



Este es un homenaje a la antigua cultura Náhuatl, en la imagen se observa a Mictlantecuhtli (el señor de la muerte) con el bastón de mando en la mano y junto se ve el tecolote cortando la vida a la serpiente que es símbolo de fertilidad. Ya que para los nahuas la muerte no se percibía como algo a lo que se le tuviera miedo, porque representaba un ciclo en donde se le devolvía a la tierra lo que era de ella.



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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LOS EFECTOS DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL
EN EL PROCESO DE DUELO EN PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON LA INFECCION DEL VIH

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

RICARDO PABLO GARCIA ARIAS

DIRECTOR DE TESIS: DR. SAMUEL JURADO CARDENAS

REVISORA: MTRA. BEATRIZ GLOWINSKY KOTLAR



CIUDAD UNIVERSITARIA, MEXICO D. F., OCTUBRE 2004.

AGRADECIMIENTOS.

A la **UNAM**, que es para mí la escuela que más quiero y espero poner su nombre muy en alto en la sociedad, y por todo lo que en ella aprendí.

A todos los **universitarios** que han hecho historia, por proponer y defender sus ideales para alcanzar un modelo de mejor escuela.

A todos los compañeros y amigos del movimiento estudiantil de 1999-2000 llamado CGH (Consejo General De Huelga), por enseñarme a que siempre nos demos tiempo de voltear a ver al otro y si en algo se puede ayudar y permitir que aquellos que sueñan con ser profesionistas lo intenten.

Al **Dr. Samuel Jurado Cárdenas** que en ningún momento me dejó solo, y siempre me guió para realizar esto que de ser una idea ligera se convirtió en algo sólido ya que sin su conocimiento y experiencia estaría muy presionado.

A la **Mtra. Beatriz Glowinsky Kotlar** por la atención que siempre tuvo conmigo y por orientarme en mi trabajo.

A la **maestra Guadalupe Santaella Hidalgo** por brindarme un poco de su tiempo y por sus recomendaciones.

A la **maestra Leticia Bustos De La Tijera** por ayudarme a que este trabajo estuviera mejor presentado.

Al **Dr. Ariel Vite Sierra** por sus comentarios y observaciones que apreció mucho.

Al **Dr. Octavio Curiel Hernández** Quien me ofreció su confianza incondicional para poder realizar este trabajo en el Hospital 1°. De Octubre del ISSSTE, de quien he aprendido muchas cosas, es un gran amigo por su apoyo y las facilidades otorgadas para la realización de este trabajo.

Al maestro **José Luis Reyes González** por ser un gran ser humano.

A todos mis profesores de clase. A todos los participantes en este estudio.

Dedicatoria.

A mis Padres:

Gracias a **Mamá Sol** por su amor, cariño y enseñarme que hay que luchar por lo que nos gusta cueste lo que cueste, por sus desvelos, preocupaciones y paciencia.

Gracias a **Papá Pablo** quien siempre ha estado al pendiente de este trabajo y por apoyarme en todo ya que sin sus porras estuviera más pesado el camino. Los quiero mucho y gracias por darme la vida.

A Mis Abuelos:

Los quiero mucho a todos aunque no estén (Papá Lalito, Mamá Cholita y Papá Bencitos).

A mi Abuela Zarita que se preocupa mucho por sus nietos.

A mis hermanos:

Gracias a **Marco Alejandro** por ser mi primer gran maestro de quien he aprendido tanto, y allá en donde estés no me olvides porque yo nunca lo haré y te quiero mucho.

A **Omar Rodrigo** que te quiero mucho y me siento orgulloso de ti, espero poder ser un buen ejemplo para ti porque ya sabes que cuentas conmigo.

A **Francisco Ulises Sabes** que te quiero mucho y que para alcanzar las cosas que te gusten hay que luchar ni un paso atrás y gracias por todo.

A Isabel Barrera:

A ti **Isabel** mi amor que siempre estas conmigo en las buenas y en las malas te amo, y por eso te he llamado mi **Flor de Loto**, estoy muy contento de haberte conocido porque eres una mujer muy combativa como cuando te conocí.

A mis Tíos:

A mi tía **Martha** y **Silver** por preocuparse mucho por mí y apoyarme en todo lo que pueden, los quiero mucho.

A mi tía **Queta** y mi tío **Alfredo** también los quiero mucho y estoy muy agradecido con ustedes por su ayuda, cariño y sobre todo porque no me dejan solo.

A mis tíos **Lalo, Joaquín y David (y Guicha), Goyo, Enrique** los quiero mucho y gracias por darme momentos de alegría y consejo.

A mis tíos **Andrea y Esteban, Alma y Héctor** los quiero mucho y gracias por todo.

A mis tíos **César e Isabel, Rebeca** que espero estén orgullosos de mí.

A todos mis primos: **Tato, Angelica, César Arias, Isabel, Jazmin, Ricardo, Edu, Nayeli, Charly, Lili, Magali, Fiona, Alan, Irlanda, Erika, Julio César, Paty, etc.**

A mis Amigos De la Facultad: A un gran amigo **Quique** que estuvimos juntos en tantas cosas.

A **Pablito Arenas**, y todos mis amigos y amigas de Psicología.

A mis amigos: **Enrique Torres, Nacho y Ana, Ricardo, Miguel, Rodrigo, Liliana, Paty, lalo, etc.**

INDICE.

	Pag.
Introducción.....	7 a 9
Capitulo 1. VIH-SIDA.....	10
1.1. Etiología.....	10 a 28
1.2. Epidemiología.....	28 a 32
1.3. Aspectos Psiquiátricos y Psicológicos.....	32 a 38
Capitulo 2. Duelo.....	39
2.1. Concepto de Duelo.....	39 a 42
2.2. Duelo No Patológico y Duelo Patológico.....	43 a 48
2.3. Terapias que Manejan el Duelo.....	48 a 55
2.4. Las Fases Del Duelo.....	56 a 60
2.5. La Pérdida Ambigua.....	61 a 66
2.6. Tanatología.....	66 a 73
Capitulo 3. Terapia De Grupo.....	74
3.1. Apoyo Social.....	74 a 75
3.2. Definición De Grupo.....	75 a 77
3.3. Grupos Terapéuticos.....	77 a 81
3.4. Terapia Conductual.....	82 a 85
3.5. Terapia Cognitivo Conductual.....	85 a 107
Método.....	108
Planteamiento Del Problema.....	108
Justificación.....	109 a 111
Objetivos.....	112
Hipótesis.....	113
Sujetos.....	114

INDICE.

	Pag.
Introducción.....	7 a 9
Capitulo 1. VIH-SIDA.....	10
1.1. Etiología.....	10 a 28
1.2. Epidemiología.....	28 a 32
1.3. Aspectos Psiquiátricos y Psicológicos.....	32 a 38
Capitulo 2. Duelo.....	39
2.1. Concepto de Duelo.....	39 a 42
2.2. Duelo No Patológico y Duelo Patológico.....	43 a 48
2.3. Terapias que Manejan el Duelo.....	48 a 55
2.4. Las Fases Del Duelo.....	56 a 60
2.5. La Pérdida Ambigua.....	61 a 66
2.6. Tanatología.....	66 a 73
Capitulo 3. Terapia De Grupo.....	74
3.1. Apoyo Social.....	74 a 75
3.2. Definición De Grupo.....	75 a 77
3.3. Grupos Terapéuticos.....	77 a 81
3.4. Terapia Conductual.....	82 a 85
3.5. Terapia Cognitivo Conductual.....	85 a 107
Método.....	108
Planteamiento Del Problema.....	108
Justificación.....	109 a 111
Objetivos.....	112
Hipótesis.....	113
Sujetos.....	114

	Pag.
Escenario.....	114
Instrumentos.....	114 a 115
Diseño Experimental.....	116
Procedimiento.....	116 a 119
Resultados.....	120 a 123
Discusión y Conclusiones.....	124 a 129
Bibliografía.....	130 a 134
Apéndice.....	135 a 140

INTRODUCCIÓN.

El ser humano ha tenido que adaptarse a circunstancias y eventos variados en relación con la vida y el medioambiente que lo rodea, en donde existen múltiples zonas geográficas, diferentes climas, etc. Incluso ha tenido que sobrevivir y hacerle frente a las catástrofes, virus, bacterias, etc. en diferentes épocas que han afectado su salud; como por ejemplo la peste negra o peste bubónica que tuvo su mayor efecto y devastación en el siglo XIV en el año 1348 d.C., causando la muerte a millones de personas en pocos años en el continente Europeo.

Es cierto que muchas otras epidemias han afectado a la población humana al paso de los siglos y por tal razón es de suma importancia mencionar la llamada epidemia del siglo XX ocasionada por el VIH-SIDA, descubierta en el año de 1981 en los Estados Unidos y si bien no es la única que afecta a las poblaciones actualmente es de las más preocupantes, tanto a nivel nacional como internacional debido a su rápido aumento al menos en las dos últimas décadas de que se tiene registro sobre la enfermedad, tanto así que ha llegado a afectar aproximadamente a 40 millones de personas en todo el mundo por lo que el riesgo para la salud es muy alto y preocupante, y a pesar de los avances tecnológicos aún no es posible encontrar la cura.

La magnitud y el daño que produce la enfermedad es severo y para las personas con la infección por VIH-SIDA resulta difícil comprender que no existe cura, seguido de que la convivencia familiar y social resulta complicada, frecuentemente son objeto de discriminaciones, inclusive en los centros de salud existe estigmatización y maltrato hacia el paciente infectado por VIH y el enfermo de SIDA. Por tal motivo existen factores psicosociales necesarios de conocer y difundir que están relacionados con el VIH-SIDA.

Las personas diagnosticadas con infección del VIH se enfrentan a un choque emocional muy fuerte ya que se asocia con: sexualidad, contagio, imagen

negativa, sangre y muerte. Como resultado de la ansiedad generada en estas personas diagnosticadas con la infección por VIH-SIDA, algunas veces se niegan en aceptar el diagnóstico, muestran enojo o cambios afectivos, así como síntomas depresivos, etc., es por esto que existe una gran necesidad de intervenir a nivel de prevención y tratamiento sobre el VIH, sin olvidar que el paciente infectado es un ser humano con necesidades comunes a los otros. Un instrumento que probablemente le ayude al equilibrio emocional del sujeto es impulsar grupos de autoapoyo o terapéuticos en donde ellos puedan tener un medio de expresión e información, incluso en apoyo a la adherencia terapéutica. El factor psicológico no debe quedar de lado en el tratamiento del infectado, ya que esto proporcionaría estabilidad cognitiva.

En el enfoque cognitivo conductual la característica más importante del tratamiento mediante competencias de afrontamiento es por que se les enseña a los pacientes diferentes estrategias que pueden utilizar para darle solución a sus problemas de forma independiente. El programa de entrenamiento en competencias de afrontamiento ayuda, a los pacientes a comprender las bases de muchos de sus problemas, y también les proporciona herramientas específicas para abordar los problemas y reducir ansiedad o depresión, especialmente si incluye un módulo de reestructuración cognitiva. Otra posible razón para la efectividad del entrenamiento en competencias de afrontamiento yace en la paradoja de que cuando una persona evita ciertos problemas, lo que suele hacer es prolongarlos e intensificarlos. Por ejemplo cuando una persona siempre evita las reuniones sociales porque le producen demasiada ansiedad nunca podrá tener la oportunidad de afrontar su temor. El entrenamiento en competencias de afrontamiento intenta ayudar a los pacientes a asumir el control de sus vidas (Sank y Shaffer 1993).

En el primer capítulo se exponen aspectos importantes sobre el VIH-SIDA, como lo es la etiología, mecanismos de transmisión, mecanismos de prevención, características del virus, tratamientos, epidemiología, etc; que es necesario

poder conocer para entender los diferentes momentos por los que pasa una persona que ha sido infectada y sufre cambios en el aspecto físico, biológico y psicológico.

Ya que el curso de la enfermedad muchas veces es poco conocido por las personas que han adquirido la infección o la enfermedad.

El segundo capítulo es muy importante porque entramos de lleno en el campo psicológico de los individuos que padecen VIH-SIDA, es aquí donde encontramos explicación a muchas alteraciones mentales y emocionales de las cuales ellos son objeto. El conocer que existe un proceso de duelo del cual transitan estos individuos, es de suma importancia, porque se cree que solo hay que morir para vivir un duelo y como veremos más adelante encontraremos que existen muchos tipos de duelo, entonces nos centraremos en el que viven personas que han sido infectadas así como diagnosticadas y de qué manera viven este proceso.

El capítulo tercero está estructurado para explicar cómo la terapia de grupo puede ser una herramienta eficaz para el tratamiento psicológico y que para este tema existen múltiples enfoques terapéuticos que pueden atender de manera ética y profesional a los afectados. Teniendo como principal objetivo que el paciente afronte los efectos psicológicos del padecimiento, en especial con el enfoque cognitivo-conductual.

CAPITULO 1.

VIH-SIDA.

1. VIH-SIDA.

El agente que se conoce actualmente como SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida), es el estado tardío de la infección por VIH (Virus de Inmuno Deficiencia Humana), (Ponce De León y Rangel 2000). El virus de VIH puede causar diferentes trastornos, de los cuales el SIDA es el más peligroso. Se dice que una persona tiene SIDA cuando, la infección se sintomatiza, es decir, la persona es atacada por las infecciones oportunistas.

El VIH es un virus complejo pero no todas las personas infectadas con el VIH desarrollan el SIDA; o al menos tardan entre cinco y diez años aproximadamente para desarrollarlo, por lo que a estas personas se les conoce como seropositivas o positivas a anticuerpos, y para esta transformación influyen otros factores como lo son: el consumo de alcohol y droga, la mala nutrición, mucho estrés, la exposición a otras enfermedades, en especial las de transmisión sexual. Cabe resaltar que todas las personas infectadas con el VIH, sean asintomáticas o presenten síntomas, pueden transmitir el virus a otras personas. Este virus no solamente ataca al sistema inmunológico, sino que también puede dañar al sistema nervioso central, originando efectos psicológicos que incluyen pérdida de memoria, trastornos de personalidad y demencia.

1.1 Etiología.

ORIGEN DEL VIH.

No existe actualmente evidencia exacta de cuando aparecieron los retrovirus capaces de producir el SIDA, es probable que existan desde hace décadas, tal vez siglos o incluso milenios. Ningún virus patógeno es del todo nuevo, tiene que tener un antecedente genético que haya logrado sobrevivir en alguna parte, puede ser en algunos animales o en los seres humanos, en donde haya encontrado la sobrevivencia biológica. No es fácil creer que el nacimiento del VIH tipo 1 y VIH tipo 2 sea tan reciente como se menciona y menos en que se hayan presentado casi paralelamente en poco tiempo. Algunos investigadores

mencionan que la distancia evolutiva entre los genomas de los virus del VIH necesitaría haber durado por lo menos 280 años, por lo que esto nos llevaría a pensar que el germen del SIDA existía en su forma más primitiva mucho antes que la epidemia actual (Grmek, 1992).

Algunos investigadores manifiestan con más seguridad que la epidemia del VIH se originó en África. Los indicios en el origen africano es que el familiar más cercano conocido del virus del SIDA es STLV III, y éste se encuentra en los monos verdes y macacos de África. Y que de alguna manera el VIH tipo 1 y VIH tipo 2 hayan cruzado en alguna forma al hombre. Debido a que se han hecho estudios de sangre de África que estuvo almacenada, se dice que el VIH pudo existir desde hace más de 15 años, o más, por lo que en términos generales no puede considerarse un viejo virus que sólo hasta fecha reciente se manifestó en una enfermedad, según (Miller, 1987).

Los retrovirus se han encontrado en mamíferos, aves, reptiles, anfibios y peces, son un grupo de virus ampliamente distribuidos en vertebrados, y tal vez también en invertebrados, y forman la familia Retroviridae.

Los retrovirus son partículas esféricas de 90 a 100 nm (nanómetros) de diámetro, con una cápside de nucleoproteínas de forma icosaédrica que contiene un complejo ribonucleoproteínico formado por una proteína de la cápside (Ponce De León y Rangel 2000).

La epidemia del SIDA originada por el VIH tipo 1 se ha dispersado por todo el mundo, es más grave por sus características y efectos en donde se piensa que no tiene la misma fuente que la epidemia originada por el VIH tipo 2, al virus denominado con el número 1 es el primero en cuanto a su descubrimiento, pero no necesariamente a su aparición real (Grmek, 1992).

Para Luc Montagnier (citado en Grmek 1992) su hipótesis sobre la epidemia es que muy probablemente hubo una contaminación entre los humanos de algunas regiones apartadas de África, quienes por algún motivo expandieron el virus a otras regiones con otros habitantes. Se piensa que el virus ya se había adaptado satisfactoriamente en el grupo origen pero no en el nuevo huésped y así fue como apareció la enfermedad.

El mundo actualmente tiene contactos más estrechos por el ritmo de vida de los negocios y el turismo, tal vez la propagación del VIH desde África rural coincidió probablemente con la migración de personas de estas áreas a las urbanas en desarrollo. Y de los años 60s y 70s hasta la fecha han sido épocas de grandes cambios económicos en muchos estados del África, aunque no sólo en África sino en todo el mundo (Miller, 1987).

Un hecho que ha sido obvio para muchos investigadores que han trabajado sobre la experiencia africana por algunos años es que la epidemiología de la enfermedad en África indica claramente que el VIH se disemina a través de la relación heterosexual, de varones a mujeres y con la misma facilidad de mujeres a varones. Sólo hasta fecha reciente se está considerando seriamente este hecho crucial en el occidente, en donde en muchos sitios la pandemia de VIH (una epidemia mundial) aún se considera (y peligrosamente se trivializa y descarta) una plaga de homosexuales (Miller, 1987).

Ser identificado como seropositivo también implicará cargas o problemas aparte de los emocionales. Surgen numerosas consecuencias prácticas que incluyen no poder obtener pólizas de vida y seguros médicos; muchos dentistas e incluso algunos médicos pueden declinar tratarlos y los patrones que se enteran de la seropositividad de una persona la despedirán o declinarán emplearla. Cada una de estas circunstancias puede tener un efecto importante (por lo general perjudicial) en la forma en que vive una persona (Miller, 1987)

Las infecciones del VIH tipo 2 ocurren sobre todo en el África dentro de poblaciones rurales, sin embargo se diagnosticaron también en la Republica Federal de Alemania (Von Eiff, 1988).

Se ha encontrado suero con anticuerpos contra el VIH en algunos hospitales que lo mantenían congelado desde 1959. Lo que significa que estos pacientes se habían infectado antes de esa fecha (Perelló, 2000).

Estructura Del Virus.

Los virus se componen fundamentalmente por proteínas, glucoproteínas, carbohidratos, ácidos nucleicos y a veces lípidos, los virus no cuentan con un

mecanismo propio que pueda o cumpla con la función de replicarse (Perelló, 2000).

El SIDA y trastornos relacionados se han atribuido a un retrovirus recién identificado, que se ha denominado, virus de la linfadenopatía. La abreviatura HTLV-III. Los retrovirus contienen ARN (ácido ribonucleico) y utilizan una enzima viral llamada transcriptasa inversa (TI) (Miller, 1989).

Una de las características que define a los retrovirus es la presencia de polimerasa con actividad de polimerasa de ADN (ácido desoxiribonucleico) dependiente de ARN, la cual al ser descubierta recibió el nombre de transcriptasa inversa.

Los retrovirus son elementos genéticos que codifican a la transcriptasa inversa y es de mucha importancia ya que de estos se desprenden las investigaciones sobre el virus.

En el virión se localiza la transcriptasa inversa y está codificada por el gen pol integrado por una proteasa y una integrasa. La transcriptasa inversa está constituida por dos subunidades de proteasa 51 y proteasa 66, denominadas proteasa 51 de 440 aminoácidos, y es resultado de la escisión proteolítica de un fragmento de 120 aminoácidos del extremo carboxilo de proteasa 66.

La transcriptasa inversa utiliza como molde al ARN viral positivo del virus para sintetizar una segunda cadena complementaria de ADN, la transcriptasa inversa es una polimerasa (Ponce De León y Rangel 2000).

Las únicas células que se sabe son afectadas por la infección HTLV-III son las CD4 positivos y poseen antígenos de superficie.

Una clave importante en la investigación de retrovirus del hombre fueron los descubrimientos de la transcriptasa inversa de Baltimore en 1970 (Miller, 1989).

En general, los retrovirus son muy sensibles al calor y los primeros estudios con HTLV -III indican que este virus no es una excepción. Diversos grupos han señalado su inactivación total después de incubarlo a 56° C por 30 minutos. Spire y col (1985) encontraron que ocurre incluso cuando la concentración sérica es de 50% y aconsejan el calentamiento en estas condiciones como un posible medio para aumentar la seguridad del manejo de muestras de suero en el

laboratorio (Miller, 1989).

El VIH pertenece a los virus lentos de tipo ARN y que son capaces de convertir su genoma al ADN tomando como base a la célula huésped por medio de la transcriptasa inversa. Las formas maduras del virus son esféricas con 72 proyecciones formadas por las proteínas de la envoltura glucoproteína 120 (gp120) y glucoproteína 41 (gp41). La infección que se produce en la célula huésped está regida por las propias necesidades del virus y su sobrevivencia en donde tiene la capacidad de replicarse de manera masiva y rápida (Cuadrado, 1997).

Este virus fue aislado por primera vez en 1983 por Luc montagnier del Instituto Luis Pasteur de Francia y en 1984 Robert Gallo logro aislarlo en Estados Unidos (Perelló, 2000).

El VIH tiene las siguientes propiedades estructurales:

1. Una envoltura, una membrana externa mide unas dos millonésimas de pulgada de grueso muy vulnerable a la destrucción por calor, detergentes y solventes orgánicos, como el alcohol.
2. Dentro de la envoltura hay un "núcleo" de proteínas y genes el genoma. Los tres genes principales son el gen "gag", que elabora las proteínas centrales específicas que contiene el virus; el gen "env", que produce la envoltura del virus, y el gen "pol", que forma la transcriptasa inversa química vital el elemento que permite que los virus elaboren ADN a partir del ARN. Un cuarto componente vital se denomina gen "tat" o transactivador, que al parecer regula la replicación del virus.
3. Actualmente se considera ampliamente que la estructura del virus puede cambiar a medida que se transmite de una persona a otra.
4. La relación estructural más cercana del VIH es el virus linfotrópico de células T del simio encontrado en el mono verde de África.
5. El principal efecto destructor del VIH ocurre a través de su ataque y depresión selectivos de células inmunológicas específicas en sangre y tejidos en particular, un subgrupo de linfocitos o células conocidas como linfocitos T4.

Una vez dentro del linfocito blanco, el VIH elimina su cubierta y produce una sustancia química extraordinaria, una enzima llamada transcriptasa inversa; de esa manera, a partir de un ARN de filamento único se elabora un ADN de filamento doble una copia del virus (Miller, 1987).

La Viremia es el poder del VIH.

La viremia comienza a detectarse en unos siete a once días después de la entrada del VIH por las mucosas genitales, y aunque con mayor variación de la que se apreció en el pasado puede ser tan alta como 1.6 millones de copias de RNA del VIH/ml. de plasma. La fuente principal de la viremia al parecer corresponde a las células T CD4+ infectadas por el VIH, presentes en los tejidos linfoides. La viremia se asocia a diseminación del VIH a diversos órganos y tejidos (Ponce De León y Rangel 2000).

Sistema Inmunológico.

Cuando por alguna causa (herida o introducción directa al torrente sanguíneo) los virus han logrado penetrar al cuerpo humano alcanzan diversas partes del organismo y escoge a aquellas células con las que tienen mayor afinidad: los linfocitos T4 o CD4+ aunque también atacan a otros leucocitos como son los macrófagos, a los que no destruye como a los linfocitos, sino que sirven como depósito y medio de transporte, ya que son los que llevan el virus hasta el cerebro afectando así a las neuronas (Perelló, 2000).

Los órganos linfoides primario y secundario constituyen el sistema inmunológico humano, los órganos linfoides primarios son dos el timo y la médula ósea, y los secundarios son el bazo y los nódulos linfáticos (Von Eiff, 1988).

En las personas que por el sólo hecho de permitir el coito anal se presenta un bloqueo inmunitario por depósito de semen en el recto y que absorbe el material genético, debido al exceso y la calidad de información contenida y el sujeto presenta depresión de su sistema inmune (Romo, 1997).

Ya en el interior de la célula, el virus se desprende de cualquier resto de envoltura externa y su núcleo entra en actividad dañando al organismo de varias maneras, a medida que la enfermedad va avanzando, el número de

linfocitos T4 va disminuyendo, cuando los niveles llegan por debajo de 200 T4 por milímetro cúbico de sangre en vez de los 800 a 1000 normales, el organismo ya no se encuentra en capacidad de defenderse contra los gérmenes (Perelló, 2000).

Monocitos y Macrófagos.

Existen los linfocitos B y los linfocitos T y su origen se encuentra en forma de células madres en la médula ósea (roja) aunque para madurar emigran a otros lugares. Las células madres que dan origen a los linfocitos T emigran hacia el timo donde se multiplican activamente y donde maduraran para poder desencadenar la respuesta inmunitaria celular (Perelló, 2000).

El sistema monocito macrófago es uno de los fagocitos que forman parte del ataque innato o inespecífico contra la invasión microbiana. Cuando llegan a instalarse en tejidos, se les llama macrófagos tisulares y se llamarán dependiendo del tejido donde se encuentren.

En relación con el VIH, la importancia de las células del linaje monocito macrófago es que éstas, captándolo con su CD4 pueden ser reservorio para propagarlo a otros tejidos, ya que este sistema monocito macrófago infectado puede no ser detectado por el sistema inmune. En otras palabras, parecería que el VIH, no mata al macrófago, sino que lo usa para su fin (Billet, 1995).

Los principales anticuerpos producidos por los linfocitos son las denominadas inmunoglobulinas de superficie: IgG, IgM, IgA, IgE, son glucoproteínas que las células plasmáticas secretarán en sangre. El anticuerpo reconoce, mediante su Ig de superficie, la forma global, tridimensional del determinante antigénico.

Las células B que producen anticuerpos necesitan para ello la colaboración de las células T llamadas así porque han pasado por el timo. De modo que, habitualmente, una célula B para estimularse y producir anticuerpos necesita de la ayuda de las células T. La activación de las células T requerirá, a su vez, de la intervención de células, llamadas macrófagos células presentadoras de antígenos que le presenten el antígeno con una orientación adecuada.

Linfocitos T.

Los linfocitos T migran de la médula ósea y que es el órgano linfático primario,

al otro órgano linfático primario, el timo, donde complementarán su maduración (Billet, 1995).

Además de la actividad anti-VIH por los mecanismos citolíticos tradicionales, las células T CD8+ también son capaces de suprimir la replicación del VIH en las células T CD4+ mediante sistemas no citolíticos (Ponce De León y Rangel 2000).

Se ha estimado que una célula T CD8+ puede controlar 90% de la replicación del VIH que ocurre en 20 células T CD4+ de pacientes en estado de latencia Clínica. En las etapas tardías de la enfermedad, pueden requerirse cuatro células T CD8+ para controlar 90% de la replicación en sólo una célula T CD4+.

Quimiocinas B.

Las quimiocinas son una familia de proteínas pequeñas relacionadas estructuralmente, las cuales inducen la migración de subgrupos específicos de leucocitos a los sitios del organismo humano que participan para mediar la inflamación (Ponce de León y Rangel 2000).

Función del Virus.

Muy sintéticamente, podemos decir que el ADN o Ácido Desoxirribonucleico es la sustancia responsable de la transmisión de los factores hereditarios. Constituye la base química de la herencia. El ADN de los cromosomas está formado por elementos (radical fosfato, azúcar, y bases nucleicas adenina, guanina, y timina y citosina), y tiene una estructura helicoidal doble, en la cual las dos ramas que integran la hélice se hallan unidas, a la manera de peldaños de una escalera, por elementos químicos.

- a) La inmunidad innata o inespecífica, constituida por barreras naturales (por ejemplo en piel, conjuntiva de los ojos, membranas mucosas).
- b) La respuesta inflamatoria o inmunidad innata en tejidos profundos. Esta se inducirá por activación de proteínas séricas que constituyen el sistema complemento. Se reclutarán células fagocíticas, o sea, leucocitos capaces de ingerir y destruir bacterias y otros microorganismos invasores.

- c) La inmunidad inespecífica o adaptativa, llamada así porque está constituida por células con receptores de alta especificidad. Cuando se repiten infecciones, este sistema adaptativo mejora su resistencia por poseer Memoria y Especificidad (Billet, 1995).

El virus del VIH es potencialmente destructivo y podría afectar a otras células del organismo, sin embargo su punto de destrucción se concentra en las células CD4 y son quienes se encargan de regular el sistema inmune. El VIH es capaz de replicarse en células CD4 positivas y no en otro tipo de linfocitos. Existen algunos anticuerpos que bloquean la infección del virus (Cuadrado, 1997).

El ácido nucleico viral puede replicarse así mismo y el genoma resultante, es copia idéntica de la molécula que le dio origen y, por lo tanto, dueño de las mismas dos características mencionadas (Romo, 1997).

Desarrollo De La Infección.

Las vías principales de transmisión del VIH son sangre (y derivados) y semen; elementos biológicos en los que se encuentran gran cantidad de linfocitos portadores del virus.

El comienzo de la infección con VIH, se caracteriza, precisamente, por una disminución importante de células TDC4+, coincidente con la réplica explosiva del VIH. Una vez contrarrestada la viremia resultante, se recuperan un tanto las células T CD4+, aunque siempre alcanzan menor cantidad que la habida en su estado previo.

El acto de absorción sobre las células de Langerhans, presentes a lo largo de las mucosas intestinal, vaginal y en otros epitelios, suele ser el primer evento de réplica del VIH (Romo, 1997).

El VIH penetra al organismo bien sea por partículas infecciosas libres en sangre o semen, o bien dentro de células infectadas por el virus. La infección de una célula requiere del acercamiento del virus a los receptores presentes en la superficie de la célula blanco, la fusión de la envoltura viral con la membrana celular y la penetración de la capsida al citoplasma de la célula infectada. Estos receptores primarios para la célula VIH se encuentran en las células CD4 y en

menor grado en los monocitos, macrófagos, células dendríticas y células de la microglia. El virus contiene una unidad protéica exterior llamada gp120 que es la mediadora de la entrada del virus a la célula huésped y que es la que le da tan alta afinidad por las células CD4 (Ponce De León y Rangel 2000).

Una de las enzimas (una proteasa), contenida en la molécula precursora más grande, se separa a sí misma, al igual que hace con las otras enzimas (ADN-polimerasa, ribonucleasa e integrasa) de la gran cadena de proteína precursora, y finalmente divide también a la molécula precursora estructural en cuatro proteínas estructurales independientes, de las cuales tres, (p7, p9 y p24) forman el nucleocápside en forma de cilindro de extremos redondeados, antes mencionado, que cubre al ARN genómico y sus enzimas, mientras el cuarto segmento, continúa adherido a la membrana celular (Romo, 1997).

Por último en el ciclo de replicación del VIH, ocurre el ensamblaje de los viriones, el ARN y los productos de los genes gag y pol del VIH integran el centro del virus en el citoplasma de la célula huésped.

Una vez ensamblado el centro se dirige a la superficie y sale a través de la membrana celular, de donde adquiere la membrana lipídica de la que forma su envoltura junto con productos del gen env. La función de la proteasa interviene partiendo específicamente al precursor de las proteínas gag, lo que da lugar a la formación de p24, p17, p9 y p7 completándose la formación del nuevo virus (Ponce De León y Rangel 2000).

La glucoproteína gp120 del VIH es considerada inductora de apoptosis en pacientes con SIDA. Al unirse el virus a los receptores CD4 de linfocitos T mediante las espículas que contienen gp120, causa aglutinación y adhesión de anticuerpos y subsecuente activación de los linfocitos CD4, por la cual se dispara el mecanismo de apoptosis, aún de células CD4 normales, esto supondría que la muerte celular se anticipa a la infección de la cual pueden ser objeto (Romo, 1997).

Cuando el virus del VIH entra en el organismo humano hace que la enfermedad se manifieste en cuatro etapas:

- a) **Infección aguda.** Ocurre poco tiempo después de haberse infectado, dura entre una y seis semanas y la infección ya puede ser transmitida, aunque no existan anticuerpos específicos. Esta fase se llama periodo de ventana en donde la infección no puede ser detectada por los métodos comunes.
- b) **Fase asintomática.** Esta etapa es sumamente peligrosa para la proliferación de la epidemia pues el portador no tiene ninguna molestia y su apariencia es saludable, pero sí posee la capacidad de transmitir el virus a otras personas y su duración es variable; mientras que en algunas personas los síntomas aparecen en poco tiempo, en otras pueden pasar años antes de que suceda.
- c) **Etapa de transición.** En esta etapa el equilibrio que había logrado mantener el sistema inmunitario se rompe, los linfocitos CD4 merma hasta caer por debajo de 400 por mm³ de sangre y se presentan los primeros síntomas.
- d) **Infección avanzada.** Aquí es donde podemos hablar de la aparición del SIDA. Las defensas se encuentran muy deterioradas menos de 50 CD4 por milímetros cúbicos por lo que de manera brusca se presentan manifestaciones más graves y características del proceso infeccioso (Perelló, 2000).

Mecanismos De Trasmisión.

La infección es producida por la recepción directa de sangre y espermia infectados, aunque también se presenta de manera perinatal (Vonn Eiff, 1988).

En la actualidad se acepta que existen tres modos primarios de transmisión: contacto sexual, exposición a sangre (en particular mediante el uso de drogas parenterales y transfusión) y de madre a hijo (Ponce De León y Rangel 2000).

Transmisión Sexual.

El principal modo de transmisión de la infección por VIH en todo el mundo es por contacto sexual, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en 75% de los casos se efectúa por esta vía (Ponce De León y Rangel 2000).

Para el grupo de homosexuales y bisexuales se concentra la transmisión en 56% de los casos, sin embargo se observa una disminución de la enfermedad en este grupo en forma progresiva a través del tiempo, con disminución que va del 82% en los primeros dos años de la infección al 43% en el año 2000 (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 2002).

En el grupo de heterosexuales que de ser 5.2% al inicio de la epidemia, su frecuencia ha aumentando a 43% en el último año; en la infección perinatal se registró el 1.3% del total de los casos (ISSSTE, 2002).

En el mundo la transmisión sexual es la forma más importante de propagación del VIH. Al principio de la epidemia, se difundió la idea de que solo los homosexuales estaban expuestos a adquirir la enfermedad.

Dependiendo del tipo de contacto de que se trate los fluidos transferidos pueden ser: vaginales, saliva, orina, semen, moco rectal, heces fecales o sangre (Rossi, 1997).

Dentro de las prácticas sexuales más comunes encontramos:

- a) Coito vaginal. En esta práctica la transmisión del VIH parece ser menos efectiva que en el coito anal. Ya que la mucosa de la vagina tiene un mayor espesor, resistencia y lubricación; puede explicar la menor probabilidad de transmisión del VIH; y aún así ocurre.
- b) Coito anal. Las relaciones sexuales en las que existe penetración (pene-anal) por el recto, son las que implican mayor riesgo de transmisión. La explicación más acertada se basa en que la mucosa rectal es muy frágil lo que favorece: lesiones, inflamación y sangrado.
- c) Sexo oral. La participación de la boca en las relaciones sexuales implica contacto de la mucosa oral con el pene o con las mucosas rectal o vaginal.

Transmisión Sanguínea.

El método más preciso de transmisión de la infección por VIH es a través de inyección de sangre o productos sanguíneos, como plasma y factores de la coagulación. El riesgo es muy alto de infección después de recibir un producto sanguíneo con infección por VIH y es alrededor del 100 por ciento.

Numerosos usuarios de drogas intravenosas se han infectado en todo el mundo

porque comparten agujas y jeringas contaminadas.

El uso de drogas inyectables también genera riesgos altos para contraer la infección; otros aspectos relacionados con conductas de riesgo e incremento de la tasa de infección incluyen un estado socioeconómico bajo, indigencia y raza minoritaria (Ponce De León y Rangel 2000). Otros medios menos frecuentes de transmisión a través de objetos punzocortantes son el tatuaje y el procedimiento de perforación de oídos que tienen importante riesgo de transmisión por el uso de material riesgoso no esterilizado (Ponce De León y Rangel 2000).

El riesgo más elevado para el contagio del VIH, es para aquellos que comparten las agujas y jeringas para inyectarse, tal es el caso de las personas que usan drogas intravenosas, ya que la pequeña cantidad de sangre que queda en la aguja es suficiente para transmitir el virus (Rossi, 1997).

La transmisión sanguínea por VIH ocurre en las siguientes condiciones:

- 1.- Recepción de sangre y sus productos.
- 2.- Utilización de jeringas y agujas no esterilizadas
- 3.- Punción ocupacional.

Los componentes sanguíneos implicados en este tipo de transmisión son: la sangre, paquetes celulares eritrocitos, plaquetas, leucocitos, el plasma y los factores de coagulación.

Transmisión Perinatal.

Una gran cantidad de niños con SIDA son hijos de mujeres que han sido infectadas antes, durante el embarazo o en el momento de ser amamantados.

Se acepta que la transmisión de VIH de madre a hijo puede ocurrir por tres mecanismos y en tres momentos:

Se sospecha de la vía de transmisión trasplacentaria desde que empezaron a aparecer los primeros casos en lactantes, debido al periodo relativamente corto en que algunos desarrollaban el SIDA y al reporte de niños infectados que presentaban una apariencia dismórfica, característica que hacía sospechar la transmisión temprana in útero. Se ha podido demostrar infección por VIH en los tejidos de un feto de quince semanas de gestación y el virus ha sido aislado de la placenta y líquido amniótico.

Por lo que se refiere a la transmisión post-parto, el primer informe que publicó la hipótesis por transmisión de leche materna data de 1985 (Rossi, 1997).

Enfermedades Oportunistas.

Las enfermedades oportunistas se hacen presentes cuando las defensas en el organismo están muy deterioradas, se les llaman así porque son infecciones que aparecen en el momento en que el sistema inmunológico por sí solo ya no puede contrarrestar a los antígenos.

En esta etapa se pueden presentar una o varias de las siguientes afecciones:

Síndrome de Desgaste Físico (pérdida de peso en un 10 o 15% del peso total en menos de un mes, fiebre nocturna durante un mes, diarrea con cinco o más evacuaciones al día, durante un mes, debilidad o cansancio).

Infecciones Graves y de difícil tratamiento:

En Boca (gingivitis, candidiasis oral, herpes simple).

En Piel (herpes, micosis, neoplasias como sarcoma de Kaposi, angiomas bacilar, etc.).

En Vías Respiratorias Bajas (tuberculosis, o neumonías por neumocistis carinii, histoplasmosis, coccidioidomicosis, etc.).

En Vías Digestivas (cuadro diarreico provocado por una gran cantidad de microorganismos como: criptosporidium, isosporidiasis, amibiasis, giardiasis).

En los Ojos (daño provocado por el virus del citomegalovirus que causa retinitis por citomegalovirus) (De Luna, 1999).

Dentro de los sistemas que afecta el VIH en su etapa tardía son el sistema nervioso central, y en especial a estas afecciones se les denomina complejo cognoscitivo motor y demencia asociada al VIH. Se ha observado que la proteína gp120 intoxica las neuronas y provoca la apoptosis (Cuadrado, 1997).

Pruebas De Detección.

Después de que se identificó el virus causante del SIDA, se puede diagnosticar la infección del VIH de dos maneras, una mediante la demostración de la

presencia del virus, aislando el virus y el otro mediante la comprobación de la presencia de anticuerpos debido a la presencia del virus (Von Eiff, 1988).

Algunas pruebas de detección son las siguientes:

ELISA: Método enzimático laboratorial para la detección de anticuerpos específicos contra el VIH en suero o plasma sanguíneo.

Western Blott: Prueba enzimática en banda para la detección de las proteínas virales que se encuentran en el suero o en el plasma sanguíneo, en el caso del VIH-SIDA se utiliza como prueba confirmatoria.

PCR: Reacción en cadena de la polimerasa. Técnica utilizada en la biología molecular para detectar la presencia de ADN viral.

Prevención.

La prevención es una de las herramientas más importantes para poder contrarrestar esta epidemia, y es tarea de muchas personas e instituciones para que pueda ser un mecanismo efectivo en contra de tan devastadora infección.

La prevención no debe de ser asumida sólo por instituciones de salud y de gobierno así como de los trabajadores de la salud e inclusive tendría que ser una tarea que se llevara a cabo por los padres de familia, por los individuos que ejercen su sexualidad, etc. Es decir que entre mayor sea el campo de información sobre este padecimiento se reduciría la magnitud de tal infección, ya que gran parte de la población estaría informada de todo lo que implica la infección y se promoverían conductas de responsabilidad e higiene en el ejercicio de la sexualidad.

Las campañas de educación deberían de adecuarse al entorno cultural, religioso y social en el que se sitúe cada región a instruir.

Es necesario que en la información de la infección se oriente y guíe sobre el riesgo que implica esta infección en el ejercicio de la sexualidad (Alfaro, 1991).

Algunas de las recomendaciones que se dan para prevenir la infección son:

El sexo Seguro ó el sexo protegido.

El llamado sexo seguro es el que consiste en compartir estímulos de tacto, visuales, olfativos y auditivos con una o varias parejas sexuales en donde no

deba existir penetración del pene en otro cuerpo, incluye caricias pero no contactos con fluidos corporales que pudieran encontrarse en el ano, en la vagina o en el pene.

Abstinencia Sexual.

Masturbación mutua hasta el orgasmo y la eyaculación, sin penetración.

Besos y caricias, si no hay lesiones y sin contacto de fluidos corporales.

Uso de instrumentos como: vibradores, consoladores y juguetes sexuales sin compartirlos.

El sexo protegido consiste en las prácticas sexuales con penetración del pene en el cuerpo de otra u otras personas evitando el contacto directo con fluidos corporales, a través de barreras mecánicas como: el condón masculino o femenino y el llamado kleen pack o película de plástico.

Sexo Protegido:

Relación sexual mutua monogama entre pareja sana.

Utilizar barreras mecánicas.

De Luna (1999) comenta que para prevenir la infección de manera perinatal no deberá haber embarazo y cuando sucede se recomienda que a la madre se le administre tratamiento médico a partir de los tres meses del embarazo.

Según De Luna (1999) para prevenir la infección por vía sanguínea: la sangre tiene que ser segura, esto es que tenga que ser analizada previamente mediante pruebas de laboratorio y que esté libre de cualquier contaminación. Se recomienda exigir sangre segura en caso de que se necesite ser transfundido y utilizar material nuevo, desechable y desinfectado o sellado.

Es importante hacer hincapié en el uso del condón ya que los datos de casos de VIH en el hospital General muestran que tanto homosexuales como bisexuales no utilizaron regularmente el condón en un 96% y si a esto le sumamos el hecho de que el 92% tiene más de una pareja (en promedio 15 en los últimos 3 años de actividad sexual) y lo peor de todo es que atribuyen tal hecho a que no es de suma importancia el usar condón con un 62% (Romo, 1997).

Otro factor sumamente adecuado para la prevención de tal contagio es la educación, ya que no basta la información, es mucho más complejo el hecho de

adquirir la responsabilidad como tal en el comportamiento humano y sobre todo porque requiere de cambios de conducta, así como adquirir y reforzar elementos que hagan presentes el riesgo al cual estamos expuestos y sobre todo en el ejercicio de una sexualidad plena (Romo, 1997).

No debemos olvidar que en toda relación nos involucramos con personas con igual dignidad humana y responsabilidad y que depende de ambas partes que se ejerza la sexualidad de manera responsable y placentera.

En la búsqueda del placer sexual podemos echar mano de muchas técnicas y recursos tantos como nuestra imaginación y creatividad no lo permitan en donde se añadan elementos como el juego erótico, crear ambientes y promover fantasías, utilizar alimentos y bebidas con diferentes sabores colores textura, sonidos olores, etc. Y que pueden llegar a ser muy satisfactorios para el individuo que busca placer.

En los trabajadores de la salud también es muy importante que se tomen medidas de atención y cuidado para evitar en lo más posible accidentes de trabajo por pinchaduras.

Desde el inicio de la epidemia del SIDA se ha evaluado la posibilidad de transmisión en los trabajadores de la salud. Con frecuencia, entre ellos puede ocurrir exposición a sangre y líquidos corporales contaminados a través de membranas mucosas y de la piel. La mayor parte de los casos informados han sido resultado de accidentes muy importantes que implican exposición parenteral significativa a líquidos corporales infectados (Ponce De León y Rangel 2000).

Tratamiento.

Actualmente no es posible curar el SIDA, ya que no se puede destruir de manera selectiva y eficaz el ARN viral del organismo humano. De esa manera se buscan las posibilidades de retardar lo más posible el desarrollo de la enfermedad (Von Eiff, 1988).

Se han implementado diferentes estrategias sobre los esquemas de tratamiento, como la combinación de antirretrovirales (tratamiento antiviral altamente activo TAVAA; es decir dos análogos de nucleósidos y un inhibidor de la proteasa). El

uso del TAVAA mejora en forma significativa la calidad de vida, y retrasa de manera importante la aparición de enfermedades oportunistas e incrementa el pronóstico de vida de los pacientes infectados por el VIH. Los beneficios clínicos del TAVAA se asocian a su capacidad para disminuir los niveles de la carga viral en la sangre periférica y los tejidos linfoides a niveles no detectables con las técnicas disponibles actuales (Ponce De León y Rangel 2000).

Vacunas.

Como es sabido cada vez se requieren mayores esfuerzos de las diferentes instituciones para mermar la propagación de tal infección y sobre todo en un país como México que es subdesarrollado y con grandes carencias en todo su territorio además de la pobreza en que muchos habitantes se encuentran es difícil poder implementar investigaciones que ofrezcan una vacuna como método de tratamiento, sin embargo en otros países se está haciendo la tarea de poder contar con este tipo de vacunas y que tal vez en algunos años puedan ser utilizadas en nuestro país (Romo, 1997).

Pronóstico.

Actualmente se estima que, tras cinco años de haberse infectado, 25% de los pacientes tendrán SIDA, otro 25% tendrá manifestaciones tempranas de inmunodeficiencia, y que la duración promedio del periodo de incubación es de 8 a 9 años, aunque en personas que adquirieron la infección por una transfusión parece ser más corto (entre 4.5 y 6 años).

De acuerdo con los datos del hospital General en pacientes que presentan SIDA el promedio de vida es menor aun año (Romo, 1997).

Hasta el momento, la enfermedad tiene una mortalidad del 100%. El tiempo promedio de sobrevivida varía de acuerdo al país donde se estudia al paciente, siendo ligeramente mayor en los países desarrollados. Hay un grupo de pacientes, alrededor del 10%, que evoluciona a la muerte en pocas semanas; fuera de ello, se ha observado que los pacientes cuya manifestación inicial es el Sarcoma de Kaposi tienden a vivir más que aquellos que abren con una

infección oportunista. Para los Estados Unidos, el promedio para todos los pacientes en general es de 12 meses. En México, el promedio varía entre 6 y 9 meses. Esta diferencia se atribuye, en buena medida, al hecho de que los casos se venían detectando más tardíamente. Conforme surjan métodos más eficaces para combatir al VIH y las complicaciones infecciosas o neoplásicas que éste condiciona (Sepúlveda Amor, 1987).

1.2 Epidemiología.

El SIDA En México.

En México el primer caso diagnosticado de SIDA fue en 1983, Se trató de un varón de origen haitiano atendido en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". Durante ese año se notificó a la Dirección General de Epidemiología, de la Secretaría de Salud, sobre otros cinco casos de SIDA en varones, ese año fueron informados seis pacientes (Ponce De León y Rangel 2000).

En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales De Los Trabajadores (ISSSTE), se tiene registro del primer caso de SIDA que se presentó en 1984, al paso de los años en que la epidemia tomo más fuerza de propagación el numero de pacientes se ha incrementado y ya para el año 2001 el total de pacientes infectados fue de 5236 casos, de los cuales 1491 son seropositivos, 2185 presentan SIDA y se han presentado 1560 defunciones (ISSSTE, 2002).

Desde 1985 se lleva un registro de la enfermedad en el Hospital General de México de la Secretaria de Salubridad y que para enero de 1995 se rebasaron los 2000 casos de VIH, ya para el año de 1997 el 90% padecían de SIDA y el resto eran portadores (Romo, 1997).

La edad de los infectados se presentó entre los 20 y 40 años durante la década de los ochentas con un promedio de 31 años, y de 34 años en el año de 1994 (Romo, 1997).

En 1994 la mayoría de los casos pertenecía a la ciudad de México con el 59.2% y el resto de otros estados como el de México y el de Veracruz (Romo, 1997).

En México los primeros afectados fue el grupo de los homosexuales y bisexuales con el 56%, los heterosexuales hombres representan el 30% y las mujeres el 14% con tendencia a la alta (Romo, 1997).

Es interesante mencionar que en México la infección por VIH se diagnostica cuando ya existe inmunodeficiencia grave. Como ejemplo, cabe mencionar que en los Centros de Información del CONASIDA, 60% de los diagnósticos de infección por VIH se realizan en personas con cuenta de linfocitos CD4 por abajo de 200 células por microlitro (Ponce De León y Rangel 2000).

También es importante notar que en los estudios centinela realizados en mujeres trabajadoras sexuales se han encontrado tasas bajas de infección (prevalencia promedio de 0.3%), lo cual no es el caso entre varones trabajadores sexuales, cuya seroprevalencia es alta (12%) (Ponce De León y Rangel 2000).

Por ello, la epidemia de SIDA en mujeres al parecer está disminuyendo, sin que esto sea real; por lo contrario, la epidemia entre mujeres va en aumento más rápido que entre varones, ya que en ellas se trata de una epidemia más nueva. En cuanto a la edad, la mayor parte de los casos se concentran en el grupo de 25 a 39 años, el cual representa 57.1% de los varones adultos y 48.5% de las mujeres adultas. En varones entre 30 y 34 años de edad, la tasa de ocurrencia de SIDA es de 1.8 por 1 000 habitantes, y entre mujeres del mismo grupo de edad la prevalencia es casi ocho veces menor (Ponce De León y Rangel 2000).

Transmisión sanguínea

En México, la transmisión sanguínea ha mostrado un importante descenso a partir del segundo semestre de 1991.

En México aún son pocos los pacientes con SIDA por este medio. Sin embargo, en algunas entidades de la República Mexicana, como Jalisco, Baja California y Sonora, el uso de drogas inyectables representa una mayor proporción de casos. Baja California merece mención especial, pues representa sólo 4% en México de los pacientes adultos con SIDA, pero 16.4% de los casos de SIDA relacionados con el uso de drogas inyectables (Ponce De León y Rangel 2000).

Los estados que tienen mayor número de casos acumulados son: Morelos con una tasa de 87 por cada 100,000, Nayarit con 74 por cada 100,000 Jalisco con 73.4

por cada 100,000, Puebla con 73.2 por cada 100,000 y Baja California con 70.3 por cada 100,000 derechohabientes. En caso contrario Sonora notificó 14.1 por cada 100,000 Zacatecas 23.2 por cada 100,000, Baja California Sur 23.5 por 100,000 y Tabasco 24 por cada 100,000 derechohabientes (ISSSTE, 2002).

Para el mes de marzo del 2002 el número de casos por cada estado de la Republica Mexicana citado en www.aids-sida.org (2003), se muestra en la siguiente tabla:

ENTIDAD POR ORDEN ALFABÉTICO	ENTIDAD FEDERATIVA	POBLACIÓN AL 2002*	CASOS ACUMULADOS DE SIDA	TASA ACUMULADA**
1	Aguascalientes	1,037,057	284	27.39
2	Baja California	2,505,285	1,726	68.89
3	Baja California Sur	416,350	323	77.58
4	Campeche	735,862	299	40.63
5	Coahuila	2,441,879	835	34.19
6	Colima	568,454	224	39.41
7	Chiapas	4,176,199	650	15.56
8	Chihuahua	3,168,978	956	30.17
9	Distrito Federal	8,857,833	11,912	134.48
10	Durango	1,562,050	420	26.89
11	Guanajuato	5,061,839	1,149	22.70
12	Guerrero	3,264,735	1,643	50.33
13	Hidalgo	2,376,222	578	24.32
14	Jalisco	6,694,217	5,693	85.04
15	México	13,642,704	6,189	45.36
16	Michoacán	4,357,309	1,717	39.41
17	Morelos	1,651,942	1,312	79.42
18	Nayarit	979,682	608	62.06
19	Nuevo León	3,985,148	1,458	36.59
20	Oaxaca	3,662,824	1,160	31.67
21	Puebla	5,303,248	3,350	63.17
22	Querétaro	1,481,730	447	30.17
23	Quintana Roo	864,863	298	34.46
24	San Luis Potosí	2,488,314	530	21.30
25	Sinaloa	2,524,778	691	27.37
26	Sonora	2,307,292	691	29.95
27	Tabasco	2,002,775	452	22.57
28	Tamaulipas	2,819,109	1,085	38.49
29	Tlaxcala	1,026,061	457	44.54

30	Veracruz	7,205,637	3,520	48.85
31	Yucatán	1,724,897	1,236	71.66
32	Zacatecas	1,482,372	289	19.50
	Extranjeros		291	
	Nacional	102,377,645	52,182	50.97
	TOTAL		52,473	
* Cifras calculadas por el Consejo Nacional de la Población (CONAPO)				
** Tasas por 100,000 habitantes				
FUENTES: DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de Marzo de 2002. CONAPO. Proyecciones de población por sexo, grupos de edad y entidad federativa 1995-2005.				

Distribución Por Grupo De Edad Y Sexo.

El grupo de edad que se encuentra más afectado es el de 25 a 34 años con un 35% de los casos, después el de 35 a 44 años con un 33% lo que muestra el 68% del total global. Este hecho es muy importante comentarlo ya que estos dos grupos están en edad productiva repercutiendo negativamente y crea un impacto social y económico evidente para el país (ISSSTE, 2002).

En el grupo de 0 a 14 años representa el 2.5% de los casos; la enfermedad es más frecuente en el sexo masculino con un 84.6% y un 15% en el femenino hombre-mujer de 6/1 (ISSSTE, 2002).

En la distribución de casos por ocupación, el sector dedicado al magisterio tuvo el porcentaje más alto que represento el 29% del total, situación que al ser analizada nos dirige a promover medidas de prevención y control del padecimiento. En el segundo lugar por distribución del padecimiento por ocupación fue, el sector de empleado 27.2% del total; el tercer grupo corresponde a profesionistas en general con un 12% (ISSSTE, 2002).

Cuando se observan los datos sobre las formas de infección notamos que la vía parenteral, por drogadicción intravenosa o por transfusión tiene un porcentaje relativamente bajo en la población, de 11% en los dos primeros casos y del 0.1% el último. Se ha hecho un esfuerzo importante para tomar todas las precauciones sobre los productos sanguíneos y se esta logrando reducir por mucho los niveles de transmisión en este sentido.

Defunciones.

La mortalidad por SIDA en México ha aumentado de manera importante, y en la actualidad es la tercera causa de muerte en varones cuya edad oscila entre los 25 y los 34 años y la sexta en mujeres en el mismo grupo (Ponce De León y Rangel 2000).

Diversas estimaciones permiten suponer que en la actualidad hay en México un promedio de 150 000 personas infectadas de manera asintomática, y es muy probable que 100,000 personas vivan sin tener conocimiento de tal suceso por lo que implica un riesgo muy alto para ellos y las personas con las que se involucran íntimamente (Ponce De León y Rangel 2000).

Es importante mencionar que en México los grupos más afectados en cuanto a la mortandad que se observa son el grupo de homosexuales y bisexuales con un porcentaje de 56.9% de las defunciones totales. El grupo de heterosexuales registra el 28.9% y en menor cuantía la mortandad por infección perinatal es de 0.8% (ISSSTE, 2002).

1.3 Factores Psicológicos Y Psiquiátricos.

Resulta difícil para las personas infectadas asimilar su situación, ya que la noticia de haber adquirido esta infección, produce un sin fin de pensamientos y no necesariamente positivos, que pueden llegar a confundir o entrar en shock, esto puede ir en aumento hasta tener consecuencias más serias, en donde la salud mental puede estar amenazada.

El etiquetar negativamente a las personas que viven con VIH o SIDA impide que se acerquen a solicitar ayuda o apoyo, por lo que tienden a aislarse de los familiares, de las amistades, de los seres queridos, pueden mantener su situación en secreto incluso en el trabajo, con la pareja, etc., y entre más se complique su estado físico y psicológico más se aíslan (De Luna, 1999).

Casi siempre cuando en algún momento de la vida nos enfrentamos a una situación crítica o muy difícil, que angustia de sobremanera, también se hace presente el hecho de que somos vulnerables a situaciones generalmente imprevistas y es cuando cabe el pensar que no siempre podemos resolver todo

y no sabemos muchas veces a quien acudir, lo que también genera sentimientos de impotencia más aún cuando hay cosas que están fuera de nuestro control. Ante todas estas situaciones no debemos descartar que se generen sentimientos de rabia o enojo, soledad, angustia, etc. (De Luna, 1999).

La reacción de cada paciente ante la enfermedad depende de su estado mental y/o físico que muchas veces cuando se refleja en un buen funcionamiento o no del sistema inmunológico.

Existen diferentes reacciones psicológicas ante la infección, algunas de las reacciones que más ocurren son los cuadros de ansiedad y depresión sin descartar otros cuadros (Rossi, 1997).

Adherencia.

Uno de los factores importantes que hay que mencionar es la adherencia terapéutica, en donde muchas veces de esto depende conservar y retrasar los efectos de la fase del SIDA.

Cuando hay falta de adherencia las personas no se toman el medicamento o se los toman en diferentes dosis que no son las indicadas, y existen algunos pacientes que se los toman en horarios diferentes. Un factor importante que influye en la adherencia ya sea positiva o negativa es la relación médico-paciente, ya que a mayor satisfacción del paciente en la interacción con el terapeuta se establecerá un mejor cumplimiento del tratamiento y se reducirá el efecto de abandonar su proceso de mejoría. La comunicación entre médico paciente ayuda en mucho sobre todo si se le explica al paciente el proceso por el cual está pasando así como el tratamiento y el pronóstico para establecer mejor adherencia, con esto el paciente evitará creencias erróneas y conductas negativas que deterioren la salud. Para que una persona se adhiera al tratamiento con mayor facilidad necesita explorar y enriquecer sus recursos personales, como lo es la capacidad de adaptarse a los cambios, ya que esto le ayudará a modificar algunas cosas de su conducta que sean necesarias para seguir un régimen terapéutico. Uno de los factores que afectan a la adherencia es cuando los medicamentos recetados producen efectos no deseados y

molestos al paciente como pueden ser, mareos, vómitos, alergias, etc. (Puente, 1988).

Depresión.

En la depresión para este tipo de pacientes se encuentran las siguientes características:

Existe sentimiento de minusvalía, hay pérdida por el interés de planeación en el futuro inmediato.

Presentan sentimientos de enojo y pesadumbre por las diferentes pérdidas que han sufrido.

Los sentimientos de culpa se hacen presentes, la culpa por resultar infectados, culpa por su identidad sexual y se sienten culpados por sus familiares y amigos. La ideación suicida puede ser recurrente en diferentes momentos de la enfermedad (Rossi, 1997).

Para los pacientes con VIH la depresión es una de las reacciones psicológicas más comunes, generalmente se manifiesta después de haber recibido la noticia de la infección.

Otro tipo de situaciones que se pueden presentar son:

La creencia del deterioro súbito de la salud.

El hecho de que no haya cura puede desencadenar sentimientos de desesperanza e impotencia.

Muchas personas pierden el interés o el placer por las actividades que antes disfrutaban.

Hay limitaciones que se presentan a partir de la infección y que genera cambios en el estilo de vida.

Son susceptibles de rechazo social, profesional, emocional, sexual, etc., (Miller, 1987).

La depresión es una de las complicaciones más comunes y más tratables de la enfermedad avanzada del VIH, incluso en pacientes con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El tratamiento eficaz de la depresión puede dar lugar a poco síntomas físicos, mejor sueño, y en general mejora su calidad de vida

(Sande y Volberding 1997).

Para Sande y Volberding (1997) la psicoterapia y la terapia farmacológica desempeñan papeles complementarios en el tratamiento de la depresión asociado al VIH. La mayoría de los pacientes se pueden beneficiar en la oportunidad de compartir sus miedos y el sufrimiento con el terapeuta experto y/o en grupos de autoayuda.

Ansiedad.

La incertidumbre que sienten los pacientes la suelen experimentar también los familiares, quienes los cuidan y el personal de salud.

La incertidumbre debilita la seguridad personal y pueden provocar estados de ansiedad y estrés causados no solo por el diagnóstico sino por todas aquellas dudas y creencias que se generan (Miller, 1987).

Para los pacientes con ansiedad, su preocupación es mucha por la infección que han sido objeto, no dejan de pensar en su salud, no quieren ser molestados, se preocupan por el riesgo que tienen sus parejas al convivir con ellos y cual será su futuro para ellos y la idea de la muerte está muy presente. Son personas que pueden somatizar reacciones físicas asociadas al estrés, la pérdida del sueño es muy común (Rossi, 1997).

Miller (1987) comenta algunos síntomas que se presentan en la ansiedad:

Agitación y nerviosismo: son personas tensas rígidas se irritan y son inquietos.

Hay gran preocupación: se preocupan por algunos problemas o acontecimientos de la vida.

Tensión muscular: que genera dolores de tórax, cuello, espalda, cefaleas, agitación y temblor, estómago anudado.

Nauseas en ocasiones vómitos, dificultad para digerir la comida.

Pérdida de peso.

Aumento en la sudoración.

Aumento en la actividad cardíaca.

Vértigos.

Visión borrosa.

Fatiga física.

Dificultades cognoscitivas: problemas para concentrarse, recordar y confusión.

Cambios de ánimo: en ocasiones cambios repentinos como de la risa al llanto, irritación o enojo.

Demencia Por VIH.

En las personas con SIDA que presentan alteraciones cognoscitivas motoras y de conducta se diagnostican con el complejo cognitivo y motor asociado al VIH, dividido en dos formas:

- a) Trastorno Cognitivo y Motor Asociado a VIH.
- b) Trastorno Cognitivo y Motor Menor.

Los síntomas para el área cognoscitiva son:

Alteración en la memoria.

Concentración y lentitud en el proceso mental

En el área de la conducta los síntomas son:

Se observa apatía.

Disminución de la capacidad espontánea.

Aislamiento social: son personas que descuidan sus responsabilidades personales, su productividad disminuye, las reacciones interpersonales disminuyen, son personas que se sienten agotados iracundos y pierden el impulso sexual.

Para el área motora los síntomas son:

Pérdida del equilibrio y la coordinación.

Torpeza y debilidad en las piernas.

Temblor.

Ataxia.

Disartria.

En estado avanzado hay deterioro global de las funciones cognoscitivas y retardo psicomotor intenso, los pacientes llegan al mutismo, existe incapacidad para caminar, indiferencia por todo lo que ocurre o acontece en su entorno, presentan incontinencia urinaria e intestinal, pueden aparecer convulsiones

(Ponce De León y Rangel 2000).

Delirium.

El delirium es una complicación seria de cualquier enfermedad y la infección del VIH no es la excepción. Las causas del delirium pueden incluir infecciones oportunistas del sistema nervioso central, efectos de la droga y enfermedades sistémicas (Sande y Volberding 1997).

Los síntomas del delirium son:

Perturbación de la consciencia, se disminuye la capacidad para cambiar y mantener la atención ante los estímulos ambientales.

Alteraciones preceptuales, existen ilusiones o alucinaciones.

Desorientación y alteración de la memoria.

Lenguaje incoherente.

Insomnio.

Incremento en la actividad psicomotora.

Mania.

La manía se caracteriza por el humor expansivo o irritable persistente que tiende a elevarse y disminuye la necesidad de sueño, aumenta la volatilidad de ideas, aumenta la agitación, aumenta la conducta psicomotora, se generan actividades excesivamente que son agradables para estas personas (Sande y Volberding 1997).

Psicosis.

Los trastornos psicóticos agudos se dividen en:

- a) Síndromes psicóticos con demostración de alteración cognoscitiva.

Los síntomas son:

Alucinaciones auditivas o visuales, delirios de persecución o de grandeza.

Perturbación de la consciencia.

- b) Sin alteración cognoscitiva.

Existen algunos pacientes positivos al VIH o con SIDA que desarrollan trastornos psicóticos agudos sin que ocurra el trastorno cognoscitivo (Ponce De León y Rangel 2000).

Obsesión.

Para las personas con VIH o con SIDA no es raro que desarrollen trastornos obsesivos con respecto a la enfermedad.

Se pueden generar por diferentes causas y la idea de tener mayor control mental sobre sus experiencias sexuales pasadas y revisar minuciosamente todos los detalles con el fin de intentar determinar cuál de sus compañeros o compañeras pudo haber mostrado signos de su mala salud.

La idea de contagiar a alguien genera conductas de excesivo y exagerado cuidado para que no expongan a personas cercanas, amigos o familiares. Muestran mucho control para no cortarse y esparcir sangre. Las personas obsesivas pueden recurrir a la historia de su vida para despejar dudas o pueden recurrir a sus acciones presentes para evitar contagiar a alguien o descuidar su salud, este tipo de ideas desgasta mucho a las personas ya que pueden ocupar mucho tiempo para ello, dejándolos exhaustos y con ansiedad (Miller, 1987).

CAPITULO 2. DUELO.

2.1 Concepto de Duelo.

La palabra duelo etimológicamente proviene del Dolos, que en latín significa dolor pena o aflicción, refiriéndose a la muerte de algún ser querido. Duellum variante fonética antigua de bellum, que significa batalla o desafío entre dos (Bauad, 2001).

El duelo es el concepto de muerte en el que cada comunidad le da su propio significado representado por ritos acorde a su cultura, tradición y religión en donde es un fenómeno particular (Bauad, 2001).

En el DSM IV (1995) el duelo se presenta cuando el sujeto tiene reacciones ante la muerte de una persona querida, algunos sujetos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor como: sentimientos de tristeza, insomnio, anorexia y pérdida de peso. La duración de un duelo normal varía dependiendo de cada grupo cultural. El trastorno depresivo mayor no está indicado a menos que los síntomas se presenten por más de dos meses después de la pérdida. Existen ciertos síntomas que diferencian al duelo del trastorno depresivo mayor y que no son parte de un duelo normal y son los siguientes:

- 1) Culpa por las cosas más que las acciones, recibidas o no recibidas por el sobreviviente en el momento de morir la persona querida.
- 2) Pensamientos de muerte más que de vivir, con el sentimiento de morir junto con la persona fallecida.
- 3) Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad.
- 4) Entecimiento psicomotor acusado (resaltado).
- 5) Deterioro funcional acusado y prolongado.
- 6) Experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar y ver la imagen de la persona fallecida.

Para Klein (citada en Godinez 1994), el duelo es un sentimiento de pérdida, no le llama enfermedad sino un proceso natural en el sujeto.

Para Acevedo (1994) el duelo es un proceso con diferentes momentos que no se desarrollan en una forma única, aunque cada fase cumple con su cometido de logro, adquisición de ciertos elementos cognitivos, emocionales y conductuales particulares.

No debemos olvidar que las personas afectadas por el VIH SIDA son susceptibles de mostrar múltiples cambios en su vida, y no debemos perder de vista la pérdida que esto representa para ellos sobre todo porque la persona experimenta reacciones emocionales de ajuste. Al hablar de duelo estamos hablando de pérdida en muchos sentidos y aquí específicamente es la pérdida de la salud, vínculos afectivos, estatus laboral y social, ideales metas, etc. (Godinez, 1994).

Cuando se presenta la muerte del ser querido también aparece la búsqueda desesperada por culpar a alguien y esto es un sentimiento que muchas veces el sujeto lo vive pero también suele auto culparse (Bauad, 2001).

Para Bauad (2001) los duelos no sólo derrotan y hundén al sujeto en padecimientos, ya que muchas veces el propio proceso da la oportunidad para equilibrarse y reconfortarse ante la pérdida elaborando y asimilando tal hecho, dando la oportunidad de habituarse nuevamente a la realidad en la que ahora se encuentra.

A veces la manifestación de un duelo cuya elaboración no llega trae como consecuencia reacciones fuera de control en donde se presentan adicciones a la comida, como lo es la bulimia y la anorexia, al alcohol, drogas o fármacos.

Shand (citado en Bowlby 1993) contribuyó a explicar del por qué el dolor o como el lo llama "pesar" aparece en el proceso de duelo y menciona que es la

excesiva necesidad de recuperar a la persona perdida aún cuando sabe que ese hecho es imposible, aparecen expresiones de intensa necesidad de llanto y de búsqueda de ayuda, lo que implica admitir debilidad. Aparecen expresiones y gestos de aflicción y la mirada vigilante y en espera de que la pérdida no ocurriera aunque sea un hecho y aparecen los gritos patéticos (conmovedores) que demandan fuerza y ayuda de otros para compensar su propia debilidad.

Para Bakan (citado en Bowlby 1993) el dolor es un elemento presente desde el nacimiento, que acompaña a lo largo de la vida incluso desde el inicio de la misma. El dolor es un factor interno del sujeto es algo privado y que le atañe a quien lo padece, pero en ocasiones ese dolor se transmite en algo emocional hacia otras personas y que se acompaña de significados de acuerdo a las circunstancias dadas. El dolor se vive en diferentes intensidades y cuanto más cercano se encuentre más intenso será. Son nuestros órganos sensoriales quienes dan cuenta de ello, ya que son quienes nos informan del mundo. El dolor puede llegar a ser puramente físico o puramente psicológico.

Se ha tratado de dar explicación a las diferencias individuales que se dan de las respuestas ante la pérdida, y muchos autores se remiten a la teoría que se refiere a hacer énfasis en los hechos y las respuestas de la infancia y sobre cómo los hechos relevantes tuvieron lugar en las fases del desarrollo que probablemente tengan que ver en las respuestas de los adultos (Bowlby, 1993).

Para muchas personas la enfermedad es una pérdida y la viven como un duelo, representa la pérdida de la salud y por ende tarde o temprano de la vida misma. Esto sucede en ocasiones con personas que son afectadas por una enfermedad que no necesariamente es terminal, pero suele ocurrir cuando en las personas se presenta una enfermedad terminal o crónica.

El concepto de la enfermedad varía dependiendo la época, la cultura de los pueblos, las creencias, normas y valores. La enfermedad se concibe como algo

que afecta de forma exógena, es un elemento externo al sujeto que afecta el estado natural de su función, y la enfermedad endógena, que afecta al sujeto desde un desequilibrio interno (Ridruejo, 1997).

Ridruejo (1997) concibe a la enfermedad como un fenómeno natural que afecta a los seres vivos, en donde se presentan y experimentan cambios diferentes a los de la salud y nos ofrece una evolución complicada en donde puede aparecer la muerte.

En algunas personas el estar enfermos les genera sentimientos de inferioridad o desventaja frente a otras personas, los malestares suelen provocar fuertes dolores y algunas personas culpan a otros o así mismos de su padecimiento haciendo más complicada la convivencia con los familiares o con las personas queridas y estimadas.

Todos aquellos cambios que se presentan en la vida y la existencia del enfermo determina la enfermedad, modifica sus relaciones y las reacciones se dan de acuerdo a la situación actual entre las personas con las que convive, y también obliga a establecer más y nuevas relaciones con el medico y diferentes trabajadores de la salud, así como nuevas adaptaciones a diferentes lugares como lo es el hospital, el consultorio u otras instalaciones (Ridruejo, 1997).

Cuando en la familia un miembro se ve afectado por la enfermedad siempre se supone un conflicto actual además de que se vuelvan a presentar algunos conflictos anteriores, que alteren el supuesto equilibrio o generen crisis y que por demás sea necesario un ajuste. En una familia que se muestra flexible y abierta, es más fácil y funcional la rápida adaptación del nuevo suceso. Cuando la familia se muestra rígida y cerrada, la situación creada por la enfermedad amenaza la estabilidad de sus relaciones que de por si puede sostenerse con dificultad (Ridruejo, 1997).

2.2 Duelo No Patológico y Duelo Patológico.

Duelo No Patológico.

Bowlby (1993) menciona que cuando los procesos de duelo sanos, refiriéndose al duelo normal se presenta el cambio energía emotiva de la persona perdida se puede preparar el camino para establecer vínculos con otra u otras personas, el modo depende en mucho de cómo cada persona conceptualiza los propios vínculos afectivos. Desde la visión analítica se pone mucha atención en como las personas se identifican con el objeto perdido y su relación en el proceso de duelo, y se dice que tal identificación es compensada por la pérdida sufrida.

Sabemos que la negación de este tipo de realidad es parte del proceso de duelo y que es una forma de protección a su integridad emocional, ya que en esos momentos al sujeto le resulta demasiado catastrófico, por lo que algunas personas optan por bloquear cualquier recuerdo o pensamiento ante el suceso, incluso hay personas que omiten o evitan entrar en contacto con todo lo que tenga que ver con el duelo, no asistiendo a cualquier tipo de ritual, teniendo pensamientos de que lo que vivió fue una pesadilla.

Existen muchas maneras de reaccionar ante la noticia de duelo, generalmente la primera reacción es la sensación de aturdimiento en la cual no se cree en la pérdida, que puede durar desde minutos hasta algunos días, durante este sentimiento de aturdimiento puede presentarse llanto, dolor, o sentirse enferma, baja la presión arterial, etc., esto hasta que la persona lo empieza a dar como un hecho real y definitivo (Acevedo, 1994).

Kubler Ross (citada en Acevedo 1994) considera que la primera reacción ante la noticia de la pérdida es la negación, aunque menciona que es un proceso sano ante la magnitud del suceso y por lo doloroso e incomodo que esto representa, generalmente la negación es una defensa provisional y pronto es substituida por una aceptación parcial.

Cada duelo se vive de diferente manera e incluye manifestaciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales que en la vida cotidiana se considerarían anormales, pero no es así en el contexto de reacción ante una pérdida. En el duelo normal se espera que las manifestaciones disminuyan mientras se asimila el duelo, pero cuando esto no sucede por un periodo largo de tiempo que puede ser de un año a dos años sin conseguir la elaboración del duelo (Buendía, 2001).

Existen ocasiones que es posible anticipar el duelo ante un suceso inminente. Pero cuando la pérdida ocurre de manera repentina el choque y la perturbación emocional son mayores que cuando se anticipa la muerte o la separación aunque también ocurre cuando se diagnostica una enfermedad terminal, que da tiempo para prepararse ante ese suceso y la posibilidad de hablar y despedirse de la persona estimada y querida. Los rituales como son el funeral, los rezos y el entierro proporcionan al doliente un medio de expresión que ayudan a comprender el suceso (Buendía, 2001).

Lindemann (citado en Acevedo 1994) fue el primero en definir el síndrome del duelo en 1944, actualmente se han hecho múltiples investigaciones sobre el duelo. Para Lindemann las personas que se enfrentan un duelo siguen un patrón similar y describe el síndrome como: "sensaciones de angustia física que se presentan en periodos de 20 minutos a una hora, sensación de opresión en el pecho, asfixia con dificultad para respirar, necesidad de suspirar y una sensación de vacío en el abdomen, falta de fuerza muscular y una intensa angustia subjetiva descrita como tensión o dolor físico.

Existen algunas expresiones emocionales, cognitivas y conductuales que se presentan durante el proceso del duelo.

Algunas expresiones emocionales son: tristeza, rabia, culpa, ansiedad, soledad, fatiga, desamparo, anhelo, alivio y embotamiento.

Las expresiones cognoscitivas que se pueden presentar son: incredulidad, confusión, preocupación, sensación de presencia y alucinaciones.

Dentro de las expresiones conductuales se presentan: alteraciones en el sueño, alteraciones en apetito, conducta inconsciente o sin atención a las cosas, aislamiento social, búsqueda del ser querido o tener la sensación de verlo en otras personas, hiperactividad, llanto, visitar lugares que frecuentaba el ser querido, guardar objetos que le pertenecían al ser querido (Acevedo, 1994).

El sujeto que ha adquirido la infección del VIH o el enfermo de SIDA vive algo similar a las personas de la tercera edad, ya que la persona se encuentra en una fase de duelo por todas aquellas cosas que no volverá a tener. Viven un duelo por las diferentes pérdidas vividas como: las posibilidades frustradas, todo lo ambicionado y no logrado y por lo que quizá ya no pueda conseguir, incluso el tiempo perdido, todos estos sentimientos tienen que pasar por un proceso de adaptación, de lo contrario el sujeto peligrará en su integridad. Es un hecho que el sujeto vive un cambio brusco, que puede llegar a tambalear la propia identidad y vivir en un conflicto con el mundo exterior (Godinez, 1994).

Duelo Patológico.

Freud mencionó en su escrito La aflicción y la melancolía de 1917 que tanto la histeria como la melancolía son manifestaciones de duelo patológico (Bowlby, 1993).

Existe diferencia entre el proceso de duelo normal y el duelo anormal o patológico. Las diferentes etapas que en toda pérdida se presentan son reacciones esperadas para tal suceso y pueden ser de avance o de retroceso, en donde la sintomatología es variada. Sabemos que las etapas de duelo son comunes, pero cabe aclarar que el proceso de duelo es individual determinado por la propia historia y personalidad de cada sujeto, y sobre todo influyen

factores específicos de cómo se presentó la pérdida y de lo que esto significa para él (Buendía, 2001).

Un aspecto importante en el proceso de duelo y en el que no muchos autores mencionan es el de la ira contra la figura perdida y que puede desencadenar en un elemento del duelo patológico, el sentirse separado de lo que ya **perdió** le genera la idea de estar indefenso, y culpa al que ya se fue, porque lo deja con los conflictos que ahora vive pero se las tiene que arreglar para ayudarse aunque no necesariamente tenga que ser por sí solo (Bowlby, 1993).

Bowlby y Lindemann concuerdan en que los procesos patológicos de duelo los consideran como exageraciones o deformaciones de los procesos normales. Y en cuanto más detallado sea el cuadro de síntomas del duelo sano es **más fácil** identificar las variaciones patológicas como resultado de los procesos defensivos que han desviado su curso.

El duelo incluye algunas reacciones que llevan a la aceptación de la pérdida y a un proceso adaptativo que finaliza con la elaboración del duelo. Hay factores que separan al duelo patológico del duelo normal y depende en muchas ocasiones de la duración del tiempo y de los pensamientos defensivos que retardan más la estabilidad ya que otro factor importante que pueda causar conflictos es la culpa y la agresión hacia los demás o a sí mismo, **Grinberg** (citado en Godinez 1994).

Cuando un duelo o una pérdida se presenta en las personas conlleva un **sin fin** de factores que pueden ayudar o no al sujeto a entender su vivencia. Cada duelo se lleva de diferente forma y por diversos factores que **intervienen**, como es la cultura, las circunstancias de la pérdida.

Buendía (2001) menciona que el duelo crónico se refiere a una respuesta intensa y prolongada de dolor, basado en la permanencia de la **depresión** y la

resistencia para aceptar la pérdida como un hecho definitivo, mientras se presentan efectos tales como ansiedad, desconsuelo, angustia, culpa y llanto excesivo.

Existe la posibilidad de que las personas no expresen los sentimientos de aflicción y de dolor, tratan de que su vida se mantenga igual que antes de la pérdida, permaneciendo en lo que se llama negación.

En el duelo patológico las personas pueden tener varias reacciones y pueden llegar a presentar el trastorno depresivo mayor.

En el DSM-IV-TR (2002) se clasifica al (F32.x) trastorno depresivo mayor, episodio único con los siguientes criterios:

- A. Presencia de un único episodio mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maniáco, un episodio mixto o un episodio hipomaniáco.¹

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y/o sus síntomas:

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos.

Crónico.

Con síntomas catatónicos.

Con síntomas melancólicos.

Con síntomas atípicos.

De inicio postparto.

¹ Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Noyes (citado en Godinez 1994) concibe que la reacción de duelo en los adultos puede tardar horas o hasta semanas después de la pérdida y es un proceso difícil pero superable, lo patológico estaría en la exageración del dolor y en el estancamiento de tal aflicción, por lo que en un caso así se requerirá ayuda profesional.

Cuando el duelo es manejado de manera adecuada es posible desvincularse de aquello que se perdió, y se puede volver a establecer nuevos vínculos, o asimilar de manera estoica la realidad, y cuando no se consigue lo anterior le llamaremos duelo patológico.

Para muchas personas el duelo es el fin de la vitalidad, y en consecuencia su vida será sólo sufrimiento, aunque sabemos que esto no tiene porque ser así, el doliente en ocasiones no encuentra consuelo y menos esperanza para afrontar su realidad.

2.3 Terapias Que Manejan Duelo.

Actualmente existen muchos enfoques psicológicos que han desarrollado capacidades múltiples para el tratamiento de la salud mental y muchas de ellas cuentan con la capacidad para tratar específicamente situaciones de duelo. Las diferentes corrientes psicológicas cuentan con sus respectivas terapias como son la terapia del Psicoanálisis, terapia de la Gestalt, terapia sistémica, terapia conductual, terapia cognitiva, terapia racional emotiva la terapia cognitivo conductual, terapia breve, terapia corporal, la música terapia, la logoterapia, terapia del análisis transaccional, la terapia grupal de las que se desprenden los grupos de apoyo y los grupos de autoayuda, etc., son muchos los modelos terapéuticos que se han desarrollado hasta la fecha y todas cuentan con la capacidad para abordar una situación crítica en particular interviniendo en situaciones de intenso dolor emocional. Es importante mencionar que sólo se describirán algunos modelos terapéuticos que abordan el proceso de duelo en personas que padecen VIH-SIDA.

Para Salame (citado en De Luna 1999) existen básicamente tres tipos de terapia: la terapia superficial o de apoyo, la educativa y la profunda o reconstructiva.

La psicoterapia superficial o de apoyo tiene como objetivo aliviar o quitar síntomas y no requiere que el terapeuta tenga conocimientos especializados ya que se trabaja sobre aspectos que pueden ser atendidos bajo consejería u orientación.

La psicoterapia educativa a través de la información impartida busca cambiar ciertas actitudes conscientes del sujeto y que tenga un impacto en su comportamiento con respecto a su conflicto.

La psicoterapia profunda o reconstructiva intenta modificar la estructura básica de la personalidad y que así mismo el sujeto por sí mismo integre estrategias cognitivas que le permitan hacer frente a sus conflictos llegando a la estabilidad emocional.

A más de 20 años de la aparición del Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida queda bastante claro para muchos médicos y estudiosos del SIDA, la participación de la Psicología Clínica en el tratamiento integral de los pacientes. Muchas personas infectadas por el VIH, se han sometido voluntariamente a tratamientos clínicos con la esperanza de ordenar algunos aspectos de su vida, y otros más para tener una mejor calidad de vida (Rossi, 1997).

Terapia de la Gestalt.

Actualmente existe un programa de intervención para el paciente seropositivo y asintomático de VIH, que se lleva a cabo en el centro de atención de CONASIDA con enfoque Gestalt. El objetivo principal es que se ayude al paciente para que recupere su estabilidad emocional, ya que después de saber que es seropositivo al VIH, se trabaja para que el paciente haga un esfuerzo por incrementar sus defensas y emplee sus mecanismos de control. En este programa se trabaja en aproximadamente 25 sesiones con duración de dos horas a la semana y se abordan aspectos como son: manejo de la ansiedad, taller sobre la información del VIH, sexo seguro y protegido, autoestima, manejo de

la ira, búsqueda de redes de apoyo, proyecto de vida, etc., que tienen como objeto reducir los estragos del proceso de duelo (Martínez, 1999).

Terapia sistémica.

La terapia sistémica aborda la situación de duelo desde una visión integral y que retoma de diferentes corrientes aspectos importantes como lo es el rol social de cada individuo y su dinámica familiar, la terapia sistémica interviene en crisis de manera breve pero centrada en el suceso de conflicto para el paciente. El terapeuta es entrenado para desarrollar habilidades importantes como lo son: establecer la empatía con el paciente, desarrollar la capacidad de escuchar atentamente al paciente, uno de las principales características que debe tener el terapeuta es encontrar los recursos humanos del paciente para poderlo guiar y así el mismo paciente no sólo detecte sus propios recursos sino que los utilice para enfrentar sus conflictos y lograr reducir su dolor o padecimiento.

Terapia Conductual.

Para este enfoque el proceso de duelo que se considera patológico se concibe como una reacción fóbica, por lo que la manera de intervenir en este sentido es a través de la confrontación forzada o inducida, con el suceso de la muerte y las características que conlleva. Su principal objetivo es que el paciente logre desechar la fase de negación y se permita que se presenten las reacciones de la depresión, la culpa, la ira y la ansiedad hasta que no se presenten reacciones a la pérdida (Acevedo, 1994).

Terapia Racional Emotiva.

Para Ellis (citado en Macario y Navarrete 1996), la terapia racional emotiva es una forma de intervención psicológica que es apta para el tratamiento de ansiedad, depresión inadaptación, hostilidad, baja tolerancia a la frustración y sentimientos profundamente arraigados que generan inestabilidad emocional.

La terapia racional emotiva se utiliza para que en un tiempo razonablemente breve se trate la dificultad que se tiene, trabaja de manera focal sobre el padecimiento utilizando varios métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales.

La TRE como también se le conoce tiene un modelo de intervención basada en conocimientos, emociones y comportamientos, que el paciente utiliza en su vida, estos son detectables y tratables trabajados en el esquema, del ABC o autoanálisis, que están interrelacionados cognitivamente en el paciente y por lo que (A) describe la interrelación que existe entre los acontecimientos, (B) son las creencias y (C) son las consecuencias (Macario y Navarrete 1996).

Terapia Cognitiva.

La terapia cognitiva nació como estrategia de intervención psicológica en depresión y actualmente maneja muchos conflictos psicológicos en donde el proceso de duelo es atendido bajo los principios de Beck.

La terapia cognitiva se utiliza en diferentes alteraciones psicológicas como: la depresión, ansiedad, fobias y problemas relacionados con el dolor, y su principal objetivo es explorar las falsas creencias y supuestos desadaptativos específicos del paciente, y es así como al paciente se le enseña para que logre controlar sus pensamientos automáticos, que identifique posteriormente las relaciones entre la cognición afecto y conducta, para que así logre examinar los pensamientos distorsionados y logre corregir sus pensamientos erróneos por otros más adecuados teniendo como fin la modificación personal de las falsas creencias (Fondón y Palomares 1998).

Grupos de Apoyo.

El apoyo y la ayuda mutua no es algo nuevo ya que ha sido parte inherente del ser humano al menos desde los mismos orígenes de la organización social, ya que se reconoce, desarrolla y estimula el bien común para sí mismos y hacia los

demás (Gracia, 1997) incluso desde el origen de la familia como propuso (Engels, 1970).

Los grupos de apoyo constituyen un amplio campo de acción en la intervención terapéutica iniciados o dirigidos por profesionales, en donde sus miembros manifiesten problemas comunes o intereses comunes en un ambiente de iguales, Gracia (1997). Las metas que generalmente se buscan en los grupos de apoyo son el fortalecer el potencial de afrontamiento de las personas participantes a través del reforzamiento positivo, la empatía y el apoyo. También se busca reforzar sus propios recursos y la educación, mediante el feedback, orientación y la guía.

Los grupos de apoyo aparecieron gracias a la organización de personas cuyas necesidades eran equilibrar la desesperanza y el sufrimiento tanto para los pacientes con enfermedades crónicas de difícil curación como para sus familiares. Estos grupos se encaminaron a brindar información adecuada sobre la enfermedad y promover estrategias para el mejor manejo de su padecimiento a nivel familiar, laboral, con las amistades, etc., y que a demás se llevará a cabo en un espacio comunitario (García, Díaz y Rodríguez 1994).

Generalmente los grupos de apoyo cuentan con diferentes características en donde aportan apoyo social disminuyendo la sensación de aislamiento y frustración ante una enfermedad difícil y crónica, también se promueve el desarrollo personal en un marco de respeto donde se alienta la participación, se permite avanzar en la revaloración de su auto concepto, también se logra obtener información y se fortalece la estructura anímica, así como también es un instrumento básico para promover adecuadamente la salud y educar para la salud (García et al. 1994).

La participación de los profesionales de la salud como facilitadores del grupo de apoyo de preferencia deben estar capacitados y entrenados.

Algunas diferencias entre el grupo de auto apoyo y el grupo de auto ayuda, son que en el primero tiende a ser limitado en el tiempo y su existencia ya que muchas veces depende de el profesional en cuanto a su interés y disponibilidad, existe un factor muy importante ya que estos grupos al ser iniciados por el profesional se mantiene una dinámica más formal y en cierto sentido más rígida (Gracia, 1997).

Grupos de Autoayuda.

La organización Mundial de la Salud le ha dado mucha importancia en la difusión de los grupos de autoayuda, también ha reconocido los beneficios en el ámbito clínico tanto para los individuos que padecen algún tipo de enfermedad crónica y difícil como para la sociedad. Una de las instituciones que más han apoyado con publicaciones, congresos y seminarios es la oficina europea de la Organización Mundial de la Salud. En 1986 la Organización Mundial de la Salud celebró una reunión en Canadá y se emitieron una serie de propuestas para el mejoramiento en el tema de autoayuda incluidas en el documento llamado carta de Ottawa y en donde va dirigida hacia el apoyo social en la comunidad. Los beneficios para la sociedad son muchos y variados tanto como sean los intereses o necesidades de cada comunidad, incluyendo que los grupos de autoayuda tienen un bajo costo y algunos ninguno, así como cubrir la función de prevenir enfermedades, proveer modelos de formas de afrontamiento, muchas veces este tipo de ayuda proporciona el conocimiento a los profesionales de la salud sobre la importancia que tiene la humanización de los servicios en el área de la salud. El argumento humanitario tiene que ver en gran medida con los grupos de autoayuda ya que éstos son instancias creadas y conformadas principalmente por personas que tienen los problemas (Gracia, 1997).

Posteriormente los grupos de ayuda mutua que formaron los inmigrantes llegados a los Estados Unidos desde Europa, son precursores directos de los

llamados actualmente grupos de autoayuda. Para hablar de los grupos de autoayuda nos tenemos que remitir hasta la década de los treinta, específicamente en el año de 1935 cuando se formó el grupo de AA Alcohólicos Anónimos en los Estados Unidos por Bill W., y que para 1997 el número de grupos locales de AA ascendió a 90,000 distribuidos en 134 países con más de 2 millones de miembros (Gracia, 1997).

Para Medvene (citado en Gracia 1997) un grupo de autoayuda contiene los siguientes puntos: a) los miembros del grupo son similares, b) el liderazgo proviene de los miembros del grupo o por los profesionales que trabajan con el consentimiento de los integrantes, se da la misma oportunidad a cada miembro para participar en el rol de brindar ayuda y de recibir ayuda, d) puede haber cuotas o no, e) la participación siempre debe ser voluntaria.

La importancia que tiene el apoyo social para las personas que son víctimas del SIDA lo retoman los grupos de autoayuda y son una vía psicoterapéutica muy eficaz para lograr el mejoramiento en el estado emocional de las personas.

El Modelo De Intervención De Duelo.

La tanatóloga Elizabeth Kübler Ross ha contribuido con varios modelos terapéuticos para el manejo del duelo, ya que ha trabajado con pacientes de diferentes enfermedades terminales, formando grupos de autoayuda para pacientes con SIDA (Acevedo, 1994) aplicando su modelo tanatológico con sus fases de duelo como son: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

Intervención en Crisis.

La intervención en crisis también se desarrolla de forma breve como lo es la conserjería, la terapia breve, la intervención en crisis, la intervención en crisis vía telefónica, etc., y que son de gran utilidad en momentos súbitos de una crisis.

Consejería o Asesoramiento.

Es una forma profesional de prestar ayuda en el ámbito médico a través de intervenciones psicoeducacionales estructuradas. Las actividades de asesoramiento han tenido un desarrollo importante a partir de la participación de profesionales de salud mental en los equipos multidisciplinarios encargados de la asistencia a estos enfermos.

El asesoramiento se ha centrado en tres campos:

Sobre la realización de la prueba diagnóstica sobre el VIH.

Respecto a la reducción de riesgos para contraer la enfermedad.

Respecto al afrontamiento de algunas de las consecuencias médicas, sociales y psicológicas de la enfermedad (Miller, 1987).

La intervención en crisis por vía telefónica es una manera de atender a las personas con una crisis psicológica ante un suceso específico que ha puesto en un estado de confusión a las personas, la atención que se brinda es generalmente de apoyo psicológico, ya que por las condiciones en que se brinda la ayuda tiene que ser de manera breve pero bien dirigida. Se brinda ayuda también a personas que pasan por un momento de duelo, se le escucha y se le guía para que pueda tomar un tipo de ayuda más específica y de manera integral por lo que el orientador psicológico canaliza a las personas al lugar adecuado para poder brindar ayuda más profundamente. Actualmente existen varios números telefónicos en donde las personas pueden realizar llamadas si requieren de este tipo de ayuda y mencionaremos algunos:

Saptel. Teléfono: 52-59-81-21.

Acercatel. Teléfono: 01 800 11 01 01 10.

Locatel. Teléfono: 56-58-11-11.

Diversitel. Teléfono: 55-74-30-12.

2.4 Las Fases Del Duelo.

La Dra. Kübler Ross cuenta actualmente con una gran y larga trayectoria en la atención de pacientes con enfermedades llamadas terminales, se ha ocupado en ayudar emocionalmente con respecto al proceso de la muerte y también ha implementado estrategias de la llamada tanatología siendo pionera de esta corriente, ella menciona que son cinco fases por las que pasa una persona que contrae una enfermedad que le causará la muerte y en donde la infección por VIH-SIDA no es la excepción.

Las cinco fases que se presentan en un proceso de duelo que menciona Kübler Ross son: Negación, Ira, Negociación, Depresión y Aceptación.

Negación.

La negación se manifiesta desde el primer momento en que se da la noticia violenta e inesperada de la infección o enfermedad, este es un momento en donde se generan fuertes reacciones ante la ansiedad y angustia que viven las personas, funciona como una estrategia capaz de mantener al sujeto alejado de su realidad y sobretodo que viva amenazado por todo lo que implica su padecimiento. Un paciente que se encuentra en esta situación no se permite reconocer algo que le está perjudicando y muchas veces estos pacientes no empiezan a cuidarse ni a tomar algún tipo de tratamiento que les pudiera beneficiar, son personas que viven o tratan de vivir su vida como si no padecieran de nada (De Luna, 1999).

Es una forma de resistirse para aceptar el padecimiento que en ese momento ha ocurrido. Durante este momento no es conveniente forzar al paciente para que acepte su realidad, ya que puede generar otro tipo de conflictos (Cruz, 1996). En esta fase las personas dudan mucho sobre los resultados de las pruebas del laboratorio, son personas que no quieren darse cuenta de que su realidad es

como es y sobre todo se resisten a posibles temores y sufrimientos que seguramente vendrán.

La negación funciona como mecanismo de defensa y es el momento en que el paciente no solo duda de los resultados, sino que también se niegan a recibir atención médica o psicológica, y mucho menos está dispuesto a recibir ayuda o apoyo por lo que físicamente y psicológicamente se descuida, es aquí cuando el paciente suele aislarse y vivir en su mundo (Fernández, 1999).

Ira.

Las enfermedades terminales cuesta trabajo asimilarlas como tal y más cuando el afectado es el propio paciente, después de permanecer aislado y en la fase de la negación lo que generalmente sigue es un fuerte enojo, coraje, resentimiento, envidia que el paciente generaliza hacia las personas de su entorno y hacia las actividades que frecuentemente realiza. El paciente tiende a ser demandante y exigente en su atención. En esta fase es conveniente facilitar que el paciente se exprese (Cruz, 1996).

Como es de suponerse una vez que la persona se encuentra en esta fase genera una gran cantidad de agresiones para los demás y para él mismo, generalmente estas personas se preguntan: ¿porqué a mí?, ¿qué he hecho para merecer esto?, muchas veces viven bajo gran tensión emocional, que se culpan constantemente por su enfermedad, en el fondo la persona se encuentra enojada consigo misma, ya que tienen la idea de que se ha cometido una gran injusticia hacia él entonces tiende a culpar a otras personas o situaciones de su vida como respuesta a la gran agresión que siente y que no es capaz de controlar (De Luna, 1999).

El sentimiento de enojo puede llegar a ser un elemento más en la personalidad del paciente no solo como un momento temporal, ya que se ha visto que muchas personas viven con el enojo por mucho tiempo que hasta han afectado el entorno familiar, laboral, escolar u otro y que lejos de acudir o recibir ayuda

generan odio hacia si mismos o a los demás, es como una manera de aceptar su culpa y reforzar su tristeza con mucha impotencia porque no saben como conducirse, generándoles frustración (Fernández, 1999).

Negociación.

Es aquí cuando las personas empiezan a sustituir sus demandas por diferentes tipos de condicionamientos en un intento de posponer lo que ya es imposible posponer, las personas generalmente se muestran cooperadores y están disponibles para que se haga con ellos lo que les da la idea de probablemente sanar (Cruz, 1996).

La negociación es una tercera fase del duelo y se caracteriza por vivir tratando sobre todo de tener recompensas de salud es cuando el paciente se da la oportunidad de atenderse más voluntariamente a cambio de que algún factor le pueda ayudar a contrarrestar su padecimiento incluso tiene la idea de que si él coopera con lo que le demanda su enfermedad es probable que se cure, o que por su buen comportamiento pueda llegar a ser recompensado positivamente en su enfermedad. Los deseos que frecuentemente se acompañan en esta fase son los de poder vivir más tiempo o vivir menos días de incomodidad y dolor físico (De Luna, 1999).

Kübler Ross (citada en De Luna 1999) menciona que "la mayoría de los regateos se hacen con Dios y son usualmente guardados en secreto".

Depresión.

La depresión llega cuando se viven situaciones de pérdida, reales, afectivas o no reales. Existe la depresión reactiva cuando existe un dolor emocional de forma anticipatorio ya que ante la idea de la pronta muerte la persona sufre muy intensamente y los familiares también y aún así se sigue negando ante la muerte. La depresión preparatoria es digamos la segunda fase de la depresión ya que se vive como una depresión pero con una idea más clara de lo que está

pasando y de lo que está por llegar es una forma de sentirse triste por lo vivido pero se enfrenta ante la realidad y sabe de lo que puede dejar de poseer que es la pérdida de la propia vida (Fernández, 1999).

La depresión puede llegar con más facilidad cuando el paciente requiere de cirugías, hospitalizaciones, comienza a tener complicaciones con la salud, aparecen sentimientos de debilidad y frecuentemente la ira o enojo empiezan a ceder ante sentimientos de pérdida. Es aquí cuando el paciente comienza a darse cuenta que el padecimiento es inminente por lo que da cuenta de ello y empieza a aceptar algo por lo que siempre luchó para erradicarlo de su vida (De Luna, 1999).

En esta fase las personas comienzan a sentir los síntomas depresivos como respuesta a las pérdidas de las cuales han sido objeto y que no es tan fácil adaptarse a ellas, Kübler Ross menciona que existen dos tipos de depresión una la depresión reactiva que se relaciona con los efectos de todas las pérdidas que han sufrido y la otra que es la depresión preparatoria se llama así porque tiene que ver con los efectos que produce la idea de la muerte y saberse en proceso de morir (Cruz, 1996).

La depresión puede llegar a ser positiva para muchos pacientes cuando al fin logran entender que su padecimiento es real, pero aún así buscan salir delante de todo aquello a lo que le temían y no deseaban.

En esta fase es sumamente peligroso que las personas se encuentren solos ya que es muy posible que la pérdida de la autoestima sea tal que provoque en el sujeto fuertes sentimientos de tristeza profunda e incluso intentos de suicidio.

Aceptación.

Generalmente esta fase llega cuando se han vivido las cuatro anteriores y la muerte es un proceso que está cerca, el paciente puede mostrarse indiferente con las personas que le rodean, puede llegar a tener deseos de estar completamente solo (Cruz, 1996).

Cuando las personas han experimentado todo lo que implican las fases anteriores a la aceptación frecuentemente se encuentran en un estado de expectación ya que saben que su muerte pronto llegará, muchas veces las personas ya en este momento se encuentran desgastadas y débiles por lo que la energía que les queda es para poder realizar algún deseo que pueda ser muy significativo para él es cuando muchas veces permite o solicita la presencia de sus seres más queridos, aunque también pueda ocurrir lo contrario (De Luna, 1999).

Las fases que se mencionan son representativas de una enfermedad terminal, pueden presentarse en diferente orden en el paciente, ya que depende de la personalidad y de las circunstancias que rodean el curso de la enfermedad.

Un factor importante que es de gran ayuda para el paciente terminal es la esperanza, ya que muchas veces ante tal padecimiento como lo es el VIH-SIDA las personas buscan encontrarle algún sentido para dirigir su vida.

Para De Luna (1999) el mantener la esperanza es una tarea básica, pero también es difícil conseguirla. Los sentimientos de esperanza son característicos de cada persona y los objetivos pueden cambiar, el sentimiento de esperanza puede cambiar de acuerdo al estado físico y anímico de cada paciente, entre más entero y seguro se sienta el paciente más fortaleza y ganas tendrá para buscar sus objetivos. La búsqueda de la esperanza es un proceso en el cual los pacientes buscan apoyo de algo o de alguien para conseguir sus objetivos.

La esperanza es un aliento para quienes muchas veces dejaron de encontrarle sentido a las cosas no es algo que pueda conseguirse fácilmente y menor si la salud se deteriora, pero existen personas que solo necesitan de alguna ayuda para buscar completar objetivos que pueden realizar y que no habían buscado remover antes.

2.5 Pérdida Ambigua.

Para Boss (2001) al duelo congelado lo llama la pérdida ambigua. Las personas que experimentan una pérdida ambigua les ocasiona estrés, confusión y las situaciones que menos se comprenden excitan al inconsciente entonces la pérdida suele ser devastadora porque es algo que se mantiene sin aclararse generando un fuerte sentimiento de incertidumbre, para las personas que viven una pérdida ambigua su ansiedad y estrés es muy corrosivo y sobre todo cuando no se ha permitido aclarar la situación sobre un suceso de pérdida de alguien o de su propia pérdida con respecto a su salud. Las personas desean la certeza el saber de las cosas tal y como son y en un momento dado la muerte es preferible a seguir en un estado de incertidumbre con el dolor que se prolonga día con día agotando a las personas afectadas. La pérdida ambigua es siempre una resultante de la guerra y la violencia, pero actúa de manera más agresiva en la vida diaria, la pérdida es desconcertante, las personas se quedan desorientadas y paralizadas frecuentemente no saben como reaccionar o dirigirse ante la vida que generalmente demanda entereza y sabiduría. Frecuentemente ante una pérdida ambigua las personas dentro de su desesperación buscan aferrarse en la esperanza para que las cosas vuelvan a ser como eran, sabiendo muchas veces que aún no han asimilado la ausencia física de algo o alguien y que psicológicamente se están deteriorando.

La pérdida ambigua se vive cuando las personas son presas de un duelo, que no ha podido ser resuelto o que la crisis se manifiesta en episodios repetitivos a lo largo de la vida, no es fácil el poder resolver este tipo de pérdida sobre todo por las circunstancias en que se vive. La guerra, la violencia, las desapariciones y las enfermedades de tipo terminal son el blanco de este tipo de pérdida. En México se vive la pérdida ambigua cuando existen muertos, desaparecidos y enfermos, en acontecimientos como los siguientes: la guerra de la conquista en 1521, la guerra de independencia en 1810, La Revolución mexicana en 1910, el Movimiento Estudiantil en 1968, la Manifestación Estudiantil (el halconazo) en

1971, Las muertas y desaparecidas de Ciudad Juárez de los 90's a la fecha, sólo por mencionar algunos de este tipo de sucesos que son más conocidos, sin mencionar que pueden seguir ocurriendo muchos casos similares como: secuestros, asesinatos u otro tipo de violencia que se vive cotidianamente en nuestro país y que muchas veces son sucesos que no son muy difundidos.

Boss (2001) menciona que otro tipo de pérdida ambigua se presenta cuando las personas están presentes físicamente pero ausentes psicológicamente, esto les sucede a personas con enfermedad de Alzheimer, los drogadictos y los enfermos mentales crónicos o también cuando las personas permanecen un tiempo en coma. Donde el miembro de la familia y el ser querido está presente pero no su mente.

Es muy diferente enfrentar la pérdida corriente a enfrentar la pérdida ambigua sobre todo cuando en la primera generalmente deriva en la muerte, en un suceso que se vive y se hace oficial, respaldado por un certificado de defunción, se llevan a cabo los rituales propios del lugar, que dan cuenta de lo que ocurrió. No es raro que se deje sin apoyo a las familias estresadas que sufren una pérdida ambigua, se les abandona con su pena y con toda la carga emocional que esto conlleva, porque más bien los apoyos se dirigen a las pérdidas bien definidas en donde se concluyen con la muerte.

Cuando se habla de una pérdida ambigua nos referimos también a una enfermedad crónica o incapacidad por lo que las familias generalmente necesitarán de ayuda, para hacerle frente al estrés ya que la situación podría mermar la entereza emocional llegando a causar un trauma. Cuando los síntomas se presentan por un duelo inconcluso pueden llegar a ser similares al trastorno por estrés postraumático, este es un trastorno causado por acontecimientos estresantes y que impactan sobremanera psicológicamente, donde la causa se genera por sucesos sumamente especiales y a veces no tan cotidianos, que no se resuelven en su momento, y son revividos por los afectados de forma continua incluso al paso de muchos años en que ocurrieron (Boss, 2001).

La Pérdida Ante el VIH.

Para el ser humano una de sus más grandes dificultades se presenta cuando aparecen las enfermedades y consigo el sufrimiento humano, el intento del hombre por entender lo que le sucede lo ha llevado a buscar múltiples métodos que puedan aliviar el dolor y el malestar no sólo físico sino también psicológico. Durante muchos años se han ocupado personas en el oficio de curar, de tratar de prevenir muchas enfermedades que aquejan al hombre pero nada para erradicar la muerte (Bakan, 1979).

La pérdida de la salud en muchos pacientes se hace más presente y más difícil de entender, en ciertos momentos cuando la enfermedad avanza y complica el equilibrio del ser humano. Para los pacientes con la infección por VIH descontrola el ser interno y se llena de dudas ante tal padecimiento, no debemos olvidar que la enfermedad es entendida de acuerdo a cada paciente, actualmente algunos autores coinciden en rasgos o reacciones que son similares para los infectados, pero también nos encontramos con que cada paciente es un caso en particular con una historia previa de sus significados y sobre todo su manera de ver el mundo que lo rodea y resultaría peligroso encasillar o etiquetar a los pacientes como un proceso continuo de malestar, es cierto que la salud decrece al paso de los años, pero la homeostasis psíquica de cada paciente depende en mucho del rumbo que tome ante la vida y sobre todo del tipo de calidad de vida que tenga cada paciente en diferentes medios donde se desarrolle.

Para Bowlby (citado en Martínez 1999) el duelo se presenta cuando se conoce el diagnóstico y lo divide en tres fases.

La fase 1, se presenta cuando existe un embotamiento, se tiene la idea de que la noticia no es realidad, existe confusión incluso incredulidad acompañada con ira.

La fase 2, en esta fase se presentan emociones encontradas, se presentan dudas sobre el padecimiento.

La fase 3, es aquí donde frecuentemente se va aceptando la realidad y se recupera el equilibrio poco a poco, aunque la persona se deprime también acepta su diagnóstico y el curso del duelo depende del apoyo recibido y del curso del virus.

Para Martínez (1999) la infección del VIH contiene un impacto emocional continuo que se presenta desde la sospecha de estar infectado, en el proceso de realizarse pruebas de anticuerpos, el saberse diagnosticado con el VIH y hasta las fases tardías de la enfermedad. Las personas con VIH viven con un sufrimiento psicológico que muchas veces lo distraen y no le permiten concentrarse en momentos que requieren de atención y cuidado, el recuerdo doloroso a veces es más fuerte que la propia entereza.

Para Sherr (1989) el saberse diagnosticado por el VIH hace que las personas duden constantemente sobre si y sobre lo que les acontece, y buscan resolver lo que en ese momento se les presenta y lo que vendrá, por lo que puede que esa situación los motive a buscar ayuda.

La persona con VIH-SIDA enfrenta muchas pérdidas y esa situación les complica aún más su expectativa de vida ya que no sólo se enfrentan ante la pérdida de la vida incluso pierden más de lo que se pudieran imaginar.

Las pérdidas que pueden llegar a presentar son:

Perdida de la vida. La idea de la muerte como tal está presente, el dejar de existir en cualquier momento es preocupante.

Pérdida por las primeras infecciones. El que una persona se empieza a sentir enfermo lo puede llevar a la idea de alcanzar pronto la muerte, más cuando aparece diarrea, cándida, herpes, etc., y la preocupación va en aumento.

Pérdida de las relaciones interpersonales. Es aquí cuando si no se tiene suficiente información por parte del infectado y de los seres queridos puede

llegar a existir separación de la pareja, que implica alejamiento también con el ejercicio de la sexualidad y por tanto alejamiento de la persona querida.

Pérdida económica. Es un tema que requiere de cambios dramáticos de la forma de vivir muchas veces las personas no se encuentran en óptimas condiciones para trabajar, muchas veces faltan a laborar y otras se incapacitan por diferentes motivos. Muchas personas no cuentan con un seguro médico que absorba el costo de los medicamentos, que de por sí son altamente costosos.

Pérdida de seres queridos. Es aquí cuando el miedo recae sobre sí porque se sienten amenazados por la idea de la muerte, sumado al hecho de vivir un duelo porque alguien querido se ha ido.

Pérdida de su auto imagen. Las personas suelen deprimirse y devaluarse ante tales sucesos por lo que son personas que han dejado de percibirse como alguien importante y benéfico para los demás.

El paciente seropositivo que se enfrenta al hecho de que es rechazado por su propia familia puede llegar a ser catastrófico, la pérdida del calor y afecto familiar provoca debilidad psicológica que se empieza a extender a toda la estructura cognitiva del sujeto. Otro factor sumamente importante es encontrarse con algunos trabajadores de la salud que suelen presentar repugnancia por el temor al contagio, los pacientes viven tal discriminación que es lamentable saber que son los mismos médicos quienes se niegan a proporcionar asistencia profesional y ética (Basso, 1991).

El estado del VIH afecta al paciente y a su familia y su estilo de vida, por lo que muchas personas necesitan ayuda, ya que algunas personas pueden llegar a presentar un estado de ánimo decaído, inseguridad, poco control sobre sí mismo, culpa, ansiedad, represión e inquietudes obsesivas (Sherr, 1989).

Basso (1991) comenta que para muchas personas el saberse infectado por el VIH es sumamente devastador y que si a esto le sumamos otro tipo de dificultad que pueda ocurrir en el mismo tiempo, la ruptura emocional llega a tal magnitud

que existe un alto porcentaje del intento de suicidios. Las personas pueden tener la idea de ser tan rechazados que tienen miedo de quedarse solos y ser confinados a la soledad, en algunas ocasiones muchas personas familiares de los infectados se aíslan para no contagiarse y el temor puede llegar a tal grado que el seropositivo tenga que vivir solo.

El estar infectado no significa estar en muy malas condiciones y tener que esperar de manera inmediata la muerte, es normal que hasta cierto punto aparezcan momentos de desesperación y muchas veces el sentirse amenazado evita contacto con los demás para no sentirse frágil o devastado por el temor al rechazo y a que la imagen sí mismo puede decaer aún más (Martínez, 1999).

2.6 Tanatología.

“La ciencia de la muerte” la definió Elías Metchnikoff medico ruso en 1901, lo que actualmente se conoce como la Tanatología, pero en esa época era utilizado el término para referirse a una ciencia medica forense que se ocupaba de los cadáveres en un sentido medico legal, ([www. tanatología. entornomedico. org](http://www.tanatología.entornomedico.org). 2003).

Durante la década de los sesentas la Dra. Elizabeth Kübler Ross retoma a la tanatología desde los aspectos psicológicos y se dedica a brindar atención a enfermos en fase terminal que habían sido objeto de diferentes enfermedades llamadas terminales, es ella quien define a la tanatología como una instancia de atención a los moribundos (www.tanatología.entornomedico.org. 2003).

Tanatología es una palabra que se deriva del griego *thanatos* y *logos*, *thanatos* significa muerte y *logos* significa estudio tratado o sentido

La tanatología es una disciplina un arte y una especialidad (Pichardo, 2003).

La Tanatología es la reflexión, investigación y experiencia sobre la muerte y el morir. Esto se relaciona con la necesidad de comunicarle y cómo comunicarle al paciente un diagnóstico de muerte, un diagnóstico que se refiera a una enfermedad terminal, y sobre todo cómo el paciente, la familia, trabajadores de la salud manejarán el proceso de la muerte con todo lo que implica (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 2003).

Es importante mencionar algunas funciones que puede desempeñar el tanatólogo(a) en el desempeño profesional se recomienda que intervenga con: el enfermo terminal, la familia, los seres queridos, manejar el duelo, intervenir en caso de suicidio, y ayudar al equipo médico.

El tanatólogo debe cumplir una función muy importante que es la de ser un acompañante y facilitador de la experiencia en vida del enfermo, la familia o junto al equipo de salud. El tanatólogo siempre escuchará y respetará el derecho del paciente de acuerdo a sus objetivos y formas de ver la vida (ISSSTE, 2003).

El Paciente en Estado Terminal es aquel paciente que presenta insuficiencias orgánicas múltiples y progresivas que no responden a la terapéutica específica que lo llevará a la muerte en un período aproximado de 6 meses, este tiempo aproximado de muerte puede variar de acuerdo a las circunstancias y complicaciones que presente cada sujeto.

El trato cálido para todo paciente y no sólo al paciente en estado terminal debe extenderse a todo ser humano de una manera integral, como un ser bio-psico-social y espiritual, para poder comprender que el estado terminal no es un fenómeno que aísla al individuo sino que comprende en general toda la condición que como humano lo conforma.

El saber que una persona se encuentra en estado terminal no quiere decir que sea una persona que se tiene que abandonar o dejar al olvido, al contrario es

cuando una persona más nos necesita, y que muy probablemente necesite tiempo para entender su propia situación y empezar a reorganizar su vida al menos la que le quede para poder solucionar todo aquello que ahora le preocupe, sabemos que el proceso de la muerte no es algo que se asimile inmediatamente, lleva tiempo y si se cuenta con un trato cálido alrededor es mucho más descansado y menos triste.

La familia es un factor sumamente importante para el paciente terminal ya que muchas veces se ha perdido tanta vitalidad que hasta para satisfacer las necesidades básicas o fisiológicas se necesita ayuda.

En la familia el esperar la muerte del familiar se vuelve desesperante y luego no saben que hacer o que decir, es cuando muchos de ellos le dicen al paciente que piense positivo que pronto se va a curar aunque ellos sepan que esto no va a ocurrir, entonces lo único que consiguen es que el paciente guarde sus pensamientos, sus temores, sus dudas, sus malestares y no tenga oportunidad de comentarlos con alguien que lo comprenda, es cuando nadie lo ayuda a encontrarle un sentido a su muerte. Cuando alguien esta en el lecho de la muerte lo que necesita es que se le demuestre amor de manera incondicional y la persona cercana puede comportarse como un buen amigo, esto ayudará a que el paciente se sienta más tranquilo y seguro y que puede apoyarse en alguien. Cuando una persona se encuentra a punto de morir se recomienda que alguien o más personas puedan abrazar acariciar al paciente como una forma de mantener contacto no verbal, demostrando compañía y afecto para que el paciente se sienta reconfortado entonces alcance consuelo pero nunca reprocharle el que este muriendo sino al contrario darle permiso si es necesario de que parta como un proceso natural (Fernández, 1999).

La familia también vive un proceso de duelo al saber que el ser querido se ira relativamente pronto pero mientras esto sucede la familia sufre también, se alteran muchas o todas las circunstancias de la vida cotidiana, aparecen nuevas tareas y se necesita contar con más tiempo no solo para sí mismos sino para el ser que ahora necesita de su ayuda.

La Muerte y Sus Significados.

Para Muñoz (1993) cuando se habla de muerte se utilizan algunas palabras como: fallecer, morir y cesar, este hecho se observa en el hombre pero también en los animales u otros organismos vivos, que significa dejar de existir, simplemente que ya no se esta allí.

El ser humano es una entidad natural que esta formada por un cuerpo, que a su vez es su propio cuerpo lleno de transformaciones tanto internas como externas es vital funcional y productivo, pero también esta siempre en posibilidad de la muerte, ya que lo que le ocurre al cuerpo le ocurre al hombre (Muñoz, 1993).

La muerte en sí se vive de diferentes formas incluso en diferentes momentos, ya que no siempre se ha visto a la muerte igual a través de las diferentes épocas, entre las diferentes clases sociales incluso entre las diferentes religiones.

La muerte para el moribundo lo puede llegar a angustiar tanto que incluso puede angustiar a las personas más cercanas, el factor del miedo al morir es una idea que se fortalece cuando existe confusión. Muchas personas comentan que la muerte es injusta pues se lleva de su lado al sujeto o ser querido. Muchas persona tienen diferentes enfoques sobre la muerte, pero en los hospitales y en general la ciencia médica se ha ocupado en hacer muchas cosas con tal que una persona no muera, existen personas que se encuentran en muy malas condiciones y que aunque ya no estén a gusto los propios familiares son quienes piden que se haga todo lo posible para que sigan viviendo, no importa si es artificialmente. Pareciera que a nivel comunitario existe una negación de la muerte y esto lo hace todavía más difícil para quien la enfrente (Smud, 2000).

La vida y la muerte es un proceso cíclico e inevitable que acompaña por siempre a todos los organismos con vida que son generadores de vida, porque están siempre sujetos a los cambios y transformaciones que se presentan en el interior pero también en el exterior o en el medio que lo rodea como lo es su hábitat o su medio ambiente.

Para generar vida y poder desarrollarse es un proceso que se acompaña generalmente con sujetos similares, el hombre necesita pertenecer a una comunidad, ser seres sociales donde existe formas de convivencia como lo son las normas y reglas que los caracterizan, en donde el ser humano tiene toda la capacidad de vivir de acuerdo a su elección y vivir con lo que se quiera y no sólo el dejarse vivir como un hecho sin rumbo. El hombre se ha caracterizado a través de su historia por sus orígenes, por su antecesores, por su forma de vivir, tradiciones, gustos, etc., (Muñoz, 1993).

No debemos olvidar que la muerte tiene muchas connotaciones, diferentes significados dependiendo del lugar y el papel cultural que es el propio para cada región geográfica, si bien en las grandes ciudades occidentales el morir es algo probablemente temido, incluso se hace todo lo posible para prolongar tal suceso, en otras regiones se vive como un suceso normal lleno de ritos y significados más positivos en algunas ocasiones que negativos, para otras personas la muerte es el fin de una vida llena de experiencias que pueden dejar enseñanzas para su comunidad.

Para las personas que han sufrido la muerte de un ser querido les cuesta trabajo entenderlo ya que no es fácil lograr un desprendimiento de aquella persona y más aún cuando los recuerdos son continuos, muchas personas suelen recordar todas las imágenes con las que compartieron a lado de la persona querida y en ocasiones eso hace más tardado el proceso de asimilación de una muerte.

Para otras personas la idea de la muerte es un factor sumamente
Coincido con Muñoz (1993) cuando se refiere al entorno de la muerte en las grandes ciudades, en donde un factor importante de difusión es el morbo que gira alrededor de la muerte y se difunde como una gran masacre, como destroz, aparece muchas veces en los diarios en la nota amarilla mostrando fotografías llenas de sangre y personas violentadas, mutiladas etc; se genera un gran terror con respecto a tales sucesos, tanto así que en diferentes revistas se da lugar a este tema, en los filmes o películas se observa un creciente gusto por las escenas de terror, sangre catástrofes donde los muertos son una esencia de

miedo y muchas veces se pierde de vista el lado constructivo de las cosas. En los medios de comunicación masiva nos bombardean y nos agregan a nuestros estilos de vida los sucesos destructivos y negativos de una sociedad carente de colectividad y apoyo entre los integrantes, la televisión por ejemplo llena sus barras de programación de programas violentos y altamente estresantes, que genera a la población miedo e inseguridad.

No es difícil imaginar que para los medios masivos de comunicación su objetivo es buscar y tener cautivos a los auditorios a través de transmitir de fondo incertidumbre y morbo, ya que a eso mucha gente se esta acostumbrando y prefieren ver o escuchar programas donde el personaje más valioso es aquel capaz de matar y someter a cuantas personas se le crucen por su camino, ya que genera un sentimiento de poder. Los seres humanos siempre han buscado la manera de ser más poderosos que otros para dominar e imponer estilos de vida que tengan una utilidad para quien los genera.

Las diferentes actitudes que se tienen ante la muerte se enseñan desde la infancia, en lugares donde los adultos enseñan a los hijos que la muerte es un proceso natural y no evitable, también dan lugar a vivir un proceso de duelo que le dan un significado más característico de sus tradiciones y en un marco de respeto, y cuando esto ocurre es muy probable que las personas se enfrenten ante una muerte la vivan con mayor fortaleza que aquellos en donde no se les dio enseñanza alguna y lejos de ello se les oculte un proceso al cual se tendrán que enfrentar de cualquier modo (Muñoz, 1993). Sabemos que en todas las sociedades existen personas que pueden llegar a padecer una enfermedad llamada terminal y es ahí donde las personas se enfrentan ante un proceso de duelo que muchas veces no saben como manejarlo, se encuentran ante diferentes tipos de dudas y problemas que muchas veces no saben como resolver, por lo que los familiares no tienen idea de cómo ayudar o como entender lo que están viviendo, tenemos que entender que cada persona tiene su manera de entender y de asimilar las cosas que le suceden, pero es necesario

para poder ayudarlos a que sepan que no están solos en un momento tan difícil e inesperado.

Muchos de los enfermos terminales sufren tanto física como espiritualmente ya que por su padecimiento son objeto de muchos estudios médicos, tratamientos que les provocan reacciones adversas, aparte de que por si hay muchas complicaciones debido al estado avanzado de la enfermedad, frecuentemente piden que se les permita regresar a sus casas por que sienten que esta próxima la muerte y quieren estar con sus seres queridos, usando su propia ropa e incluso quieren comer lo que más les gusta ya que a veces ya no pueden comer con facilidad también quieren recibir visitas a cualquier hora sin que esto se les prohíba como sucede frecuentemente en un hospital.

Cuando alguien menciona el morir bien se suele interpretar que es cuando la persona no supo de su propia muerte, es cuando murió mientras dormía, mientras estaba completamente sedado o cuando fue una muerte súbita como un infarto al corazón por ejemplo. Aunque a muchas personas les gustaría morir en esas condiciones no necesariamente implica morir bien, sino que tal vez no sufrieron mucho pero puede ser posible que hayan dejado muchas cosas por resolver y que no tuvieron tiempo para hacerlo. Morir bien entonces significaría morir lo menos preocupado en paz posible y de acuerdo a lo que reflejan sus propios valores y su personalidad, con esto estamos diciendo que la muerte no tiene que ser estereotipada como suele ocurrir sino que depende de cómo el moribundo desee algo para cuando llegue el momento final y entonces cada persona le daría el sentido muy particular a su muerte aunque esto representara ser diferente de lo que representa la muerte para otros (Reoch, 1998).

Desde que nacemos el organismo se puede mostrar frágil, desde la misma célula que es en donde también se presenta la muerte, el sistema vivo requiere de ser resistente y adaptable en diferentes circunstancias y momentos, ya que se presentan múltiples bacterias y virus que son capaces de romper toda esta

armonía funcional, lo que le ha llevado al ser humano miles de años de evolución, y aún así seguimos siendo frágiles (Chauchard, 1960).

CAPITULO 3. TERAPIA DE GRUPOS.

En este capítulo considero necesario incluir algunas definiciones sobre grupos y grupos terapéuticos en donde explican la importancia del apoyo social y la ayuda mutua, como base para explicar la estructura y la función del grupo. Posteriormente comentaré sobre los principios que rigen a la terapia conductual y la terapia cognitiva ya que son éstas quienes abren paso para formar a la terapia cognitivo conductual.

3.1 Apoyo Social.

El conocimiento humano se expresa de diferentes maneras, son físicas, celulares, cerebrales, psíquicas, sociales, culturales. Las condiciones socioculturales del conocimiento y las condiciones biocerebrales son diferentes pero están ligadas, las sociedades existen, las culturas se forman, se conservan, se transmiten y se desarrollan sólo por medio de las interacciones cerebrales-espirituales entre las personas. La cultura es una estructura que organiza, cognitivamente, que es el lenguaje y lo colectivo de los conocimientos adquiridos, habilidades aprendidas, las experiencias vividas, la memoria histórica, las creencias míticas de una sociedad así se manifiestan las representaciones colectivas. La cultura y la sociedad están en desarrollo mutuo, las personas son quienes portan y transmiten la cultura. La cultura contiene el saber colectivo acumulado en su memoria social, que cuenta con principios, estructuras de conocimiento, provee una visión del mundo, cuenta con su lenguaje. La cultura abre y cierra todos los recursos del conocimiento humano, abre cuando transmite el saber acumulado, su lenguaje, sus métodos dialécticos, etc; y cierra cuando implanta sus normas morales, tabúes. El ser humano desde que nace se construye a partir de sí mismo, pero también por medio de su familia, de su comunidad, de su cultura y funciona en ellas y para ellas. El conocimiento puede ser adquirido como producto de las diferentes relaciones bio-antropo-socio-culturales. La educación por medio del lenguaje da a cada

unos principios, reglas y herramientas del conocimiento. La cultura es sin duda esencia que produce la realidad que se percibe y concibe por cada uno, es decir no solo nuestras percepciones están dadas por variables fisiológicas y psicológicas sino que también de variables culturales e históricas (Watzlawick y Krieg 2000).

Para hablar de ayuda nos remontamos a lo que Peter Kropotkin (citado en Gracia 1997) publicó en 1902, menciona que la ayuda mutua es un factor en la evolución y rechaza la teoría del Darwinismo social como una extensión mecanicista a la sociedad humana de la teoría de la evolución y el principio de supervivencia del más fuerte, es decir según Darwin el ser humano evoluciona en tanto se ve obligado a sobrevivir y a perdurar como especie gracias a la fuerza ya que a través de la lucha y la competencia se consigue la superioridad, y contrario a esto Kropotkin menciona que la evolución no se ha dado por la competencia con el otro y menos por la destrucción del otro. Para Kropotkin el impulso del logro humano y el progreso ético son fruto del apoyo mutuo, no de la lucha mutua, es gracias a lo colectivo y a la cooperación que el desarrollo y la supervivencia alcanza su máxima expresión.

3.2 Definición de Grupo.

Es importante mencionar que se entiende por grupo y las consecuencias psicológicas que están presentes, también cómo un individuo es receptivo del grupo para una determinada influencia en su propia conducta.

El ser humano debido a su naturaleza es esencialmente social, que se ve influido por la cantidad de relaciones que tiene un sujeto con los demás integrantes de su comunidad. Una de las primeras relaciones interpersonales y significativas es la de la madre, ya que es una relación íntima y profunda. Sabemos que dos o más personas forman un grupo, madre – hijo es un grupo que constituye el primer grupo humano y es aquí donde se empezaron a crear

muchos comportamientos de grupo al cual cada persona interactuará en el futuro (González, 1999).

Un grupo se forma por dos o más personas que interaccionan socialmente, dependen uno del otro para desempeñar papeles específicos para lograr sus metas más comunes (Lambert y Lambert 1964).

Se denomina grupos reales o naturales a un conjunto de individuos conocidos que se reúnen por algo o para algo (Bauleo, 1982).

Cirigliano y Villaverde (1966) coinciden con Newcomb en que un grupo se forma por dos o más personas que comparten normas con respecto a ciertas cosas cuyos roles sociales están estrechamente ínter vinculados.

Para González, Monroy y Kupferman (citados en Ríos 1997) grupo es una reunión más o menos permanente, de personas que interactúan y se ínter influyen, es decir se influyen recíprocamente con el objeto de lograr metas comunes y entre ellos se reconocen como miembros y regidos con base a normas y valores establecidos por ellos mismos.

Brown (1975) menciona que es común el que los individuos tomen decisiones privadas cuando ocurren problemas y posteriormente busquen formar reuniones colectivas o en grupo para resolver sus problemas.

Un grupo es una figura social en la que las personas se reúnen de acuerdo a sus interacciones entre todos los miembros. Se reúnen porque debe de haber contacto entre ellos. En las interacciones el contacto debe ser recíproco y continuo con respecto a un objetivo común (Sbandi, 1980).

Para Sartre (citado en Rosenfeld 1971) el grupo no es algo que esta definido por completo en una sola dirección, piensa que el grupo es un proceso que marcha y que no siempre permanece estático, es una entidad en movimiento en general.

En donde hombre y grupo viven una relación recíproca y llena de significados donde en el grupo modifica y es modificado por sus integrantes.

La vida de el hombre esta ligada a los grupos y se desarrolla en los grupos teniendo el factor de interrelación entre ellos en donde existen influencias mutuas y comparten creencias, ideologías, costumbres, emociones, acciones, normas, valores, etc.

Cuando se forman grupos sociales la permanencia se da de manera espontánea o también que se haya elegido de manera voluntaria. El primer grupo de socialización es la familia, integrado por los procreadores y los hijos de estos, es ahí donde se establecen vínculos afectivos y sociales los adultos educan y enseñan procesos de conocimientos y conductas. Posteriormente los individuos se desarrollan y se involucran con otros grupos que le sean comunes. Cada grupo logra formar una ideología significativa para cada uno de los integrantes, lo que los hace permanecer y trabajar en conjunto para los fines que hayan establecido o estén de acuerdo en realizar un ejercicio comunitario (Tornero, 1991).

La conducta en los grupos es resultado del ambiente social que representa la estructura del grupo. Es la estructura del grupo que influye directamente en la formación de cada miembro del grupo y se tiende a involucrar a las personas como parte de un todo en donde se generan sentimientos de pertenencia, y eso es lo que favorece una buena comunicación entre los demás en un sentido democrático y cooperativo para los fines comunes (Lambert y Lambert 1964).

3.3 Grupos Terapeuticos.

Entre 1938 y 1940 aparece el estudio de la dinámica de grupos con Kurt Lewin y el mismo acuño ese concepto en 1944, en un artículo dedicado a las relaciones entre la teoría y la práctica en la Psicología social. La dinámica de grupos se centra en la investigación y el conocimiento sobre los grupos, sus leyes su

desenvolvimiento, sus interrelaciones con otros grupos e instituciones (Ríos, 1997).

La esencia de la organización social, según Lewin, es el campo psicológico del grupo que engloba a los miembros, apoyos materiales, objetivos acciones, recursos, normas. En el interior del grupo se desarrolla un sistema de tensiones positivas y negativas correspondientes al juego de los deseos y defensas. La conducta del grupo consistirá en un conjunto de operaciones tendientes a resolver esas tensiones y a restablecer un equilibrio más o menos estable.

Una característica que predomina en los grupos sociales es que se define por la interdependencia de sus miembros. Lewin tuvo mucha visión al tratar de comprender a los grupos y al considerar al grupo como una totalidad dinámica que posee una gran fuerza para influir en la conducta de los miembros (Ríos, 1997).

La psicoterapia de grupo es relativamente reciente y aparece durante la segunda mitad del siglo XX, acompañada de nuevas técnicas de tratamiento, aunque las experiencias y emociones que se presentan en el grupo y los procesos catárticos colectivos han existido a través de la historia de la humanidad. El individuo es el centro de atención y el grupo sirve como soporte, es así como el grupo es objetivo del cambio terapéutico, en donde el individuo reconoce la necesidad de cambio y el grupo construye el ambiente y el medio que genera dicho cambio (Ríos, 1997).

Berne (1983) considera que un grupo terapéutico es en el que se reúnen entre ocho y diez pacientes para brindarles tratamiento psiquiátrico en un lugar específico. El psicoterapeuta deberá estar capacitado y preparado en donde su propósito es aliviar incapacidades psiquiátricas.

Para Rogers (1979) un grupo terapéutico es un grupo pequeño y está constituido de ocho a dieciocho miembros. Generalmente la responsabilidad del coordinador es facilitar a los miembros del grupo que puedan expresar

libremente sus sentimientos y pensamientos. De esa libertad para expresar sus sentimientos y pensamientos ya sean positivos o negativos viene como resultado un ambiente de confianza recíproca. En este proceso el paciente es capaz de aceptar la totalidad de su ser y es cuando se acepta en sus emociones, su capacidad intelectual, capacidad física, es decir se da cuenta de las potencialidades con las que cuenta y de las cuales podría utilizar. Una de las características de estos grupos es que se crea la realimentación de una persona a otra, y cada persona sabe como es para los demás así que también puede aportar algo en las relaciones interpersonales.

La psicoterapia de grupo es cuando se reúne a pacientes en donde se aplican técnicas psicoterapéuticas. En la terapia de grupo se establece una interacción paciente - paciente y paciente - terapeuta, se tiene como objetivo realizar cambios en la conducta inadaptada de cada uno de los miembros. Actualmente la terapia de grupo abarca gran número de prácticas que van desde grupos que interactúan de pacientes externos en un largo plazo hasta en los grupos donde acuden pacientes en un estado de crisis aguda.

La psicoterapia de grupo es tan eficaz como la terapia individual en cuanto se tratan diversos trastornos psicológicos (Vinogradov y Yalom 1996).

Un grupo terapéutico se acompaña de varios procesos que no siempre permanecen estructurados e inmodificables sino que también durante el curso de un grupo terapéutico se construyen diferentes estrategias que son factores importantes en la experiencia terapéutica de cada paciente y del propio terapeuta. El terapeuta puede influir en la forma y el desarrollo del grupo en donde se busca siempre utilizar las mejores estrategias para el conflicto en específico. La vivencia del grupo es siempre dinámica y que establece al individuo en una posición cambiante con relación a las fuerzas que se generan en el grupo. Pueden darse situaciones de experiencias altamente útiles para los miembros pero también pueden generarse situaciones que conflictúan el proceso grupal y a los miembros, por lo que el terapeuta tendrá que recurrir a

sus habilidades para retomar el rumbo y la orientación del grupo (Whitaker y Lieberman 1969).

Para Bion (citado en Whitaker y Lieberman 1969) el grupo es una herramienta importante en la terapia que se realiza, por lo que debe ser utilizada y explotada por el terapeuta. No es conveniente hacer el tratamiento individual en público, ya que esto no es un espectáculo sino que se debe de llamar la atención sobre las experiencias reales del grupo y de la manera de cómo el grupo y el individuo se desenvuelven.

Para González (1999) el concepto de grupo terapéutico tiene que ver con los diferentes métodos de tratamiento, que está constituido por el o los terapeutas y los pacientes. El grupo terapéutico es aquel en donde está a cargo uno o dos terapeutas de los integrantes de un grupo. El tratamiento se da de forma simultánea para los pacientes, en donde se muestra la situación psicológica de los integrantes para dar lugar a que cada paciente comprenda y mejore sus problemas. Al comienzo del grupo generalmente los pacientes muestran elementos desintegrativos, y es la labor terapéutica quien se encarga de integrar los elementos desintegrados de los pacientes con ayuda del propio grupo, así el paciente se da cuenta de sus propios recursos que le servirán para resolver sus dificultades.

Existen los grupos clínicos, son grupos primarios, artificiales, que se desarrollan en el área clínica, y de acuerdo a Kadis y Krasner (citados por Ríos, 1997) los grupos terapéuticos se clasifican como:

1. Cerrados y abiertos, los grupos cerrados son los que integran un número determinado de miembros y a veces permiten la afiliación constante, y en los grupos abiertos se mantienen constantes por un tiempo ilimitado y permiten los nuevos ingresos.
2. Homogéneos, heterogéneos. En estos grupos se toma en cuenta la composición de los miembros, los grupos homogéneos se integran por

personas que han sido diagnosticadas de manera similar, los grupos heterogéneos se componen de personas con diferentes características.

3. De guía y de consejo. Los grupos de guía se centran en la problemática común y el fin es lograr un mejor funcionamiento durante la vida, y los grupos de consejo se centran en el discurso de la experiencia como mecanismo de propuesta para el otro en donde el campo de acción es para personas que están fuera del grupo.

De admisión y específicos. Los grupos de admisión se caracterizan por la recepción, el diagnóstico y la orientación de las personas. Los grupos específicos, son llamados grupos psicoterapéuticos.

Para Alonso y Swilter (1995) la psicoterapia con grupos es un método importante sobre todo para tratar a personas infectadas con el VIH, los grupos ayudan a este tipo de personas a aliviar el estigma y las complicaciones psicosociales de las cuales son frecuentemente violentados. Para este tipo de pacientes los grupos recomendados son los de manejo de crisis que también se llaman grupos psicoeducativos o grupos de actividad y los grupos de apoyo. Es frecuente que a los grupos que manejan crisis también se les llame grupos de apoyo, que están constituidos con personas que recientemente recibieron el diagnóstico de VIH positivo y son por tiempo limitado. El programa por lo general es estructurado y psicoeducativo, la duración es de 12 semanas con un tema específico cada semana y se incluyen sesiones de enseñanza y discusión.

Para los grupos de apoyo con personas con SIDA las metas son que los miembros se les ayude a sentirse mejor, que se reduzca la soledad y el aislamiento social por medio de motivar vínculos con otros miembros del grupo reestablecer la manera de poder recuperar el control de sus vidas, reforzar su sentido del autoestima y promover y generar la esperanza como factor importante durante el curso de la enfermedad.

3.4 Terapia Conductual.

La terapia conductual se basa en los principios que rigen al conductismo y las aportaciones de sus principales autores como Ivan Pavlov, Edward Thorndike, John Watson y B.F. Skinner. Esta técnica que trata de explicar y entender el comportamiento humano nos ayuda a identificar los factores que anteceden (antecedentes) y preceden (consecuencias), así como también otros factores que influencian el comportamiento.

Pavlov y sus colegas fueron de los primeros investigadores en realizar experimentos sobre condicionamiento clásico. Bechterev y sus colegas se encargaron de explicar el condicionamiento instrumental y son quienes impulsaron el desarrollo de la psicología experimental en la década de los treinta. Tanto en Rusia como en los Estados Unidos surgió mucho interés por aplicar los principios básicos del condicionamiento, la comprensión y el tratamiento de los trastornos del comportamiento. Hull fue un investigador quien pretendió encuadrar al condicionamiento clásico y al condicionamiento instrumental en un solo marco de referencia teórico. Para Hull quien se basó en las aportaciones de Thorndike dirigió sus investigaciones en emplear constructos teóricos que estuvieran bien definidos y que fueran comprensibles para capacitar a nuevos psicólogos, y así se dio paso para hacer uso de la teoría sobre los hechos empíricos dentro del campo del comportamiento anormal (Yates, 1978).

Para Yates (1978) la terapia conductual o del comportamiento es un intento de utilizar organizadamente los conocimientos de la experiencia y de la teoría que son el resultado de investigación experimental aplicado en la psicología con el fin de explicar las causas del comportamiento anormal y así ofrecer un tratamiento de acuerdo al conflicto que se presente.

Para Rimm y Masters (1993) la terapia de la conducta incluye muchas técnicas que emplean principios psicológicos basados en el aprendizaje, que explican la

conducta desadaptada. Entendiéndose por conducta una respuesta manifiesta o una respuesta encubierta. Para el ejercicio de esta terapia se usan diferentes técnicas como: la desensibilización sistemática, el entrenamiento asertivo, el moldeamiento, el condicionamiento operante, la extinción, el condicionamiento aversivo, y otras técnicas que modifiquen patrones del pensamiento

Yates (1978) menciona que una de las principales técnicas que se usan en la terapia conductual es la desensibilización sistemática y consta de tres etapas:

1. Entrenamiento en relajación profunda, con ayuda o no de la hipnosis o el uso de drogas.
2. Construcción de jerarquías de ansiedad.
3. aplicación de procesos de desensibilización pasando por las jerarquías de ansiedad paso a paso mientras se practican las respuestas de relajación.

La terapia del comportamiento para algunos autores es un arte y una ciencia que diseña procedimientos terapéuticos para problemas particulares, que emplea un lenguaje conductual, y que a manera de observación directa se emplean términos como estímulo y respuesta (Yates, 1978).

La Terapia de Modificación de Conducta, como también se le conoce a la terapia conductual es una técnica científica para entender el comportamiento humano al tratar de analizar el contexto en la cual el comportamiento ocurre, y de esta manera se determinaran sus causas.

Budd (1977) Menciona que de una forma o de otra todas las personas padecen problemas emocionales y que muchos de ellos sufren más que otros porque no saben que hacer. Ya que muchas personas no nacen sabiendo todo ni como resolver todos sus problemas que se les presentan. Es por eso que debe existir un proceso de aprendizaje que favorezca o no favorezca algunas situaciones. Cuando una persona busca resolver sus conflictos muchas veces lo que tiene que hacer es modificar su conducta, y modificar la conducta es que cualquier

comportamiento deseado o no deseado incrementa o no su frecuencia. Cabe aclarar que la modificación de la conducta está dirigida específicamente al comportamiento y no a los sentimientos, basta con controlar la conducta, ya que los sentimientos se cuidarán por sí mismos es decir los sentimientos también cambiarán.

La terapia conductual según Golfried y Davison (1981) se basa en los factores que determinan la conducta, en donde el pasado del cliente no tiene mayor importancia.

Una crítica que se les hace a los terapeutas conductuales es que ellos manipulan a los pacientes y los controlan reduciendo el campo para autodirigirse.

Lazarus (1980) señala que la terapia conductista proporciona herramientas terapéuticas objetivas que son resultado de los laboratorios y que las técnicas del condicionamiento son métodos que se usan comúnmente.

Para Caballo (1995) la terapia de la conducta es un enfoque que se basa en la solución de problemas, en donde se evalúa y se atiende para permitir avances útiles. La terapia conductual es aplicable para toda clase de trastornos, de personas y de situaciones. El objetivo es básicamente educativo y las técnicas son las que facilitan un mayor autocontrol.

Rimm y Masters (1993) mencionan algunas características de la terapia conductual:

1. La terapia de la conducta se basa en la conducta que se encuentra desadaptada en sí misma, se centra en el conflicto específico y no en otros aspectos que puedan generar desvíos de atención.
2. Las conductas desadaptadas son adquiridas por un proceso de aprendizaje como sucede en cualquier conducta aprendida.

3. Se piensa que para poder lograr la desadaptación y se modifique la conducta se requerirá de nuevos procesos de aprendizaje, en donde se presenten nuevas asociaciones.
4. Para lograr la modificación de conducta no es necesario tratar de reorganizar o modificar la estructura de personalidad, sino que sólo hay que ayudar a resolver los conflictos específicos que interfieren en el paciente.
5. El terapeuta adapta su método de tratamiento al problema que el paciente presenta.
6. Para el terapeuta no es necesario buscar causas en el pasado ya que la terapia se centra en el aquí y en el ahora.
7. Las terapias conductuales se basan en los resultados obtenidos en el laboratorio y en las teorías que han sido formuladas.

La Terapia Conductual es un proceso que enseña a los pacientes cómo reducir, controlar o eliminar sus conductas desadaptativas. Enseña métodos y técnicas de cómo cambiar, en lugar de tratar de encontrarle la historia a los problemas. El tratamiento es fundamentalmente un proceso de aprendizaje. Frecuentemente, el individuo ve resultados de esta terapia a principios del tratamiento.

Mucha gente piensa en la terapia conductual en conexión con el tratamiento de extremo temor y fobias; sin embargo ha sido demostrado que la terapia es beneficiosa también para otros problemas como el Trastorno de angustia (ataque de pánico), agorafobia, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), ansiedad y problemas de la infancia y familiares. Existe mucha evidencia que la terapia conductual mejora el funcionamiento químico del cerebro en forma similar a lo que se logra con el uso de medicamentos.

3.5 Terapia Cognitivo Conductual.

Antes de comentar sobre lo que es la terapia cognitivo conductual, considero importante abundar sobre lo que es el pensamiento ya que en este tipo de

terapia es la materia con la que más se trabaja y estudia.

Pensamiento.

¿Qué es pensamiento? El pensar la respuesta sobre qué es pensamiento es algo mucho más abstracto quizá de lo que me imagino, no sólo es dar un concepto, sino todo lo que ello significa de acuerdo a mi visión y mi conocimiento, porque por mero concepto sería un tanto fácil si lo extrajéramos de otros autores, me permitiré abundar y filosofar si es necesario.

En el proceso de escribir éste texto me vienen tantas cosas a la mente, lugar demasiado complejo, un tanto difícil de explicar, en donde es el centro de toda nuestra estructura mental, como especie va más allá de todo lo imaginable, capaz de crear lo increíble, el pensamiento no solo se reduce a un proceso como tal sino todo aquello que lo rodea, el pensamiento es sólo una pequeñísima parte en donde toda la información recibida y emitida habita, es como un pequeño centro de almacenamiento, tan complejo como estructuras de redes en tercera dimensión y aún más, parte de la misma naturaleza, donde a través de años y años, mejor dicho miles de años, ha habido una evolución no sólo en la especie humana sino en muchas otras especies, y otras han continuado por millones de años según los investigadores, como es el caso de las cucarachas, los tiburones, las tortugas, etc.

La evolución se a dado a través de diferentes situaciones y momentos determinados, las especies a través de todos los cambios que ha habido en espacio y tiempo se han tenido que ir adaptando a su entorno que en muchas veces ha sido muy cambiante y acelerado, en este sentido es importante señalar que unas especies han resistido y otras no, algunas logran sobrevivir y otras perecieron para siempre.

La especie humana no es la excepción quien también dio un salto revolucionario en toda su estructura, me refiero a un salto revolucionario como el desenlace de un proceso que nos distingue de el mono al hombre como lo describe Darwin y Engels.

Se supone que en algún lugar de África o Asia existían especies de monos, y que algo los obligo a desenvolverse, es posible que en ese periodo haya existido

diferentes tipos de cambios en el planeta principalmente climáticos, donde algo tuvo que forzar a aquellas especies a buscar sus alimentos, tal vez la escasez de frutos, y otros tipos de comestibles se hayan terminado. Existen muchas teorías al respecto, pero también se dice que después de un largo periodo la región donde habitaban las especies antecesoras al hombre existió una fuerte sequía, donde ya no era posible recolectar frutos ni otro tipo de vegetales que les ayudara a sobrevivir, entonces tuvieron que recurrir a lo que encontraran en el camino, convirtiéndose cada vez más nómadas y que incluso tuvieron que recurrir a otro tipo de alimentación ya no tan vegetal como lo era al principio, sino más bien a un tipo de alimentación más carnívora, y fue cuando empezaron a utilizar algunas herramientas o instrumentos primitivos, tales como piedras, palos, etc., es importante mencionar que ante todas esas inclemencias, llegaron al grado de comer restos de animales que se encontraban muertos, pero lo más curioso fue que como no eran las únicas especies buscando sobrevivir lo único que encontraban eran los huesos de algunos otros animales, ya que los animales depredadores les llevaban ventaja, tuvieron que recurrir a comer el interior del hueso, lo que se conoce como tuétano, para esto tuvieron que emplear sus manos y otros objetos, lo que antes casi no ocupaban, es importante que en todo este proceso tuvo que existir algún tipo de pensamiento, por supuesto más primitivo que el nuestro, y que aún en nuestros días esta en debate este proceso de pensamiento en algunos otros animales, como son los chimpancés y los delfines, etc., y no podemos decir con certeza que los animales no tengan algún tipo de pensamiento, pero también que ellos puedan comunicarse tal vez no como los humanos, pero sí a su manera, ya que muchas especies llegan a tener algún tipo de comunicación entre ellos, quizá no tan avanzada pero sí funcional, como es caso de algunas especies de delfines que habitan en aguas frías en donde cada salto que dan sobre el mar sirve para orientarse en él y para ver a sus posibles presas, ya que los delfines generalmente se encuentran acompañados y es más fácil para ellos obtener su alimento ya que cuando detectan su alimento lo que hacen es nadar alrededor de los cardúmenes de anchoas en donde cada delfín sabe su función y el trabajo

que debe de realizar, **ya** que unos nadan alrededor, otros nadan sobre la superficie, otros saltan y **todo** esto es para compactar al cardumen y cuidando de que no se dispersen, **mientras** que se turnan para comer tomando por en medio al cardumen, y **una** vez que uno por uno toma su alimento vuelven a tomar su lugar, y **cuando** es un cardumen demasiado grande, saben que será difícil controlarlo debido **al** tamaño, entonces piden ayuda mientras que unos nadan alrededor otros **delfines** saltan dando marometas en el aire y vuelven a caer así varias veces **hasta** que otro grupo más grande de delfines los auxilian estando a kilómetros de distancia, una vez llegando al lugar hacen la misma tarea, lo que muestra la organización y la comunicación entre este tipo de delfines.

Es muy importante señalar que otras especies animales tienen su manera de establecer contacto entre ellos ya sea por su conducta o también emitiendo sonidos, pero que ninguno como el hombre que a logrado tener una diversidad de contactos entre hombre-hombre, y todo esto gracias a un aparato fonológico que durante miles de años se fue formando lo que permitió el origen de un lenguaje, me refiero no solamente a un lenguaje como tal sino un instrumento del pensamiento humano, que es un idioma de signos infinito.

Lo que en otras especies es posible también utilizar un lenguaje, como es el caso de ciertas aves únicas capaces de hablar como el hombre, me refiero a los loros pero que no cuentan con una estructura mental más amplia que les permita entender lo que dicen, aunque quizá a través del tiempo lleguen a tener significaciones y en tanto sigan teniendo contactos de socialización con el hombre tengan sus **propias** representaciones, y todo esto me atrevo a decirlo también si damos valor a la teoría de que los dinosaurios evolucionaron en las aves para no perecer de un mundo diferente al que se habían desenvuelto.

Es importante seguir argumentando sobre la evolución del hombre no sólo como el origen sino como la punta de lanza en la estructura cada vez más compleja y que se separo definitivamente y muy por arriba de cualquier otro animal en el mundo.

Es muy posible que la combinación de distintos factores hayan impulsado cada

vez más el conjunto de habilidades adquiridas, tales como la formación de una sociedad, la alimentación mixta, que dejó de ser solo vegetal sino también carnívora, obligando también al hombre a competir con los grandes depredadores, utilizando como principal actividad la caza, ya esto le exigía al hombre tener mayor destreza sobre los animales, tanto en el uso de instrumentos como las nuevas estrategias para lograr su objetivo, perfeccionando las herramientas, teniendo más actividad física de poder utilizando la mano como principal mecanismo creador, teniendo cada vez más atención dentro de su medio ambiente y ampliando la capacidad receptora de los sentidos, y así aprendiendo a ejecutar operaciones cada vez más complejas, en donde posteriormente se utilizó a la agricultura, el trabajo de los metales, etc. En fin fue capaz de establecer no solo comunicación entre el mismo hombre sino que también todo esto enriqueció las funciones mentales superiores, y mientras más amplio es el campo del hombre más son las habilidades que desarrollará, tomando en cuenta que el hombre se piensa en sí mismo en su presente su pasado y su futuro, con estas bases participo en el pensamiento filosófico, involucrándose en la sociedad y su papel dentro de ella, teniendo una religión como rectora de la conducta humana, se desarrollo el conocimiento en otras áreas, como el Derecho, la Política, La medicina, logrando desarrollar cada vez más la capacidad del cerebro por codificar todos estos signos.

El pensamiento siempre ha sido objeto de estudio para grandes autores y filósofos que han tratado de explicar las diferentes maneras de ser del hombre en diferentes momentos históricos, así como también en diferentes culturas. Aristóteles estudiaba el alma, la psique, Descartes la dualidad alma cuerpo, etc., en fin muchos autores en el camino de explicar el comportamiento humano han recurrido a explicar el pensamiento humano, no digo que todos, pero es inevitable separar solo al pensamiento de las demás funciones mentales superiores tales como memoria, inteligencia, atención, percepción, emoción, etc. El pensamiento quizá un tanto el más complejo de descifrar, ya que depende del entorno social, cultural, histórico, etc., ya que pensamiento es crear,

construir, codificar, unir, toda una estructura, que se sirve de instrumentos, para después pasar a los signos, ir de lo observable, de lo tangible, palpable a lo abstracto.

Algunos autores se han dedicado a explicar el pensamiento humano, como una estructura individual, en donde todo lo existe en el mundo es el propio individuo quien lo descubre quien lo aprende a través de su propia inducción. Algunos hablan de estadios, de diferentes etapas en el desarrollo del hombre principalmente desde el nacimiento hasta la adolescencia como es el caso de Piaget, quien estudio como es que el niño a través de su estructura biológica asimila, esto gracias a sus primeros reflejos que lo van acercando a distinguir entre un objeto y otro aunque no cuenten todavía con una inteligencia como tal , y es a través del desarrollo de diferentes estadios como el individuo va dando cuenta de su realidad y del como va formando su propia estructura empezando de lo más simple a lo más complejo, se da la imitación, aparece después el juego simbólico y el dibujo que da pie para la imagen mental que lograra alrededor de los dos años dar pie a un lenguaje, para Piaget se forja un pensamiento de lo individual a lo social, debido a la descentración, después aparece la interiorización en donde el niño a través de las operaciones concretas a las operaciones formales, y el niño entonces progresa de lo sensorial y concreto a lo complejo y abstracto y de lo individual y egocéntrico a lo social, hacia lo más elaborado.

Para Vygotsky la base del pensamiento así como las funciones mentales superiores se da en lo social, de lo social a lo individual, gracias al uso de significados que los demás dan, según Vygotsky se dan saltos revolucionarios en el desarrollo del niño el cual esto le permite descontextualizarse para después usar signos, ya no mediadores, y dice que la influencia social externa da pie a la influencia social interna. Sobre la zona de desarrollo próximo el dice que en los sujetos es necesario promover el ejercicio de problemas desde el desarrollo real del niño hasta la solución de éste hacia un desarrollo potencial,

ósea que el niño sea capaz de superar sus propias estructuras a través de un salto revolucionario.

Sería muy fácil fusilamos conceptos y conceptos de lo que es pensamiento pero lo más importante es como nosotros mismos tenemos cada quien diferentes opiniones de lo que esto significa. Para mí es como introducirme en una dimensión desconocida, que es como un gran mundo, un laberinto de ensueño, lleno de incertidumbres donde esas mismas dudas promueven el pensamiento mismo, es ante algo desconocido buscar algo que nos de para entender y comprender el mundo en que vivimos, desde un punto de vista demasiado particular, es la capacidad creadora del ser humano y recicladora de todo el conocimiento existente y entrante, me atrevería a decir que es un lugar mágico al cual pocas veces nos detenemos a entrar, me refiero a que es como un laberinto y lo que somos se refleja en conocimiento ese conocimiento son como miles de divisiones, es como si ese laberinto tuviera muchas puertas en donde al abrir una nos encontraríamos con muchas puertas más, y si nos detenemos para abrir una puerta estarían nuestras metas, deseos, miedos, nuestra historia, fantasías, sentimientos, miles de ideas, etc., y que todo esto forma la esencia de nuestro pensamiento, nuestra estructura no solo se limita a lo concreto o a lo abstracto sino a ambas, el pensamiento no solo es lo individual o lo social sino ambos, no solo es lo real o lo irreal sino ambas, no solo es un proceso mental o un proceso biológico, sino ambos. El pensamiento puede ser el medio de transporte más importante de nuestra conciencia, pero ¿dónde esta nuestra conciencia? físicamente no tiene un lugar en el cerebro, pero ahí esta.

El pensamiento se forma día tras día instante tras instante es un proceso inagotable de planeación, de reflexión, es un viaje al fondo del yo, en donde todo lo que sé eso soy, una descripción del mundo como yo lo veo, como lo siento, como lo vivo, como lo deseo, como me veo en el, como soy para el. Para mí el pensamiento es mucho más que el estar, no solo por el "pienso luego existo" sino que existo porque pienso. En donde hay cosas tan triviales que se vuelven fundamentales para la existencia, tratando de entender el universo en

donde la teoría del caos fuera aplicable para el pensamiento humano, tratando de descifrar lo indescifrable, en donde el paraíso deviene en infierno y después quien lo arregla, a veces la decadencia es signo de renovación y si el dolor es un ensayo de la muerte, entonces el pensamiento es un ensayo de la inmortalidad.

El ser humano tiende a ser frágil emocionalmente y más aun cuando esta en peligro su propia vida o existen factores que perjudiquen o alteren de manera súbita su integridad y sabemos que el VIH no es la excepción. Muchos sentimientos se conjugan en una situación de peligro algunos de ellos son la ira, la angustia, la ansiedad, etc. Y más aún cuando las cosas salen de nuestro control, es por ello que las diferentes psicoterapias son muy útiles para apoyar las situaciones difíciles en la vida de las personas.

Sabemos que las psicoterapias no curan las enfermedades terminales pero son de gran ayuda como herramienta, le ayudan al individuo a enfrentar y aminorar sus conflictos, el apoyo psicológico es una opción de ayuda para todos aquellos que consideren enfrentar aspectos que afectan por el solo hecho de estar diagnosticados con el VIH (Salame, 1996).

En muchos pacientes con VIH el animo decae se vive la muerte con gran rapidez y se agrandan los sentimientos de frustración y temor que agravan aún más el estado físico y emocional de las personas.

Se sabe que el estar infectado con el VIH no es condición inmediata de presentar el SIDA y menos de presentar muerte inmediata como algunos pensarían, pero también se sabe que los sentimientos de estar perdiendo la vida de manera súbita pasan por la mente de muchos pacientes y pueden gradualmente empeorar la situación.

La terapia cognitivo conductual es otra herramienta para el paciente en su

proceso de duelo.

Paralelamente a la evolución de la terapia de la conducta se desarrollaron sistemas de terapia cognitiva que se basaron en conceptos e intervención cognitiva. Dos de los pioneros en este movimiento fueron Albert Ellis psicólogo clínico quien adoptó el psicoanálisis, pero no lo convenció así que buscó una manera más rápida para ayudar y apoyar a sus pacientes, así creó la terapia racional para capacitar a sus pacientes a reconocer las distorsiones del pensamiento y hacerles frente vigorosamente después le llamó terapia racional emotiva.

Otro iniciador fue Aaron Beck psiquiatra formado también como psicoanalista, interesado en estudiar la depresión así fue como desarrolló el modelo cognitivo de la depresión que se caracteriza en el contenido negativo de las cogniciones que tiene que ver con los pensamientos automáticos sobre uno mismo, el mundo y el futuro (Caro, 1997).

Los tratamientos cognitivos son una nueva forma en la modificación de la conducta. Este enfoque surgió como resultado de varios procesos de investigación que han demostrado el papel de los procesos de pensamiento en el control de la conducta.

Las primeras terapias cognitivas, refiriéndonos a los enfoques de Ellis y Beck, surgieron del psicoanálisis, y la terapia cognitivo conductual surgió de la terapia de la conducta, por lo que se manejan diferencias conceptuales.

Cuando se mencionan a las terapias cognitivas se debe tomar en cuenta tres modelos básicos: los modelos de reestructuración cognitiva, los modelos cognitivo conductuales y los modelos constructivistas: A las terapias cognitivas se les conoce como terapias estructuradas, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del pensamiento que son notorios en trastornos psicológicos tales como la depresión. Las terapias cognitivo conductuales se desarrollaron por teóricos con entrenamiento conductual influidos por las mismas leyes del

condicionamiento reflejadas en conductas manifiestas, **teniendo** como meta la tarea de desarrollar estrategias para enseñar habilidades cognitivas específicas. En el construccionismo es una teoría que tiene varios **principios** basados en el individuo como tal en toda su percepción memoria y conocimientos que lo hacen ser proactivo y se crea la premisa de que el ser humano es auto organizativo a través de la construcción social se crean las realidades (Caro, 1997).

Para Bureos (1995) algunas de las características de la terapia cognitivo conductual son. Activas, de tiempo limitado, estructuradas y su objetivo es que el paciente identifique sus conceptos erróneos y pueda **corregir** su realidad con supuestos más adecuados.

Es importante mencionar que el concepto de cognición **utilizado** en las terapias cognitivas y cognitivo conductuales se refiere a las verbalizaciones conscientes, a un pensamiento específico, una autoinstrucción incluso los deseos. Pero también se incluyen sucesos no verbales como las imágenes mentales (Caro, 1997).

Debemos reconocer lo importante que resultan los procesos de aprendizaje para generar la modificación de la conducta y más aún cuando el origen de los conflictos que requieren ser atendidos terapéuticamente **desde** una perspectiva cognoscitiva. Cuando una persona recurre al tratamiento es porque menciona y hace énfasis sobre sus propias conductas **específicamente** siendo que no siempre el problema esta en las conductas sino en las **experiencias** internas que pueden estar relacionadas con la forma de pensar, sentir y auto-verbalizar del individuo.

Objetivo:

Que el paciente logre descubrir las ideas disfuncionales, comprueben en la realidad su pensamiento y conducta y construyan técnicas más funcionales de respuesta, a nivel interpersonal e intrapersonal. El fin es que el paciente logre

sentir mejoría en su cuerpo y mente enseñándole cómo desarrollar mejores estrategias de afrontamiento para ayudarlo a manejar sus circunstancias de vida, la idea es que el paciente aprenda a hacerlo por él mismo.

Sobre la meta principal de la terapia cognitiva Mahoney (1997) menciona que es llegar a conseguir el alivio sintomático, ayudando a los pacientes para ser más hábiles en sus procesos conscientes y cuestionar aquellos pensamientos e imágenes automáticos que puedan ser erróneos para formar creencias más responsables y correctas. Aunque los terapeutas cognitivos utilizan muchos métodos conductuales como: programa de actividades, asignación gradual de tareas, el ensayo de conducta, la resolución de problemas y el entrenamiento en relajación, se menciona que el objetivo es que el paciente pueda modificar sus creencias sobre sí mismo.

En la terapia cognitiva es central el proceso de identificar y cambiar los pensamientos automáticos, al contrario que Ellis quien utiliza generalmente la discusión directa con ese fin, Beck confía en la asociación y el descubrimiento del paciente guiado por el terapeuta. Es necesario decir que tanto la terapia racional emotiva y la terapia cognitiva unen sus esfuerzos en identificar y corregir las distorsiones cognitivas (Caro, 1997).

La terapia cognitiva como se ha comentado se basa en el modelo cognitivo, en donde plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino que por el modo como las personas interpretan esas situaciones (Beck, 2000).

En lo que tiene que ver con la forma en cómo las personas interpretan ciertos sucesos se refleja una serie de creencias aprendidas por el sujeto.

Es a partir de la infancia cuando las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, las otras personas y el mundo o su mundo. Las creencias centrales son ideas tan fundamentales y profundas que no se suelen

expresar, ni siquiera ante uno mismo (Beck, 2000).

Sank y Shaffer (1993) comentan que en la terapia cognitivo conductual se ha trabajado con un modelo de afrontamiento en donde se puedan concentrar la atención en los problemas prácticos de cómo las personas pueden cambiar su propio comportamiento para afrontar de una manera más satisfactoria los problemas de su vida.

La terapia cognitivo conductual combina técnicas cognitivas con técnicas más conductuales como el entrenamiento en relajación, el entrenamiento asertivo, y las técnicas de auto control mediante auto registros y auto reforzamiento. La terapia conductual está trasladando su importancia desde las respuestas discretas y específicas de cada situación y procedimientos específicos de un problema hacia una preocupación por competencias de afrontamiento que puedan ser aplicadas a lo largo de diferentes modalidades de respuesta de situaciones y de problemas (Sank y Shaffer 1993).

Existe toda una variedad de técnicas de afrontamiento para los pacientes como lo es el entrenamiento psicoeducacional en competencias, en donde cada módulo estaba destinado a enseñar una técnica de competencias de afrontamiento. En otro modelo se les enseña a los pacientes cinco competencias de afrontamiento o auto control: relajación, desensibilización, detención del pensamiento, sensibilización encubierta y asertividad (Sank y Shaffer 1993).

Sank y Shaffer (1993) menciona algunas ventajas que se tienen al trabajar con grupos, entre ellas esta el bajo costo económico para el paciente, también el paciente se da cuenta que no es el único con problemas y que esos problemas son en común para los demás pacientes. La terapia cognitiva conductual es de naturaleza educacional y didáctica, en donde también requiere que el paciente tome conciencia de sus pensamientos no funcionales, así mismo el terapeuta también puede ser ayudado por comentarios o sugerencias de otros miembros

del grupo.

Safran y Segal (1994) comentan que la teoría cognitivo conductual tradicionalmente no acepta el concepto psicodinámico de la resistencia del paciente y ha preferido conceptualizar el problema como disconformidad con el tratamiento. Para muchos terapeutas quienes abordan el problema de la disconformidad dando a los pacientes una base adecuada para cumplir en el tratamiento y las tareas asignadas, y desarrollando todas las tareas en colaboración con el paciente.

Una de las principales formas de resistencia en la terapia cognitivo conductual se presenta cuando los pacientes no realizan las tareas asignadas, es aquí en donde cabe hacerse las siguientes preguntas por parte del terapeuta: ¿la tarea asignada era correcta o no pertinente?, ¿era demasiado amenazadora para el paciente?, ¿para el paciente carece de valor o fundamento los ejercicios asignados como tareas?, ¿esta fallando la relación entre paciente con el terapeuta?, ¿hay alguien en la red de relaciones del paciente que está sabotando la terapia o el paciente recibe beneficios secundarios como para renunciar a su conducta disfuncional? (Safran y Segal 1994).

Un factor importante presente en la relación terapéutica es la influencia social como un aumento en el atractivo del terapeuta sumado a otras cualidades personales que potencializan los objetivos terapéuticos como lo es la empatía, calidez y sinceridad. Para entablar una buena cooperación terapéutica el terapeuta debe echar mano de las anteriores cualidades y no representar el papel de experto absoluto, no deben parecer críticos o reprobadores. Es importante inspirar confianza que contrarreste a la desesperanza sentida por el paciente. Es parte del proceso entablar una buena relación cooperativa entre ambos y fijar objetivos terapéuticos, plantearse las prioridades y acordar un orden del día para cada sesión (Safran y Segal 1994).

Como hemos mencionado Beck ha trabajado mucho en la terapia cognitiva y elaboró un modelo de intervención clínica activa, breve, focal y de fácil reproducción y se concentra en tres factores importantes:

1.- Un factor importante de los trastornos psicológicos la constituye la presencia de conjuntos de esquemas o modelos cognitivos inadaptados que operan de forma negativa en la asimilación de la información. Por tanto, la intervención estándar se dirige hacia la corrección de los modelos inadaptados propios del trastorno presentado y de los errores de procedimiento que los mantienen.

2.- Paciente y terapeuta colaboran para aclarar los esquemas y los pensamientos inadaptados que sustentan tales procesos, por lo que la terapia se encamina a una actitud introspectiva dirigida al insight.

Los esquemas se presentan en forma de convicciones y creencias, se someten al análisis lógico y la verificación empírica. Este proceso parte de una separación más crítica dirigida a la modificación de pensamientos inadaptados, que a su vez conlleva asimilación de la información, es decir se modifican los pensamientos inadaptados por los más adaptados, entonces se aligera la sintomatología clínica (Semerari, 2002).

Mahoney y Freeman (1988) mencionan la importancia de las terapias cognitivas en el sujeto y es porque causan impacto sobre los pensamientos negativos para darle paso a los pensamientos positivos acompañados de una mejoría general en la depresión y la ansiedad. El estudio más apropiado para mostrar el impacto cognitivo del éxito terapéutico es el análisis de Simons en 1982 sobre un estudio realizado por Murphy y sus colaboradores en la universidad de Washington. Se analizaron datos de pacientes deprimidos que sólo recibieron terapia cognitiva y de los que sólo recibieron medicación antidepresiva. Se analizaron puntuaciones de cambio, a través de instrumentos para medir respectivamente, pensamientos automáticos, actitudes disfuncionales y expectativas negativas, y se encontró que los pacientes tratados con fármacos mostraban mejoría similar a la de los pacientes tratados cognitivamente y

puede ser más significativo el hecho de que los pacientes que no mejoraron no mostraron ningún cambio en las medidas cognitivas.

En la relación paciente terapeuta se establecen diferentes exigencias durante el curso de la terapia por eso es sumamente importante que el terapeuta facilite y genere confianza al paciente. El paciente mientras más cómodo se sienta mayor información producirá ya que fluirá aquella información particular y privada que pueda revelar (Safran y Segal 1994).

Algunos autores mencionan que se pueden producir cambios importantes cuando se ponen a prueba los pensamientos y actitudes propias del paciente, es más fácil acceder a las creencias disfuncionales cuando el paciente se encuentra angustiado, ya que es en ese momento cuando el paciente se muestra afectado por lo que le ocurre y puede dar una descripción más detallada de lo que para él significa su situación (Mahoney, 1997).

Vicente Caballo (1995) propone principios sobre la terapia cognitivo conductual y la forma en como se puede llevar a cabo.

Principios de la terapia cognitiva.

El papel del terapeuta es ayudar al paciente a entender sus pensamientos y como estos influyen en su afecto y su conducta.

La autoobservación es importante para darse cuenta de los elementos psicológicos que están funcionando.

Sustituir pensamientos automáticos para convertirlos en funcionales.

Un instrumento muy útil para los terapeutas son las preguntas que pueden generar información concreta.

La primera entrevista.

En la primera entrevista se busca cumplir con tres objetivos:

Validación de la experiencia del paciente, es necesario que el paciente sienta que el terapeuta entiende sus problemas y encuentre que sus sentimientos son válidos.

Explicación de la naturaleza de la terapia cognitiva: la explicación que se da de la terapia cognitiva depende del conflicto del paciente y las dudas que se puedan generar.

Evaluación del problema: el terapeuta recoge la historia de vida completa del paciente en donde muestra los acontecimientos circunstancias o enfermedades significativas.

La estructura de las sesiones siguientes.

Las sesiones deben estar estructuradas y comienzan con la revisión de las tareas asignadas en la sesión anterior, se busca cubrir los objetivos y se establece tarea a casa para la siguiente sesión.

Técnicas conductuales.

Las técnicas conductuales se utilizan en las terapias cognitivas.

Es necesario hacer una exploración sobre la problemática de los pacientes para proporcionar la técnica conductual más adecuada.

Programación de actividades.

Se deben de planificar las actividades a realizar, con los tiempos definidos, para asegurarse que los pacientes se incorporen al ambiente de la terapia y así se sientan útiles, proporcionándole al paciente una sensación de eficacia y de control.

El entrenamiento en relajación.

Se pueden utilizar en la terapia los dos métodos de relajación, la relajación muscular progresiva y la relajación autógena que son recomendables como parte de la desensibilización sistemática o como factor independiente al tratamiento. La relajación progresiva consiste en tensar y relajar los músculos, y

la relajación autógena induce la relajación por medio de tener la idea de sensaciones de calor y pesadez en el cuerpo, algunos autores mencionan que este tipo de relajación resulta más cognitiva que la relajación progresiva.

El procedimiento para la técnica de relajación que propone Macario y Navarrete (1996) es el siguiente.

Para llevar a cabo la técnica de relajación muscular progresiva es necesario evaluar que no existan contraindicaciones físicas, la sesión debe ser en silencio, en un sitio bien iluminado, en un sillón cómodo y con ropa cómoda.

Los ejercicios consisten en tensionar entre 10 y 15 segundos y luego soltar la tensión. Cada ejercicio se repite dos veces y después se continúa con el siguiente. Entre los ejercicios se intercalan respiraciones profundas tres veces y al final se inhala completamente para llenar los pulmones y contener el aire lo más que se pueda, después se exhala lentamente. Es importante mencionarles a los participantes que traten de comprender el ejercicio y que pongan atención en las sensaciones de relajación.

Los músculos involucrados en el ejercicio de relajación:

Brazos. Se apretará el puño y soltar. Con el brazo extendido doblar la mano hacia atrás con la punta de los dedos hacia arriba para que se tense el antebrazo. Levantar el antebrazo y doblar la mano con la palma hacia el techo para lograr la tensión en los músculos bíceps.

Cara.

Frente. Tensar levantando las cejas como si se quisiera tocar el borde del nacimiento del cabello.

Parte Central. Arrugar la nariz y apretar los ojos. Con los párpados cerrados tensar los músculos de los ojos moviéndolos izquierda, derecha, arriba, abajo.

Parte Inferior. Apretar los dientes. Hacer las comisuras hacia atrás para relajar los músculos de la garganta contar del diez al cero, empezando con tono de voz alto y terminando casi en silencio.

Cuello. Empujar la barbilla hacia abajo poniendo resistencia. Doblar la cabeza hacia la izquierda y hacia la derecha.

Hombros. Levantar los hombros como si se quisiera tocar la oreja correspondiente.

Pecho y Espalda. Hacer un arco con el pecho tratando que los omóplatos se junten por debajo, al mismo tiempo que el pecho se levanta como si se tratara de tocar el techo.

Abdomen. Ponerlo duro como si se fuera a recibir un golpe. Tratar de sumir el estómago como si el ombligo se uniera a la columna vertebral.

Piernas. En posición estirada dirigir la punta del pie hacia la cara con lo que se logra la tensión en toda la pierna. En posición estirada dirigir la punta del pie hacia el frente. En ambos casos haciendo tensión.

Finalmente la instrucción es permanecer acostados o cómodos durante unos momentos después de haber terminado el procedimiento para disfrutar la sensación que brinda el ejercicio de relajación.

La Terapia de Grupo Cognitivo Conductual.

El formato grupal en este tipo de terapia ofrece algunas ventajas y proporciona momentos para poder observar la forma en que interactúan los pacientes y para observar los sistemas de creencias y las conductas de los sujetos, el grupo puede ser un buen lugar para aprender y relacionarse con otras personas que tienen algo en común.

La terapia de grupo utiliza los mismos principios que la terapia individual en donde el terapeuta enseña y el paciente aprende o reaprende nuevas conductas o creencias. Es básicamente un método de aprendizaje sobre sí mismo y los demás.

En la terapia los estímulos pueden percibirse y discriminarse de otros estímulos disponibles, aunque puede haber alguna falla en la percepción de estímulos sobretodo cuando por procesos conscientes existan defensas.

Las descripciones son aquellas representaciones simbólicas conscientes de lo que se observa, pueden presentarse después de un estímulo o pueden ser imágenes que no presentan un estímulo.

Las inferencias, menciona Beck (citado en Caballo 1995) que son susceptibles de errores y les llama errores de inferencia, esto es porque se pueden presentar ideas falsas que se relacionan con aquellas perturbaciones emocionales y que generan errores cognitivos como: sobre generalización, abstracción selectiva, interpretaciones arbitrarias, etc.

Las valoraciones de estímulos específicos tienen que ver con la experiencia afectiva, y se basan en los principios morales y los valores sociales.

Los afectos son experiencias subjetivas de las emociones, y estos afectos como pueden ser la ira, ansiedad, depresión es tema de atención en la terapia cognitiva.

Las decisiones y las acciones. Las decisiones son cogniciones que sustentan probables resultados de una acción por medio de la predicción y valoración.

El reforzamiento. Nuestras propias acciones frecuentemente pueden afectar las acciones posteriores, a las experiencias afectivas y a las cogniciones. Los reforzadores sociales son quienes toman la forma de la respuesta de los demás y la llevan a la propia conducta.

En la formación del grupo, se debe de hacer una selección de la similitud que pueda existir entre los miembros y sus problemas, agrupando por rango de edad, estatus socioeconómico, nivel de estudios, salud, etc.

Permitir la cohesión del grupo beneficia el rumbo de este y se puede lograr cuando hay interacciones de paciente con paciente, el contacto visual es importante y sobre todo si se les permite compartir emociones y experiencias.

El proceso de cambio se observa en el paciente individual con relación a la evaluación de sus problemas. La evaluación individual se obtiene desde antes de formar un grupo o antes que la persona inicie un tratamiento de grupo y se logra con un instrumento o cuestionario que arroje datos. Los métodos desarrollados para la terapia cognitivo conductual individual pueden aplicarse a los grupos de pacientes. El propio grupo puede ser un vehículo de cambio. Esto se debe a las influencias ambientales que se dan en los pacientes individuales, las cualidades del grupo pueden estructurarse de manera que generen cambios en el proceso terapéutico en cada paciente. Los integrantes del grupo adquieren experiencia ayudándose mutuamente, aprendiendo de los intentos y del éxito del otro e incluso de la guía del otro.

Estos grupos pueden estar limitados en cuanto al tiempo o abiertos, algunos autores mencionan que la duración de un grupo es de doce semanas, pero se pueden usar periodos más largos o más cortos. Un grupo limitado puede promover a los pacientes para que trabajen activamente sobre sus problemas y busquen situaciones de alivio (Caballo, 1995).

El modelo terapéutico que propone, Greenberger y Padesky (1998) es un modelo de terapia cognitiva que también puede ser complementado con algunas técnicas conductuales para el afrontamiento en varias situaciones emocionales y considero importante describirlo para posteriormente retomarlo en el trabajo con el proceso de duelo.

Entender El Problema.

Para que el terapeuta ayude al paciente a encontrar su problema es recomendable que la persona se cuestione sobre diferentes aspectos que ayudaran a aclarar su conflicto tomando en cuenta cinco aspectos o componentes, como son:

1. Los cambios ambientales, aquí se describen los cambios que se han experimentado, en un evento o situaciones que generen angustia, ansiedad, tristeza, etc.
2. Reacciones físicas, aquí se mencionan los síntomas físicos que alteran el equilibrio personal, como son: falta de apetito, pérdida o aumento del sueño, dolores. Alteración del ritmo cardiaco, vértigo, sudoración, dificultades en la respiración, etc.
3. Emociones, aquí se describe el estado de ánimo de la persona, alegre, enojado, triste, culpable, etc.
4. Conductas, son los comportamientos que las personas tienen pero que consideran adecuado poder modificarlos ya que le representan algún conflicto.
5. Pensamientos, es en este componente donde se ayuda a las personas a que encuentren las justificaciones de sus pensamientos ante situaciones, emociones, etc; y que es lo que desea hacer al respecto, es aquí cuando caben preguntas como: cuando tengo emociones fuertes ¿qué pensamientos tengo acerca de mi mismo? ¿de los demás? ¿de mi futuro? Etc.

Importancia Del Pensamiento.

El aprender a conocer los propios pensamientos es la base para poder solucionar conflictos.

Los pensamientos ayudan a establecer los estados de ánimo que experimentamos de una situación dada.

Cotidianamente el ser humano repite conductas que ya ha ensayado, a veces actuamos sin darnos cuenta que son los propios pensamientos quienes determinan las conductas.

Se recomienda entender al pensamiento propio ya que hay elementos que dependen de el, como lo es el estado de ánimo, la conducta y las reacciones físicas. El pensamiento positivo por si mismo no es la solución pero ayuda en la

búsqueda de soluciones, ya que otro **aspecto importante** es la búsqueda de recursos propios.

Identificación Y Valoración De Las Emociones.

En primera instancia se busca aprender a conocer, manejar o hasta cambiar las emociones de los estados de ánimo que **se experimentan**, un episodio depresivo u otros síntomas que dirijan hacia otra **patología**.

Lo importante es aprender a detectar **emociones** que nos ayuden a describir el propio estado de ánimo e identificar la **situación** y la emoción en conjunto y después de eso darle una **calificación** a la emoción de acuerdo al nivel de intensidad, esta puede ser ascendente o **descendente**.

Las emociones fuertes son señal de que **algo importante** esta ocurriendo en tu vida.

Los Pensamientos Automáticos.

Generalmente las personas no somos **capaces** de encontrar o detectar nuestros pensamientos automáticos, ya que no los **hemos hecho conscientes** y para poder encontrarlos debemos reflexionar sobre las situaciones y emociones que acompañan a los pensamientos, es decir **una persona** debe cuestionarse de que forma se siente en las diferentes **situaciones** y frecuentemente los pensamientos están ligados a los estados de ánimo.

Los Pensamientos Alternativos o Equilibrados.

El pensamiento alternativo o equilibrado **surge** de un proceso exploratorio de sí mismo y de la situación vivida y suele ser una **versión** o sustitución de un pensamiento positivo por uno negativo.

El pensamiento alternativo o equilibrado no es igual que el pensamiento positivo, ya que en el pensamiento **positivo** no se contempla la idea que existe un pensamiento negativo y en el **alternativo** o equilibrado sí.

Con información adicional la **interpretación** de un evento puede cambiar.

Experimentos y Planes De Acción.

Los experimentos y planes de acción son ejercicios dirigidos para apoyar las nuevas creencias y así progresivamente solucionar algunos problemas que ya se hayan identificado.

En la medida que se incremente la nueva creencia en los pensamientos equilibrados o alternativos se obtendrá una mejora en el estado de ánimo.

Las nuevas creencias están dirigidas a utilizar formas de afrontamiento para los problemas.

Las Asunciones y Las Creencias Nucleares.

Los pensamientos automáticos están arraigados por debajo de las asunciones y las creencias nucleares lo que hace que estén en conexión, y son elementos que provienen de la infancia y forman parte de las reglas y creencias que un niño aprende de los adultos y que no necesariamente son verdaderas, digamos que son como los llamados prejuicios, y que casi nunca reflexionamos sobre ellos.

Las creencias negativas acerca del mundo están más presentes en personas que han presenciado o experimentado traumas, condiciones económicas difíciles, situaciones caóticas impredecibles, vivencias dolorosas, etc; estas creencias son dadas sobre los demás cuando estas situaciones son compartidas con otros actores.

Las asunciones son proposiciones como: si ...entonces, y las creencias nucleares son afirmaciones absolutas.

Las asunciones y creencias nucleares desadaptativas pueden disminuir al mismo tiempo que las asunciones se identifican y fortalecen.

Las creencias nucleares pueden llegar a cambiar paulatinamente, pero con el paso del tiempo llagan a ser más fuertes y más estables, ejerciendo una poderosa influencia en la forma en la que piensas, te comportas y sientes.

Con base a este particular modelo se pueden tratar diversas formas de patologías, como las siguientes: la depresión, la ansiedad, cólera, culpa, vergüenza, etc.

MÉTODO.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Ante el VIH-SIDA como epidemia es necesario poder conocer algunos de los aspectos psicológicos que puedan presentarse en las personas que fueron diagnosticadas con dicha infección (en México 52473 personas notificadas), en este caso se hará hincapié sobre el proceso de duelo. El avance tecnológico en conjunto con la medicina ha revolucionado el campo de la salud, es cierto que actualmente han surgido nuevos conocimientos sobre la enfermedad, métodos de detección, nuevos medicamentos pero que aún son insuficientes. La tecnología ha ocupado un lugar privilegiado y dominante pero también contribuye a un tipo de trato más frío y alejado de la situación psicológica del paciente, en ocasiones se ve y se atiende al paciente como un problema técnico más que humano (Taylor, 1991). Por lo tanto es necesario poder conocer los resultados sobre la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué efectos muestra el grupo de terapia con orientación cognitivo conductual como mecanismo que facilite la mejoría, elaboración o asimilación en el proceso de duelo, con respecto a su fase actual en las personas diagnosticadas con la infección de VIH?

JUSTIFICACIÓN.

Es conveniente informar a la sociedad y en particular a algunos trabajadores de la salud sobre la importancia que tiene darle un trato de mayor calidad a cada paciente infectado, ya que en algunas ocasiones a los pacientes no se les da la explicación correcta sobre el padecimiento, en muchas ocasiones se ha delegado esta tarea hacia otros servidores de la salud como son: las enfermeras o voluntarios y son algunos de ellos quienes brindan la atención de manera más sensible y empática. Por lo que es necesario promover grupos interdisciplinarios para darle mayor cobertura en atención a los pacientes infectados por VIH o enfermos de SIDA y evitar en lo máximo actos discriminación, rechazo, estigmatización incluso negación de los servicios de salud que puedan presentarse en algunos centros de salud.

No debemos olvidar que aunque la enfermedad del VIH-SIDA es muy compleja implica riesgos, y aún así no se debe olvidar que se está trabajando con seres humanos semejantes que son impactados por muchos factores psicológicos, sociales, económicos, etc.

Para la mayoría de los pacientes el SIDA genera un impacto emocional muy poderoso y en ocasiones devastador ya que el tema de la muerte está muy presente, lo complejo de este problema a veces trasciende a la ciencia médica y por lo mismo se propone que la atención sea a través del trabajo interdisciplinario. El tener presente la magnitud del padecimiento debe permitir expresar las angustias y temores de los pacientes y si no son atendidos y dirigidos de manera apropiada producirían un efecto negativo, y para lograr una buena adherencia terapéutica es necesario reforzar la buena relación médico paciente y por consiguiente lograr mejoría ante la enfermedad (Ponce De León y Rangel 2000).

Existen trabajadores de la salud que se niegan a recibir a los pacientes con VIH-SIDA, y les dan mal trato como si fueran una especie maldita, algunos de ellos como si por el hecho de atenderlos pudieran adquirir la homosexualidad o

algún otro riesgo erróneo. En algunos hospitales o centros de salud se escuchan comentarios en donde las enfermeras dicen si el doctor no los atiende y tampoco, los psicólogos dicen que son pacientes difíciles, los trabajadores sociales dicen que a ellos les toca todo, etc., y es una hilera de personal que rechaza tener contacto con ellos por miedo a contagiarse por lo que se antepone "el yo no lo atiende", siendo la única justificación a esto la propia ignorancia y la cantidad tan grande de prejuicios no entendibles para el paciente (Rossi, 1997).

De los aspectos más difíciles de aceptar para las personas con diagnóstico de VIH-SIDA es el de enfrentar la idea de la muerte y cuando un duelo como lo es la pérdida de la salud no se atiende en sus aspectos psicológicos, el proceso de duelo puede convertirse en patológico o no elaborado, entonces existirán muchas dificultades para encontrar la estabilidad emocional y aparecerán ansiedades, temores e inhibiciones, tanto personales como las de sus familiares, pareja y amigos (Fernández, 1999).

Los beneficios de que se implementen grupos de autoayuda o grupos terapéuticos en las instituciones de salud es fundamental apoyado por el equipo interdisciplinario que se ocupe de los pacientes con VIH-SIDA y que pueden cumplir diferentes funciones para prevenir y tratar aspectos de la enfermedad, informar y difundir la problemática de la epidemia en México.

En este estudio se pretende saber que tanto el grupo de terapia cognitiva conductual favorece la elaboración o asimilación de duelo para los pacientes afectados con la infección del VIH (virus de la inmunodeficiencia humana).

El presente estudio servirá para poder tener referencias sobre el trabajo de duelo en grupo en el que se utilizan herramientas como lo es el Cuestionario Multifásico Para La Reacción De Duelo, de Godínez (1994), y entonces se sabrá en que fase del duelo se observan cambios para estos pacientes y se analizan los resultados y comentaremos las conclusiones.

En México está aumentando en gran medida la cantidad de personas que son víctimas de la epidemia, y es necesaria una feroz lucha contra el VIH-SIDA, en brindar herramientas que puedan auxiliar en el aspecto emocional a los afectados, que suman a nivel nacional 52473 casos, y que se adapten a la pérdida de la salud visto como un proceso de duelo.

OBJETIVOS.

Objetivo General:

- Determinar los efectos que produce el grupo con terapia de tipo cognitivo conductual en pacientes diagnosticados con la infección por VIH, teniendo como meta que el paciente mejore, elabore o asimile el duelo que vive.

Objetivos Particulares:

- Ayudar al paciente a instalarse en una fase de mejoramiento con respecto a su fase actual en el proceso de duelo.
- Identificar en que fase de duelo se encuentra cada uno de los sujetos participantes en el grupo.
- Que cada sujeto participante, tomando en cuenta su estado o fase actual sea guiado para que encuentre sus propios recursos y esto facilite la mejoría en su proceso de duelo.
- Apoyar al paciente en resolver sus dudas con respecto a su proceso de duelo.
- Como resultado de la mejoría en el proceso de duelo de los sujetos participantes es probable que se ayude en la adherencia terapéutica.

HIPÓTESIS.

H1: La terapia cognitivo conductual muestra resultados estadísticamente significativos en el proceso de duelo para pacientes diagnosticado con VIH que recibieron tratamiento.

H2: La terapia cognitivo conductual propicia en los pacientes con VIH un eficaz método de enseñanza en donde los miembros del grupo adquieren conocimientos básicos sobre el proceso de duelo.

H3: Para los sujetos participantes diagnosticados con el VIH, el trabajo en grupo facilita la mejoría con respecto a su fase actual en el proceso de duelo.

SUJETOS.

En este estudio participaron 15 sujetos en dos grupos consecutivos de 12 sesiones, de ambos sexos, con un rango de edades entre 18 y 60 años con infección de VIH en fase sintomática o asintomática, que hayan tenido un tiempo de diagnosticados de hasta un año, que no hayan asistido a tratamiento psicológico y/o psiquiátrico.

ESCENARIO.

Se utilizó un aula con buena iluminación en un espacio cerrado con pupitres, mesas, pizarrón, y con equipo audiovisual.

INSTRUMENTOS.

Para este estudio se utilizó el Cuestionario Multifásico Para La Reacción De Duelo, de Godínez (1994).

El inventario consta de:

- a) El inventario.
- b) Hoja de respuesta.
- c) Clave.
- d) Porcentajes.
- e) Perfil.

El inventario está formado por siete subescalas o fases, las fases de duelo están basadas en la propuesta de duelo de Kubler Ross: Negación, Ira, Negociación, Depresión Reactiva, Depresión Preparatoria, Aceptación y Esperanza.

Contiene 107 reactivos de los cuales 106 son de pregunta cerrada y 1 de pregunta abierta. Conformado por las siguientes subescalas:

Son 15 reactivos de Negación (1, 11, 18, 20, 23, 41, 43, 44, 51, 54, 66, 70, 77, 78, 100).

22 de Ira (2,7,9,25,27,30,33,38,45,52,53,55,64,67,69,72,73,79,80,84,101,103).

12 de Negociación (10,24,28,46,49,59,71,81,83,85,88,107).

11 de Depresión Reactiva (15,29,34,37,42,60,86,92,97,105,106).

15 de Depresión Preparatoria (6,16,26,31,35,36,39,50,61,75,87,89,90,93,99)

25 de Aceptación

(4,5,8,14,17,21,22,40,47,48,56,57,58,62,63,65,68,74,76,91,94,95,96,98,102).

6 de Esperanza (3,12,13,19,82,104).

Materiales: Lápiz-papel.

Tomando en cuenta la validez y confiabilidad del instrumento se utilizó la fórmula de Spearman y se obtuvo la correlación de: .95 para Negociación, .91 para Ira, .91 para Negociación, .91 para Depresión Reactiva, .91 para Depresión Preparatoria, .82 para aceptación y .96 para Esperanza.

Los reactivos propuestos se agruparon por fases y se presentaron a 15 expertos en el tema que tuvieran trato profesional con pacientes infectados de VIH o enfermos de SIDA. A estos jueces se les pidió que valoraran si el ítem media la fase para la que fue elaborado, cada reactivo lo calificaron con: aceptado o rechazado, Godínez (1994).

Calificación: Se registran las respuestas al inventario de hoja de respuestas para ver que a cada frase le corresponde una fase de duelo, después en la hoja clave se obtiene el puntaje bruto para cada reacción, el puntaje bruto se transforma en porcentajes que se encuentra en la hoja de porcentajes y se une las puntuaciones en la hoja del perfil con una línea.

Interpretación: Se realiza por medio de la hoja del perfil, y la reacción que más elevada se encuentre se atribuye la fase de duelo en la que se encuentra el sujeto.

DISEÑO EXPERIMENTAL.

Este es un diseño de preprueba – postprueba con dos grupos. Consiste en que a un grupo se le aplica una prueba antes al tratamiento, después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una prueba después al tratamiento (Hernández, Fernández y Baptista 1997).

PROCEDIMIENTO.

Se realizó una primera invitación a pacientes con infección de VIH para participar en un estudio sobre el proceso de duelo y posteriormente se aplicó el instrumento (Cuestionario Multifásico para la reacción de duelo) a 36 pacientes después se formó un grupo con 8 pacientes que aceptaron acudir a 12 sesiones semanales con duración de 120 minutos cada una, y sólo 4 pacientes acudieron a todas las sesiones, al finalizar el tratamiento (terapia cognitivo conductual, dirigida como estrategia de afrontamiento para el proceso de duelo) se aplicó nuevamente el instrumento.

Se hizo una segunda invitación a pacientes con infección de VIH para participar en un estudio sobre el proceso de duelo y posteriormente se aplicó el instrumento (Cuestionario Multifásico para la reacción de duelo) a 32 pacientes después se formó un grupo con 13 pacientes que aceptaron acudir a 12 sesiones semanales con duración de 120 minutos cada una, y sólo 11 pacientes acudieron a todas las sesiones, al finalizar el tratamiento se aplicó nuevamente el instrumento.

El contenido de las sesiones para el grupo 1 y el grupo 2 fueron las siguientes:

Sesión 1.

Bienvenida.

Presentación y expectativas del grupo.

Horario de las sesiones.

Puntualidad y asistencia.

Confidencialidad.

Respeto a los participantes y a sus intervenciones.

Tema y objetivo del programa.

Juego de reconocimiento.

Sesión 2.

Concepto de duelo.

Comentará el paciente: ¿Qué significa el duelo para mí?

El terapeuta resume.

Sesión 3.

Se abordará el momento de la noticia en el que fue infectado el paciente por el virus del VIH, y ¿cómo fue la reacción personal?

Comentaran 10 minutos por persona.

El terapeuta comenta sobre la sesión.

Sesión 4.

Ejercicio de relajación muscular.

Comentará cada paciente sus efectos del ejercicio de relajación muscular.

Tema: Agresión: Comentará cada paciente ¿Qué es lo que más me molesta del padecimiento o las personas?

Tarea para casa: ¿Cuándo estoy enojado que ideas tengo o quisiera hacer?

Sesión 5.

Comentar el ejercicio.

Lo que no me gusta de mí.

El terapeuta hará el resumen.

Sesión 6.

Ejercicio de imaginería

Tema: Depresión. El paciente comentará sobre sus miedos y preocupaciones que tiene en estos momentos.

El terapeuta hará el resumen.

Tarea en casa: ¿Qué es lo que me pone triste?, hacer una lista.

Sesión 7.

Revisión de la tarea.

El paciente comentará ¿En quién o quienes me puedo apoyar, y de qué manera?

El terapeuta hará el resumen.

Sesión 8.

Ejercicio El paciente se pondrá en la situación de su propio duelo, ¿Qué harías si en este día fueras a morir?

Comentarios sobre el ejercicio.

Sesión 9.

El paciente comentará: ¿Qué es lo que creo haber perdido desde que me diagnosticaron con la infección del VIH?

El terapeuta hará el resumen.

Sesión 10.

Se proyectará una película.

Se harán comentarios sobre la película.

Sesión 11.

El paciente comentará sobre sus planes y metas.

Tarea: Preguntarse ¿Qué quiero saber con respecto a mi duelo?

Sesión 12.

Se revisará la tarea para casa.

Se harán comentarios.

Se aplicará el instrumento.

Se evaluará el grupo desde la perspectiva de cada paciente.

Se hará el cierre.

RESULTADOS.

Con el objeto de someter a prueba el objetivo y la hipótesis en cuanto a que si existen diferencias estadísticamente significativas en las subescalas del cuestionario multifasico para la reacción de duelo, se aplicó la prueba no paramétrica de Wilcoxon para ambos grupos, para buscar diferencias en las 7 subescalas.

Tal como se señalo en el apartado de sujetos en los resultados se incluyen los datos de los 15 sujetos, es importante señalar que 6 sujetos más también participaron pero no se incluyeron en la investigación ya que uno murió y los demás abandonaron dicho estudio.

A continuación se describen las variables demográficas de la muestra:

Tabla 1. Edad.

Media. =47.00	Desviación Estándar.=10.02
---------------	----------------------------

Tabla 2. Sexo.

	Frecuencia.	Porcentaje.
Femenino	6	40.00
Masculino	9	60.00
Total	15	100.00

Tabla 3. Estado Civil.

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	7	46.7
Casado	6	40.0
Viudo	2	13.3
Total	15	100.0

Tabla 4. Escolaridad.

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	1	6.7
Secundaria	4	26.7
Preparatoria	5	33.3
Carrera Técnica	3	20.0
Licenciatura	2	13.3
Total	15	100.0

Tabla 5. Ocupación.

	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	1	6.7
Empleado	3	20.0
Jubilado	1	6.7
Profesionista	4	26.7
Comerciante	1	6.7
Secretaria	3	20.0
Estudiante	1	6.7
Técnico	1	6.7
Total	15	100.0

Tabla 6. Resultados de la prueba estadística de Wilcoxon.

Fases	Valor Z.	Nivel de significancia.
Neg. pret.- Neg. Post.	-1.968	.049
Pacto pret.- Pacto Post.	-.534	.593
Ira Pret.- Ira Post.	-2.343	.019
Depres. Reac. Pret.- Depres. Reac. Post.	-1.712	.087
Depres. Prep. Pret.- Depres. Prep. Post.	-1.157	.247
Aceptación Pret.- Aceptación Post.	-.354	.724
Esperanza Pret.- Esperanza Post.	-2.760	.006

Los resultados obtenidos para los 15 sujetos aplicando la prueba estadística de Wilcoxon para las 7 subescalas son:

Negación pre test vs. Negación pos test. Si se encontraron diferencias estadísticamente significativas con un valor $z = -1.96$ $p < .04$

Ira pre test vs. Ira pos test. Si se encontraron diferencias estadísticamente significativas con un valor $z = -2.34$ $p < .01$

Pacto pre test vs. Pacto pos test. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con un valor $z = -.53$ $p < .59$

Depresión Reactiva pre test vs. Depresión Reactiva pos test. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas, pero si se encontraron diferencias estadísticamente significativas en sus medias con un valor $z = -1.71$ $p < .08$

Depresión Preparatoria pre test vs. Depresión Preparatoria pos test. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con un valor $z = -1.15$ $p < .24$

Aceptación pre test vs. Aceptación post test. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con un valor $z = -.354$ $p < .72$

Esperanza pre test vs. Esperanza pos test. Si se encontraron diferencias estadísticamente significativas con un valor $z = -2.76$ $p < .006$

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

La atención psicológica a personas con VIH-SIDA es de suma importancia, ya que la infección es una epidemia que crece demasiado rápido, no sólo en México también en el mundo, sobre todo porque implica un gran número de conflictos que pueden estar afectando a las personas de manera biológica, psicológica y social.

La importancia de este estudio también radica en los resultados obtenidos y cabe mencionar que un beneficio es que las personas reciban tratamiento psicológico, ya que a partir de ese hecho se originen cambios emocionales y/o físicos que al paciente le ayuden para adaptarse a su nueva forma de vida.

Este estudio se presenta como una herramienta y una alternativa de ayuda para quienes han sido afectados por el VIH desde el ámbito psicológico.

La atención psicológica en grupo orientada hacia el manejo del duelo puede facilitar no solo la adaptación del paciente con su enfermedad, incluso facilita la búsqueda de elementos que ayuden a afrontar su padecimiento y por lo tanto puede que le ayude a realizar su vida sin tantos sufrimientos, echando mano de los recursos propios de cada paciente.

No debemos olvidar que el tiempo es un factor importante en el proceso de duelo ya que los sujetos participantes en este estudio contaban entre 3 y 12 meses de haber sido diagnosticados por VIH, por lo que también pudo haber ayudado a los sujetos en su proceso de duelo y mostrar mejoría. El hecho de que el tiempo avance ante una pérdida de la salud como en este caso puede ayudar de por sí.

La Negación dentro del proceso de duelo es uno de los aspectos más difíciles de vencer o modificar para personas que viven este proceso, y de acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio si mostró diferencias estadísticamente

significativas por lo que se ha logrado reducir en los sujetos los niveles de la negación en cuanto al proceso de duelo.

La Ira en el duelo es uno de los aspectos que afecta de manera negativa a las personas y que puede no permitir que se den avances para asimilar su dolor, y de acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio si mostró diferencias estadísticamente significativas por lo que se puede decir que se ha reducido el nivel de Ira en los sujetos que viven su proceso de duelo.

El Pacto en el proceso de duelo es necesario que muestre avances ya que de esta manera los sujetos un motivo más para que influya positivamente en su proceso de duelo, aunque de acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio no mostró diferencias estadísticamente significativas y no hay avances para facilitar el afrontamiento con respecto a esta fase, y es aquí donde una persona puede tardar más tiempo en mostrar mejoría.

La de Depresión Reactiva es importante medirla ya que muchos sujetos pueden instalarse aquí y sufrir los estragos que van de un duelo normal hasta un duelo patológico, pero como hemos visto los resultados obtenidos en este estudio no mostró diferencias estadísticamente significativas, por lo que no hubo mejoría en ese sentido.

La Depresión Preparatoria se manejan aspectos sobre la idea y la situación que viven en su padecimiento con respecto a su duelo y como los resultados obtenidos en este estudio no mostraron diferencias estadísticamente significativas, se dice que los sujetos no están reduciendo los niveles de depresión reactiva, y por tanto es probable que la aceptación tarde en llegar.

En la Aceptación de acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio no se mostraron diferencias estadísticamente significativas, por lo que es probable que mantengan resistencia a mostrar mejoría y comprendan su vida a partir de

su situación actual ya que todavía les cuesta trabajo asimilar su pérdida de la salud como un proceso paralelo a su vida.

En la Esperanza se espera tener avances y así mismo en el proceso de duelo, la esperanza ayuda a disminuir los efectos negativos y es plataforma para que los sujetos busquen alternativas para mejorar su estado anímico y físico sin dejarse a su suerte, es decir la esperanza proporciona elementos para que los sujetos se ayuden pero también se dejen ayudar en su padecimiento y en su situación personal. Los resultados obtenidos en éste estudio para esta fase si mostraron deferencias estadísticamente significativas.

Los resultados obtenidos en este estudio tienen muchos puntos en común con los que se presentan el marco teórico, sobre todo en la relación duelo y VIH-SIDA ya que son dos temas sumamente importantes de estudiar.

Como se ha descrito anteriormente las fases de duelo que experimentan las personas ante la pérdida de la salud tienen efectos tanto positivos como negativos, y cada individuo vive su pérdida de acuerdo a su equilibrio mental.

No debemos olvidar que las fases del duelo no se presentan de manera ordenada, sino que pueden ser dadas de manera alternada, esto quiere decir que la persona puede permanecer mucho o poco tiempo en una fase y el orden puede cambiar como lo menciona Kübler Ross, en sus escritos (1970).

Los resultados obtenidos en este estudio se asemejan a los de Bauad (2001) cuando menciona que los duelos no solo son momentos de deterioro y complicaciones en su estado físico y mental sino que es parte de un proceso que al final puede proporcionar equilibrio, que brinde herramientas para facilitar herramientas de asimilación y afrontamiento.

Algunos autores mencionan al duelo que puede convertirse en una enfermedad, sin embargo Ridruejo (1997) comenta que el concepto de

enfermedad cambia dependiendo la época, la cultura, las creencias, normas y valores.

Se dice que el duelo puede ser normal como lo menciona, Bowlby (1993) que es un proceso y presenta cambios de energía emotiva en las personas que han sufrido una pérdida pero que ese mismo proceso puede ayudarlos para que se preparen en establecer nuevos vínculos con otras personas o en afianzar los ya establecidos.

Para el duelo patológico, Buendía (2001) menciona que existen múltiples manifestaciones de la sintomatología y que ante una pérdida se pueden tomar rumbos más complicados que no permitan a las personas reestablecerse y por lo mismo el duelo esta determinado por la propia historia y personalidad de cada sujeto.

Como hemos visto en éste estudio existen múltiples enfoques terapéuticos para tratar el duelo, no dudando de su efectividad, por lo que considero importante resaltar el trabajo con el enfoque de la terapia cognitivo conductual en el que se obtuvieron resultados importantes en aspectos muy sobresalientes y positivos con respecto a las fases del duelo como son: Negación, Ira y Esperanza (Greenberger y Padesky 1998).

Las aportaciones de este estudio se muestran en los resultados con datos actuales y que refleja el trabajo terapéutico en pacientes de VIH-SIDA con un promedio de 7.4 meses de haberse les diagnosticado.

En éste estudio se combinan cuatro aspectos importantes del ámbito físico y mental como son el VIH-SIDA, el duelo, la terapia cognitivo conductual y el trabajo en grupo, para ayudar a los sujetos en su mejoría emocional.

Esta propuesta de atención psicológica muestra resultados interesantes que pueden ser enriquecidos por el conocimiento y la experiencia de los terapeutas que busquen darle continuidad en el área clínica.

Se muestran las ventajas y desventajas de implantar el trabajo grupal en pacientes con VIH-SIDA.

En esta propuesta de atención psicológica, se trabajo para personas recién diagnosticadas pero que también se podría trabajar con personas en fases terminales.

Los resultados obtenidos pueden estar matizados por las siguientes limitaciones.

Una de las principales limitaciones es el poder convencer a personas que de manera voluntaria acepten participar en una investigación y que acepten acudir a 12 sesiones semanales.

Debido a que se trabaja con seres humanos no se puede obligar a los sujetos a que acudan en su totalidad al tratamiento, sólo aquellos que por convicción asistan.

Es muy probable que las personas que más necesiten la atención son las que no estén interesadas en acudir, puede ser porque al vivir su propio proceso de duelo en ese momento no se dejen ayudar.

Debido a que se trata del padecimiento VIH-SIDA que en muchos casos ese solo hecho de estar infectado es difícil de asimilar para el sujeto, y como se trabaja en grupo probablemente les avergüenza el hecho de compartir información y se pueden sentir incómodos.

SUGERENCIAS.

Se sugiere familiarizar más en los centros de salud a los pacientes con el área psicológica, a través de talleres y cursos bien difundidos.

Se sugiere que para el trabajo con duelo que se canalice al área de psicología para brindar apoyo emocional de manera integral en los centros donde se atiende a personas con VIH-SIDA.

Es necesario que antes o después de que los pacientes reciban atención psicológica en grupo, también se les brinde la atención de manera individual.

Para futuros estudios se recomienda medir la calidad de vida además del duelo para poder observar más integralmente los resultados.

Ya que este es un estudio exploratorio se recomienda que se haga investigación con grupo experimental y grupo control para comparar resultados.

También es necesario realizar más estudios en niños, niñas, mujeres, hombres de diferentes edades y géneros que han sido afectados por dicha epidemia para medir el impacto del proceso de duelo en estos grupos.

Es necesario que en México y en el mundo se implementen servicios no sólo médicos si no que también de atención psicológica, ya que los efectos psicológicos que se presentan en personas que se han infectado del VIH son variados y frecuentemente negativos, es por esto que estudios posteriores serán de gran utilidad ya que mostrarán y describirán más aspectos psicológicos explicativos, que ayuden tanto a los investigadores como a las personas afectadas.

BIBLIOGRAFÍA.

Acevedo S. (1994) Tesis: Intervención Psicológica En La Elaboración De Duelo. UNAM. México, pp. 21-43.

Alfaro, L. (1991) Tesis Sexualidad y Sida en el Adolescente. UNAM.

Alonso, A. y Swilter, H. (1995) Psicoterapia De Grupo En La Práctica Clínica. Ed. Manual Moderno. México. Pp. 253-266.

Arnau J. (1988) Diseños Experimentales En Psicología y Educación. Ed. Trillas. México, pp. 40 a 64.

Bakan, D. (1979) Enfermedad, Dolor, Sacrificio Hacia Una Psicología Del Sufrimiento. Ed. Fondo De Cultura Económica. México, pp. 66-89.

Basso, D. (1991) SIDA Responsabilidad De Todos. Ed. Lumen. Argentina, pp. 109-129.

Bauad, A. (2001) Los Tiempos de Duelo. Ed. Homo Sapiens. Rosario Argentina pp.13-30.

Bauleo, A. (1982) Ideología Grupo y Familia. Ed. Folios Ediciones. México. Pp. 99-109.

Beck J. (2000) Terapia Cognitiva Conceptos Básicos y Profundización. Ed. Gedisa. España, pp. 31-44.

Berne, E. (1983) Introducción Al Tratamiento De Grupo. Ed. Grijalbo. Barcelona. Pp.19-30.

Billet, L. (1995) HIV- SIDA La Epoca De La Inmunodeficiencia. Ed. Nueva Visión, pp. 17-33.

Boss, P. (2001) La Pérdida Ambigua, Como Aprender A Vivir Con Un Duelo No Terminado. Ed. Gedisa. Barcelona, pp.15-34.

Bowlby, J. (1993) La Pérdida Afectiva Tristeza y Depresión. Ed. Paidós. Barcelona, pp.46-55.

Brown, R. (1975) Psicología Social. Ed. Siglo Veintiuno. México. Pp. 677.

Budd, W. (1977) Modificación De La Conducta. Ed. Diana. México. Pp. 11-19.

Buendía R. (2001) Tesina Duelo Factores Que Lo Obstaculizan. UNAM. México, pp.29-51.

- Bureos, B. (1995) Tesis: Una Propuesta Terapeutica Para Mujeres Mastectomizadas o con diagnóstico de cáncer mamario. UNAM. México. Pp. 128-140.
- Caballo, V. (1995) Manual De Técnicas De Terapia y Modificación De Conducta. Ed. Siglo veintiuno. Madrid. Pp. 3-24, 493-526, 819-841.
- Caro I. (1997) Manual De Psicoterapias cognitivas. Ed. Paidós. España, pp. 25-50, 53-66.
- Chauchard, P. (1960) La Muerte. Ed. Paidos. Buenos Aires, pp. 38-53.
- Cirigliano, G. y Villaverde, A. (1966) Dinámica De Grupos Y Educación. Ed. Humanitas. Buenos Aires. Pp. 66-70.
- Cruz, M. (1996) Tesis: Alteraciones Sistémicas Orgánicas Neurológicas y Psicológicas En Pacientes Con Infección Por VIH-SIDA. UNAM. México, pp. 61-67.
- Cuadrado, E. (1997) Inmunología De La Infección Por VIH. Madrid. Ed. Síntesis, pp. 22-366, 55-66, 89-107.
- De Flores, T; Torio, J; Treserra, J; Masana, J; (1995) DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico De Los Trastornos Mentales. Ed. Masson. Barcelona, pp. 700.
- De luna, A. (1999) Tesis: Apoyo Psicológico A Personas Que Viven con VIH/SIDA En Fase Terminal. UNAM. México, pp. 26-60.
- Engels F. (1970) El Origen De La Familia, la Propiedad Privada y el Estado. Ed. Progreso. Moscú, pp. 7 a 30.
- Fernández, P. (1999) Manual Para El Buen Morir Para Enfermos De Sida. México. Pp. 34-65.
- Fondón, A. y Palomares, J. (1998) Tesis: Tratamiento Cognitivo Conductual De La Depresión en Niños Epilepticos. UNAM. México, pp. 52-62.
- García De La Cadena C., Díaz C. y Rodríguez Y. (1994). Los grupos de Apoyo Para Pacientes Neurológicos y Psiquiátricos en México. Revista Salud Mental V. No. 4 pp. 7-12.
- Gracia F. (1997). El Apoyo Social En La Intervención Comunitaria. Barcelona. Ed. Paidós Ibérica. Pp. 7-30-100.

- Godínez A. (1994) Tesis El Proceso De Duelo y Su Relación Con El VIH-SIDA. UNAM. México, pp. 33-71.
- Golfried, M. y Davison, G. (1981) Técnicas Terapéuticas Conductuales. Ed. Paidós. Argentina. Pp. 19-31.
- González, J. (1999) Psicoterapia De Grupos. Ed. Manual Moderno. México. Pp. 3-18.
- Grmek, M. (1992) Historia Del Sida. México. Ed. Siglo XXI, pp.215-235.
- Haber A. y Runyon R. (1973) Estadística General. Ed. Fondo Educativo Interamericano. E.U.A., pp. 275 a284.
- ISSSTE. (2002) Guía Institucional Para El manejo Del Paciente Con Infección Por VIH/SIDA. México. PP.3-10.
- ISSSTE. (2003) Guía Institucional Para El manejo Del Paciente Con Infección Por VIH/SIDA. México. Pp. 74,75.
- Kubler R. (1970) On death and Dying. Ed. MacMillan Publishing. E.U.A, pp. 9 a30.
- Lambert, W. Y Lambert, W. (1964). Psicología Social. México. Ed. Hispano América. Pp. 154-186.
- López, J. y Valdés, M (2002) DSM-IV-TR Breviario Criterios Diagnósticos. Ed. Masson. Barcelona, pp. 162,163.
- Macario, S. y Navarrete, V. (1996) Tesis: Aplicación Y Evaluación De Un Paquete De Intervención Conductual Para Familiares De Los Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados. UNAM. México, pp. 43-75.
- Mahoney, M. (1997) Psicoterapias Cognitivas Y Constructivistas Teoría Investigación Y Práctica. Ed. Descleé De Brouwer. Bilbao. Pp. 63-82.
- Mahoney, M. y Freeman, A. (1988) Cognición y Psicoterapia. Ed. Paidós Ibérica. Barcelona, pp. 349-369.
- Martínez, R. (1999) Tesis: La Terapia Grupal En Pacientes Homosexuales Y Seropositivos al VIH. UNAM. México, pp. 67-69.
- Miller, D. (1987) Viviendo Con Sida y VIH. México. Ed. El Manual Moderno, pp. 1-12, 65-114.

Miller, D. (1989). *Viviendo Con SIDA y VIH*. Ed. Manual Moderno México. Pp. 142.

Muñoz, A. (1993) Tesis: *Psicología De La Muerte Intuición y Significación*. UNAM. México, pp. 5-14, 55-61,70, 71.

Perelló M. (2000) Tesis *Aplicación del Modelo de Acción Razonada Como Predictor Del uso Del Condón En Estudiantes De Actuaría y Biología De La UNAM*. México. Pp. 3-40.

Pichardo, N. (2003) Artículo De Tanatología. Encontrado en: www.medtropoli.net

Ponce De León, S. Y Rangel, S. (2000) *SIDA Aspectos Clínicos y Terapéuticos*. México. McGraw-Hill. Pp

Puente, F. (1985) *Adherencia Terapéutica Implicaciones Para México*. México. Ed. Corpodin.

Rimm, D. y Masters, J. (1993) *Terapia De La Conducta Técnicas y Hallazgos Empíricos*. Ed. Trillas. México. Pp. 17-60.

Rios, M. (1997) Tesis: *Evaluación De Un Grupo De Ayuda Para Mujeres Que Viven Situaciones De Violencia Doméstica*. UNAM. México. Pp. 42-58.

Reoch, R. (1998) *Morir Bien*. Ed. Oniro. Barcelona, pp.1-6.

Ridruejo, P., Medina, A., Rubio, J., (1997) *Psicología Médica*. Ed. McGraw Hill Interamericana de España. Madrid, pp. 461-475, 477-489.

Rogers, C. (1979) *Grupo De Encuentro*. Ed. Amorrortu. Argentina. Pp. 9-21.

Romo, J. y Salido, F. (1997) *SIDA Manejo del Paciente Con HIV*. México. Ed. El Manual Moderno, pp. 1-27, 49-63, 223-227.

Rosenfeld, D. (1971) *Sastre y La Psicoterapia De Los Grupos*. Ed. Paidós. Argentina. Pp. 19-21.

Rossi, L. (1997) *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida- SIDA Aspectos Psicológicos*. Departamento de Publicaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM. Pp. 3-34.

Safran, J. y Segal, Z. (1994) *El Proceso Interpersonal En La Terapia Cognitiva*. Ed. Paidós Ibérica. Barcelona, pp.33-47, 49-62.

Sande, M. y Volberding, P. (1997) *The Medical Management of AIDS*. Philadelphia. Ed. Saunders company. pp. 217-234.

Sank, L. y Shaffer, C. (1993) *Manual Del Psicoterapeuta Para La Terapia Cognitiva Conductual En Grupos* Ed. Desclée De Brouwer. Bilbao, pp. 24-39.

Sbandi, P. (1980) *Psicología De Grupos*. Ed. Herder. Barcelona. Pp. 72-74, 94-111.

Semerari, A. (2002) *Historia Teorías y Técnicas De La Psicoterapia Cognitiva*. Ed. Paidós Ibérica. Barcelona, pp. 29-36.

Sepúlveda, J., Brunfman, M., Ruiz, G., Stanislawski, E., Valdespino, J. (1987) *SIDA Ciencia Y Sociedad En México*. México. Ed. Fondo De Cultura Económica, pp. 131-159.

Sherr, L. (1989) *Agonía, muerte y duelo*. Ed. El Manual Moderno. México, pp. 181-201, 204-221.

Smud, M. y Bernusconi, E. (2000) *Sobre Duelos, Enlutados Y Duelistas Un Ensayo Psicoanalítico*. Ed. Lumen. Buenos Aires, pp. 19-47.

Tornero, C. (1991) *Psicología Social La Actitud Del Hombre Frente A La Vida Fundamentos Biológicos, Psicológicos Y Sociales De La Actitud Humana*. Ed. Porrúa. México. Pp. 251-255.

Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996) *Guía Breve De Psicoterapia De Grupo*. Ed. Paidós Ibérica. Barcelona. Pp.15-41.

Von Eiff A, Gruñidle J. (1988) *El Reto Del Sida*. Barcelona. Ed. Herder, pp15-31.

Watzlawick, P. y Krieg, P. (2000) *El Ojo Del Observador*. Barcelona. Ed. Gedisa. Pp. 73-81.

Whitaker, D. y Lieberman, M. (1969) *Psicoterapia De Grupos*. Ed. Troquel. Argentina. Pp. 15-27.

www.aids-sida.org (2003).

www.tanatología.entornomedico.org.

Yates, A. (1978) *Terapia Del Comportamiento*. Editorial Trillas. México. Pp. 13-89.

APÉNDICE.

Apéndice 1.

CUESTIONARIO MULTIFASICO PARA REACCION DE DUELO.

A. Godínez I. y E. Solorio.

A continuación se le presenta una serie de oraciones o proposiciones, le pedimos que lea cada una y decida si, en su caso, la respuesta es si o no.

Usted debe marcar su respuesta con una equis (X).

Si la respuesta es SI o, mas o menos SI en su caso, marque en el espacio en que está escrito SI. Por Ejemplo:

1. Esto es una pesadilla SI (x) No ()

Si la respuesta es No o; mas o menos No en su caso, marque una X) en el espacio en que esta escrito NO. Por Ejemplo:

2. Siempre siento deseos de llorar SI () NO (x)

Si la oración no se aplica a usted o si se trata de algo desconoce, no haga marca alguna en las líneas de respuesta.

Trate de ser SINCERO CONSIGO MISMO y use su propio criterio. No deje de contestar ninguna pregunta si puede evitarlo. No piense mucho en su respuesta.

Agradecemos de antemano su cooperación.

1. Me siento muy confundido, no se que pensar o hacer. SI () NO ()

2. Quisiera que hubiera sido otra persona cualquiera la que tuviera el VIH
y no yo. SI () NO ()

3. Tal vez todavía podría salir adelante. SI () NO ()

4. Si están conmigo prefiero que estén en silencio. SI () NO ()

5. Necesito tiempo para reflexionar. SI () NO ()

6. Me arrepiento de no haber sido siempre muy buen hijo. SI () NO ()

- | | | |
|--|--------|--------|
| 7. Cuando uno necesita a los que le rodean nunca están. | SI () | NO () |
| 8. Es necesario que me vaya despidiendo de mis seres queridos. | SI () | NO () |
| 9. La vida es injusta. | SI () | NO () |
| 10. Si viviera más, ya no haría lo malo que siempre he hecho. | SI () | NO () |
| 11. Realmente yo tengo el virus. | SI () | NO () |
| 12. Dios me espera. | SI () | NO () |
| 13. Todavía espero un milagro. | SI () | NO () |
| 14. Si alguien me visita deseo que sea breve,
pues necesito tiempo para mí. | SI () | NO () |
| 15. Tengo buen humor aunque esté enfermo. | SI () | NO () |
| 16. Deseo que todos me vean en este estado. | SI () | NO () |
| 17. Antes de morir quiero expresar mi amor a mis familiares y amigos. | SI () | NO () |
| 18. Me dieron los resultados de otra persona. | SI () | NO () |
| 19. Estoy en espera de un medicamento que me pueda ayudar. | SI () | NO () |
| 20. Me parece que esto no es verdad, no es real. | SI () | NO () |
| 21. Siento la necesidad de expresar la rabia que me produce
la idea de la muerte. | SI () | NO () |
| 22. Ahora puedo hablar sin temores de mi enfermedad y
de lo que es la muerte. | SI () | NO () |
| 23. Seguramente existe otra explicación a mis trastornos. | SI () | NO () |
| 24. Debo vivir porque todavía tengo una misión que cumplir en la tierra | SI () | NO () |
| 25. Me he portado bien toda la vida y el destino (o Dios)
me envía esta enfermedad, no lo entiendo. | SI () | NO () |
| 26. Me pregunto qué habrá después de la vida. | SI () | NO () |
| 27. Me pregunto por qué yo si he sido una buena persona. | SI () | NO () |
| 28. Debo vivir mas porque mis seres queridos me necesitan. | SI () | NO () |

29. La mayor parte del tiempo quiero estar dormido. SI () NO ()
30. A veces me da coraje y no se por qué o contra qué. SI () NO ()
31. Tengo miedo de lo que me va a pasar cuando muera. SI () NO ()
32. Siento que el dolor casi ha desaparecido. SI () NO ()
33. Esto lo debería tener una persona que hace mal a la humanidad. SI () NO ()
34. Sólo soy un estorbo para mis familiares. SI () NO ()
35. Ya me siento cansado de este sufrimiento. SI () NO ()
36. Tristemente se que ya no tengo remedio. SI () NO ()
37. Siento ánimos para hacer cualquier cosa. SI () NO ()
38. Nadie me comprende, claro como ellos no están enfermos. SI () NO ()
39. Ya no sirvo para nada. SI () NO ()
40. Siento que pude darle un significado a mi vida. SI () NO ()
41. Es mentira que los resultados de la prueba del VIH estén tan rápido. SI () NO ()
42. Estoy triste porque no puedo trabajar. SI () NO ()
43. Deseo que no me hablen de lo que dicen que tengo. SI () NO ()
44. Esto es una pesadilla. SI () NO ()
45. Me siento enfadado. SI () NO ()
46. He ofrecido buenas obras para que Dios prolongue mi vida. SI () NO ()
47. Siento la necesidad de expresar todo el dolor que me produce la idea de la muerte. SI () NO ()
48. Quiero compartir en este momento mis sentimientos respecto a mi enfermedad, con mi familia. SI () NO ()
49. En secreto he hecho un pacto con la vida. SI () NO ()
50. Quiero que ya me dejen todos en paz. SI () NO ()
51. Yo me siento completamente bien. SI () NO ()
52. Muchas veces tengo que gritar o alzar la voz para que me atiendan. SI () NO ()

53. Cuando uno necesita a médicos o enfermeras no acuden.	SI ()	NO ()
54. Es verdad el resultado de la prueba (o el diagnóstico).	SI ()	NO ()
55. Me da coraje conmigo por haber dejado que me pasara esto.	SI ()	NO ()
56. Tal vez esto era mi destino.	SI ()	NO ()
57. Deseo muchas visitas.	SI ()	NO ()
58. He vivido conforme pensé que era lo correcto.	SI ()	NO ()
59. Si la vida me concede otra oportunidad seré mejor persona.	SI ()	NO ()
60. Siento vergüenza de que me vean así.	SI ()	NO ()
61. Ya no quiero más operaciones o tratamientos.	SI ()	NO ()
62. Puedo quedarme dormido con facilidad pues estoy en paz.	SI ()	NO ()
63. Siento que en estos momentos más que yo, mi familia es la que necesita ayuda y apoyo.	SI ()	NO ()
64. Esto es injusto porque yo soy muy útil y productivo a la sociedad.	SI ()	NO ()
65. Siento la necesidad de expresar todas las fantasías (ideas) que me produce la idea de la muerte.	SI ()	NO ()
66. Los resultados deben estar equivocados.	SI ()	NO ()
67. Ya puedo morirme y no me atienden.	SI ()	NO ()
68. Quiero disfrutar de la compañía de mis seres queridos.	SI ()	NO ()
69. Los que me rodean se dan cuenta de todo lo que necesito.	SI ()	NO ()
70. Siento la necesidad de que me chequeen una y otra vez para ver si no se equivocaron en el resultado.	SI ()	NO ()
71. Si yo viviera más no sería tan Avaro.	SI ()	NO ()
72. La comida que dan en los hospitales es una porquería.	SI ()	NO ()
73. Cuando uno está enfermo la gente se aleja de uno.	SI ()	NO ()
74. Puedo despedirme en paz de mi familia.	SI ()	NO ()
75. Todavía deseo que me atiendan en lo que necesite.	SI ()	NO ()
76. Deseo que me visiten sólo personas que yo escoja.	SI ()	NO ()

77. Es necesario que vaya a otro laboratorio para comprobar que no tengo el virus.	SI ()	NO ()
78. Debe haber un error en lo que me dijeron del resultado en la prueba para VIH.	SI ()	NO ()
79. Las enfermeras nos tratan mal, no nos hacen caso.	SI ()	NO ()
80. Me pregunto por qué yo.	SI ()	NO ()
81. He prometido que si me curo dedicaré mi vida al servicio de los demás.	SI ()	NO ()
82. Me pongo a pensar si en este momento Dios (o la vida) me diera otra oportunidad.	SI ()	NO ()
83. Sigo al pie de la letra todo lo que me dice el doctor para curarme.	SI ()	NO ()
84. Siento mucho disgusto.	SI ()	NO ()
85. Ya le dije al doctor que si salgo de ésta le voy a traer un regalito.	SI ()	NO ()
86. Si tan sólo me hubiera cuidado no estaría aquí, así.	SI ()	NO ()
87. Todavía deseo hablar y que me pregunten sobre mis cosas.	SI ()	NO ()
88. He prometido una vida dedicada a Dios a cambio de la cura.	SI ()	NO ()
89. Me duele mucho tener que dejar esta vida.	SI ()	NO ()
90. Me pregunto si realmente habrá algo en el mas allá.	SI ()	NO ()
91. Siento la necesidad de expresar toda la tristeza que me produce la idea de la muerte.	SI ()	NO ()
92. Me siento muy acabado (a) como persona.	SI ()	NO ()
93. Me preocupa lo que le pasara a mi familia cuando yo muera.	SI ()	NO ()
94. La única razón que me mantiene vivo es el apoyo de mi familia.	SI ()	NO ()
95. Quiero morir cuando haya reparado mis faltas.	SI ()	NO ()
96. Actualmente me siento tranquilo respecto a mi enfermedad.	SI ()	NO ()
97. Siento que he perdido muchas cosas.	SI ()	NO ()
98. Me siento con paz espiritual.	SI ()	NO ()

99. Me duele no haber disfrutado más de la vida. SI () NO ()
100. Lo que me está pasando va a aclararse se verá que no tengo nada. SI () NO ()
101. El doctor me tiene aquí y no respeta mis deseos para nada. SI () NO ()
102. Siento la necesidad de expresar todos los miedos
que me produce la idea de la muerte. SI () NO ()
103. En todas partes el servicio es pésimo, parece que no lo pago. SI () NO ()
104. La esperanza nunca muere. SI () NO ()
105. Me duele ver tan deteriorada mi salud. SI () NO ()
106. La mayoría del tiempo me siento triste. SI () NO ()
107. Creo que si viviera más tiempo ya no sería tan
-
-