

881025

1 L

Universidad Franco Mexicana

“Formatio Hominis”

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA
INCORPORADA A LA UNAM**

Clave 8810-25

**“La psicoeducación como una herramienta
para afrontar el SIDA”**

**TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA**

Miguel Ángel de León Miranda

Naucalpan Estado de México 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
Justificación	9
CAPITULO 1	
EL SIDA	14
1. ¿Que es el Sida?	14
1.1 Antecedentes	14
1.2 Epidemiología del sida a nivel mundial	17
1.2.1 Epidemiología del sida en México	18
1.3 Causas	20
1.4 El sistema inmune	23
1.4.1 Mecanismos de acción del sistema inmune	24
1.5 ¿Cómo se detecta el virus?	25
1.6 Mecanismos de transmisión	26
1.7 Etapas o fases de la infección	27
1.7.1 Síntomas que se pueden presentar	28
1.7.2 Enfermedades oportunistas relacionadas con el sida	29
1.7.3 Otras infecciones relacionadas	30
1.8 Implicaciones y circunstancias psicológicas	30
CAPITULO II	56
2. Angustia / Ansiedad	56
56	
2.1 Definiciones y formas de manifestación	56
2.2. Mecanismo de defensa motivados por angustia	73
CAPITULO III	80
3 Grupo Psicoeducativo	80

3.1	Definición de grupo	80
3.2	Propiedades de los Grupos	84
3.3	Antecedentes del Grupo Psico Educativo (G.P.E.)	86
3.4	Desarrollo y etapas del G.P.E.	91
3.4.1	Determinación y tamaño optimo del grupo	93
3.4.2	Uso de instrucciones didácticas y ejercicios estructurados	94
3.4.3	Desarrollo grupal y dinámicas de fase específica	96
3.4.4	Fase pregrupal	96
3.4.5	Fase de Orientación	98
3.4.6	Fase no Satisfacción / Resolución	99
3.4.7	Fase de trabajo / Producción	102
3.4.8	Fase de terminación / División	104
3.4.9	Para construir protocolos psicoeducativos	103
3.4.10	Desarrollo de un programa detallado de acción grupal	103
3.4.11	Orden de las principales áreas del programa de acuerdo a las fases grupales normales	105
3.4.12	Uso de dinámicas grupales de fase específica para construir ejercicios y estructuras	108
3.4.13	Desarrollo y organización dentro de la sesión	111
3.4.14	Potenciales y posibilidades para el G.P.E.	112
3.5	Revisión de Investigaciones con G.P.E.	114

CAPITULO IV

4	Metodología	130
4.1	Objetivo General	130
4.1.1	Objetivos específicos	130
4.1.2	Hipótesis y variables	130
4.1.3	Definición de variables	131
4.1.4	Sujetos y localidad a las que se dirige	132
4.1.5	Criterios de selección	133
4.2	El instrumento	134
4.3	El programa por sesiones	139
4.4	Beneficiarios	141
4.5	Materiales	141
4.6	Escenario	142
4.7	Costos del programa	142
4.8	Personal requerido	142
4.9	Número de sesiones	144
4.10	Resultados del test de ansiedad Idare	144
4.11	Guía de actividades por sesión y viñetas	145
4.12	Resultados item por item del test idare	191
4.13	Análisis de los datos arrojados por el idare	194
4.14	Análisis y conclusiones	205
4.2	Bibliografía	210

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

Otoño de 1981. Los Ángeles California, EE.UU. es el punto de inicio de una de las más grandes batallas que la humanidad ha enfrentado contra la enfermedad. En el servicio de enfermedades infecciosas del hospital de la Universidad de California (UCLA) el Dr. Michael Gottlieb, Inmunólogo, se enfrenta por primera vez con un caso rarísimo, se trata del Sr. Ted Peters modelo de 31 años de edad, que trabajaba para una agencia de modas de Westwood, quien al llegar a este lugar se consideró como el enigma de la habitación 516 por lo peculiar de su caso.

El Sr. Peters se presentó a consulta después de notar unas pequeñas asperezas en la lengua y en la pared interna de la boca. Presentaba una extraña capa blanquecina que a pesar de los tratamientos no daba indicios de desaparecer y al contrario se incrementaba la molestia para deglutir cualquier alimento.

Una vez que estuvo en el departamento de urgencias de este hospital, se le practicaron exámenes profundos y se procedió a su internamiento. Se le realizó una endoscopía del esófago en la cual se descubrió candidiasis oral, que es una infección micótica comúnmente conocida como algodóncillo, pero lo que realmente llamó la atención de los médicos, fue el importante déficit del número de sus glóbulos blancos. Un agresivo tratamiento para los hongos los hizo desaparecer, sin embargo, ninguna prueba, ningún análisis permitió explicar por que le faltaban tantos glóbulos blancos, Lapierre (1990).

A partir de ese día, se inicio el desarrollo de una de las infraestructuras más grandes y costosas de todos los tiempos, para combatir el llamado mal del siglo, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Diferentes países, grandes empresarios, científicos, artistas, recursos materiales y humanos se han puesto a la disposición del combate de esta terrible enfermedad,

logrando últimamente algunos avances, sin embargo no se puede olvidar que la pandemia sigue avanzando con terribles consecuencias para las personas.

La situación en México no ha sido diferente a la de otros países y en lo que se refiere a epidemiología, éste país ha llegado incluso a ocupar el tercer lugar en América Latina por el número de casos de infección.

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el periodo comprendido entre 1991 a 1996 el SIDA en México fue la tercera causa de muerte en varones de los 25 a los 34 años de edad y la sexta causa en mujeres en el mismo rango de edad y poco a poco está pasando a ser un problema de primer orden para más mujeres, adolescentes y niños.

La estimación del número de casos de SIDA en México, realizada por CONASIDA al 1er trimestre del año 2000 es de 44,044 casos, según la revista ETS/SIDA. Estos datos son avalados por el departamento de Proyecciones del Centro de Estudios en Población y Salud/SSA. (Revista SIDA/ETS. 2000).

Hoy, a 20 años de ser iniciada esta tarea, son notorios los esfuerzos focalizados a la investigación médica, los avances son significativos, especialmente en países del primer mundo quienes a partir de julio del 96 en la XI Conferencia Internacional sobre SIDA en la ciudad de Vancouver, Canadá, ofrecen la noticia al mundo de que algunos experimentos han demostrado que la combinación de tres medicamentos -el AZT, el 3TC y un inhibidor de proteasa disminuyen la cantidad de virus en la sangre hasta niveles no detectables por la prueba de carga viral, Panebianco (1996). Estos resultados muestran beneficios alentadores, sin embargo, los costos de estos medicamentos son muy altos, aproximadamente 10,000 dólares anuales, lo cual aleja de esta posibilidad al grueso de la población. La noticia creó enormes esperanzas para quien tiene los recursos económicos para obtener el medicamento, sin embargo, para la mayoría de las personas infectadas en este país, este avance representa una gran frustración, ya que la llamada tecnología de punta, no es algo al alcance de su economía.

En la actualidad México cuenta aproximadamente con una población de noventa y siete millones de habitantes de los cuales según datos del INEGI el 43 % casi la mitad pertenecen a la clase socioeconómica más baja y pobre del país, el ingreso anual promedio para los trabajadores de ésta clase es menor a los mil quinientos dólares, por lo tanto, resulta estéril conocer la existencia de estos avances.

Esta situación se plantea como un motivo suficiente para continuar buscando alternativas paliativas, más económicas que permitan bregar eficientemente con este problema, en un contexto más real para México.

Aunado al difícil problema en términos económicos y desde el desgaste físico que representa el VIH/SIDA, se encuentra toda la problemática, social y psicológica que desgasta a las personas; en este sentido, también se han realizado grandes inversiones en recursos humanos y materiales para atender el problema, pero, hasta hoy, los programas de intervención existentes no son suficientes para dar una solución óptima. Algunos países en el extranjero como España y Estados Unidos, han exportado al mundo materiales gráficos y videográficos que son utilizados en programas de atención, educación y prevención, sin embargo, no son suficientes, ya que las condiciones socioeconómicas, culturales y de educación de éstos países son muy diferentes a las que tiene México, de tal suerte que es necesario desarrollar programas que se adapten a la ideología y características de éste país.

Con esta visión el gobierno Mexicano ha realizado importantes esfuerzos para proponer alternativas de acción contra esta pandemia y ha desarrollado estrategias o programas para el manejo, atención y prevención de este mal. Dichas acciones han sido implementadas a través de instrumentos como la Norma Oficial Mexicana, (NOM) para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Las personas a cargo de este proyecto han contemplado la importancia que reviste la forma en que se ofrece la noticia a una persona, cuando su resultado a la prueba de anticuerpos para el VIH ha sido positivo.

La experiencia de mas de 20 años después de la aparición del virus, ha demostrado que la forma como se maneja la información al dar un resultado positivo, marca una importante diferencia para que cada individuo acepte su nueva condición, lo cual implica la elaboración y conscientización de esta, así como las alternativas que tomara para atenderse y controlarse. Por éste motivo encontramos que ésta Norma en su articulo 6.4 dice *la entrega de resultado al paciente será por personal capacitado o, en su defecto, se enviará en sobre cerrado al médico tratante que solicitó el estudio.* Al mismo tiempo buscando mayor control en la calidad de atención de tipo humanitaria el artículo 6.5 de la misma norma señala que: *Las instituciones del Sector Salud, de acuerdo con sus capacidades harán todo lo posible para ofrecer el servicio de consejería o apoyo psicológico, a toda persona a quien se le entregue un resultado de VIH positivo, con objeto de disminuir el impacto psicológico de la notificación en el individuo afectado y favorecer su adaptación a su nueva situación.*

Esto nos replantea la necesidad de crear alternativas de intervención paliativa y apoyo desde diferentes niveles y áreas de intervención, lo cual abre un amplio campo de acción en el área de la educación y la psicología, ya que, dadas las limitaciones que la economía nos plantea, estos son los lugares desde los cuales se puede tener mayor posibilidad de intervención para disminuir el impacto que conlleva esta enfermedad.

Para el fin propuesto, se abordará el problema grupalmente, con ambas herramientas, desde lo conocido como psicoeducación, ya que ésta metodología puede garantizar la atención para un mayor número de personas a costos más accesibles. El trabajo en grupo, generalmente crea un ambiente de mayor contención entre los miembros, por la identificación que se genera a partir de comentar experiencias semejantes, el trabajo grupal ofrece condiciones adecuadas para entrenar a los miembros del mismo, en actividades que permitan descargar el trabajo de los profesionales y propiciar una participación más cercana y creativa de la red social, a partir del aprendizaje brindado por los elementos didácticos. Hipotéticamente se espera que esta forma de trabajo mejorara la capacidad de

comunicación e intervención de la red social de las personas que viven con SIDA (R.S.P.V.S.) lo que a su vez puede mejorar el manejo de la angustia, la elaboración de los duelos, la preparación para la muerte, etc.

Un punto muy importante a considerar que no es planteado en esta norma, es la implementación de programas de intervención y apoyo a diferentes niveles para la red social de las personas que viven con SIDA R.S.P.V.S., ya que ésta, en los últimos momentos, representa la única fortaleza con la que termina una persona que padece ésta enfermedad.

Cuando los enfermos corren con la suerte de tener una red social que los apoya, resulta de suma importancia que esta red, cuente con un espacio y un equipo de apoyo en el que pueden desahogar sus dudas, angustia y cualquier situación que no podrán manejar solos; la situación en si, agota y desgasta a quien brinda el apoyo, teniendo con ello altos costos emocionales, económicos, de tiempo, etcétera.

JUSTIFICACIÓN

Al iniciar la década de los 80's se escucho acerca de una nueva y rara enfermedad que se decía mataba a cierto tipo de personas, originalmente se dijo que era una enfermedad exclusiva de homosexuales. Esta nueva y escasa información desató una terrible ola de opiniones y creencias distorsionadas que llenaron de pánico e incertidumbre al mundo.

Poco a poco se fue conociendo mas y más, hasta llegar a la conclusión de que se trataba de un síndrome que era provocado por un virus, al cual se le denominó con el nombre de virus de inmuno deficiencia humana, (VIH); también se descubrió que dicho virus después de vivir un tiempo en la sangre, podía provocar el desarrollo de lo que hoy se conoce como SIDA. Las siglas quieren decir síndrome de inmunodeficiencia adquirida y tiene la característica de provocar una depresión en el sistema inmunológico de los individuos, lo cual permite que estos queden expuestos a contraer cualquier enfermedad de tipo infecto contagioso.

El esfuerzo de algunos grupos de la sociedad por encontrar una cura ha sido impresionante, sin embargo hasta el día de hoy, no se ha logrado ésta por las características de este virus; la peculiaridad más importante que tiene el mismo, es que puede mutar su código genético y en el momento que el cuerpo crea algún anticuerpo contra este virus, él mismo vuelve a mutar confundiendo nuevamente al aparato inmunológico. Esta situación, ha llevado a los investigadores a la conclusión de que ante la ausencia de una vacuna eficaz, la educación y la información son por el momento las principales herramientas en la prevención del SIDA y de su propagación.

Sigue existiendo ignorancia y desinterés en las personas por enterarse de este problema. Esta situación nos refleja cada día, un mayor número de personas infectadas y un mayor número de familias que no saben como manejar la situación, por lo cual ésta tesis propone como una de las posibles respuestas a este problema, la formación de grupos psicoeducativos y ofrecer una metodología eficaz que permita capacitar e informar a la R.S.P.V.S.

La idea es capacitar a mas personas que imiten la función de "contagio" de este virus al informar, es decir, que cada persona capacitada, sea un portador de información potencial, que pueda "vacunar" de esta información a quien se cruce en su camino, y este a su vez pueda transmitir lo adquirido a otros.

El presente proyecto, es una alternativa de trabajo que permitirá potenciar y aprovechar los recursos de la R.S.P.V.S., así como ayudar a desarrollar herramientas de intervención por medio del aprendizaje, lo cual contribuirá para disminuir el dolor físico y emocional. La herramienta propuesta es el grupo psicoeducativo que es una metodología de trabajo para grupos de tarea, a través de este instrumento se pretende entrenar a las redes sociales en lo relacionado en la atención y prevención del VIH/SIDA y abrir un espacio para hablar de sus sentimientos. Esta labor tiene dos puntos de abordaje, el primero, es ofrecer por este medio información para ser empleada en la atención y manejo del paciente y el segundo, hablar sobre los sentimientos que se despiertan en la persona que atiende

las situaciones difíciles que acompañan a esta enfermedad, es muy importante que en este trabajo se contemple lo que sucede cuando las personas involucradas no pueden, o no quieren enfrentar el problema, se espera que esta combinación facilite procesos para la elaboración del duelo, aprendizaje y la solución de los problemas prácticos y cotidianos que se dan con esta enfermedad. En una instancia final la hipótesis considera obtener beneficios en la calidad de vida para el paciente y su red social; obtenida desde el ahorro económico por gastos en cuidados de enfermería u otras actividades de especialistas que pueden ser sustituidos por cualquier miembro de la red social con un buen entrenamiento, hasta la disminución del estrés por manejo de información que permitirá a las personas tomar precauciones y conocer los procesos normales de la enfermedad que a primera vista asustan o son alarmantes.

Para abordar el tema con mayor claridad es muy importante definir operacionalmente algunos términos, por lo que se recomienda acudir a revisar el apartado *definición de variables* dentro de la metodología, por lo pronto aquí se define lo que entenderemos por red social y tenemos que *La familia, amigos, voluntarios e instituciones de asistencia conforman la 'red social', teniendo una connotación de apoyo o soporte a partir de metaforizar dicho término como 'algo que sostiene' o impide que algo caiga y se venga abajo; generalmente cobra sentido en situaciones de peligro o amenaza inminente. Sánchez (1996).* De tal suerte que, en adelante, para referirnos a la red social de un paciente, se debe hacer referencia a esta nota.

Se espera que la capacidad curativa o paliativa de los medicamentos se verá incrementada, según sea el caso, ya que la oportuna y eficaz participación de los familiares puede estimular la motivación y deseos de participación en el paciente. También se espera que éste programa favorezca la organización de la R.S.P.V.S. lo cual permitirá repartir con mayor equidad y de acuerdo a las cualidades de cada miembro la carga de trabajo.

La solidez de los lazos afectivos y de comunicación entre los miembros de la red social, se pueden fortalecer ya que a través del proceso psicoeducativo se propicia un abordaje de la comunicación, emotividad y conflictos que surgen al interior de la red, todo esto partiendo del análisis de la situación misma.

Un aspecto a considerar consiste en el sondeo de necesidades de información que la red tendrá, en términos del manejo y cuidados del paciente como parte de la estructura del grupo psicoeducativo, especialmente en las áreas médica, social, ambiental y psicológica. El brindar información en estas áreas puede ser de gran ayuda, sin embargo, hay que ser muy cuidadosos en el manejo de la información y las actividades que se deleguen a la R.S.P.V.S. por que existe información que sólo puede ser manejada por un profesional, el no considerarlo puede crear serios problemas.

Este plan se propone a partir de detectar claramente en que consiste la problemática específica a la que se enfrentan los miembros de cada R.S.P.V.S., dando especial atención a las situaciones de crisis por la presencia de afecciones tales como Hemorragias, convulsiones, infecciones, heridas en el cuerpo por los largos periodos que pasa el enfermo en cama, incluso a las serias infecciones que se dan por no saber mantener la higiene del paciente cuando éste ya no puede realizar un baño de la manera tradicional.

En otros sentidos este plan busca ofrecer alternativas al problema cuando no se cuenta con la capacidad de organización y distribución de las cargas de trabajo o simplemente para cuando no se cuenta con información adecuada y se distorsiona la situación, apareciendo con ello miedos y actitudes de rechazo al problema.

A través de entrevistas y la observación directa se develaran las necesidades de tipo educativo y emocional en la red social que se enfrenta con este mal, a partir de este diagnóstico se marcaran algunos puntos específicos para cada red social que habrá que trabajar. Este programa buscará ofrecer herramientas y facilitar el desarrollo de algunas habilidades que mejorarán la forma de abordaje del problema. Uno de los

puntos fundamentales es ayudar al paciente y a su red social a expresar los sentimientos que en esta vivencia se despiertan, la posibilidad de abordar también este aspecto del ser humano puede propiciar que dicha experiencia promueva el crecimiento y fortaleza en la personalidad de quien participa en este proceso, este trabajo busca incrementar la fortaleza interna, así como promover actitudes y conductas asertivas para enfrentar este padecimiento. Se espera que al finalizar la investigación contemos con resultados que ofrezcan noticias alentadoras.

Este proyecto será planteado para su desarrollo y evaluación en un periodo de 3 meses a partir de que la red social inicie su proceso de psicoeducación grupal. Una vez obtenidos los resultados, los mismos se pondrán al alcance de quien los requiera a través de la realización de esta tesis que describirá explícitamente las herramientas, costos, materiales, tiempos y demás que se habrán utilizado.

Las herramientas que hoy se proponen, aun cuando la ciencia desarrollara una vacuna, continuarán siendo una de las estrategias que ayudarán a la red social a controlar ésta y otras enfermedades crónico degenerativas que requieren de una intervención muy especializada y costosa, ya que de cualquier manera es un recurso vigente por toda la enseñanza implícita.

CAPITULO I

EL SIDA

1. ¿QUE ES EL SIDA?

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es una nueva enfermedad producida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); la causa de ésta enfermedad es la destrucción progresiva del sistema inmunitario, por sus siglas, estas dos entidades significan lo siguiente:

Un **síndrome** es un conjunto de signos y síntomas, que denotan la existencia de una enfermedad. **Inmunodeficiencia** quiere decir que hay una alteración que ha debilitado y deteriorado el funcionamiento del sistema inmunológico o de defensas del cuerpo del ser humano y la palabra **adquirida** nos indica que es una enfermedad con la que no se nació, ni es hereditaria, si no que se contrajo por el enfermo en algún momento de la vida.

1.1 ANTECEDENTES

El SIDA, emergió en Europa y América, en la última mitad de los años 70's, dicha enfermedad fue reconocida como tal, hasta los primeros años de 1980, a pesar de que existieron casos reportados en diversas revistas científicas antes de que el SIDA fuera reconocido como una enfermedad (R.S. Root-Bernstein, 1993).

Domínguez Alanis (1996) en un trabajo de investigación dice que las primeras teorías marcan que el VIH proviene del continente Africano por que desde 1909 se han presentado casos ligados al retrovirus que se encontró en un estudio realizado con el mono verde africano, demostrando que más del 70% de ellos eran portadores asintomáticos de un virus similar al del VIH.

Según ésta teoría el contagio inicia en los años cincuentas, siendo hasta los setentas cuando se dispersa en la parte central de África, pasando de ahí a Haití, Estados Unidos y Europa en años posteriores.

Se cree que su propagación a los Estados Unidos fue por prostitución de varones haitianos con turistas americanos homosexuales; extendiéndose al resto de América y Europa por el flujo migratorio; incluyendo a drogadictos y hemofílicos, independientemente de la preferencia sexual.

Versiones populares han sostenido que el VIH fue creado en laboratorios Rusos o Norteamericanos, como arma química para la llamada guerra bacteriológica.

D. Miller: (1987) dice que diferentes teorías se han planteado en el ámbito científico y popular, pero el hecho es que investigaciones recientes han demostrado que en diciembre de 1932 se presentó el caso de un hombre de cuarenta años, que sufría de sífilis, después de algunos meses de observación, ésta persona presentó en su abdomen y pecho manchas negro - rojas, que más tarde aparecieron también en sus axilas, posteriormente presentó baja presión sanguínea, anemia, una fisura anal, hemorroides extensivas y en la biopsia se encontró Sarcoma de Kaposi (SK), que es una forma de cáncer que se presenta principalmente en la piel. Como un dato importante se destaca que este tipo de cáncer fue el tercero que se reportó en la población negra americana, y retomando la historia, este hombre murió un año después.

Para ese entonces el SK era rarísimo ya que sólo se encontraba en varones de edad avanzada de ascendencia mediterránea o judía. Datos epidemiológicos de esa época indicaban que el SK se llegaba a encontrar sólo en cuatro personas por cada millón de habitantes, lo cual evidentemente planteaba a éste como un caso muy extraño y el problema se complicaba aun más, por que hasta ese día tampoco se sabía que causaba el SK.

El SK es relativamente común en África ecuatorial, pero en este caso se presentaba junto con otros síntomas, que posteriormente serían reconocidos como típicos del SIDA, desafortunadamente para llegar a esta deducción fue necesario dejar pasar el tiempo por varias décadas.

Jaime Sepúlveda (1989) en su libro SIDA, Ciencia y Sociedad en México reporta que un informe médico Belga de 1977, refiere el caso de una secretaria originaria de Zaire de 34 años de edad, que viajó a Bélgica para conocer la razón de sus infecciones respiratorias e intestinales persistentes. La mujer murió un año más tarde con un cuadro clínico compatible con SIDA. Así continúa retrocediendo la historia hasta el año de 1959 en donde se narra el caso de un suero positivo a la prueba de anticuerpos contra el VIH, con confirmación de la misma, que se reportó en Zaire, el cual se mantenía congelado desde finales de los años cincuenta.

Víctor G. Daniels (1987) reporta que el SIDA se presentó por primera vez en 1979 y llamó la atención de la comunidad médica en 1981. El primer informe de SIDA provino del Center for Disease Control en Atlanta, Georgia, E.U.A. (organismo de salud pública responsable de la investigación de epidemias e informes de enfermedades nuevas o raras), y describió los casos de cinco homosexuales jóvenes previamente sanos que se habían tratado en hospitales de los Ángeles de una infección pulmonar rara: Neumonía por *Pneumocystis carinii* (NPC). Infección que sólo puede ocurrir en individuos cuyo sistema inmunológico está dañado o muy deteriorado.

Vincent, Jr. (1990) comenta que fue el Dr. Robert Gallo quien tras algunas investigaciones, ya en 1980 había hablado de un retrovirus (micro organismo que para reproducirse debe utilizar una enzima llamada transcriptasa reversa), el HTLV-1 (virus de la leucemia humana de la célula T), que poseía características muy peculiares que lo señalaban como culpable de aquellos extraños casos. En 1981 llegaron informes de 26 homosexuales previamente sanos, en New York y California, que habían desarrollado una forma grave de un cáncer raro maligno, llamado Sarcoma de Kaposi. Ocho de ellos murieron en el transcurso de 24 meses del diagnóstico.

La aparición de estos dos trastornos, Neumonía (NPC) y Sarcoma de Kaposi, que con anterioridad se restringían a grupos bien definidos de individuos, pero que ahora

afectaban a varones jóvenes previamente sanos, sugirió la ocurrencia de una nueva entidad patológica. El factor común de los nuevos casos era que todos incluían homosexuales.

Una característica adicional era que la respuesta del huésped a estas infecciones parecía estar deteriorada. Al parecer, la NPC y el Sarcoma eran en realidad "Marcadores" de un gran defecto subyacente en el sistema inmunológico. Como está inmunodeficiencia era un defecto adquirido más que hereditario; se denominó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA. El por que apareció el SIDA hasta los últimos años de la década de los 70's es un misterio científico, pero en el transcurso de 4 años se convirtió en una pandemia en todo el mundo occidental y todas las regiones de África ecuatorial.

Finalmente en Francia 1983 el Dr. Francoise Barré Sinoussi miembro del equipo del Instituto Pasteur, encabezado por el Dr. Lou Montagnier, descubre el VIH trayendo con ello una importante polémica en cuanto a quien se le debía atribuir el descubrimiento de aquel, el mencionado médico o el Dr. Americano Robert Gallo. Mas tarde en mayo de 1986 el comité internacional de taxonomía de los virus, oficializa el nombre de Virus de la Inmunodeficiencia Humana, dando a conocer los rasgos morfológicos más importantes. Gallo (1988).

1.2 EPIDEMIOLOGIA DEL SIDA A NIVEL MUNDIAL

Hasta el 31 de Diciembre de 1993, ciento ochenta y siete países habían notificado un total de 851,628 casos. Desde esa época los Estados Unidos han acumulado el mayor número de casos, que para ese año eran de (339,250), las cifras a finales de 1999 indicaban que 850,000 niños y adultos vivían con SIDA (ONUSIDA, 1999) .

México en 1993 ocupaba el decimotercero lugar en frecuencia de casos en el mundo y el tercero en América después de los Estados Unidos y Brasil. Actualmente un reporte de ONUSIDA dice que nuestro país ocupa, de acuerdo a la prevalencia de VIH en población adulta, el lugar **77** a nivel mundial y el lugar **23** en el Continente Americano y el Caribe. La situación en México a mejorado, sin embargo, el riesgo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

potencial para nuestro país es que tiene fronteras con países de epidemias mayores como Estados Unidos (0.6%), Belice (2.0%) y Guatemala (1.0%), con quienes existen fuertes flujos migratorios y de comercio sexual, situaciones que podrían favorecer la diseminación de la epidemia.

A nivel mundial se estima que existen alrededor de 36.1 millones de personas con VIH, de los cuales 5.3 millones, incluyendo a 600,000 niños, se infectaron en el 2000. La región más afectada por el VIH/SIDA es la de Africa subsahariana, en donde la epidemia se inicio a finales de los 70's. El resto del mundo también ha sido afectado por esta epidemia, lo que en números se refleja de la siguiente manera:

CIFRAS CONCISAS

	Adultos	Mujeres	Menores de 15 años	Total
Personas que viven con el VIH/SIDA	37,2 millones	17,6 millones	2,7 millones	40 millones
Nuevas infecciones por el VIH en 2001	4,3 millones	1,8 millones	800 000	5 millones
Defunciones causadas por el SIDA en 2001	2,4 millones	1,1 millones	580 000	3 millones

- A fines del 2000 se calculaba 25.3 millones de africanos viviendo con el VIH.
- 12.1 millones de niños africanos han perdido alguno de sus padres o ambos.
- En países de Africa meridional uno de cada cinco adultos está infectado.
- En América Latina viven cerca de 1.8 millones de personas con VIH/SIDA, incluyendo 210,000 adultos y niños que se infectaron en el 2000.
- Haití tiene una prevalencia de VIH del 5 %, la más alta del mundo después de la de Africa Subsahariana.
- En Asia hay aproximadamente 6.4 millones de personas portadoras del virus y China es el país que parece estar más expuesto a la epidemia debido a la migración con fines económicos y la transmisión sexual.
- Alrededor de 780,000 personas se infectaron en Asia durante el 2000.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- India tiene una población de 3.7 millones de personas que vive con VIH/SIDA.
- En Asia central y Europa oriental durante el 2000 se infectaron alrededor de 250,000 personas debido al aumento de la prostitución y el consumo de drogas intravenosas que han sido propagados por los bruscos cambios sociales que ha sufrido la región.
- En los países industrializados viven cerca de 1.5 millones de personas infectadas con el VIH, aunque muchas de ellas todavía son productivas gracias a terapias antiretrovíticas de uso generalizado.
- En algunos países industrializados las tasas de prevalencia de VIH, que habían descendido durante la década de los 90 han vuelto a subir. Por ejemplo el consumo de drogas intravenosas ha dado lugar al aumento alarmante de la epidemia; en algunas ciudades de Estados Unidos como Chicago, alcanzan el 17 % y en algunas zonas de Nueva York, la tasa de infección alcanza el 30 %, mientras que las tasas de infección están aumentando nuevamente en varones que tienen relaciones con otros varones en Estados Unidos y los Países Bajos.
- Las minorías llegan a ser especialmente afectadas y más aún en países industrializados debido a la discriminación y exclusión social, ya que a veces las políticas de prevención y educación no son diseñadas para abarcarlas junto con la mayoría de la población, además de que tienen menos posibilidades de tener acceso a los tratamientos.

1.2.1 EPIDEMIOLOGIA DEL SIDA EN MEXICO

La revista SIDA/ETS (1996) señala que en México en el año 1983, aparecieron los primeros 6 casos y al igual que en el resto del mundo, la tendencia era aparecer en varones homosexuales. Para 1985 se registran 29 casos, y en 1986 hay 246 más, en 1987 el número de casos casi se duplican, alcanzando 518 casos nuevos, a partir de aquí la tendencia se incrementa entre 3 y 5 mil casos por año hasta 1999.

La revista SIDA/ETS, nos indica que hasta el 1º de octubre de 1996 había un total de 29,195 casos registrados y para el 1º de enero de 1997, el Registro Nacional de

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Casos de SIDA en México, reporta 29,962 casos, esto muestra que en menos de cuatro meses el número se incrementó en 767.

Según la revista SIDA/ETS (2000), esta enfermedad en el tercer trimestre del 2000, cuenta con un total de casos de 46,870, contra los 29,195 casos estimados en 1996. De estos 40,308 es decir el 86% corresponde a varones y 6,561 o sea el 14% corresponde a mujeres, teniendo una correlación de una mujer por cada seis hombres.

De acuerdo con el *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA 2002*, liberado por ONUSIDA en la reciente Conferencia de Barcelona. En México existen alrededor de 150,000 personas de 15 a 49 años infectadas por VIH, lo cual indica una prevalencia del 0.3%; y significa que, por cada mil personas adultas en nuestro país, tres de ellas podrían ser portadoras del VIH.

Los casos acumulados de personas que viven con VIH, por grupo de edad al 31 de Marzo del 2002, son 52,472 y se distribuyen de la siguiente manera:

0 -14 años 2.4%, Son 1259.3 casos

15 - 44 años 79.3%, Son 41610.3 casos

45 - + años 18.3%, Son 9602.4 casos

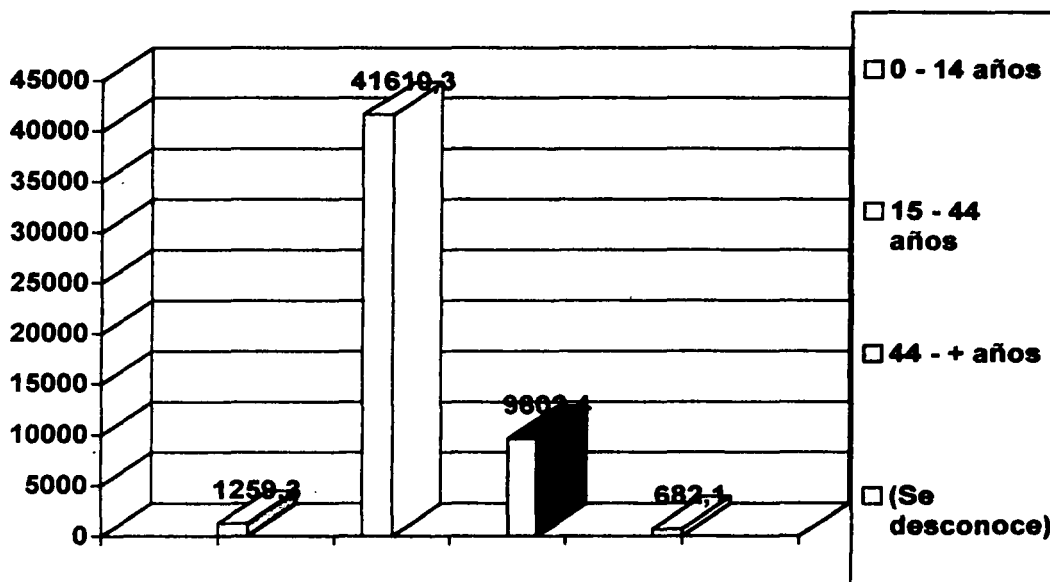
desconoce 1.3% Son 682.1 casos

De estos, el 85.5% son hombres y el 14.5 son mujeres. Haciendo un análisis de estos datos, podemos inferir que:

Si en la actualidad el SIDA tarda entre 5 y 10 años en promedio para desarrollarse y presentar sintomatología, y la principal vía de contagio es por transmisión sexual,(87.8%) entonces quiere decir que los muchachos que se infectaron en el rango de 15 a 44 adquirieron la enfermedad entre los 10 a los 34 años, y a su vez los que se registran en el rango de entre 45 a más años, adquirieron la infección

alrededor de los 30 años, entonces, esto significa que es la población joven y sexualmente activa la que esta en mayor riesgo de infección.

CASOS POR EDAD, AL 31 DE MARZO DEL 2002.



1.3 CAUSAS

En la etapa inicial de la epidemia del SIDA, cuando errónea y gravemente se pensó que la enfermedad sólo era transmisible entre homosexuales promiscuos, se creía que era posible que dependiera de un agente ambiental tóxico.

Víctor G. Daniels (1987) apoya la teoría de que uno de los principales candidatos fue el nitrito de amilío, una droga llamada de la calle o de recreación utilizada para aumentar la actividad sexual por sus efectos estimulantes generales. Este autor comenta que algunos homosexuales utilizan esa droga y otros nitritos, como el isobutilo y el nitrito de butilo, con mayor frecuencia que los heterosexuales en la práctica de sus relaciones sexuales. Los nitritos tienen la característica de relajar el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

esfínter anal y el músculo liso del recto lo cual facilita las relaciones sexuales por esta vía.

Tras de estas deducciones se culpó a los inhalantes de nitrito como posible causa del SIDA por las siguientes razones:

- Se sabe que los nitritos son mutágenos y pueden tener un papel en la etiología del Sarcoma de Kaposi.
- Se pensó que los nitritos eran inmunotóxicos y producían inmunodeficiencia.
- Algunos estudios surgieron una conexión positiva entre el abuso de nitritos y el riesgo de SIDA. Sin embargo, los resultados de estudios de casos controlados indicaron que ya no se consideran más como un factor importante en la causa del padecimiento. Más aún, se ha demostrado en animales que los nitritos no son inmunotóxicos. (Víctor G. Daniels, 1987).
- Una segunda hipótesis sugirió que el defecto inmune básico del SIDA se debía a una "sobrecarga antigénica". Ello se basa en que en homosexuales receptores (más que introductores) la relación anal representó un factor de riesgo importante. Estudios en animales indican que el esperma tiene efecto inmunosupresor. En consecuencia, se sugirió que los homosexuales que practican en forma predominante la relación sexual anal receptiva se exponen en forma repetida al esperma que induce inmunosupresión. Se pensó que este hecho, aunado a los efectos de las múltiples infecciones que sufren los homosexuales, origina una alteración importante del sistema inmunológico. Sin embargo, esta teoría ya quedó obsoleta, por que se sustenta en puntos débiles como son los siguientes:
 - No explicaba por que la inmunodeficiencia es irreversible.
 - No indicaba por que el SIDA también es una enfermedad de origen hematológico.
 - No explicaba por que el SIDA ha ocurrido sólo recientemente.
 - Se demostró que el SIDA es causado por un agente transmisible específico.
- Las pruebas de una causa infecciosa de este padecimiento se apoyaban en:
 - La naturaleza epidémica de la enfermedad con el aumento exponencial

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- El patrón de los pacientes con enfermos que sugería transmisión por contacto sexual, transplacentaria, perinatal o sangre a sangre.
- Desde el principio se pensó que el agente causal del SIDA era un virus porque:
 - Se demostró claramente que los virus son capaces de causar inmunodeficiencia en el hombre o los animales, por ejemplo, Citomegalovirus.
 - Además, los virus pueden introducir transformación y neoplasia en cultivos celulares (virus Epstein-Barr), animales (retrovirus) y tal vez en el hombre (virus Epstein-Barr, retrovirus). Este tipo de virus también se llama oncógeno por que puede inducir la transformación maligna de las células normales.
- Sin embargo, la búsqueda del agente del SIDA se complicó por varios problemas:
 - En primer lugar por la tendencia a ubicarlo como un problema exclusivo de preferencias sexuales (homosexuales) y no de prácticas de riesgo, lo cual confundió y creó falsas teorías.
 - Los pacientes de SIDA con frecuencia han tenido una exposición anterior a múltiples infecciones por agentes de transmisión sexual dificultando así la diferenciación entre el agente causal y los oportunistas o pasajeros. Por ejemplo, en casi todas las personas que ejercen su sexualidad sin protección que viven con SIDA hay pruebas de infección con varios virus, como Epstein-Barr (EBV), Citomegalovirus (CMV), Virus de herpes Tipos I y II, Virus de hepatitis B.
 - Por las alteraciones del sistema inmune en pacientes con SIDA, las técnicas Serológicas de valor para identificar los microorganismos infectantes eran ineficaces por la incapacidad adquirida de los enfermos para formar anticuerpos.

- Al principio era una sospecha que el posible factor causal del SIDA era el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), lo cual poco después se comprobó. Las teorías del origen y evolución del VIH son provisionales y es una área de intensa investigación, ya que esta información también es de valor para la búsqueda de una vacuna contra el virus.

1.4 EL SISTEMA INMUNE

Poco a poco se fue descubriendo el comportamiento del virus y se encontró que el VIH sólo afecta células específicas del sistema inmune. Para entrar en detalles se partirá de explicar lo que es el sistema inmunológico.

Dado que en el medio en el que viven los seres vivos abundan una serie de microorganismos, como, virus, bacterias, hongos y parásitos, éstos en algún momento pueden ser peligrosos e incluso mortales para el ser humano.

La naturaleza ha proveído a las personas de un sistema de defensa, que se llama sistema inmunitario, este sistema se encarga de atacar a todos aquellos organismos que pueden traspasar barreras de protección tales como la piel y las mucosas, y llegar a partes del organismo que pueden ser dañadas.

Las células del sistema inmunitario entran en el juego de la protección para evitar el desarrollo de gérmenes que pueden desarrollar enfermedades; además de cumplir con otra función muy importante, que es la de impedir que células anormales se mantengan vivas, ya que estas son las causantes de enfermedades como el cáncer.

1.4.1 MECANISMO DE ACCIÓN DEL SISTEMA INMUNE

El sistema inmunitario actúa en todo el cuerpo, gracias a un tipo de glóbulos conocidos como blancos que son sustancias transportadas por la sangre y que de manera específica se les conoce con el nombre de Linfocitos. Estos linfocitos son una especie de vigilante, que patrulla por todo el cuerpo, en busca de micro

organismos extraños, encontrando su base de operaciones en los llamados ganglios linfáticos.

Existen dos grandes familias de linfocitos, los llamados linfocitos T y los linfocitos B, que nacen en el Timo y actúan de diferente manera. Hay diferentes poblaciones de linfocitos T: los T3, T4, T8, etc.; . Los linfocitos T4 ó CD4 son los encargados de funcionar como directores de orquesta sobre las operaciones de defensa, por lo cual su participación es muy importante. Los linfocitos B son los encargados de producir unas sustancias llamadas anticuerpos, y son las sustancias creadas por el mismo cuerpo a partir de un cuerpo extraño al organismo, que atacan y destruyen al microbio enemigo. Los anticuerpos son específicos para cada microbio, y su presencia en el organismo indica que éste ha estado en contacto, con el microbio en cuestión.

Es decir los linfocitos T4 son como los generales en una guerra, dicen quien va al frente, cual es la estrategia de ataque, quien ataca primero, conque armas se atacara, etc. y los linfocitos B son los que a partir de un micro organismo extraño crean una réplica exactamente igual a éste, con la peculiaridad de que al hacerlo ese organismo que antes hacia daño ya no puede, es "aliado" y el sistema inmunológico ya cuenta con un elemento con la misma información y estrategias de ataque que el enemigo, lo cual permiten que antes de ser atacado, haya creado una estrategia para nulificar el ataque del primero.

La principal característica de éste virus es que poco a poco disminuye y destruye el sistema inmunológico del cuerpo, es decir, que se pierde la habilidad a combatir enfermedades causadas por organismos que se encuentran comúnmente en el medio ambiente y que no presentan ningún peligro para los individuos sanos.

Cuando alguien tiene un sistema inmunológico afectado, tal como sucede con quienes tienen SIDA, estos organismos aprovechan la oportunidad y provocan enfermedades llamadas, por ello, infecciones oportunistas. También pueden presentarse diferentes tipos de cáncer como resultado de está inmunodeficiencia.

El sistema inmunológico está formado por leucocitos o glóbulos blancos. En el cuerpo humano las células que lo defienden son los neutrófilos, basófilos, eosinófilos, linfocitos y macrófagos; estas dos últimas son muy importantes, por que son las que se encargan primordialmente de la planeación y organización de las sustancias corporales para llevar a cabo la destrucción de los cuerpos extraños que tratan de dañar al organismo.

Cuando un virus ésta dentro del cuerpo éste pasa a la sangre y se pone en contacto en primer lugar con los macrófagos para posteriormente contactar a los linfocitos; durante este lapso, los linfocitos B producen anticuerpos, y son los que se detectan cuando se hacen las pruebas de laboratorio (Elisa o Western Blot) para descubrir que se está infectado. El tiempo que pueden tardar en aparecer estos anticuerpos varía, pero en promedio es de 8 semanas. Esto significa que a partir del día en que el virus esta en contacto con la sangre tardará 8 semanas para que el resultado de una prueba de laboratorio arroje un resultado positivo.

1.5 COMO SE DETECTA EL VIRUS

Para saber si una persona estuvo en contacto con VIH hay que hacer un análisis de sus posibles exposiciones al virus y para ello se debe considerar lo siguiente:

Haber tenido lo que se conoce como prácticas de riesgo; que es tener relaciones sexuales sin protección con personas infectadas o con personas de las que se desconoce su estado serológico.

Si una persona se realizó una transfusión sanguínea entre 1981-1987, también presenta una alta probabilidad de estar infectado por el VIH, ya que es a partir de 1987, cuando se empezó a tener control sobre la sangre utilizada para transfusiones sanguíneas.

El compartir agujas para drogas con personas que presenten la misma situación que a las que se definió anteriormente en las relaciones sexuales, también se les considera personas que han mantenido prácticas de riesgo, etc.

Las personas que no tienen ninguna práctica de riesgo no deberán hacerse la prueba. (Dr. C. Del río Chiriboga y Col. , 1993).

El VIH pertenece a un grupo de virus denominados "virus lentos", por que los síntomas de la enfermedad que causa aparecen de una forma muy gradual y después de un largo período de incubación.

El virus VIH-1 es el responsable de la mayor parte de los casos de SIDA en África, Asia, América latina y el Caribe, Europa y los E.U.A.. En África se ha aislado otro virus del mismo grupo, denominado VIH-2, que también causa el SIDA, aunque en una menor proporción de casos a nivel mundial. La infección por el VIH-2 es frecuente en varios países de la costa oeste de África, y se han descrito algunos casos en otras regiones.

Aún cuando ambos virus infectan las mismas células y producen el mismo tipo de manifestaciones clínicas, el VIH-2 tiene un período medio de incubación (que transcurre entre la infección y la aparición de los síntomas) más prolongado. Ambos virus son muy resistentes dentro del organismo, afortunadamente, son muy vulnerables a los cambios de temperatura y no sobreviven mucho tiempo en el ambiente externo. (Organización Panamericana de la Salud: *SIDA: la epidemia de los tiempos modernos.* 1993.)

1.6 MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

El virus puede entrar al cuerpo solamente de tres maneras:

Al tener **relaciones sexuales**, pene-vagina, pene-ano, o pene-boca sin protección.
A través de **transfusiones** de sangre contaminada con el VIH; mediante el trasplante de un órgano contaminado; usando **agujas y jeringas** contaminadas

(como las que usan los drogadictos intravenosos), o por pinchaduras accidentales o con agujas con sangre contaminada.

Cuando la madre tiene el VIH lo puede transmitir a su bebé (**vía perinatal**) durante el embarazo, en el momento del parto o al darle el pecho materno.

1.7 ETAPAS O FASES DE LA INFECCIÓN: (Dr. C. del río Chiriboga y col. ,1993)

PRIMERA FASE: Cuando el virus entra al cuerpo se conoce como infección aguda. Pocas personas presentan esta etapa, que se caracteriza por la presencia de fiebre, malestar general, dolores musculares, crecimiento de ganglios. Se puede confundir con cualquier otra infección viral, como la gripa y unas semanas después desaparecen todas las molestias. A partir de esta fase, ya se puede contagiar a otras personas.

SEGUNDA FASE: La persona que se encuentra en esta etapa se le conoce como portador asintomático o Sero positivo. Anteriormente se consideraba que en esta fase el virus estaba "dormido" o poco activo y por lo mismo no causaba daño todavía al sistema inmunológico, sin embargo, ahora se sabe que en esta etapa el sistema inmunológico trabaja a toda su capacidad contra el virus, que también lo hace de la misma manera. El tiempo que dura esta etapa es muy variable y el portador puede estar aparentemente sano durante años. La única forma de saber que está infectado es a través de una prueba de laboratorio que detecte los anticuerpos contra el VIH, Elisa, Western Blot o lo que actualmente se conoce como carga viral. La mayoría de los pacientes pasan por esta fase de la enfermedad.

TERCERA FASE: En esta etapa aparecen "bolas" en el cuello, axilas e ingles, que persisten durante meses. Estas bolas se deben al crecimiento de los ganglios. A esta fase se le conoce también como Linfadenopatía generalizada. Sin embargo, no todos pasan por ella.

CUARTA FASE: Esta fase se conoce con el nombre de SIDA. Es la última etapa de la infección; aquí surgen infecciones y tumores malignos que son el resultado de que

el sistema de defensa del cuerpo ya se encuentra dañado. El SIDA es un padecimiento crónico y grave que amenaza la vida.

1.7.1 SÍNTOMAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR

Se debe de solicitar al doctor una orientación sobre lo que debe llamar la atención y cuándo se tiene que acudir a verlo. No todos los síntomas que se señalan a continuación ameritan una visita al médico. Sin embargo, la atención y tratamiento temprano son importantes para mejorar la calidad de vida.

FATIGA: Esta es común en el SIDA, pero debe preocuparse cuando ésta le impida trabajar o cuidar de sí mismo. También se debe acudir al médico si es progresiva o si se acompaña de tos, fiebre o falta de aire.

FALTA DE AIRE: Este puede ser el primer síntoma de una neumonía, por lo que debe estar alerta a cualquier alteración o dificultad para respirar.

GANGLIOS INFLAMADOS: Los ganglios linfáticos en cuello, ingles y axilas, pueden permanecer inflamados y causar dolor por largos períodos de tiempo, aunque esto no es frecuente.

PERDIDA DE PESO: Este es un síntoma común en SIDA, cualquier pérdida de peso de 4.5 Kg o más, que no pueda recuperarse en un mes, o bien, de más del 10% de su peso habitual.

FIEBRE: Se puede manifestar como sudores nocturnos. La fiebre puede ser un indicador de infección.

DIARREA: Las evacuaciones sueltas y líquidas pueden indicar infección intestinal

ERUPCIONES CUTÁNEAS: Cualquier erupción en la piel, puede deberse a una infección, reacción a algún medicamento, o bien notorios tumores de la piel, como el Sarcoma de Kaposi.

DESHIDRATACIÓN: La fiebre y los sudores nocturnos, producen pérdida de líquidos corporales. Debe ingerir una cantidad de líquidos adecuada, así como observar cualquier dato de confusión mental, sed o disminución en la cantidad de orina; estos son síntomas que indican que la persona está deshidratada.

1.7.2 ENFERMEDADES OPORTUNISTAS RELACIONADAS CON EL SIDA:

Se trata de enfermedades que generalmente no afectan a las personas, únicamente lo hacen cuando su sistema inmunológico está deprimido, aprovechando esta situación, de ahí el nombre de oportunistas.

NEUMONÍA (por *Pneumocystis carinii*): Esta es una infección oportunista muy común en personas con SIDA y puede ser grave y representar una amenaza para la vida. Sus síntomas son: falta de aire, fiebre, y tos seca.

SARCOMA DE KAPOSÍ: Es una forma de cáncer que causa manchas púrpuras en la piel y órganos internos. Estas manchas pueden ser o no dolorosas; causar comezón o ardor.

LÍNFOMA: Es un cáncer de los ganglios linfáticos, pero puede afectar a todas las áreas del cuerpo, tales como del sistema nervioso (cerebro) y causar convulsiones, fiebre y cambios en la personalidad.

DESORDENES DEL SISTEMA NERVIOSO: Pueden presentarse cambios en la personalidad, en el habla, humor, depresión, pérdida de la memoria y problemas al caminar. Estos trastornos pueden resultar de la acción directa del VIH en el cerebro y en médula espinal, o por otras infecciones o tumores.

1.7.3 OTRAS INFECCIONES RELACIONADAS:

Citomegalovirus (CMV): Puede causar neumonía, inflamación del intestino o del cerebro y retinitis (infección en los ojos), provocando ceguera irreversible.

Herpes: Este virus causa lesiones ulcerativas en la boca, labios y genitales.

Candidiasis: Se manifiesta como manchas blancas en la lengua y boca; además puede afectar el esófago y, por lo tanto, causar dificultad para tragar. También se conoce como algodoncillo.

Meningitis por criptococo: Es una infección muy seria de las membranas que recubren el cerebro; sus síntomas son: dolores de cabeza, visión borrosa, confusión y fiebre.

Criptosporidiasis: Causa diarrea abundante y retortijones fuertes.

Toxoplasmosis: Esta infección afecta principalmente al cerebro provocando convulsiones, fiebre y cambios en la personalidad.

Tuberculosis: Es una infección frecuente en pacientes con VIH/SIDA en México. Puede afectar los pulmones o bien extenderse a otros órganos del cuerpo; sus principales síntomas son fiebre y pérdida de peso.

1.8 IMPLICACIONES Y CIRCUNSTANCIAS PSICOLÓGICAS.

En lo que se refiere a la psicología Sepúlveda (1989) comenta que los síntomas clínicos psiquiátricos en los pacientes con VIH están determinados por la interacción de tres niveles de causalidad: 1) Nivel de influencia social. 2) Nivel de influencia psicológica. 3) Nivel de influencia orgánica del virus y otras infecciones. Y dice que la acción terapéutica debe ser específica para cada uno de estos niveles.

Miller (1987) por su parte describe todo un proceso por el que pasa un paciente que ha sido infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana, reconociendo en este diferentes reacciones psicológicas en cada fase al igual que una diferente interpretación por cada individuo, esto dependiendo de los recursos internos y externos con los que cuenta la persona.

Muchas son las enfermedades o cuadros clínicos que tienen un origen psicológico y que convencionalmente se conocen como psicósomáticas. Esto se refiere a síntomas corporales que proceden de estados psíquicos (Warren, 1934). Aunque al

referirnos al aspecto psicológico aludimos al nivel de intercomportamiento o interacción con el medio ambiente en un sentido real. Bien podemos sostener que el impacto que el VIH tiene sobre quien se sabe portador de él, en origen se enfrenta a un problema que recae en lo fisiológico y el mayor impacto en primera instancia es de orden psicológico, irregularidad que puede mantenerse por tiempo indefinido como un desajuste ocasionado por la magnitud del evento y ante el cual, las habilidades con que se cuentan para enfrentar ésta situación son insuficientes.

Tal es el impacto de una noticia de este tipo, que a partir de ese momento habrá una escisión a nivel psicológico y en lo que a interacción se refiere por consecuencia. Este planteamiento se refiere a lo que Kantor (1967) dentro de la corriente conductista concibe como su "Teoría del campo integrado", o bien lo que Miller psicólogo psicoanalista denomina etapa de "Choque" en la descripción de los momentos psicológicos que le suceden a una persona que ha sido infectada por el VIH.(D. Miller: 1987).

La premisa de tales teorías es que cualquier evento psicológico puede explicarse a partir de estos campos y fenómenos, por tanto, está caracterizado por la interacción que el organismo establece con el medio.

Llaman particularmente la atención dos aspectos y son los que se refieren al factor disposicional y a la historia interconductual. Es aquí justamente donde podemos observar la influencia que puede tener el conocer un estado serológico positivo al VIH/SIDA a nivel psicológico.

La historia de una persona tiene que ver con los contactos que el organismo establece con los objetos o situaciones, en este caso la cantidad y tipo de información que alguien pueda tener acerca del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, formas de transmisión, de prevención, consecuencias en general con lo que a VIH/SIDA se refiere. Intervienen además las fuentes de donde provenga la información, la vigencia, la veracidad.

Desde la perspectiva de Ribes (1990) se dan factores que el llama Factor disposicional, que desde una perspectiva de cada sujeto se encuentra presente desde el momento mismo de pensar en la posibilidad de realizarse la prueba de anticuerpos contra el VIH. Intentaremos explicarlo a la luz de los momentos que consideramos más relevantes en relación a la aparición del virus y su impacto a nivel psicológico. Esta misma situación es contemplada desde otros teóricos como Jacques Lacan quien considera que cada persona le da un significado especial a todas y cada una de las cosas o personas con las que convive, y este significado va a depender de factores históricos, circunstanciales y culturales.

Teóricos de la psicología social como Herzlich y Pierret (1969) que de manera general hablan de la representación social de la enfermedad parten de la noción de enfermedad como una construcción social y del enfermo como un personaje social. Y encuentran que la imagen de la enfermedad ha dejado de ser colectiva para convertirse en una cuestión individual.

Existen diversos momentos en los que está presente el nivel psicológico y que tienen que ver no solamente con un resultado de seropositividad, involucran además, otros aspectos, otros momentos y circunstancias. Los aspectos psicológicos no se reducen entonces, a un resultado de seropositividad. Dicho de otra forma, el nivel psicológico es un continuo en el cual el VIH (y lo que implica) se inserta y lo altera por tanto. En este nivel se cuenta con un repertorio de habilidades específico a partir del cual se interactúa con el medio, el VIH como aspecto novedoso, puede ocasionar un desajuste en dicho repertorio, que obliga a generar respuestas (de ajuste) que no existen en él.

Los momentos a los que hacemos referencia y que se insertan en este nivel, son aquellos que van desde los primeros contactos con la información acerca del VIH/SIDA hasta la posibilidad misma de recibir un resultado de seropositividad.

Aquí caben situaciones tales como pensar en la posibilidad de realizarse la prueba de detección de anticuerpos, planear, tomar la decisión, elegir el lugar mas apropiado, acudir a asesoría pre-prueba, tomarse la muestra, esperar el resultado,

recibir la noticia del estado serológico y saberse seropositivo o no, o bien, estar en fase terminal. Todas ellas, aunque no siempre suceden ni se dan en este orden, se caracterizan por tener una repercusión a nivel psicológico.

Si bien todo ello es parte de lo psicológico y se inserta como mencionamos, en ese continuo, también existe un momento a partir del cual puede haber un desajuste o desequilibrio en el mismo, un momento en el cual el tipo de respuestas existentes sean insuficientes o inadecuadas, al conocer un resultado de seropositividad o diagnóstico de SIDA. Se dice que una vez que se informa a alguien de un resultado serológico positivo, a partir de ese momento la persona ya no escucha más, existe un bloqueo y todo empieza a girar alrededor del VIH, de ahí en adelante el VIH se convertirá en un factor disposicional que estará presente en el comportamiento del portador. Nos atrevemos a decir que este factor adquiere la función de un condicionante, el cual estará presente en la conducta, actitudes y respuestas del portador en adelante.

De esta forma, podemos ubicar a la historia personal y al factor disposicional como dos aspectos fundamentales, el primero en términos de la información, ideas, prejuicios acerca del virus y la enfermedad y el segundo desde el momento de recibir una noticia de seropositividad. Dentro de ello se encuentra el periodo de espera de resultados, que puede ir desde unas cuantas horas, hasta días o incluso semanas. Todo ello incide directamente en el nivel psicológico y tiene que ver por consecuencia con la actitud o comportamiento.

Pero, ¿cómo repercute este factor a partir de un resultado confirmado de seropositividad?. Si bien establecimos que el nivel psicológico es un continuo y que es aquí donde se inserta lo relacionado al VIH/SIDA, llaman poderosamente la atención los cambios que pueden darse desde el momento de saberse positivo al VIH.

Generalmente, un resultado de este tipo tiende a asociar los términos "vida-muerte", lo cual de entrada, condiciona las reacciones que tendrán lugar desde este instante.

El nivel psicológico estará matizado ahora de actitudes que regularmente tienden a englobarse en lo que se conoce como crisis y que puede incluir aspectos tales como negar la situación (asumir una postura de que las cosas no han cambiado), responder agresivamente, mostrarse desconcertado, aceptar en apariencia el estado serológico o romper en llanto. Todo ello, como una reacción que se da ante tal noticia, provoca un desajuste o desequilibrio en el nivel psicológico y probabiliza entrar así, en dicha crisis.

Probabilidad, ya que no siempre se manifiesta la crisis de primera instancia o no se da necesariamente a partir de un resultado positivo, nuevamente intervendrán factores del medio ambiente para que esto ocurra. Curiosamente, hemos sido testigos de una aparente aceptación por parte de algunos portadores quienes al saberlo, asumen una postura de saber manejarse ante ello, sin embargo, todo esto se viene abajo y entran en una terrible crisis cuando por alguna circunstancia (generalmente promovida por alguien cercano que no está convencido y albergando alguna esperanza de que haya sido un falso resultado positivo debido a la actitud misma), deciden realizarse después de cierto tiempo, la misma prueba y resulta positiva. Quizá esta crisis sea más fuerte y sacuda al portador, al desengañarse por completo y termine con esto la esperanza de ser cero negativo.

Enfrentar todo esto, verlo con tacto y tratar de entenderlo, puede encontrar un soporte o ayuda muy importante bajo un ambiente controlado con un profesional de la psicología; la importancia radica en que como crisis (que generalmente se da) supone por tanto un proceso, requiere de cierto tiempo para abordarla, analizarla y superarla. Un proceso terapéutico, encaminado a generar, reconocer y utilizar herramientas para enfrentar así, lo que el VIH puede significar en la vida del portador desde el momento mismo de saberlo. Este trabajo con la parte profesional de la psicología, adquiere el matiz de "terapéutico", ya sea bajo el manejo de la psicoterapia formal o bien de consejería, ya que el objetivo es incorporar dichas herramientas o habilidades al actuar del paciente y el familiar.

Finalmente y a pesar de que durante mucho tiempo la visión que otras áreas han tenido sobre la psicología clínica ha sido muy poco alentadora para considerarla como una herramienta valiosa en la atención y solución de las diferentes enfermedades de tipo físico, hoy en día en diversas instituciones está gestándose una consolidación de esta ciencia entre otras, para demostrar que la atención de forma integral propone nuevos avances en la atención de personas afectadas por el VIH/SIDA. Durante largo tiempo el área médica ha tenido un peso importante en la decisión de los diagnósticos y tratamientos impuestos a los pacientes, en muchas ocasiones los resultados son muy buenos y en otras inexplicablemente no. Es justo en este momento que la intervención del psicólogo y otras ciencias afines representan una alternativa valiosa que puede ser bien aprovechada.

Finalmente se presenta una clasificación realizada por el psicólogo Miguel Ángel de León Miranda, quien trabajó en la Fundación Ser Humano Internacional, Institución Mexicana dedicada a la prevención y atención de personas que viven con SIDA, en la cual se obtuvo el siguiente trabajo:

De León (1995) presenta lo que a lo largo de 7 años de trabajo con personas que viven con VIH/SIDA, observó y consideró como las 10 etapas más comunes o representativas por las que pasa un sujeto que ha sido infectado con esta enfermedad, desde el inicio hasta la etapa terminal:

I.- ACTITUD ANTE LA POSIBILIDAD DE SER POSITIVO AL VIRUS DE VIH.

De León plantea que "La gran apertura sexual" de los tiempos modernos, al ser vivida con irresponsabilidad, ha expuesto a la humanidad a la posibilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual de diferentes tipos, entre ellas el SIDA. Esta información que bien empleada puede salvar la vida de las personas, en otro sentido propicia la presencia de innumerables fantasías en personas que se encuentran ante la posibilidad de tener un resultado positivo al VIH, ya sea por que tuvieron una práctica de riesgo, o bien por que fueron blanco de algún mecanismo para estar en

riesgo de contraer la enfermedad. Esto quiere decir que hubo contacto sexual sin protección, (condón) o bien, que hubo intercambio de fluidos, (sangre, semen, liquido pre eyaculatorio, fluidos vaginales) y no se sabe si la otra persona estaba infectada. Esta es la primera etapa, etapa en la que se empieza a elucubrar con la idea de hacerse o no la prueba de anticuerpos para VIH.

Los sujetos que enfrentan esta situación, normalmente sienten miedo a descubrir la verdad, sea positiva o negativa y las reacciones de negación son muy comunes. Una persona que ha estado ante la **probabilidad** de estar infectado se siente preocupada, angustiada, confundida, y en muchos casos no recurren a medios de información adecuados, por sentir pena, desconfianza, temor a ser estigmatizados o rechazados.

Ante esta perspectiva algunas personas prefieren ignorar lo que temen y evaden la realidad, otras en cambio llegan a asumir una actitud responsable y acuden a las instancias gubernamentales o privadas dedicadas a esta área para obtener un buen apoyo. Otros recurren a pensamientos " heroicos " que en ocasiones pueden llegar al masoquismo, planteando la posibilidad de "entregar su vida a la ciencia" para que se experimente en ellos con el fin de contribuir en la obtención una cura.

Tal vez, el pensamiento más terrible es cuando las personas creen que por estar infectados la muerte llegará inmediatamente. Aún cuando esta posibilidad no se puede descartar del todo, en la mayoría de los casos esto no es así, sobre todo si se existen medidas de atención y precaución pertinentes.

Cuando esta idea invade la mente, se pueden presentar somatizaciones que coinciden con algunos síntomas de la infección por VIH/SIDA, aparecen cuadros gripales, hay pérdida de peso, diarrea, fatiga, dolores de cabeza, etcétera. La desesperación facilita la aparición de estados depresivos que propician un sin número de prejuicios y pensamientos subjetivos que traen muchísimas complicaciones, ya que la depresión per se, propicia una baja en el sistema inmunológico y defensas del organismo.

El manejo de información relacionada con el tema en estos casos, puede ser un arma de dos filos, ya que, así como puede orientar, también puede confundir, sobre todo a personas con rasgos de personalidad obsesivos o hipocondríacos, es decir a aquellas personas que son muy "tercas" en sus ideas o bien que comúnmente refieren estar enfermas, sin que en realidad esto sea así. De cualquier manera es primordial no restarle importancia a esta sintomatología, pues finalmente habla de que algo anda mal.

Una gran cantidad de personas que en algún momento tuvieron la duda de estar infectados por haber tenido una práctica de riesgo, llegan a colocarse en esta situación de riesgo de manera recurrente; la posible explicación a esto, es la presencia de núcleos autodestructivos inconscientes, que pugnan por salir y esto debe ser atendido con un profesional de la salud mental para tenerlo muy consciente y poder manejar adecuadamente dicho evento.

Lo más recomendable para una persona que ha estado ante la posibilidad contactar con el virus de la inmunodeficiencia humana, es practicarse lo antes posible la prueba de ELISA y su confirmatoria. Como ya se ha mencionado es necesario dejar pasar el período de ventana que dura entre dos y tres meses, y aprovechar ese tiempo para acudir con un psicólogo especialista en SIDA que ayudará para aclarar ideas, tomar decisiones, pero sobre todo para obtener información y plantear alternativas en caso de un resultado positivo o negativo. Otra posibilidad es platicarlo con alguien de su confianza pero que esté debidamente preparado sobre el tema.

En la actualidad, hay varios grupos trabajando con voluntarios que cuentan con la información básica para dar una ayuda valiosa de primer orden, lo cual puede ser una plataforma de arranque para acudir a una ayuda de corte más profundo.

II.- ACTITUD PSICOLÓGICA ANTE LA PRUEBA

Para las personas que ya se practicaron la prueba y que se encuentran en espera de una prueba de anticuerpo VIH, la situación suele ser muy estresante, existe un

tremendo temor, confusión, incertidumbre, agresión, o depresión, todo ello nos ha permitido inferir que es muy importante que en esta etapa las personas consideren con claridad lo que puede indicar y lo que no podrá indicar un resultado de la prueba. Estas personas deben comprender que éste estudio no es una prueba para SIDA. Que no se proporciona un diagnóstico completo, simplemente, la prueba es parte de este. Que lo que se obtiene es un marcador de laboratorio que indica que la persona ha sido infectada por un virus específico. La prueba no proporciona ninguna otra información. Por ejemplo, si se identifican anticuerpos VIH en sangre, no indica cuanto tiempo hace que se infectó, que tan intensa es la infección, que tan infeccioso es para otros, o si desarrollará o no la enfermedad en el futuro. Esta relativa falta de información es la que ha llevado a muchos grupos sociales a sugerir "que se gana muy poco con una prueba de anticuerpo excepto una gran ansiedad", ya que generalmente los seropositivos identificados simplemente "aguardan a que suceda lo peor".

Las personas que piensan practicarse una prueba deben indicar claramente las razones para ello. La mayoría quizá desee simplemente conocer si son o no seropositivos, tal vez por haber tenido una actividad sexual de alto riesgo con anterioridad. Sin embargo, para ellos la pregunta importante es: ¿ Que utilidad adicional tendrá esta información para mí? ¿Cómo me ayudará?.

Para las personas que tienen prácticas de alto riesgo, quizá sea razonable suponer que se han expuesto con anterioridad y que a fin de comprobar que no transmitan la infección o la adquieran en el futuro, deben pensar en adoptar medidas para mantener relaciones sexuales seguras u otras costumbres, a fin de disminuir riesgos de enfermedad, tanto en ellos, como en sus semejantes. Una prueba con resultado positivo no ayudará a este proceso por sí misma. Puede auxiliar desde el punto de vista diagnóstico a identificar la enfermedad.

Ser identificado como seropositivo también implicará problemas a parte de los emocionales. Dentro de las consecuencias más comunes encontraremos que no se podrá obtener pólizas de vida y seguros médicos fácilmente o en condiciones

normales; frecuentemente serán víctimas de rechazo médico, social o laboral, suele ser común que los jefes que se enteran de la seropositividad de una persona, pueden decidir despedirla o no emplearla y desafortunadamente cada una de estas circunstancias puede tener un efecto importante (por lo general perjudicial) en la forma en que vive una persona.

Existen personas que desean hacerse una prueba de anticuerpo por otras razones, entre ellas puede encontrarse que se haya tenido relaciones sexuales con una persona de la que posteriormente se sospecho algún riesgo de infección. Esto llega a tornarse en una preocupación cuando se consideran las consecuencias para iniciar una familia o futuras relaciones sexuales.

Otra razón para realizarse la prueba, es cuando algunas personas no se han sentido bien durante algún tiempo o presentan pequeñas enfermedades persistentes que no se explican con facilidad.

La necesidad de transfusiones de sangre en alguna ocasión, puede despertar la inquietud por creer que esa haya sido la vía de acceso del mal.

Según sean las razones para desear que alguien se practique la prueba, las consideraciones anteriores son aplicables para comprender algunos de los motivos más comunes para realizar esta prueba.

Un punto sumamente importante es que previo a una prueba de VIH/SIDA es totalmente recomendable recibir la asesoría de un consejero con experiencia adecuada para manejar la situación. Es posible obtener asesoría para VIH con casi todos los médicos de cabecera, en instituciones gubernamentales, o bien con organizaciones no gubernamentales de la comunidad relacionadas con el SIDA y el VIH. (Miller 1987)

III.- ACTITUD PSICOLÓGICA ANTE UN RESULTADO POSITIVO:

La mayoría de las personas al escuchar la noticia de su trastorno entran en un estado de shock y la mayoría comentan que su mayor necesidad en ese momento era recibir información.

Las personas en choque comentan sentirse confundidas y aturdidas. La mente aparece estar en constante movimiento, quizá ajustándose de un hecho a otro, sin referencia a lo que está sucediendo "afuera". En este estado es casi imposible elaborar bien una lista de prioridades, concentrarse o recordar las cosas con claridad. Muchas personas que han hecho preguntas precisas sobre su diagnóstico o el resultado del anticuerpo al momento en que se les comentó, las preguntarán nuevamente después y habrán olvidado que ya las hicieron en la primera ocasión y las respuestas que se les dieron.

Es posible que comiencen a llorar y a "desbaratarse" o ser más agresivos, utilizando un lenguaje ofensivo e incluso la agresión física. Otros quizá respondan guardando silencio, aislándose y dejando de ser comunicativos. Tal vez parezca que se han "desconectado", dificultando a quienes los aman y al personal demostrar que les interesa y están allí para ayudarlos. Cualquiera que sea la reacción de las personas, es importante recordar que están afrontando un problema que pone en peligro su vida. Nadie puede predecir como reaccionaran a estas noticias (a pesar de cualquier preparación). (D. Miller.1987)

Surgen más problemas cuando las personas a quienes se dice que tienen SIDA "bloquean" la noticia y parecen actuar como si nada fuera particularmente malo. Algunas personas actúan en esta forma durante meses, sólo para afrontar el impacto total del trauma del diagnóstico cuando han enfermado y ya están muy débiles para conservar sus defensas.

Es importante recordar que las reacciones del choque, cualquiera que sea su naturaleza, son una respuesta normal a noticias que ponen en peligro la vida. No hay que olvidar que, sin importar cuáles sean las noticias, por lo general se considerarán como catastróficas, por la asociación popular (aunque con frecuencia imprecisa) de

asesoría terapéutica. Tercero, todos tienen derecho a elegir la forma en que quieren reaccionar ante circunstancias que ponen en peligro su vida. Si el paciente elige luchar, esta decisión merece tanto respeto como las decisiones para comportarse de otra manera. En la misma forma, las personas tienen el derecho a cambiar su mentalidad sobre lo que desean hacer.

A QUIENES DEBE COMENTÁRSELE:

Uno de los problemas básicos en el periodo de crisis es que después de recibir el diagnóstico a quien se le va a comentar ¿Cómo decidir a quién debe comentársele? El primer problema, quizá es ¿Quién necesita saberlo? Es obvio que las personas que proporcionan cuidados de la salud que incluyen cierto grado de peligro de infección para ellos deben tener la oportunidad de protegerse con eficacia del problema, dentistas cirujanos, y médicos generales.

En términos generales, los reglamentos legales sobre los comentarios a otra persona de la salud tienen como fin evitar que se disemine la infección. En casi todos los casos significa que sólo miembros del hospital o la clínica que participan directamente en el cuidado del paciente conocerán su infección o enfermedad VIH. Es importante que todas las personas relacionadas con la decisión de platicarlo o no, hablen con el tiempo suficiente con el paciente de tal forma que no se comenten errores evitables y se reduzca al mínimo un sufrimiento innecesario y prolongado.

Situaciones que pueden presentarse y propiciar una situación crítica son las siguientes:

- Separación, divorcio o duelo "marital" recientes.
- Pérdida inminente de un ser amado.
- Vivir solo.
- Aislamiento social.
- Problemas económicos.
- Mala salud física.

- Falta de empleo o retiro (reciente).
- Discusiones violentas recientes con algunas relaciones.
- Enfermedades incapacitantes incurables.
- Depresión.
- Dependencia al alcohol, drogas o ambos.
- Síndromes cerebrales orgánicos.
- Intentos anteriores de suicidio (especialmente violentos el último año).
- Advertencias o comentarios sobre suicidio.
- Preparación de medios, notas de suicidio, elaboración de testamentos, planes de seguro.

Muchas de las personas con las que se ha platicado comentan que los pensamientos de suicidio se alejaron con gran parte cuando recibieron abundante información sobre sus circunstancias. En el período de choque, inclusive inmediatamente después de la identificación de la seropositividad personal, puede ser más probable que ocurra un acto impulsivo de suicidio, tal vez en un período de alcoholismo intenso. Es obvio que una gran parte de los intentos de suicidio ocurran en el contexto de una depresión crónica, y es razonable conservar una vigilancia amable en quienes están deprimidos.

No hay que olvidar que en la imaginación popular, como resultado de la gran deformación premeditada en secciones de los medios de comunicación populares, el SIDA y la infección o la enfermedad VIH se consideran ampliamente como algo contagioso, y este aspecto de la situación del paciente es el que provocará la mayor alarma en casi todos los casos. Es comprensible que muchos pacientes deseen regresar a su familia para apoyo, aunque esta medida también puede acompañarse de dificultades. Por ejemplo, es posible que los familiares no sepan que el paciente es homosexual o toxicómano; o quizá lo conozca pero no lo aprueben. Tal vez algunos miembros importantes de la familia evitan discutir la posibilidad de un empeoramiento de la salud o de la muerte cuando el paciente lo desea. Una vez más si se decide informar a la familia, es importante elegir aquellos miembros que serán más comprensivos y ensayar lo que se dirá y cómo se dirá. Es posible que a

quienes se les comente, se les pueda ofrecer consejo útil sobre cómo platicarlo a otros cuya reacción a la noticia sea menos predecible.

V.- ACTITUD PSICOLÓGICA DEL SERO POSITIVO QUE SUPERÓ LA CRISIS:

A continuación se describe el caso de un paciente que dio su testimonio *, la situación de este paciente fue casi ideal, pues su colaboración y la de su familia fue excelente, sin embargo, no siempre es así y en muchos casos es muy desgastante el trabajo con quien supero la crisis, por que creen y desean que todo esta bien y que no habrá recaídas, lo cual los es desconectarse de su realidad, invariablemente, estas personas dejan de tomar medicamentos, dejan de asistir a sus terapias e incluso reinician hábitos desordenados y nocivos para su salud, lo cual los lleva muy pronto a recaer.

TESTIMONIO

"En mi caso personal fue un tanto difícil, puesto que por tu mente pasan pensamientos destructivos, complejos de culpabilidad, haces un recuento de lo realizado en tu vida pero siempre de lo negativo.

Para mi fue muy importante tener cerca a mi familia y a mis amigos, en esos momentos en que vi la muerte muy cerca.

Mi primer actitud fue la de no defraudar a quienes me aman, después conscientizar que como individuo ante una sociedad, tengo valores y capacidad para realizar muchas actividades.

El cuidado de mi persona es una actitud básica ya que en la medida que yo me aporto, cariño, valor, es en la medida que mi autoestima puede lograr luchar contra

las crisis, que pueden ser tanto nerviosas como físicas, ó ambas, si yo las deajo avanzar en mi mente.

Otro punto importante es sentir un dominio sobre los malestares físicos, si mi postura psicológica es positiva el mal ó dolor son menores.

El buscar un reflejo en la ayuda que le doy a otro enfermo me sirve no para deprimirme sino para luchar contra toda negatividad y si puedo ayudar a otro a salir de su crisis, mi autoestima crecerá y mis males disminuirán y podré disfrutar al día el poder dar sin recibir.

Finalmente, el conocerme me ayuda a valorar lo bueno y lo malo que hay en mi y me muestra como debo actuar ante las decisiones que debo tomar para mi bienestar personal y de las personas a quienes pueda afectar.

Aceptar con responsabilidad que estoy vivo y que todo lo que yo haga es bajo mi propio riesgo.

Si yo acepto que los vicios son un paleativo para mi destrucción, es mi responsabilidad alejarlos para así proporcionarme salud y tranquilidad.

Aceptar que soy un individuo que puede dar amor y recibirlo sin frustración ante el rechazo natural que una persona sana muestra para un enfermo V.I.H.

Tratar de aceptar esto, me dará la fuerza para amar honestamente y poder ser feliz, lo que me reste de vida. Viviendo con calidad, no importa si es poco el tiempo, así sólo así podré colaborar a que el SIDA no sea un mal martirizante para la sociedad y para los que padecen el mal.

Atte. Carlos*

Carlos (1992) Testimonio presentado por escrito para este trabajo.

Como podemos ver en este caso hay una actitud positiva y la contemplación de la muerte de una forma natural, tal vez lo más valioso, es el cariño y respeto que siente este paciente por si mismo, esto lo ha logrado gracias a que ha aceptado su enfermedad, pareciera ser, que la clave para superar la crisis, es "aceptar". Actualmente, este paciente se ha integrado a su trabajo, esta contemplando la posibilidad de tener pareja, esta por rentar un departamento y a punto de dejar el albergue donde esta hospitalizado, él como otros paso por la crisis, pero esta no lo venció, gracias principalmente a él, a su familia, amigos y al apoyo médico y psicológico oportuno.

VI.- ACTITUD DEL PACIENTE CON COMPLEJO RELACIONADO A SIDA (C.R.S):

Cuando un paciente comienza a presentar los síntomas debidos a la infección por VIH, su actitud puede cambiar drásticamente. Independientemente de su preparación hacia la enfermedad, la aparición de síntomas pueden provocar miedo, angustia y temor hacia la muerte que ya sienten próxima debido a la gravedad de los males.

Cuando una persona comienza a desarrollar los primeros síntomas significa que el VIH ha empezado a dañar su sistema inmunológico. Si el paciente esta desarrollando síntomas que es posible controlar médicamente, es necesario ayudarlo a enfrentar los cambios con una buena disposición de ánimo.

Desde que al paciente le comunicaron que era positivo a la prueba de anticuerpos del SIDA, el temor más grande para él consistía en el día en que aparecieran los primeros síntomas del comienzo del síndrome. Cuando este día se llega a hacer real, puede provocarle un golpe muy fuerte, sus temores se hacen reales y el no vive los síntomas como algo que pueda superarse sino como la antesala a su muerte; esto aunado al sufrimiento provocado por su sintomatología particular, puede generarle depresión o angustia que bloquean su mejora física, la acción de medicamentos y que, en casos extremos, pueden llevarlo a la muerte.

Un caso diferente lo pueden constituir los pacientes que se enteran de su infección por VIH a raíz de que aparecen los primeros síntomas. En algunos casos el paciente

al conocer la causa de su enfermedad lucha con buena disposición contra el avance de la misma con la esperanza de que va a salir adelante. Pero estos casos no son comunes y por lo general el paciente presenta actitudes de temor y cae en una depresión.

Esta actitud puede provocar que el paciente se convierta en un recipiente pasivo del tratamiento médico, lo que origina que el personal de salud se vuelva indiferente, o se sienta frustrado, o incluso impotente; de tal manera que el paciente provoque aversión cuando llega el momento de atenderlo, lo cual contribuya a que su estado anímico decaiga más.

Por otro lado, su imagen corporal comienza a cambiar de manera notoria. Aunado a esto algunos de los síntomas pueden ser muy molestos y obligarlo a tomar medidas incómodas, tal es el caso de la diarrea, la fiebre y la candidiasis (algodoncillo). Estos cambios afectan la auto estima del paciente, que puede sentirse deprimido por la pérdida de su atractivo personal, de su imagen física; o incluso sentirse temeroso de no ser agradable para sus familiares o su pareja; Lo cual puede llevarlo a pensar que no tiene mucho sentido continuar viviendo si no puede volver a ser como antes.

Por lo general la depresión genera en los pacientes desilusión, tristeza y pena, que ocasionan cambios en sus intereses y en sus actividades habituales. A menudo se preocupan por inquietudes y malestares físicos. Sin embargo tratan de corresponder a otras personas, de mantener ciertos intereses y de cuidarse lo más posible. (Moynihan, 1993)

Es importante señalar que el paciente con complejo relacionado al SIDA tiene posibilidades de vivir gozando de una salud estable, por lo cual es importante ayudarlo a superar su depresión y a transformar su temor en un deseo por llevar a cabo algunos de los planes que tenía pendientes; pero al mismo tiempo conscientizarlo de los cambios que tiene que llevar a cabo en su rutina diaria, con el fin de preservar su salud y ayudarlo a sobrellevar sus pérdidas.

"Se debe estimular al paciente en tantas actividades sociales, recreativas, de ocio y ocupacionales, como su estado de salud lo permita. Hay que desalentar el papel de "paciente profesional", que muchas personas adoptan"(GMHC,1993), ya sea pasando mucho tiempo en tratamientos diferentes o manipulando a sus familiares con una enfermedad "incapacitante" que no es real.

Cuando el paciente presenta síntomas es muy importante ayudarlo a aceptar su situación real, teniendo en cuenta su forma de ser: es muy distinta la actitud de una persona cuyo carácter era en general tranquilo y cuyas actividades aunque importantes, puede desplazarlas en beneficio de su salud; a diferencia de una persona que es por lo general nerviosa y para la que su trabajo constituye la única meta en su vida. Si el paciente comienza a tratar el tema de la muerte es conveniente escucharlo, ya que es común que este tema le preocupe y no pueda comentarlo con la familia; aunque también es necesario aclararle cuales son sus expectativas reales de vida y hacerle ver que todavía puede llevar a cabo algunos proyectos a corto plazo. Además es necesario mostrarle una perspectiva de vida, más que en cantidad, en calidad, para que el se sienta alentado a continuar, aunque ya no pueda llevar a cabo lo que antes tenía pensado.

Cuando el paciente manifiesta una actitud de negación, es importante aceptarla como parte normal de su proceso personal frente a la enfermedad. Sin embargo si esta negación afecta su estado de salud, es necesario explicarle con claridad cuales son los límites a los que debe someterse a causa de su enfermedad y que actividades podrían resultarle peligrosas. Este trabajo no siempre es fácil ya que el paciente puede sentirse irritado ante una intervención de este tipo y negarse a escuchar. Por lo cual la paciencia se convierte en una característica importante de aquel que trabaja con este tipo de paciente.

VII.- ACTITUD PSICOLÓGICA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD SEVERA QUE SE RECUPERA.

Cuando llega un paciente grave a una institución de atención, es muy natural que se sienta muy angustiado por lo que le vaya a ocurrir, lo que vaya a sentir, si va a salir

adelante o por el contrario si su estadía va a terminar en la muerte. En el caso de los pacientes con SIDA, la angustia puede ser mayor, porque además de que los resultados pueden ser inciertos el paciente ya ha sufrido otros problemas, tales como la entrega de su resultado positivo, la pérdida de su salud, y en algunos casos la pérdida de algunos seres queridos, por abandono o muerte.

La experiencia mostró que su pronóstico médico y la actitud que el paciente manifiesta en un principio son factores muy importantes para lograr avances o retrocesos en su enfermedad a través de su largo tratamiento.

Al inicio la nueva situación que vive al llegar a un hospital o albergue puede atemorizarlo: el aspecto del lugar, los otros pacientes, el tipo de padecimiento de los otros internos, la forma en que lo reciben, las muertes o recuperaciones de sus compañeros, un sin número de factores que se dan en los centros de atención, son factores que propician o detienen el avance de la enfermedad, por que generan estados afectivos que influyen en el estado físico. Si el paciente presenta un cuadro favorable, su actitud psicológica varía dependiendo de sus características socio culturales.

Si está consciente de la gravedad de su enfermedad y las características de la misma, y además presenta un deseo intenso de vivir, normalmente se recuperan gradualmente sin perder de vista la posibilidad de recaer. En estos pacientes la voluntad de vivir se manifiesta con la apertura al tratamiento, la confianza en los profesionales que lo atienden y el deseo de seguir las instrucciones para que su salud se mantenga.

Sin embargo no todos los pacientes que se recuperan presentan esta actitud. Hay otros casos en los cuales el paciente no es consciente de su enfermedad o piensa que en realidad no la tiene y su situación implica otro tipo de problema; al ver su mejoría cree que ya esta curado y se muestra reticente a continuar el tratamiento. Con estos pacientes el trabajo es particularmente difícil, puesto que pueden no tomar las precauciones debidas sobre sí mismos y pueden eliminar medicamentos o

no asistir a sus citas médicas regulares, teniendo la esperanza de reintegrarse totalmente a sus actividades laborales y llevar a cabo esfuerzos superiores a su salud.

Un tercer caso lo constituyen pacientes que por su nivel socio cultural no llegan a comprender totalmente en que consiste su enfermedad, ya que aunque reciben la información básica no llegan a entender los procesos de deterioro que van a sufrir o incluso en qué consiste la enfermedad.

El apoyo que requieren estos pacientes se debe orientar por un lado a brindar información al paciente y por otro a intervenir cuando el paciente se encuentre en estado de crisis.

El apoyo de la familia es muy valioso para el enfermo por lo que es importante aquí conservar el equilibrio idóneo para que la atención no sea perdida, sino que se fortalezca y pueda funcionar cuando el paciente requiera ayuda extra. Es importante hablar con la familia y con el enfermo de tal manera que se establezcan límites de las obligaciones que corresponden a cada quien, y asimismo los temores sobre la enfermedad puedan ser hablados tanto por el enfermo como por sus familiares.

Un caso extremo lo constituyen aquellos pacientes que son rechazados por sus familiares y amigos, la posibilidad de recuperación es vista en forma adversa por los otros y el paciente puede sentirse enojado o muy deprimido por los conflictos que se presentan. El ambiente adverso contribuye que su deterioro aumente y que sea difícil mantener estable al paciente.

La situación ambiental, el clima afectivo y la actitud hacia la enfermedad son factores que contribuyen al clima psicológico del paciente que se recupera de una enfermedad severa. De la optimización de estos factores depende en gran medida la buena disposición del paciente y el enfrentamiento a situaciones críticas como la muerte.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En general los pacientes que se recuperan de una enfermedad severa no presentan patrones iguales de comportamiento. Esto en apariencia va muy ligado a la calidad y cantidad de sus conocimientos de la enfermedad y a la actitud que tienen para la vida y para la muerte, además de muchos otros factores de creencias individuales.

VIII.- ACTITUD PSICOLÓGICA DEL PACIENTE CON SIDA EN ETAPA INICIAL

A las personas que se les permite meditar a solas sobre su circunstancias, sin que para ello cuenten con suficiente información de la enfermedad, casi siempre se deprimirán y se resignarán a morir, sin importar los hechos médicos de su trastorno.

Si, cuando se estableció el diagnóstico, se indicó al paciente que puede esperar vivir únicamente un tiempo limitado, hay que ayudar a este que no olvide varias cosas:

A.- El médico puede estar equivocado,

B.- Es posible que se encuentre ayuda médica efectiva para contrarrestar el mal.
(por ejemplo, un nuevo fármaco)

C.- Que todavía no está muerto y aún hay cosas que el paciente puede hacer para que su vida sea agradable y satisfactoria.

En esta etapa las personas sienten abatimiento, se sienten vencidas, desilusionadas, por lo cual no hay que reaccionar en exceso intentando hacerlo todo a la vez, se recomienda ayudarlos a vencer estos sentimientos y atender a los aspectos prácticos inmediatos relacionados con ello (por ejemplo, tiempo fuera del trabajo, comentar a los allegados y otros cercanos y de confianza la noticia) esto, debe ser la primera prioridad. Otras decisiones vendrán después, cuando ya sea más fuerte. La misma recomendación de tomarlo con calma y retrasar las decisiones importantes o grandes se aplica a quienes no están muy enfermos o que son seropositivos sin síntomas.

Es importante encontrar una fuente de apoyo e información, reunirse con ellos con regularidad (La persona que lo este asesorando sólo debe atenderlo unos días después del diagnóstico), ya que el paciente debe acostumbrarse a la nueva noticia (por supuesto, quizá se requieran más de unos días). Las grandes decisiones vendrán después que haya comprendido plenamente lo que significa su infección.

La experiencia ha demostrado que es aconsejable que las personas con infección o enfermedad (o ambas), permanezcan trabajando siempre que sea posible, el trabajo proporciona una distracción sobre los traumas del diagnóstico o la infección.

Después del período inicial de aceptación de la infección para la mayoría de las personas llegará el momento en que se adapten a su vida, para comenzar a vivir con SIDA, VIH, o ambos, a menos que haya una depresión o trastorno psicológico. El trabajo es una parte importante para lograr la aceptación. Es recomendable que en ningún caso haya que apresurarse a comentar a nadie la noticia sobre VIH.

IX.- ACTITUD PSICOLÓGICA DEL PACIENTE CON SIDA EN FASE TERMINAL:

Tal vez la actitud más difícil ante la fase terminal es precisamente la de ver a la muerte como parte de un proceso natural, aún cuando muchísimos pacientes refieren no sentir miedo a esta, finalmente muchos no la aceptan del todo. En el manual del instructor hispano, editado por la Cruz Roja Americana reportan que los hispanos consideran generalmente la muerte y la agonía como un paso más en el ciclo de vida. Incluso, Octavio Paz (1950) , ha escrito sobre lo que él llama la fascinación hispánica hacia este tema, y señala que se describe a menudo la muerte en pinturas, poemas y literatura. Haciendo notorio que incluso muchos grupos indígenas en América Latina celebran el día de la muerte con grandes festividades, por que la muerte representa el paso a una fase más placentera del ciclo de vida. Esta postura hacia la agonía y a la muerte podría hacernos creer que siempre es así, y por lo tanto, se debería discutir abiertamente con un paciente en etapa terminal que la muerte es la última consecuencia de la infección por el VIH, pues se

supone que en general las audiencias hispánicas pueden hablar del tema de la muerte con menos temor, negación, y desvíos que muchas otras audiencias. Aún cuando si hay gente que maneja la muerte con gran naturalidad, esto no es una situación generalizada, y es importante tomar las medidas pertinentes para tocar este tema, pues, en un gran número de casos no se quiere hablar de dicho tópico y el hablarlo sin que el paciente lo solicite puede convertirse en una agresión para este.

Aunque aparentemente sería lógico pensar que el gran avance que se ha logrado en el conocimiento científico nos permitiría prepararnos para la muerte, la muerte ha sido un tema poco abordado por los profesionistas de la salud mental. El miedo a situaciones cercanas o en relación a la muerte se han expresado desde hace tiempo en diferentes culturas del mundo (Pereda, 1988). Civilizaciones como los Hebreos, Romanos, Indués, Griegos y el antiguo México, formaron su propia concepción de la muerte fundamentada en ideas religiosas, filosóficas, científicas, políticas y culturales.

En la actualidad es muy probable que encontremos gente que dice tener mayor conocimiento sobre este tipo de fenómenos por haber leído en revistas, libros, notas de periódicos o de escuchar platicas de otras personas pero para esta población, la muerte esta muy lejana. Para los que han perdido a un ser querido o que han sido diagnosticados clínicamente como desahuciados, el sentir y pensar cambia bruscamente su concepto de vida o incluso de la muerte propia. Por esta razón aun que haya muchos elementos teóricos en relación a la muerte, siempre es importante elaborar el duelo. En el caso de las personas con SIDA la etapa terminal, suele ir acompañada de un gran desgaste físico y mental, podría decirse que muchos es lo que más desean, las variantes como en cada etapa van acompañadas de la personalidad de cada sujeto, pero un factor común suele ser el deseo de parar el sufrimiento.

X.- DUELO Y MUERTE

La etapa final de este proceso puede marcar la diferencia de sentir que las personas se van al "cielo o al infierno". Esta etapa suele requerir de una intervención a dos niveles, en primer lugar para quien se va y en segundo a quien se queda, pues el desprenderse de la vida no resulta fácil para muchos, y si la muerte no ha sido aceptada como parte de la vida, el proceso puede ser un desgarramiento, un arrancar al sujeto de la vida en pedazos.

Cuando este proceso es trabajado y aceptado por el sujeto y su familia, la muerte suele ser un momento de intimidad, de amor, de respeto, de añoranza y de despedida. La expresión de sentimientos es fluida y el duelo se elabora. Este duelo se caracteriza por un tiempo en el que se da una sanación por la pérdida tenida, tiene un comienzo, un desarrollo y un final. Requiere de no forzar a los afectados y darles el tiempo necesario para recuperarse. Por último se ve que se dan una infinidad de sentimientos y es importante que las personas tengan la oportunidad de llorar y hablar de como se sienten. Todo esto por que es necesario reconocer que se ha perdido algo y que eso duele.

Si se requiere de ayuda es importante que la persona la busque, especialmente cuando hay impulsos suicidas.

Cuanto mayor es la pérdida mayor es el tiempo que se necesita para recuperarse.

Hay que tomarse tiempo para decisiones fundamentales

Hay que aceptar el apoyo y la comprensión de los seres amados.

CAPITULO II

2. ANGUSTIA O ANSIEDAD

2.1 - DEFINICIONES Y FORMAS DE MANIFESTACIÓN

¿Que es la ansiedad? El término se relaciona con miedo o temor, y para entenderlo mejor, primero describiré las emociones que se relacionan con el miedo.

Se trata de una emoción provocada por el peligro, cada vez que existe un incremento en el peligro, de igual manera corresponderá un incremento en el miedo. Siempre que alguien se somete a experiencias tales como una prueba de manejo, una entrevista de trabajo, o simplemente caminar por la noche en una calle oscura, puede ocurrir que ésta persona experimente alguna sensación de miedo, sin embargo, este tipo de emociones pueden ser fácilmente controladas y no causar ningún trastorno.

Es común que en la medida que el peligro se incrementa, síntomas como palpitaciones cardiacas, sudor frío, dolores o sensación de vacío en el estómago, se van haciendo más difíciles de controlar. En situaciones extremas una persona puede desarrollar sensaciones de pánico, e incluso provocar distorsión de imágenes mentales al punto de llegar a presentar reacciones tales como salir corriendo salvajemente de algún lugar, llorando y gritando sin control.

Díaz G. y Charles Spielberger explican que existen dos tipos de ansiedad, la ansiedad rasgo y la ansiedad estado, estos autores además de definir las, han desarrollado un instrumento para medir las mismas.

La primera (A. Rasgo) se refiere a como se siente una persona generalmente y tal concepto es utilizado para identificar personas propensas a la ansiedad y para evaluar el grado hasta el cual estas personas son afectadas por problemas de ansiedad neurótica.

La segunda llamada ansiedad estado se refiere a como se siente una persona en un momento dado.

La ansiedad estado (A.-Estado) es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

La ansiedad rasgo (A.-Rasgo) se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la (A.-Estado). Como concepto psicológico, la ansiedad - rasgo tiene las características del tipo de locuciones que Atkinson (1964) llama "motivos" y que Campbell (1963) conceptúa como "disposiciones conductuales adquiridas". Los motivos son definidos por Atkinson como disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación los activan. Las disposiciones conductuales adquiridas, de acuerdo con Campbell, involucran residuos de experiencia pasada que predisponen al individuo tanto a ver al mundo en la forma especial, como a manifestar tendencias de respuesta "objeto consistentes".

Los conceptos de ansiedad rasgo y ansiedad estado pueden concebirse como análogos, en cierto sentido, a los conceptos de energía cinética y potencial en la física. La Ansiedad-Estado, como la energía cinética, se refiere a un proceso empírico de reacción que se realiza en un momento particular y en un determinado grado de intensidad. La Ansiedad-Rasgo, como la energía potencial, indica las diferencias de grado de una disposición latente a manifestar un cierto tipo de reacción. En donde la energía potencial destaca las diferencias entre los objetos físicos, respecto a la cantidad de energía cinética que puede ser liberada si se le dispara a través de una fuerza apropiada, la Ansiedad-Rasgo implica las diferencias

entre las personas en la disposición para responder a situaciones de tensión con cantidades variables de Ansiedad-Estado.

Por otro lado hablando de angustia dentro del campo del psicoanálisis Laplanche y Pontalice (1993) hablan de dos tipos, la automática y la angustia ante un peligro real.

Ellos plantean que la angustia automática se caracteriza como una reacción del individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática, es decir, sometido a una afluencia de excitaciones, de origen externo o interno, que es incapaz de controlar. Estos autores sostienen que la angustia automática se opone en la opinión de Freud a la señal de angustia y aclaran que la expresión de "angustia automática" fue introducida por Freud; cuando reformo su teoría de la angustia en Inhibición, síntoma y angustia (1926); y que se comprende comparándola con el concepto de señal de angustia.

Continúan sus planteamiento diciendo que en ambos casos, como fenómeno automático y como señal de alarma, la angustia debe considerarse como producto del estado de desamparo psíquico del lactante, que evidentemente constituye la contrapartida de su estado de desamparo biológico. La angustia automática es una respuesta espontánea del organismo frente a esta situación traumática o a su reproducción, lo cual integra en el mismo concepto lo que otros autores denominan como ansiedad.

Para aclarar lo que ha de entenderse por situación traumática hacen referencia a que se trata de un aflujo no controlable de excitaciones demasiado numerosas e intensas; idea que es muy antigua en Freud; y que se encuentra en sus primeros escritos acerca de la angustia, en los que la define como el resultado de una tensión libidinal acumulada y no descargada.

Con respecto al término "angustia automática" nos dicen que se trata simplemente de un tipo de reacción; que no prejuzga el origen interno o externo de las excitaciones traumatizantes.

Para definir lo que se conoce como angustia ante un peligro real, estos autores dicen que la palabra *realangst* que fue introducida en inhibición, síntoma y angustia, puede prestarse a algunos equívocos por lo que aclaran y plantean textualmente lo siguiente:

“ 1°. En *Realangst*, *real* es un sustantivo; no califica la angustia, sino lo que la motiva. La angustia ante un peligro real se opone a la angustia ante la pulsión. Para algunos autores, en especial para Anna Freud, la pulsión sólo sería ansiógena en la medida en que ofrece el riesgo de suscitar un peligro real; pero la mayoría de los psicoanalistas sostienen la existencia de una amenaza pulsional generadora de angustia.

2°. La traducción por “angustia ante lo real ” tendría el inconveniente de dar a entender que es la realidad, como tal, la que motiva la angustia, cuando se trata de ciertas situaciones. Es por ello que proponemos angustia ante un peligro real.”

Cameron N. (1983) dice que la ansiedad es considerada como normal cuando su intensidad y carácter convienen a una situación dada y cuando sus efectos no causan desorganizaciones ni malas adaptaciones. Este autor explica que *la ansiedad normal es la que se encarga de dar respuestas prontas a eventos que lo requieren y se encarga de dar sabor a la espera de algo placentero, suele ser la raíz de la risa y el goce.*

Cuando se refiere a la *ansiedad patológica dice que se considera como tal cuando ésta aparece sin razón alguna que la justifique, cuando se la exagera o cuando ésta dura demasiado y da lugar a maniobras defensivas que interfieren seriamente con el gozo y con la vida activa de una persona. La ansiedad se considera patológica cuando representa una tensión que exige una descarga vaga e inmediata con ayuda de la hiperactividad, lo cual significa un regreso a una situación infantil, o cuando da como resultado una conducta agresiva o sexual pobremente controlada que perturba las relaciones interpersonales. También se considera patológica cuando exija una*

represión o una supresión excesiva de modo que la persona pierda su espontaneidad y se muestre inhibida en guardia o apática.

Otra forma de ansiedad explicada por el autor ya citado es la *ansiedad primaria que es la irresistible necesidad de descargar tensión en cualquier situación de estrés que se presente, mediante actividades como llorar y la hiperactividad generalizada, esta ansiedad puede ser despertada por el dolor del hambre, la incomodidad y cualquier estímulo parecido estos.* Este mecanismo es empleado sobre todo al principio de la vida cuando no se pueden tolerar las tensiones originadas por el estrés, ya que es imperativo tener una descarga inmediata, la cual puede perdurar aun cuando la fuente de estrés haya desaparecido. La manera en que se va logrando controlar esta tensión es con el pasar del tiempo. La imperiosa necesidad de descargar la tensión o de encontrar alivio a ésta con la ayuda de la madre, disminuye por el mismo proceso de maduración que el sujeto va logrando, gracias a que de diversas maneras y en incontables ocasiones recibe ayuda para calmar su dolor, lo cual va generando una confianza o capacidad de espera y la estructuración de las instancias psíquicas del inconsciente, preconsciente y consciente, todo esto muy apoyado por la relación simbiótica entre madre e hijo, la cual le proporciona la constancia para desarrollar un sentimiento de poder y seguridad.

Otro tipo importante de ansiedad, tal vez la siguiente en orden cronológico es la ansiedad de separación. Dado que ese vínculo inicial con la madre proporciona al niño alivio ante la tensión y un sentimiento de poder y seguridad, cuando un niño se separa de su madre por un largo tiempo el niño lo pierde todo. Camerón dice " A algún nivel, y de algún modo vago, el infante parece unir la ausencia de la madre con un peligro inminente, y reacciona a este como si ya estuviera materializado." Y lo que sucede es que ya que la madre ha sido el instrumento para lograr tranquilidad, si esta desaparece se gesta una regresión en la cual el pequeño se contacta con la realidad y siente el desamparo real en el que se encuentra si su madre no esta, ya que ella era quien interpretaba sus quejas y comprendía que era lo que necesitaba para estar bien. Dado que todavía no es capaz de satisfacer sus necesidades elementales por sí mismo vuelve a experimentar la ansiedad que en un principio su

madre le había ayudado a controlar. Al pequeño le parece que se encuentra solo en el mundo para siempre, reacciona a la amenaza de peligro surgida de las fuerzas del id, si la madre regresa, el niño pierde su ansiedad primaria y se tranquiliza.

Otro tipo de *ansiedad* es la generada *por la pérdida de amor*, al respecto Camerón (1983) argumenta que a partir de que el niño descubre su capacidad yoica para controlar algunos eventos y con ello propiciar gratificación a su madre, se establece una relación entre estos dos en la que el amor juega un papel muy importante. Este papel consiste en que ese amor permanecerá en la medida que el niño satisfaga las expectativas de su mamá y cuando esto no sucede, el amor puede ser retirado. Como el niño aun no puede cuidarse por sí mismo, esa pérdida de amor equivale a una separación, aunque la madre continúe presente físicamente. La ansiedad por la pérdida de amor ocupa un lugar junto con la ansiedad de separación, ejerce los mismos efectos generales y puede llegar a ser más traumática que la separación física, cuando existe una madre físicamente presente y que es capaz de dar amor pero que se lo niega al niño, el infante la imagina como sádica y como alguien que disfruta de verlo sufrir.

Camerón (1983) " Toda persona, niño o adulto, que para sentirse bien y digno de sí mismo, depende del amor de otra persona, experimenta como una amenaza de catástrofe la de perder el amor; y bien pudiera serlo. Tal reacción es normal en un niño, tenga su ansiedad una base real o no."

La ansiedad de perder el amor en adultos será normal únicamente cuando esta este justificada por la realidad, de otra manera esto nos hablara de un desorden de la personalidad en adultos crónicamente dependientes.

Spielberger Ch. citando a Charles Darwin (1872) a quien se le considera el más importante estudioso de la evolución, comenta que este científico no hablaba de la ansiedad propiamente, mas bien, hablaba del miedo como una emoción humana fundamental y sostenía que el potencial para experimentar miedo era una

característica inherente tanto en los hombres como en los animales, que funcionaba como un mecanismo de subsistencia dentro del marco de su teoría de la evolución.

En su teoría, Darwin explica que la función de adaptación de las reacciones al miedo proveen una señal que alerta al organismo para actuar. De tal manera que cuando un cavernícola se enfrentaba con un tigre dientes de sable, su reacción de miedo hacía sonar en él una alarma interna, indicándole la necesidad de actuar de inmediato para evitar el peligro o bien atacar o destruirlo. Este proceso hace referencia a lo que en párrafos anteriores describíamos como ansiedad y al igual que en el proceso mencionado, el citado por Darwin requiere de cantidades emocionales bien controladas ya que demasiado miedo puede provocar pánico y con ello una paralización ante la situación, lo cual puede dejar como presa fácil al sujeto.

Según ésta teoría de la evolución, los organismos que reaccionan con poca o demasiada fuerza en las situaciones de peligro tienen más probabilidades de perecer y ser eliminados del grupo.

Algunos años mas tarde Sigmund Freud (1917) realiza investigaciones en las que marca importantes diferencias entre lo que se conoce por miedo y ansiedad. Freud fue el primero en decir que la ansiedad juega un papel determinante en la formación de estados neuróticos y psicosomáticos, él pensaba que la ansiedad era el fenómeno fundamental y el problema central de la neurosis. Freud se refería a la ansiedad como algo que se siente, es decir un estado emocional o condición del organismo humano particularmente desagradable. Definió de manera general los estados de ansiedad como estados con alteraciones en componentes fisiológicos, conductuales y los relacionados con la experiencia, ligada a estados de incertidumbre, que comprendían sentimientos subjetivos de tensión, aprensión y preocupación, que se manifestaban como síntomas en forma de palpitaciones cardiacas, alteraciones de la respiración, sudor, inquietud, temblores, estremecimientos, nauseas y vértigo. Muchos de los síntomas fisiológicos y conductuales, atribuidos por Freud a la ansiedad corresponden a los atribuidos por Darwin al miedo.

El psicólogo Dustin. D. en un artículo publicado en los años 60's, dijo: *"el miedo es natural en situaciones de peligro, pero, si la misma emoción se presenta en momentos que no son lo suficientemente peligrosos, a esta misma emoción se le llama ansiedad"*.

Este autor señala que cuando la ansiedad llega a extremos particulares se le considera enfermedad o una reacción inadaptada. De hecho generalmente se piensa que es la base de la psiconeurosis, es decir, aquellos desajustes psicológicos que pueden involucrar síntomas como fobia, depresión, amnesia, obsesión, compulsión y trastornos físicos que no tienen una base fisiológica.

Otra definición que puede resultar interesante para notar diferencias sobre lo que es ansiedad y angustia, es la que se plantea en el diccionario enciclopédico Grijalbo (1996), en esta obra se define a la Angustia como un estado emocional de extrema inquietud y ansia, de las que difiere solo por revestir mayor intensidad. El texto señala que el término fue acuñado por el filósofo Kierkegaard, quien limita su definición al desvalimiento existencial del ser ante la necesidad de autorealizarse y la consciencia de su finitud (ser para la nada), esta definición como muchas otras tiene la característica de dejar muy escueto el término ansia, ya que en realidad parece decir nada.

En el mismo libro se define a la ansiedad como un sentimiento de inseguridad o de temor, en este diccionario señalan que el término se usa a menudo como sinónimo de angustia, de la que difiere, sin embargo, por no ir acompañada, como ésta, de tan fuertes manifestaciones fisiológicas.

Como se puede observar, lo que se plantea es que la diferencia existente entre angustia y ansiedad es que en la primera los sentimientos son tan intensos que llegan a provocar psico somatizaciones, esto es, reacciones físicas graves a causa de un trastorno psicológico, lo que no sucede con la segunda.

F. Labhart (1970) Dice que desde un punto de vista somático, la angustia puede manifestarse de un modo extremadamente variado y afectar a casi todas las funciones vegetativas y a casi todo órgano. Pero que también actúa sobre funciones corporales aun cuando estas no sean percibidas por el sujeto. *"Muchos individuos se sienten como libres de ansiedad aun cuando su presencia se denuncia al observador por la expresión tensa del rostro, la dilatación de las pupilas, lo precipitado del gesto o de los actos de comer o de beber, o bien por la respiración encontrada. Otros logran enmascarar de tal modo su angustia que ni ellos mismos son conscientes de ésta, ni tampoco se revela a los ojos de los demás.* Lo que hayamos entonces son alteraciones localizadas sobre todo en los tractos gastrointestinal y genitourinario (disminución de la secreción salival, diarreas, espasmos del esfínter vesical, trastornos de la menstruación, dismenorrea)".

Diel (1993) plantea que "el término "angustia" se emplea habitualmente en una significación restringida. No se refiere sino a manifestaciones negativas cuyo conjunto forma la psicopatología. Pero la angustia patológica no es sino un aspecto del "angustiamiento" vital, (este término se refiere a la totalidad de los fenómenos de angustia). Es su forma más espectacular pero no la más importante.

Por paradójica que ésta afirmación pueda parecer a primera vista, la angustia es originariamente un fenómeno vital de trascendencia formadora. Su funcionamiento patológico por espectacular que sea, no resulta comprensible, si no a partir de su función original, mucho más difícil de determinar por que es a largo plazo y de naturaleza evolutiva.

Este autor plantea que el estar vivo permite la acción de sentir y que esta posibilidad puede oscilar entre un estado de insatisfacción y un estado de satisfacción. La forma de reconocer esos estados opuestos en el ser humano, en forma de sentimientos claramente diferenciados son, por medio de la angustia y la alegría. Como la vida humana es una manifestación tardía de la evolución, la gama de los sentimientos y su oscilación entre alegría y angustia no pueden ser comprendidos genéticamente, sino a partir de la emotividad elemental que rige la vida animal. Inclusive en el nivel humano, los sentimientos diferenciados siguen siendo en parte emotivos e

inconscientes al mismo tiempo que aspiran a la lucidez consciente, a la facultad de un control voluntario y capaz de prever.

Considerada bajo la perspectiva de la evolución, la vida no tiene otro sentido sino el de superar la inquietud fundamental, germen de angustia. La inquietud es el rasgo característico común a todos los seres vivos, ya que es causada por su dependencia en relación con un medio ambiente susceptible de constituir un obstáculo para la satisfacción de las necesidades vitales. El intermediario entre la inquietud inmediatamente vivida y el mundo mediatamente percibido es el cuerpo. La inquietud se expresa a través de lo somático, pero no podría hacerlo si no se imprimiera antes, y esa impresión no es otra cosa que la vida psíquica. Lo somático y lo psíquico son inseparables desde el origen y siguen siéndolo a través de toda la evolución, que es el esfuerzo de adaptar el ser vivo al ambiente hostil".

Cameron (1986) habla de las reacciones de ansiedad y plantea que son estados de aprensión indefinibles, en los que se intenta descargar la tensión generada internamente y reducir la ansiedad incrementando la actividad física. Generalmente esta situación se acompaña de alteraciones en el sueño y apetito, tales como terrores nocturnos, o "sueño ligero" y espasmódico, o bien aumento o disminución del apetito. Al igual que otros autores menciona que como parte de la descarga de tensión las personas presentan perturbaciones viscerales, tales como ataques de ansiedad, llegando incluso a desarrollar pánico total, lo cual incluye regresiones generalizadas que pudieran propiciar un episodio psicótico.

Freud (1917) en su Lección XXV. La angustia, explica que en su última conferencia omitió hablar de la angustia, decide no definirla argumentando que todos en alguna ocasión la han experimentado, pero si aclara, que aunque son los nerviosos quienes más la han experimentado, no son lo únicos que la padecen y señala como un error el creer que nervioso y angustiado es lo mismo, pues existen sujetos angustiados que no padecen neurosis alguna, así como neuróticos que no presentan en sus síntomas propensión alguna a la angustia. Al explicar el origen de la angustia especifica el mecanismo biológico por el cual puede explicarse la misma,

asegurando que se trata de una irritación de la medula oblongata, y para efectos del diagnóstico la define como una neurosis del nervus vagus. Sin embargo en esta ocasión no es de su interés explicarla desde un modelo médico, sino desde un modelo psicológico.

Continúa su explicación reafirmando que puede existir angustia sin relacionarse en lo absoluto con estados neuróticos. En este ensayo plantea que existe una angustia real, que es independiente de la angustia neurótica, la cual se presenta como muy racional y comprensible, entendiéndose como una reacción "normal" ante la percepción de un peligro exterior o de un daño que es visto con anticipación, lo cual puede provocar como reflejo un deseo de fuga o bien un instinto de conservación, dicha reacción dependería de los conocimientos del individuo y de sus sentimientos de potencia ante el mundo exterior.

Esta situación plantea incluso hechos que llegan a ser paradójicos ya que dependiendo del caso, el conocimiento podría ser fuente de tranquilidad o de pánico, ya que permitiría saber que tan terrible podría ser una situación y sólo de imaginarlo provocar emociones que desorganizan y descontrolan a los sujetos.

Otto Fenichel (1988) para explicar la angustia como síntoma neurótico, parte de explicar que el síntoma neurótico típico expresa a la vez el impulso y la defensa y como ejemplos nos menciona el lapsus, los errores y los actos sintomáticos, además de los sueños diurnos y las fantasías de realización de deseos que se desarrollan como actividad lúdica para refugiarse de la displacentera realidad, todo esto en sustitución de los impulsos rechazados. Cuando estas actividades no son suficientes como mecanismo de desahogo y los impulsos se acercan demasiado a los contenidos reprimidos, entonces puede surgir la represión como mecanismo de defensa. Cuando un afecto exagerado o lo que parecería un afecto inadecuado no logra hallar una forma de desahogo esto da una señal de desplazamiento del afecto, no correspondiendo el mismo a la situación real, si no a una que ha sido más bien reprimida. La producción de estos derivados y la lucha de éstos por colocarse en la motilidad de los diversos procesos que se van creando, son reguladas por

mecanismos especiales de formación de síntomas, que en cada caso determinaran la sintomatología y la evolución clínica de cada neurosis.

Fenichel (1988) señala que las crisis afectivas consisten en movimientos y otras descargas fisiológicas, especialmente dadas por modificaciones en las funciones glandulares y musculares, así como también por sentimientos emotivos. Es muy enfático al señalar que los fenómenos físicos y psíquicos son específicos para cualquier afecto dado y es especialmente específica la correlación entre ambos tipos de fenómenos. De una manera particular señala que una crisis emocional es un estado afectivo que se expresa aun cuando la persona no desee que se presente, existe evidentemente una pérdida del control sobre los actos, que denota una sustitución de mecanismos arcaicos sobre las funciones normales del yo, dicho fenómeno puede ser muy visible en niños y adultos con personalidades infantiles en quienes el manejo de las emociones es mucho más inestable.

Esta respuesta se debe principalmente a estímulos extraordinariamente intensos, cuya magnitud explica la incapacidad temporal del aparato que controla las funciones del yo, y que como mecanismo compensatorio utiliza ataques emocionales que funcionan como una especie de control de emergencia a causa de la deficiencia en el control normal del yo. Por otro lado las respuestas mencionadas también pueden presentarse a causa de estímulos ordinarios cuando en el organismo prevalecen ciertas condiciones que las propician, es decir, un leve factor precipitante puede provocar un acceso de rabia, si en el organismo existe una predisposición a ello, basando dicha predisposición en una experiencia previa que no contó con un medio apropiado para expresar la misma. Por lo que se conoce hasta hoy, el organismo tiende a regresionarse emocionalmente cuando se encuentra en un estado de tensión, por lo que se considera que una reacción emocional indebidamente intensa, en lo general es un derivado de algo que fue previamente sofocado. " *En resumen, las crisis emocionales se producen cuando el control normal del yo se ha hecho relativamente insuficiente, debido a :*

a) Un aflujo de excitación demasiado grande, o b) a un bloqueo previo de la salida."
Fenichel. *Teoría gral. de las neurosis.* (Pág. 35).

Esta definición que brinda Fenichel, es igual a la que dio para lo que se denomina como síntoma neurótico, que también son fenómenos de descarga que se producen sin el consentimiento del yo y que también se deben a causa de un aumento en el aflujo de excitación o lo que se conoce como neurosis traumáticas o bien a causa de actividades defensivas del yo que habían sido bloqueadas previamente a la descarga, produciendo con ello un estado de tensión en el organismo y provocando lo que se denomina una psiconeurosis. De esta manera se vio que la causa de las crisis emocionales y de los síntomas neuróticos es la misma, una deficiencia en el funcionamiento del control del yo, aumento del aflujo o bloqueo de la descarga. Los ataques emocionales y los síntomas neuróticos son descargas arcaicas que sustituyen parcialmente los movimientos normales del yo. Mientras que en la neurosis el sustituto se determina subjetivamente por la historia de cada individuo, en el afecto el sustituto se determina objetivamente por reacciones nerviosas provocadas químicamente sin conocer a ciencia cierta aún, de donde provienen. Esta aparente semejanza general entre crisis emocionales y crisis neuróticas indujo a Freud a buscar el determinismo histórico del síndrome de angustia.

Para continuar con su discurso Fenichel también nos habla de la angustia en la histeria de angustia y dice que la neurosis de angustia se caracteriza por una tensión interna, de carácter general, que se manifiesta en forma de una angustia constante libremente flotante, o de una proclividad a la angustia, en este escrito especifica que en la histeria de angustia, la misma se haya específicamente vinculada a una situación especial, que representa el conflicto neurótico, para explicarlo nos comenta "Si el yo que valora el peligro -"Este acto o situación instintiva puede acarrear la castración o la pérdida de amor "- se propone "hacer una advertencia", en el mismo sentido en que un yo normal hace la advertencia de la existencia de un peligro real, este intento, en el caso de la histeria de angustia, fracasa por completo." Fenichel. Teoría gral. de las neurosis. (Pág. 227).

Y explica que lo que sucede es que el estado traumático es producido por aquello mismo con lo que se quiso evitar éste, es decir ese tipo de angustia que de pronto

sirve para prevenir (angustia premonitoria) puede llegar a grados en los que en lugar de servir para aceptar un hecho traumático, llegue a desorganizar a una persona y a ponerla muy mal sin que aun se haya dado el hecho. Para explicarlo psicoanalíticamente diríamos que la angustia premonitoria se transforma por regresión en un estado de pánico de angustia y esto se puede deber a un fracaso de las funciones premonitorias del yo a causa de una elevada tensión interna (estado de bloqueo) que crea una predisposición general a la angustia, situación en la que una señal de peligro del yo, Fenichel (1988) la compara con el efecto que tendría un fósforo encendido dentro de un barril de pólvora. Fenichel. Teoría gral. de las neurosis. (Pág. 227).

Freud (1932-1933) en su conferencia Lección XXXII.- La angustia y la vida instintiva, nos señala que existe una angustia real y una angustia neurótica, entendiendo la primera como una reacción lógica ante una situación de peligro, y a la segunda como una reacción inadecuada. Para el manejo del término, Freud definió a la angustia real como un estado de atención sensorial y tensión motoras extremadas, lo cual mas tarde se denominó como *disposición a la angustia*. De esta surgió el concepto de la reacción de angustia de la cual se puede obtener lo siguiente:

- a) El desarrollo de la angustia, en una repetición de una antigua vivencia traumática, la cual se limita a una señal, y entonces la reacción restante puede adaptarse a la nueva situación de peligro.
- b) Predominio de lo antiguo, es decir, toda la reacción se agota en el desarrollo de angustia, haciéndose paralizante e inadecuado al presente el estado afectivo.

Al explicar lo que se conoce como angustia neurótica plantea que se le encuentra en tres diferentes circunstancias:

1. Como angustia general, libremente flotante dispuesta a enlazarse pasajeramente a cualquier posibilidad emergente.
2. Fijamente vinculada a determinadas representaciones en las llamadas fobias, en el cual si existe un peligro exterior, pero la reacción de angustia es desmesuradamente exagerada.

3. La angustia propia de la histeria y otras formas de neurosis grave, que surgen sin fundamento en un estímulo exterior.

La causa más común de la neurosis de angustia es la excitación frustrada, ya que es un proceso en el que se provoca una excitación libidinosa, dicha excitación al no encontrar posibilidad de descarga provoca que la libido se desvíe en busca de un canal para expresarse directamente a través de la angustia. Algunas de las manifestaciones más visible en este sentido son por ejemplo el miedo a la soledad y a las personas extrañas, lo cual despierta en el niño la añoranza de la madre ya que el niño no puede mantener ni dominar esta excitación libidinosa, dando con ello lugar a la angustia, la cual no corresponde a algo normal sino más bien a una angustia del tipo neurótico.

Otro proceso por medio del cual se explica la generación angustia fue por el de represión de la libido, este tipo de angustia se manifiesta en la angustia de histeria y otras neurosis, en este caso hay que marcar la diferencia entre una idea y la carga libidinal que la misma puede llevar, ya que la represión se presenta en la idea hasta el punto de quedar deformada pero la carga afectiva a esta ligada se transforma en angustia, ya sea que se trate de amor o de agresión, un factor común es la creación de síntomas para evitar el acceso de un estado de angustia. Lo que en la angustia se teme es la propia libido y se teme a algo interno en lugar de algo externo, esto no es conscientemente reconocido. La fobia es un claro ejemplo de como este peligro interior es transformado en un peligro exterior o aparentemente real. De un peligro exterior la gente puede salvarse huyendo o fugándose, en cambio safarse de un peligro interior es mucho más difícil. Freud (1932) escribe "*La angustia es, como estado afectivo, la reproducción de un antiguo suceso peligroso; esta al servicio de la propia conservación y es señal de un nuevo peligro; nace de magnitudes de libido que se han hecho, en algún modo, inutilizables, y también del proceso de la represión; es reemplazada por la producción de síntomas; sentimos que falta algo: aquello que hace de varios fragmentos una unidad.*" (Pag. 3148)

En las mismas obras Freud retoma la idea de que la angustia tiene como única sede al yo y que sólo en este lugar se puede crear y sentir angustia, sin embargo dice que en nuevas investigaciones ha encontrado que la angustia también se manifiesta como, angustia real, neurótica y la de la consciencia moral, que pueden ser referidas a las tres dependencias del yo, es decir a su dependencia del mundo exterior, del ello y del super yo. Y después de esta nueva interpretación se descubrió que la represión no crea la angustia, ya que esta existe con anterioridad, y es a partir de ésta que se crea la represión, tratándose de una angustia a un peligro exterior, es decir una angustia real. Freud señala que el niño siente angustia ante una exigencia de su libido y para ello señala que puede tratarse del amor de su madre, en lo cual describe una angustia de tipo neurótico. Freud (1932 - 1933) "*este enamoramiento sólo le parece constituir un peligro interior, al que tiene que sustraerse con la renuncia a tal objeto, por que provoca una situación de peligro exterior.*" (Pag. 3149). En este párrafo señala que en todos los casos estudiados obtuvieron el mismo resultado, el peligro instintivo interior que demuestra el niño por desear para él sólo a su madre, se demostraba como una condición y una preparación de una situación de peligro exterior real. Este peligro real por el enamoramiento a la madre, es el castigo de la castración y aunque en la realidad no se da una castración por atravesar por el complejo de edipo el hecho es que el niño lo vive como una posibilidad real, ya que este lo ve como un peligro que amenaza desde el exterior y cree en su efectividad. Parece sumamente importante estar atento a todos aquellos mensajes verbales y no verbales que se dan en la educación de los hijos pues es a través de estos que las fantasías de castración pueden desatar la idea de que esto puede suceder. Anteriormente e incluso en la actualidad algunas practicas de salud sin desearlo conscientemente pueden aludir a deseos de castración que en el niño pueden ser vividas con gran angustia, con esto me refiero a practicas comunes como la circuncisión, que en la actualidad son tan empleadas para prevención de diferentes problemas de tipo físico. Finalmente Freud menciona que es bien sabido que el miedo a la castración es uno de los motores más frecuentes y energéticos de la represión y con ello de la producción de neurosis, también aclara que el miedo a la castración no es el único motivo de la represión, ya que esto no se da en las mujeres, pues ellas pueden tener un complejo de la castración pero nunca miedo a

la castración, y en lugar de este pueden presentar un miedo a la pérdida del amor, lo cual es una continuación del miedo del niño de pecho cuando extraña a su madre. Esto quiere decir que cuando la madre esta ausente o cuando retira su cariño a su niño o niña, esto provoca que ellos no se sientan seguros de la satisfacción de sus necesidades, lo cual provoca en ellos terribles sentimientos de tensión.

Una interesante referencia es la que hace Freud (1932-33) en relación a lo que plantea Rank, quien habla de la importancia del nacimiento como un momento en el cual la madre y el hijo se desprenden y se da con esto el primer síntoma de angustia por dicha separación, esta primera experiencia traumática que implicaría entre otras cosas un brusco cambio de ambiente, deja una huella que podrá ser revivida desde el inconsciente en situaciones posteriores de separación o peligro. Es básico señalar que el peligro del desamparo psíquico es algo que se ajusta con un estado de falta de madurez del yo, el peligro de la pérdida del objeto (o pérdida del amor), coincide con la falta de autosuficiencia de los primeros años infantiles, el peligro de la castración con la fase fálica, y finalmente el miedo al super yo con la época de latencia. Idealmente deberían abandonarse las condiciones de angustia mencionadas con el curso del desarrollo, ya que en la medida que el yo crece y se hace fuerte, las situaciones peligrosas pierden valor ante la percepción de las mismas. Sin embargo los hechos demuestran que muchas personas no logran superar el miedo a la pérdida del amor, fallando con ello en lograr la independencia del amor de los demás, continuando su vida con este aspecto que los lleva a asumir ante la vida una actitud infantil.

2.1. - MECANISMO DE DEFENSA MOTIVADOS POR ANGUSTIA

Para abordar el tema, es importante explicar ¿por qué? una persona requiere del uso de algunos mecanismos psicológicos de defensa para tratar de seguir funcionando.

Generalmente los mecanismos de defensa que utiliza cualquier persona se ponen en marcha ante situaciones que a ese individuo le causan conflicto, se trata de situaciones en las que aparecen pulsiones antagónicas tales como las generadas por el proceso primario, por los conflictos de tipo edípico que son intensamente

emocionales, por los conflictos preedípicos, que tienen relación con la necesidad de autoafirmación y las persistentes necesidades de dependencia, y finalmente por conflictos con los hermanos, tomando en cuenta que pueden ser muchos otros más. Cameron (1983).

El proceso primario es el modo como funciona el aparato psíquico y tiene la peculiaridad de caracterizar a lo que se conoce como el sistema inconsciente. El proceso primario es observable cuando la energía psíquica fluye libremente, pasando sin trabas de una representación a otra según los mecanismos del desplazamiento y de la condensación; y cuando tiende a recatectizar plenamente las representaciones ligadas a las experiencias de satisfacción constitutivas del deseo. El proceso primario es una forma arcaica o primitiva de funcionamiento del aparato psíquico, en la cual uno de los principales objetivos es lograr el placer, a pesar de las consecuencias que esto pueda tener, sin que exista la posibilidad de reprimir, planear o esperar, para recibir la gratificación.

Por otra parte, el principio de realidad junto con el principio del placer es uno de los dos principios que rigen el funcionamiento mental y desde el punto de vista tópico el principio de realidad es el que caracteriza esencialmente al sistema preconsciente-consciente. Desde el punto de vista dinámico el principio de realidad se refiere a cierto tipo de energía pulsional que se halla de manera especial al servicio del yo. Laplanche (1993).

Estas energías que interactúan constantemente con el interior y el exterior de los individuos son las que van generando conflictos psíquicos, las fuentes son muy variadas, van desde situaciones de la vida cotidiana hasta situaciones que se relacionan con reacciones de tipo fisiológico y que son dadas por que la organización del medio ambiente y la del organismo es diferente, de tal suerte que es necesario que el organismo se estructure y equilibre a través de lo que conocemos como homeostasis.

Los conflictos externos que siempre tienen una representación interna, encuentran diferentes formas de expresión, al principio, ésta es caótica e impulsiva y a través del tiempo van encontrando mejores formas de expresión gracias a la homeostasis, de esta manera tenemos que la forma de respuesta ante un conflicto no es la misma cuando se trata de niño que cuando se trata de un adulto, en el primer caso, es probable que la respuesta sea de ataque, desorganización, expresión abierta de la frustración por el conflicto, mientras que en el segundo caso la expresión llega a ser de una manera más adaptada, tal es el caso del uso de chistes, bromas, competencia, es decir, dando respuestas agresivas y de ataque pero de una manera más controlada.

Cameron nos plantea que el conflicto es inherente a toda simbolización, por que constituye la representación de las realidades internas, somática, externa e interpersonales en formas distintas a las experiencias originales y este hecho hace que las situaciones que para alguien pueden ser de lo menos significativas, para otra persona sean las de mayor trascendencia en su vida. Obviamente esto dependerá de la carga libidinal que cada persona coloque en cada situación y ello estará muy influenciado por lo que para cada sujeto representan sus experiencias, el nivel de tolerancia a la frustración que ha logrado desarrollar, lo frecuente que haya sido la exposición a la situación traumática o gratificante, en fin, una serie de factores que definitivamente propician que cada individuo le de una interpretación personal a dichos acontecimientos.

Estas representaciones vivenciales llegan a constituirse como base de la psicopatología, por que son experiencias que dejan una huella en la estructura mental de la personas, de tal manera que, aun cuando la realidad marque otras vías de interacción, la fijación a esas experiencias significativas pueden llevar a un sujeto a repetir de manera inconsciente conductas que carecen de lógica y temporalidad en el momento de actuarlas.

Al respecto Camerón citando a Freud y Piaget dice: " Los modos infantiles y aññados de percibir, concebir y recordar no desaparecen simplemente por que algo

más realista venga a desplazarlos. La imaginación primitiva, los deseos infantiles y de la niñez, los miedos, las fantasías y la culpa, todo deja marca."

Así tenemos que toda experiencia de los adultos puede verse influenciada por experiencias olvidadas de la infancia o de la adolescencia, que han sido reprimidas inconscientemente y llevarlo a actuar de manera regresiva, debido a esta represión.

Cuando se ha comprendido que todo conflicto llega a tener una interpretación interna gracias a la simbolización, entonces se puede empezar a entender la relación entre el proceso primario y el conflicto, además de ubicar desde cuando es detectable ésta relación. Siguiendo el pensamiento de Cameron tenemos que si se acepta como verdad que hay un empuje constante por parte de impulsos antagónicos que buscan descarga inmediata, esto querría decir que el conflicto entre impulsos antagónicos existe desde que se forma el sistema psicodinámico, incluso antes de que se establezca relación alguna con lo que se conocerá como la realidad somática y la realidad externa. Cameron explica que las primeras muestras de funcionamiento del ego, o lo que se conoce como "ego bucal", ya muestra intentos por organizar algunas de esas energías contradictorias que se encuentran en competencia con una acción realista y como ejemplo basta observar a los bebés recién nacidos, quienes tienen ya desde entonces que organizarse internamente para lograr el asimiento al pezón de la madre, desarrollar un sentido de anticipación, la posesión, la deglución, la elección entre dormir y comer, tragar o respirar, etc., esta primitiva organización aun que parece sencilla en realidad es sumamente compleja para un bebé, el cual desde entonces tiene que aprender a lidiar entre el proceso primario y el conflicto. El regulador central de este proceso es el yo, y ejerce control sobre el principio del placer y funciona generalmente en base al principio de la realidad. Existe un ego o yo preconsciente que poco a poco se va separando del ego inconsciente y de la instancia psíquica llamada (id) con lo cual se logra que a través del proceso de crecimiento, se obtenga mayor estabilidad, complejidad y capacidad de adaptación ante las conductas y experiencias que se viven, además de permitir con mayor facilidad la posibilidad de predecir. El hecho de que el yo regule la descarga o expresión de las pulsiones y de los instintos infantiles inconscientes, el ego reduce

en gran medida las posibilidades de conflicto interno. De esta manera Cameron afirma que esta función reguladora se ve fortalecida cuando el super ego madura, sin embargo, la formación de este super ego crea nuevas dificultades en el conflicto interno, ya que la aparición de este genera nuevas variables que son representativas de la sociedad, que habrá que conocer y manejar.

A todo este proceso, es decir a la regulación del estrés, la tensión interna que incluye la disminución del conflicto interno y un incremento de la integración general del sistema psicodinámico, se le conoce como función sintética del ego.

La manera en la que el conflicto es controlado se observa a partir de la utilización de los diferentes mecanismos de defensa, entre los que podemos citar a la introyección, proyección, identificación, regresión, represión, negación, formación reactiva, desplazamiento, rechazo del yo, aislamiento, anulación, ritualización, intelectualización, racionalización y sublimación

Ana Freud (1984) plantea de manera clara que el origen de la angustia frente al super yo en las neurosis de adultos se da principalmente por una excesiva y desequilibrada participación del super yo en la economía psíquica, ella expone que esto sucede *"cuando un deseo instintivo pugna por introducirse en la conciencia y conseguir su gratificación con la ayuda del yo. Este no se opondría, pero el super yo protesta. Entonces él yo sométese a las más altas instancias de la personalidad y obedientemente emprende el combate contra el impulso instintivo, con todas las consecuencias que éste implica. Es característico de este proceso el que el yo mismo no considera en absoluto peligroso el impulso que ha de combatir. El motivo que en esta defensa acata no depende de él. El instinto es considerado peligroso por que hallándose prohibida su satisfacción por el super yo, al alcanzarla se produciría evidentemente un conflicto entre él yo y el super yo. Por lo tanto el yo del neurótico adulto teme al instinto por que teme al super yo. Su defensa instintiva nace bajo la presión de la angustia ante el super yo."* (Pag. 64).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El tema sobre la angustia como mecanismo de defensa es abordado por la doctora Freud quien explica que los mecanismos de defensa son métodos del yo que sirven para protegerlo de su vida instintiva.

Específicamente en este caso explica lo problemático que puede resultar para una persona el hecho de tener en su educación patrones de crianza rígidos desde un punto de vista super yoico, ya que esto es lo que permite o altera la posibilidad de que una persona se desarrolle con una adecuada capacidad para acceder al placer. Un individuo cuya educación ha sido impuesta desde una postura superyoica, difícilmente estará libre del desarrollo de angustia y a su vez de neurosis. Al respecto A. Freud comenta *"Si ella se produce (la neurosis) a consecuencia de un super yo severo en demasía, la educación, desde luego habrá de evitar todo cuanto pueda contribuir a la formación de un super yo excesivamente estricto."* (Pág. 65). Por esta razón, A. Freud sugiere que los métodos de educación que el niño va internalizando a través del tiempo y la constancia, deberían ser indulgentes para que éste pequeño no desarrolle una estructura superyoica demasiado estricta, más bien recomienda promover una percepción de la autoridad, ---que en este caso es representada principalmente por los padres, --- de gente real, que tiene aciertos y equivocaciones, y procurar ofrecer una imagen *"de seres humanos, con sus debilidades, y una gran tolerancia hacia los instintos, en lugar de representar un código moral de tan rígida severidad que en la práctica resulte difícilmente ejecutable."* (Pág. 65).

Además de esta actitud de tolerancia por parte de los padres hacia el hijo, A. Freud menciona lo importante que resulta el tolerar la agresión del niño y que éste la pueda expresar hacia el mundo externo, con la finalidad de que esta agresión no se quede estancada y la dirija contra sí mismo, ya que de suceder así, esto imprimiría características crueles al super yo internalizado.

Finalmente esta autora piensa que si la educación siguiera estos principios, los seres humanos vivirían con mayor libertad y sin experimentar sentimientos de angustia, también plantea que no se desarrollarían los cuadros de neurosis, y que las

personas serían capaces de obtener satisfacción, lo cual eliminaría los conflictos internos.

No obstante lo anterior, más tarde señala que nuevas experiencias psicoanalíticas aclaran la dificultad que representa conseguir una efectiva profilaxis de las neurosis, ya que por su propia naturaleza, el yo humano no cuenta con las características necesarias para lograr una total satisfacción instintiva, pues en cuanto se ponen en juego la diferenciación entre ello y yo por medio del principio del placer y de realidad, el yo y el instinto contraponen sus naturalezas y si es el caso que los impulsos instintivos sean muy fuertes, el yo tenderá a desarrollar angustia ante dicha situación, por temor a perder la organización y estructura yoica. Esta angustia del yo se activa como angustia ante el super yo y ante la angustia objetiva, teniendo como consecuencia la movilización de mecanismos defensivos contra el instinto y por ende a la formación de neurosis.

Como puede apreciarse la angustia como un mecanismo de defensa que se activa en contra de los impulsos instintivos de los sujetos, es detectable principalmente en la angustia que se expresa ante el super yo; en la angustia objetiva y en la angustia ante la fuerza del instinto, además de la angustia que se presenta con los motivos que en la vida ulterior surgen de la necesidad del yo para lograr o mantener su síntesis, es decir por la armonía que el yo requiere en sus impulsos para mantenerse en equilibrio. Como ejemplo de estos procesos están todas las tendencias opuestas que habitan en el ser humano, tales como pasividad o actividad, heterosexualidad u homosexualidad, etcétera, ante los cuales el yo tiene la tarea de determinar cual de estos impulsos será rechazado o aceptado, esto requiere de un proceso de adecuación, equilibrio, discriminación y selección dicho proceso dependerá en gran medida de la forma en que se acomodan en cada caso y de manera particular las cargas de las catexias, que de alguna manera se ven influenciadas por las angustias provocadas por los mecanismos ya mencionados.

CAPITULO III

3. GRUPO PSICOEDUCATIVO

3.1 Definición de grupo

El grupo es la unidad básica en el estudio de la organización de los seres humanos desde un punto de vista psico-socio-antropológico.

Para definir a un grupo se ha tomado en cuenta, el tamaño, la duración, el grado de formalización, las actividades, la estructura interna, los objetivos, etc.

Desde la visión de Olmsted un grupo es un número reducido de miembros que interaccionan cara a cara y forman lo que se conoce como grupo primario.

Lindgren define a los grupos primarios como aquellos en los que las relaciones interpersonales se llevan a cabo directamente y con gran frecuencia suelen realizarse en un plano más íntimo y existe mayor cohesión entre sus miembros.

Lewin, a su vez nos dice que la similitud entre las personas sólo permite su clasificación o reunión bajo un mismo concepto abstracto, en cambio, que el hecho de pertenecer al mismo grupo social implica la existencia de interrelaciones concretas y dinámicas entre dichas personas. Para él los grupos fuertes y bien organizados, lejos de ser totalmente homogéneos, contienen una variedad de subgrupos e individuos, por lo que desde su punto de vista, no es la similitud o la disimilitud lo que decide la existencia de un grupo social, si no más bien la interdependencia de sus miembros.

Sprott opina que la interacción de los miembros es básica para definir a un grupo. En sentido psicológico un grupo es una pluralidad de personas que interaccionan en un contexto dado, más de lo que interaccionan con cualquier otra persona.

R.F. Bales define al grupo como cualquier número de personas que interactúan entre sí cara a cara, en un encuentro o una serie de encuentros, a donde cada miembro

recibe alguna percepción de los demás participantes, lo bastante distintiva que lo capacita, en ese momento o en un interrogatorio posterior, a dar reacción a cada uno de los otros miembros como persona individual.

G.C.Homans, la interacción de los miembros es el criterio único para la existencia de un grupo. Así nos dice: " Se entiende por grupo cierta cantidad de personas que se comunican a menudo entre sí, durante cierto tiempo y que son lo suficientemente pocas para que cada una de ellas pueda comunicarse con todas las demás en forma directa". " Un grupo se define por la interacción de sus miembros.

W. Smith, considera a la conciencia de grupo como grupo, como factor importante. Define al grupo social como una unidad consistente en un grupo plural de organismos (agentes) que tienen una percepción colectiva de dicha unidad y que poseen, además, el poder de actuar de un modo unitario hacia el ambiente

Monton Deutsch describe al grupo de acuerdo a los fines comunes, por lo que dice que en la medida en que los individuos que componen a un grupo, persiguen fines interdependientes, se puede hablar de la existencia de un grupo social: " Estas finalidades pudieran ser la protección de un interés, el resolver alguna tarea por pequeña que sea, o la mera supervivencia del grupo." " Dichas normas varían de grupo a grupo dependiendo de la tarea particular que debe ser realizada, según sus historias y sus vicisitudes pasadas, a los peligros, si es que existen que los amenazan desde el exterior o su interior." Monton Deutsch hace hincapié en que los grupos son entidades dinámicas, y no conexiones de individuos hechas al azar.

A su vez, G. Gurtwitch define al grupo como "una entidad colectiva que encara una obra común y tiende a cierto equilibrio en el que las fuerzas centrípetas superan a las fuerzas centrifugas".

Por otra parte si un conjunto de gente interactúa con frecuencia y por largos periodos de tiempo, es probable que sus interacciones adquieran un patrón que desarrollen esperanzas respecto a la conducta mutua y que lleguen a identificarse entre si como

miembros de la misma entidad social. Así, Morton dice que, a menudo se han incorporado tales circunstancias de la interacción en la definición de grupos: " Por lo general se comprende que el concepto sociológico de grupo se refiere al número de personas que interactúan entre sí, según patrones establecidos. A veces se anuncia esto como un número de personas que tienen relaciones sociales establecidas y características. Sin embargo, las dos afirmaciones son equivalentes, pues las " relaciones sociales", son, en sí, formas encasilladas de interacción social que duran lo suficiente para volverse partes identificables de una estructura social".

Una orientación en esencia similar, aunque expresada en diferente terminología, fue ofrecida por Newcomb, pues para él, un grupo consiste en dos o más personas que comparten normas con respecto a ciertas cosas y cuyos roles sociales están estrechamente intervinclados. La extensión que abarcan las normas compartidas puede ser grande o pequeña, pero a nivel mínimo incluye cualquier cosa que distinga los intereses comunes de los miembros del grupo. También incluye necesariamente normas sobre los papeles entrelazados de los miembros del grupo, pues se definen en términos recíprocos. Estos rasgos distintivos del grupo, normas compartidas y papeles entrelazados, presuponen una relación de interacción y comunicación más que transitoria.

Escritores de la corriente analítica más orientados a los aspectos psicológicos del grupo que a la interacción o productos del mismo, han hecho hincapié en un tipo diferente de interdependencia. Según Freud, dos o más personas constituyen un grupo psicológico si han escogido el mismo objeto-modelo (líder) o los mismos ideales, o ambos, en sus super egos y, por consiguiente, se han identificado entre ellos. Redl postuló que la formación de grupos también ocurre cuando varios individuos han usado los mismos objetos como medio de liberar conflictos internos similares. Más aún, el líder podría ser objeto de identificación en base al amor o al miedo que por él tienen los miembros del grupo, es un objetivo de las pulsiones de amor o agresión, o ambas. Como resultado de esos nexos comunes con el líder, todos pueden funcionar juntos en cualquier grupo surgiendo los lazos afectivos entre los individuos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se debe tomar en cuenta el punto de vista de Freud acerca de que en todos los grupos existe un elemento moral, estándares, patrones o normas explícitas. Kelch también considera a las normas y dice: " Un grupo puede definirse como dos o más personas, con relaciones interdependientes y que comparten una ideología, es decir, valores creencias y normas que regulan su conducta mutua".

Algunos psicólogos han centrado su atención en la gratificación que los miembros obtienen de pertenecer al grupo. Afirman que a menos que en una reunión de personas, sus relaciones proporcionen algún grado de satisfacción a cada uno de los miembros, dicha reunión no permanecerá como entidad social distintiva. La definición que ofrece Bams expresa este punto de vista de la siguiente manera: " Un grupo se define como un grupo de individuos, cuya existencia como conjunto los recompensa."

Albion Small definió al grupo como " una designación axiológica conveniente para indicar cualquier número de personas, grande o pequeño, entre las cuales se han establecido tales relaciones que sólo se pueden imaginar a aquellas como un conjunto, es decir, un número de personas cuyas relaciones mutuas son tan importantes como para que demanden de nuestra atención."

Cartwright y Zander definen al grupo afirmando que cualquier persona perteneciente a un grupo particular definen al grupo afirmando que cualquier persona perteneciente a un grupo particular queda afectada de alguna forma por el hecho de la membresía. " Es de esperarse que los efectos de la membresía sobre una persona serán mayores cuanto más fuerte sea el carácter de grupo de la serie de individuos que constituyen dicho grupo."

Actualmente varios autores han definido al grupo como una reunión, más o menos permanente, de varias personas que interactúan y se interfluyen entre sí con el objeto de lograr ciertas metas comunes, en donde todos los integrantes se

reconocen como miembros pertenecientes al grupo y rigen su conducta en base a una serie de normas y valores que todos han creado o modificado.

3.2 PROPIEDADES DE LOS GRUPOS

Un punto fundamental para hablar de las propiedades de los grupos es entender lo que es la estructura del grupo, ésta se refiere al lugar que ocupa cada uno de los miembros con relación al otro y como se conduce en éste, es decir, esto se refiere a la localización de los individuos de un grupo, en relación con los otros miembros, mediante algún criterio de situación. Esta ubicación de individuos es importante para entender lo que ocurre en los grupos y a ellos. Esas propiedades junto con otros determinantes, influyen sobre la conducta de los individuos y sobre la función de los grupos; la gente se conduce como lo hace debido en parte a su situación particular dentro de un grupo diferenciado, y los grupos funcionan como lo hacen, debido en parte al tipo particular de estructura interna que poseen (Dorwin Cartwright Alvin Zander dinámica de grupos investigación y teoría p. 530).

Pueden concretarse más esas consideraciones un tanto abstractas si se piensa en la estructura de comunicación del grupo. Si la organización es grande, su estructura formal no proporciona por lo general comunicación directa de una oficina a la otra. Por ejemplo, en una organización militar no es posible comunicarse con el comandante en jefe sin hablar primero con el superior inmediato. Ello significa que la comunicación debe llegar "arriba", en la agencia, a través del nivel superior en el otro departamento y luego bajar hasta la persona indicada. La totalidad de esos canales constituye un aspecto de la estructura de comunicación del grupo.

Cuando se ha determinado la estructura de comunicación del grupo, puede situarse en ella a cada miembro. Entonces es posible caracterizar de distintos modos esas ubicaciones.

Puede decirse que un grupo está estructurado cuando adquiere cierta estabilidad en el arreglo de relaciones entre los miembros.

Didier Anzieu marca como las principales características de los grupos lo siguiente: Está formado por personas, para que cada una perciba a todas las demás en forma individual y para que exista una relación social recíproca.

Es permanente y dinámico, de tal manera que su actividad responde a los intereses y valores de cada una de las personas.

Posee intensidad en las relaciones afectivas, lo cual da lugar a la formación de subgrupos por su afinidad.

Existe solidaridad e interdependencia entre las personas, tanto dentro del grupo como fuera de éste.

Los roles de las personas están bien definidos y diferenciados.

El grupo posee su propio código y lenguaje, así como sus propias normas y creencias.

Según Cartwright y Zander para conseguir un grupo es necesario que se integren dos o más personas con algunas de las siguientes características:

- Que sus integrantes interactúen frecuentemente.
- Se reconozcan unos a otros como pertenecientes al grupo.
- Que otras personas ajenas al grupo también los reconozcan como pertenecientes a éste.
- Acepten las mismas normas.
- Se inclinen por temas de interés común.
- Constituyan una red de papeles entrelazados.
- Se identifiquen con un mismo modelo que rijan sus conductas y que exprese sus ideales.
- El grupo les proporcione recompensa de algún tipo.
- Las metas que buscan alcanzar sean interdependientes.

- Todos perciban al grupo como una unidad
- Actúen en forma similar respecto al ambiente.

Una vez que se ha establecido esta base para comprender lo que es un grupo, se puede continuar con la definición de lo que es un grupo psico educativo. Para ello, se hará una breve descripción histórica de como se fueron formando estos grupos.

3.3 Antecedentes del Grupo Psico Educativo (G.P.E)

El grupo psico educativo tiene su origen con J. Pratt, quien además es considerado el padre de la terapia de grupo. Pratt inicia su trabajo en 1905 con grupos de tuberculosos a los cuales pretendió enseñarles a cuidarse por sí mismos. Sus primeros esfuerzos se canalizaron a lo que él denominó clases de salud, estas clases eran un espacio que se abrió en algunos hospitales y a través de las cuales se pretendía dar un adoctrinamiento en la disciplina del cuidado de la higiene de estos pacientes. Esta actividad vino develar a Pratt el potencial de los grupos para fines didácticos y poner con esto en marcha uno de los recursos más importantes en el área de la salud hospitalaria, Castellón (1993).

Por otra parte Lazell, Marsh y Snowden se destacaron también como psicoeducadores y usaron el grupo para educación médica y mental. Los métodos de ese entonces consistían en clases por medio de las cuales se les explicaba a los pacientes todo lo relacionado a las enfermedades que padecían, los tratamientos y las posibilidades de curación. (op.cit)

Castrellón (op.cit.) menciona que Lazell en 1912 empezó a tratar la demencia precoz a través de conferencias y grupos de lectura. En 1913 Marsh trabajó con esquizofrénicos y amplía el procedimiento al utilizar altavoces para comunicarse con toda la población del hospital. En la década de los 20"s y 30"s se trataba una gran cantidad de padecimientos por éste método, padecimientos tales como problemas cardiacos, de obesidad, diabetes, niños desnutridos, etc. En este momento ya no solo se usaban las platicas, sino que se incluían lecturas selectas con tareas para

casa, ejercicios y exposiciones de temas desarrollados por el paciente y periodos de preguntas y respuestas en grupo de discusión, dando todo esto como resultado favorables y rápidas repercusiones además de adherencia terapéutica en una gran variedad de tratamientos médicos psicosomáticos y con psiconeuróticos. Lewin fue determinante con su aportación de la teoría de los grupos T, método de laboratorio social de investigación-acción a través de las dinámicas de grupo. Burrow (1928) y Drekurs (1932) con una orientación psicoanalítica ponen énfasis en el análisis intrapsíquico y en el aprendizaje interpersonal dentro de sus grupos. Adler (1920) dentro de la clínica de la conducta de Viena propone grupos de tarea para orientar a familias, destacando que el grupo provee las bases para el aprendizaje interpersonal. Al rededor del año de 1948 Bion analista Británico crea grupos de tarea para el entrenamiento de personal médico militar en los tiempos de la segunda guerra mundial, describiendo los "supuestos básicos" como estados o situaciones emocionales predominantes que estructuran la actitud y actividad del grupo. Bion (1961) planteaba que la adquisición de habilidades específicas y aprendizajes progresivos dependen del mayor esfuerzo del grupo por mantenerse en postura de trabajo. En los años 40 M. Balint desarrollo un método similar al enseñar psicoterapia a médicos generales. El "grupo Balint" se centraba en la relación médico - paciente analizándose así la contratransferencia en situación, es así como surgió un modelo de supervisión para los médicos, el modelo Budapest encaminado a desarrollar un cambio de estructuras cognitivas en los estudiantes de medicina en formación.

Posteriormente, Pichón Rivière (1951), en Argentina introduce un "grupo operativo" como una forma de pensar y operar en grupo. Guiado por su E. C. R. O. (Esquema Conceptual Referencial y Operativo) con el cual plantea que no hay diferencia entre lo terapéutico y lo formativo (pedagógico) si el coordinador cumple con su tarea de enseñar a pensar en grupo (o sea aprender a aprender) y de señalar las dificultades del grupo para la tarea.

En los años 60 en Francia Bejarano, Anzieu y Kâes desarrollaron los "Seminarios de formación" y en un análisis exhaustivo de los mismos plantean que los "seminarios" por su objetivo e instrumentación, definen una situación a la cura o de la de los

grupos de psicoterapia. En su libro *El trabajo psicoanalítico de los grupos* (1978) nos dicen que los fenómenos inconscientes son los mismos en la cura y en la formación, pero no los procesos formales. La enseñanza siempre concierne a procesos psíquicos secundarios, los procesos de una verdadera formación no se logran sin una movilización en los sujetos de los procesos psíquicos primarios. Anzieu et al. (1978) dice que "nadie puede comprender los fenómenos psíquicos si no se encuentra personalmente implicado en situaciones en la que estos son movilizados en forma intensiva y en los que su dinámica profunda puede ser esclarecida". (op.cit)

Adler es otro personaje relacionado con el trabajo educativo de grupos (1920) y el introduce en Viena en la clínica de la conducta, grupos de tarea para orientación de familias, destacando también que el grupo provee las bases para el aprendizaje interpersonal. Otros autores psicoanalíticos que trabajan con grupo son Wender (1929), Shilder (1930), Slavson (1934) y Wolf (1949) entre otros(op.cit).

Características

Cualquier consideración básica de las características de los G.P.E. empieza con la maestría del líder en el tema principal, ya que es quien maquilla la dirección central del grupo.

Es necesario que el líder cuente con una habilidad y sensibilidad considerable para crear un ambiente de aprendizaje, así mismo es necesario que cuente con un manejo del flujo múltiple de la comunicación necesaria para la asimilación del material presentado.

Los grupos psicoeducativos (G.P.E.) cuentan con un tema a desarrollar sobre el cual girara la atención del grupo, este tema es planeado previamente con sus respectivos objetivos, los cuales deben enfocarse a la problemática en cuestión.

Los G.P.E pueden ser abiertos o cerrados, lo cual quiere decir que pueden establecerse reglas en las que una vez que el grupo se formo nadie más se incluye o bien ser más flexibles sobre la forma de inclusión de los miembros, este tipo de

grupos pueden trabajar con un solo encargado o en cooterapia, generalmente el grupo se planea para trabajar una o dos sesiones semanales, las estrategias de intervención son muy variadas y estas difieren de acuerdo a los criterios de selección y agrupabilidad de los miembros; del tipo de manejo ejecutado por el líder, facilitador, coordinador o terapeuta del grupo; también de acuerdo a la especificidad del régimen del tratamiento, o sea dependiendo del grupo. " Los grupos pueden estar organizados en diferentes formatos de acuerdo a los objetivos propuestos y a las tareas específicas a desarrollar. En este sentido, tenemos que los formatos grupales van dirigidos a aspectos psicosociales, que van desde los grupos de auto ayuda (como los grupos de AA y NA) y los grupos de apoyo, los grupos de tarea (el G.P.E. es un grupo de tarea) los grupos de formación o entrenamiento, etc.(Castrellón, 1993).

El G.P.E trabaja desde el inicio con un eje focal o tema predeterminado y con una población homogénea. Las áreas de concentración del grupo pueden ser un problema específico o común, una enfermedad predominante, un síndrome psiquiátrico, una transición de vida, una crisis situacional o un tema relevante para el miembro. El G.P.E. usa el formato colectivo como un laboratorio de aprendizaje. (idem).

Para Ettin (1992) el G.P.E. crea un espacio en el que el terapeuta comparte conocimientos, mientras trabaja alrededor de un tema específico y los miembros aprenden de la experiencias compartidas.

Las presentaciones se hacen de manera didáctica e informativa y a menudo se combinan con intervenciones orientadas a encausar el proceso del grupo, el esfuerzo estriba en incluir educación y procesar los componentes emocionales tomando relevancia en infundir conocimientos. El líder o conductor es la figura central en este grupo, dirige e introduce activamente puntos de información particulares, facilita habilidades críticas, interacciones y conductas dentro del grupo.

El estilo de intervención del conductor puede variar en un continuo que va de una centralización en el líder a una posición más periférica de este.

El G.P.E también es vivencial, ya que se emplean dinámicas de grupo que facilitan el aprendizaje, favorecen las relaciones interpersonales y el autoanálisis. Conjuntamente se tendrá un continuo apoyo didáctico sobre temas a tratar y así lograr un aprendizaje más significativo.

Según Anderson describe al modelo psicoeducativo como un recurso directivo por medio del cual se puede proporcionar, soporte, información, estructura, y mecanismos específicos de imitación (Anderson 1983. p.101)

Autores como Budman, Bennet, Wisnowski, 1981; Druck, 1978; Drum, Knot, 1977; plantean que los grupos psicoeducacionales son altamente visibles, al igual como modalidades de tratamiento muy eficientes y muy populares en hospitales, clínicas, centros de consejeros y en la industria.

Manejo

El uso constructivo del formato de grupo es especialmente relevante cuando la gente es reunida por un corto período para un propósito expreso de psicoeducación. En este caso el objetivo e intento de hacer un grupo, está más claramente delineado, por que el tiempo fijo pretendido, restringe y establece propósitos que demandan el uso efectivo de varios procesos de grupo, mientras se trabaja dentro de la estructura inherente del grupo de desarrollo.

En el manejo del G.P.E. se espera que las dinámicas de grupo sean canalizadas hacia el manejo de varios síntomas, ejemplo de ello pueden ser la depresión, la ansiedad, el comer compulsivamente, el fumar, usar drogas, la transición por una etapa difícil en la vida, etc., llegando a tener una intervención lógica alternativa.

En el G.P.E. el líder a menudo se aproxima al objetivo temático, con ciertas formulaciones dinámicas, observaciones clínicas, experiencias, y varias nociones de

tratamiento pragmáticas. Por otra parte los practicantes aportan sus ideas, conocimientos y experiencias con la finalidad de consolidar estas mismas, y así se le da orden y estructura a la presentación de este modelo.

Suponiendo que se cuenta con una población homogénea, se puede formar un G.P.E. de tema dirigido, pero para que dicho grupo logre su propósito, proceso y diseño, se debe procurar solidificar rápidamente la formación y crecimiento del grupo, a través del monitoreo, moldeado y manejo.

Todo lo que se conoce sobre la evolución natural de los procesos y dinámicas de grupos pequeños debe estar unida a un manejo experto en la fenomenología y las psicodinámicas de un tema en particular, el cual es el objetivo psicoeducacional. El desconocimiento de las dinámicas y procesos de grupos puede llegar a ser crítico, por lo que hay que favorecer la maduración del G.P.E.. Para realzar y personalizar la experiencia psicoeducacional, la selección, orden y método de presentación de material didáctico, deberá ser igualada con las realidades dinámicas de los procesos de grupo, ya que deben estar ligados estos materiales con la evolución y receptividad que van desarrollando los participantes, para que de esta manera se de un proceso formativo y de integración permanente y profunda de lo que se les transmitió.

3.4 Desarrollo y etapas del grupo psicoeducativo (G.P.E.)

Típicamente un grupo psicoeducativo atraviesa por las siguientes etapas:

- Pre grupo ó preparación. "Nacimiento"
- Fase II u orientación. " Formación"
- Fase III a ó insatisfacción. "Tormenta"
- Fase III b ó resolución. "Norma"
- Fase IV ó Trabajo /producción. "Realización"
- Fase V ó Graduación. "Terminación"

Según Ettin (1992) cualquier consideración de las características básicas de los grupos psicoeducacionales comienza con la experiencia del líder en el tema que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

forma parte del objetivo central del grupo, y afirma que aún en el salón, el profesor más inteligente no es necesariamente el mejor maestro, ya que hay que considerar que la habilidad y la sensibilidad de la persona son elementos básicos y necesarios para crear un medio de aprendizaje, de igual manera dice que es muy importante saber manejar el flujo múltiple de la comunicación, con esto se refiere a usar y manipular de los materiales, manejarlos tanto como sea necesario, ya que esto será un elemento básico para que las personas logren asimilar el material presentado.

En el mismo texto Ettin describe ampliamente la forma en que se puede desarrollar un grupo psicoeducativo y comenta que para un terapeuta el dar y tomar de la acción y reacción en el grupo tiene complicaciones técnicas cruciales que pueden obstaculizar la adopción significativa del material.

Desarrollar un protocolo grupal, como un plan de lección tradicional, permite que el material sea ordenado y estructurado de acuerdo a los principios dinámico-grupales. Para lograr este fin se sugiere que previo a la reunión grupal el líder desarrolle un resumen de cada sesión que servirá como guía para construir estructuras y planear didácticas, discusiones y otros ejercicios y actividades psicoeducativas. Después de que el flujo temático de las sesiones es delineado, dentro de la planeación de sesiones, incluyendo el uso de didácticas específicas y componentes experimentales, se pueden agregar y ser explicados en detalle. Las realidades de la experiencia grupal que requerirá modificaciones de procedimiento y sustancia pero el marco inicial puede guiar y organizar la experiencia.

3.4.1 DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO ÓPTIMO DEL GRUPO

El tamaño de los grupos psicoeducativos varía de una gran audiencia a pequeños grupos interactivos. Conforme disminuye el tamaño del grupo, el inicio de las interacciones cambia de la plataforma, (podio), al círculo. Aún en el formato de grandes audiencias, el aprendizaje puede ser mejorado y personalizado por procesos de pequeños grupos subsecuentes semejante al formato de conferencia/laboratorio. El tamaño del pequeño grupo interactivo psicoeducativo depende de la cantidad de miembros que la estructura puede acomodar y cuantos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

miembros se pueden acomodar a la estructura. Un pequeño grupo de trabajo podría definirse como el número óptimo de miembros que pueden interactuar íntimamente en un medio. Este número variara de acuerdo a la población y a la tarea. Un pequeño grupo interactivo de adultos puede adaptarse (ajustarse) de 5 a 10 miembros mientras que un grupo de actividad infantil funcionará mejor de 4 a 6 participantes.

Dada la naturaleza progresiva del material presentado, es muy difícil agregar nuevos miembros una vez que el grupo psicoeducativo de corto plazo se encuentra en movimiento. La deserción es normal (15 a 35%). Consecuentemente, es práctico empezar con un grupo con el más alto límite de asistencia, y es recomendable adoptar y seleccionar a los miembros que demuestren interés por asistir al curso.

Selección de un objetivo homogéneo y encontrando una mezcla heterogénea de miembros.

Los grupos psicoeducativos son inherentemente homogéneos. Los miembros son seleccionados y un grupo se forma alrededor de un tema en común. Tal construcción de objetivos provoca la cohesión y define claramente las metas. Sin embargo, debido a que los miembros comparten un problema común no necesariamente garantiza que ellos puedan trabajar juntos. Las consideraciones de selección deben incluso incluir propiedades individuales para el grupo, disponibilidad situacional y motivacional y compatibilidad composicional de la mezcla del grupo.

Predeterminar el objetivo temático no salva al líder del grupo de dirigir evaluaciones y hacer decisiones de selección. Un error común hecho en el nombre de la conveniencia es comenzar el grupo sight-unseen (no visto) con pacientes autoelegidos u otros pacientes asignados. Tal perfil no se recomienda debido a las tareas del pregrupo (evaluación, selección, preparación y alianza de trabajo establecida y convenida) son críticas al éxito último de este esfuerzo en conjunto. Consecuentemente, el líder deberá conocer a cada uno de los miembros esperados

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

individualmente para la evaluación, clarificar y asegurar el trato sobre el contrato de participación antes de reunirse con el grupo.

Sin embargo los presuntos miembros pueden ser homogéneos para los objetivos psicoeducativos (por ejemplo, fumar, abuso sexual), puede haber diferencias en experiencias vividas, carácter, demografía y estilo (formas) de actuar así como en los motivos para participar. Los criterios de exclusión normal para el tratamiento a corto plazo (Malan, 1976), grupos a corto plazo (Poey, 1985) y participación grupal en general (Girunebaum y Kates, 1977; Yalom, 1970) debe seguirse. Una vez que la propiedad individual es decidida, la meta seleccionada llega a unir a los miembros que son idénticos para relacionarse y trabajar juntos y separados para presentar un amplio medio continuo de posibles perspectivas, sentimientos y estrategias para actuar alrededor de asunto común. Tal mezcla heterogénea dentro de un objetivo homogéneo crea un ambiente de aprendizaje interpersonal potencialmente rico.

3.4.2 USO DE INSTRUCCIONES DIDÁCTICAS Y EJERCICIOS ESTRUCTURADOS

El uso activo de ejercicios didácticos y estructurados para enseñar y trabajar a través del objetivo central que diferencia los grupos de proceso tradicional de los psicoeducativos (Buchana, 1980; Lazell, 1930; Marsh, 1933; Mintz, 1971, 1974; Pfeiffer & Jones, 1975; Saretsky, 1977; Zweben & Hammann, 1970). Siguiendo un formato psicoeducativo, un rango de información se diseminó deliberadamente y una variedad de experiencias específicamente fortalecidas. El marco de la valiosa lección es que se dirige a preocupaciones comunes, a aquellos elementos compartidos que son intrincada e intrínsecamente incluidos por el objetivo seleccionado. Los miembros se mueven del reconocimiento a través del autoentendimiento a la autoaceptación y a la asimilación activa de nuevas perspectivas. Los ejercicios puntuales y centrales fomentan la consciencia y amplifican los afectos a lo largo de los objetivos compartidos.

Los miembros se mueven de las experiencias fortalecidas, a través del riesgo tomado y aumentado, al ajuste aumentado y la adaptación de repertorios expandido de la conducta. Al escoger estructuras señaladas o agudas para la nueva

psicoeducación, es decisivo seleccionar material y construir ejercicios específicos a las necesidades de miembros, apropiados a las metas generales del grupo, sensible a la disponibilidad de los participantes y compatible con varias fases del proceso del tratamiento (Ettin, 1989; Saretsky, 1977). Con cada fase grupal progresiva vienen dinámicas inherentes que pueden ser utilizadas en el servicio de adquisición del conocimiento y aumento de habilidad.

Los grupos psicoeducativos con tiempo limitado usualmente disponen de 6 a 20 sesiones con los medios normativos entre 8 y 12 reuniones. Cuando el límite más bajo de sesiones se aproxima, el grupo se parece más a la intervención de crisis con el líder en el papel autoritativo de experto/proveedor y los miembros en el papel dependiente de novato/receptor. Cuando el límite superior de la sesión se aproxima, el grupo se parece más a una terapia abierta tradicional/grupo de discusión con el líder en el papel cambiante de educador/facilitador u observador/participante interactivo y los miembros en los papeles complementarios de aprendices/participante en la discusión o iniciador/respondiente. Cuando el número de sesiones aumenta, la dinámica latente de los miembros viene a la cabeza, como material de sentimiento abrumado es estimulado cada vez más.

El número de sesiones planeadas esta, en parte, relacionado a la especificidad necesaria, complejidad y cronicidad del tema elegido, la cantidad de material a ser presentado, la diversidad de los subtemas a ser cubiertos y a las metas fijadas para cumplirse. Los objetivos psicoeducativos particulares requerirán un cuerpo de material enlistado, basado en la fenomenología inherente, dinámicas y requerimientos de tratamiento. Así, un grupo para dejar de fumar con un objeto sintomático ajustado puede estar dispuesto a aceptar un convenio de 6 u 8 sesiones, mientras que un grupo de abuso sexual que refleja una variedad de hechos cruzados puede requerir sesiones adicionales a secuelas sintomáticas manejadas adecuadamente y situacionales. En cualquier caso, es indispensable preestablecer y mantener lo acordado sobre el número de sesiones. Al adherirse a la estructura numérica de la experiencia, las varias dinámicas de fase específica son estimuladas

para sucederse en secuencias adecuadas con su instructivo lleno y potenciales transformativos intactos.

3.4.3 DESARROLLO GRUPAL Y DINÁMICAS DE FASE ESPECÍFICA

Un modelo de desarrollo grupal es adaptado para los propósitos psicoeducativos de Lacoursicre (1980), derivado de un trabajo anterior de, entre otros, Bennis and Shepard (1956) y Tuckman (1965). Esta sección, resumida en la Tabla 10-1, proporciona una razón fundamental y un formato para la construcción grupal que considera las fases grupales progresivas, papel de liderazgo y tareas psicoeducativas, así como las decisiones inherentes de los miembros, actos morales, dinámicas grupales (Bradford, 1978; Cartwright & Lippitt, 1978; Day 1981; Durkin, 1964, 1976; Kissen, 1976 y variables curativas (Yalom, 1970). Este modelo también recomienda guías para detallar el número de sesiones grupales disponibles por porcentaje del convenio completo acorde a los requerimientos temporales de fase específica.

3.4.4 FASE PREGRUPAL

La fase pregrupal comienza antes de que el grupo adecuado se forma al trabajar con la población seleccionada, el líder evalúa cada perspectiva de los miembros individualmente de acuerdo con el criterio establecido en las etapas de planeación, analizando la homogeneidad, ajuste grupal, especificación de síntomas y disponibilidad para el tratamiento. Los miembros aptos son seleccionados y preparados para la experiencia cercana al impartir información sobre las metas, reglas, procedimientos y objetivos comunes del grupo. Las interrogantes iniciales y resistencias son penetradas y las expectativas y experiencias anteriores relevantes (incluyendo las experiencias grupales) son procesadas y canalizadas hacia la participación grupal efectiva. Al llegar juntos en el pregrupo para el trabajo inicial preparatorio, el líder y el miembro se ayudan para establecer una alianza de trabajo y comenzar a fomentar la esperanza y sentido de universalidad; el propósito común e interés común. Se recomienda que el pregrupo complete el 10% de la experiencia grupal total.

Durante la fase pregrupal, el líder asume el papel de experto/organizador para:

1. Uso de habilidades de diagnóstico y temática.
 - a) Para evaluar a los miembros en perspectiva a la vista.
 - b) Para canalizar la especificación de síntomas, disponibilidad para el tratamiento e impedir la presencia de criterios de exclusión para el tratamiento grupal de objetivo temático a corto plazo.

2. Uso del papel del compositor grupal.
 - a) Para analizar la homogeneidad del cliente interesado y establecer un buen grupo adecuado y mixto.
 - b) Para analizar a los miembros potenciales y decidir si trabajar con el objetivo seleccionado satisficará varias de las necesidades de los clientes y si se puede establecer una relación de trabajo con otros participantes tentativos.

3. Uso inicial de alianzas de trabajo y autoridad clínica.
 - a) Quitar los obstáculos para la participación grupal efectiva.
 - b) Procesar y trabajar ante las experiencias relevantes así como a los intereses comunes, dudas, expectativas irreales y resistencias.

4. Uso de transferencia positiva inherente en la posición autoritaria benevolente.
 - a) Brindar membresía y solicitar la participación activa e inteligente en el grupo prometedor.
 - b) Aclarar las normas de procedimiento, establecer metas individuales, exponer el propósito común y acceder a un convenio de participación firme.

3.4.5 FASE DE ORIENTACIÓN

El grupo seleccionado se une en la fase de orientación. Muchos grupos comienzan con un papel positivo. Los miembros esperan así como temores anticipados. La primera sesión es raramente difícil como los miembros o el líder pueden imaginar. La supervivencia del primer encuentro frecuentemente.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Apropiadamente en la fase de orientación una fuerte seguridad es colocada sobre el facilitador para conducir al grupo a definir la tarea común, ayudar a establecer las normas de procedimientos, reglas y límites y establecer la etapa para el trabajo justificativo a seguir para crear una atmósfera de trabajo viable. El líder puede proceder directamente del trabajo preparatorio realizado. Aquí, los objetivos psicoeducativos incluyen claramente delineaciones del punto central común, enseñando terminología y conceptos básicos y alentando a los miembros a compartir y comparar experiencias a lo largo de los límites fenomenológicos del tema elegido. El líder destaca las similitudes y dinámicas comunes al explorar constantemente: ¿De qué forma somos iguales? ¿Qué experiencias comparte aquí la gente? ¿Qué similitudes subrayan las orientaciones aparentemente idiosincráticas y las adaptaciones personalizadas al rededor del objetivo común?

Tan pronto como el grupo empiece su trabajo junto las dinámicas grupales prominentes y los procedimientos surgen, incluyendo el establecimiento de transferencias positivas, una dependencia desarrollada sobre el líder como experto, compartiendo experiencias individualmente, identificaciones miembro a miembro, disponibilidad de fantasías curativas por todo el grupo y sentido compartido de pertenencia, propósito y ajuste. Se recomienda que la fase de orientación complete el 10% del total de la experiencia grupal.

Durante la fase de orientación se propone proporcionar experiencias didácticas y estructuras de construcción que:

1. Usen dinámicas grupales inicial en dependencia y transferencia positiva.
 - a) Fijar reglas de procedimiento autorizadas que orienten a los miembros en los procesos grupales actuales y próximos.
 - b) Trazar didácticamente o facilitar la exploración de metas, expectativas, normas grupales y procedimientos que operan.

2. Usen atribuciones de práctica y el papel de impartidor de información.

- a) Definir claramente el objetivo central y enseñar los conceptos psicoeducativos básicos.
- b) Al expandir didáctica o experimentalmente la consciencia e incrementar la curiosidad alrededor del objetivo central.

3. Usen la propensión hacia la identificación universal y de miembros.

- a) Estimular un reconocimiento de las similitudes presentes y establecer un área de trabajo común.
- b) Estructurar la relación de la experiencia específica del inciso anterior.

4. Usen el deseo.

- a) Extender la alianza de trabajo al campo interpersonal.
- b) Alentar, comprometer y reforzar las interacciones, auto revelaciones y exposiciones comparativas diseñadas para aumentar el sentido cohesivo inicial del grupo.

3.4.6 FASE DE NO SATISFACCIÓN/FASE DE RESOLUCIÓN

La siguiente fase grupal, compuesta de dos subfases distintas, no satisfacción y resolución, es frecuentemente la más difícil para el principiante así como para el líder experimentado del grupo. Muchos grupos comienzan comúnmente con alguna porción de éxito pero pueden rápidamente alcanzar el punto donde los cuestionamientos, dudas y crisis de confianza sobreviene: "¿Podemos realmente asumir este problema en este grupo?" "¿Por qué el líder no hace más?" Es importante para el educador reconocer, contener y canalizar estos procesos normales de interés en el servicio del objetivo psicoeducativo y con el propósito de establecer el poder y viabilidad del foro grupal. La tormenta de esta rebelión inicial es afectivamente abastecida por la disforia y pánico inherentes al afrontar la intransigencia del problema central así como la presión y exposición de estar en el grupo.

Es posible anticipar la crisis de confianza y construye dentro del protocolo algún espacio y tiempo para permitir, vaciar, neutralizar y canalizar estos sentimientos y dudas inquietantes, saboteadores y caóticos. Cuando surgen las protestas, el líder

trabaja para calmar y normalizar los temores. El o ella ayudan a los miembros a compartir sus intereses comunes alrededor de las dificultades e intransigencias inherentes al síntoma o tópicos y alrededor de las presiones potenciales y al contagio del marco grupal. El líder ayuda al grupo a definir lo que se espera y lo que es posible y comienza a enseñar y a desarrollar las habilidades indispensables para la realización de metas realistas. El poder de la resistencia es canalizado hacia la rebelión y alianza contra el síntoma, el líder trabaja hacia la ayuda a los miembros a desafiar el problema. Reta al grupo a expresarse sin inhibiciones mas que a desertar. Consecuentemente, la meta psicoeducativa, en esta etapa, llega a incluir o redirigir los componentes afectivos del tema mientras promueve mutuamente, la identificación y la cohesión.

Al hacer una transición exitosa de 'no satisfacción' a la "resolución", el grupo tiene un gran repertorio de respuestas y un sentido verdadero de propósito compartido en contraste con la pseudomutualidad irreal de la fase de orientación. Las dinámicas grupales prominentes que surgen en la subfase de no satisfacción la cual necesita trabajarse dentro del protocolo, incluye transferencia negativa, resistencia, expresión sin inhibición y actuación, interdependencia, contagio y fight flight. La dinámica grupal inherente en la subfase de resolución incluye catarsis, consolidación de límites y establecimiento de normas. Se sugiere que la no satisfacción/resolución cumpla con el 15% del tiempo grupal total.

Durante la fase de no satisfacción/resolución el líder pretende:

1. Utilizar tendencias hacia la interdependencia.
 - a) Atentar la expresión de temores, resistencias y desafíos del líder.
 - b) Permitir o estructurar la libre expresión de frustraciones, dudas, intereses y crisis de seguridad.

2. Uso de la presencia consistente y firme del líder para formar y fortalecer una caja grupal.
 - a) Refrenar las diferentes reacciones negativas y prevenir contagios y deserciones.

b) Proporcionar un espacio listo y presencia firme para la ventilación, catarsis, resonancia en pática y aceptación dentro del grupo.

3. Uso de tendencias de los miembros individuales para expresarse

a) Alentar la expresión del grupo en los temores e intereses.

b) Interpretar la negación de los miembros como reacciones de los hablantes que amplifican los interés del grupo al llegar a los términos de los aspectos negativos del objetivo central.

4. Uso de componentes afectivos negativos que emergen del objetivo central (enojo, tristeza, temor)

Alentar la ventilación, catarsis y rompimiento del ciclo del síntoma de parálisis, vergüenza, reserva y aislamiento.

Alentar la exploración de como el grupo puede utilizar la energía disponible y compartir la obligación al servicio del logro de la meta y el cambio.

5. Uso de estados comunes en las reacciones negativas y animosas

a) Aprovechar, dirigir, reformular o canalizar la energía emocional del grupo en el servicio de la construcción cohesiva y creando una identificación.

Alentar la exploración de como el grupo puede utilizar la energía disponible y compartir la obligación al servicio del logro de la meta y el cambio.

3.4.7 FASE DE TRABAJO/PRODUCCION

Una vez que el grupo ha estado consolidándose y se han conocido y resuelto los retos iniciales a su existencia, la fase de trabajo o producción inicia propiamente. La mayor parte de la vida del grupo ocurre aquí, como las tareas psicoeducativas ahora se aproximan más directamente a las metas grupales establecidas y las mejores áreas programadas. El líder dirige los elementos del objetivo central con el propósito general de aumentar la competencia y la superioridad mientras disminuye la disforia y la disfunción; el material didáctico se presenta, habilidades estructuradas y capacitadas se facilitan, y la discusión es alentada. El grupo trabaja hacia el aumento de entendimiento, agudeza de ingenio, toma de riesgos, acción práctica,

adquisición de habilidades y cambios básicos efectivos de la orientación y reacción a los temas e implicaciones inherentes al tema central.

Con el grupo establecido como un foro mejorado valioso y con las interacciones del miembro disponibles como un recursos listo, el involucramiento activo e interdependencia son alentadas. En esta etapa, los miembros son más capaces de ayudar e influenciarse unos a otros. La dependencia sobre el líder es suplementada cada vez más por una seguridad activa de unos a otros. Una función importante del líder, se convierte en la facilitación de interacciones, intensificando y enriqueciendo el aprendizaje al fomentar la participación abierta, retroalimentación y otras actividades comparativas. Tal exploración mutua permite las únicas necesidades y habilidades de los miembros individualmente para expresarse y dirigirse. Las mejores dinámicas de la fase de trabajo incluye el realismo de prueba y validación consensual, imitación/modelaje/identificación, agudeza de ingenio, sublimación, adquisición de habilidades, deconditioning, competición, cooperación y confrontación. Los mejores factores curativos incluyen altruismo, aprendizaje interpersonal, desarrollo de las técnicas de socialización y la recapitulación de las experiencias familiares primarias. Se sugiere que la fase de trabajo abarque el 50% del tiempo grupal.

Durante la fase de trabajo el líder se propone:

1. Utilizar la cohesión consolidada recientemente y sentido renovado del propósito compartido.
 - a) Construir un foro efectivo para el aprendizaje interpersonal y adquisición de habilidades.
 - b) Modernizar las lecciones didácticas y experiencias que comprometan más directamente los miembros en la adquisición de conocimientos, agudeza de ingenio y acción práctica alrededor de las mejores áreas del programa del objetivo temático.

2. Utilizar el potencial del grupo para la ratificación consensual, el realismo de prueba (reality testing) y retroalimentación.

- a) Fomentar las actividades comparativas, alientan una diversidad de perspectivas y encuentro de distorsiones y proyecciones.
- b) Al construir ejercicios y estructuras donde los miembros que directamente comparan y contrastan sus experiencias y entendimientos alrededor de los temas inherentes en el objetivo central.

3. Utilizar la propensión del grupo para la identificación, modelaje y altruismo.

- a) Alentar que los miembros se ayuden, aprendan y enseñen unos a otros.
- b) Estructurar las discusiones o ejercicios donde los miembros demuestren supremacía y asuman las funciones de liderazgo en el servicio de adoptar nuevas habilidades y estructuras cognoscitivas.

4. Utilizar la cooperación emergente, competición y la confrontación.

- a) Entender y no aprender las conductas disfuncionales reto de adaptaciones disfuncionales e instintos primitivos sublimados y necesidades.
- b) Estructurar experiencias que fomenten la interrupción de hábitos, desacondicionamiento y aliente la recanalización subsecuente, reacondicionamiento y desarrollo de mecanismos de enfrentamiento alternativo.

5. Uso de la intimidad, profundas resonancias emocionales, transferencias múltiples y recapitulaciones disponibles de las dinámicas familiares primarias que surgen naturalmente en el grupo.

- a) Fomentar indirectamente el esclarecimiento de temas familiares recurrentes y tempranos al explorar puntos de dificultad insuperable y vulnerabilidad.

Ajustar experiencias que penetran de manera semejante tópicos tempranos al extender directamente repertorios conductuales comunes e incrementar la capacidad del individuo para la adaptación, espontaneidad, creatividad y responsabilidad reciente.

3.4.8 FASE DE TERMINACIÓN/DIVISIÓN

Aparentemente, justo cuando el grupo esta trabajando en el trabajo principal al explorar y desafiar los elementos del objetivo elegido, aparece el fin del convenio psicoeducativo. En los grupos de tiempo limitado, en alguna parte después de la sesión intermedia los miembros que son más sensibles a perder pueden empezar prematuramente a cerrarse y close-off al llegar a resistirse, a ser pesimistas o a apartarse. Es crucial para el líder trabajar hacia la terminación prematura preventiva al asegurar a los participantes del grupo que aún tiene tiempo suficiente para continuar trabajando dentro del marco psicoeducativo.

Cuando la última sesión se aproxima, el fin de la experiencia debe enfrentarse. El énfasis del grupo se convierte de la consideración de material nuevo y adquisición de habilidades al cierre cognoscitivo y emocional. Es importante no plantear tópicos separados que no pueden ser procesados dentro del tratamiento. Ahora los miembros deben llegar a un acuerdo con la pérdida inminente y prepararse para graduarse y continuar su camino. El líder ayuda al grupo a procesar el fin, revisando toda la experiencia, retocando los elementos significativos de las mejores áreas del programa y ayudando a los miembros a decir adiós y planear para el futuro. Las tareas psicoeducativas en esta etapa incluyen revisión, generalización y la asimilación activa de las recientes perspectivas obtenidas. Las dinámicas relevantes que surgen naturalmente en esta fase de terminación incluye deseos y temores de la independencia y sentimientos subjetivos de pérdida.

Si se administra un tratamiento adicional o de intervención, se deben discutir las decisiones en las sesiones de tratamiento individual. No es comúnmente útil extender el convenio como una estrategia de último momento para proponerse a cubrir más material. Muchas experiencias de la vida son más o menos completas y parte de la lección es tratar con lo que se ha cumplido y lo que no se ha realizado. Cualquiera que sea la disposición del individuo al término de la terapia, el grupo por sí mismo está terminando y los participantes deben finalizar unos con otros y con todo el grupo. Se recomienda que la fase de terminación/separación cumpla con el 15% del tiempo total del grupo.

Durante la fase de terminación, el líder se propone:

1. Usar el temor de la pérdida del apoyo grupal.
 - a) Prevenir el fin prematuro y alentar el desarrollo de apoyos exteriores y refuerzos.
 - b) Estructurar una consideración de cuidado continuo, mediaciones, participación exterior (fuera del grupo) y alentar la resolución de limitaciones.
2. Uso de la terminación cercana.
 - a) Estimular una revisión del contenido psicoeducativo y aprendizaje emocional.
 - b) Hacer que los miembros se vayan, identifiquen y generalizan de las lecciones más importantes de la experiencia grupal.
3. Uso de desilusiones prolongadas.
 - a) Determinar con precisión lo que no se ha realizado y lo que aún esta incompleto.
 - b) Alentar la divulgación y discusión del desengaño, tristeza y el trabajo de pérdidas anteriores.
4. Uso del deseo de independencia.
 - a) Convenir con el fin del grupo y planear para el futuro.
 - b) Facilitar la graduación, seguir caminando, continuar progresando fuera del grupo, dejar ir los síntomas, mantenimiento y prevención de reincidencia.
5. Uso de la historia grupal disponible.
 - a) Revisar los eventos grupales críticos y los puntos cruciales y fomentar los contrastantes antes o después.
 - b) Estructurar la consideración de y las interacciones sobre los cambios, crecimiento y lo que puede continuarse después del fin del grupo.

3.4.9 PASOS PARA CONSTRUIR PROTOCOLOS PSICOEDUCATIVOS.

Una vez que las características definidas de los grupos psicoeducativos se toman en cuenta y las dinámicas de fase específica del grupo se entienden, es tiempo de construir protocolo grupal. Se sugiere un proceso de cuatro pasos: (1) desarrollar un anteproyecto para el grupo con la identificación de las mejores áreas del programa que diferencian y amplían el tema central; (2) ordenar las principales áreas

del programa coincidentes con las labores y dinámicas inherentes en los procesos de desarrollo grupal y entonces utilizar los requerimientos de tiempo de cada fase grupal para formular las principales áreas del programa dentro de una sesión mediante el plan de sesión; (3) construir o adoptar estructuras didácticas y ejercicios experimentales que hagan uso específico de las dinámicas grupales y potenciales curativos inherentes en las fases grupales progresivas; y (4) desarrollar dentro de los planes de lecciones sesiones para explorar elementos del tema central en tanto que se construyen en un proceso participativo que fomente la asimilación del contenido del material.

3.4.10 DESARROLLO DE UN PROGRAMA DETALLADO DE ACCIÓN GRUPAL

Antes de que el grupo comience, el líder preplanea al establecer un programa detallado de acción para la construcción del grupo. La siguiente lista de preguntas generales puede ayudar a establecer el único objetivo de cualquier grupo particular psicoeducativo. Las respuestas, a manera de ejemplo, son tomadas del grupo para dejar de fumar.

- ¿Cuál es la población elegida? Los fumadores
- ¿Cuáles son las metas psicoeducativas? Dejar de fumar y mantenerse abstinente.
- ¿Qué valores son necesarios para definir los parámetros del objetivo central? Motivo para fumar y razones del patrón para fumar y hábitos y motivos y apoyo para dejarlo.
- ¿Cuáles son los puntos didácticos relevantes, las mejores áreas del programa y las fallas la adquisición de habilidades necesarias para efectuar un cambio significativo? ¿Qué necesitan saber los miembros del grupo, experiencia e interés principal relacionado al objetivo central? ¿Qué desea cubrir el líder y construir dentro del convenio grupal?

Análisis de motivos, patrones y pistas para fumar. Enseñanza de la conciencia del hábito a través del auto-control. Invocar técnicas conductuales para interrumpir y modificar el hábito de fumar. Introducción de modificaciones conductuales cognoscitivas para dirigir las necesidades recurrentes y urgencias.

Fomentar la resolución del problema y desarrollar alternativamente estrategias de enfrentamiento así como reducir la confianza psicológica sobre los cigarros.
 Rompimiento de la adicción al disminuir progresivamente la dosis de nicotina.
 Prevención de la recaída al fomentar un estilo de vida sin fumar y flexibilidad para adaptarse.

Preguntas y respuestas similares son reportadas para el grupo de abuso sexual en niñas.

- Población seleccionada: chicas adolescentes que sufrieron abuso sexual.
- Metas psicoeducativas: intervención de crisis, reducción del trauma y consecuencias a largo plazo del abuso.
- Análisis: naturaleza del abuso, impacto traumático, posibilidades de la recurrencia, sistemas de apoyo disponible.
- Mejores áreas del programa y puntos didácticos.

Rompimiento del silencio. Rompimiento del aislamiento y desamparo. Ratificación de sentimientos de traición y victimación. Ventilación de sentimientos incluyendo la expresión de rabia. Trabajo arduo con el sentimiento de culpa, confusión y responsabilidad. Trato con otras reacciones relacionadas con el abuso.

Reestablecimiento de actitudes sexuales apropiadas a la edad. Desarrollo de habilidades de agresividad incluyendo la habilidad de decir 'no'. Estimular la auto imagen positiva. Dejar salir el trauma y continuar con un desarrollo normal de la infancia.

3.4.11 ORDEN DE LAS PRINCIPALES ÁREAS DEL PROGRAMA DE ACUERDO A LAS FASES GRUPALES NORMALES

Una consideración progresiva de las principales áreas del programa identificadas pueden ser extendidas sobre el modelo del desarrollo grupal normal, así que el contenido y el proceso que surgen naturalmente en respuesta a la experiencia grupal puede reflejar, afrontar y magnificar esos afectos y temas inherentes al objetivo del problema central. Más generalmente, las principales áreas del programa son arregladas de acuerdo a la habilidad involucrada de los miembros del grupo para trabajar juntos y para manejar emociones fortalecidas y la especificación creciente

del objetivo central de los niveles profundos de confianza, intimidad y ética laboral. Ejemplos del orden de las principales áreas del programa dentro de un protocolo grupal en secuencia será tomado del grupo que quiere dejar de fumar, delineado en la tabla 10-2.

El grupo que quiere dejar de fumar se planeo para 8 sesiones de acuerdo con el contenido y procesos requeridos de las principales áreas del programa. El dejar de fumar efectivo fue arreglado para la 6ª sesión en la fase de trabajo después de que los análisis y compromisos iniciales se hicieron (pregrupa), el grupo trajo junto con su propósito común esclarecido y reconocido (orientación), las resistencias en la forma de actitudes habituales al fumar y patrones interrumpidos (no satisfacción), el poder cohesivo del grupo para la psicoeducación persuasiva establecida (resolución) y habilidades de enfrentamiento alternativo enseñado (trabajo). Debido a que fumar es un problema en 2 partes, dejarlo y abstenerse, las dos últimas sesiones (terminación) fueron dedicadas a la prevención de la recaída.

Un paquete de análisis se preparó para ser administrada en una sesión pregrupal absorbida por los miembros individualmente antes de la matriculación. El propósito de esta evaluación y sesión contratante fue controlar los patrones al fumar y enlazar las metas individuales para los propósitos compartidos del grupo de la interrupción del hábito, dejarlo y abstinencia. Para intensificar los requerimientos de construcción grupal de la fase de 2 orientaciones y una reunión inicial fue estructurada para permitir a los miembros compartir y comparar estas historias de fumar y los hábitos. El material didáctico fue preparado sobre los aspectos universales de las actitudes habituales incluyendo los hallazgos de investigación acerca del condicionamiento, refuerzo, firmeza al hábito, adicción y dependencia. Por último un sistema de gráficas fue planeado para usar la recolección de datos grupales sobre el consumo de cigarras y dosis de nicotina, el grupo en general sería alentado para tomar en cuenta esta pregunta: ¿Qué tipo de grupo somos?.

Basado en la teoría de fases se predijo que el grupo irá de un periodo de optimismo inicial a la esperanza positiva sobre dejar de fumar a un momento de dificultad y

duda. Dirigido a esas resistencias normales fue el trabajo de la sesión 3 y la fase de insatisfacción/resolución. El líder anticipó que, en esta etapa, los miembros pueden preguntarse una variedad de preguntas regresivas como ¿Puedo realmente dejar de fumar? ¿Realmente quiero dejar esa experiencia tan placentera? ¿Qué pasa si esa otra gente ve cuan adicto soy? Tal vez el líder me humille en frente de otros especialmente si fracaso en mis intentos para dejarlo.

Los impulsos para rebelarse contra los esfuerzos optimistas inherentes del líder y resistir la presión cohesiva anticipada del grupo para el cambio son sucesos naturales en la subfase de insatisfacción de cada grupo. El poder reactivo de intransigencia, o resueltamente sostenible al status que disfuncional o doloroso se esperaba aún en los grupos que desean dejar de fumar donde muchos de los miembros tuvieron razones médicas terribles para dejar de fumar. En consecuencia, se construyó dentro del protocolo un momento y un proceso para los miembros para que expresen directamente sus temores y dudas. Los miembros fueron animados a expresar el afecto enojado inherente al estar esclavizado a fumar, así motivado a una lucha contra el hábito arraigado más bien que contra los esfuerzos progresivos del grupo.

Para proporcionar más ayuda concreta, el material didáctico fue preparado de acuerdo a las dificultades comúnmente experimentadas al dejar de fumar, contrapuesto a las estrategias específicas de la interrupción del hábito y los procedimientos para reducir la dosis para combatir una fuerza de hábito acumulado durante muchos años. El objetivo de esta subfase de resolución fue fomentar la comprensión de los miembros de sus patrones particulares de fumar y proporcionar herramientas de trabajo para empezar a vencer las conductas sobreaprendidas. Tales intervenciones seleccionadas buscarían reducir la desmoralización al combatir directamente la impotencia percibida.

En las sesiones 4, 5 y 6 de la fase de trabajo, los esfuerzos psicoeducativos del grupo dirigirán más expresamente las principales áreas del programa de la adquisición de habilidades y rompimiento de la adicción. El objetivo fue utilizar las

dinámicas interactivas y consensuales del trabajo grupal para inculcar alternativas para fumar y enseñar estrategias para tratar las situaciones anteriores que invocan. Las didácticas, discusiones y ejercicios fueron planeados para llevar y practicar una variedad de perspectivas de temas centrales y habilidades incluyendo la modificación conductual cognoscitiva (poder de la mente, explicaciones racionales, instintos y artimañas) y entrenamiento de instintos resistentes (necesidades diferenciales, instintos y deseos)

Así, al final de la 5ª sesión los miembros tuvieron una consciencia intrincada de sus patrones de fumar para tener resistencia activamente encontradas para dejar de fumar y para seguir pasos para interrumpir sus patrones de fumar al reducir su dosis de nicotina. Ellos también aprendieron alternativas y opciones para sustituir y resistir. El día para dejar de fumar fue fijada para la última sesión de la fase de trabajo donde una técnica no condicionante específica aversiva fue planeada para extinguir las asociaciones positivas restantes y las sensaciones de fumar.

Las dos últimas sesiones, 7 y 8, eran para completar la fase de terminación y centrarse en las principales áreas del programa de mantenimiento y prevención de la recaída. Los procedimientos de revisión y generalización fueron planeados para ayudar a los miembros a adaptarse a la pérdida del hábito y continuar en nuevas y saludables formas. Los síntomas de retiro momentáneo y la presencia continua de situaciones de alto riesgo fueron discutidas y trabajadas en ejercicios guiados. La dinámica grupal de validez consensual y los poderes conductuales sostenibles de disonancia cognoscitiva sería invocada para reforzar los aspectos negativos de fumar y los aspectos positivos para dejar de fumar. Los miembros con necesidades de ayuda adicional y sesiones de refuerzo.

3.4.12 USO DE DINÁMICAS GRUPALES DE FASE ESPECÍFICA PARA CONSTRUIR EJERCICIOS Y ESTRUCTURAS.

Una vez que el protocolo grupal básico esta desarrollado, las estrategias de intervención específica, estructuras y ejercicios pueden ser planeados en detalle.

Los ejemplos de la construcción de ejercicios basados en las dinámicas grupales de fase específica serán tomadas del grupo de abuso sexual en niñas, delineado en la tabla 10-3. Con una población de niñas entre 8 y 10 años, el uso de actividades de juego es más apropiada que la presentación didáctica continua. El trabajo pregrupal se realizó en una última sesión individual (sesión 1), donde cada niña fue preparada para moverse de un formato individual a uno grupal y fueron establecidos para la participación.

Como parte de la primera sesión grupal (sesión 2) el líder presentó un ejercicio formulado para crear un medio seguro mientras trabajaba en las dinámicas grupales de la alianza de trabajo y transferencia positiva. Las niñas recibieron ayuda para hacer muñecas que servían como objetos transicionales y compañeros confiables. Esta actividad de juego y constructiva calma muchos temores iniciales, hicieron el grupo divertido, un lugar seguro y comenzó el proceso de trabajo conjunto. Después de que las niñas terminaron sus muñecas, ellas las utilizaron para presentarse a sí mismas y dieron alguna información mínima sobre las circunstancias de su abuso.

En la sesión 3 de esta fase de orientación, el líder deseaba consolidar al grupo como tal al estimular las dinámicas y factores curativos de universalidad, pertenencia y cohesión. Este trabajo fue para romper el aislamiento que las víctimas frecuentemente experimentan cuando ellas mantienen el secreto del abuso. Por consiguiente, la sesión comenzó con una discusión sobre el nombre del grupo. Las niñas sugirieron 3 nombres que representaban un rango de sentimientos sobre el abuso y los atacantes. La sugerencia más neutral fue "El club de las niñas" mientras que las elecciones más afectadas fueron "Los unicornios" y "Los asesinos". Con la elección eventual de "Los unicornios" en el siguiente encuentro, las credenciales portaban la ilustración y el nombre del grupo fueron proporcionados para solidificar los lazos filiales del grupo.

Después de ponerle nombre al grupo, un ejercicio estructurado que incluía una fantasía de cuento fue presentada. Aquí, el líder deseaba confirmar los sentimientos de traición al proporcionar un espacio y estructura seguros desde el cual los

miembros pudieran discutir, contener la rabia que surge y continuar contrarrestando la norma prohibida del secreto. Se comenzó una historia sobre un gigante despreciable que llega a un pueblo donde una niña vivía con su familia. Las niñas fueron alentadas a agregar a la historia, por turnos, una trama, desenlace e inventar una solución eventual para el conflicto. Dentro de la narración emergente, la resistencia dinámica fue canalizada para impedir al atacante más que rebelarse contra o restringir al grupo. Las historias que comenzaron con impotencia y desamparo incluyeron héroes adultos que pedían ayuda (rompimiento del secreto) y sacar la agresión contra el gigante que fue eventualmente expuesto, contenido y castigado.

En la 4ª sesión un juego de mesa cooperativo diseñado específicamente para las niñas que sufren abuso sexual, juega lo seguro con (SASA) fue utilizado para estructurar la discusión y permitir a las niñas que comiencen más directamente el proceso personal de participación. Cuando las niñas exponían las particularidades de su propia experiencia y comenzaban a compararla y contrastarla con las otras del grupo, ellas se dieron cuenta que muchos de los sentimientos que pensaban eran únicos, aislados y vergonzosos eran compartidos por otras. Muchas emociones poderosas fueron evocadas en esta fase de insatisfacción/resolución. La tristeza y la rabia sobre su ataque salió a la superficie en la sesión 5. La intensidad de estos sentimientos primarios que amenazaban la integridad del grupo, así que las niñas deseaban retratar y retirarlos como una defensa contra sus emociones y al servicio de la represión de su trauma. Así, no se introdujo un nuevo ejercicio o materia mientras el líder ayudaba a las niñas a expresar y a resolver más directamente su ambivalencia emergente en el grupo. Una mesa redonda fue organizada en la cual cada miembro expresara su insatisfacción así como sus sentimientos positivos sobre ser miembro de los unicornios. Al final de la sesión, un compromiso fue asegurado de cada participante.

Las siguientes cinco sesiones, que componen la fase de trabajo, estaban dedicadas a ayudar a las niñas a trabajar los actos de culpa, vergüenza, rabia y responsabilidad. Ellas también aprendieron habilidades de agresión y se les

proporcionó mensajes positivos sobre sus cuerpos. Por ejemplo, en la sesión 8, la principal área del programa fue estableciendo actitudes sexuales adecuadas a la edad en esta población de niñas precoces y sobre estimuladas. El líder utilizó las dinámicas colectivas y factores curativos de la prueba de realidad, validez consensual, normas establecidas, cooperación y el desarrollo de técnicas de socialización cuando el grupo creó en collage de fotos de varias niñas de distintas edades. El grupo discutió, debatió y votó activamente sobre cuál fotografía describía exactamente a las niñas de varias edades, analizaron y presentaron actitudes de acuerdo a la edad. Se establecieron normas de desarrollo para la conducta tales como la edad para besar, maquillarse y citarse.

En la sesión 11, el comienzo de la fase de terminación, se construyó un suceso de ritual para simbolizar la salida del trauma del abuso. Las niñas escribieron o dibujaron sobre un pedazo de papel los sentimientos, pensamientos y los sucesos que deseaban dejar atrás. Cuando el círculo se cerraba, cada niña compartió verbalmente un recuerdo doloroso, entonces arrugaba el pedazo de papel que contenía el recuerdo, colocándolo en un montón que se encontraba en medio del grupo. Siguiendo el ritual, las niñas le pidieron al líder que llevará todos los papeles arrugados a casa y los quemará. Las niñas terminaron su experiencia grupal con una fiesta la cual incluía un juego reminiscente y la narración de un emblema grupal colectivo que contenía mensajes positivos sobre sí mismas y de ir más allá de su trauma.

3.4.13 DESARROLLO Y ORGANIZACIÓN DENTRO DE LA SESIÓN

Las estructuras, ejercicios y didácticas, sin embargo bien concebida, debe ser fijadas dentro de la sesión grupal para proporcionar el antecedente apropiado, con texto y el fin para los procedimientos. El modelo de la fase del desarrollo grupal puede ser utilizado también para organizar y planear el flujo dentro de cada sesión grupal. Muchos de los encuentros grupales comenzaron con una introducción o para entrar en confianza (fase de orientación). Aquí, el líder ayuda a los miembros a unirse, esclarece las metas para el día y destaca aquellos aspectos del objetivo psicoeducativo que recibirán atención. Después, un pequeño tiempo para considerar

viejos asuntos, la tarea, los problemas de la semana anterior o preguntas sobre o las reacciones del materia presentado anteriormente contestadas satisfactoriamente o resueltos (insatisfacción/resolución). Una vez que el grupo hace mención de la fecha y de los impedimentos inmediatos para seguir adelante son aclarados la sesión pone atención en el nuevo material ya sea didáctico o experimentalmente presentado. Algunos procesos o prácticas con el contenido psicoeducativo completa la fase del nuevo asunto de la sesión (trabajo/producción)

La última tarea es tranquilizarse al revisar brevemente lo que se ha cumplido, ajustar la etapa para sesiones futuras, por lo menos temporalmente, cualquier asunto pendiente (terminación/graduación). El objeto de tal estructura es fomentar la integridad. Mientras que el grupo psicoeducativo construye para sí mismo semana a semana, cada sesión puede presentarse como una unidad completa.

3.4.14 POTENCIALES Y POSIBILIDADES PARA EL GRUPO PSICOEDUCATIVO

El grupo psicoeducativo de tiempo limitado no es un sustituto de la psicoterapia reconstructiva a largo plazo o del medio progresivo sostenible para disminuir o contener la psicopatología severa. Sin embargo, el grupo de corto plazo puede ser una intervención viable, donde hay homogeneidad de población, un problema específico, y donde las dificultades específicas son circunscritas lo suficiente para no tener totalmente infiltradas las amplias adaptaciones del cliente.

Cuando el objetivo central es sintomático o de conducta habitual, tal grupo puede ir hacia los patrones disfuncionales no acondicionadas en una respuesta más saludable. Cuando el problema presentado es una etapa de vida común o un suceso importante, la experiencia grupal puede normalizar, informar y llevar a los miembros a través de varios procesos de madurez. Cuando el suceso esta ambientalmente relacionado, el grupo puede identificar, ventilar y modificar la situación tóxica. Cuando el objetivo es un evento de vida traumático, el grupo psicoeducativo puede proporcionar ayuda a tiempo, intervención de crisis y aumentar las estrategias de enfrentamiento para hacer a un lado el trauma.

Para que tal grupo sea efectivo, no puede ser accidentalmente organizado. Debido a que el tiempo apremia, los encuentros grupales deben ser efectivamente arreglados al servicio de la enseñanza y del trabajo con los objetivos colectivos relevantes. Los diferentes procesos dinámicos grupales que surgen inevitablemente pueden proporcionar un obstáculo o ayuda en la construcción y evolución del grupo. Solamente al combinar el proceso con el protocolo los grupos psicoeducativos pueden ser desarrollados a tiempo y específicamente.

10 1 Formato para construcción grupal

	Pregrupo I	Fase II	Fase III a	Fase III b	Fase IV	Fase V
Fase Grupal	Preparación	Orientación	Insatisfacción	Resolución	Trabajo/Producción	Terminación/graduación
Labor Grupal	"Nacimiento"	"Formación"	"Tormenta"	"Norma"	"Realización"	"Terminación"
Fase de Desarrollo Humano	Nacimiento	Infancia/lactancia	Adolescencia	Adultez	Madurez	Vejez
Decisiones de los miembros	Interés/no interés	Dentro-Fuera	Arriba-Abajo		Más-Menos	Antes Después
Actos morales	Preguntas antes de la experiencia Expectativas Necesidades	Grandes esperanzas Temores anticipados gran confianza en el líder	Preguntas Dudas Sato de Frustraciones lé crisis de confianza	Aceptación salto de fé	Sentimientos positivos de involucración Interdependencia superioridad confianza Adquisición de habilidades	Llegar a un acuerdo con la pérdida Preparándose para el futuro seguir adelante
Papel del líder	Evaluación Selección Preparación Convenio Alianza de trabajo	Orientación Labores definidos Etapa de establecimiento creación de atmósfera de trabajo	Calma y temores normalizados Fomento de normas autorizadas Protección de límite grupal Comienza a desarrollar planes y habilidades para tener éxito.		Facilitar el trabajo y aumentar el aprendizaje Fomentar la didáctica y capacitación de habilidades Alentar la agudeza de ingenio y retroalimentación	Fin del proceso Revisión Aprendizaje de la experiencia Planear y generalizar
Tareas psicoeducativas	Análisis de homogeneidad y ajuste Comprensión individual de la variación del tema	Establecer objetivo Enseñar terminología y conceptos básicos indagar dinámicas y fenomenología del tema Destacar similitudes y dinámicas comunes	Permitir y contener el componente del tema	Promover la reciprocidad identificación, cohesión canal de resistencia dentro de la alianza contra los aspectos no funcionales del objetivo central	Presentar mejores empujes didácticos Fomentar actividades comparativas e interacciones Fomentar la toma de riesgos y cambio Apoyo de unidad e individualidad	Revisión Generalizar Terminar Seguir adelante
Actos psicodinámicas grupales	Alianza de trabajo	Transferencia positiva y expectativas Identificación Fantasías	Transferencia negativa Resistencia Actuar fuera. Actuar dentro	Ventilación Establecimiento de norma consolidación del límite Represión	Prueba de realidad imitación agudeza de ingenio sublimación Trabajo arduo	Terminación Independencia Pérdida Desagrado Historia grupal

		grupales comunes Urgencia de compartir y presión para autorevelación Dependencia sobre el líder	conindependen cia Contagio Ambivalencia Fight-flight	del afecto	Interdependencia Validez consensual Identificación Aprendizaje indirecto Confrontación Adquisición de conocimiento Modelo competición cooperación Transferencias múltiples	Resolución de limitaciones Trabajos arduo de llamadas a escena
Factores curativos	Creación de esperanza Universalidad	Fantasías curativas Pertenencia	Catarsis ventilación	Cohesión Represión	Conducta imitativa Atruismo Aprendizaje interpersonal Desarrollo de técnicas sociales Recapitulación de experiencias familiares primarias	Impacto existencia de y experiencia grupal completa

Información difundida

sesión portotal fase	10%	10%	15%	50%	15%	
Número de sesiones por fase	8	1	1	1	4	1
	10	1	1	1	4	2
	12	1	1	2	6	2
	14	1	1	2	7	3
	16	2	1	2	8	3
	18	2	2	2	8	4
	20	2	2	3	9	4

Tabla 10-2 Grupo que quiere dejar de fumar (Modelo de 8 sesiones)

Fase	% y número de sesiones	Principales Areas del programa	Fin de la sesión
Pregrupo	10% (1)	Análisis	51 Análisis individual
Orientación	10% (1)	Formación grupal	52 Construcción grupal & orientación
Insatisfacción/resolución	15% (1)	Interrupción del hábito	53 Estrategia/Retroalimentación
Producción/trabajo	50% (3)	Adquisición de habilidades Rompimiento de la adicción	54 Poder mental: Modificación de la conducta cognoscitiva 55 Resolución del problema Enfrentamiento de estrategias 56 Impedir fumar: Día de dejar de hacerlo
Terminación	15% (2)	Prevención de recalda	57 Mantenimiento 58 Prevención de recaída

Tabla 10-3 Grupo de Abuso sexual en niñas (Modelo de 12 sesiones)

Fase	% y número de sesiones	Principales áreas del programa	Fin de la sesión	Dinámicas de fase específica
Pregrupo	10%	Análisis de la preparación para grupo	51 Los miembros se preparan en la última sesión individual	Alianza de trabajo Transferencia positiva
Orientación	10% (2)	Compartir secretos Validez de sentimientos de trición y victimación Rompimiento de aislamiento y debilidad	52 Orientación & construcción grupal: Reglas, normas & muñecas	Universalidad Expresiones afectivas Pertenencia
Insatisfacción/Resolución	15% (2)	Ventilación de sentimientos Expresión de rabia	53 Nombre del grupo Historia y participación	Expresión inconsciente
Producción/Trabajo	50% (5)	Trabajo sobre la culpa, confusión, responsabilidad, otras reacciones.	54 Juego de mesa historia adicional, SASA 55 Discusión no estructurada	Compartir catarsis Regresión Transferencia negativa Prueba de realidad

		Estableciendo la conducta sexual adecuada a la edad. Desarrollo de habilidades agresivas. Desarrollo de autoimagen positiva	56 Libros coloreados I 57 Libros coloreados II/ Discusión 58 Collage adecuado a la edad 59 Collage II/Rol de juego 510 Dejar salir ejercicios Cartas a los atacantes	Validez consensual Modelo/imitación, identificación Agudeza de ingenio Estableciendo normas adecuadas a la edad
Terminación	15% (2)	Construyendo apoyos exteriores. Dejar ir	511 Dejar ir Ritual 512 Fiesta	Habilidad de socialización Refuerzo de energía, nuevas aptitudes e independencia Luto por la pérdida. Terminación seguir adelante

3.5 REVISIÓN DE INVESTIGACIONES CON G.P.E.

Pereira (1994) presenta un estudio en el que se analiza la aplicación del modelo psicoeducativo en ocho pacientes esquizofrénicos, durante trece meses, en una Unidad de Internamiento Breve. Las razones por las cuales se lleva a cabo el estudio son:

1. - Se deseaba trabajar con pacientes esquizofrénicos desde una institución pública, aplicando un modelo de intervención psicoeducativo, ya que se creía que este era el contexto idóneo para aplicar esta nueva metodología.
2. Se deseaba contar con un equipo de trabajo en una institución pública, además de que fuera un equipo que no saboteara la tarea.
3. Se buscaba planificar una intervención con el paciente, con la familia, con los profesionales y con la comunidad.
4. Se buscaba dar una atención integral para lograr una mayor prevención de las recaídas y permitir un estilo de vida más humano.
5. Se pretendía dar un mayor apoyo a la familia y al paciente acompañándoles, no sólo en el periodo de internamiento, sino también de reinserción familiar y social.

Este programa tenía los siguientes objetivos:

1. Identificar las situaciones de estrés.
2. Desarrollar planes para afrontar las situaciones de estrés.
3. Introducir en la familia y evaluar las estrategias de prevención de estrés.
4. Preparar al paciente y a la familia para situaciones conflictivas futuras.

Estos objetivos empezaron a desarrollarse en la mayor parte de los casos, cuando el paciente estaba internado y se continuaba al ser dado de alta, llevando el proceso de manera gradual, teniendo generalmente dos permisos previos, con duración de tres a cinco días, antes de dar la alta definitiva, ya que durante estos días se evaluaban en entrevistas con la familia, los problemas que se presentaban. Y si todo iba bien se les firmaba el alta definitiva.

Es decir, lo que hicieron fue continuar con el desarrollo secuencial de los cuatro objetivos mencionados y realizar un seminario de tres horas de duración con un grupo de familias de pacientes esquizofrénicos en el que se daba información general sobre la esquizofrenia, sobre las expectativas de recuperación y la experiencia de otras familias con la esquizofrenia.

También dieron seguimiento sobre la medicación y los posibles problemas que podían surgir y en algunos casos privilegiados buscaron lograr la reintegración social y laboral.

El tratamiento consistía en dar terapia farmacológica al paciente, para reducir la sintomatología y paralelamente iniciar las entrevistas con la familia, aplicando técnicas de terapia familiar para que la entrevista no resultara en un interrogatorio que sólo aumentara los sentimientos de culpabilidad y de fracaso en la familia o en el paciente.

Una de las prioridades fue establecer una buena conexión con la familia, para explicar la metodología que se iba a utilizar, el fin era que confiaran en que había un equipo que les acompañaría durante el tratamiento, y que participaran en el seminario informativo sobre la esquizofrenia junto con otras familias con problemas similares.

Otro punto básico fue el evaluar la crisis y el impacto de la enfermedad en la familia y la reacción al tratamiento.

El trabajo final se dio sobre la preparación de la familia y el paciente para que este fuera dado de alta; lo cual se llevaba a cabo siempre y cuando todo el equipo estaba de acuerdo.

Los resultados mostraron que el porcentaje de recaídas en las seis semanas siguiente después de haber sido dados de alta fue de cero. De 8 pacientes ninguno tuvo recaídas en los seis meses siguientes, (de estos 8 pacientes , dos llevaban 12 meses sin recaídas, mientras que los otros seis no llegaban al año de tratamiento. Uno tuvo una recaída a los seis meses). Los tres restantes llevaban 4 meses de tratamiento evolucionando positivamente. El paciente que recayó era un paciente con más de veinte ingresos y con un apoyo familiar bajo, con el cual no se había seguido como se previa en el seguimiento de las entrevistas familiares.

La asistencia de las familias a las entrevistas previstas fue superior a un 95%. Todas las familias que participaron en el seminario respondieron a un cuestionario de evaluación diciendo que valoraban el seminario muy positivamente (90%) Manifestaron haber aprendido del problema de sus hijos (as) el (100%) y valoraron como muy positivo el haber escuchado a otras familias que tenían un problema similar (80%).

Estos resultados muestran que el manejo y aplicación del G.P.E. proporciona elementos que permitió a las familias hacer un mejor manejo de la enfermedad, lo cual repercutió en el número de recaídas de los pacientes positivamente, cuando estos fueron apoyados.

Este ejemplo aplicado a esquizofrenia sería interesante plantearlo con personas que viven con SIDA, ya que al parecer uno de los elementos fundamentales para lograr éxito en el tratamiento de estos pacientes es la participación de sus familiares asesorados por el staff de salud.

Otro estudio de G.P.E. es el realizado por Goldstein (1994) para familiares de pacientes esquizofrénicos en el cual plantea que los programas psicoeducacionales para familias se diseñaron con el objetivo de incrementar la efectividad y el rendimiento en la medicación con estresores que han sido exitosos al reducir el riesgo de recaimiento en el primer año.

Goldstein afirma que cuando se pone énfasis en el cuidado de la comunidad, esto, enfatiza las interacciones paciente - familia, lo cual propicia cambios para hacer más breve la hospitalización.

Este autor da un seguimiento a la salida de los pacientes del hospital y menciona varios modelos para una intervención familiar discutiendo sus fortalezas y debilidades para finalmente evaluarlas.

Goldstein explica que la razón por la cual se han buscado mejores alternativas tiene que ver con un gran número de factores; entre los mas importantes cita el tratar de asegurar el rendimiento en el cuidado de la medicación, el limitado impacto que ejercen los agentes farmacológicos existentes en el recuperación de las funciones sociales de los pacientes, la reacción de los periodos de una estancia *inpatient*, de tal manera que los pacientes son tratados en la comunidad en estados de remisión parcial, tomando en cuenta que los miembros de la familia se han encontrado necesariamente con tener que funcionar como cuidadores para sus esposas e hijos esquizofrénicos.

La confluencia de estos factores ha despertado un importante interés en los programas de intervención base - familiar diseñados para utilizar los recursos de la familia con el fin de incrementar el rendimiento en la medicación y reducir el impacto en los estresores, los cuales podrían ser simbólicamente hablando, gatillos de pistola para el recaimiento.

Anderson ha llamado a estos programas de intervención familiar psicoeducacionales por que en ellos se involucran una combinación de materiales didácticos de la

esquizofrenia y estrategias terapéuticas diseñadas para mejorar el manejo del stress, por todos los miembros de la familia a través de un realce en la comunicación y en las habilidades para resolver problemas, una vez que el paciente fue dado de alta y tiene una convivencia más cercana con su familia.

Según este autor hasta el momento los programas psicoeducacionales para familiares de esquizofrénicos aparentan poseer objetivos estratégicos similares, por que tratan de brindar la primer asistencia al paciente y a sus familiares con la finalidad de dar sentido o conocimiento del episodio psicótico a través de algún modelo explicatorio de la enfermedad. En segundo lugar estos programas han buscado asistir a toda la gente que confronta el dolor a la vulnerabilidad que puede ser causada por diferentes factores, entre ellos la ignorancia, o lo que se pudiera presentar en hechos futuros.

Los puntos citados en este artículo, que son abordados en el G.P.E. con esquizofrénicos son:

- Integración de la experiencia psicótica
- Aceptación a la vulnerabilidad de episodios futuros
- Dependencia a la medicación psicotrópica para controlar síntomas
- El significado de los eventos estresantes de la vida, que pueden funcionar como gatillos para la recurrencia de la enfermedad.
- Distinguir la personalidad de la enfermedad.

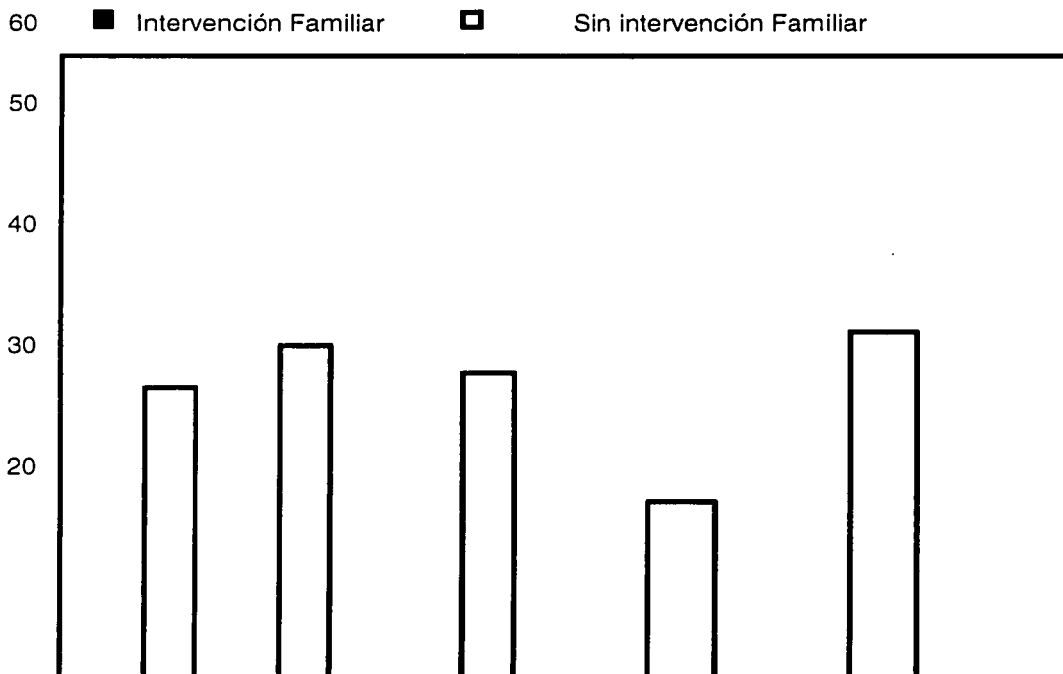
En tercer lugar el G.P.E. busca asistir al paciente y a la familia con respecto a la continua dependencia a la medicación para el control del síntoma.

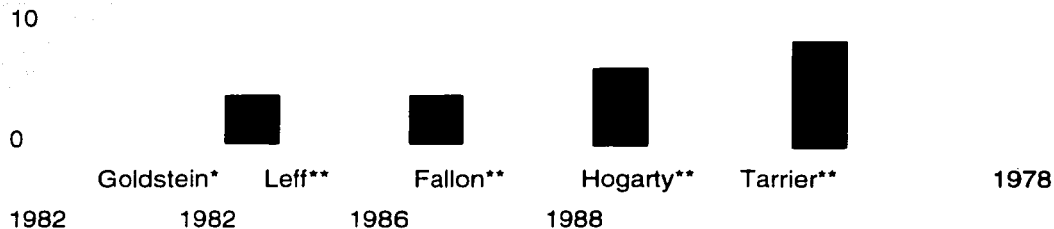
En cuarto lugar el G.P.E. trata de ofrecer tratados, relacionados con el curso de la enfermedad del paciente, y en quinto lugar ubicar que el paciente y sus familiares necesitan aprender a separar las características del paciente que reflejan la variabilidad de su personalidad en la expresión de su enfermedad.

Como en el anterior artículo, este da una gran importancia al entrenamiento de los familiares, para la atención y manejo del paciente. Este entrenamiento obviamente implica la interacción y acción de un importante número de áreas, como son la social, ambiental, psicológica, y biológica.

Como una de las tácticas indispensables para la contención de esta enfermedad por parte de la familia, Goldstein menciona la participación de la misma de una manera directa y paralela a la del paciente en programas psicoeducacionales en los que una vez que el programa se aplica, es notoria la mejoría y la disminución de recaídas. Para ilustrarlo de una mejor manera, este autor publica una tabla, en la que se observan los resultados obtenidos de la adición del tratamiento familiar psicoeducacional, esta estrategia se corroboró en cinco estudios publicados.

La gráfica presenta los resultados que demuestran que hay una reducción constante en el riesgo del recaimiento, por parte de aquellos pacientes cuyas familias acudieron al programa.





Tipo de recaimiento de 5 estudios. Goldstein (7). Leff (8). Falloon (9). Hogarty (10) y Tarrer (11). Contrastando un programa de intervención familiar con la ausencia de tal programa. (pacientes esquizofrénicos con medicación continua) - Seguimiento de 6 meses. _ Seguimiento de 9 meses**.

Después de lo observado, estos autores se preguntaron, que cuáles eran los ingredientes esenciales de un programa psicoeducacional útil, y encontraron que un paquete psicoeducacional breve tiene significado, pero limitados efectos en las actitudes y comportamientos de los familiares. Los factores que fueron afectados y no afectados los citamos en la siguiente tabla:

Factores afectados y no afectados por un programa breve de educación familiar.

Factores afectados

Factores no afectados

Sentirse apoyado por el equipo de tratamiento.

Retención de la información.

Sentido familiar de responsabilidad de la enfermedad

Percepción de síntomas.

Enfermedad entendible

Interacciones con el paciente.

Comportamiento del paciente no intencional.

Burden de la enfermedad.

Menos repulsión al paciente.

Esperanza para el futuro.

Horas por semanas gastadas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Como se puede observar el G.P.E. no es una panacea, sin embargo los efectos de este sobre las familias son muy alentadores. Al parecer la intervención de la familia con conocimiento de lo que van a enfrentar les permite tener intervenciones mas acertadas y objetivas, que repercuten en el buen manejo del paciente.

La doctora Gloria Cuevas Gómez en la Conferencia presentada en el 5to Congreso Nacional de Ampag en Cuernavaca, Morelos en junio de 1993, presenta un trabajo en el que comenta que al intentar recopilar la información adecuada para el mismo, se enfrentó con la escasa literatura que existe acerca de las reacciones en este tipo de grupos y encontró que las primicias en relación con este tema surgieron en el medio hospitalario. Su trabajo es sumamente interesante, sin embargo es un trabajo que no abarca aspectos relacionados con la familia, más bien se enfoca a las reacciones que se dan entre el personal de salud y las personas directamente afectadas por este mal.

Dentro de las conclusiones más importantes obtenidas en este trabajo la doctora plantea es que es necesario hablar de las contra reacciones que los terapeutas experimentan, mediante una supervisión semanal, con el fin de permitirles una mejor postura terapéutica.

Una publicación del Journal of Marital and Family Therapy el terapeuta Harriete C. Jhonson, plantea que los programas psicoeducacionales para pacientes y familiares de personas que han sido diagnosticados con esquizofrenia o desordenes afectivos mayores consisten de cuatro etapas superpuestas: (Anderson en Harriet 1983).

Fase I

Contacto con la familia.- Enfatiza el establecimiento de una alianza de trabajo con la familia con la finalidad de dar atención y cuidado a las necesidades que surgen en la

misma: La idea es la de transmitir una sensación o ambiente de cuidado e involucramiento al rededor de lo que la familia a enfrentado, se trata de promover una actitud libre de prejuicio y crítica en torno al rol que las familias tienen que jugar con su paciente y el deseo que tengan de aprender con respecto a lo que ellos consideraren, que es recibir ayuda, y que consideren que les ayudará en el futuro. Se debe poner especial atención en áreas específicas de estrés en la vida de cada miembro de la familia, tales como el trabajo, en las relaciones interpersonales con la familia extensa, o con la familia nuclear, o en el medio social familiar. Un rol importante del terapeuta, es que éste se debe convertir en el representante de la familia con otros sistemas, tales como, el hospital o la escuela.

En esta temprana fase es cuando se establece el contrato con el terapeuta para llevar a cabo el tratamiento.

Fase II

Trabajo de supervivencia y desarrollo de habilidades. En esta etapa las familias participan en un largo día de trabajo, durante el cual se les proporciona una sesión psicoeducativa que provee información acerca de la esquizofrenia y su manejo. Se les brinda información reciente sobre la sintomatología, causas de la enfermedad y tratamiento, así como teorías sobre la etiología de la misma, que son presentadas en un lenguaje claro y comprensible. Se plantean los pros y contras de la medicación para discutir la importancia de ésta, así como lo fundamental de apegarse al tratamiento, se enfatiza la trascendencia de evitar la recaída, y se pondera el papel de la familia; en el sentido de dar retroalimentación al equipo de atención sobre las reacciones que el paciente va presentando ante el medicamento con la finalidad de tener un mejor control. Otro punto considerado de manera importante es tratar de evitar la etiquetación del enfermo, ya que esta actitud puede promover conductas enfermas que conllevan manipulación para obtener beneficios secundarios con la aparente gravedad del problema que vive el paciente. En este sentido la familia es avisada de que probablemente ellos no son los causantes de este problema, de manera consciente, sin embargo, se les explica que existen cosas que pueden hacer para ayudar.

Se proporcionan instrucciones a las familias sobre el manejo de la enfermedad. Se esbozan una serie de principios y técnicas concretas para el manejo del paciente en cada familia, aunado a esto, se da reconocimiento al gran número de intentos que ha tenido la familia para tratar de enfrentar las raras y extrañas conductas que ha presentado su paciente, que en ocasiones han ido acompañadas de un gran sacrificio, en su intento por ayudar a su familiar. El staff intenta informar a las familias acerca de lo que realmente pueden esperar del paciente. Para esta población, la confianza educacional se dirige hacia decrecer las expectativas durante el periodo de post hospitalización, para permitir un lento proceso de recuperación. Al mismo tiempo se le pide a las familias que pongan límites claros y explícitos sobre las conductas disruptivas de su paciente. Adicionalmente, se habla y enfatiza sobre la importancia que reviste el hecho de que las familias eviten centrar sus vidas al rededor del paciente, tratando de encontrar satisfactores interpersonales e instrumentales fuera de la familia, y dando tiempo y atención a miembros de la familia que no estén enfermos o dentro del proceso de la enfermedad.

Fase III

En esta fase lo que se busca es que la familia pertenezca o se incluya a una sesión de soporte en marcha, tan pronto como la fase aguda de la enfermedad sea lo suficientemente controlada como para que el paciente pueda participar, esto es una vez cada dos o tres semanas durante uno o dos años. Estas sesiones se basan en temas que rescaten las habilidades a usar, reforzando los límites de la familia y que el paciente reasuma gradualmente sus responsabilidades.

Fase IV

Continuación del tratamiento o retirada. Esta fase ofrece a las familias dos opciones:

- a) Mas tratamiento familiar tradicional para resolver conflictos a largo plazo
- b) Sesiones periódicas de soporte y mantenimiento

La elección queda en la familia. Si la familia opta por terapia familiar, esto será por que ellos han detectado áreas que desean trabajar y no por que el progreso del

paciente sea interpretado por ellos como una contingencia de su "trabajo en" los conflictos propios de la familia.

Un factor común en este trabajo es que muchas familias inicialmente se han enfrentado con un problema sobre el cual inicialmente tienen escaso conocimiento. Bajo esta perspectiva se hipotetiza que la ansiedad causada por la prognosis puede generar dolor por la inexperiencia o ignorancia acerca de como responder y manejar las manifestaciones de incapacidad, sentimientos de inadecuación y aprehensión relativos a esta ignorancia, la disposición para atribuir las manifestaciones cognitivas y conductuales del paciente a su propia inadecuación o su pobre capacidad de relacionarse familiarmente, la adherencia a la transmisión cultural de creencias que hacen pensar que no se tiene el derecho de mostrar enojo u hostilidad hacia el paciente y que se debe de ser un puñado de buenas acciones y de bondad, la expectativa de la desaprobación profesional o de sentimientos de culpa opera frecuentemente en la mayoría de estas familias.

Es innecesario decir que la naturaleza, el contrato y el contenido que compone el entrenamiento educacional diferirán de acuerdo al tipo de inhabilidad que se este involucrando, es decir, dependiendo de la problemática que se vaya a tratar, las acciones dirigidas a grupos y personas serán diferentes en cada caso, por ejemplo si el programa es de medicación, el contrato puede centrarse al rededor de la forma en que se usará y monitoreará los efectos del mismo. La duración, el formato y la didáctica contenida en este trabajo, será planeada para conocer las necesidades idiosincrásicas de una población en particular. Para una población en la cual una situación catastrófica es menos significativa que en el caso de otra, los programas educativos de entrenamiento requerirán de menos intensidad que en aquellos para los cuales la catástrofe si es muy significativa.

Ronccone (1993) nos dice que los programas psicoeducativos tienen la finalidad de propagar información clara y objetiva, que promueva la comprensión y hacer que la gente conscientice sobre su responsabilidad sin causar alarmismo, así mismo, señala que la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 1990)

propone que el componente esencial del proceso educacional es la información, la discusión y la aplicación.

De igual manera y apoyado en datos del servicio de salud de Estados Unidos (U.S. Dept. of Health and Human Services, 1989) reitera que si el paciente en realidad no necesita de hospitalización, la tendencia a mostrado como algo muy viable atenderlo en casa, señalando que esto reduce de manera importante los gastos por servicios de salud y ofrece la posibilidad de ser muy bien atendido por familiares y amigos, lo cual puede crear un ambiente muy agradable para la persona afectada.

El cuidado de una persona infectada por el VIH frecuentemente implica modificaciones importantes en la rutina de la familia, el miedo al contagiarse puede ser tan fuerte que la expresión de afectos y caricias puede ser negado, o bien llegar a asumir conductas de higiene o desinfección exageradas, que pueden provocar la sensación de ser rechazado en el enfermo. Otra situación que se puede dar, es que se presenten actitudes de rechazo y resentimiento en los miembros de la familia.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4 Metodología

4.1 Objetivo General

Proponer a la psicoeducación como una herramienta para la R.S.P.V.S. que les permitirá desarrollar habilidades de afrontamiento ante el SIDA, con la finalidad de que logren reducir sus niveles de angustia o ansiedad.

4.1.1 Objetivos Específicos

- Desarrollar habilidades para disminuir el estrés, mejorar la calidad de vida y atención médica integral tanto de las personas que viven con VIH/SIDA (P.V.S.) como de su red social.
- Sensibilizar a la red social a través de la información, en cuanto a la intervención y trabajo multidisciplinario.
- Proporcionar información específica sobre aspectos biomédicos, sociales y psicológicos tales como enfermedades físicas o mentales y estigmatización.
- Proporcionar información específica sobre las enfermedades oportunistas que se presenten en el proceso de cada paciente, para plantear alternativas de cuidados y precauciones para el enfermo y su red social.
- Facilitar la adecuada elaboración en los procesos de duelo ante las diferentes pérdidas que se dan.

4.1.2 Hipótesis experimental y variables

H1 de investigación: Las personas de la R.S.P.V.S. que participen en el G.P.E. disminuirán sus niveles de ansiedad.

H0. Nula: Las personas de la R.S.P.V.S. que participen en el G.P.E. no disminuirán sus niveles de ansiedad.

Variable dependiente

Niveles de ansiedad de los participantes de la R.S.P.V.S.

Variable independiente

Grupo Psicoeducativo

4.1.3 Definición de variables

Niveles de ansiedad de la R.S.P.V.S.- Esta variable se refiere a la disposición que tiene una persona de responder a la tensión psicológica con niveles de intensidad distintos, es un indicador del nivel de ansiedad experimentada por una persona, que mide los cambios de intensidad que involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprehensión.

Grupo Psico educativo.- El grupo psico educativo (G.P.E.) es una metodología para grupos de tarea que trabaja desde el inicio con temas predeterminados, con poblaciones homogéneas y concentrándose en áreas que pueden ser un problema específico o común, existiendo muy variadas estrategias de intervención, las cuales difieren de acuerdo a los criterios de selección y agrupabilidad de los miembros y de acuerdo al tipo de manejo ejecutado por el coordinador o terapeuta del grupo. Los formatos grupales van dirigidos a aspectos psicosociales que van desde los grupos de autoayuda (como los grupos de A.A y N.A.) y los grupos de apoyo, los grupos de tarea (el G.P.E. es un grupo de tarea), etc. El G.P.E usa un formato colectivo como un laboratorio de aprendizaje. Ettin en Castellón (1992) dice que el G.P.E es como: *El espacio para que el terapeuta comparta conocimientos, mientras trabaja alrededor de un tema específico y los miembros aprenden de las experiencias compartidas....*Castrellón, J.(1993).

El G.P.E. también es vivencial ya que se emplean dinámicas que facilitan el aprendizaje, favorecen las relaciones interpersonales y el auto análisis. Conjuntamente se tendrá un continuo apoyo didáctico sobre temas a tratar y así lograr un aprendizaje más significativo.

Red Social.- La familia, amigos, voluntarios e instituciones de asistencia conforman lo que se conoce como 'red social', teniendo una connotación de apoyo o soporte a partir de metaforizar dicho término como 'algo que sostiene' o impide que algo caiga

y se venga abajo; generalmente cobra sentido en situaciones de peligro o amenaza inminente.

Habilidades de afrontamiento.- Encarar, carear, confrontar una persona, cosa o situación. Se refiere a las capacidades prácticas y psicológicas personales que se desarrollan, o se tienen para hacerle frente de manera adecuada a diferentes situaciones de la vida.

Calidad de vida.- Este término se refiere más que a lograr más tiempo de vida, a buscar que las condiciones en que viva la persona sea lo más agradable posible, evitando lo más que se pueda el dolor físico o emocional, aun que esto sea por corto tiempo.

4.1.4 Sujetos y localidad a los que se dirige

Este programa es diseñado para familiares y amigos de personas que viven con SIDA, es decir, es un proyecto que se dirige a la red social de las personas que se encuentran en la penúltima o última fase de la enfermedad provocada por el virus de la inmunodeficiencia humana. En este programa se pueden incluir absolutamente todos los miembros que por sus características físicas y mentales puedan participar en las diferentes actividades que se desarrollarán en el programa, esto incluye a niños, adolescentes, adultos jóvenes y ancianos.

Para la realización de este proyecto es importante involucrar principalmente a la R.S.P.V.S que en este caso será una muestra constituida por 5 redes con sus respectivos pacientes.

Otras personas con gran importancia para el proyecto son el médico que lleva el tratamiento y el psicólogo o coordinador del programa, por último se requiere de uno o dos observadores que colaboraran en el proceso del grupo de diferentes maneras, quienes deben contar con habilidades para hacer reportes de observación y resúmenes de las sesiones, estos deben ser psicólogos o pasantes de psicología. Es una prioridad contar con el apoyo de instituciones o profesionales de otras áreas

que de diferente manera y en distintos momentos pueden tener una participación importante en este proceso.

La localidad puede ser cualquier punto del país en donde las personas estén interesadas por participar y entrenarse en el manejo de esta problemática. En este caso nos enfocaremos a la población que llegue de cualquier punto del país y solicite atención en la fundación Ser Humano Internacional. I.A.P.(Organización no gubernamental de lucha contra el SIDA).

4.1.5 Criterios de selección

Este proceso se llevara a cabo en lo que desde la psicoeducación es conocido como la fase de pre grupo, que consiste en realizar entrevistas previas a la fase propiamente de grupo, se evalúa la perspectiva de los miembros de manera individual de acuerdo a lo establecido en la planeación del proyecto, aquí se analiza la homogeneidad, el ajuste grupal, la especificación de los síntomas y la disponibilidad para el tratamiento, los miembros aptos son seleccionados y preparados para la experiencia cercana al impartir información sobre las metas, reglas, procedimientos y objetivos comunes del grupo. En este momento el líder y los miembros de la red social se ayudarán para establecer una alianza de trabajo y comenzar a fomentar la esperanza y sentido de UNIVERSALIDAD, que debe tener un propósito e interés común.

Las redes que sean invitadas a participar en este proyecto deberán ser personas que reciban atención para su familiar en la fundación Ser Humano y que éste se encuentre albergado en el mismo centro.

Se convoca a la red social de las personas que han sido afectadas por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) que médicamente estén diagnosticadas mínimo como pacientes en fase III de la enfermedad según la categoría señalada por el Dr. Jaime Sepúlveda Amor en su libro ***SIDA, CIENCIA Y SOCIEDAD EN MÉXICO, 1989 fondo de cultura económica, p.168*** en el cual dice que una persona será clasificada en el grupo III cuando *un paciente infectado por el VIH presenta ganglios*

linfáticos inflamados de más de un centímetro de diámetro, en dos o más regiones del cuerpo distintas de la ingle, durante tres o más meses, sin que padezca ninguna enfermedad ni esté tomando algún medicamento capaz de causar dicha anomalía.

Es muy importante que para la aplicación de estos criterios de selección se realice un diagnóstico diferencial y excluir causas diversas de la linfadenopatía generalizada, esto deberá ser hecho por un médico y con base en la observación clínica o por medio de exámenes de laboratorio apropiado.

Las personas de la red social participante en las reuniones deben ser individuos que convivan frecuentemente con el paciente, como mínimo una vez por semana por un espacio de 2 horas y que estén dispuestos a hacer el compromiso permanente de acudir a las reuniones hasta que éste proceso culmine.

Es indispensable que los miembros de la red del enfermo compartan el interés por conocer acerca de la enfermedad y como enfrentarla, así como aceptar participar en las reuniones que se llevarán a cabo por lo menos una vez a la semana por una hora y media.

4.2 El instrumento

El inventario de Ansiedad: Rasgo - Estado (IDARE, versión en Español del STAI, State-Trait-Anxiety Inventori) elaborado por Dr. CHARLES D. SPIELBERGER y el Dr. ROGELIO DÍAZ-GUERRERO se utiliza para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad:

- 1) La Ansiedad - Rasgo (A-Rasgo), SXR
- 2) La Ansiedad - Estado (A - Estado). SXE

Originalmente desarrollado para investigar fenómenos de ansiedad en sujetos adultos normales, es decir, sin síntomas psiquiátricos, y posteriormente se le dio utilidad en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y de bachillerato, y con pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos.

La escala A - Rasgo del Inventario de la ansiedad consiste en veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente.

La escala A - Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado.

Ambas escalas se encuentran impresas en una sola hoja, una en cada lado en ella. La escala A - Estado es designada con las iniciales SXE y la escala A - Rasgo es designada SXR.

La escala A - Rasgo puede ser utilizada como instrumento de investigación en la selección de sujetos que varíen en su disposición a responder a la tensión psicológica con niveles de intensidad distintos de A - Estado para determinar los niveles reales de intensidad de A - Estado inducidos por procedimientos experimentales de tensión, o bien como un índice del nivel de pulsión (P). tal como este concepto es definido por Hull (se refiere al concepto de drive (D) de Hull, 1943 & Spence, 1958). Se ha demostrado que las calificaciones obtenidas en la escala A - Estado, se incrementan en respuesta a numerosos tipos de tensión y disminuyen como resultado del entrenamiento en relajación.

El IDARE también ha resultado útil en el trabajo clínico. La escala A-Rasgo es utilizada para la identificación de estudiantes de bachillerato y profesional, que sean propensos a la ansiedad; y para evaluar el grado hasta el cual, los estudiantes que solicitan los servicios de consejo psicológico o de orientación, son afectados por problemas de ansiedad neurótica. *La escala A - Estado es un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitoria experimentada por clientes y pacientes en orientación, psicoterapia, terapéutica del comportamiento o en los pabellones psiquiátricos.* Puede también utilizarse para medir los cambios de intensidad en A - Estado que ocurren en estas situaciones. Las características esenciales que pueden evaluarse con la escala A - Estado involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión.

Como puede observarse este test cubre las características necesarias para la investigación que aquí se plantea, la característica más importante es que permitirá medir los niveles de ansiedad que manejan normalmente las personas y los niveles de ansiedad que tienen en este momento, en el cual la situación del VIH le plantea muchos problemas y estados de ansiedad importantes. La posibilidad de medir estas características antes de integrarse al grupo y comparar el resultado al final del grupo abre un recurso muy valioso para comprobar la hipótesis planteada.

A continuación se exponen los cuestionarios aplicados:

IDARE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberg, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____

SXE

Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique como se siente ahora mismo, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

1. Me siento calmado (a)	1	2	3	4
2. Me siento seguro (a).....	1	2	3	4
3. Estoy tenso (a)	1	2	3	4
4. Estoy contrariado (a)	1	2	3	4
5. Estoy a gusto (a)	1	2	3	4
6. Me siento alterado (a)	1	2	3	4
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansando (a).....	1	2	3	4
9. Me siento ansioso (a)	1	2	3	4
10. Me siento cómodo (a).....	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo(a).....	1	2	3	4
12. Me siento nervioso (a).....	1	2	3	4
13. Me siento agitado (a).....	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar".....	1	2	3	4
15. Me siento reposado (a).....	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho(a).....	1	2	3	4
17. Estoy preocupado (a).....	1	2	3	4
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a).....	1	2	3	4
19. Me siento alegre.....	1	2	3	4
20. Me siento bien(a).....	1	2	3	4

- 1.- No en lo absoluto
- 2.- Un poco
- 3.- Bastante
- 4.- Mucho

IDARE**Inventario de Autoevaluación****SXR**

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique como se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa como se siente generalmente.

21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente.....	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar.....	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.....	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente.....	1	2	3	4
26. Me siento descansado (a).....	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada".....	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarla	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz.....	1	2	3	4
31. Tomo las cosas muy a pecho.....	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mi mismo.....	1	2	3	4
33. Me siento seguro (a).....	1	2	3	4
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades.....	1	2	3	4
35. Me siento melancólico (a).....	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho (a).....	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso (a) y alterado (a)	1	2	3	4

- 1.- Casi nunca
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Casi siempre

4.3 El programa por sesiones

Inicialmente se proponen once sesiones para este programa y su orden es el siguiente:

Primera Sesión

- I Introducción
- Aplicación del pre - test (Idare)
- Presentación del coordinador y observadores.
- Presentación del equipo multidisciplinario de trabajo
- Presentación de los temas y sus objetivos
- Dinámica de integración y presentación de participantes en el grupo
- Encuadre

Segunda reunión

- II Devolución del compromiso de atención, revalorización del apoyo familiar y planteamiento de las posibilidades reales de apoyo institucional.
- Objetivo.- Ponderar la importancia del trabajo familiar como la base para el consiguiente trabajo multidisciplinario con los pacientes.

Tercera reunión

- III Información básica sobre SIDA para el enfermo y sus familiares
- Objetivo.- Unificar criterios e informar sobre este tema.

Cuarta reunión

- IV La asistencia de las áreas médicas y psicológicas
- Objetivo.- Aclarar la forma de intervención de estas instancias para favorecer el apego terapéutico.

Quinta reunión

- V Cuidados universales y manejo en casa
- Objetivo.- Proporcionar información sobre las precauciones que hay que tener con cualquier paciente que vive con VIH o SIDA y señalar los mitos y realidades de los riesgos de infección que acompañan al VIH/SIDA.

Proporcionar información y herramientas para apoyar activamente al paciente en situaciones de su vida cotidiana. (Higiene personal, preparación de alimentos, momentos de esparcimiento, enfermedades recurrentes etc.).

Sexta reunión

VI

La incertidumbre.

Objetivo.- Dar un panorama lo más cercano posible a la realidad, de como puede ser el primer encuentro con el paciente grave en casa y plantear alternativas sobre el manejo de la situación.

Séptima reunión

VII

¿Cómo aconsejar cuando el panorama es sombrío?.

Objetivo.- Se identificará y favorecerá en los participantes el desarrollo de habilidades para ofrecer una palabra de aliento, que proporcione confort, sin pretender decir al paciente como se debe sentir.

Octava reunión

VIII

La escucha como elemento terapéutico de "cura" emocional.

Objetivo.- Marcar la importancia que tiene el simple hecho de saber escuchar y hacer sentir al paciente que se le entiende.

Novena reunión

IX

Aspectos Tanatológicos

Objetivo.- Promover una idea de la muerte más holística y vista como un proceso natural de la vida, a través del cual se faciliten el proceso de despedida y separación.

Décima reunión

X

¿Y después de la muerte qué?

Objetivo.- Propiciar la reflexión sobre la elaboración del duelo, para que este se considere como parte de todo el complejo que constituye la enfermedad por VIH o SIDA.

Aplicación del post - test Idare

4.4 Beneficiarios

Con la realización de este proyecto se espera en primera instancia beneficiar a las familias y personas que participaran en la investigación directamente. Para tal

fin se propiciara la formación de un grupo lo más homogéneo posible con relación a su posición económica, ideológica, social o étnica. Uno de los puntos importantes de este plan en un segundo momento, es que pueda ser adaptado a diferentes lugares del país con sus peculiaridades, pues un nativo de cualquier localidad, al conocer el manual, podrá replicar y adaptar la información a su comunidad, para formar promotores de salud.

En otro sentido instituciones gubernamentales o privadas podrán aplicar el programa, con grandes beneficios económicos, emocionales y sociales ya que éste busca promover una participación más creativa y activa en las familias, lo que eficientizará los recursos humanos disponibles y reducirá las necesidades de materiales, este programa puede ser replicado a un mayor número de personas pues uno de sus objetivos es que cada persona que participe en el, se convierta en un promotor del mismo, así como de la información y de los materiales que a los participantes se les solicitará realizar, evidentemente este beneficio a manera de cascada representará para las instituciones un ahorro en tiempo, dinero y personal.

Los sujetos a los que se dirige el proyecto son la R.S.P.V.S, el personal que se requerirá para poner en marcha el programa es un coordinador que en este caso será un psicólogo, uno o dos observadores y colaboradores que preferentemente serán pasantes de psicología que estarán encargados de hacer un reporte escrito de las sesiones, se invitará a diferentes especialistas como médicos, enfermeros y un miembro de una red social que ya haya pasado por la vivencia de atender a alguien con este problema, quienes acudirán eventualmente como panelistas expertos.

4.5 Materiales

Los materiales que se requerirán para este trabajo son, computadora, impresora, rotafolios, pizarrón blanco, marcadores de agua, proyector de diapositivas, diapositivas, videocasetera, televisor, videos, grabadora, cassettes, textos, manuales, hojas de papel, lápices y gomas. Algunos materiales serán elaborados por el coordinador del proyecto. Guantes de látex, cómodo, riñón, pato, jeringas, Batas, Cubre bocas, lentes de protección, una cama, sábanas, cubeta, almohadas,

jabón, esponja, toalla, lebrillo, plástico, rastrillo, corta uñas, peine, aceite o crema, shampoo, cotonetes, gasas, isodine, micropor pequeño, algodón, agua oxigenada, utensilios de limpieza personal general.

4.6 Escenario

Esta investigación se llevó a cabo en las instalaciones de Iskalti, Clínica de atención y educación psicológica y en Caritas de México, ambos lugares cuentan con un lugar amplio, aproximadamente con cuatro metros de ancho por doce de largo, con buenas vías de ventilación e iluminación tanto natural como artificial.

En este espacio se pueden colocar cómodamente treinta sillas en forma de círculo, la luz es blanca, directa del techo, contando con focos del tipo alargado de gas, así como una ventana que asegura buena iluminación durante el día.

4.7 Costos del programa

Los costos serán variables dependiendo de la calidad estética que se le de a los materiales, sin embargo, pensando más en la calidad de los contenidos, de la información, de los temas desarrollados, de los expositores, de los materiales gráficos, de la pericia del coordinador para el manejo del grupo, de la didáctica empleada para lograr los objetivos, en realidad se puede manipular el costo. Como un ejemplo hablaremos de la realización de un programa con los materiales más económicos.

4.8 Personal requerido

Familia No requiere costo alguno, o un pequeño costo por pasajes y el tiempo que invierten para la sesión.

Amigos No requiere costo alguno, o un pequeño costo por pasajes y el tiempo que invierten para la sesión.

Psicólogo La participación de este profesional es necesaria durante todo el proyecto por lo tanto es necesario buscar de que lo realice alguien gratuitamente, esto puede conseguirse con personas o instituciones que realizan servicios voluntarios asistenciales, o bien si el programa es aplicado a una institución, que

esta actividad se incluya en el horario que previamente se tiene contratado con el profesional como una más de sus actividades. Por lo tanto el costo puede ser reducido a cero. Para que la situación sea más explícita, se describirá el programa aplicado en Ser Humano donde éste es parte de las actividades que realizan los psicólogos.

Médico En el caso del médico la participación puede ser más aislada, se puede acudir a él únicamente cuando existan dudas sobre el tratamiento o las enfermedades y esto puede requerir de tres o cuatro participaciones de hora y media cada una en el mes. Se puede plantear la misma situación que con los psicólogos, o acudir a especialistas de manera particular lo cual obviamente en cualquier caso inflaría importantemente el costo del servicio. En este caso Ser Humano cuenta con su equipo de especialistas, pero, en el caso de que ellos no puedan atender esta necesidad se recurre a otras instituciones que casi siempre están dispuestas a colaborar gratuitamente o por medio de intercambios, este apoyo se solicita con cartas dirigidas a los departamentos de trabajo social.

Instituciones o Profesionales de Otras Áreas El contar con la información y contactos para acceder a otros grupos es un factor que nos permitirá ahorrar en varios sentidos, por lo que también aquí podemos lograr que el programa sea gratuito o con los mínimos costos. A partir de contactos establecidos con profesionales del área de la salud.

Si para el objetivo planteado se convocara a un invitado de otra institución se le puede ofrecer un presente pequeño o bien una invitación a comer, o bien dar un reconocimiento, se hace un contrato por el tiempo que durará el programa, se le exponen objetivos, beneficios y se le ofrece un reconocimiento institucional que de diferente manera y en distintos momentos pueden tener una participación importante en este proceso.

4.9 Número de sesiones

En este momento se plantean diez, y dependiendo del desarrollo del grupo podrían ser ampliadas, ya que cada tema podría ocupar más de una reunión.

4.10 Resultados Del Test De Ansiedad Idare

	ANTES DEL GRUPO PSICOEDUCATIVO		DESPUES DEL GRUPO PSICOEDUCATIVO	
	Ansiedad Estado (SXE) Transitoria	Ansiedad Rasgo (SXR) Dif. Individ. Estable	Ansiedad Estado (SXE) Transitoria	Ansiedad Rasgo (SXR) Dif. Individ. estable
Familia 1	53	46	41	41
Familia 2	45	53	32	39
Familia 3	45	42	34	44
Familia 4	61	45	27	47
Familia 5	50	53	38	55
	254	239	172	226
	$\frac{1}{2} = 50.8$	$\frac{1}{2} = 47.8$	$\frac{1}{2} = 34.4$	$\frac{1}{2} = 45.2$

La media obtenida en las familias antes de aplicar el G.P.E. fue de 50.8 en relación con la ansiedad estado y de 47.8 para la ansiedad rasgo.

Aun cuando los resultados obtenidos en este grupo son muy significativos, es notorio que esta población no es representativa del grueso de las personas que en México se han visto afectadas por el SIDA. Por tal motivo este trabajo es presentado como **un reporte experimental** utilizando como método experimental un **cuasiexperimento**. El termino de cuasiexperimento se da a los estudios donde se aplican procedimientos experimentales, pero en los que no es posible la distribución aleatoria de las condiciones. Un ejemplo es el diseño pretest/tratamiento/postest. En el cual se puede evaluar un grupo de personas con alguna afección, antes de la ejecución de un nuevo programa de entrenamiento, y evaluarlos otra vez, después de que éste se haya completado. (Coolican 1997).

Dejando clara la idea de que, una investigación como esta, se debe trabajar aun más para comprobar la efectividad de la misma.

El trabajo estuvo constituido por diez reuniones en las que se transmitieron conocimientos básicos sobre el VIH y en las que poco a poco se fue haciendo un

diagnóstico y detección de necesidades, que fue lo que permitió saber cuales eran los puntos a profundizar.

4.11 Guía de actividades por sesión y viñetas

La siguiente es la guía de actividades desglosada por sesión para la persona que funge como facilitador:

NOMBRE DEL TALLER.- Grupo Psicoeducativo para familiares de personas que viven con VIH/SIDA

REUNIÓN.- Primera

TEMA	SUBTEMAS	OBJETIVO	ACTIVIDADES A REALIZAR	FUNDAMENTOS TEÓRICOS	MATERIALES	DURACION
INTRODUCCION	Aplicación del pre-test (Idare)	Implementar un instrumento de medición de la angustia	Repartir el cuestionario, dar instrucciones y que lo resuelvan	Inventario de Ansiedad - Rasgo - Estado	Cuestionarios y lápices	15 min.
	Presentación del coordinador y observadores	Organizar	Breve presentación estilo personal	Dr Charles D Spielberg		5 min.
	Presentación del equipo multidisciplinario de trabajo	Organizar	Breve presentación estilo personal	Dr Rogelio Diaz-Guerrero		20 min.
	Presentación de los temas y sus objetivos	Organizar	Breve descripción de lo que se hará	Manual e Instructivo Edit Manual Moderno		15 min.
	Dinámica de integración y presentación de participantes en el grupo	Integrar al grupo	Se explica y aplica la dinamica de integración, el rollo de papel o Pedro Pablo	Manual de dinámicas de grupo de Iskalli	Un rollo de papel o una silla al centro del grupo	45 min.
	Encuadre	Establecer reglamento de trabajo	Fijar - Fechas, Horarios, Motivos de exclusión lo que ellos quieren que se respete, duración del taller		Pizarrón	10 min.
	Preguntas	Aclarar dudas				10min

A continuación agrego algunas viñetas que ejemplifican como fue el desarrollo de las sesiones.

1a. REUNIÓN DE GRUPO PSICOEDUCATIVO

Fase de orientación

En esta fase se promueve la unión del grupo, se define la tarea común, se establecen reglas, límites, procedimientos, se va creando una atmósfera de trabajo viable, se espera que surjan transferencias positivas, una dependencia desarrollada sobre el líder como experto.

Tema

Reunión de planeación y organización

Objetivo.- Organizar, presentar e iniciar la integración grupal.

PARTICIPANTES.-

CARLA, XX, WALLY, TONY, FERNANDA.

EQUIPO.-

PSIC. MIGUEL ÁNGEL, DR. ISAAC, T.S. LUCERO, ALFONSO Y SILVIA.

Para dar inicio a la sesión se cita a las 3.00 p.m. pero esto no es posible porque hay un retraso de 20 minutos.

INTRODUCCIÓN Y PRESENTACIÓN

Es dirigida por el Psic. Miguel A. de León M.

El grupo estableció las siguientes reglas.-

Estar en armonía y confianza.

Sugerencia del coordinador.

Que participen más familiares.

Dinámica.-

Participación y presentación de participantes.-

Consistía en platicar acerca de nuestra vida con la otra persona y viceversa, posteriormente hacer una presentación por binas en la que cada participante se presentaba como si fuera el compañero. La sesión resulto divertida, se rompió el hielo, y se pudieron observar algunas características de la personalidad de cada uno.

Desarrollo del grupo.-

XX quien fue la primera persona en hablar se caracterizó por ser una de las participantes más abiertas y con mayor conocimiento sobre el tema, mostró una actitud de apoyo y fortaleza para los miembros del grupo, lo cual fue tomado con agrado por los integrantes del mismo. XX narró que es su esposo quien está infectado y al platicar su historia asegura que ha sido muy difícil enfrentarse a la ignorancia y al rechazo social, dice que una de las cosas más difíciles de enfrentar ha sido el trato que tiene que darle a su esposo por que es como un niño, que lo tiene que cuidar y defender, por que el ha perdido toda motivación y ánimo de vivir. Tony se mostró como una persona reservada, cautelosa, amable pero con sus reservas. Sus comentarios fueron bien recibidos por el grupo, y en su caso es su hermano quien esta infectado. Ella explica que acude a este grupo por que no sabe como ayudarlo, su hermano se ha encerrado en sí mismo y le preocupa que esto le haga daño, desea prepararse para ayudarlo y entenderlo. Dentro de las preocupaciones que más expreso, esta el hecho de que los niños que hay en su casa, (hijos y sobrinos) conviven con su hermano y ellos no saben que vive con VIH, y le preocupa que haya riesgo de infección para éstos de alguna manera.

Fernanda mostró una actitud un poco más agresiva y decidida, brindando al grupo comentarios muy francos y hablando con algunas groserías. Con ella también es su hermano quien esta infectado y dice que su enfermo esta tan desesperado que ha intentado suicidarse dos veces, una tratando de colgarse y otra hizo una mezcla de medicamentos y se los tomó a la vez.

En el caso de Wally es su papá la persona infectada y comenta que ha sido difícil, ya que su papá no pone de su parte para cuidarse. Para ella ha sido difícil entender y aceptar que su padre vive con VIH, por que ello implica que engaño a su madre y que probablemente este infectada. Wally es la integrante más joven del grupo y fue muy entusiasta, con amplios conocimientos sobre VIH y muy accesible a todo el grupo.

Carla fue la persona más tímida, reservada, desconfiada, mientras la mayoría expuso datos personales ampliamente, ella apenas y dio su nombre. En el caso de Carla es su hermano quien está infectado, pero al parecer hay otras persona en su familia que también lo están, ella fue muy confusa en su discurso.

Esta primera reunión se llevó a cabo en buenos términos. Todos los participantes estuvieron dispuestos a seguir adelante les gusto la sesión, mostraron interés y disposición para continuar.

El panorama al interior de la reunión fue muy positivo, sin embargo, Tony y Fernanda mostraron preocupación por que para venir tienen que dejar encargados a sus hijos, de hecho Fernanda comento que llegó tarde porque no tenía con quien dejarlos, lo cual a decir de ella le preocupa pues no quisiera faltar a ninguna reunión. Al finalizar la reunión pareció sentir confianza con las otras personas y en ese momento expreso que le gusto mucho, y que piensa seguir adelante.

Tony.- Se manifestó nerviosa porque dejo a sus hijos con su esposo, le gusto mucho la sesión tiene muchas ganas de seguir participando ya que tiene muchas dudas, miedo y angustia. Dice que para superar su crisis desea apoyar a su hermano en todo y le agrada pensar que va a contar con nuestro apoyo.

Carla. Se mostró sumamente nerviosa, se le tuvo que brindar apoyo para resolver el pre test, por que dijo que no veía y no entendía. Al parecer esto se debió a que estaba muy angustiada. Aparentemente su temor correspondía a lo que le esta pasando a su familia, puesto que son tres los infectados(dato que le dio en privado a la persona que le ayudo a resolver el test). La observadora que le apoyo, comentó que Carla tenía muchas ganas de llorar por su impotencia, y cree que hay algo que oculta por que su charla era confusa y misteriosa.

XX y Wally.- Mostraron mucha confianza con el grupo, pero la manifestaron aun más con Carla con quien platicaron mucho después de terminar la sesión. Al parecer lograron tanta confianza que XX la invito a su casa.

Observaciones y conclusión

En esta primera reunión los objetivos se alcanzaron, el grupo se empezó a integrar, (Incluyendo al equipo multidisciplinario) parece que se creó un ambiente de confianza, situación que se favoreció gracias a que todos ellos tienen en común un familiar con VIH/SIDA, y esto es algo que no pueden comentar con cualquier persona, sus dudas, miedos, angustias, temores, o corajes con relación a esta enfermedad no es algo común, ni siquiera es algo que se entienda.

Se implementó el Instrumento de medición de la angustia.

Se dieron las bases de Organización.

Se Estableció el reglamento de trabajo o encuadre.

Como parte de las conclusiones finales ellos dijeron que deseaban unirse para luchar por los derechos de sus familiares, ya que merecen ser atendidos dignamente como cualquier otro paciente.

También concluyeron que la familia debe de ser el soporte más importante del paciente para que este logre una mejor calidad de vida.

GUIA DE ACTIVIDADES PARA LOS INSTRUCTORES

REUNIÓN.- Segunda

TEMA	SUBTEMAS	OBJETIVO	ACTIVIDADES A REALIZAR	FUNDAMENTOS TEORICOS	MATERIALES	DURACION
Bases para el trabajo Multidisciplinario y Familiar	Devolución del compromiso de atención.	Ponderar la importancia del trabajo familiar como la base para el consiguiente trabajo multidisciplinario con los pacientes. Haciendo énfasis en las ventajas económicas, morales y personales que se obtendrán.	Reflexión, sensibilizando a compartir la atención a su familiar. Se plantean preguntas como.- ¿Por que están aquí? ¿Qué esperan de ? Se plantea lo que se hará.		Pizarrón, marcadores, acetatos, proyector.	15 min.
	Revaloración del apoyo familiar	Ponderar la importancia de la creatividad, la comunicación y el apoyo entre familiares para enfrentar efectivamente el VIH/SIDA.	Dinámica el "la familia crea algo" Actividad en silencio.	Manual de Dinámicas de Iskalti.	Plastilina, penónico, resistol, palitos de madera, revistas.	10 min.
	Planteamiento de las posibilidades reales de apoyo institucional.	Exponer y hacer consciencia de cual es la parte de la que se compromete el equipo Multidisciplinario y cual no les corresponde.	Reflexión. Revisión de reglamento, descripción general de las funciones mas importantes de los especialistas del equipo, brindada por cada especialista. (Enfermera, médico, psicólogo, amigo voluntario, etc). aclaración de dudas.		Manual de descripción de funciones de los especialistas.	20 min. 50 min

2ª. REUNIÓN DE GRUPO PSICOEDUCATIVO

Fase de orientación

En esta fase se promueve la unión del grupo, se define la tarea común, se establecen reglas, límites, procedimientos, se va creando una atmósfera de trabajo viable, se espera que surjan transferencias positivas, una dependencia desarrollada sobre el líder como experto.

Tema

Bases para el trabajo Multidisciplinario y Familiar

- **Objetivos.-** Ponderar la importancia del trabajo familiar como la base para el consiguiente trabajo multidisciplinario con los pacientes.
- Hacer énfasis en las ventajas económicas, morales y personales que se obtendrán.
- Ponderar la importancia de la creatividad, la comunicación y el apoyo entre familiares para enfrentar efectivamente el VIH/SIDA.
- Exponer y hacer consciencia de cual es la parte a la que se compromete el equipo Multidisciplinario y cual no les corresponde.

PARTICIPANTES.-

CARLA, XX, WALLY, LORENZO, FERNANDA.

EQUIPO.-

PSIC. MIGUEL ÁNGEL, DR. ISAAC, T.S. LUCERO, OBSERVADORES ALFONSO Y SILVIA.

Para dar inicio a la sesión se cita a las 3.00 p.m. pero esto no es posible porque hay un retraso de 15 minutos.

A continuación se toma una fracción de la sesión, tomando lo que se considero más significativo para describir el proceso y alcances del G.P.E.

El coordinador plantea el objetivo del día y se inician las actividades con la pregunta ¿Por qué están aquí?

Fernanda inicia su discurso y comenta que acude por que tiene un hermano infectado, ellos se enteran del Dx de su hermano en Octubre del 98, y que para estas fechas su hermano tiene un hongo en el cerebro y ha perdido capacidades mentales. Lo que más le molesta de esta situación es que su hermano no pone nada de su parte para su atención, no se baña, no se cuida, no toma sus medicamentos,

esta muy enojada y el cansancio de esta situación la agota. También explica que se siente culpable ya que lo regaña constantemente por que se desespera, "Tengo muchas cosas que hacer y yo soy la que lo tengo en mi casa, tengo 4 hermanos, pero no pueden tenerlo en sus casas, por que sólo yo tengo espacio". Fernanda rompe en llanto y le señalo que las cargas de responsabilidad son desequilibradas y que esto la esta enfermado a ella y puede alcanzar a su sistema familiar, le señalo la importancia de equilibrar el trabajo y de que ponga limites a sus hermanos. Fernanda sigue hablando al rededor

de que él puede hacer cosas y no las hace, durante todo su discurso habla muy rápido, de manera muy fluida y sin parar, intente detenerla 2 o 3 veces y no me lo permitió, se llevo cerca de 30 minutos hablando. Finalmente comenta que ha recibido información de médicos lo cual le ha ayudado, por que cuando su hermano adquirió tuberculosis (Tb), creía que se iba a infectar ella y su familia, el médico le explicó que la Tb de su hermano era pleural y que no había riesgo de infección, se hizo análisis ella, sus hijos y su esposo obteniendo resultados negativos a la Tb. También comento que su hermano tuvo herpes y no sabía si era contagioso o no, cuando esto sucedió, dice que muchas veces toco la herida para curarlo y no sabe si eso estuvo bien o mal.

Continuo platicando que su hermano fue detectado en el mes de Octubre de 1998, su hermano es homosexual y piensa que por su estilo de vida se contagio, de hecho es travestí, dice que toda la familia le decía que tuviera mucho cuidado.

Fernanda explica que son 6 hermanos, y que todos trataron de prevenirlo cuando el problema inició, sin embargo, su hermano no lo acepto, al parecer esto fue muy duro para él, por que empezó con tuberculosis y un derrame pleural. Ella dice que se enteró de lo que su hermano realmente tenía; 20 días después de que le hicieron la prueba y que al saber, quiso ocultarle la enfermedad. "Yo trate de encapucharlo, trate de engañar a mi hermano al no decirle la verdad sobre el resultado. Trate de tomarlo lo más natural posible, pero el se dio cuenta y me dijo que le había mentado".

Mas tarde explica que su papá no sabe, que el doctor los mando a CONASIDA, o a un lugar donde los apoyaran con el medicamento, Fernanda no tenía conocimiento de lo que era ser SEROPOSITIVO, ella se confundió con el tipo de sangre y la decían al doctor que eran O POSITIVO, entonces el doctor al ver su confusión le explico que el salir SERPOSITIVO es por que tenia el VIH, para confirmarlo el medico le hizo algunas preguntas sobre el perfil de su hermano.

Fernanda se ha hecho cargo de él, vive con ella en su casa, algunas veces ella lo trata duramente para que reaccione ya que no quiere comer, ni tomar los medicamentos a sus horas, a Fernanda le crea conflicto y se desespera, pues tiene una bebita de 10 meses y la descuida aveces por atender a su hermano, o ir por el medicamento, preparar la comida y atender a su esposo y otros niños.

Dice que entre sus hermanos no pueden atenderlo porque viven con otras familias y que por falta de información la misma familia los rechaza.

Fernanda quiere que él sea responsable por tomarse el medicamento y a la hora indicada, ella como amenaza le dice que lo va a llevar a un albergue para ver si así entiende("esto obviamente no lo haría").

Cuando la gente, o sus vecinos le preguntan por la salud de su hermano, ella les comenta que tubo tuberculosis y un cuadro de anemia severo. "Mi hermano cuando decida decir lo que padece, va a ser decisión de él, no de nosotros".

"También algunos médicos son muy alarmistas pues nos dijeron que toda la familia que vivía con él estábamos contagiados y eso no es cierto nos hicimos los estudios y salieron negativos".

El paciente de Fernanda tiene herpes actualmente, y dice que ella por ignorancia lo tocó, cuando fueron a consulta se lo comento a la doctora y ella le dijo que tuviera precaución.

Al terminar su discurso, dio un gran suspiro y asumió una postura de relajación en su silla.

Carla.- Nosotros empezamos con uno de mis hermanos que ya falleció, tengo tres que se han ido a los Estados Unidos y de ahí han regresado infectados. Cuando vi a mi hermano lo vi muy desgastado y le dije que se viniera a México con su esposa, por que ella también está infectada. El llegó con vómito y diarrea, por ahí de Julio o Agosto, ahora mi cuñada está muy mal yo creo que a punto de morirse, en el caso de mis otros hermanos todos se han infectado por transmisión sexual.

Mi hermano Angel es soltero vive solo, yo le doy sus alimentos, pero ha adelgazado mucho, se hizo la prueba y lo acompañe a recoger los resultados que salieron positivos. Yo deseo apoyarlo cuando se ponga mal, mi hermano no tiene ningún apoyo ya que lo despidieron de su trabajo de teléfonos.

A mi no me pesa estar atendiendo a mi hermano, el único problema es que mi hermano está sordo a raíz del VIH. Después de esto el grupo guarda silencio y Carla no deseo continuar.

XX.- Yo acudí a este lugar por que deseo seguirme informando y ayudar a otros si se puede, me gusta compartir mi historia, por que a otros les puede servir. Yo veía la T.V. donde se hacían marchas y pedían medicamentos para las personas infectadas por el VIH, sin embargo, yo lo veía muy alejado de mi vida, como que a nosotros no nos va iba a tocar. Mi esposo era un desmadre, se drogaba y tenía relaciones con distintas mujeres, cuando empezó a estar mal, mi hermana de Cancún siempre me empezó a decir que le hiciera la prueba ya que tenía cándida, hasta el dentista nos dijo que se hiciera la prueba. Finalmente se la hicieron y el día que nos dieron los resultados, mi esposo me decía "XX no los abras", pero yo los abrí y el diagnóstico decía seropositivo. Su reacción fue golpearse en la cara, --- XX empezó a llorar y continuo--, empezamos a pedir información, tuvo el apoyo de la familia, se hizo la prueba en la fundación, el Dr. Ángel Guerra me recomendó a un grupo de auto apoyo y en la actualidad soy voluntaria en Caritas de México.

La otra cosa que me preocupaba es que yo resultara infectada, sin embargo, mis estudios han salido negativos, tengo metas de salir adelante y por sobre todas las

cosas apoyar a mi esposo, él antes era comerciante, músico, mesero, le hacía de todo, con esos trabajos consiguió el IMMS, ahí le han hecho estudios y lo han tratado, pero a veces lo tratan mal. Los últimos estudios dicen que el virus se le fue al cerebro, y esto le provoca convulsiones, los médicos le decían que ya no tenía remedio, yo siento que la forma en la que se lo dijeron fue sin tacto y con malos tratos, eso no se vale.

Yo estoy al pie del cañón ya que a mi esposo le dio un infarto cerebral, quedando con hemiplejía del lado izquierdo, eso es algo muy duro por que pierde movilidad muy importante. En Navidad me lo dieron de alta y le recetan anfotericina, penicilina un medicamento que requiere de un manejo especial, yo pedí ayuda y la jefa de enfermeras me enseñó como administrar los medicamentos en casa para aplicárselos a mi esposo y ahí empecé a hacerla de enfermera de mamá, de sirvienta, de todo, hasta que poco a poco mi marido volvió a caminar.

Actualmente estamos en un protocolo, y nos dan medicamento pero él actúa como un niño por la lesión que tiene en el cerebro, por eso lo tengo que tomar de la mano en la calle para que no se vaya a perder, es como mis niños de diez y once años.

Mi hermana como estaba mejor informada me daba cloro para hacer la limpieza y lavar los trates y que separará todas sus cosas de las demás para que no fueran a infectar los demás, ahora voy a talleres, conferencias, pláticas sobre VIH/SIDA para informarme mejor.

En el hospital casi todas las personas, desde trabajo social hasta la gente conocida me decían "ya llego XY(el esposo) con su mamá ", porque así lo trato, hasta para atravesar la calle, ya que él no coordina bien. La información que le hemos dado a nuestra familia es que a mi esposo le dio cáncer y que está desahuciado, para mí es muy triste ver que incluso a su mamá no le importa, ni siquiera le interesa visitarlo. Creo que este trabajo va a ser muy bueno, yo casi siempre oriento y escucho a otros, pero hoy que hable tanto me siento descargada.

Tony y Lorenzo .- En nuestro caso tenemos enfermo a mi cuñado, el hermano de ella, nosotros sabíamos que tenía a su compañero, MANOLO, es contador público. Yo sospeche por que vi que tenía medicamento AZT, 3TC,etc.

-Terapeuta Miguel- ¿Cómo sabes de medicamentos?

-Lorenzo- Es que soy dentista, paso como un año... cuando el compañero de mi cuñado se empezó a sentir mal, y fue a parar al hospital, yo vi que mi cuñado se sentía deprimido por la enfermedad de su compañero, quien finalmente murió. Actualmente los únicos que sabemos que mi cuñado es bisexual, somos mi cuñada, su hermana y yo.

Yo estoy aquí por que no se nada de esta enfermedad y me quiero preparar para cuando llegue lo peor. Manuel no ha recaído y no le gusta que lo veamos mal, casi nunca le gusta recibir ayuda, al contrario siempre trata de darnos, pero hasta donde él nos deja ayudar lo vamos a hacer, esto ha sido medio desconcierto, yo creo que Manuel en cuanto supo comenzó a tomar el medicamento del IMMS, con el cocktail de medicamentos, eso es lo único que se y que con los medicamentos se puede retener al virus.

Wally .- Cuando yo iba en el último semestre de la Prepa fue cuando me enteré, cuando mi papá me lo dijo lloramos. Para mi no fue un golpe muy drástico a la que afecto mas fue a mi mamá y a mi hermano, desde el momento que recibió la noticia, sin querer me tope con la gente que me ayudo e informó cuales son las tres etapas.

A mí me gustaría seguir adelante para apoyar a mas personas, yo vi la otra cara de la enfermedad, y como todos los procesos, tienen su final. Yo creo que para mi mamá es más difícil, por que ella es mamá, es esposa y las responsabilidades son mayores, yo soy la hija, la reacción que más tengo es de que no deben agredir al paciente. Yo tengo el deseo de ser voluntaria por que en este andar me di cuenta de que hay muchos pacientes abandonados. Yo creo que algo de lo que me tengo que ocupar es que cuando mi papá falte yo voy a cuidar a mi hermano porque yo soy más realista.

Cuando Wally terminó de exponer su historia el grupo permanecía en silencio, reflexivos o por lo menos parecía que pensaban en algo, se les invito a hacer comentarios y todos guardaron silencio, acto seguido se les invito a la siguiente actividad.

Dinámica

En este momento se les motivo a participar en la dinámica "La familia crea algo", en esta actividad el grupo hace algo, pero, la actividad se hace sin hablar, cada quien hace su propia parte y luego lo integra. Las instrucciones fueron claras, el grupo tenía que crear algo como equipo con plastilina con la premisa de que no podían hablar.

Material.

periódico, tijeras, resistol, plastilina.

Todo el grupo opta por la plastilina

Observaciones y conclusión

En la sección en la que las familias tuvieron que crear algo, predominó la actividad individual, a pesar de que la indicación fue "hagan algo como equipo", tardaron bastante en iniciar, lo cual a pesar de que en la sesión anterior se logró cierto nivel de integración grupal, esto representó que el grupo aun no lograba una integración adecuada, cada uno hizo una figurilla que colocaron muy cerca de sus respectivos lugares. Lo cual se interpreto como una forma de poner distancia entre ellos. Mas tarde, cuando se analizo la sesión, ellos mismos corroboraron esta idea al explicar que les daba pena hacer algo en conjunto, y que era especialmente difícil por que la dinámica no permitía usar el lenguaje verbal, con lo cual podrían hacer algo que el otro no quisiera y molestarlo. Durante el análisis, por iniciativa propia decidieron volver a intentar hacer algo, propuesta inicial de XX y en silencio, se acercaron al centro, tomaron cada uno sus piezas y construyeron una casa con una estatua. En esta oportunidad se les abrieron las puertas de la comunicación no verbal y se logró sensibilizarlos a valorar la importancia de la creatividad, la comunicación, el apoyo

entre miembros de las familias para alcanzar un objetivo. Así mismo dentro de la parte de exposición se les sensibilizo y aclaro sobre cual es el papel del equipo de salud y como lograr una mejor colaboración, concluyendo que estos elementos y la visión de trabajo integral de los profesionales y los familiares nos pueden llevar a un mejor desempeño, con lo cual todos se sienten más a gusto en un trabajo tan difícil.

Descripción del desarrollo de la dinámica

Wally.- Realizó 3 figuras (lo hizo con mayor rapidez), a decir de ella, hizo a Dios a un niño y los obstáculos que hay en la vida.

Para ella la escultura significó El niño la esperanza, se va a topar con barreras y los tiene que afrontar, El árbol es la vida, la mujer la fuerza.

Fernanda.- Elaboró un árbol, para ella significa un roble (que pase lo que pase) siempre tienes que ser fuerte, que nada nos tire siempre tratar de estar firmes. Dice que para ella si es muy importante la comunicación.

Lorenzo.- Hizo una casa, para él significa protección, ayuda. Y comenta que al no haber comunicación penso que la actividad resulto muy individualista.

XX.- Construyó un cuerpo de mujer sin manos (porque la mujer va a la guerra sin armas pero es muy fuerte). El significado de la pirámide es.- el árbol, la casa, y la mujer que puede hacerlo todo.

Carla.- Es la ultima en terminar su figura. Elaboró un muñeco dijo que era ella, al no haber comunicación ella quería preguntar que hacer.

Como se observa la actividad resultó muy proyectiva cada uno de ellos en sus descripciones hablan de sí mismos y de lo que este problema está significando en su vida, así mismo, se puede ver la expectativa idealizada que cada uno tiene de sí mismo.

Cada uno al terminar va dejando por separado su figura, Miguel Ángel les cuestiona ¿qué piensan de la actividad? Al tiempo que aclara la premisa inicial. Hacer una sola figura, en equipo y en silencio.

XX dice que deben unirse y empieza a unir cada una de las piezas, los demás la siguen y en silencio empiezan a hacerse señas para armar una escultura.

Finalmente el grupo concluye y coincide, respecto a la comunicación que si no la hay se pierde y desperdicia demasiados recursos, hablan sobre la importancia de lograr la integración con la comunicación, y explican que para lograr el objetivo de un trabajo multidisciplinario hay que ser un equipo. Se refuerza la idea de que la piedra angular va a ser la familia, los amigos o la pareja.

Miguel Ángel sugiere a Fernanda compartir responsabilidades con sus hermanos, repartir las cargas de trabajo. No hacer a su paciente y a sus hermanos, tan dependiente de ella, si puede bañarse él solo que lo haga, comer, si puede trabajar que trabaje, para que esto no llegue a ser una carga.

GUIA DE ACTIVIDADES PARA LOS INSTRUCTORES

REUNIÓN.- Quinta

TEMA	SUBTEMAS	OBJETIVO	ACTIVIDADES A REALIZAR	FUNDAMENTOS TEORICOS	MATERIALES	DURACION
Precauciones universales y el manejo en casa.		Proporcionar información sobre las precauciones que hay que tener con cualquier paciente que vive con VIH o SIDA y señalar los mitos y realidades de los riesgos de infección que acompañan al VIH/SIDA.	Bienvenida Definición, exposición y demostración de lo que son las Precauciones Universales.	Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por Virus de la inmunodeficiencia humana. Pag 32-34.	Pizarrón, Marcadores, Geringas, Guantes de latex, Bata, Ropa impermeable, Un lavamanos, jabón de manos, máscara o lentes, Frasco de vidrio, cloro, agua, alcohol, agua oxigenada, Bolsas impermeables, Masking tape, o etiquetas, marcador rojo.	5 min 1 hr.
		Proporcionar información y herramientas para apoyar activamente al paciente en situaciones de su vida cotidiana. (Higiene personal, preparación de alimentos, momentos de esparcimiento, enfermedades recurrentes etc).	Exposición Riesgos en casa Exposición y demostración de Higiene en casa. Recomendaciones para la alimentación. Exposición y demostración de la limpieza del cuerpo. Exposición y demostración de la higiene y cuidado de heridas.	Guía para la atención domiciliaria de personas que viven con VIH/SIDA. Conasida Guía para el cuidado en el Hogar de personas con el SIDA American Red Cross in Greater New York.	Acetatos o Rotafolios Acetatos o Rotafolios Acetatos o Rotafolios Video y dramatización Video o dramatización	5 min. 10 min. 10 min. 15 min. 15 min.

5ª. REUNIÓN DE GRUPO PSICOEDUCATIVO

Fase de No satisfacción/ Resolución

En esta fase frecuentemente es la más difícil, tanto para el principiante como para el líder experimentado por que se presentan importantes resistencias. En esta fase el líder ayuda al grupo a definir lo que se espera y lo que es posible y comienza a enseñar y a desarrollar las habilidades indispensables para la realización de metas realistas. El poder de la resistencia es canalizado hacia la rebelión y alianza contra el síntoma. El líder trabaja ayudando a los miembros a desafiar el problema, reta al grupo a expresarse sin inhibiciones, mas que a desertar. Consecuentemente, la meta psicoeducativa, en esta etapa, llega a

incluir o redirigir los componentes afectivos del tema mientras promueve mutuamente, la identificación y la cohesión.

Tema

Precauciones universales y el manejo en casa.

Objetivos.- Proporcionar información sobre las precauciones que hay que tener con cualquier paciente que vive con VIH o SIDA y señalar los mitos y realidades de los riesgos de infección que acompañan al VIH/SIDA.

Proporcionar información y herramientas para apoyar activamente al paciente en situaciones de su vida cotidiana. (Higiene personal, preparación de alimentos, momentos de esparcimiento, enfermedades recurrentes etc.).

PARTICIPANTES.-

No se presento ninguno, faltando 10 minutos para terminar el tiempo de la reunión llegó Lorenzo.

EQUIPO.-

PSIC. MIGUEL ÁNGEL, DR. ISAAC, OBSERVADORES ALFONSO Y SILVIA.

Desarrollo del grupo.-

Haciendo un análisis de la probable causa de la inasistencia, se presentan básicamente dos vertientes, la primera se sostiene sobre una explicación superficial y simplista, y es la que cada uno dio a su inasistencia.-

Se me hizo tarde (Lorenzo)

No tenía con quien dejar a mis hijos (Fernanda)

El camión no paso (XX)

Me confundí de día (Carla)

Se me olvido (Wally)

Mi hermano estaba mal (Tony)

Observaciones y conclusión

Cada una de estas explicaciones fueron planteadas como un argumento sólido y válido para sustentar la ausencia por cada uno de los participantes de este grupo, la excusa justificaba el hecho; sin embargo, al analizar el material de la sesión anterior, (la cual incluyó la parte final del tema SIDA Y VIH), se pudo observar que hubo una serie de conductas y preguntas que hicieron muy significativa la sesión, ya que fueron demasiadas las preguntas, especialmente cuando se abordó el bloque que describía las enfermedades oportunistas, sus características, su desarrollo, los medicamentos más usados y sus efectos secundarios. Al parecer el tema movilizó, angustias no habladas, temores, fantasías, dudas y como respuesta al hecho, el grupo negó la siguiente sesión, suprimiendo la oportunidad de continuar con el tema.

GUIA DE ACTIVIDADES PARA LOS INSTRUCTORES

REUNIÓN.- Sexta

TEMA	SUBTEMAS	OBJETIVO	ACTIVIDADES A REALIZAR	FUNDAMENTOS TEORICOS	MATERIALES	DURACION
La incertidumbre.		Objetivo.- Dar un panorama lo más cercano posible a la realidad, de como puede ser el primer encuentro con el paciente grave en casa y plantear alternativas sobre el manejo de la situación.	Análisis grupal.- Se armarán grupos para plantear las principales dudas e inquietudes que tenga el grupo y se analizarán. ¿Qué va a pasar? ¿Si se agrava en casa que hacer? ¿Estamos en riesgo los sanos? ¿Los niños en donde quedarán? Testimonio	Ettin, M. (1992) Group Psychotherapy. A Sphere of influence. USA.- Allyn and Bacon. Teoría Psicoanalítica	Lapices, Plumas, Hojas.	1 hr, 50 min

6ª. REUNIÓN DE GRUPO PSICOEDUCATIVO

Fase de Trabajo / Producción

Quando el grupo se ha ido consolidando, se va conociendo y logra enfrentar los retos iniciales a su existencia, la fase de trabajo inicia propiamente. Las tareas psicoeducativas se aproximan aun más a las metas grupales establecidas. El líder dirige los elementos del objetivo central con el propósito de aumentar la competencia y la superioridad, mientras disminuye la disforia y la disfunción, el material didáctico se presenta, se alienta la discusión. Esta fase del trabajo continuó como se expone enseguida-

Tema La incertidumbre. Que hacer cuando el paciente llega a casa

- **Objetivos.-** Dar un panorama lo más cercano posible a la realidad, de como puede ser el primer encuentro con el paciente grave en casa y plantear alternativas sobre el manejo de la situación.

PARTICIPANTES.-

CARLA, XX, WALLY, LORENZO, FERNANDA, TONY.

EQUIPO.-

PSIC. MIGUEL ÁNGEL, DR. ISAAC, OBSERVADORES ALFONSO Y SILVIA.

Desarrollo del grupo.-

A la presente reunión acudieron todos los integrantes del grupo, al iniciar se les entero de que nadie había venido a la sesión anterior y se les invito a reflexionar sobre las razones por las cuales nadie había llegado.

Nadie quería hablar, hasta que XX inicio explicando que el camión no había pasado, por que había mucho tráfico por una manifestación. Así uno a uno fue dando sus motivos, se les señalo que era curioso que después de la sesión en la que se abordó ampliamente las características de las enfermedades oportunistas fue cuando nadie vino, además de que resultaba aun más curioso, por que en la sesión que no acudieron se iba a trabajar sobre el manejo y manipulación del paciente, sus excreciones, su higiene y enfermedades contagiosas, para que supieran como hacerlo en casa. Al parecer esto los había expuesto a un alto nivel de angustia y prefirieron no enfrentar la situación y utilizar un mecanismo psicológico de negación.

XX.- Comentó que no lo había pensado así, pero que al hablar tan crudamente de las características y al ver las fotos del sarkoma y de otras enfermedades, sintió repulsión.

Fernanda.- negó rotundamente algún sentimiento de aversión, para ella no había tenido con quien dejar a sus hijos.

Wally.- También reconoció que sintió temor de pensar en que su papá llegaría a necesitar el uso de pañales o que se le tuviera que bañar en la cama.

Carla.- No quiso opinar nada, a ella sólo se le confundió el día.

Lorenzo.- Dijo que se le había hecho tarde por trabajo

A continuación se prosiguió con la actividad programada para ese día y se les invito a organizarse para que al final de las sesiones programadas se les impartiera la sesión que se perdió.

Para esta ocasión estaba programada la película amor fatal, de la que se desprendería un análisis grupal y finalmente comentarios ligados al tema del día. El objetivo se refería a plantear como se imaginaban que sería el primer contacto con el paciente, en el caso de que se agravará, pero que ya no fuera posible tenerlo en el hospital, con lo cual la única alternativa disponible sería llevarlo a casa. Este tema planteaba una situación interesante por que algunos ya se habían enfrentado a esta vivencia, lo cual habrió la posibilidad de compartir la experiencia y el como enfrentaron las dificultades, con aquellas personas que aun no tenían el problema encima. El grupo mostró interés en la película y se inicio el análisis por binas de la misma, las preguntas que tenían que responder eran las siguientes.-

¿Qué va a pasar?

¿Si se agrava en casa que hacer?

¿Estamos en riesgo los sanos?

¿Los niños en donde quedarán?

La película trata sobre las peripecias que vive una chica que tiene una sola relación sexual con un joven que conoció en una disco y como esa noche se infecto, posteriormente sin saber que tenía por que nunca sospecharon que fuera VIH, atraviesa por un terrible proceso hasta llegar al punto de conocer su diagnóstico y tener que aprender a vivir con esta enfermedad, cursando por diferentes períodos de gravedad atendidos en casa.

Fernanda.- Ella comenta que todo aquello que pudieron observar en la película, ella ya lo había vivido con su hermano, hablo de diversos rechazos de los que fueron víctimas en los hospitales, y sin embargo dice "pero yo si acepte él diagnostico porque soy de carácter fuerte y como ya sé la clase de vida que llevaba mi hermano ya no me cayo de sorpresa, en la actualidad acaba de entrar a una estética a

trabajar y fue rechazado porque la gente lo ve raro en su aspecto físico, pues esta muy desgastado”.

“En el hospital donde él estuvo internado si lo trataron bien, pero ahora los clientes de la estética lo rechazan aunque es muy difícil para mí, pero es cuestión de hacerlo sentir bien para que no se cierre él en ser dependiente de nosotros”.

Para mi este curso esta siendo muy importante, por que veo que algunas cosas que hice para ayudar a mi hermano fueron buenas, pero que he hecho otras de mala manera, por que hasta me arriesgo yo y a mis hijos.

M A.- ¿ Qué tan difícil ha sido vivir con esto?

Fernanda.- Para mí ha sido muy difícil sobre todo en cuanto a que no lo acepten en el trabajo, porque es mi hermano y hay que saber manejar la situación.

M A.- ¿Estas preparada para la próxima vez que no lo acepten en los trabajos y su estado de salud se deteriore y necesite de manejos especiales?

Fernanda.- No aún no estoy preparada, porque tengo que atenderlo a él, a mi esposo y a mis hijos y el no coopera, en la actualidad mi hermano tiene herpes y yo lo toque con mis manos, le dije a la doctora MN lo que hice y me regañó por tocarlo. Ella me explico que tengo que usar guantes, pero yo le conteste a la doctora que si me contagio que pasa... y ella me contesto que ya estaría de Dios, ¿entonces donde esta la ayuda?, por que si se cae y yo le tengo que ayudar, con esa respuesta no pienso en tomar las precauciones necesarias, la doctora me baja la moral.

M A.- Fernanda aunque sé que la forma en que te contesto la doctora te enfada mucho, es importantísimo que uses las medidas de prevención universales, para que te protejas, protejas a tu hermano y a tu familia.

XX.- si Fernanda no seas tonta de que te sirve quedarte con la moral abajo, mejor entiende por que te contesto la doctora así, a veces somos muy necios, nos han dado la información muchas veces y no la aplicamos.

M A.- ¿Si en este grupo ha sucedido esto por que creen que pasa?

Fernanda.- Pues por que a veces uno no sabe o no cree en lo que nos dicen o por el cariño, como le vas a demostrar rechazo a tu familiar, eso no puede ser, si lo que más necesitan es nuestro apoyo.

Wally.- Pero no se debe confundir el amor con no cuidarse uno mismo, por que ¿si la gente que lo cuida se enferma, después quien lo va a ayudar?

XX y Tony

XX.- Lo bueno es que ya en México, no hay tanto rechazo hacia los pacientes de VIH, nosotros como familia, estabamos a ciegas de cómo tratarlo. Yo aprendí de las enfermeras como tratarlo. En el Sector Salud los tratan bien, yo lo motivo, para que ponga de su parte, ya le dije que yo voy a ser un escudo para él para defenderlo, pero que él tiene que cooperar, los niños incluso ya saben como manejarlo y están conscientes.

M A.- ¿Los niños?

XX.- Si claro es muy importante que ellos sepan como manejar situaciones como una posible hemorragia, imagínate que suceda algo así y ellos toquen la sangre por la desesperación de ayudar o algo así, yo le he explicado todo a mis hijos, claro que fue difícil por que yo los veía muy chiquitos, pero ellos deben saberse proteger, sobre todo si hay momentos en los que se quedan solos con el paciente.

¿Te imaginabas los niveles de angustia a los que te ibas a enfrentar?

XX.- Al principio me angustiaba por falta de información pero ahora hasta los niños conviven con él, mi esposo se deprime porque no vivimos como pareja, pues él quiere tener relaciones, y cuando yo le digo que no, dice que ya no lo quiero, porque sus buenos tiempos ya pasaron; la verdad es que yo no quiero correr mas riesgos, además termino muy cansada de toda la atención que le doy.

M A.- ¿Cuando tu esposo te pide tener intimidad, consideras hacerlo solo si usan condón?.

XX.- Para mí la posibilidad de acceder, es nula, porque tengo que sacar a mi familia adelante, a él le cuesta trabajo entender y cuando le llamo la atención se pone a llorar como niño, él ya es como otro hijo para mí.

Tony.- La situación de la película, no puedo aplicarla a mi vida todavía, porque con mi hermano no lo he vivido, nunca ha estado en un hospital, él está asintomático. Cuando se llega e enfermar yo llamo al doctor y me él dice que debo de hacer. Pero considero muy importante saber todo lo que han dicho hoy, por que siento que me pasaron una película real de lo que nos puede pasar.

M A.- ¿QUÉ PIENSAS SOBRE LAS EXPERIENCIAS QUE HAS ESCUCHADO?

Tony.- Me sirven mucho y sin querer todos me ayudan con lo que van diciendo, mi hermano apoya a familiares de pacientes y acude hasta en el funeral, también sé que él acude a terapia psicológica y eso le debe ayudar como esto a mí. En el caso de mi hermano su amigo estuvo internado en el hospital general y se contagio de neumonía, él cree que fue por negligencia medica pero siempre se mantuvo reservado, nunca habló. Yo no le voy a decir a nadie del diagnostico de mi hermano, porque casi estoy segura que mi familia lo rechazaría y él esta muy cerrado. El otro día mi cuñado hizo el comentario, de que si mi hermano estuviera infectado ellos se irían de la casa. (En el caso de esta familia, varias familias viven en el mismo predio) esa es mi preocupación e incertidumbre, por que si mi hermano sabe que ellos lo saben se pondría muy mal.

Carla.- Yo todavía no paso por ese proceso, pues mi hermano hasta ahora no ha sido hospitalizado. Pero si es necesario tener precauciones.

Observaciones y conclusión

Esta reunión fue muy productiva, al parecer cumulo su objetivo y aunque no todos aportaron sus reflexiones, en comentarios como los de Tony se puede ver la utilidad que represento para el grupo el compartir sus experiencias, en este momento se ve a un grupo más participativo y solidario.

GUIA DE ACTIVIDADES PARA LOS INSTRUCTORES

REUNIÓN.- Septima

TEMA	SUBTEMAS	OBJETIVO	ACTIVIDADES A REALIZAR	FUNDAMENTOS	MATERIALES	DURACION
¿Como aconsejar cuando el panorama es sombrío?		Se identificará y favorecerá en los participantes el desarrollo de habilidades para ofrecer una palabra de aliento, que proporcione confort, sin pretender decir al paciente como se debe sentir.	<p>Bienvenida</p> <p>Poesía Anónima e Introducción.</p> <p>Exposición de técnicas de consejería.-</p> <ul style="list-style-type: none"> - Destrezas - 3 mandamientos - Atención no verbal - Parafrasear - La pregunta abierta - Sentimientos - Áreas especiales <p>A través de un rol playing se aplicaran las tecnicas aprendidas</p>	Manual de consejería editado por Grupo Shantide San Francisco California.	<p>-----</p> <p>-----</p> <p>Rotafolios, Pizarrón,</p> <p>Sillas, las personas.</p>	<p>3 min.</p> <p>7 min</p> <p>45 min.</p> <p>45 min</p> <p>20 min.</p>

7ª. REUNIÓN DE GRUPO PSICOEDUCATIVO

Fase de Trabajo / Producción

Cuando el grupo se ha ido consolidando, se va conociendo y logra enfrentar los retos iniciales a su existencia, la fase de trabajo inicia propiamente. Las tareas psicoeducativas se aproximan aun más a las metas grupales establecidas. El líder dirige los elementos del objetivo central con el propósito

de aumentar la competencia y la superioridad, mientras disminuye la disforia y la disfunción, el material didáctico se presenta, se alienta la discusión. Esta fase del trabajo continuó como se expone enseguida-

Tema ¿Cómo aconsejar cuando el panorama es sombrío?

- **OBJETIVO.-** Promover una idea de la muerte más holística y vista como un proceso natural de la vida, a través del cual se facilite el proceso de despedida y separación.

PARTICIPANTES.-

INICIO.- 3.15Hrs

ASISTENTES.- XX, WALLY, XY, FERNANDA, TONY Y LUIS.

EQUIPO.-

MIGUEL ÁNGEL, TANATOLOGA ANGELICA CAMACHO TETE, ALFONSO Y SILVIA.

Desarrollo del grupo.-

La sesión se inicia con la presentación de la Tanatóloga Angélica Camacho, quien es presentada al grupo por primera vez, y quien participará en esta ocasión solo como observadora, el objetivo es que el grupo la vaya ubicando, para que en la siguiente sesión que es su intervención ya tengan un contacto previo con ella, en esta reunión el psicólogo Miguel Ángel hace una exposición de lo que es la consejería, para después hacer un análisis con el grupo y ligarlo a las experiencias personales.

1. -¿Que es consejería?

Es un método y una filosofía la premisa básica es que la mayoría de la gente es capaz de resolver sus propios problemas si se les brinda la oportunidad.

MA.- ¿Qué sucede en sus casos?

XX.- Yo empiezo a hablarle a mi esposo, lo hago para que se motive, a veces me enojo y la hablo fuerte, todo con la idea de que él reaccione.

MA.- Pero que sucede cuando su paciente es muy cerrado (a), que sucede cuando secuestran sus sentimientos y emociones y no les dan acceso, cuando una de las cosas más importante es trabajar con los sentimientos.

El grupo guarda silencio, y de pronto Fernanda dice, pues yo me desespero mucho, por que mi hermano no entiende que tiene que tomar sus medicamentos...

MA.- ¿Le has preguntado a tu hermano porque no se toma las medicinas?

Fernanda.- Mi hermano niega que este dejando de tomar los medicamentos, pero yo no me explico porque le sobran las medicinas y a mí me desespera porque incluso con mi marido ya tengo problemas, por que él ve que le insisto que se tome los medicamentos y lo amenazo con que si no se los toma lo voy a llevar a un albergue y ahí ya vera si le insisten que se los tome. En ese lugar te van a dejar morir.

Cuando le dice esto siempre me contesta que si se los va a tomar, pero no es cierto, yo ya no sé de que manera hablarle para que me entienda. Ahora otra cosa que pasa y no entiende, es que haga la limpieza de su cuarto, que haga el quehacer, que ayude, que se mueva porque la doctora dijo que ya puede trabajar. Y en su trabajo que si quiere ir, no lo aceptan por su aspecto físico.

MA.- Interviene e insiste en que frecuentemente no nos detenemos a preguntar ¿Cómo te sientes emocionalmente? ¿Cómo está tu autoestima? especialmente con las personas que padecen de VIH, por que son personas que pierden muchas cosas, que van desde la salud, hasta la posibilidad de ser autónomo, feliz, etc.

MA.- ¿Imaginen como se sentirían si alguno de ustedes se quedara sin empleo? ¿Cómo se sentirían si perdieran treinta kilos de peso? ¿Cómo se sentirían si la gente los mirara con morbo y los rechaza?, parece que estas circunstancias requerirían de

una gran tolerancia por parte de las personas que rodean a quien se enfrenta a la enfermedad ¿o no?

Fernanda.- Mi hermano se siente frustrado, llega molesto porque él se da cuenta de la actitud de sus amigos de la estética.

De pronto Carla hace una intervención que parece hablar de su postura en el grupo, que parece estar como en otro sitio, parece que no hay una unión con el grupo, al parecer es una forma defensiva de participación, actuando como disociada de este grupo. Cuando se le señala esto, Carla continúa en su discurso y su preocupación.

Carla.- Pues a uno le agobia la situación como la de mi hermano, que actualmente no tiene empleo y yo tengo que lavar ropa para ir subsistiendo.

XX.- XY si me ayuda en la vendimia de quesadillas y adornos y se siente a gusto lo único que me preocupa es que no coordina bien.

Tony.- Mi hermano está estable ya que él es profesional contador público, pero cuando empeore yo quiero saber cómo ayudarlo, que le debo de decir.

MA. En el caso de las personas que tienen esta situación ¿Cómo se sienten sus familiares con el hecho de tener que tomar medicamento y con los cambios que va sufriendo su persona?.

Carla.- Con el medicamento se siente bien, en cuanto a algún cambio de su persona está estable.

XX.- Ahora, yo encuentro que con el medicamento está muy bien y controlado, respecto a su persona está estable, o tal vez ya estamos más estables nosotros y lo toleramos y entendemos mucho más que al principio, por que en el comienzo todo era un caos.

MA.- ¿Quieres decir que en la medida que ustedes como familia se han informado, se han preparado para atenderlo, han logrado un mayor control de él y de la situación?

XX.- Claro a mí eso me parece lógico, por que aun ahora que sé muchas cosas, aquí he encontrado comentarios o momentos en lo que me he sentido apoyada y con mejores herramientas para ayudar a mi esposo, la experiencia de Fernanda nos ha hablado de cosas que a cualquiera del grupo le podría suceder y eso a mí me sirve.

Fernanda.- Cuando mi hermano se toma el medicamento, él esta bien, pero también le cansa, dice que está harto de tener que tomar tantas pastillas todos los días, hay veces que ha tomado hasta 30 pastillas en un día, en su personalidad se siente a veces bien, a veces mal, depende de cómo vaya su estado de ánimo, lo que más nos preocupa es cuando se desespera, por que ha intentado suicidarse.

MA.- ¿Cómo es eso?

Pues sí, ya van dos veces..... (Llora) es que a veces pierde toda la fuerza, hace unos meses se tomo muchas pastillas para dormir y después trato de colgarse con una corbata, pero no pudo por que se rompió el palo del que se colgó, pero si se lastimo mucho...

MA.- ¿Qué hicieron después?

Fernanda.- Pues le hablamos a Alfonso y él estuvo platicando con él y ayudándole a fortalecer su fe, mi hermano ha llegado a confiar mucho en Alfonso por que él le habla muy bonito de Dios y lo calma

MA.- Entonces en este caso la ayuda espiritual ha sido de gran ayuda...

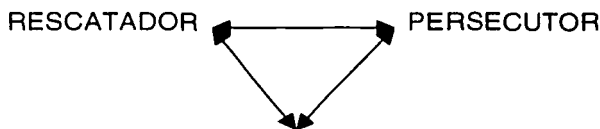
Fernanda.- Sí mucha.

Tony.- Yo creo que con el medicamento mi hermano está muy estable y en su persona esta bastante bien.

A continuación se les expusieron técnicas de apoyo e intervención en crisis del primer orden, que son recursos utilizables por cualquier persona, con una metodología que permite hacer una consejería útil. Y se realizó un roll playing.

LOS MANDAMIENTOS DE LA CONSEJERIA DE SEMEJANTES

- I. No juzgues
 - II. Se empático
 - III.No des consejos
 - IV.No preguntes por qué
 - V. No asumas responsabilidad por los problemas de la otra persona
 - VI.No interpretes
 - VII.Restríngete a lo que esta sucediendo aquí ahora
 - VIII.Brega primero con los sentimientos
- Usar preguntas abiertas
El arte del parafrasear
Cuidar del manejo de los roles del Triángulo del Drama



VICTIMA

DINAMICA

DOS PERSONAS PASAN AL CENTRO PARA ACTUAR LO QUE HACEN SUS PACIENTES.

Uno de los objetivos de ésta dinámica es acercar a las personas a un modelo de intervención, que si bien no es el que exactamente se les va a repetir, con esta

dinámica se busca abrir la posibilidad de ver las diferentes formas de reaccionar ante un evento. Wally y TONY deciden pasar al centro, y es Tony quien juega el rol del paciente, mientras que Wally hace el papel del familiar. Se les pide a las participantes que traten de imaginar como se sentirían si en realidad estuvieran viviendo el papel que van a desempeñar. Se les da unos minutos para que planeen su intervención y después inician.

Tony.- Yo no quiero tomar medicamentos me duele mucho el estómago.

Wally.- Vamos al doctor a ver si puedes tomar medicina.

Tony.- Ya no quiero ir al doctor, estoy cansada y harta de tanta medicina y doctores, quisiera estar dormida y ya.

Wally.- Pero podemos intentar otras alternativas, no te cierres, por favor.

En este momento deciden que esa fue toda su intervención.

MA.- ¿Se aplicaron los 8 mandamientos de la consejería en esta breve escenificación?

XX.- Algunos, más o menos, es que la interpretación fue muy corta

MA.- ¿Cuáles podemos observar?

Felisa.- Pues algo que yo creo muy importante es que no la regañó, y leyendo lo que explicaste, pues tampoco la juzgó, no le ordeno lo que tenía que hacer, ahorita que hablamos esto, yo pensaba en mi, por que a veces yo regañó mucho a mi hermano y como que quisiera controlar todo lo que le pasa, y hacer exactamente lo que dice el médico y que él me haga caso por que yo creo que los doctores saben, por eso estudiaron y me desespera que él no me hace caso.

MA.- ¿Pero te ha funcionado regañarlo u ordenarle?

Fernanda.- Pues no, pero nadie me había explicado esto, uno hace lo mejor que puede...(llora),

MA.- Te sientes muy enojada...

Fernanda.- Pues sí, por que de pronto veo que yo he querido ayudar a mi hermano y he hecho muchas cosas mal

XX.- Pero cálmate mujer, nadie ha hecho lo que tu haces por tu hermano, es mas, ¿a cuantos de tus hermanos invitaste a venir acá?

Fernanda A todos

XX.- ¿Cuántos vinieron?

Fernanda.- Una

XX.- ¿A cuantas sesiones?

Fernanda a dos

XX.- Pues fíjate y valórate, tu estas aquí con todo y tu hija, viniendo desde tan lejos, y sólo para prepararte para poder ayudar a tu hermano, no crees que lo has hecho admirablemente bien.

Fernanda.- Pues si por que además yo atiendo a mi esposo y mi casa y ha sido muy difícil.

(Silencio)

MA.- Bueno, pues al parecer, también entre nosotros podemos aplicar las estrategias de consejería, apoyando, siendo empáticos, es decir poniéndonos en los zapatos del otro, sin preguntar ¿Por qué?, sin responsabilizarnos de lo que él otro debe hacer por sí mismo, fijándonos en lo que está sucediendo aquí y ahora... ¿Algún comentario?

¿Las participante cómo se sintieron?

Tony.- Yo me sentí bien, dentro de la supuesta desesperación que yo tengo, me sentí como descansada cuando ella me dijo que había otras opciones, creo que aun que no me dijo exactamente cuales, sentir la posibilidad de ver otras opciones me sirvió para sentirme mejor, eso me hace pensar que si mi hermano llega a estar muy mal, yo debo tratar de ofrecerle una esperanza.

Wally.- Lo que pasa es que yo creo que siempre es bueno buscar alternativas, y especialmente en estos casos, si uno que no esta enferma, se siente cansada, desesperada, agobiada, pues la persona que vive con VIH, lo debe pasar mucho peor, por que esta viviendo los dolores en su cuerpo, creo que nos toca apoyar en los lugares en los que ellos ya no tienen fuerza.

MA.- ¿Cómo te sentiste dando opciones?

Wally.- Yo me sentí satisfecha conmigo misma

MA.- ¿Qué faltó en esta intervención?

XX.- ¿Preguntar que es lo que esta pasando?

MA.- ¿Qué piensan los demás? ¿No opinan? Por que... de pronto yo estoy pensando en lo que sucede a nivel sentimental, ¿Ustedes platican con su familiar sobre lo que sienten de vivir con esta enfermedad?

Fernanda.- No yo hablo de esto con mi hermano porque como ni siquiera se quiere tomar el medicamento, mejor hablamos de otras cosas.

Tony.- Yo no trato directamente de esto con mi hermano porque me dice que soy muy ignorante y yo le digo que me explique.

XX.- Nosotros si lo hablamos y creo que en eso no tenemos problema, hubo momentos en los que fue difícil, pero yo tome el toro por los cuernos y creo que eso es lo mejor. Algo importante es que el familiar lo permita por como dicen por ahí, a la fuerza, ni los zapatos entran.

MA.- Que sucederá con esos casos, en los que nos dicen que no les importa, que no les afecta, pero que ni siquiera se permiten tocar el tema.

XX.- Yo creo que hay algo mas de fondo, porque no quieren platicarlo, tal vez les da miedo, o no quieren dar molestias, no sé.

Tony.- Mi hermano se cierra.

MA.- ¿Has notado si algunas veces se pone agresivo?

Tony.- sí algunas veces pero no por el tema

Fernanda.- Al principio yo lo cuidaba mas, pero le digo que no esta loco, el algunas veces me dice que estoy mal, pero yo le digo que yo no puedo hablarle de otra forma.

XX.- Es bueno platicar el tema aunque aveces les molesta pero ellos mismos buscan informarse, sobre todo cuando les aparecen enfermedades nuevas.

MA.- Al parecer algunos participantes de este G.P.E están o se sienten distantes de sus pacientes y una de las razones puede ser la falta de información, al parecer necesitan varios talleres de distintos temas para capacitar y atender bien a sus respectivos familiares.

MA.-¿Han platicado sobre la muerte?.

Fernanda.- No hemos platicado de ese tema ya que al principio el no quería ni ir al hospital, menos tomar el medicamento, porque él piensa que todavía no se va a morir puesto que sus amigos, la mayoría ya murieron de SIDA por eso no acepta el tema de la muerte, tiene miedo.

MA.- ¿ Por qué cree que no se va a morir?

Fernanda.- Porque a veces se toma los medicamentos y además nadie sabemos cuando nos vamos a morir.

MA.- Bueno Fer, aquí aparece una parte muy importante a trabajar entre tu hermano y tú, y es la posibilidad de que él muera, me dejaste una fuerte impresión de que los dos hacen una alianza para negar la alta posibilidad de su muerte, y tal vez en un corto plazo. ¿Ya hicieron testamentos, les han preguntado como quieren su funeral?

Carla.- Mi hermano ya lo platico, quiere que lo incineren y lo lleven a Oaxaca.

XX.- Mi esposo quiere que lo incineren y lo lleven al mar de Can-Cún.

Fernanda.- Mi hermano ha dicho que lo sepulten junto con su mamá.

Tony.- Que lo incineren.

M.A.- ¿Saben si sus familiares cargan con sentimientos de culpa por tener VIH?

Luis.- Yo creo que no, porque a cualquiera le puede suceder hoy en día estamos expuestos a cualquier accidente.

Tony.- Cuando se murió su pareja él se sentía culpable porque su pareja no se despidió de él, si no nada mas de su familia, mi hermano decía que se sintió muy mal porque no aceptaba que lo rechazara en él ultimo momento, cuando él era quien lo cuidaba día y noche, decía que no era justo

XX.- ¿Qué le dijiste?

Tony.- Yo le dije que estábamos con él, que éramos su familia, y lo apoyamos, y lo empezamos a llevar a una terapia con una psicóloga. Para mi hermano todo lo que ve y siente quiere que sea igual, pero no lo consigue, cambia de psicólogo y asiste a grupos, pero dice que en esos grupos le avientan los perros, y él no quiere eso, por eso cambia de grupo porque muchos quieren con él.

Fernanda.- Con mi hermano cuando fue con la doctora ML sentía que lo iban a torturar, le hicieron sentir que por su culpa murió mi mamá, estaba enferma y él regresó a la casa pero su papá de Ponciano dice que se viste de mujer para echarse a las mujeres aunque nos peleamos estamos juntos.

MA.- De pronto aparecen temas y puntos que se tocan en la siguiente sesión, por ahora recuerden que la familia es la piedra angular del trabajo con el paciente que vive con VIH y que cuando el paciente esta en fase terminal se siente muy vulnerable, el trabajo en equipo con el equipo multidisciplinario es un recurso

invaluable. Por otro lado veo que Fernanda está muy encabronada y que necesitas trabajar tu enojo y tu necesidad de control, por que de otra manera, si no lo haces, vas a tronar, hay que trabajar mucho, apóyate en este espacio, apóyate en tus compañeros de grupo, habla tu enojo para que no te lo echés encima, el enojo que no es canalizado adecuadamente se convierte en depresión.

Tony.- Yo quiero ayudar a mi hermano, pero se cierra, es muy raro por que es conservador pero esta sufriendo mucho, y de pronto como que busca un consuelo siendo muy promiscuo, sé que él llora por las noches porque no acepta ser portador. Y no quiere hablar con nadie, ni deja que lo ayudemos... (Silencio)

Fernanda dice que hablo con sus hijos respecto del manejo de las precauciones universales pero que le da miedo que le pregunten por que no deben tocar a su tío si le sale sangre, "no me atrevo a explicarles bien, por que si le dicen a mi hermano, él va a pensar que soy una ojete porque lo van a rechazar", no se que hacer.

Tony.- Eso a mí también me preocupa, por que si le digo a mis hijos o sobrinos van a preguntar que tiene y lo rechazarían, mi hermano no tiene la sintomatología. Me siento muy mal, siento que hablar de esto serían como regar la pólvora, todos saben que ayuda a pacientes de SIDA, lo mas seguro es que todos en la casa lo rechazarían y mis familiares hasta se cambiarían de domicilio, hablar de esto es difícil.

Fernanda.- Mis sobrinos de por si dicen que es puto, el otro día uno le dijo, si tú eres hombre no mujer y queremos saber si tienes pene o no y mi sobrino entro al baño para ver si tenía pene y se dio cuenta que si tenia pene. Si mi cuñado les dice que tiene SIDA le van a decir sidoso.

Wally.- No sé pero a mí se me hace como si te dijeran que te va a salir el coco, pero el coco no existe, si es homosexual hay que decir la verdad, al final se va a quedar quien realmente te quiere.

Fernanda.- Mi tío era mujer, pero se lo operó y le pusieron su pene, ahora es hombre a ella le llaman Yanet.

MA.- No se si a ustedes les va quedando claro todo lo que hoy se habla, pero esta última parte de la sesión me hace evidente la necesidad de un taller de sexualidad, por que tienen muchos huecos de información y distorsión de información que les impide abordar el tema de una manera clara, segura y con tranquilidad. Para poder hablar con sus familias y sus pacientes, primero hay que revisar sus propios complejos, miedos y prejuicios en relación con el sexo y la sexualidad, para que de verdad puedan ser promotores de un cambio en los valores y actitudes que hay hacia el SIDA. Esto abre una oportunidad para un trabajo posterior a este enfocado a la atención de esta necesidad que hoy surge.

Fernanda.- Si pero mientras que le digo a mis hijos, ¡sí tu tío se cae, se ensucia sé surra o vomita o le sale sangre, no lo toques!

M.A.- Es importante hablarles con la verdad, pero cuidando de darles información que ellos entiendan, no hay que dar mas de lo que necesitan, por el momento se les puede explicar que su tío tiene una enfermedad que es contagiosa y que deben evitar estar en contacto con los fluidos que hemos señalado, sin que para ello se les diga que tiene sida o no. Decir la verdad, manejar precauciones, protege a la familia y permite una mejor organización interna y externa.

Tony.- Los niños si entienden.

XX.- Mis hijos si están conscientes, si la gente les pregunta que tiene tu papá, ellos responden que cáncer, pero ellos saben lo que tiene, y además comprenden que por el SIDA nos pueden rechazar a todos yo se los he explicado, a ellos les ha servido mucho, por que también se sienten protegidos, y si alguien les dice, no tu papá tiene sida, eso no les va a dañar por que no les cae de sorpresa, ya lo saben, y saben como y por que se infecto su papá, así que tampoco pueden decirles que es homosexual.

Tony.- A mi hermana de le da miedo tocar el tema, no deja solo a su hijo con mi hermano ella teme que lo infecten

XX.- Yo veo que no puedo sola con todo así es que yo les digo a mis hijos no dejes solo a tu papá, llévatelo no pasa nada.

M.A.- No hay que olvidar que en todo esto, los sentimientos juegan un papel muy importante, hay que explorar los sentimientos, si bien es necesario informar a nuestros seres queridos de los riesgos, esta decisión se complica mucho por que el paciente tiene el derecho de decidir a quien se le revela su diagnostico y a quien no. Por ello, como ven la cercanía con el paciente, la comunicación con él, es algo fundamental, este es un problema que no se puede atender aisladamente y bajo un solo parámetro, es muy complejo.

GUIA DE ACTIVIDADES PARA LOS INSTRUCTORES

REUNIÓN.- Novena

TEMA	SUBTEMAS	OBJETIVO	ACTIVIDADES A REALIZAR	FUNDAMENTOS TEÓRICOS	MATERIALES	DURACION
Aspectos Tanatológicos		Promover una idea de la muerte más holística y vista como un proceso natural de la vida, a través del cual se faciliten el proceso de despedida y separación.	Exposición del video Sigue la Luz. Análisis Grupal del video, retomando aspectos tanatológicos. Preguntas		Video, T.V. Videocasetera	1hr 45 min. 15 min.

GUIA DE ACTIVIDADES PARA LOS INSTRUCTORES

REUNIÓN.- Decima

TEMA	SUBTEMAS	OBJETIVO	ACTIVIDADES A REALIZAR	FUNDAMENTOS TEÓRICOS	MATERIALES	DURACION
¿Y después de la muerte qué?		Propiciar la reflexión sobre la elaboración de la muerte y el duelo, para que este se considere como parte de todo el complejo que constituye la enfermedad por VIH o SIDA. Aplicación del post - test Idare.	Exposición del video "El último mejor año de mi vida". Análisis Grupal Aplicación del post-test Idare. Cierre		Video, T.V. Videocasetera	1hr 40 min. 15 min. 10 min.

10ª. REUNIÓN DE GRUPO PSICOEDUCATIVO

Fase de terminación / División

Aparentemente, justo cuando el grupo esta trabajando en el trabajo principal al explorar y desafiar los elementos del objetivo elegido, aparece el fin del convenio psicoeducativo. Cuando la última sesión se aproxima, el fin de la experiencia debe enfrentarse. El énfasis del grupo se convierte de la consideración de material nuevo y adquisición de habilidades al cierre cognoscitivo y emocional. Los miembros deben llegar a procesar el fin, revisando toda la experiencia, retocando los elementos significativos de las mejores áreas del programa y ayudando a los miembros a decir adiós y planear para el futuro.

Tema ¿Y después de la muerte qué?

- OBJETIVO.- Propiciar la reflexión sobre la elaboración de la muerte y el duelo, para que este se considere como parte de todo el complejo que constituye la enfermedad por VIH o SIDA.
- Aplicación del post - test Idare.

PARTICIPANTES.-

INICIO.- 3.15Hrs

ASISTENTES.- XX, WALLY, XY, FERNANDA, TONY.

EQUIPO.-

MIGUEL ÁNGEL, TANATOLOGA ANGELICA CAMACHO TETE, ALFONSO Y SILVIA.

Desarrollo del grupo.-

Angélica inicia con un ejercicio sin avisar que lo iba a hacer. En primer lugar se dirige con Tony y le pregunta.-

ANGELICA. ¿Me prestas tú lápiz?

SILVIA.- Si claro tómalo.

ANGELICA LE ARREBATA LA PLUMA A TONY Y LE PREGUNTA QUE SINTIÓ.

TONY.- Agresividad aturdimiento, me sorprendí, me dio coraje, me sentí agredida.

ANGELICA.- Así es el equilibrio de nuestra persona cuando nos dan el diagnóstico de ser portador de VIH, ya que en cuestión de segundos cambia bruscamente todo, es un sentimiento que va acompañado de temores, ansiedad, depresión, rabia, desesperanza, y normalmente las personas que han vivido esto, dicen que sienten rechazo hacia su identidad y hacia la enfermedad, la primera sensación es el shock.

En este momento inicia la exposición de una serie de conceptos y teorías relacionadas con la muerte, el morir, el duelo, la reparación etc., posteriormente se exhibe una película editada y por último, hace una dinámica.

DINAMICA.

ESCRIBIR 3 COSAS MATERIALES INDISPENSABLES PARA TU VIDA Y 3 NO MATERIALES.

La presente dinámica consiste en repartir tres hojas de papel de diferente color a cada uno de los integrantes del grupo, en cada una de las hojas se les pide que las dividan en tres, posteriormente, en cada hoja se les solicita que escriban tres de las cosas que más quieran en la vida, en los siguientes tres papeles las 3 personas que más amen, y finalmente los tres sentimientos más importantes para ellos. Una vez que lo hicieron, se les pide que de todo lo que tienen en sus papeles, elijan un sentimiento, una persona y una cosa, para que las separen y los tiren en un cesto de basura que fue colocado en el centro del grupo. Después se les pide que sigan haciendo lo mismo con los siguientes papeles, hasta que se queden con el papel que contiene escrito, aquella cosa, sentimiento o persona que es la más importante en sus vidas, se les pide que lo observen con detenimiento, que cierren sus ojos y en ese momento el instructor pasa corriendo para arrebatarles de las manos, lo único que les quedaba. Finalmente se les invita a la reflexión y a compartir sentimientos e ideas, para ligar el análisis con el objetivo del día.

Angélica.- ¿Cómo fue? (1).

XX.- Se siente feo quedarse sin nada.

Angélica.- ¿Cómo te sientes, que sientes? (2)

XX.- Tristeza.

Angélica.- ¿Qué sentiste cuándo te lo arrebaté? (3).

XX.- Coraje y tristeza, porque era lo único que me quedaba.

Wally.- Cuando fui tirando a la basura cada uno de los papeles, si sentí coraje y tristeza.

Tony.- Al final se siente feo porque te lo arrebataban, porque es tuyo (llora)

XY.- Al principio sentí que te estaba dando lo mejor. Lo último que tenía me lo quitaron, no me lo pidieron, llegué a la conclusión de que uno se queda solo y ya no puedes hacer nada.

Wally.- La muerte es como esto, yo siento que mi papá así debe sentirse, tal como yo sentí cuando me arrancaron lo último que tenía, esto me hace pensar que si quiero ayudarlo en algo, esto puede ser hacerle sentir mi amor por él, y ver la forma de que él pueda vivir con gusto lo que le quede por vivir, no quiero hacerle reproches, no quiero forzarlo a nada, lo único que creo se vuelve importante, es que el sea feliz. (Llora...)

Fernanda.- La película me hace pensar que puede ser importante dejarlo que haga su chingada gana, finalmente se va a morir y yo me la paso regañándolo y regañándolo y tal vez podría ver si él tiene miedo, o coraje, la dinámica que hicimos también me hace entenderlo un poco más, por que si yo que estoy bien, y que tengo todo, me hizo sentir muy mal el simple hecho de tener que escoger entre mi mamá o mi papá para echarlos a la basura, que no pasará mi hermano que nadie le dijo escoge que quieres perder, el ya perdió su fuerza, su apariencia, creo que he sido muy egoísta..... (Llora).

En este momento Angélica hace una reflexión dirigida a que los participantes tomen acciones que les permita a sus familiares, promover el dialogo y la confianza, para hablar de la muerte y su cercanía, les invita a unirse con su familiar y da por concluida su participación.

Por su parte M.A les narra una experiencia en la que describe una situación vivida por él.

MA.- Como parte final de mi participación quiero compartirles una experiencia en la que he visto que definitivamente la comunicación es un recurso muy saludable, y que promueve el fortalecimiento de los vínculos afectivos.

"Hace algunos años acudí a una visita a domicilio, el motivo de consulta era ayudar a un joven a salir de su estado de depresión. Al llegar al domicilio, la escena me presentaba a un grupo de hombres y mujeres de diferentes edades unos sentados y otros parados en la sala de la casa, en cuanto me presente se acerco a mí, una mujer de aproximadamente unos 50 años de edad quien lloraba de manera significativa y me dijo " Doctor, por favor vea a mi hijo, esta muy mal y ya no sabemos que decirle", otra persona se encargo de dirigirme a la habitación del paciente y al entrar vi a un joven de unos 25 años de edad, quien se encontraba en la cama, con claros signos del llamado síndrome de desgaste. Me acerque a él, tome su mano y empezamos a platicar, poco tiempo después pude comprobar que efectivamente, este hombre se encontraba sumamente deprimido y apenas y podía hablarme, después de un rato de charla le señale que me parecía terrible el hecho de haberlo encontrado con tanta tristeza encima y ahí en su habitación, solo, que me parecía que en un momento como ese, él necesitaba de todo el amor y compañía de sus seres queridos, a lo que él rápidamente contestó, que no quería hacer sufrir a su familia ni darles problemas, por lo tanto prefería estar sólo para que no lo vieran morir, yo insistí en que sería mejor compartir sus sentimientos, especialmente con su mamá quien estaba afuera también muy sola y encerrada en sí misma, le insistí en que se diera y le diera la oportunidad a su mamá de acompañarse y no pasar solos cada quien este proceso de dolor y pérdida, le dije que había muchas cosas que platicar entre él y su mamá antes de que él partiera, por que era muy probable que su muerte estuviera cerca, y que en este momento tenía la posibilidad de irse tranquilo una vez que se despidiera de su mamá y dijera a quien fuera importante para él, lo último que podría decir en ésta vida. Finalmente aceptó que su madre entrara a verlo y me pidió que la trajera, cuando salí a la sala, busque a la señora y le dije, su hijo quiere hablar con usted, en ese momento como quien se dispone a dar un gran discurso, o quien se enfrenta a algo en lo que se requiere de toda la entereza, la señora se limpio las lagrimas, se arreglo el pelo,

dibujo la sonrisa más hermosa que jamás haya visto y con un ademán como de heroína entro a la habitación, al hacerlo se dirigió a su hijo y le dijo... ¿Qué paso mi amor? En ese momento él volteó a verla y con toda claridad le respondió ¡Me estoy muriendo mamá!... en ese instante pude observar como toda aquella apariencia de fortaleza y plasticidad que la señora había formado, se fue derritiendo, ella se acercó a él llorando, lo abrazó, le dijo que lo quería y que sabía que él estaba muriendo y que se sentía muy mal de no poder hacer nada para evitarlo, como puede verse, ahí se abrió un momento de tremenda intimidad y amor, esa era la oportunidad que se estaban negando por la idea de no lastimarse uno al otro, seguramente al abrirse les dolió hablarlo, seguramente les dolió darse cuenta que el otro estaba sufriendo, pero lo pasaron juntos, platicándolo, compartiéndolo y no en una absurda soledad. Después del llanto vino la calma, se respiraba un aire limpio, transparente, de claridad, posteriormente supe que su muerte fue muy tranquila y la familia, aunque triste, decían sentirse tranquilos por que habían dicho todo lo que querían.

En otra ocasión visite a una familia con la que llevaba un tiempo trabajando, él paciente se encontraba en la última etapa de la enfermedad y cuando hablamos de la necesidad de que hiciera su testamento, él estuvo muy conforme, más tarde hablamos sobre la necesidad de despedirse de sus seres queridos, esta historia me hace pensar en la muerte como una poesía, por que él día de la muerte de este personaje, se encontraba reunida toda su familia, él gustaba mucho de la música de Enia y ese día no era la excepción, recién la sesión pasada había hablado de querer despedirse, y en esa ocasión pidió a todos sus hermanos que se reunieran, cuando todos estaban alrededor de la cama dijo, " bueno, pues hoy los reuní, por que quiero decirles que me siento mal físicamente, yo creo que ya me voy a morir, y sólo quiero decirles que fue un gran gusto conocerlos y vivir con ustedes, mamá..., gracias por haber sido mi madre, gracias por tu cariño y por todas las cosas que me diste, tu presencia en mi vida me dejo muchas alegrías y algo de lo que me llevo con mas amor es la relación que entre tu y yo tuvimos... así continuo con cada uno de sus hermanos, a las pocas horas (H) murió, después de su muerte hable con esta familia y todos referían lo mismo, se sentían tristes pero se sentían muy en paz, sentían que habían hecho lo que tenían que hacer, no había culpas, no había pendientes, esta

muerte me pareció una poesía, no así el caso un policía judicial que llegó a la institución con un terrible cáncer en el recto, una persona terriblemente agresiva y grosera, que aun con lo grave que estaba, no perdía oportunidad para ofender a los familiares de otros pacientes o a los suyos propios, una ocasión en la que supuestamente se sentía muy mal, le pidió a la hermana del paciente de la cama contigua que si le podía ayudar por favor, esta mujer de buen gusto acudió en su ayuda y al tenerla cerca se destapo mostrándole de bajo de las cobijas su miembro erecto y su mano acariciándolo, este tipo de conductas las presentaba con todo mundo, su familia era una familia que no deseaba participar en su atención, no deseaban hablar de la enfermedad, los canales de comunicación en estas personas estaban totalmente deteriorados. Este hombre tuvo una muerte por demás dramática y triste, recuerdo que pocos minutos antes de morir, con unos terribles dolores en el recto, mando llamar al médico para pedirle un favor, al acudir el médico a su asistencia me pidió que lo acompañara, llegamos y (O) le pidió que se acercara y muy bajito le dijo, Dr., cuando me muera... por favor dígame a mi padre que vaya y chingue a su madre, para mi fue impresionante ver como en los últimos momentos, esta persona se estaba revolcando en el dolor y en el resentimiento, creo que su muerte fue terrible, y que la diferencia entre este caso y el anterior, puede estar marcada obviamente por todo lo que pasa en la vida de una persona, pero, también por la oportunidad que al final se le puede ofrecer a una persona como esta, cuando hay quien lo escuche y le pueda hablar del morir dignamente, de morir reconciliada con la vida, los pacientes pueden cerrar la puerta y ustedes sientan que no pueden hacer nada por ellos, sin embargo, la oportunidad de ver una puerta abierta puede invitarlos a tomar la posibilidad de morir sin rencor, ustedes pueden abrir un chance si permiten la comunicación y la tolerancia.

Mucha gente dice que no habla con sus familiares de la muerte, por que creen que si lo hacen la persona enferma va a pensar que ya quieren que se muera, este es un gran tabú, que la experiencia nos ha mostrado que poco a poco y hablando con sinceridad las personas asimilamos bien y logramos una gran cercanía con los que nos quieren, la invitación queda ahí, toleren y traten de contactar con los sentimientos, ayúdenles a bien morir, para algunos esto esta próximo, para otros,

todavía les falta y tienen una mayor oportunidad, prepárense y estén abiertos... gracias.

Angélica.- Conclusión

A mí esto me lleva a pensar ¿Qué estoy haciendo conmigo?. ¿Qué quiero? Y concluyo, que quiero aprender a vivir con lo que tengo, la vida es un regalo de Dios, en la que cada quien tiene que darle valor a lo que tiene, el dolor es parte de la vida, tenemos que transformar ese dolor en energía positiva y "si se puede".

Hay que darle sentido a todo tanto a la vida como a la muerte.

MA.- Bien pues este grupo llegó a su conclusión, ¿Cuales serían sus comentarios finales?.-

XX.- Yo agradezco el tiempo que se nos dio, sobre todo en el aspecto profesional.

Wally.- A mí si me gustó como se dieron los temas y me hace ver también que falta mucho por aprender. Muchas gracias.

Tony.- Gracias por su tiempo, realmente son muy raras las personas que realizan este tipo de reuniones no es muy común que se lleven a cabo este tipo de talleres, yo tenía muchas dudas, he sentido su apoyo y les agradezco sus atenciones y muchas gracias por haberme invitado.

Fernanda.- Gracias por escucharme realmente no quería dejar el micrófono, es la primera vez que yo asisto a un taller, sentía que no podía parar, yo siento que nos va a servir de mucho a mi familia y a mí sobre todo, porque realmente no sabemos nada sobre el tema, gracias por el tiempo que nos dieron y por la forma en que convivimos porque todos tenemos un familiar con VIH y ojalá y hubiera mas talleres para seguirnos informando.

XY.- Les doy las gracias a todos porque me ayudaron mucho vi que si puedo hacer bastantes cosas todavía.

MA.- Bueno como lo comentamos durante las reuniones, la puerta para continuar con este trabajo esta abierta y de ustedes depende que se le dé continuidad, yo estaré a sus ordenes en los teléfonos que les he dado y también podemos estar en contacto por medio de Cáritas a través de Alfonso y Silvia, le invito a tomar un refrigerio y a entregarles sus diplomas. Antes de partir no olviden que vamos a contestar el post – test.

Observaciones y conclusión

El trabajo realizado en esta última reunión fue muy emotivo, los objetivos se alcanzaron, el grupo logró un buen nivel de cohesión y participación, lo más importante de todo era lograr que los niveles de ansiedad bajaran y que se les proporcionarán herramientas para saber intervenir y por los comentarios esto se logró.

La participación más ausente fue la de Carla quien a pesar de esto, no faltó a las sesiones, lo cual nos hace pensar que lo escuchado le sirvió, un análisis más profundo de estos detalles se podrá hacer al analizar los datos del test.

4.12 Resultado item por item del test Idare

SXE 1

	Familia 1 F	Familia 2 W	Familia 3 A	Familia 4 M	Familia 5 C
1. Me siento calmado	Un poco	2 Bastante	3 Bastante	3 Un poco	2 Un poco
2. Me siento seguro	Bastante	3 Un poco	2 Bastante	3 Un poco	2 Un poco
3. Estoy tenso	Un poco	2 Un poco	2 No en abso	1 No en abso	1 Un poco
4. Estoy contrariado	Un poco	2 Un poco	2 Un poco	2 Un poco	2 No en abso
5. Estoy a gusto	Un poco	2 Bastante	3 Un poco	2 Un poco	2 Un poco
6. Me siento alterado	Un poco	2 No en abso	1 No en abso	1 No en abso	1 No en abso
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	Un poco	2 No en abso	1 Mucho	4 Mucho	4 Mucho
8. Me siento descansado (a)	No en abso	1 Un poco	2 Bastante	3 Bastante	3 Un poco
9. Me siento ansioso (a)	No en abso	1 No en abso	1 Un poco	2 Un poco	2 Un poco
10. Me siento cómodo (a)	No en abso	1 Un poco	2 Un poco	2 Un poco	2 No en abso
11. Me siento con confianza en mi mismo(a)	Bastante	3 Un poco	2 Bastante	3 Bastante	3 Un poco
12. Me siento nervioso (a)	Un poco	2 Un poco	2 Un poco	2 Un poco	2 Un poco
13. Me siento agitado (a)	Un poco	2 No en abso	1 No en abso	1 No en abso	1 No en abso
14. Me siento "a punto de explotar"	Un poco	2 No en abso	1 No en abso	1 No en abso	1 No en abso
15. Me siento reposado (a)	No en abso	1 Un poco	2 Un poco	2 Un poco	2 Un poco
16. Me siento satisfecho(a)	No en abso	1 No en abso	1 Mucho	4 Mucho	4 No en abso
17. Estoy preocupado (a)	Un poco	2 Un poco	2 Un poco	2 Un poco	2 Un poco
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	Un poco	2 No en abso	1 No en abso	1 No en abso	1 No en abso
19. Me siento alegre	Un poco	2 Bastante	3 Un poco	2 Un poco	2 No en abso
20. Me siento bien(a)	No en abso	1 Bastante	3 Bastante	3 Bastante	3 Un poco

SXR 1

	Familia 1 F	Familia 2 W	Familia 3 A	Familia 4 M	Familia 5 C
21. Me siento bien	Frecuente	3 Frecuente	3 Casi siempre	4 Frecuente	3 Algunas V
22. Me canso rápidamente	Casi siempre	4 Algunas V	2 Algunas V	2 Casi nunca	1 Algunas V
23. Siento ganas de llorar	Algunas V	2 Frecuente	3 Casi nunca	1 Casi nunca	1 Algunas V
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	Casi nunca	1 Algunas V	2 Casi nunca	1 Algunas V	2 Frecuente
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	Casi nunca	1 Algunas V	2 Casi nunca	1 Algunas V	2 Casi siempre
26. Me siento descansado (a)	Algunas V	2 Frecuente	3 Algunas V	2 Algunas V	2 Casi nunca
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	Algunas V	2 Frecuente	3 Algunas V	2 Casi siempre	4 Algunas V
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarla	Algunas V	2 Frecuente	3 Algunas V	2 Algunas V	2 Casi nunca
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	Casi nunca	1 Algunas V	2 Frecuente	3 Casi siempre	4 Algunas V
30. Soy feliz	Algunas V	2 Casi siempre	4 Casi siempre	4 Casi nunca	1 Algunas V
31. Tomo las cosas muy a pecho	Casi nunca	1 Casi siempre	4 Frecuente	3 Algunas V	2 Algunas V
32. Me falta confianza en mi mismo	Algunas V	2 Algunas V	2 Casi siempre	4 Algunas V	2 Algunas V
33. Me siento seguro (a)	Frecuente	3 Algunas V	2 Frecuente	3 Casi siempre	4 Algunas V
34. Procuero evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	Algunas V	2 Casi siempre	4 Algunas V	2 Casi nunca	1 Algunas V
35. Me siento melancólico (a)	Algunas V	2 Casi siempre	4 Frecuente	3 Algunas V	2 Algunas V
36. Me siento satisfecho (a)	Algunas V	2 Frecuente	3 Algunas V	2 Algunas V	2 Algunas V
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	Casi nunca	1 Frecuente	3 Algunas V	2 Casi nunca	1 Algunas V
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	Casi nunca	1 Algunas V	2 Casi nunca	1 Casi nunca	1 Algunas V
39. Soy una persona estable	Algunas V	2 Frecuente	3 Frecuente	3 Algunas V	2 Algunas V
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos	Algunas V	2 Algunas V	2 Algunas V	2 Algunas V	2 Algunas V
me pongo tenso (a) y alterado (a)					

SXE 2

	F1F	F 2 W	F3A	F4M	F5C
1. Me siento calmado	Bastante 3	Mucho 4	Bastante 3	Mucho 4	Bastante 3
2. Me siento seguro	Bastante 3	Bastante 3	Bastante 3	Mucho 4	Un poco 2
3. Estoy tenso	No en abso 1	No en abso 1	No en abso 1	No en abso 1	No en abso 1
4. Estoy contrariado	Un poco 2	No en abso 1	No en abso 1	No en abso 1	Un poco 2
5. Estoy a gusto	Mucho 4	Mucho 4	Mucho 4	Mucho 4	Bastante 3
6. Me siento alterado	Mucho 4	No en abso 1	No en abso 1	No en abso 1	Un poco 2
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	Un poco 2	Un poco 2	No en abso 1	Un poco 2	Un poco 2
8. Me siento descansado (a)	Un poco 2	Mucho 4	Bastante 3	Mucho 4	Bastante 3
9. Me siento ansioso (a)	Bastante 3	Un poco 2	No en abso 1	No en abso 1	Un poco 2
10. Me siento cómodo (a)	Bastante 3	Mucho 4	Mucho 4	Mucho 4	Un poco 2
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	Bastante 3	Mucho 4	Mucho 4	Mucho 4	Bastante 3
12. Me siento nervioso (a)	No en abso 1	No en abso 1	No en abso 1	No en abso 1	No en abso 1
13. Me siento agitado (a)	Un poco 2	No en abso 1	No en abso 1	No en abso 1	No en abso 1
14. Me siento "a punto de explotar"	No en abso 1	No en abso 1	No en abso 1	No en abso 1	No en abso 1
15. Me siento reposado (a)	Un poco 2	Bastante 3	Bastante 3	Mucho 4	Bastante 3
16. Me siento satisfecho(a)	Bastante 3	Mucho 4	Mucho 4	Mucho 4	Bastante 3
17. Estoy preocupado (a)	No en abso 1	No en abso 1	No en abso 1	No en abso 1	Bastante 3
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	No en abso 1	No en abso 1	No en abso 1	No en abso 1	No en abso 1
19. Me siento alegre	Bastante 3	Mucho 4	Bastante 3	Mucho 4	Bastante 3
20. Me siento bien(a)	Bastante 3	Mucho 4	Bastante 3	Mucho 4	Bastante 3

SXR 2	F1F	F2W	F3A	F4M	F5C
21. Me siento bien	Frecuente 3	Frecuente 3	Frecuente 3	Frecuente 3	Algunas V 2
22. Me canso rápidamente	Algunas V 2	Casi nunca 1	Algunas V 2	Algunas V 2	Casi siempre 4
23. Siento ganas de llorar	Algunas V 2	Algunas V 2	Algunas V 2	Algunas V 2	Algunas V 2
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	Algunas V 2	Casi nunca 1	Casi nunca 1	Casi nunca 1	Frecuente 3
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	Casi nunca 1	Algunas V 2	Casi nunca 1	Casi nunca 1	Casi siempre 4
26. Me siento descansado (a)	Algunas V 2	Frecuente 3	Frecuente 3	Frecuente 3	Casi nunca 1
27. Soy una persona "tranquila, serena y sossegada"	Algunas V 2	Frecuente 3	Algunas V 2	Frecuente 3	Algunas V 2
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarla	Algunas V 2	Algunas V 2	Algunas V 2	Algunas V 2	Casi nunca 1
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	Algunas V 2	Casi nunca 1	Algunas V 2	Algunas V 2	Algunas V 2
30. Soy feliz	Frecuente 3	Casi siempre 4	Casi siempre 4	Algunas V 2	Algunas V 2
31. Tomo las cosas muy a pecho	Casi nunca 1	Algunas V 2	Frecuente 3	Algunas V 2	Casi siempre 4
32. Me falta confianza en mí mismo	Casi nunca 1	Casi nunca 1	Algunas V 2	Algunas V 2	Algunas V 2
33. Me siento seguro (a)	Casi siempre 4	Frecuente 3	Casi siempre 4	Casi nunca 1	Algunas V 2
34. Procuero evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	Algunas V 2	Algunas V 2	Algunas V 2	Casi nunca 1	Casi siempre 4
35. Me siento melancólico (a)	Casi nunca 1	Casi nunca 1	Algunas V 2	Algunas V 2	Algunas V 2
36. Me siento satisfecho (a)	Frecuente 3	Casi siempre 4	Frecuente 3	Casi siempre 4	Algunas V 2
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	Casi nunca 1	Algunas V 2	Algunas V 2	Algunas V 2	Algunas V 2
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	Casi nunca 1	Casi nunca 1	Casi nunca 1	Algunas V 2	Algunas V 2
39. Soy una persona estable	Frecuente 3	Frecuente 3	Algunas V 2	Algunas V 2	Algunas V 2

40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso (a) y alterado (a)	Algunas V	2	Algunas V	2	Algunas V	2	Algunas V	2	Algunas V	2
--	-----------	---	-----------	---	-----------	---	-----------	---	-----------	---

4.13 ANÁLISIS DE LOS DATOS ARROJADOS DEL IDARE

A continuación se hace un análisis pregunta por pregunta con la finalidad de analizar detalladamente las variantes que resultaron en las respuestas a las mismas antes y después de exponer a los participantes al G.P.E.

Haremos el análisis revisando las respuestas de la ansiedad estado (SXE) antes y después del G.P.E., ya que es la variable en la que se espera haya cambios, haciendo un análisis comparativo de aquellas respuestas en las que hubo variación, recordemos que las cuatro respuestas posibles para los items correspondientes a la ansiedad estado son:

1. No en lo absoluto
2. Un poco
3. Bastante
4. Mucho

Los items correspondientes a la ansiedad rasgo son:

1. Casi nunca
2. Algunas veces
3. Frecuentemente
4. Casi siempre

I.- La primera observación que se puede hacer sobre el pre y post test aplicado a la primera familia es que en las preguntas 2, 4, 7, 11, y 13 no hubo variación alguna sobre las respuestas dadas a estos.

Con relación a las siguientes preguntas se observan interesantes variaciones que apuntan a interpretar los resultados como reafirmativos de la hipótesis de investigación.

La respuesta ofrecida por la primera familia a la primera pregunta **“me siento calmado”** fue **“Un poco”** para el primer test y respondió **“Bastante”** al segundo cuestionario en la misma pregunta después de aplicar el G.P.E.

Para el caso de la segunda familia sucedió lo mismo, sin embargo la respuesta a la pregunta mencionada fue **“Bastante”** en la primera oportunidad y **“mucho”** en la segunda, aunque las respuestas denotan aparentemente un mejor estado de calma en esta familia (por que inician su respuesta con Bastante, a diferencia de la primer familia que inicio con Un poco), el incremento reflejado en su respuesta al finalizar el G.P.E. es igualmente proporcional a la respuesta ofrecida por la familia número uno, hubo un incremento en la sensación de bienestar.

La familia número tres no presento cambio en su respuesta.

La familia número cuatro reporta una respuesta de **“Un poco”** en su primer test y **“mucho”** en su segundo test, aquí como se ve la mejoría fue aun más notoria y significativa.

La familia número cinco, también muestra su mejoría al responder inicialmente Un poco y después Bastante.

En este bloque se observa que de cinco preguntas cuatro validan la hipótesis de investigación, y una ni la valida ni la rechaza. (+)

II.- En la segunda pregunta **“Me siento seguro”**, las respuestas fueron las siguientes: para la primer familia no hubo cambio, en su primer respuesta dijo **Bastante** y en su segunda **Bastante**, no hay validación o rechazo a la H1.

La segunda familia respondió **“Un poco”** en su primera oportunidad y **“Bastante”** en la segunda, teniendo con ello validación la H1.

La tercer familia da una primer respuesta de **“Bastante”** y una segunda de **“Bastante”** lo cual muestra que no hay cambio, ni afirma, ni niega la H1.

La cuarta familia responde **“Un poco”** a la primer pregunta y **“Mucho”** a la segunda, valida la H1.

La quinta familia Da una respuesta inicial de **“Un poco”** y una segunda de **“Un poco”**, no hay cambio, ni valida, ni niega la H1.

En este bloque de respuestas la H1 ni se valida ni se rechaza, sin embargo, es importante notar que hay dos respuestas que se inclinan a validar la hipótesis y ninguna la rechaza. (=)

III.- La siguiente pregunta que por sus respuestas muestra inclinación a favor de la hipótesis de investigación, fue la denominada **“Estoy tenso”**.

En esta pregunta la respuesta al pre test de la primer familia fue “Un poco” y la respuesta en el post test fue “No en absoluto” como se observa, existe también una mejoría en el grado de tensión.

La familia número dos responde **“Un poco”** en su pre test y **“No en absoluto”** en su post test, evidenciando también mejoría.

La familia número tres contesta **“No en lo absoluto”** a su primer prueba y **“No en lo absoluto”** a su segunda, aparentemente no hay influencia, ni hay cambio.

La familia número cuatro responde **“No en lo absoluto”** a su primera oportunidad y **“No en absoluto a su segunda”**, tampoco muestra cambio.

La familia número cinco marca su primer cuestionario con la frase **“Un poco”** y con **“No en lo absoluto”** en el segundo, en esta familia vemos un importante cambio que va en favor de afirmar nuestra hipótesis de investigación.

Como se puede observar en esta pregunta de cinco respuestas tres validan la H1 y dos ni la afirman ni la refutan, simplemente se mantienen en la misma condición de tensión, si hacemos el promedio, comprobamos que la hipótesis se comprueba también en esta ocasión. (+)

IV.- El análisis ahora corresponde a la pregunta “Estoy contrariado”

Encontrando que la familia número uno responde a sus dos oportunidades con la premisa **“Un poco”**, no hay cambio.

La familia número dos responde **“Un poco”** en su primer test y **“No en lo absoluto”** en el segundo, aquí definitivamente se ve la influencia del G.P.E. que marca una clara tendencia a comprobar la H1.

La familia número tres inicialmente contesta **“Un poco”** y posteriormente **“No en lo absoluto”**, también hay una tendencia a aceptar la H1.

La familia número cuatro marca la respuesta **“Un poco”** y después **“No en lo absoluto”**, se valida la H1.

La quinta familia responde **“Un poco”** y posteriormente **“No en lo absoluto”**, se valida la H1.

En este bloque tenemos que de 5 respuestas cuatro validan la hipótesis de investigación y la restante ni la valida ni la rechaza: (+)

V.- El siguiente item es, “Estoy a gusto”

La primera familia responde **“Un poco”** en su respuesta inicial y **“Mucho”** en su segunda, valida la H1.

La segunda familia responde **“Bastante”** y **“Mucho”**, valida la H1.

La tercer familia da **“Un poco”** a la primera pregunta y **“Mucho”** a la segunda, valida la H1.

La cuarta familia responde **“Un poco”** a la primer pregunta y **“Mucho”** a la segunda, valida a la H1.

La quinta familia responde **“Un poco”** y **“Bastante”** valida la H1.

Como se observa este quinto bloque, valida unánimemente la H1, haciendo notorio un sentimiento de sentirse a gusto al finalizar el proyecto, cabe mencionar que en el

cierre del grupo hubo comentarios verbales que reflejan lo obtenido en el test, incluso solicitaron la posibilidad de participar en otras experiencias semejantes. (+)

VI.- La sexta pregunta **“Me siento alterado”** nos arroja los siguientes resultados: Para la primera familia en el primer test, da una respuesta de **“Un poco”** y al concluir el taller responden **“Mucho”** a la misma pregunta. Es decir que al concluir el taller se sintieron más alterados que al inicio. Haciendo un análisis de las posibles causas de esta respuesta, encontramos que en la última reunión esta familia contacto con una serie de ideas que le perturbaron mucho, al confrontarla con el manejo agresivo que había mostrado por mucho tiempo con su hermano, al comprender, a través de una dinámica por lo que podría estar pasando su hermano, se mostró muy alterada.

La segunda familia en su primer test respondió **“No en lo absoluto”** y en el segundo también, no hay cambio, ni se anula, ni se valida la H1.

En la tercer familia, las respuestas fueron, **“No en lo absoluto”** para la primera y **“No en lo absoluto”** para la segunda, no hay cambio, ni se anula, ni se valida la H1.

En la cuarta familia tenemos, **“No en lo absoluto”** tanto en la primera como en la segunda ocasión no hay cambio, ni se anula, ni se valida la H1.

La quinta familia responde a la primer premisa **“No en lo absoluto”** y a la segunda con **“Un poco”**, al parecer aquí la H1 se rechaza. El resultado se atribuye igualmente a la movilización de emociones por la última sesión.

En este bloque de cinco respuestas dos ni validan ni la rechazan la H1, y tres la rechazan. (-)

VII.- La séptima pregunta es, **“Estoy preocupado por algún posible contratiempo”**.

En el caso de la primer familia tenemos que la respuesta inicial fue **“Un poco”** la segunda respuesta fue **“Un poco”** también.

La segunda familia responde **“No en lo absoluto”** al primer test **“Un poco”** al segundo, esto rechaza la hipótesis de investigación. Que al parecer la explicación es que se adquirió mayor conocimiento y conciencia sobre la problemática que enfrentan, sin embargo, la preocupación no se va al extremo superior, lo cual se interpreta como buen síntoma, como una preocupación de conciencia y no de pérdida de control.

La tercer familia responde **“Mucho”** al primer ejercicio, y **“No en lo absoluto”** al segundo, lo cual valida la H1.

La cuarta familia dice **“Mucho”** a su primer cuestionario y **“Un poco”** al segundo, se valida la H1.

La quinta familia nos ofrece como dato en su primer respuesta "Mucho" y en su segunda "Un poco", se acepta la hipótesis de investigación.

En este bloque de las cinco respuestas una ni se valida ni se rechaza, una rechaza la H1 y tres validan la H1. (+)

VIII.- La octava pregunta es "Me siento descansado"

La primer familia responde **"No en lo absoluto"** y **"Un poco"** con lo cual se valida la H1.

La segunda familia responde **"Un poco"** en el primer test y **"Mucho"** en el segundo, se valida la H1.

La tercer familia contesta con **"Bastante"** al primer test y **"Bastante"** al segundo, ni se valida, ni se rechaza la H1.

La cuarta familia responde **"Bastante"** al primer ejercicio y **"Mucho"** al segundo ejercicio, con lo cual se valida la H1.

La quinta familia contesta **"Un poco"** al iniciar el taller y **"Bastante"** al concluir el mismo, la H1 se valida.

De cinco respuestas, cuatro validan la H1 y una ni la rechaza ni la valida. (+)

IX.- La pregunta a analizar es "Me siento ansioso"

La primer familia responde a su primera pregunta **"No en lo absoluto"** y a la segunda **"Bastante"**, así se tiene que se rechaza la H1.

La segunda familia responde **"No en lo absoluto"** y **"Un poco"**, notese al igual que en la pregunta **"Estoy preocupado por algún posible contratiempo"** se repite el fenómeno relacionado con la última reunión en la que se movilizaron sentimientos profundos, en este caso se rechaza la H1.

La tercer familia da **"Un poco"** a la primera pregunta y **"No en lo absoluto"** a la segunda, con lo cual se valida la H1.

La cuarta familia responde **"Un poco"** a la primer pregunta y **"No en lo absoluto"** a la segunda, con esto se valida a la H1.

La quinta familia contesta **"Un poco"** al iniciar el taller y **"Un poco"** al concluir el taller, con este resultado la H1 ni se valida, ni se rechaza.

De cinco respuestas tenemos que dos se rechazan, dos se validan y una ni se rechaza ni se valida. (=)

X.- Ahora se revisa la pregunta "Me siento cómodo"

La primera familia responde **“No en lo absoluto”** para la primera oportunidad y **“Bastante”** en la segunda, lo cual valida la H1.

La segunda familia dice **“Un poco”** a su primer pregunta y **“Mucho”** a la segunda, lo cual valida la H1.

La tercer familia en su respuesta al primer test dice **“Un poco”** y en el segundo **“Mucho”** este resultado también valida la H1.

La cuarta familia tiene el mismo comportamiento, responde **“Un poco”** y **“Mucho”** lo cual valida la H1.

En el caso de la quinta familia, la respuesta al primer test es **“No en lo absoluto”** y **“Un poco”** al segundo test, validando la H1.

El sentimiento o sensación de comodidad tuvo un incremento al concluir el G.P.E. en todos los miembros del grupo, obviamente, este resultado va de la mano de todo el proceso por el que cruzo el grupo, en el que poco a poco se integro y se abrió el grupo. (+)

XI.- La onceava pregunta plantea: **“Me siento con confianza en mí mismo”**

La primer familia responde **“Bastante”** a su primer test y **“Bastante”** en su segundo, lo que indica que no hubo variación.

En el caso de la segunda familia para esta premisa, respondió **“Un poco”** a la primera y **“Mucho”** a la segunda, lo cual valida la H1.

Para la tercer familia las respuestas fueron **“Bastante”** y **“Mucho”**, lo cual valida la H1.

La cuarta familia contesta **“Bastante”** a la primera oportunidad y **“Mucho”** a la segunda, se valida la H1.

La quinta familia da por respuesta **“Un poco”** al primer cuestionario y **“Bastante”** al segundo, se valida la H1.

En este caso, de 5 premisas, una ni se valida ni se rechaza y cuatro aceptan la H1. (+)

XII.- La premisa es **“Me siento nervioso”**

En este bloque todas las familias inician diciendo **“Un poco”** y concluyen afirmando **“No en lo absoluto”** lo cual valida por unanimidad la H1. (+)

XIII.- Ahora el turno es para la premisa **“Me siento agitado”**

La primer familia responde **“Un poco”** a sus dos test, con lo cual nos dice que el G.P.E. no le produjo cambio alguno en el sentido que marca esta premisa, es decir ni valida, ni rechaza la H1.

La segunda familia dice: **“No en lo absoluto”** a la primera y segunda pregunta. Al igual que en la anterior familia, ni se valida ni se rechaza la H1. El G.P.E. no ejerció influencia.

La tercer familia responde **“No en lo absoluto”** tanto a la primera como a la segunda oportunidad de respuesta, tampoco hay cambio, ni se valida ni se rechaza la H1.

La cuarta familia ofrece los siguientes resultados **“No en absoluto”** al primer test y **“No en absoluto”** al segundo. No hay influencia, ni se valida ni se rechaza la H1.

La quinta familia responde **“No en lo absoluto”** para ambas oportunidades, se confirma lo mismo que en las anteriores familias, no hay influencia, ni se avala, ni se rechaza la H1.

Como se observa la premisa me siento agitado no es susceptible de ser influida por la presencia del G.P.E., en ninguna de las cinco familias, el comportamiento mostrado indica que no existe influencia o cambio alguno, por lo que se puede deducir que tal hecho responda a que la premisa estar agitado ha sido entendida como algo que no sucedió en este grupo. Es probable que esta frase haya sido asociada por el grupo a un estado de extrema tensión y violento movimiento físico o emocional, lo cual no es presentado por los participantes de este grupo, se les encuentra tristes, preocupados, tensos, nerviosos, inquietos, pero no agitados, según el diccionario de la enciclopedia Salvat, la palabra agitado proviene del latín agitabilis que quiere decir “que puede agitarse o ser agitado y esto denota una acción de violentos movimientos irregulares. Aun cuando hubo momentos en los que algunas personas presentaron agitación emocional, fueron eventos que de ninguna manera fueron representativos del proceso, y mucho menos fueron eventos que estuvieran presentes el día de la aplicación del primer test. Entonces al estar exentos de ese estado de ánimo, no existía punto de análisis u observación para comparar. (=)

XIV.- La premisa es “Me siento a punto de explotar”

La primer familia responde **“Un poco”** en el primer test y **“No en lo absoluto”** al segundo test, en este caso si hay influencia del G.P.E. y se valida la H1.

La segunda familia responde **“No en lo absoluto”** antes y después del G.P.E., con lo cual no se valida pero no se niega la H1, se infiere que no hubo influencia.

La tercer familia contesta “No en lo absoluto” en ambas ocasiones, con lo cual se demuestra que tampoco hubo influencia.

La cuarta familia dice **“No en lo absoluto”** al primer y segundo test y lo mismo sucede con la quinta familia, lo cual nuevamente nos muestra una clara tendencia a no presentar influencia por el trabajo que se ofreció a través del G.P.E.

En este bloque de cinco respuestas cuatro ni validan ni rechazan la H1, y una la valida, este resultado puede estar ligado a la carga emocional específica que le representaba a cada uno de los participantes, en este caso quien siente un cambio es la familia uno, quien al llegar mostraba un alto nivel de stress y desesperación y quien mostró una importante participación en todas las reuniones y a decir de ella encontró tranquilidad al poder hablar tanto y **“no soltar el micrófono”** como ella misma lo decía, los demás miembros del grupo, parecían contar con recursos internos, externos y circunstancias más favorables o bien eran más negadores de la realidad, con este punto específico de ser negador, me refiero a la participante de la familia número cinco quien se mostró muy impredecible, pues se inhibía mucho y tuvo varias inasistencias, que en su momento fueron interpretadas como resistenciales.
(=)

XV.- La siguiente premisa es **“Me siento reposado”**

La primer familia respondió **“No en absoluto”** al primer test y **“Un poco al segundo”** lo cual valida con un pequeño margen la H1.

La segunda familia dice: **“Un poco”** a la primera pregunta y en la segunda pregunta responde **“Bastante”**. Se valida la H1. El G.P.E. ejerció influencia.

La tercer familia responde **“Un poco”** en la primer ocasión y **“Bastante”** en la segunda ocasión, se valida la H1.

La cuarta familia ofrece los siguientes resultados **“Un poco”** al primer test y **“Mucho”** al segundo. Hay una importante influencia, se valida la H1.

La quinta familia responde **“Un poco”** para la primer oportunidad y **“Bastante”** para la segunda, se confirma la influencia, se avala la H1.

En esta ocasión de cinco items, todos validan la H1, lo que nos lleva a inferir que el trabajo realizado en el grupo favoreció la posibilidad de alcanzar importantes niveles de reposo. (+)

XVI.- Ahora toca el análisis a la premisa **“Me siento satisfecho”**

En esta ocasión la familia número uno responde **“No en lo absoluto”** a la primer pregunta y **“Bastante”** a la segunda. Con lo cual se valida la H1.

La segunda familia responde **“No en lo absoluto”** y **“Mucho”** a la segunda, en este caso también se valida la H1.

Para el tercer caso las respuestas son **“Mucho”** en la primer oportunidad y **“Mucho”** en la segunda, con lo que ni se valida, ni se rechaza la H1.

La cuarta familia da lo siguiente **“Mucho”** al primer cuestionario y **“Mucho”** al segundo. Ni se rechaza, ni se valida la H1

La quinta familia responde **“No en lo absoluto”** al primer momento y **“Bastante”** al segundo momento, con lo cual se valida la H1.

Finalmente se tiene que de cinco respuestas tres validan la H1 y dos ni la validan ni la rechazan, haciendo un promedio del bloque, la H1 se valida. (+)

XVII.- La premisa **“Estoy preocupado”** tuvo las siguientes evaluaciones
La primer familia responde **“Un poco”** y **“No en lo absoluto”** con lo cual se valida la H1.

La segunda familia responde **“Un poco”** y **“No en lo absoluto”**, se valida la H1.

La tercer familia responde **“Un poco”** y **“No en lo absoluto”**, se valida la H1.

La cuarta familia responde **“Un poco”** y **“No en lo absoluto”**, se valida la H1.

Y finalmente la quinta familia responde **“Un poco”** y **“Bastante”**, con lo cual se rechaza la H1, como se ha señalado antes esta persona mostró conductas muy inconstantes, incluso en relación a lo que el grupo respondía.

En este bloque de cinco respuestas una rechaza la H1 y cuatro la validan. (+)

XVIII.- Las respuestas a la premisa **“Me siento muy agitado y aturdido”** fueron las siguientes:

En la primer familia **“Un poco”** para su primera oportunidad y **“No en lo absoluto”** para la segunda ocasión, queda confirmada la H1.

La segunda familia responde **“No en lo absoluto”** y **“No en lo absoluto”**, ni se valida la H1, ni se rechaza.

La tercer familia responde **“No en lo absoluto”** y **“No en lo absoluto”**, con lo cual ni se valida, ni se rechaza la H1.

La cuarta familia responde **“No en lo absoluto”** y **“No en lo absoluto”**, con lo cual ni se valida, ni se rechaza la H1.

La quinta familia también responde **“No en lo absoluto”** y **“No en lo absoluto”**, ni se valida, ni se rechaza la H1.

De cinco respuestas cuatro ni la validan, ni la rechazan, y solo una la valida. (=)

XIX.- En el caso de la premisa **“Me siento alegre”**

Para la primer respuesta dice **“Un poco”** y en la segunda **“Bastante”**, esto valida la H1.

La segunda familia responde con **“Bastante”** en el primer test y **“Mucho”** al segundo, este resultado también valida la H1.

La tercer familia dice **“Un poco”** al primer test y **“Bastante”** al segundo, se valida la H1.

La cuarta familia responde **“Un poco”** al primer test y **“Mucho”** al segundo, se valida la H1.

La quinta familia ofrece los siguientes datos **“No en lo absoluto”** al primer test y **“Bastante”** al segundo, con esto se valida la H1.

Todas las respuestas validan la H1. (+)

XX.- La última premisa del test de ansiedad estado es **“Me siento bien”**

La primer familia respondió **“No en lo absoluto”** en el primer test, y **“Bastante”** en el segundo, con lo cual se valida la H1

La segunda familia responde **“Bastante”**, en el primer test y **“Mucho”** en el segundo, este resultado también valida la H1.

La tercer familia responde **“Bastante”** al primer test y **“Bastante”** al segundo, en este caso ni se valida ni se rechaza la h1.

La cuarta familia responde **“Bastante”** en el primer test y **“Mucho”** en el segundo, con este resultado también se valida la H1.

La quinta familia en su primer test responde **“Un poco”** y en el segundo **“Bastante”**, esto indica que también en esta ocasión se valida la H1.

En este bloque, de cinco premisas una ni rechaza, ni acepta la H1 y cuatro aceptan como cierta la H1. (+)

Lo primero que podemos inferir al analizar todos estos datos, es que la hipótesis de investigación se acepta, es decir, **“Las personas de la R.S.P.V.S. que participen en el G.P.E. disminuirán sus niveles de ansiedad.”**

Existieron solo 5 items en los que el G.P.E. no tuvo influencia:

- 2.- **“Me siento bien”**
- 9.- **“Me siento ansioso”**
- 13.- **“Me siento agitado”**
- 14.- **“Me siento a punto de explotar”**
- 18.- **“Me siento muy agitado y aturdido”**

Esto quiere decir que no hubo inclinación ni a favor, ni en contra, mas bien parece que en ese punto la mayoría de las personas contaban con un buen nivel de recursos internos, lo cual les permitió mantener su postura inicial. Las preguntas correspondientes a estos items como ya se señaló son la número dos, "**Me siento bien**", que de cinco participantes solo a dos favoreció el G.P.E.

La siguiente premisa fue la número nueve, "**Me siento ansioso**" en la que dos integrantes del grupo rechazan la H1, es decir antes de iniciar el G.P.E. reportaban niveles inferiores de ansiedad a los que reportaron después de ser expuestos al G.P.E., en esta misma premisa dos miembros del grupo validan la H1, y uno ni la rechaza ni valida, como se observa el resultado final es que ni se rechaza, ni se valida la H1.

El otro caso es el de la pregunta número trece "**Me siento agitado**" en la que ninguno de los participantes mostraron cambio después de participar en el G.P.E., ni validaron, ni rechazaron la H1.

La premisa número catorce "**Me siento a punto de explotar**" tampoco reporta haber sido influida a nivel grupal, del bloque de cinco items cuatro ni se validan, ni se rechazan y solo una se valida.

La última premisa que perteneció a este bloque fue la número dieciocho que dice "**Me siento muy agitado y aturdido**", de estas cuatro ni la validan ni la rechazan y solo una la valida.

Conclusiones

A primera vista es posible interpretar que hubo un incremento general en la sensación de bienestar del grupo después de la aplicación del G.P.E., esta interpretación puede implicar muchas circunstancias para que el cambio se haya dado, factores como la información, la oportunidad de hablar lo no expresado, la posibilidad de sentir que no solo a él o ella le pasó, la convivencia con personas que se enfrentan a un problema semejante, etc, son factores que promueven el sentimiento de universalidad, de identidad, de empatía, de compañerismo, ofrecen la posibilidad de elaborar de una manera positiva los duelos y mas aun el adquirir conocimientos para saber como intervenir en situaciones de crisis. Todo esto ayuda a integrar como enriquecedora y fortificante la experiencia de convivir con otras personas afectadas por el mismo mal, y permiten una mejor posición y fortaleza para manejar la angustia o ansiedad que se presenta ante esta experiencia.

4.14 ANÁLISIS Y CONCLUSION

La conclusión de este proyecto esta precedida de un importante trabajo de búsqueda y reclutamiento, las personas que colaboraron en el desarrollo de este modelo son muy importantes para el mismo, por que fue muy difícil reunir a este pequeño grupo de familias. La convocatoria se realizó en instituciones como la Fundación Ser

Humano, Árbol de la vida, Cáritas de México y CONASIDA. De estas hubo tres intentos fallidos de formar grupos, pues nunca se presentaron las personas citadas a la entrevista de primera vez.

Las razones para dicho fenómeno no son objeto de estudio en este momento, sin embargo a través del desarrollo de este grupo se detectaron importantes miedos al rechazo social, a la marginación, al contagio, a la muerte y estos temores fueron expresados por las personas que participaron en este ejercicio psicoeducativo, una de las participantes quien ha tomado diferentes cursos de capacitación y acompañamiento, comentaba que un comentario frecuente en los grupos de personas en los que se había involucrado, era que las personas tenían miedo de decir que tenían un familiar con SIDA y que las gente a su alrededor los rechazaran, al parecer una de las cosas mas importantes y difíciles de manejar, es el miedo al rechazo y estigmatización social.

Este trabajo se realizó con apoyo del personal de trabajo social y voluntariado de las instituciones citadas, obteniendo una respuesta positiva hasta el cuarto intento, en el cual intervino directamente el señor Alfonso Alba de la Arquidiócesis de México, quien convocó a personas que tenían un vínculo afectivo importante con él, pues las que participaron, han recibido su apoyo en servicios espirituales y de enfermería. De esta manera el grupo de personas que acuden lo hacen con una notoria actitud mas o menos abierta y de confianza.

La motivación para realizar este trabajo vino acompañada de una importante sensibilización alrededor de lo que la problemática de SIDA implica, ya que al iniciar este proyecto participaba como voluntario en una asociación civil, en la que me incluí por coincidencia, sin embargo, el contacto con estas personas, sus historias, peripecias y la información que adquirí para intervenir, me sensibilizaron lo suficiente como para proponer este proyecto.

Este trabajo debe ser considerado como una aportación práctica, por que propone alternativas de acción a personas de escasos recursos económicos. Aun que hoy día las alternativas terapéuticas y medicas son variadas y de asombrosos alcances en el campo de la salud, la realidad es que éstas no están accesibles para cualquier persona por sus altos costos económicos, así es que desde esta realidad, toma una importante posibilidad de aplicabilidad este trabajo.

Esta tesis viene a afirmar que la gente bien informada y contenida, es más segura, tiene mejores posibilidades de enfrentar un problema con profundas implicaciones sociales, éticas, psicoemocionales y biológicas, y puede contar con mejores oportunidades para entender y tomar acciones efectivas, por lo tanto, se desarrolla una mayor sensibilidad a las situaciones con las que el SIDA les enfrenta.

Al concluir esta tesis podemos decir que se cubren algunos de sus objetivos, el más importante de ellos es proponer a la psicoeducación como una herramienta para la R.S.P.V.S. para que desarrollen habilidades de afrontamiento ante el SIDA, con el fin de que reduzcan sus niveles de angustia o ansiedad.

Los niveles de ansiedad definitivamente se ven disminuidos después de la aplicación del G.P.E. La interpretación que se hace de este resultado es por que gracias a la contención y a la información que el trabajo grupal ofrece a quien participa en un G.P.E. las posibilidades de acción, el sentido de control sobre el problema, el conocimiento de los alcances de la enfermedad, la conciencia de los límites y poder de los medicamentos, la oportunidad de abrir los sentimientos de temor y desamparo ante otros en similares circunstancias, favorecen una percepción de la problemática de una manera más noble, por que al interior de la persona se refuerza el yo y con esto la forma en que se manejan los eventos frustrantes.

Pitágoras dijo dadme un punto de apoyo y yo moveré la tierra y en un sentido figurado, eso es lo que hace un a experiencia de G.P.E. es un punto de apoyo que apuntala el yo para promover niveles de funcionamiento más saludables y eficaces, se logra un (YO) bien contenido y reforzado, lo cual deviene en la utilización de mejores mecanismos de funcionamiento defensivo y operativo, mecanismos mas elaborados y evolutivos, definitivamente creo que las personas que se benefician de un grupo como este, crecen.

Los siguientes objetivos que se les denomino específicos ofrecieron los siguientes resultados.

El primer objetivo específico busco desarrollar habilidades para disminuir el estrés, y mejorar la calidad de vida tanto de las personas que viven con VIH/SIDA (P.V.S.) como de su red social. El resultado fue favorable y se comprobó cuando los integrantes del grupo fueron adquiriendo conocimientos que diluyeron las terribles y persecutoras fantasías de daño que resultaban de la ignorancia de cómo deberían ser manejadas algunas enfermedades y no saber como protegerse de ellas, en el tema de Precauciones Universales pudimos observar como la información acerca de los mitos y realidades de los riesgos de infección del VIH o de otras enfermedades, ayudaron a que los temores infundados disminuyeran y con ello actitudes de rechazo al paciente, este pequeño cambio pudo tener un efecto importantísimo, por que algo de lo que mas se sufren las personas que viven con SIDA es del rechazo, Tony una de las participantes comento en una reunión que ella se angustiaba mucho por que sus hijos querían mucho a su hermano y sufría por temor a que los fuera a infectar, pero también sufría de pensar en como se sentiría su hermano si le prohibía a los niños entrar a verlo, después de que se le explico el manejo de las Precauciones Universales, pudo tomar acciones y decisiones que le permitieron equilibrar la situación gracias al sentimiento de control y poder que le dio el conocimiento.

El segundo objetivo específico fue sensibilizar a la R.S.P.V.S. a través de la información, en cuanto a la intervención y trabajo multidisciplinario.

Este rubro era muy delicado, ya que implicaba que todos los participantes mostraran una actitud de gran apertura y sensibilidad para entender las posturas ideológicas y a veces hasta filosóficas de los otros, ya sea del equipo de profesionales, o bien de los pacientes o sus familiares. El trabajo realizado en esta área brindó satisfactorios resultados ya que la oportuna participación de especialistas en las diferentes disciplinas que intervienen para la atención de un paciente con SIDA influyo muy positivamente para que los familiares de los pacientes lograrán una mejor relación

con los médicos, a decir de ellos y en diferentes oportunidades, mencionaron que pudieron entender el por que de algunas restricciones u exigencias que hacían los doctores, algunos miembros del grupo lograron incluso de manera inmediata tomar una actitud de mayor cooperación con su equipo médico, y durante el proceso grupal hubo diferentes expresiones de empatía y comprensión al trabajo de los especialistas, dos ejemplos clásicos de esta problemática los podíamos observar en la exigencia o normatividad de parte de los médicos u hospitales para que se usará la bata y el cubre bocas al visitar a un paciente, esta situación generalmente no es bien entendida, ya sea por que los familiares sienten que es una agresión para su paciente, por que "no es un apestado" o bien por que les parece una exageración tomar tantas medidas de protección, "Que nos puede pasar". Y, si la enfermedad lo requería, la gente no atendía a una regla de seguridad básica, lo cual comúnmente se convertía en un conflicto con las enfermeras o los doctores. Otro ejemplo lo constituye la necesidad que tienen sobre todo los hospitales de asistencia social, de liberar camas para atender a personas que van llegando debido a la alta demanda de sus servicios, esta circunstancia presiona a los médicos para que su paciente grave, pero estable, permanezca en casa, ya que la familia, con un básico entrenamiento puede hacer esta labor, esta eventualidad requiere de que los familiares asuman el cuidado o atención de su paciente en domicilio. La situación en este caso es que generalmente un paciente en etapa terminal, puede pasar periodos muy largos de tiempo, grave, pero estable, lo cual deja al equipo médico en una situación de espera y observación, y en realidad no le pueden hacer nada al paciente desde un punto de vista médico. Diferentes estudios e investigaciones en el campo de la Psicología y sobre todo de la Tanatología ofrecen alternativas de apoyo y asistencia psicoemocional, en la que el mejor lugar para pacientes con el perfil mencionado es su propia casa. Pero el gran problema es que las personas que cuidarán y atenderán al paciente no cuentan con un entrenamiento o los recursos que les permita afrontar dicha situación con tranquilidad, así es que el sentimiento ante la petición de llevarse al enfermo a su casa, es de ser abandonados, desamparados y maltratados por los médicos, esto eleva importantemente los niveles de frustración y con frecuencia el resultado de estos eventos es que los familiares llegan a abandonar a su paciente en los centros hospitalarios. El G.P.E. brindo herramientas prácticas para aceptar a su paciente y saber como ayudarlo, el resultado obtenido al manejar esta eventualidad fue que la familia pudo recibir con tranquilidad a su paciente, seguir colaborando y apoyándose en su médico. Con lo cual obviamente la interacción médico paciente, familiares se vuelve más fluida, efectiva y cordial.

El tercer objetivo fue Proporcionar información específica sobre aspectos biomédicos, sociales y psicológicos, tales como enfermedades físicas o mentales y estigmatización.

Una de las finalidades más importantes para dar esta información era lograr que los participantes unificaran criterios y tuvieran la información básica para que su participación tuviera conocimiento de causa, supieran cuales eran los adelantos más importantes en el tema, motivarlos a conocer mas, detectar sus conductas de rechazo o estigmatización hacia su paciente, entender las conductas o estados emocionales que esta enfermedad genera en quien la padece y analizar la forma en que podrían

enfrentarse al rechazo social. El objetivo se logro y brindo una gran contención al grupo, especialmente cuando la información fue dada por especialistas de cada área y la experiencia de cada uno fue expuesta y compartida sin censura o rechazo, esto les permitió disipar dudas y temores, corregir falsas creencias o mitos populares sobre la enfermedad y formarse una opinión más científica y objetiva del problema. El resultado nos dio un grupo de personas mejor integradas tanto consigo mismas, como con el grupo, por que se logro una mejor comprensión de las reacciones individuales y de las reacciones de los otros (Pacientes o personas que se enteraban del problema) y se logro un grupo con disposición para apoyarse unos a otros, mejor capacitadas para manejar su problema y nuevas alternativas para ayudar efectivamente a su paciente.

El cuarto objetivo fue proporcionar información específica sobre las enfermedades oportunistas que se presenten en el proceso de cada paciente, para plantear alternativas de cuidados y precauciones para el enfermo y su red social.

En este apartado se abordaron principalmente experiencias y crisis que se dan pero que son impredecibles, un ejemplo fue cuando el Dr. Isaac, narró la historia de una familia en la que el papá estaba infectado y de repente comenzó a tener convulsiones, el hecho de que la familia desconociera que esto pasaba con ciertas etapas de la enfermedad los mantuvo en un importante riesgo de infección, por que como nadie sabía que eso podía suceder de repente, un buen día el papá al estar de pie, cayo al piso convulsionándose y en el trayecto se golpeo en la cabeza con la esquina de un mueble, evidentemente la hemorragia no se hizo esperar y apareció un abundante flujo de sangre, fue una situación para la cual nadie estaba preparado, así es que el hijo menor estuvo en contacto directo con la sangre infectada de su papá. Esta sección fue muy valorada por todos los miembros del grupo, y los motivo a compartir experiencias semejantes, situación que reforzó el conocimiento del grupo.

El quinto objetivo fue facilitar la adecuada elaboración en los procesos de duelo ante las diferentes perdidas que se dan.

En esta parte del proceso el objetivo no se pudo comprobar, ya que hasta el momento en que se concluyo el G.P.E. ninguno de los familiares enfermos había muerto, así es que la comprobación de este objetivo tendría que hacerse en otro estudio, sin embargo, el G.P.E. si permitió poner en la mesa del análisis la posibilidad de hablar de la muerte, de la propia y de la de los otros, se hablo de como intervenir para ayudar a la persona a bien morir partiendo de la comprensión de lo que implica pensar en la propia muerte, y ya desde un sitio de empatía poder intervenir. Es decir, ser un apoyo para que el enfermo terminal cuente con alguien sensible a lo que este cruzando y apoyándole para facilitar procesos de duelo, por la pérdida de la vida y de los seres queridos, pensar en situaciones prácticas como lo es la elaboración de un testamento y dejar asuntos de vida que estaban pendientes, resueltos y ayudar para que la persona tenga la oportunidad de despedirse en vida, agradecer lo que tenia que agradecer y partir con tranquilidad al siguiente proceso.

4.15 BIBLIOGRAFIA

1. CONASIDA. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. NOM-010-SSA2-1993 (México) 1995; 59 págs.
2. De Caso,G.L; Moreno,M.T; Morales,C. A. et. al. (1996) " ¿ Me hago o no me hago la prueba?". En: SIDA/ETS, Vol. 1 N° 3, Publicación Trimestral. Nov. 1995- Ene. 1996.
3. D. Miller: (1987) "Viviendo con SIDA Y VIH". Manual Moderno. México D.F., 1987.
4. De León, M. PROYECTO PARA UN MODELO DE ATENCIÓN PSICOLOGICA PARA PERSONAS QUE VIVEN CON SIDA. Conferencia presentada en el XV Congreso Internacional Sobre Dolor y Cuidados Paliativos, Organizado por AMETD. México, 1994.
5. Kubler-Ross E. () El morir y los moribundos.
6. Gallo Robert. El virus del SIDA. Edit. Manual Moderno. (México), 1988.
7. Guarita,C. (1995) "Claves para el aconsejamiento" Acción en SIDA; México: Colectivo Sol, A.C. Núm. 24 Enero-Marzo pp1-2
8. Herzlich,Claudine "Santé et maladie Analyse d' une représentation sociale", París, 1969 citado en Herzlich,C. La representación social : Sentido del concepto" pag. 404.

9. Kantor, J. (1967) "La psicología interconductual: origen y desarrollo" Psicología interconductual (Un ejemplo de construcción científica sistemática). Trillas, México. 1980 (primera reimpresión). p. 27.
10. Kantor, J. (1967) "Sub sistemas aplicados" Psicología interconductual (Un ejemplo de construcción científica sistemática). Trillas, México. 1980 (primera reimpresión). p.182.
11. Manual del instructor hispano, editado por la cruz roja Americana
12. Paz Octavio (1950) El Laberinto de la soledad. Fondo de Cultura Económica México, 1950. P
13. Ribes, E. y cols. "El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento" Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano. Trillas, México. 1990. p. 120.
14. Ribes, E. "Reflexiones sobre una caracterización profesional de las aplicaciones clínicas del análisis conductual" Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano. Trillas, México. 1990. p. 105.
15. Revista SIDA/ETS (México). 1996; Vol. 2 Núm. pp. I, II. Separaba de la revista.
16. Revista SIDA/EST (México). 1996; Vol. 2 Núm. Pág. 115.
17. Revista SIDA/EST (México). 1997; Vol. 3 Núm. pag. Separata de la revista.
18. Vincent, JR. SIDA, Etiología Diagnóstico Tratamiento y Prevención. Edit. Salvat 2da. Edición, México. 1990.

19. Warren, H. Diccionario de Psicología. Fondo de Cultura Económica. México. 1984 p. 293.
20. Camerón N. Desarrollo y psicopatología de la personalidad. Un enfoque dinámico. Edit. Trillas. México 1986. Pag. 212-283.
21. Dustin. D. How psychologists do research. The example of Anxiety Edit. Trillas. 1960.
22. Diel Paul. El miedo y la angustia. Edit. Fondo de Cultura Económica. México, 1993.
23. Freud A. El yo y los mecanismos de defensa. Edit. Paidos. México, 1984.
24. Freud S. (1917) Lecciones introductorias al psicoanálisis, en Obras completas. Edit. Biblioteca nueva, Madrid, 1973. pag 2367-2379.
25. Freud S. (1933) Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis, en Obras completas. Edit. Biblioteca nueva, Madrid, 1973. pag 3146-3164.
26. F. Labhardt. El aspecto psicosomático de la angustia. Clínica Psiquiátrica Universitaria De Basilea. 1970. pág. 179 - 187.
27. Fenichel O. Teoría psicoanalítica de las Neurosis. Edit. Paidos. México 1988.
28. Grijalbo. Diccionario enciclopédico Grijalbo. Ediciones Grijalbo. Barcelona, España 1995. Pág. 116 y 119.
29. Mc Cullough.C.J. La ansiedad. Sus formas de manifestación, autocontrol y superación. Edit. Hermes S.A. México 1993.

30. Laplanche-Pontalis. Diccionario de psicoanálisis. Edit. Labor. Barcelona, España 1993. Pag. 27.
31. Spielberger Ch. Tensión y ansiedad. Edit. Harla. Colombia 1979.
32. Anderson. C. Reiss. D. Hogarty. (1986). G Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación. Edit. Amorrortu Editores. B. Aires.
33. Anderson. C.M. (1983). A psychoeducational program for families of patients with schizophrenia. In W.R. Mc Farlane (Ed), Family therapy in schizophrenia. 99-116). New York: Guilford.
34. Balint. M. el médico su paciente y la enfermedad. B.Aires. De. Libros Básicos.
35. Pichon Rivière. (1951) Aplicaciones de la psicoterapia de grupo. B. Aires: Nueva visión.
36. Castellón, J. (1993) Imagen Psicoanalítica (México) año 2 # 3.
37. Cuevas Gómez. (1993). Correlaciones en un grupo psicoeducativo de pacientes vih (+). Conferencia presentada en el 5to Congreso Nacional de Ampag en Cuernavaca, Morelos en junio de 1993.
38. Ettin, M. (1992) Group Psychotherapy. A Sphere of influence. USA: Allyn and Bacon.
39. Harriete C. Jhonson (1987) Biologically based deficit in the identified patient: indications for psychoeducational strategies. Journal of Marital and Family Therapy. Octubre, 1987, Vol. 13, No. 4, 337 - 348.

40. Pereira M. (1994) Aplicación de la terapia familiar y del modelo psicoeducativo en una unidad de internamiento breve. Revista Psiquis de psiquiatría, psicología y psicosomática; (1994) Junio, Vol 15 (1), 43-47
41. Portillo, L. y Martínez, E (1990) Los pacientes VIH +. Un abordaje grupal psicoeducativo. Trabajo leído en el IV congreso de AMPAG León, Gto.1991
42. R.Roncone L. Core.M. Casacchia (1993) Counselling and psychoeducational interventions in VIH infection. Revista New trends in experimental and clinical Psychiatry, Vol.IX, No. 4/93.
43. Department of Health and Human Service (1989) When someone close has AIDS. DHHS Publication (ADM) ; 89-1515; en Roncone (1993, op. cit.).
44. World Health Organization(WHO) (1990) Guidelines for counseling about VIH infection and disease. WHO AIDS Series; Pag.8.
45. Anderson. C. Reiss. D. Hogarty. G Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación. Edit. Amorrortu Editores. B. Aires. 1986.
46. Anderson. C.M. (1983). A psychoeducational program for families of patients with schizophrenia. In W.R. Mc Farlane (Ed), Family therapy in schizophrenia (pp. 99-116). New York: Guilford.
47. Castrellón, J. Imagen Psicoanalítica (México) año 2 # 3 1993.
48. CONASIDA. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. NOM-010-SSA2-1993 (México) 1995; 59 págs.
49. Diario Oficial de la Federación (México) 17 Enero 1995.

50. Diccionario enciclopédico grijalbo, 1995, Editores grijalbo
51. García de Serrano, I. Manual para la preparación de informes y tesis. (Puerto Rico) Editorial Universitaria, 1976. 239 págs. novena edición.
52. Gómez del Campo, J . Manual para el diseño de programas de intervención Universidad Iberoamericana, Departamento de psicología. Abril 1992.
53. Lapierre, D. Mas grandes que el amor (México) Planeta Seix Barral. 1993; 396 págs.
54. Revista SIDA/ETS (México). 1996; Vol 2 Num.3 pp. I, II. Separaba de la revista.
55. Revista SIDA/EST (México). 1996; Vol 2 Num.3 pp 115.
56. Sánchez M. Limitaciones y perspectivas de un modelo de atención, sin publicar, 1996.
57. Sepúlveda J. SIDA, CIENCIA Y SOCIEDAD EN MÉXICO, fondo de cultura económica, México 1989 p.168
58. Yalom, I. Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo (México) Fondo de Cultura Económica, 1986; 533 págs.