplina de realizar las tareas necesarias después de haberse convencido de forma lógica que son necesarias. de forzarse literalmente a hacerlas y terminarlalas lo más pronto posible.

2.- Si rechaza el enfrentarse a ciertos problemas y responsabilidades de la vida. no deberá aceptar como un hecho la idea de que es indolente "por naturaleza" o "de forma biológica", sino que debe suponer que detrás de cada rechazo existe toda una cadena de frases que indican una falta de ansiedad o rebeldía. Deberá, de forma implacable desvelar estas frases y analizarlas con lógica, hasta que las cambie por otras más sanas e impulsoras.

3.- Deberá intentar no volcarse en ser demasiado disciplinado ni hacer las cosas por un camino demasiado arduo (normalmente por el sentimiento de culpa y como castigo). Pero sí intentara ayudar a sus actividades disciplinadas si es necesario planificando esquemas de trabajo, imponiéndose metas razonables y logros intermedios.

4.- Deberá enfrentarse de lleno al hecho de que vivir es exactamente lo que su nombre implica, y que descansar o evitar a menudo son intervalos lógicos en una vida completa, pero que llegan a ser algo fatal si ocupan la mayor parte de esa "vida". Deberá aceptar de forma filosófica que cuando más responsable y desafiante sea su vida, y más problemas tenga que resolver posiblemente sea más interesante sobre todo visto a largo plazo.

**Idea Irracional N.º 7 :** La idea de que es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida .

Mucha gente siente que es mucho más simple hacer sólo lo que es "fácil " o " natural " o lo que es intrínsecamente agradable, y evitar las dificultades y responsabilidades. Las ideas de esta gente son falsas en distintos aspectos.

1.- La idea de que existe una forma fácil de resolver las dificultades sólo se considera en relación con el momento exacto de la decisión, pero no se tienen en cuenta los muchos problemas y malestares que engendra. Así, si alguien encuentra difícil el pedir un beso a una chica (o intenta besarla sin habérselo pedido ) y decide no enfrentarse a un posible rechazo, en el momento de tomar esta decisión negativa se sentirá bien y aliviado de haber abandonado el problema. Pero tan pronto como este momento de alivio pase, la sensación será desagradable por la pérdida de algo probablemente satisfactorio. porque no se ha adquirido más práctica en el besar o en el solicitarlo. etc. El "placer " del momento puede dar como resultado horas, días e incluso años de infelicidad.

2.- Aunque el esfuerzo que se necesita para evitar una decisión o una dificultad con frecuencia parece que es fácil de llevarlo a cabo y no tienen consecuencias, en realidad es arduo y largo, ya que se pasan literalmente muchas horas de tortura y debate con uno mismo, de ingeniosas argumentaciones e intrigas antes de decidir que uno no se va a comprometer en una tarea difícil pero en potencia provechosa.

3.- La confianza en uno mismo, en un último análisis, surge sólo de hacer algo, y nunca de evitarlo. Estamos seguros de que podemos hacer algo en el futuro (y divertirnos al hacerlo) esencialmente porque lo hemos hecho ya en el pasado y en el presente y hemos tenido algunos éxitos. Por consiguiente, si alguien pasa gran parte de su vida evitando problemas difíciles y responsabilidades, es probable que consiga una vida "más fácil", pero casi seguro que paralelamente la existencia será muy insegura.

4.- Mucha gente supone que una vida fácil, evasiva y sin responsabilidades es también algo muy valioso. Como Magda Arnold (1960) y Nina Bull (1960) han afirmado recientemente, es un presupuesto bastante dudoso. No párese que los seres humanos son "más felices" cuando están sentados de forma pasiva sin hacer nada o haciendo poca cosa, y quizás ni cuando están (en relativamente pocos momentos) muy entusiasmados y emocionados con algo. Por el contrario, parece que cuando les va mejor es cuando tienen un objetivo en el sentido de estar comprometidos y trabajar en un proyecto difícil y a largo plazo (ya sea en el campo del arte, la ciencia, los negocios o cualquier otra cosa) de forma regular y relativamente tranquila.

Si esto es cierto, entonces una vida fácil y sin responsabilidades puede ser satisfactoria de forma temporal - en especial en periodos de vacaciones después de una vida activa - eso es raro que sea provechosa de forma continua. En definitiva la vida es actividad, movimiento, experiencia, creatividad; y los seres humanos no conocen ciertos tipos de satisfacción muy importantes cuando se centran en evitar aspectos de la vida difíciles y sugerentes.

En lugar de evitar muchos retos, dificultades y responsabilidades de la vida, el individuo racional puede muy bien seguir estos puntos:

1.- Deberá hacer sin quejarse las cosas que necesite realizar, aun cuando le disguste mucho el hacerlo, y mientras tanto buscar alguna forma inteligente de evitar los aspectos dolorosos de la vida que no sean necesarios. Se debe imponer la disciplina de realizar las tareas necesarias después de haberse convencido de forma lógica que son necesarias, de forzarse literalmente a hacerlas y terminarlas lo más pronto posible.

2.- Si rechaza el enfrentarse a ciertos problemas y responsabilidades de la vida, no debe aceptar como un hecho la idea de que es indolente "por naturaleza" o "de forma biológica", sino que debe suponer que detrás de cada rechazo existe toda una cadena de frases que indican una falta de ansiedad o de rebeldía. Deberá, de forma implacable, desvelar estas frases y analizarlas con lógica, hasta que las cambie por otras más sanas e impulsoras.

3.- Deberá intentar no volcarse en ser demasiado disciplinado ni hacer las cosas por un camino demasiado arduo (normalmente por el sentimiento de culpa y como castigo ). Pero sí intentará ayudar a sus actividades disciplinadas, si es necesario planificando esquemas de trabajo, imponiéndose metas razonable y logros intermedios.

4.- Deberá enfrentarse de lleno al hecho de que vivir es exactamente lo que su nombre implica, y que descansar o evitar a menudo son intervalos lógicos en una vida completa, pero que llegan a ser algo fatal si ocupan la mayor parte de esa "vida". Deberá aceptar de forma filosófica que cuando más responsable y desafiante sea su vida, y más problemas tenga que resolver, posiblemente sea más interesante, sobre todo visto a largo plazo.

**Idea Irracional No. 8:** La idea de que se debe depender de los demás y que se necesita a alguien más fuerte en quien confiar.

Aunque en teoría aprobamos la libertad y la independencia en nuestra sociedad, muchos de nosotros creen que debemos depender de otros y que necesitamos a alguien más fuerte en quien confiar. Esta es una idea irracional por varias razones:

1.- Aunque es verdad que todos somos algo dependientes de los demás en esta sociedad tan compleja ( ya que con dificultad podríamos comprar alimentos, viajar en tren, vestirnos o hacer cientos de cosas necesarias sin la considerable y colaboradora división del trabajo ) Si embargo no hay razón para que esta dependencia se maximalise y literalmente se exija que los demás elijan o piensen por nosotros. Seamos colaboradores, pero no serviles.

2.- Cuando más se confie en los demás, más seguro es que, en un primero o último análisis se dejen muchas cosas que se querían hacer en la vida y se elijan cosas, forzadas por la necesidad extrema, que los demás quieren que uno haga. La dependencia está inversamente relacionada con el individualismo y la independencia, y no se puede ser uno mismo y estar muy dependiente de los demás al mismo tiempo.

3.- Cuando más se confie en que serán los demás quienes le guien a uno y le ayuden a hacer cosas, menos tenderá a hacerlas por sí mismo y como consecuencia a aprender de ellas. Esto significa que cuando más dependiente se sea, se tenderá a hacerlo todavía más. Por otra parte si alguien depende de los demás para sentirse seguro, - porque uno no puede cometer errores o soportar el sentimiento de culpa si es que los hace - en esencia más que ganar pierde seguridad, ya que la única seguridad real que se puede tener en la vida es la de saber que, a pesar de los errores que se puede cometer en la vida no se es un ser inútil sino simplemente una persona falible. La dependencia, en un círculo vicioso, conduce a disminuir la confianza y a aumentar la ansiedad. El ser dependiente configura una búsqueda de la auto-estima y la seguridad que nunca termina y nunca se encuentra.

4.- Cuando se depende de los demás, se pone uno mismo a merced de ellos, y por consiguiente a merced de fuerzas externas que por lo general no se pueden controlar. Si se depende de uno mismo para tomar decisiones y llevarlas a cabo, al menos se trabaja con el propio pensamiento y se confía en él y en la conducta de uno. Pero si se depende de los demás, nunca se sabrá cuándo dejarán de ser seguros, si se moverán a otro sitio o si se morirán.

En lugar de luchar por depender de otras personas (o en una hipotética abstracción, como del estado o de Dios), el individuo racional deberá hacer todo lo que pueda por sostenerse con sus dos pies y pensar y actuar como crea conveniente. Algunos objetivos concretos por los que puede luchar en relación con este aspecto son:

1.- Deberá aceptar el hecho de que está y estará (en algunos aspectos esenciales) solo en este mundo, y que no es necesariamente terrible el apoyarse en uno mismo y ser responsable de sus decisiones. Por mucho que colabore con los demás y muy amigos que sean, sólo él conoce sus necesidades y estímulos, y puede enfrentarse a sus problemas en la vida.

2.- Deberá comprender muy claramente que nunca es algo terrible al fracasar en la consecución de un objetivo, que los seres humanos aprenden con el fracaso y que sus fracasos no tienen nada que ver intrínsecamente con su valía como ser humano. Por consiguiente deberá seguir luchando por aquello que quiera conseguir en la vida, aun cuando las posibilidades de obtenerlo sean pocas, y sobre todo adoptar la filosofía de que es mejor el arriesgarse y cometer errores por elección propia, que vender el alma por una "ayuda" innecesaria de los demás.

3.- No deberá de forma rebelde y defensiva, rechazar cualquier ayuda de los demás, para probar lo "fuerte" que es y cómo puede valérselas por sí mismo él solo; a veces se debe buscar y aceptar la "ayuda" de los demás, cuando es realmente necesaria.

**Idea Irracional N.º 9:** La idea de que la historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente.

Mucha gente hoy en día cree y actúa partiendo de la base de que algo que en alguna ocasión afectó a su vida de forma significativa, o le fue útil en un momento dado de su existencia, debe de seguir siendo así para siempre. Esto es irracional por varias razones:

1.- Si alguien se permite una influencia excesiva de su historia pasada, está cayendo en el error lógico de las supergeneralización, ya que presupone que cuando una cosa es verdad en alguna circunstancia, es verdad en todas las circunstancias. Puede ser cierto, por ejemplo, que alguien no fuera capaz de defender sus derechos frente a sus padres u otras personas en el pasado, y que por consiguiente tuviera que ser conciliador o servil con

ellos para mantener la paz y conseguir así algunas de las cosas que tanto deseaba. Pero eso no significa que ahora, quizás veinte años más tarde, tenga que seguir siendo igualmente conciliador o servil con los demás para protegerse a uno mismo y obtener lo que quiere.

2.- Si se está bajo una grave influencia de los hechos pasados, normalmente se emplearán para solucionar los problemas, soluciones superficiales o "fáciles" que fuera útiles en alguna ocasión, pero que ahora pueden ser bastante ineficaces. Por lo general existe distintas alternativas para cualquier problema que tienen diferentes grados de perfección y eficacia. Cuando más influenciado se esté por las soluciones utilizadas con éxito en el pasado, menos probable es que se puedan buscar otras alternativas mejores y posibles para resolver los problemas actuales.

3.- Las llamadas influencias del pasado pueden ser utilizadas como una poderosa excusa para evitar un cambio en el presente. Así, si alguien tiene miedo de lo que los demás puedan pensar de él y sabe, especialmente si va a una terapia, que tiene que pensar y actuar de forma enérgica frente a sus miedos para erradicarlos, una de las excusas más fáciles en el mundo es decir que está tan influenciado o condicionado por el pasado que no es capaz de pensar o actuar de una forma determinada para superar su neurosis. Esta utilización del pasado como excusa para no resolver los problemas en el presente normalmente conduce al ciclo más viciado de perturbación emocional.

Igualmente, si alguien, en un acto de rebeldía, se corta la nariz para herir su rostro, también puede rechazar algo que de gustaría hacer en realidad (como ir a la universidad), debido a que sus padres o alguna otra persona en el pasado afirmaban que él hacía esto en consideración a ellos. Continuando de esta manera, emocionalmente enraizado en el pasado, se puede tener la gran "satisfacción" de vencer a aquellos "canallas".

4.- Exagerando la importancia de los años de formación, se tiende a utilizar la frase cierta: "Ya que en mi infancia aprendí a hacer las cosas de forma neurótica, ahora me resulta muy difícil cambiar", pero se sustituye el final de forma no legítima "... me resulta imposible cambiar, por lo tanto puedo renunciar a resolver mi problema y seguir neurótico sin ningún tipo de esperanza".

En lugar de sobrevalorar la importancia del pasado y actuar de acuerdo a los que los psicoanalistas llaman las relaciones de transferencia el individuo racional debe asumir los siguientes tipos de actitudes:

1.- Puede aceptar el hecho de que el pasado es importante y estar seguro de la influencia significativa de sus experiencias pasadas en muchos aspectos. Pero debe saber también que su presente es el pasado del mañana, y que esforzándose en transformarlo, puede conseguir que el mañana sea diferente, y presumiblemente más satisfactorio que el hoy.

2.- En lugar de continuar haciendo cosas de forma automática en el presente, porque antes lo hacía así, puede parar y pensar en el hecho de repetir sus actos pasados. Cuando se encuentre muy agarrado por alguna influencia pasada que considere que es perniciosa, debe luchar de forma enérgica y persistente en dos niveles, el verbal y el activo: haciéndose propaganda negativa sobre la importancia de continuar actuando como antes, y forzándose a cambiar su conducta en situaciones apropiadas. Así, si teme comer pollo porque su madre le enseñó, de pequeño, que era algo perjudicial, intentara desafiar la filosofía de su madre (y su propia interiorización) respecto al pollo, hasta que empiece a minarla; entonces se forzara a comer pollo hasta que compruebe por sí mismo; con los hechos que no es un alimento perjudicial.

3.- En lugar de revelarse con rencor contra todas o la mayoría de las influencias pasadas, debe valorar, cuestionar, desafiar y relevarse solo contra aquellas ideas adquiridas que son claramente perjudiciales en el momento actual.

**Idea Irracional N.º10:** La idea de que uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás.

Muchas personas consideran que lo que otra gente hace o cree es lo más importante para sus vidas, y que por tanto deben estar claramente preocupados por los problemas y las perturbaciones de ellos. Esta idea es falsa en varios aspectos:

1.- Los problemas del resto de la gente con frecuencia tienen poco o nada que ver con nosotros y no hay ninguna razón por la que debemos sentirnos muy preocupados, cuando son diferentes a nosotros o no estamos de acuerdo con su forma de actuar. Si Mrs. Jones es muy severa con sus hijos, es una desgracia para ella y su familia, y si se puede hacer algo para ayudarla a cambiar o proteger a sus hijos, eso está bien. Pero ella no es necesariamente una criminal porque no estamos de acuerdo con sus hechos de hecho, incluso, es posible que ella esté en lo cierto y nosotros equivocados sobre la conveniencia o no de su forma de actuar. Y aun cuando fuera una criminal (si por ejemplo mutilara o matara a sus hijos), no hay ninguna razón para volverse loco por su conducta, aunque se debe poner en conocimiento inmediato de las autoridades competentes.

2.- Aun cuando las personas están tan perturbadas que hagan cosas que nos molestan o nos hiera, la mayoría de nuestros enojos no provienen de sus conductas, sino de la idea de injusticia que se percibe tras su forma de actuar. Así, si alguien es maleducado con nosotros, su mala educación rara veces lo que nos hace daño; nos decimos a nosotros mismos: "¡Qué descaró! ¿Cómo puede haberme hecho esto a mí?". Lo que realmente nos molesta es nuestra no-aceptación de realidad en nuestra frases, más que su mala educación.

3.- Cuando nos disgustamos por la conducta de los demás, suponemos que tenemos un gran poder sobre ellos, y que el echo de disgustarnos mejora de forma mágica su conducta, pero por supuesto que no será así. Aunque tengamos una enorme capacidad de controlamos y cambiar (lo que rara vez estilamos ), de hecho tenemos poco poder de cambiar a los demás. Cuando más enfadados y molestos estemos por su conducta (prestándoles por consiguiente considerable atención) menos probabilidades tenemos de inducirles a cambiar.

4.- Aun cuando inducimos a los demás a cambiar porque estemos molestos por sus actos, pagamos un alto precio por la creación de nuestra propia perturbación. Ciertamente debe haber, y de hecho hay, otras formas menos destructivas de intentar, sin alterarse, que los demás corrijan sus errores. Pero para la mayoría, el estar terriblemente perturbado por la conducta de otros no les ayuda ni a ellos mismo ni a los demás.

5.- El disgustarse por la forma de conducirse de otras personas, a menudo favorece el que se deje de lado lo que debería ser preocupación principal, es decir, la forma en que nos comportamos y las cosa que hacemos. El permitir involúcranos en otras conductas a menudo se usa como una excusa sutil para no atajar nuestros problemas ni ocuparnos de nosotros mismos.

En lugar de sentirnos molestos cuando la gente actúa de forma negativa o hace cosas que nos gustaría que no se hicieran, haríamos mucho mejor si adoptamos las siguientes actitudes en este orden:

1.- Debemos preguntarnos si realmente merece la pena preocuparse por la conducta de los demás, desde el punto de vista de ellos y del nuestro propio, y debemos interesarnos sólo cuando nos preocupen lo suficiente, cuando pensemos que les podemos ayudar a cambiar o que nuestra ayuda puede ser útil al intervenir en el asunto.

2.- Cuando aquellos por los que definitivamente nos preocupemos estén actuando mal, no debemos de preocuparnos demasiado por su conducta, sino que de forma objetiva y tranquila intentar hacerles ver sus errores y ayudarles con cariño en sus obstáculos y dificultades.

3.- Si no podemos eliminar la conducta autodestructiva y enojosa de los demás, debemos al menos intentar no estar enojados nosotros por ello y renunciar a la idea de mejorar una situación mala.



**Idea Irracional N.º 11:** La idea de que invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe.

Millones de hombres y mujeres de hoy día consideran que deben tener soluciones perfectas y seguras a los problemas que les acosan, y que si tiene que vivir en un mundo de imperfecciones e inseguridades de seguro que no podrán sobrevivir felizmente. Está búsqueda de la seguridad, el control absoluto y la verdad perfecta es muy irracional en varios aspectos:

1.- Por lo que se sabe, no existe ni seguridad, ni perfección, ni verdad absoluta en el mundo. Como Hans Reichenbach (1953) y otros filósofos actuales han demostrado de forma convincente, nos guste o no nos guste vivimos en un mundo de probabilidades y de suerte, y no podemos tener seguridad de nada externo a nosotros. Ya que las cosas son así y que la búsqueda de seguridad sólo origina expectativas falsas y ansiedad en conexión con estas expectativas, la única cosa sana que se puede hacer es aceptar (de buen o mal grado) la realidad, no cometer, la estupidez de decirse que se debe conocer la realidad totalmente o que se tiene que controlar, o que deben existir soluciones perfectas a todos sus problemas.

2.- Los desastres que la gente imagina sobrevendrán si es que no consiguen una única solución "correcta" a sus problemas. o si no pueden controlar "perfectamente" el mundo exterior. no tienen una existencia objetiva sino que son "desastres" porque ellos piensan que son así. Si una persona insiste que sería catastrófico que no pudiera resolver sus problemas de forma inmediata, entonces, por su insistencia, y como esta solución perfecta e inmediata no es posible, le ocurriría algo catastrófico (como un intenso estado de pánico o de desesperanzada ineficacia).

3.- El perfeccionismo, por lo general, limita las posibles soluciones a los problemas e induce a resolverlos de forma mucho menos "perfecta" que si no se fuera perfeccionista. Así, si hay muchas posibilidades de aprender a tocar el piano y se insiste en que se debe aprender dando clase con un profesor particular durante unas pocas semanas. lo más probable es que nunca se aprenda a tocarlo o se prenda muy mal.

En lugar de insistir en que debe haber una solución perfecta y rápida para un problema dado y que tiene que existir un control seguro y total ante las necesidades de su vida. sería mucho mejor para un ser humano que intentara resolver sus problemas de esta manera:

1.- Cuando se enfrenta a un problema importante en su vida, deberá primero pensar en varias soluciones posibles y elegir, de estas alternativas, la que sea más práctica y factible, en lugar de la que sea "perfecta". No deberá considerar de forma perfeccionista cada aspecto posible de cada alternativa posible - ya que en la práctica nunca podrá tomar decisiones con este planteamiento - sino aceptar la necesidades un compromiso y estar preparado a emplear el tiempo necesario después de haber considerado lo suficiente cada alternativa.

2.- Deberá aceptar el hecho de que las decisiones y los planes límites por lo general (aunque no siempre) son inadecuados y no son factibles y deberá considerar los puntos de vista moderados y las apreciaciones intermedias que subyacen en esa decisión extrema que está meditando.

3.- Debe saber que errar es de humanos, que es muy probable que sus decisiones a principio sean mediocres y equivocadas, y que sus actos no tienen nada que ver con su valor esencial como ser humano. Sabiendo que por lo general los humanos aprenden a base de intentos y de equivocaciones, deberá estar deseando experimentar, hacer distintos planes y ver si funcionan y seguir buscando y experimentando nuevas posibles soluciones a sus problemas. (5)

#### 4. 6 LA PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA ENCAMINADA HACIA EL BIENESTAR FÍSICO Y MENTAL

Es de suma importancia tener en cuenta que cuando alguien enferma, no es solo el cuerpo el que sufre y se siente mal, también como consecuencia de ello, enferma su mente ya que el ser humano no es una dualidad como se llegó a pensar antiguamente sino que mente y cuerpo conforman un todo. Tal aseveración nos conlleva a pensar que si combinamos el tratamiento farmacológico con un buen apoyo psicológico utilizando la Programación NEUROLINGÜÍSTICA este se vera potencialidad y favorecerá el bienestar integral de la persona.

---

(5) Ellis, A., Razón y Emoción en psicoterapia, Ed. DDB, España, 1980

Resulta interesante que la investigación médica se adentre cada vez más en terrenos que hasta ahora habían sido dominio de la psicología y se hace cada vez más difícil trazar la línea entre los factores físicos y los mentales en la enfermedad. Mente y cuerpo se influyen constantemente entre sí hacia la salud y hacia la enfermedad.

La salud es algo de lo que no somos conscientes ...hasta que enfermamos. Nuestro sistema inmunitario trabaja constantemente para mantenernos sanos o lucha insaciablemente por reponerse ante una enfermedad, tanto la salud como la enfermedad son experiencias subjetivas, cada cual las define como quiere, sobre todo a partir de sus propias sensaciones. No existe un saluómetro que mida objetivamente la salud, ni dolorómetro que mida objetivamente el dolor. La PNL (Programación NEUROLINGÜÍSTICA) es el estudio de la estructura de la experiencia subjetiva. como crear nuestro mundo interno único.

La disciplina de la PNL se desarrolló a mediados de los años setenta, su esencia es lo que llamamos "modelado" descubrir cómo hacemos lo que hacemos. La PNL modela la excelencia en todos los campos por lo que en esta tesis canalizaremos tal aportación a modelar la excelencia durante la enfermedad haciendo referencia a algunos de los principales modos en que puede usarse dedicando también un espacio a las creencias pues estas influyen ya sea potencializando o bloqueando el efecto del tratamiento médico.

La PNL tiene tres elementos fundamentales: Programación-neuro-lingüística.

- La Programación trata de las secuencias repetidas de pensamiento y conducta; de como actuamos para conseguir nuestros objetivos y las consecuencias de nuestros actos. La atención se centra en la elección individual y en la capacidad.
- Neuro. remite a la Neurología, a como mente y cuerpo están vinculados a través del sistema nervioso.
- Lingüística que se refiere al lenguaje, a como nos influimos unos a otros y nosotros mismos a través del lenguaje. El vocabulario médico en este caso en particular lleva implícito supuestos que dirigen nuestros pensamientos.

La enfermedad es un estado patológico constatable, en donde el cuerpo como la mente sufren y se afectan todos los aspectos de nuestra vida; nuestro trabajo, las relaciones con los demás y como nos sentimos con nosotros mismos, por lo que es necesario un fuerte apoyo cuando esta por desventura es por el resto de nuestra vida como en el caso de VIH y SIDA.

#### 4.6.1 NIVELES NEUROLÓGICOS

Durante la enfermedad existen diversos factores que influyen en la persona, pero en cuales de ellos podemos nosotros influir para mejorar la calidad de vida del enfermo.

Sobre algunos factores podemos ejercer una gran influencia; sobre otros, esta influencia puede ser sólo parcial, o nula. La PNL (Programación NEUROLINGÜÍSTICA) ha desarrollado un modo de ver los diferentes niveles de control y de influencia que resulta de especial utilidad en el terreno de la salud. Denominados Niveles neurológicos o lógicos, tal concepto fue desarrollado por Robert Dilts y considero que puede ser de gran utilidad en el tratamiento al paciente con VIH/SIDA como apoyo psicológico.

- 1.- El primer nivel es EL MEDIO AMBIENTE ( el entorno y las personas con los que convivimos ). Los factores ambientales, como la calidad del aire y de la comida son muy importantes para nuestro cuerpo y aún más si este se encuentra enfermo, en el caso el enfermo por VIH o SIDA es necesario extremar precauciones en su alimentación ya que presenta deficiencias en cuanto a la inmunidad y cualquier infección podría causar serios problemas en su estabilidad física, así como también los fármacos y su adecuada administración, una oportuna atención medica y pronta medicación, se encuadran también en este nivel. Podemos establecer una distinción entre ambiente interno y externo ¿qué introducimos en nuestro medio ambiente interno? ¿que calidad tiene la comida que ingerimos el aire que aspiramos ? De este medio ambiente que nos rodea forman parte también otras personas: amigos, familiares y compañeros de trabajo. Desde 1980 vienen acumulándose una cantidad enorme de testimonios que avalan la afirmación de que la calidad de nuestras relaciones tienen un impacto enorme en la salud, por lo que estas son de gran ayuda durante la enfermedad, la soledad, el aislamiento y las relaciones interpersonales insatisfactorias constituyen un riesgo significativo para el ser humano tanto en el ámbito físico como psicológico.
- 2.- El segundo nivel es LA CONDUCTA y al respecto hay dos actitudes relacionadas con ello, evitar los hábitos nocivos y cultivar los saludables. "... Como lo son las practicas sexuales sin riesgo de reinfectarse en el caso del paciente con VIH y SIDA..."
- 3.- El tercer nivel LA CAPACIDAD con este término entendemos las acciones y hábitos repetidos y arraigados, a este nivel la PNL también lo denomina ESTRATEGIAS o MANERAS RUTINARIAS DE PENSAR Y DE RESPONDER tenemos estrategias para afrontar el estrés, para establecer relaciones, sobre cuándo enfadarse, sobre qué, y cuándo comer. Las estrategias son secuencias de pensamiento que utilizamos de forma mecánica y qué por tanto, nos llevan a acciones rutinarias.

4.- El cuarto nivel es el de LAS CREENCIAS Y LOS VALORES tanto lo uno como lo otro tienen gran influencia en nuestra vida. Las creencias son los principios que guían nuestros actos, determinan cómo nos vemos a nosotros mismos, cómo reaccionamos ante los demás y qué sentido damos a nuestras experiencias. La reacción ante un placebo demuestra que podemos curarnos a nosotros mismos si creemos en la eficacia de la medicina, tanto si ésta tiene algún efecto fisiológico como sino. Algo que concebimos como puramente mental (una creencia) tiene un efecto real y tangible sobre el cuerpo, y si nos apoyamos en esto es posible que el fármaco empleado en el tratamiento para el Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida tenga mejores resultados para el paciente. Las creencias determinan que hacemos con las recetas del médico en base a la confianza y el ánimo encontrado en la consulta el paciente hará al pie de la letra lo que el doctor le ha indicado o hará caso omiso a sus indicaciones. Por valores entendemos lo que es importante para nosotros, aquellas cosas a las que aspiramos: salud, riqueza, felicidad, seguridad, amor. Los valores actúan como imanes para nuestra conducta ¿por qué hacemos lo que hacemos? para conseguir lo que para nosotros es importante y para evitar aquello que nos resulta perjudicial. Las personas no cambian a menos que crean tener buenas razones para hacerlo y que el cambio les permita conseguir algo que consideran importante como por ejemplo la salud en el caso del paciente infectado con VIH o SIDA.

5.- El quinto nivel es LA IDENTIDAD es decir el concepto que una persona tiene de sí misma, como en el caso de una persona que sufre de una enfermedad, puede adoptar la identidad de "un paciente" y mientras se considere solo como tal seguirá comportándose como enfermo física y psicológicamente, una persona no es su enfermedad ni su dolor aunque ambas cosas puedan ser abrumadoras.

6.- Por último está el nivel ESPIRITUAL el de la relación de la persona con los demás y con aquello que trasciende su identidad.

Los niveles neurológicos no son una jerarquía, sino más bien un círculo o un holograma. Cada nivel afecta a los otros y todos son importantes para la salud. Por lo que mediante la utilización de estos niveles neurológicos podremos apoyar al enfermo con VIH y SIDA en su vida con la enfermedad, trabajar el nivel del entorno nos ayudará en las relaciones con los demás y a sentirnos aceptados y queridos tal cual somos y en la fase en que nos encontremos de la enfermedad desarrollando y manteniendo sólidas relaciones, la conducta y la capacidad mediante la formación de hábitos saludables y de estrategias de pensamiento que permitan al paciente responder más adaptativamente en función de su enfermedad así como experimentar menos angustia y tener más control de sí mismo. trabajar el nivel de las creencias y los valores tomando conciencia de lo que es importante para cada persona y por último trabajar el nivel de la identidad y el nivel espiritual mediante la armonización de todos los demás niveles.

#### 4.7. TÉCNICAS CONDUCTUALES

Los individuos que padecen trastornos de ansiedad recurren a dos principales estrategias de respuesta: Conductas de evitación y conductas ritualizadas ( Beck y Emery , 1985), las cuales pueden tener profundos efectos sobre la vida de una persona.

La respuesta de evitación es una retirada directa el estímulo temido mientras que la conducta ritualizada ( P.ejem. Tomarse la temperatura, fumar, ) sirve al propósito de reducir temporalmente el nivel de ansiedad. El tratamiento correspondiente para la evitación es la aproximación, mientras que para la conducta ritualizada es la restricción. Técnicas específicas para alcanzar estos objetivos son : La desensibilización sistemática , el entrenamiento en relajación, y la distracción.

##### 4.7.1 EL ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN

Los dos métodos de relajación, la relajación muscular progresiva (Jacobson, 1938) y la relajación autógena (Luthe, 1963, 1969) son igual de aconsejables como parte de la desensibilización sistemática o como una parte independiente del tratamiento.

La relajación progresiva consiste en tensar y relajar sucesivamente grupos específicos de músculos. El entrenamiento autógeno induce la relajación sugiriendo sensaciones de calor y pesadez en el cuerpo y puede decirse que en cierto sentido, es más cognitiva que la relajación progresiva. Ambos tipos de relajación requieren de la práctica diaria, pueden practicarse a horas fijas o como respuesta para afrontar el estímulo temido .

##### 4.7.2 LA DISTRACCIÓN

Muchos pacientes ansiosos experimentan imágenes amenazantes recurrentes, o bien un suceso pasado traumatizaste o una escena imaginaria. Las imágenes pueden llevar a conductas ritualizadas o tener un efecto paralizante y de este modo, necesitar ser desconectada. La distracción parece ser la técnica más eficaz en este asunto, por ejemplo, se puede decir a los pacientes que se centren intensamente en algún objeto externo. La distracción puede tomar otras formas como el ejercicio físico el dedicarse a otra actividad por ejemplo trabajos manuales o incluso el hacer cuentas aritméticas mentales, como contar hacia atrás de tres en tres. Puede ser útil emplear un termómetro de miedo, antes y después del ejercicio de distracción a para vigilar de una manera más objetiva la reducción de la ansiedad

### 4.7.3 AUTOCONTROL

Desde hace muchos siglos todas las culturas, tanto orientales como occidentales, han buscado a través de caminos distintos un fin común : lograr el autocontrol del ser humano.

Skinner es quien, en 1953 ofrece un criterio preciso de lo que es autocontrol y detalla algunas técnicas para lograrlo. Durante la década de 1960 otros autores se interesan en la materia y hacen nuevos aportes, pero es solo en los años más recientes cuando el mundo clínico conductual parece descubrir el justo valor de esta extraordinaria alternativa terapéutica. Lograr una definición única y universal de autocontrol no ha sido fácil y la más adecuada es la ofrecida por Thorensen y Mahoney.

Una persona ejerce el autocontrol cuando en relativa ausencia de impedimentos externos inmediatos emite una conducta cuya previa probabilidad ha sido menor que la de otras alternativas disponible.

En los trastornos de autorregulación hay un conflicto con el gradiente temporal de consecuencias; así, la conducta se asocia con las consecuencias inmediatas placenteras y no con las consecuencias tardías aversivas. Ello nos explica muchas de las alteraciones de la conducta humana . Por otra parte, la emisión de la nueva conducta tiene efectos inmediatos que son neutrales o negativos ( no fumar, no comer, rechazar un trago), mientras que los efectos positivos son tardíos .

En ambos casos, las consecuencias inmediatas de la conducta son diametralmente opuestas a las tardías y es allí donde va a actuar el autocontrol.

#### A.) APLICACION DEL AUTOCONTROL:

Esta alternativa es aplicable en clínica a casi todos los casos con la mera condición de que el paciente tenga la suficiente capacidad intelectual para comprender y adelantar su propio programa. Puede ser utilizado como recurso terapéutico único o fundamental en determinadas alteraciones, pero también puede incluirse como recurso coadyuvante en casos que sean tratados con otras técnicas.

Existen elementos fundamentales en el programa de autocontrol:

- 1.- La presentación . Que instruye al paciente sobre los elementos básicos y las presunciones teóricas del método, se aclara que el problema no es de fuerza de voluntad, si no más bien de poner en juego el potencial que todo el mundo tiene gracias a su historia de aprendizaje para lograr actuar de una manera que le ofrezca mayor satisfacción personal.

2.- Contrato terapéutico Kanfer (1975), precisa que ellos se usan con tres intenciones fundamentales a) para ayudar a la persona a iniciar acciones específicas; b) para establecer un criterio claro y preciso de mejoría. c) como un instrumento para clarificar las consecuencias de emitir una determinada conducta.

Los contratos ofrecen, tanto al terapeuta como el cliente, un récord de lo que ha sido acordado (metas terapéuticas) y da la oportunidad para evaluar el progreso por comparación periódica con el acuerdo inicial.

Los contratos pueden ser unilaterales o bilaterales. En el primer caso una sola persona se compromete con el terapeuta a cumplir con un programa específico para lograr un cambio conductual determinado. En el segundo, dos partes contraen el compromiso; Éste es el caso típico del tratamiento de parejas y familiares.

3.- Autoobservación o autoregistro. El que la persona lleve cuidadosas y exactas notas sobre su propia conducta en la etapa previa y durante la terapia, es de capital importancia en los programas de autocontrol ello permitirá, además de una adecuada precisión de las metas terapéuticas, una exacta visión del progreso del programa. En un comienzo este recurso fue visto solo con la intención de lograr una medida previa de la conducta a tratar, pero luego se observó que las conductas observadas se modificaban en forma beneficiosa con el solo hecho de autoregistrarlas. Desde entonces se adelantaron investigaciones utilizando el autoregistro como técnica terapéutica.

4.- Tareas (ejercicios intercesiones) en el contexto de la terapia de conducta la asignación de ejercicios terapéuticos para ser realizados entre una y otra sesión son de uso común ; pero en los programas de autocontrol se convierten en un elemento central, fundamental del proceso.

#### 4.7.4 TERAPIA ASERTIVA

La terapia asertiva (Kort, 1970;Smith, 1974) persiguen, a su vez, que el sujeto pierda miedo y desinhiba su acción para que los efectos de su conducta tengan valor de reafirmación de su autoestima y de sus capacidades. También sería un modo de ganar control, amortiguando los efectos perturbadores de la amenaza que, de hecho, puede consistir en el simple temor de no "atreverse" a afrontar una situación objetivamente neutra o potencialmente controlable por el sujeto. La terapia asertiva persiguen también anular la acción funcional del sistema periventricular, septo-hipocámpico o inhibidor de la acción que, como se verá, constituye el principal sustrato biológico de la experiencia estresante.



Otro modo de reorganizar la cognición y el planteamiento que el sujeto hace de la situación amenazadora sería a través del análisis de los conflictos. Partiendo del optimista y capcioso principio de que un problema sin solución es un problema mal planteado, el sujeto reformula en su mente los términos de la situación para que ésta se le haga más asequible. Por tanto, también hay cambio de atribuciones y de significados en la evaluación que el sujeto hace de la situación y de sí mismo. (6)

#### 4.7.5 ENTRENAMIENTO POR INOCULACIÓN DE ESTRÉS

Al margen del análisis racional de la situación y de las posibilidades que el sujeto tiene para afrontar, hay que mencionar el diseño de técnicas específicas destinadas a proporcionar estrategias cognitivas, informaciones o planes para facilitar la asimilación de los acontecimientos potencialmente estresantes, a los que se añade una práctica gradual en el uso de lo que el sujeto va aprendiendo. Es pues un verdadero entrenamiento práctico, en el que el sujeto se somete a una situación estresante, con el fin de adquirir habilidades para afrontarla (entrenamiento por inoculación de estrés - Meichenbaum, 1977 - y técnicas de modelado Bandura y Cols., 1974). El entrenamiento por inoculación de estrés tiene sus antecedentes en la preparación de soldados para el combate, en el transcurso de la segunda guerra mundial (Janis, 1983).

La simulación de batallas permitía que los sujetos se familiarizasen con la situación, adquiriendo habilidades para la lucha, a la vez que se adiestraban en el control de sus reacciones emocionales. Ello se lograba centrandó su atención en la resolución de problemas concretos e induciéndolos a verbalizar y a prestarse apoyo recíproco. Esta estrategia está basada en los mencionados efectos del entrenamiento sobre la respuesta psicofisiológica y en el papel moderador del apoyo social. Además, el sujeto recibe información para disponer de algún grado de predictibilidad y hace uso de instrucciones acerca de cómo afrontar la situación. A pesar de su congruencia teórica, los efectos de esta estrategia son variables y contradictorios (Cohen y Lazarus, 1979; Meichenbaum y

Cameron, 1983) pues hay sujetos que ya se traumatizan en el entrenamiento y hay otro que actúan de manera práctica, racional y ejecutiva en situaciones en las que hay que ser muy optimista para tener alguna esperanza de control sobre la situación.

---

(6) DELGADO, S. F. La terapia de conducta y sus aplicaciones clínicas. Ed. Trillas 1a. ed. México, 1983.

Explicado en pocas palabras, el entrenamiento por inoculación de estrés consiste en una serie de operaciones secuenciadas llevadas a cabo en tres fases: la fase pedagógica (o educativa), en la que se informa al sujeto de los concomitantes fisiológicos, emocionales y cognitivos de su conducta adaptativa. Para ello se recurre a un modelo conceptual sencillo: por ejemplo, se explica de manera accesible los experimentos de Schachter sobre la naturaleza cognitiva de la respuesta emocional. No importa el rigor científico del modelo sino su valor como marco de referencia para configurar la cognición que el sujeto hace de lo que está ocurriendo en el entorno y en sí mismo. Este intento puede dar lugar a un rebosamiento traducido en descontrol emocional. Tal parece que esta vivencia estresante tiene su valor pedagógico de cara al futuro pues el sujeto debe cerciorarse de que, a pesar de experimentar, es posible recuperar el control de la situación (Meichebaum, 1977). Tras haberse expuesto al estrés, el sujeto es reforzado por ello y colabora en el análisis del proceso para extraer las consecuencias pertinentes.

Estas conclusiones pueden conducir a establecer la necesidad del entrenamiento en habilidades específicas (por ejemplo, proporcionando reglas para evaluar las situaciones) o paliativas (por ejemplo, relajación o maniobras de distracción), lo que constituye la fase de adquisición de recursos instrumentales (skills training phase). Vendrá luego la fase de aplicación, en la que el sujeto pone a prueba sus habilidades en una situación estresante de laboratorio (por ejemplo, shock eléctrico impredecible) y confronta sus hipótesis con la realidad (reality testing). En suma, el entrenamiento por inoculación de estrés incluye adiestramiento conductual (muchas veces, en el sentido de superar la inhibición), control de respuestas fisiológicas (relajación predominantemente) y reevaluación cognitiva, sobre todo con el aprendizaje de diálogos internos de cómo afrontar la situación y mediante la modificación de procesos cognitivos defectuosos. (Weichenbaum y Jaremko, 1983; Meichenbaum y Cameron, 1983) (7)

#### 4.7.6 DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

La desensibilización sistemática, un procedimiento destinado a la reducción de la ansiedad desarrollado por Salter (1949) y Wolpe (1958), resulta muy eficaz para la reducción de ansiedad injustificada. Cuando un individuo es capaz de responder con eficacia a una situación y, sin embargo, reacciona con temor neurótico y la rehuye, es atinado tratar de reducir su ansiedad.

---

(7) VALDEZ, M. FLORES, T. Psicobiología del estrés. Ed. Martínez Roca. Barcelona, 1995.

Esta técnica exige que una persona intensamente relajada imagine una serie de situaciones cada vez más aversivas. Así, si una persona reacciona con excesiva ansiedad ante una situación determinada, tendrá que imaginar, con ayuda del terapeuta, una serie de circunstancias que representan el modo en que la afecta el hecho mismo, el sujeto recrea mentalmente cada situación en condiciones de relajación muscular profunda, lo cual le permite tolerar niveles cada vez más pronunciados de ansiedad. Abundantes pruebas clínicas (Paul, 1969a) y experimentales (por ejemplo, Bandura, 1969; Davison y Wilson, 1973b) confirman que este procedimiento es capaz de contribuir significativamente a la reducción de las tensiones injustificadas.

El desafío que enfrenta el clínico, pues, consiste en justificar el procedimiento o cualquiera de sus variantes, teniendo en cuenta todas las explicaciones posibles. En otras palabras, el terapeuta conductista debe manejar la desensibilización de modo tal que reduzca al mínimo las posibilidades de alterarlos resultados del procedimiento, vale la pena destacar que esta técnica de la terapia conductista se apoya decididamente en la capacidad de evocar imágenes que tenga el cliente. En cierto sentido, el reaprendizaje o recondicionamiento ocurre mientras el cliente visualiza escenas en silencio. Se supone que una escena imaginaria aversiva equivale funcionalmente a una situación real; se supone que capacitar a una persona para que enfrente una representación fantaseada de lo que teme, equivale a enseñar a enfrentar esa situación en la vida real. (Grossberg y Wilson 1968)

Quizá el más grande desafío que debe enfrentar el clínico que contemple la utilización de la desensibilización sea decidir que desensibilizar. La tarea consiste en aislar el aspecto o el conjunto de aspectos conductuales en los que la persona debe reducir su ansiedad.

Otra característica importante de la evaluación es que ella se centra en un tema básico, según una conceptualización del terapeuta. Hace ya mucho tiempo que dejamos de preguntarnos si hemos logrado aislar el verdadero aspecto fundamental de la ansiedad de nuestros clientes, más bien nos preguntamos qué dificultades de una persona es preferible atacar, para acrecentar sus logros. En otras palabras, más que buscar la "verdadera progresión" buscamos la que resulte la más útil. Esto tiene importantes consecuencias, de las cuales no es la menor la libertad de que dispone para reconceptualizar los problemas del cliente en términos adecuados a la desensibilización. (8)

---

(8) GOLDFRIED. Técnicas terapéuticas conductistas

La única función de la angustia es actuar como una señal de peligro para el yo de modo que cuando la señal aparece en la conciencia, el yo pueda tomar medidas para afrontar el peligro. aunque la angustia es penosa y uno podría desear que se anulara, cumple una función muy necesaria al alterar a una persona ante la presencia de peligros internos y externos. Una vez alerta, la persona puede hacer algo para protegerse o evitar el peligro si la angustia se acumula debido a que no se pueda evitar abruma tanto a la persona que esta puede sufrir un colapso nervioso.

Cualquier situación que produce una tensión considerable durante un periodo suficientemente prolongado, puede ser un factor causante o influyente en algunas personalidades de una neurosis de ansiedad. Con el progreso de la enfermedad, de la neurosis de ansiedad los ataques se hacen más frecuente y la tensión aumenta hasta alcanzar un grado perturbador, manifestándose en diversos síntomas somáticos que pueden convertirse fácilmente en el núcleo de preocupaciones hipocondriacas. El tratamiento de la neurosis de ansiedad consiste en el estudio de la personalidad del paciente y de los posibles factores psicodinámicos, y en la reeducación de los hábitos defectuosos es mejor investigar la procedencia de la angustia y prestar mas atención a los factores de la personalidad que producen esta ansiedad, tales como aspiraciones que pueden estar en conflicto con la realidad y actitudes que causan tensión.

El terapeuta debe asegurar a las personas que rodean al enfermo por que es muy común que se sientan alarmadas por los ataques de angustia , deben ayudar a crear una atmósfera saludable e incluso cuando ello no es posible cuando el paciente esta tan perturbado que no puede someterse a la rutina prescrita, esta indicado el tratamiento hospitalario. (9)

#### 4.9 ENFOQUE ECLECTICO

Muchos clínicos establecen su propia psicoterapia de "conglomerado", y adoptan e integran elementos de los diversos métodos. Más aún, en estudio recientes en base a una encuesta los investigadores encontraron que la mayoría de los psicólogos clínicos que respondieron se consideraban a sí mismos eclécticos (porque usaban una combinación de procedimientos). El psicólogo Arnold Lazarus hizo notar que no importa qué tan atractiva es una teoría; lo que el terapeuta hace o deja de hacer es lo que afecta al paciente. Lazarus sostiene que los clínicos flexibles, que adaptan una tecnología responsable y efectiva a las necesidades y problemas de cada individuo que sufre, son los agentes terapéuticos más serviciales y eficaces. Por lo que muchos psicólogos parecen estar de acuerdo con Arnold Lazarus. (10)

---

(9) ROLLO, M., STANLEY, S. y COLABS. La angustia normal y patológica. ed. Paidós. 1a. ed. Buenos Aires, 1968.  
(10) DAVIDOFF, L... Introducción a la psicología. Ed. Mc Graw Hill. Segunda edición. U.S.A., 1980. México, 1985.

## CAPITULO V

### METODOLOGIA

## CAPITULO V

### METODOLOGIA

#### 5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida es causante de alarma en el mundo, considerado como la pandemia del siglo que arrasa con el ser humano sin distinción alguna, por tal motivo me surge la interrogante ¿Qué se esta haciendo actualmente para ayudar al enfermo por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana "VIH" tanto medica como psicológicamente? y ¿de qué forma es posible trabajar integralmente para obtener mejores resultados físicos y psicológicos en el tratamiento del paciente?.

#### 5.2 OBJETIVO GENERAL

Revisar en forma documental los diferentes trabajos que se han realizado tanto médicos como psicológicos ya que con ello es posible brindar un mejor servicio y dejar abierta la posibilidad de trabajar de manera conjunta medico y psicólogo para con ello brindar un mejor servicio al enfermo con el VIH-SIDA

#### 5.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Valorar los tratamientos existentes en el área medica para el paciente con el virus del VIH ó SIDA
- 2) Valorar las terapias psicológicas que pueden ser de utilidad en el manejo del enfermo VIH-SIDA
- 3) Hacer énfasis en la importancia de un tratamiento combinado Medico y Psicológico para el paciente
- 4) Mostrar técnicas cognitivo conductuales como opción de tratamiento rápido y efectivo con pacientes crónicos y en fase terminal.
- 5) Hacer hincapié en la necesidad que tiene el enfermo de aceptación y apoyo haciendo una reseña de las emociones por la que pasa a lo largo de la enfermedad a manera de hacer más comprensible sus sentimientos

#### 5.4 OBTENCION DE DATOS

Los datos obtenidos para la elaboración del presente trabajo fue mediante la recopilación cuidadosa de material actual a la fecha en que se realizo el mismo, en base a una investigación de tipo documental con la finalidad de arrojar datos que el futuro pudiesen ser de gran valía tanto para la psicología como para nuestra sociedad.

La elección de los temas aquí incluidos se llevo a cabo mediante las necesidades que se pudieron detectar en la atención al paciente VIH o con SIDA tanto en el aspecto medico como psicológico en función a enfatizar las posibilidades existentes de terapia para apoyar al enfermo conjuntamente con su tratamiento medico.

En relación a las terapias psicológicas existentes se hizo una revisión de cual podría ser la más favorable para este tipo de paciente y el por que, de tal forma que a mi juicio elegí mostrar las técnicas cognitivo conductuales como posiblemente favorables y entre ellas la Terapia Racional Emotiva por diversas cualidades que esta tiene.

#### 5.5 PROCEDIMIENTO

La presente tesis esta organizada de la siguiente manera a forma de que sea lo más accesible y entendible para el lector interesado en el tema:

Primer capítulo En este se desarrollan los antecedentes de la enfermedad, que es y como se contrae el VIH-SIDA y la distribución geográfica.

Segundo capítulo En este se hace referencia a la forma en que el mismo organismo contraataca al virus y los tipos de pruebas de laboratorio existentes para detectar el virus además de los tratamientos farmacológicos que son utilizados actualmente.

Tercer capítulo En este se presenta básicamente el impacto psicológico que se crea en el enfermo y como acompañarlo psicológicamente además de entender el proceso por el que va pasando conforme avanza la enfermedad hasta la muerte.

Cuarto capítulo En este se hace mención a una propuesta de tratamiento psicológico basándose en el tipo de paciente al que nos estamos refiriendo y en conjunción con su tratamiento medico, también se evalúan algunas terapias existentes en el tratamiento de la ansiedad, la depresión ya que son los rasgos más sobresalientes en el enfermo por VIH y SIDA

Actualmente el campo de acción de la psicología clínica contempla la evaluación de los trastornos mentales ocasionados por algún trastorno de tipo fisiológico ya que ya no nos encontramos en el tiempo de la medicina dualista ahora el ser humano es visto en su totalidad por lo que cualquiera que sea la parte afectada ya sea mente o cuerpo influye definitivamente en la otra. Y aunado a ello si existe la posibilidad de trabajar de forma integral para atacar determinado problema encaminado a la eliminación o disminución del mismo se podrán lograr mejores resultados.



## CONCLUSIONES

Se valoro la posibilidad de realizar tratamientos conjuntos tanto médicos como psicológicos a manera de conseguir que los pacientes tuvieran un mayor apego al tratamiento farmacológico y que con ello aumentara su calidad de vida tanto física como psicológicamente hablando, el SIDA se ha manifestado como un fenómeno que obliga a hacer cambios profundos en el estilo de vida de la humanidad siendo la causa de un fuerte impacto social

Otro de los aspectos importantes que se tomaron en cuenta en este trabajo es que cualquier tipo de intervención psicoterapéutica dirigida a personas con VIH/SIDA tiene como propósito fundamental el aumentar la capacidad del paciente para enfrentar el problema a través de la movilización de sus recursos, proporcionar apoyo emocional, promover el desarrollo personal de la personas que viven con el VIH y acompañar a las personas con SIDA o en fase terminal. Como es posible observar esto conlleva a la importancia que tiene el hacer hincapié en que todo paciente VIH/SIDA tenga la opción de atención psicológica en conjunción al tratamiento farmacológico de tal forma que la ayuda que se le brinda se de forma integral. Sea cualquiera que sea el padecimiento del paciente, el psicoterapeuta es su mejor aliado cuando simplemente el enfermo por si solo no puede con tan pesada carga.

En base al análisis que realice a lo largo de esta tesis, encontré que es recomendable trabajar con el enfoque de la terapia racional emotiva, ya que esta brinda la posibilidad de actuar rápidamente, porque es directiva y reconstructiva y lo más importante enseña a las personas a ser responsables de su conducta, ha sido diseñada para ser una forma de intervención psicológica que constituye un tratamiento para intensos y profundamente arraigados sentimientos de: Ansiedad, depresión, inadaptación, hostilidad, baja tolerancia a la frustración, las dificultades emocionales pueden ser comprendidas y reducidas en un período asombrosamente corto (a diferencia de otros tratamientos psicológicos) por que constituye un enfoque que emplea varios métodos cognitivos, emotivos y conductuales, así mismo es una terapia que emplea la confrontación filosófica que pone de manifiesto las ideas esencialmente creadoras de trastornos que parecen ser la base de sus actos contraproducentes y como proceder a desarraigarlas.

Finalmente existe la imperiosa necesidad de dar una buena educación sexual a la humanidad para con ello crear consciencia en cada ser humano de lo importante que es cuidar de sí mismo y que nadie está exento de contraer esta enfermedad por lo que es necesario evitar relaciones de riesgo y tomar las medidas de prevención más pertinentes en cada caso.

“Si el SIDA se contagiara como la gripe, usted estaría seriamente preocupado”

## BIBLIOGRAFIA

- ALDER, M. W., Development of the Epidemic, Ed. ABC of Aids, 3rd. Ed., London, 1993.
- CABALLO, V. Manual de técnicas de terapia y modificación de la conducta, Ed. Siglo XXI, 1a. Ed. Madrid, 1991.
- COCKCROFT, A. and WILLIAMS, S., Occupational transmission of HIV and management of accidental blood exposures, Medicine International, 1993.
- CONASIDA., Varios autores, Guía para la atención domiciliaria, Talleres gráficos de Atelier Producciones S. A. de C. V. México.
- CONASIDA., Varios autores, Guía para la atención psicológica de personas que viven con VIH/SIDA, Grupo Froga, México 1994.
- DALEY, C. L., HIV disease in Africa, Ed. The Aids Knowledge, 2nd Ed. New York, 1994.
- DAVIDOFF, L., Introducción a la psicología, Ed Mc Graw Hill, 2da Ed. U.S.A., 1980.
- DELGADO, S.F., La terapia de conducta y sus aplicaciones clínicas, Ed. Tillas, 1a. ed. México, 1283.
- DONEGRAN, E., Transmission of HIV in blood products, Ed. The Aids Knowledge, 2nd Ed. New York Little Brown and Co., 1994.
- ELLIS, A. y ABRAHMS E., Terapia racional emotiva, editorial Pax México, México 1997.
- ELLIS, A., Razón y Emoción en psicoterapia, Ed. D.D.B., España, 1980.
- GIBB, D. and PEKHAM, C., HIV infection in infants and children, Medicine International, 1993.
- GOLDFRIED, Técnicas terapéuticas conductistas, RC 489.C6 G64
- KOLB, C. L., Psiquiatría Clínica Moderna, editorial La Prensa Médica Mexicana, S. A. sexta edición, México 1985.
- O'CONNOR, J. e MCDERMOTT I., Programación neurolingüística para la salud, editorial Urano, México, 1996.

OSMOND, D. H., International epidemiology of HIV disease. Eds. The Aids Knowledge, 2nd Ed., New York, 1994.

OSMOND, D.H. and PADIAN, N., Sexual transmission of HIV, Eds. New York Little Brown and Co., 1994.

PEKHAM, C. and GIAQUINTO, C., HIV infection in children, Ed. ABC of AIDS, 3rd. Ed., London, 1993.

ROLLO, M., STANLEY, S. and COLBABS., La angustia normal y patológica. Ed. Paidós, 1a. ed. Buenos Aires, 1968.

VALDEZ, M., FLORES, T., Psicobiología del estrés. Ed. Martínez Roca. Barcelona, 1985.

YASHWANTRAI, N., The biochenistri of Aids. and Rev. Biochem 1991.

## GLOSARIO

### LINFOSITOS CD4+:

Leucocitos que tienen en su membrana receptores CD4.

### HEMOFILICO:

Persona que padece alguna de las varias enfermedades debidas a defectos congénitos de la coagulación sanguínea.

### SARCOMA DE KAPOSI:

Tumor maligno que se manifiesta por placas de color café o púrpura que aparecen generalmente en la piel. Usualmente raro en el mundo occidental, es común en los enfermos de SIDA.

### INFECCIONES OPORTUNISTAS

Infecciones causadas por gérmenes que ordinariamente no causan enfermedad pero que en ciertas circunstancias se vuelven patógenos. En pacientes inmunocomprometidos tienen consecuencias graves.

### IDENTIDAD

Imagen o concepto de uno mismo. Quien cree ser cada cual. Es uno de los niveles neurológicos.

### CREENCIAS

Las generalizaciones que hacemos sobre nosotros mismos, los demás y el mundo, así como nuestros principios para desenvolvernos en él: es uno de los niveles neurológicos.

### CAPACIDAD

Estrategia adecuada para desarrollar una tarea. Una habilidad o hábito. También una manera habitual de pensar. Es uno de los niveles neurológicos

### CONDUCTA

Cualquier actividad que realizamos. Incluidos los procesos mentales. Es uno de los niveles neurológicos.

### ENTORNO

El lugar, el momento y las personas con las que uno está. Es uno de los niveles neurológicos.

### ESTRATEGIA

Una secuencia repetible de pensamiento y de conducta que produce, normalmente, un objetivo concreto.

PROGRAMACION NEUROLINGUISTICA

Estudio de la excelencia y modelo de cómo los individuos estructuran su experiencia.

VALORES

Aquello, como la salud, que es importante para uno

PLACEBO

Sustancia o tratamiento inerte que no tiene efectos directos sobre la enfermedad.