UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON VIH - SIDA POR MEDIO DE UN TALLER EDUCATIVO TERAPEUTICO

TESIS EMPÍRICA

PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

CERNA RAMIREZ XOCHITL
PÉREZ GUERRERO JACQUELINE

MTRO. ÁNGEL CORCHADO VARGAS
MTRA. NORMA CONTRERAS GARCÍA
MTRA. AIDA IVONNE BARRIENTOS NORIEGA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO 2005

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia:

Papá: *Al hombre que siempre se preocupó*
por nuestras necesidades, no sólo materiales
sino también intelectuales y sobre todo espirituales.
Te agradezco por enseñarme la fuerza de la
perseverancia y la sabiduría de la paciencia.

Mamá: *A la que me dio la oportunidad de llegar a*
esta vida y hacerme consciente del valor de ser mujer.
Te agradezco por enseñarme que la voluntad y los sueños no
se olvidan y nunca es tarde para conseguir lo que se desea.

Caty: *A la niña que me educó y me enseñó que*
los mayores no siempre tienen la razón,
que tengo el derecho de expresar y hacer
valer mi opinión sin perjudicar a los demás.
Gracias por brindarme tu apoyo y comprensión
en mis diferentes años.

May: *Al niño que me cuidó y se dedicó a mí*
como un gran hermano, y me enseñó que el valor
del conocimiento está más allá de una remuneración,
que es para la satisfacción y deseos de uno mismo
y compartirlo con los demás.

Efrén: *Al gran hombre que me enseñó*
que el valor y principios de una persona
no depende de los demás sino de ti mismo.
¡Gracias por ser mi hermano!

A mis amigas y amigos: *Por ser mi compañía en*
estos años de conocimiento y de devorar al mundo,

de sonrisas y trabajos, de desvelos y satisfacciones.

Jacqueline: *Por ser la precursora en los terrenos de la desconfianza e incredulidad, del miedo y agresión. Te agradezco por enseñarme el valor de la autenticidad y la transparencia de los sentimientos.*

Gerardo: *Al que escuchó mis relatos de adolescente y apoyarme en las circunstancias buenas y malas que llegaron a mi vida. Gracias por ser más que un amigo.*

AGRADEZCO:

A la **Universidad Nacional Autónoma de México** por haberme permitido formar parte de ella y ser ahora "Orgullosamente UNAM".

Gracias a los maestros **Ivonne, Angel y Norma** por su asesoría, compromiso y apoyo en la realización del presente trabajo.

A mis **padres** por su apoyo, confianza e interés en mí; sobre todo te agradezco **mamá** por tu esfuerzo, compromiso, amistad y cariño que me motivaron a realizar mi carrera y seguir creciendo personal y profesionalmente. Eres la persona y la mujer que más admiro y respeto en la vida **TE ADORO MAMI**.

A la memoria de mi **abuelita** Nemoria Martínez (**Moyita**) por su apoyo, cariño, entusiasmo y confianza en mí.

A mis **tíos Olga y Gabriel** por haberme permitido vivir en su hogar, en particular a mi tía por nuestra convivencia y simpatía mutua.

A mis primos **Xóchitl, Nancy y Gabriel** por compartir conmigo lo que por derecho les correspondía.

A mis hermanas **Nelly y Paloma** por ser como son, por compartir conmigo su vida, su cariño, comprensión, confianza, por creer en mí y apoyarme en mis decisiones alentándome a seguir cuando estoy por abandonar. **A AMBAS LAS ADORO**.

A mi **hermano Gabriel Bretado Pérez** por lo que hemos compartido, por escucharme, apoyarme y nuestro cariño mutuo.
TE QUIERO MUCHO GABY.

A mis amigas **Xóchitl, Carolina, Cinthya, Carmen Pérez, Paty, Lidia, Lupita y Bety** por ser una segunda familia para mí, por su apoyo en momentos difíciles de mi vida, por su cariño, comprensión, profesionalismo y la amistad incondicional que me brindan.

A TODOS USTEDES GRACIAS.

INDICE

INTRODUCCION

Capítulo 1 Características generales del VIH – SIDA

1.1 Definición y medios de transmisión 4

1.2 Signos y síntomas 10

1.3 Fases de desarrollo del VIH – SIDA 12

Capitulo 2 Efectos sociales, familiares, laborales y psicológicos del VIH – SIDA en las personas

2.1 Efectos psicológicos 15

2.2 Efectos familiares 21

2.3 Efectos de lo social 27

2.4 Efectos en el área laboral 30

Capitulo 3 Alternativas de intervención en pacientes con VIH – SIDA

3.1 Cognitivo – conductual 40

3.2 Psicoterapia Gestalt 49

3.3 Psicoterapia breve 55

3.4 Otras alternativas de intervención psicológica 60

Capitulo 4 La alternativa humanista

4.1 Bases teóricas de la terapia humanista 63

4.2 Psicoterapia centrada en el cliente 77

4.2.1 Terapia grupal 84

4.2.2 Técnicas de psicoterapia en humanismo 86

4.3 El proyecto de vida 92

Método 102

Resultados 172

Discusión 198

Conclusiones 211

Referencias 214

RESUMEN

Los objetivos de la presente tesis fueron ofrecer una revisión teórica sobre los problemas que enfrentan las personas diagnosticadas con VIH/SIDA y presentarlos resultados obtenidos de una alternativa de intervención psicológica, aplicada a personas con este diagnóstico, por medio de un taller educativo terapéutico cuyo objetivo fue concientizarlos de la importancia de un proyecto de vida para continuar su desarrollo personal. Se trabajó con 16 varones entre 21 y 59 años de edad, a lo largo de 15 sesiones de 2 horas, cada una dos veces por semana con dinámicas vivenciales de enfoque humanista. Los resultados recabados fueron cualitativos a través de los cuales se observó que el taller tuvo una influencia positiva en los participantes, dado que algunos de ellos tomaron decisiones respecto a su proyecto de vidas y otros se hicieron conscientes de la importancia de tener un proyecto de vida; concluyendo así que el taller educativo terapéutico es una alternativa de intervención psicológica que permite el desarrollo personal del paciente con VIH/SIDA.

INTRODUCCIÓN

El SIDA es un estado de inmunosupresión causado por un retrovirus único llamado virus linfotrópico T humano tipo III (HTLV – III). Se han descrito retrovirus similares relacionados con el SIDA y se conocen como virus de la linfadenopatía (LAV) o virus relacionado con el SIDA (ARV del inglés AIDS- related virus). Como estos tres virus aislados son casi idénticos se suele identificar el del SIDA como HTLV – III (Miller, 1989).

Esta infección se transmite a través de transfusiones de sangre y relaciones sexuales penetrantes. El VIH/SIDA se ha observado en varones homosexuales activos; compañeras sexuales de pacientes con VIH/SIDA; niños de madres infectadas y personas expuestas a sangre o productos hematológicos, sea por compartir agujas para inyecciones intravenosas o por transfusiones de sangre entera o concentrado de factor VIII en hemofílicos.

Se cree que las personas homosexuales femeninas tienen menos riesgo de contagio de VIH/SIDA y las pocas mujeres que tienen este padecimiento se debe en ocasiones, por inyectarse droga y compartir las agujas. También corren peligro si acostumbran tener prácticas sexuales no seguras con varones con riesgo, si han utilizado semen para inseminación artificial de un donador infectado con VIH, si han tenido contacto sexual con mujeres que tienen el virus, si han recibido transfusiones sanguíneas o productos hematológicos con sangre infectada por VIH (Miller, Weber, y Green; 1989).

La preocupación sobre el SIDA ha originado que la comunidad homosexual tenga prácticas sexuales más seguras y tomen sus precauciones, si una mujer piensa que ella o su compañera pueden estar infectadas con el virus o no tienen la seguridad, deben evitar que los líquidos corporales entren en contacto con su boca, recto, vagina o cualquier alteración de la piel a través de la cual podría penetrar el virus al torrente sanguíneo, pueden acariciarse entre sí, bañarse

juntas, chupar los pezones de una mujer a condición de que no esté en lactancia o tenga alguna secreción, no tener un contacto con sangre, incluyendo la menstrual.

Debido a las implicaciones sociales y psicológicas que trae consigo el contagio de VIH/SIDA, ésta se ha considerado un tema de gran relevancia para diferentes disciplinas. La ciencia médica ha investigado profundamente el proceso del VIH en el organismo humano consiguiendo apenas la elaboración de medicamentos que mantengan al paciente en condiciones de supervivencia ya que la cura aún no se conoce pero la prevención sí.

La psicología no deja de investigar las necesidades psicológicas de estos pacientes y apoyar con programas tanto de terapia grupal como acompañamiento individual. El paciente con VIH/SIDA pasa por una serie de etapas emocionales que pueden repercutir positiva o negativamente en su salud física dependiendo de la manera en que cada persona las afronte, por lo tanto para brindar el apoyo adecuado es preciso que los profesionales de la psicología conozcan y se familiaricen con algunos de los términos médicos y procesos más importantes que se llevan a cabo durante el curso de la enfermedad en las personas con VIH/SIDA, desde los signos y síntomas iniciales hasta las etapas terminales de la enfermedad. Dado lo anterior, a lo largo del capitulo 1 se aborda lo que es el VIH/SIDA, sus formas de transmisión, las etapas evolutivas de la enfermedad, así como sus signos y síntomas que hacen manifiesta la presencia del virus. Y en el capitulo 2 se desarrollan los efectos psicológicos, familiares, sociales y laborales que se desencadenan en la persona infectada con el VIH/SIDA. Partiendo de lo descrito en éste capítulo, se considera de gran importancia brindar a esta población una mejor calidad de vida, no solo en el aspecto biológico, sino psicológico, lo cual esta estrechamente relacionado con preservar la salud física y mental del individuo.

De tal forma, que debido al impacto que el VIH/SIDA puede tener en un individuo, en el capítulo 3 se presentan alternativas terapéuticas que han apoyado

psicológicamente a portadores del VIH/SIDA, específicamente cognitivo–conductual, psicoterapia gestalt, psicoterapia breve; entre otras alternativas. Sin embargo, la información recopilada muestra que estas alternativas se centran en la aceptación de la enfermedad para continuar viviendo, pero eso no significa que los enfermos de VIH/SIDA continuen su desarrollo personal, por lo que se considera que la alternativa humanista permite esta continuidad; de ahí que en el capítulo 4 se aborden los conceptos teóricos del humanismo, la psicoterapia centrada en el cliente, las técnicas en las que se apoya el humanismo para lograr su objetivo, la importancia de elaborar un proyecto de vida a través del cual se continue con el proceso de autorrealización. Cabe mencionar que lo expuesto a lo largo de este capítulo ayuda a la fundamentación teórica de la presente alternativa de intervención que forma parte del objetivo de tesis.

Por tal, los objetivos de tesis son ofrecer una revisión teórica sobre los problemas que enfrentan las personas diagnosticadas con VIH/SIDA y presentar los resultados obtenidos de una alternativa de intervención psicológica en pacientes con VIH/SIDA por medio de un taller educativo terapéutico.

Se elaboró el taller educativo terapéutico cuyo objetivo fue concientizar a los enfermos de VIH/SIDA de la importancia de un proyecto de vida para continuar su desarrollo personal; por tanto, en el método se presenta la forma en que se estructuró el taller de acuerdo con los temas que a lo largo del mismo se abordaron y desarrollaron a través de las dinámicas vivenciales especificadas en las cartas descriptivas que se presentan en este trabajo.

Los resultados que se obtuvieron al aplicar el taller mostraron cambios en los pacientes con VIH/SIDA permitiéndoles continuar con su desarrollo personal.

Finalmente en las conclusiones se presentan algunas sugerencias que mejorarían los resultados obtenidos por este taller.

CAPÍTULO 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL VIH/SIDA

Como características generales del VIH/SIDA que se presentan en este capítulo son la definición del VIH/SIDA, las formas de transmisión, el proceso de infección, grupos de riesgo que como se plantea no son las personas las que generan riesgo sino las conductas. También se abordan los signos y síntomas que hacen manifiesto el VIH/SIDA. Finalmente, se establecen las etapas de desarrollo del VIH/SIDA y lo que las caracteriza.

1.1 Definición y Medios de Transmisión

En su estado normal de salud, el organismo cuenta con células específicas llamadas células T colaboradoras que producen anticuerpos. Dichos anticuerpos atacan y destruyen bacterias y virus perjudiciales, es decir, se encargan de la prevención de infecciones. Además de movilizar los sistemas de defensa del cuerpo para limitar una infección, las células T colaboradoras también señalan a otro grupo de glóbulos blancos, conocidos como células T supresoras o T8, el momento en que el sistema inmunológico debe suprimir su ataque. Normalmente, hay más células T colaboradoras en la sangre que células T supresoras; cuando el sistema inmunológico funciona adecuadamente la proporción es de casi dos a uno. En personas con SIDA se invierte esta relación y las T supresoras superan en número a las T colaboradoras. Como resultado, las personas con SIDA no sólo tienen menos células colaboradoras disponibles para combatir la infección; si no también un exceso de células supresoras que actúan contra las colaboradoras que llevan a cabo su trabajo.

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida o SIDA, es una enfermedad causada por un virus llamado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Este virus se aloja en las células T donde se multiplica con rapidez atacando y matando

estos glóbulos blancos y deteriorando progresivamente el sistema inmunológico del cuerpo. El VIH es un tipo especial de virus conocido como retrovirus. Tienen una enzima vírica especial, denominada transcriptasa inversa, que le permite al virus hacer una copia en DNA (Acido desoxirribonucleico) de su material genético RNA (Acido ribonucleico), lo que facilita su integración en el material genético de la célula huésped. Una vez insertado, dirige a ésta para producir más retrovirus RNA. El VIH tiene una especial afinidad por las células cooperadoras e infecta a algunas de ellas. Las infectadas se convierten en células productoras de virus y finalmente se destruyen. La replicación vírica aumenta cuando se activa la célula T cooperadora infectada (las células cooperadoras pueden ser activadas por infecciones o por la presencia de sustancias que contengan antígenos no infecciosos). Los virus recién producidos se liberan de la célula huésped por gemación y van a infectar a otras células cooperadoras, provocando finalmente su destrucción. Una vez deplecionadas las células cooperadoras, los linfocitos B son ineficaces porque necesitan la ayuda de aquéllas para producir anticuerpos específicos. La actividad de las células T citotóxicas y de las células T productoras de linfocinas también se ve deteriorada, lo que determina una disminución de la capacidad del sistema inmune para destruir las células neoplásicas y las infectadas por el virus (Pratt, 1988 y Criollo, 2000). Lo que hace más difícil de combatir al VIH en comparación con otros virus es que se constituye en parte integrante de la estructura genética de las células que infectan no hay forma de eliminarlo. Ello significa que las personas infectadas con el virus probablemente quedan así de por vida, desafortunadamente, también significa que una persona infectada con VIH puede ser infecciosa toda su vida, sin determinar claramente cuál puede ser el detonante para desarrollar el SIDA (Botella, 1988).

Ante esto, Richardson (1990), sugiere que algunos factores detonantes pueden ser el uso de alcohol o drogas, la mala nutrición, mucho estrés y la exposición frecuente a otras enfermedades, en especial las de transmisión sexual así como el tiempo, el cual, en estudios recientes han indicado que aumenta la posibilidad de desarrollar SIDA conforme va pasando el tiempo, esto explicaría por

qué algunos individuos infectados por el VIH desarrollan SIDA mientras que otros permanecen asintomáticos (Pratt,1988; y Richardson, 1990).

Gran parte del temor y el pánico que rodea al SIDA se debe a la falta de conocimientos sobre la forma en que se transmite VIH de una persona a otra. Muchos piensan que es posible adquirir el SIDA a través del contacto diario normal con una persona infectada. No sucede así, no se puede adquirir VIH simplemente por estar cerca de una persona infectada, comer con ella o tocarla. Tampoco se contagiará tocando los objetos utilizados por alguien que tiene el virus. Nadie se ha infectado jamás por nadar en la misma piscina que una persona infectada, compartir ropas o toallas o beber en la misma copa (Kilby, 1988). El VIH es muy frágil y fácil de destruir fuera del cuerpo. No hay razón alguna en absoluto para pensar que puede diseminar por el aire o el contacto social casual. Solo es posible a través de tres mecanismos que se conocen como vías de entrada:

a) *Vía sanguínea*: el VIH se transmite a través de la transfusión de sangre completa o hemoderivados como son concentrado de factores de coagulación, plaquetas, eritrocitos, leucocitos y plasma (Masson, 1992, citado en Criollo, 2000). Otro mecanismo de transmisión por esta vía está constituido por agujas y jeringas o que realizan “pactos de sangre”; por ejemplo los toxicómanos que comparten agujas, jeringas, u otro equipo utilizado para mezclar o inyectar drogas, así como quienes se tatúan o se agujeran el lóbulo de la oreja con equipo no esterilizado (Criollo, 2000 y Kilby, 1988). También se transmite a través de instrumentos punzocortantes como material quirúrgico, agujas de acupuntura y cualquier otro sin esterilizar. Puede ocurrir transmisión accidental en personal de salud que han sufrido un pinchazo accidental con agujas contaminadas (Sepúlveda, 1990, citado en Criollo, 2000). Por último también se han descrito casos en receptores de órganos y tejidos transplantados (Masson, 1992, citado en Criollo, 2000). Una teoría era que los insectos que chupan sangre, como mosquitos, podrían

llevar el virus de una persona a otra; hoy en día parece muy poco probable.

b) *Vía perinatal*: la transmisión de una madre infectada a su producto puede ocurrir por tres formas: durante el embarazo, ya que el virus atraviesa la barrera placentaria; durante el parto, al existir contacto de sangre materna con la del producto y durante la lactancia. La eficiencia de transmisión perinatal no está claramente definida pero las cifras varían entre 12% al 50% (Kumate, 1994, citado en Criollo, 2000 y Richardson,1990).

c) *Vía sexual*: el contacto sexual es claramente el modo predominante de infección en todo el mundo. Existen casos de transmisión sexual de hombre a hombre, hombre – mujer, mujer – hombre, y excepcionalmente de mujer a mujer; aunque la eficacia de transmisión no es igual en todos los casos, este mecanismo de transmisión se aplica porque durante el coito, ya sea vaginal o anal, ocurren pequeñas laceraciones en el tejido que posibilitan la entrada del virus a través del cambio de secreciones como la sangre, el semen, secreciones vaginales u otros fluidos genitales. Aunque el virus también es capaz de atravesar las membranas mucosas durante el acto sexual (Masson, 1992, citado en Criollo, 2000). Otra forma de transmisión es el sexo orogenital, debido a que entran en contacto las membranas mucosas bucales con fluidos o con la sangre.

De esto se desprende, que el modo de transmisión depende de las prácticas sexuales y no de la preferencia sexual (Sepúlveda, 1990, citado en Criollo, 2000). Así mismo el ser monógamo tampoco protege contra el VIH/SIDA si el compañero está infectado con VIH/SIDA y se llevan a cabo actos sexuales que permiten la transmisión del virus. Aunque la promiscuidad en sí no causa VIH/SIDA, puede afectar las posibilidades de contraer el virus que lo origina. Cuanto mayor sea el número de personas con las que se tengan relaciones sexuales, mayor será la probabilidad de que cuando menos una de ellas esté

infectada con VIH/SIDA. Es importante reconocer que reducir el número de compañeros sexuales que tiene la persona no disminuirá de manera importante los peligros de contraer VIH/SIDA si no se practica así mismo el sexo seguro. Hay ciertos tipos de conducta que implican un riesgo más alto en lugar de referirse a ciertos grupos de personas; cualquiera puede contraer VIH/SIDA: homosexuales o heterosexuales, varón o mujer (Richardson, 1990). Aun cuando se ha comprobado la presencia del virus en otros líquidos corporales además de sangre y semen, no hay pruebas directas de la transmisión del virus HLTV-III a través de estos líquidos; tal es el caso de la saliva por la cual es poco probable que las concentraciones del virus en ésta basten para causar infección, no obstante, deben evitarse los besos profundos y apasionados. Voeler (sin fecha citado en Botella, 1988) ha demostrado también la transmisión por la saliva.

Ahora bien, una vez que alguna persona se ha infectado con el VIH/SIDA según Sanz, Vega y Martínez (1999) la seroconversión ocurre en el 90% de los sujetos receptores de sangre contaminada y, en la mayoría de los casos, los anticuerpos pueden detectarse a las 3 – 6 semanas después de la transfusión. Sin embargo, en individuos infectados por otras vías, como la sexual, se han descrito periodos de ventana más largos (De Vita, Hellman y Rosenberg, 1990).

Así pues, Daniels (1987 citado en Criollo, 2000) menciona dos pruebas a través de las cuales se puede detectar el VIH/SIDA; la primera es denominada ELISA que cuantifica la alteración que se produce entre el antígeno y el anticuerpo específico y para establecer el diagnóstico definitivo es necesaria más de una prueba de laboratorio, debe ser positiva en forma repetida la prueba ELISA; confirmándose con la segunda prueba llamada WESTERN BLOT o la de inmunofluorescencia que consiste en detectar los anticuerpos contra las diversas proteínas virales. Actualmente no existen pruebas de laboratorio diagnósticas para el VIH/SIDA que sean fiables y uniformes.

Lo cierto es que hasta la fecha, no hay una cura conocida; sin embargo, en casi todos los centros de investigación importantes se están llevando a cabo trabajos experimentales centrados en el SIDA. Obteniendo que algunos tratamientos pueden prolongar la vida, otros matar al virus con el tiempo, pero el daño al sistema inmunitario puede ser irreparable, solo pueden tratarse las infecciones por oportunistas y los cánceres relacionados con el SIDA (Kilby, 1988).

Concluyendo este apartado a cerca de una definición del SIDA, se presentan tres; la primera la ofrece Criollo (2000) quien afirma que la infección de la que se habla se le ha denominado SIDA, de las siglas SINDROME porque es un conjunto de síntomas, de INMUNO porque ataca al sistema inmunológico, DEFICIENCIA porque debilita al sistema inmunológico y ADQUIRIDA porque se contrae por contacto entre una persona sana y otra infectada. La segunda no la ofrece Kilby (1988) para quien el SIDA es un estado de inmunosupresión causado por el retrovirus linfotrópico T humano tipo III (HTLV-III), existe inmunosupresión cuando disminuye la capacidad de un individuo para luchar contra la infección, lo que lo hace susceptible a contagiarse de enfermedades malignas e infecciones oportunistas que ponen en peligro la vida de la persona infectada y son causadas por microorganismos que por lo general controlan el sistema inmunitario intacto. Finalmente la tercera definición la ofrecen los Centros para el Control de Enfermedades (CCE) entendiendo al SIDA como una enfermedad de transmisión sexual (ETS) en la que la persona presenta una enfermedad diagnosticada con seguridad que indica por lo menos de una manera moderada inmunodeficiencia celular o una infección oportunista (Miller, Weber y Green, 1989).

En general, de acuerdo con las tres definiciones mencionadas, el SIDA es causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que debilita el sistema inmunológico de las personas haciéndolas vulnerables a enfermedades oportunistas; siendo éstas las que pueden causar la muerte a la persona infectada con el VIH que según Aguilar (2000) y Richardson (1990), la mayoría de las

personas mueren en el transcurso de dos o tres años posteriores al diagnóstico de SIDA.

Una vez que el sistema inmunológico se ha deteriorado, el organismo es vulnerable a infecciones y cánceres que las personas con sistemas inmunológicos intactos pueden evitar, estas enfermedades se denominan enfermedades oportunistas, porque aprovechan la oportunidad ofrecida por la inmunidad debilitada del organismo para dañarlo (Richardson, 1988; Criollo, 2000; Pratt, 1988; y Díaz, 1996 citado en Aguilar, 2000).

Entre las enfermedades oportunistas que frecuentemente se presentan en este tipo de pacientes están: infecciones por microbacterias con síntomas como de una tuberculosis pulmonar, en donde los pacientes experimentan fiebre, escalofríos, perdida de peso y fatiga; infección por criptococos se ven afectados los pulmones, huesos y sistema genitourinario los pacientes se presentan con dolor de cabeza, visión borrosa, alteración de la conciencia, náuseas y vómitos; infecciones víricas como el herpes y la varicela; infección por citomegalovirus (virus de las glándulas salivales); isospora belli que puede causar diarrea importante; histoplasma capsulatum afecta los pulmones, bazo, hígado y aparato digestivo; ciccidioides immitis afecta varios órganos del cuerpo, incluido el cerebro y; el Sarcoma de Kaposi donde se presentan infecciones cutáneas y viscerales, afecta los pulmones, hígado, bazo y aparato digestivo (Pratt, 1988 y Kilby, 1988).

1.2 Signos y síntomas

Aunque puede ser grave, el Complejo Relacionado con el SIDA (CRS) no es necesariamente mortal. Algunas personas con CRS evolucionan, sin embargo, hasta desarrollar el SIDA plenamente manifiesto.

Muchos de los síntomas del SIDA son similares a los que ocurren en enfermedades comunes, como resfríos, bronquitis y molestias gástricas. Sin

embargo, en el SIDA estos síntomas suelen ser más intensos y durar mucho tiempo.

Los síntomas generales de SIDA pueden incluir:

- ✓ Fatiga intensa, que dura semanas, sin causa obvia.
- ✓ Fiebre inexplicable, escalofrío o sudación nocturna intensa, más de varias semanas.
- ✓ Pérdida inesperada de peso.
- ✓ Ganglios tumefactos, en especial en cuello o axilas.
- ✓ Algodoncillo manchas o úlceras de color blanco cremoso en boca o garganta.
- ✓ Diarrea persistente.
- ✓ Acortamiento de la respiración, que empeora de manera gradual en varias semanas, acompañada de tos seca, irritante.
- ✓ Manchas de color rosa o morado, planas o elevadas en cualquier parte de la piel, incluyendo la boca o los párpados. En muchos las lesiones también pueden encontrarse internamente, por ejemplo, en la mucosa de pulmones, intestinos o recto. Al inicio pueden parecer ampollas o magullones, pero no palidecen a la presión ni desaparecen. Suelen ser más duras que la piel que las rodea. Es una forma de cáncer de la piel conocida como Sarcoma de Kaposi (Richardson, 1988).

De Vita, Hellman y Rosenberg (1990) comentan que los signos menores son la pérdida de peso superior al 10% del peso corporal, diarrea crónica y fiebre (intermitente o constante). Los signos mayores son los persistentes de más de un mes de duración (excluyendo a los pacientes tuberculosos), adenopatías generalizadas, dermatitis pruriginosa generalizada, historia de herpes zoster durante los 5 años previos, candidiasis orofaríngea e infección crónica progresiva y diseminada por herpes simple.

Por su parte, Martín (1999) y Pardo (2000) (citados en Aguilar, 2000) mencionan que los principales síntomas y signos clínicos que se presentan en la

fase aguda de la infección del VIH son: fiebre y/o sudoración, en un 97%; adenopatías (que refiere a la inflamación de los ganglios linfáticos), en un 77%; odinofagia (dolor al tragar), en un 73%; erupción cutánea (en la mayor parte del cuerpo, sobre todo en las extremidades y tórax) en un 70%; artralgias y mialgias (dolor en articulaciones y músculos) en un 58%; trombopenia (disminución de las plaquetas) en un 51%; leucopenia (disminución de los glóbulos blancos) en un 38%; diarrea, en un 33%; cefálea (dolor de cabeza), en un 30%; elevación de las transaminasas (aumento de las cifras normales de las encimas hepáticas) en un 23%; anorexia, náuseas o vómitos en un 20%; y hepato o esplenomegalia (aumento tamaño de hígado o bazo) en un 17% (Sande y Volberding, 1992).

Los signos y síntomas mencionados en este apartado son indicadores de la etapa de la enfermedad en la que se encuentra el paciente que va desde el portador asintomático hasta la etapa terminal de la enfermedad del SIDA.

A continuación estos signos y síntomas se mencionarán dentro de su respectiva fase.

1.3 Fases de desarrollo del VIH - SIDA

Sanz, Vega y Martínez (1999) explican el progreso de avance del VIH hasta convertirse en SIDA mediante tres fases. La primera es la fase asintomática o de latencia clínica en donde el VIH continua replicándose y la inmunidad deteriorándose pero el paciente se encuentra sin síntomas y el recuento de linfocitos suele ser normal. El paciente en esta etapa cursa también en forma asintomática, encontrándose por lo tanto bajo el umbral clínico, por lo que la duración de este estadio es prolongada, señalándose un promedio de cinco a siete años. Existen variaciones al respecto, en especial dependiendo del mecanismo de transmisión. El periodo más corto de evolución está relacionado con el mecanismo de transmisión madre infectada – hijo recién nacido, en los cuales la permanencia

en esta etapa puede ser de sólo un mes (CONASIDA, sin fecha, citada en Criollo, 2000 y Pratt, 1988).

Por su parte, Alonso - Fernández (1989) menciona que aunado a las alteraciones biológicas, se han observado ciertas alteraciones psíquicas en el 80% de personas con SIDA. La tercera parte de este porcentaje corresponde a psicosis sintomáticas, es decir, los pacientes presentan un cuadro agudo de delirio onírico. Otro tercio se adscribe al síndrome psicoorgánico producido por lesiones orgánicas del sistema nervioso central. La tercera parte restante es afectada por el síndrome depresivo o por una reacción vivencial anómala. Frecuentemente la depresión y la reacción vivencial anómala producen alteraciones que se asocian con las psicosis sintomáticas y las orgánicas; así dentro de esta fase; pueden agregarse las alteraciones psíquicas del grupo de psicosis somática, la depresión o la reacción vivencial anormal.

Posteriormente se presenta la fase sintomática precoz. En esta etapa pueden aparecer signos e infecciones oportunistas leves, no definitorias de caso, pero frecuentes como úlceras, herpes, citomegalovirus, tuberculosis, candidas albicas, entre otras infecciones (Daniels, 1987 citado en Criollo, 2000). Esta etapa era conocida como pre – SIDA o CRS (complejo relacionado con el SIDA). Aquí, se observa la aparición de síntomas clínicos. En esta fase el paciente desarrolla un crecimiento generalizado y persistente de ganglios linfáticos (LGP); caracterizándose por la presencia de ganglios linfáticos tumefactos, en diversos sitios como son: axilas, cuello, etc., en donde aumenta el tamaño, son duros, se mueven, pueden ser bilaterales y son simétricos. También existe pérdida de peso mayor al 10%, sin explicación aparente durante un mes, diarrea inexplicable por más de un mes, fiebre, sudoraciones nocturnas, candidiasis bucal, en exámenes de laboratorios se detecta disminución de linfocitos T supresores con respecto a los colaboradores (Sanz, Vega y Martínez, 1999 y Criollo, 2000). Dentro de esta segunda fase, según Alonso - Fernández (1989) se incrementan los índices de psicosis sintomáticas y comienzan a proliferar las psicosis orgánicas.

En la fase de la enfermedad avanzada ya aparecen las infecciones y tumores definitorios del SIDA, los anticuerpos disminuyen e incluso pueden no detectarse, mientras que reaparecen los antígenos del núcleo viral. Cuando el paciente llega a esta etapa, entonces se instala el SIDA propiamente dicho. Se considera caso de SIDA a la presentación en un paciente de alguna infección oportunista o neoplasia sugestiva de inmunodeficiencia celular, diagnosticada en forma confiable y que se haya descartado otra enfermedad subyacente (desnutrición grave, tuberculosis crónica, cáncer). Estas enfermedades incluyen neumonía por Pneumocystis, herpes simple mucocutáneo diseminados de más de cinco semanas de duración, enterocolitis por Cryotosporidium de más de cuatro semanas de evolución; esofagitis de Candida albicans, citomegalovirus, herpes simple, leucoencefalopatía multifocal progresiva, neumonía, meningitis o encefalitis. La presencia de Sarcoma de Kaposi o linfoma primario del sistema nervioso central, o el síndrome de desgaste que esta formado por fiebre prolongada con duración con más de un mes intermitente o constante; diarrea crónica de un mes o más de duración y pérdida de 10% del peso corporal; todos constituyen síntomas de SIDA (Daniels, 1987, citado en Criollo,2000; Sanz, Vega y Martínez, 1999 y Alonso - Fernández, 1989). Una vez que los enfermos han llegado a esta fase Sanz y cols. (1999) señalan que según las estadísticas, el 80% de ellos mueren antes de los 3 años y a los 5 años quedan pocos supervivientes.

Cada una de estas fases del curso de desarrollo del VIH/SIDA, con su respectiva sintomatología, tienen como consecuencia ciertos efectos específicos en las diferentes áreas de la vida cotidiana de la persona infectada que conviene conozcamos para tener una actitud adecuada al interactuar con personas infectadas por VIH/SIDA.

A lo largo de este capítulo se abordaron las consecuencias biológicas que trae el ser portador de VIH/SIDA. En el siguiente capítulo se abordarán las de índole psicosocial.

CAPÍTULO 2. EFECTOS SOCIALES, FAMILIARES, LABORALES Y PSICOLÓGICOS DEL VIH – SIDA EN LAS PERSONAS

A lo largo de este capítulo se abordan los efectos que implican ser portador de VIH/SIDA en las diferentes áreas de la persona, llámese social, familiar, laboral y psicológica.

2.1 Efectos psicológicos

Según Carrillo de Albornoz (1994), la prevalencia y el tipo de alteraciones psicológicas y neuropsiquiátricas de los enfermos con VIH/SIDA variarán según: el estadio de la infección, el grado de los problemas físicos que se presenten, las características de la personalidad del afectado, la vulnerabilidad individual, cómo haya afrontado situaciones estresantes intensas anteriormente, el tipo de recursos sociales de que disponga.

El VIH/SIDA parece la crónica de una muerte anunciada que surge como una firme posibilidad (sí los mecanismos de negación no son demasiado marcados) pero a menudo se matiza con la esperanza de la "medicación milagrosa"; sobre todo cuando las personas esperan que los médicos los sanen, situación que ocasiona que algunos pacientes con VIH/SIDA muestren una actitud pasiva e irresponsable ante la enfermedad; la cual, comúnmente, es considerada polo opuesto de la salud y dependiente del destino e incluso es vista como un momento de mala suerte (Gattell, Clotet, Podzamczer, y Miró, 1992; Rollo, 1988). Otros pacientes por su medicación llegan a pensar que han perdido su identidad y control personal detrás de las pruebas, estudios, observaciones y medicaciones que originan la relativa novedad de su enfermedad; algunos más, se sienten muy complacidos por cooperar con este escrutinio intensivo para quienes se criaron dentro de alguna fé religiosa vuelven a sus ceremonias y ritos para encontrar tranquilidad, finalmente hay quienes tornarán inquietos, por lo que

pueden considerarlo como una experiencia intrusiva (Miller, Weber y Green, 1989; Durham y Cohen, 1994).

Como el tiempo de evolución de la infección VIH/SIDA puede ser impredecible, perdiéndose así los límites reales de la enfermedad, originando consecuencias emocionales que se inician cuando una persona o las personas relacionadas con ella comienzan a permitir que el VIH/SIDA entre en sus mentes, experimentando altos grados de ansiedad generando ataques de pánico, los cuales presentan síntomas muy similares a los del VIH/SIDA, razón por la cual los pacientes llegan a confundirse y mal interpretar los síntomas de la ansiedad como signo de declinación de su salud y las preocupaciones consiguientes tienden a empeorar los síntomas originando mayor sufrimiento (Miller, 1989; y Miller, Weber y Green, 1989; Gattell, Clotet, Podzamczer y Miró, 1992; Durham y Cohen, 1994; Rossi, sin fecha en Sepúlveda, 1989).

El estado de animo de los enfermos con VIH puede oscilar entre los depresivo-melancólico (una muerte anticipada, se sienten estigmatizados y muestran poco entusiasmo por participar en actividades de apoyo para combatir el VIH/SIDA) y una posición hipomaniaca (vivir al máximo lo que queda de vida, aprovechar el tiempo, matar a la muerte; éstos suelen ser los que han aceptado su enfermedad y la posibilidad de muerte). En general, según las características de personalidad y la tendencia masoquista del paciente, pueden observarse en él sobreagregados autodestructivos: descuidos, aumento de la promiscuidad, consumo de drogas y suicidios enmascarados por accidentes (Gattell, Clotet, Podzamczer, y Miró; 1992; Miller, 1989). Ramos (1989), comenta que otra manifestación de miedo al VIH/SIDA es el hacer bromas sobre el tema.

El enfermo con VIH/SIDA suele sentir terror de ser un portador de la muerte, unido a su vez al deseo inconsciente de contagiar la enfermedad, de no ser el único (ya sea reprimiendo la sexualidad, no saliendo, alejándose de los amigos), teme al qué dirán, qué preguntarán, se siente como un antiguo leproso;

todo esto origina que la persona se aísle aumentando su soledad (Gattell, Clotet, Podzamczer, y Miró, 1992; y Ramos, 1989). Generalmente las personas con VIH/SIDA pueden sentir vergüenza y culpabilidad por las actividades que realizan y que se han visto como inmorales o en general desaprobadas socialmente; tal es el caso de muchos homosexuales que consideran el diagnóstico como prueba adicional de sus errores y puede resultar una gran autorecriminación. Asimismo pueden presentar las siguientes reacciones: sensación de estar contaminados y preocupaciones irreales; temor de rechazo y abandono, temor a enfermarse y perder el control de sí mismos, padecer de insomnio, brotes de negación y pérdida de sensación de invulnerabilidad (Durham y Cohen, 1994; Gattell, Clotet, Podzamczer y Miró, 1992).

En lo que respecta a los rasgos depresivos, estos resultan del aislamiento real o imaginario posterior al diagnóstico, la incertidumbre sobre su futuro y la tristeza de perder la salud, sus ingresos, el empleo, futuras relaciones y considerar que el VIH/SIDA es una forma de castigo hacia su homosexualidad (Miller, Weber y Green, 1989). Según Sande y Volberding (1992), entre el 10 y 20% de pacientes infectados con VIH pueden desarrollar una depresión mayor, cuyos signos son sentimientos de falta de valor, desesperanza, culpabilidad, preocupación acerca de ser una persona mala y planes suicidas, que algunas llegan a concretar. Al respecto, Durham y Cohen (1994), refieren que los factores de riesgo para el suicidio incluyen antecedentes de depresión, conductas e ideas suicidas, falta de apoyo social, vivir en soledad y desamparo persistente por varias semanas, hacer comentarios respecto al futuro indicando que no pretenden seguir en el mundo aunque no exista alguna razón para suponer una muerte inminente, a veces, se deshacen de sus pertenencias de modo repentino cuando todavía son utilizables, pueden mostrar cambios súbitos del estado de ánimo con aumento de la vitalidad, parecen inexplicablemente contentos e insinúan que las cosas marchan bien.

Los pacientes con VIH/SIDA tienen temor sobre su situación, incluso pueden presentar la fobia al SIDA (temor sobrevalorado a contraer el SIDA).

Tales temores se desarrollan sobre los rasgos propios de esta enfermedad, particularmente los siguientes: enfermedad de carácter letal, aparición después de un largo período de incubación, contagio exclusivo a través de la sangre y el semen o las secreciones vaginales, carencia de un tratamiento radicalmente efectivo, y carencia de una vacuna u otra actividad preventiva semejante. En torno a esta imagen realista tenebrosa del VIH/SIDA, cada quien puede construir su visión fantasmagórica personal, de la cual van a emanar efluvios más o menos poderosos impregnados de temor y ansiedad así como el sentimiento de atrapamiento para la mayoría de los pacientes quienes piensan que tienen un control muy reducido sobre su vida y las opciones disponibles ahora para ellos (sensación de desesperanza que inhibe posibles acciones constructivas futuras; tales como una perdida de motivación para luchar por el futuro o ajustarse a los regímenes terapéuticos que implican alguna esperanza para el paciente, puede ocurrir una perdida de interés en actividades previamente compensadoras y generar un sentimiento de ser sucios o no limpios) (Alonso - Fernández, 1989; Miller, Weber y Green, 1989).

Según Kübler Ross (sin fecha citado en Rossi sin año, en Sepúlveda 1989), los sujetos infectados con VIH/SIDA presentan emocionalmente cuatro fases:

a) Se le conoce como *negación*, el paciente trata de evitar el dolor psíquico de saberse infectado, al terminar esta fase, pasa a la b.
b) Fase de *cólera* donde se vuelve difícil y desplaza su angustia, envidia y agresión a las personas que le rodean y se hace la pregunta de por qué le pasa eso a él, después pasa a la fase c.
c) De *pacto*, ya que pacta con alguna forma sobrenatural de existencia o fuera de la realidad inmediata, pide un tiempo para hacer cambios en su vida y cuando esta fase termina el individuo acaba en una depresión, analizando sus pérdidas. Se empeña en tener un “buen entendimiento”, siendo incapaces de contribuir a ello, argumentando que “no son entendidos”, se sienten desvalidos, sin esperanzas para un futuro próximo, sensación que suele ir en aumento cuando han tomado la

decisión de no integrarse a ningún proceso terapéutico, junto a la posibilidad (en algunos casos no alejada de la realidad) de perder su trabajo, casa, amigos, familia, pareja, etc.

La mayoría de las veces son pérdidas que ellos han provocado por el monto de angustia y/o culpa que sienten respecto a la infección. Este aislamiento social aparece por períodos que varían desde un par de semanas después de saberse infectados, hasta meses o incluso años; el aislamiento social está íntimamente ligado con las relaciones de tipo afectivo que el paciente haya podido desarrollar y mantener a lo largo de su vida; se caracteriza por miedo injustificado de infectar a otros, lo que ocasiona que se alejen, evitando así cualquier tipo de contacto social normal.

A las pérdidas mencionadas se agrega la fantasía de los cambios que sufrirá su imagen corporal; dejarán de ser individuos sanos, atractivos, disminuirá su actividad sexual, habrán perdido la posibilidad de concebir un hijo y muy probablemente tendrán que enfrentarse o ya se enfrentaron a la pérdida de amigos que murieron o están próximos a morir por VIH/SIDA. Aparece en algunos casos la homofobia, como resultado de la culpa que siente por haber infectado a otros, conociendo su condición de seropositivos.

d) De *aceptación* donde el paciente empieza a elaborar el duelo o la relación entre su realidad presente como enfermo y las pérdidas sufridas. La angustia se encuentra presente en todas las fases descritas, se puede manifestar de diversas maneras, siendo las más frecuentes las quejas y las preocupaciones exageradas sobre estado de salud, su futuro en la sociedad, con su pareja, y la irremediable incertidumbre de sí desarrollarán síntomas y por ende, serán desahuciados.

Arango (sin fecha citado en Díaz, 1996, en Aguilar 2000), brinda otra descripción de los estadios emocionales por los que atraviesan los seropositivos:

a) Estadio de choque: donde los pacientes experimentan temor al rechazo y al abandono, miedo al deterioro físico, ideas suicidas, impotencia, desesperación, autocensura y culpabilidad.
b) Estadio de negación: este parece ser un sistema de defensa en el cual el paciente no reconoce el suceso, esto se manifiesta repitiéndose las pruebas más de dos veces o intentando encontrar un error en el diagnóstico. Este sistema de defensa es sólo el precedente a otros estados emocionales.
c) Estado de depresión: este se manifiesta por actitudes tales como retraimiento, apatía, desinterés en actividades que realizan comúnmente; afecciones en memoria a corto y largo plazo; acompañado de una desconcentración continua, pensamientos e intentos suicidas en muchos casos, desinterés social, indecisión, pobre imagen corporal, incapacidad laboral, fatiga, desinterés por sexo, trastornos de apetito y sueño, lo que acarrea baja de peso y talla, y sobre todo sentimiento de pesimismo, fracaso, culpa, castigo, autodecepción, autoculpa y tristeza excesiva.
d) Estadio de rabia e ira: ambas conductas tienden a ser dirigidas a la familia, amigos, pareja, personal de salud y sobre todo hacía sí mismo.
e) Estadio de negociación: es en esta etapa cuando la persona establece un trato consigo mismo para así reiniciar su vida, continuar con sus actividades, alcanzar sus metas. También es aquí cuando en algunas ocasiones busca ayuda y apoyo.
f) Estadio de aceptación: finalmente el paciente reconoce su condición de seropositivo o portador de VIH/SIDA, para comenzar a asimilar otros aspectos de su vida como relaciones de pareja, medidas de salud y su muerte.

Hay algunos enfermos de VIH/SIDA que prefieren no hablar de su enfermedad, ya sea porque no están bien informados, porque están deprimidos o con un gran choque como para afrontar los problemas que surjan. También

existen quienes utilizan su diagnóstico como una barrera para no permitir que otros se acerquen, lo que puede ayudarles a conservar un aislamiento emocional que siempre ha sido típico del paciente, alejando a las personas que de otra forma pueden entrometerse y exponerlos a la medrosa situación de ser queridos o amados; y otros que presentan un sentimiento de impotencia por el carácter humillante y deprimente de su dependencia como pacientes dentro de los centros de atención médica a las que recurren (Miller, 1989).

Richardson (1990), menciona que el hecho de que el VIH/SIDA ocurra principalmente en adultos jóvenes determina que la posibilidad de muerte sea incluso más difícil de aceptar a esta edad ya que es la etapa en que las personas establecen proyectos de vida o justo los comienzan, tienen menor experiencia natural de pérdidas, es decir, desajustes maduros a las pérdidas que suceden en la vida, y el hecho dramático de la ruptura biográfica temprana, con la consiguiente necesidad de cerrar proyectos personales de forma precipitada. La ruptura de la identidad corporal, justo en el momento en que el cuerpo tiene un gran valor simbólico y funcional, y en el que, por consiguiente, las sensaciones de inutilidad y miedo al rechazo físico son habituales (Barbero, y Barreto, 1992, citados en Barreto, 1994). Sin embargo, para muchos, el temor a la muerte no es tan considerable como el miedo a que sea lenta y dolorosa, aislados de las personas que los conocen y cuidan. Así mismo, las mujeres con SIDA, CRS o que son positivas a anticuerpo y tienen niño pueden tener otras preocupaciones, un problema importante es lo que sucederá a sus hijos si ellas enferman o mueren.

2.2 Efectos familiares

Dentro de los efectos del VIH/SIDA en la familia, se encuentra en primera instancia la relación con la pareja (quienes la tienen), donde se plantean situaciones diversas tales como:

1) La aparición de sentimientos de culpa ante la posibilidad de abandonar a la pareja debido a la pérdida de anticuerpos; culpa que se potencia

según la forma en que se contrajo la enfermedad (Gattell, Clotet, Podzamczer y Miró, 1992)

2) La pareja tiene una gran carga en cuanto a que sufre las restricciones involuntarias de los efectos físicos y emocionales del diagnóstico del VIH/SIDA y debe asumir entonces el papel de enfermera (o) doméstica de tiempo completo, asesor y encargado de sus cuidados y a la vez actuar con frecuencia como intermediario entre el paciente, el hospital, la familia y los amigos; en algunas ocasiones esta tensión que vive la pareja es demasiada y le origina estrés por las discusiones e incluso la separación (Miller, Weber y Green, 1989)
3) Surge en la pareja la preocupación de estar también infectada y enfermar mientras que la persona con infección VIH/SIDA tiene mayor necesidad de confianza y aceptación (Miller, 1989; y Durham y Cohen, 1994)
4) En los casos donde ambos integrantes de la pareja tienen SIDA y alguno de ellos pudo haber muerto recientemente; la pareja queda llorando al muerto sin poder enterarse del propio riesgo hasta que los síntomas se manifiestan y surge el terror de sufrir los pasos ya conocidos ó bien la forma como la pareja haya afrontado la enfermedad puede actuar como modelo para el compañero si también enfermara (Gattell, Clotet, Podzamczer y Miró, 1992; Miller, 1989).

En cuanto a los efectos en la familia de origen, se tiene que cuando se da el descubrimiento del problema al interior de la misma es notable cómo las familias recurren permanentemente a los diversos elementos de su propio contexto para explicarse el origen del VIH/SIDA en algunos de sus miembros. Dichas condiciones están conformadas por elementos objetivos como la historia de la migración, elementos culturales como el valor de la sexualidad, los juicios en torno a la homosexualidad, la religión, las concepciones populares de la enfermedad y la pobreza; dentro de la cual se tiene como ejemplo a los habitantes de Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, México quienes por su permanente necesidad

económica se ven obligados a diversificar sus estrategias de sobrevivencia, como la venta profesional de sangre. En ocasiones cuando la enfermedad es caracterizada por el infortunio y la desgracia, la familia explica la enfermedad como producto de la voluntad divina. Este marco religioso permite atribuir sentido al problema del VIH/SIDA y mantener viva la esperanza de salir adelante. También ocurre que los padres cuando sospechan qué el hijo contrajo el VIH/SIDA por transfusiones de sangre suele haber más apoyo familiar que cuando se considera que fue por una conducta sexual considerada desviada o inmoral (Castro, Eroza, Orozco, Manca y Hernández, 1997).

Otro dilema que enfrenta el paciente es sobre qué decirle a su familia y cómo hacerlo, cómo acompañarán el curso de la enfermedad y su posición frente a este hecho son los interrogantes que llegan a obsesionar y torturar a los pacientes (Gattell, Clotet, Podzamczer y Miró,1992). Ahora bien, el hecho de "decir o no decir" obliga a las personas VIH positivas a recurrir a estrategias de manejo de la información y a reflexionar a través de un universo de supuestos sobre las posibles reacciones de sus familiares. Suele escogerse cuidadosamente a la persona idónea para enterarla en primera instancia, así como la manera en la cual se le habrá de comunicar el problema; sobre la base de esta alianza inicial entre el afectado por el VIH/SIDA y el familiar escogido, se despliega una estrategia de comunicación gradual y selectiva, hacia algunos de los integrantes de la familia. En otros casos son los familiares, y no el directamente afectado, quienes primero se enteran de la seropositividad de uno de sus integrantes; esto ocurre cuando los prestadores de servicio de salud deciden comunicarles a ellos directamente. Aquí, el dilema se presenta al inverso: los familiares deliberan sobre si comunicar o no a la persona afectada su verdadero problema, así como cuáles podrían ser las consecuencias de ello. Otro tipo de situación es cuando algún familiar se entera por su cuenta de la seropositividad de algún integrante de la familia, y decide preparar a los demás para que la noticia no los tome por sorpresa llegado el momento en que la persona con VIH/SIDA decida comunicárselos, esta preparación supone también la adopción de un conjunto de estrategias de

comunicación gradual y selectiva (Castro, Eroza, Orozco, Manca y Hernández, 1997).

Las reacciones de la familia (en cuanto a la noticia de que alguno de sus miembros sea portador del VIH/SIDA) son variadas que suelen cambiar en los distintos estadios de la infección, basados en las experiencias de grupo con padres afectados (Carrillo de Albornoz, 1994), se ha podido identificar entre sus mayores preocupaciones: temor a ser rechazados; a que sus hijos contagien a otros; el aislamiento; a la indefensión del hijo; a la reacción cuando se entere de su situación clínica; al manejo de la incertidumbre constante, referida en términos de salud y de expectativas de futuro sociolaborales; a la presencia del dolor y manejo del deterioro físico; a hablar de sexualidad y de la muerte; a no poder soportar la ausencia física de su hijo; al sufrimiento moral si dice adiós; a la agresividad secundaria al vacío por la falta del hijo; a verle sufrir en el caso hipotético de la falta de expectativas de futuro y en definitiva, al sufrimiento global que conlleva la adaptación diaria a una enfermedad de estas características. Hay para quienes la ocasión del VIH/SIDA enfatiza una oposición fundamental hacia la homosexualidad lo que les trae mayores implicaciones emocionales, en algunos casos, los padres biológicos están conscientes de la homosexualidad de su hijo, aunque el conocimiento del estilo de vida del paciente no necesariamente implica que la familia lo permita o lo apruebe. De hecho, hay conflicto abierto entre la familia biológica del paciente y su familia no tradicional de amigos. En particular, este resultado es posible cuando los padres no sabían de la homosexualidad de su hijo antes de presentar la enfermedad o lo sabían, pero se niegan a reconocerlo de manera abierta. También se puede esperar un conflicto cuando los familiares se les pide de manera repentina que reincluyan al hijo o hermano al cual la familia ha estado emocionalmente distante debido a conflictos anteriores sobre esta materia. En ocasiones estos padres o parientes consanguíneos son más difíciles, puesto que con frecuencia tienen sentimientos de culpabilidad por haber rechazado al hijo o hermano y ahora con esta enfermedad creen que deben compensar de inmediato los malos sentimientos entre ellos que tuvieron durante

años. Este “caso no cerrado” causa dificultades en la negociación con el paciente y su familia actual, debido a que los padres resienten o simplemente no aceptan la legitimidad del compromiso entre su hijo y su padre o sus amigos. También puede ocurrir que el diagnóstico torne situaciones familiares antes frágiles en una comprensión completa, más segura y firme (Sande y Volberding, 1992; Miller, Weber y Green, 1989).

Las familias de personas VIH/SIDA deben pasar por todo un proceso de adaptación que incluye no solo la negociación de la identidad familiar con el exterior, sino también la delimitación de responsabilidades de la atención del paciente con VIH/SIDA, entre la familia y los servicios de salud. El tipo de apoyo social que las familias pueden brindar a los enfermos se asocia a la forma en que la familia, en su conjunto, maneja el problema que representa esta enfermedad; pudiendo caracterizarla como infortunio y desgracia aunado a la tendencia de mantener en secreto el problema. Con frecuencia, las familias sufren solas, puesto que sienten que es inaceptable llevar sus preocupaciones al hogar o a su comunidad; siendo difícil informar a sus amigos o parientes del diagnóstico del VIH/SIDA porque significa enfrentar otra difícil realidad. Una enfermedad grave habitualmente reúne amigos y familiares que desean ayudar a su ser querido, por tanto las interacciones entre los dos mundos que el paciente ha tratado de mantener separados son casi inevitables. Cada grupo puede sentir lealtad hacia el enfermo, pensar que lo conocen mejor y que sólo ellos pueden suministrarle lo que necesita. Por ejemplo, los padres quizá se encuentren por primera vez con el amante de su hijo y experimente sentimientos encontrados al ver la prueba de la homosexualidad de su vástago. La rivalidad entre la madre de un homosexual con VIH/SIDA y el amante de éste no es muy distinta a la de una suegra con el yerno o la nuera; cada uno quizá tenga la necesidad de ser la figura central para el paciente. También es posible que ambas partes unan sus mejores esfuerzos para apoyar al paciente, conocerse y respetarse entre sí. Otro elemento devastador para la familia y allegados son los cambios en el aspecto físico y mental del paciente, ya que con frecuencia, es más difícil adaptarse a los cambios mentales

debido a que, de manera lenta o súbita, la persona que los amigos y familiares conocieron y amaron parece ya no vivir entre la familia. Los miembros de la familia que durante años han evitado a la persona ahora afectada por el VIH/SIDA, a causa de su estilo de vida, pueden experimentar intensa ambivalencia con ese diagnóstico e intentar compensar su sentimiento de culpa mostrándose solícitos y parecer entrometidos. Los padres de un adolescente con VIH/SIDA pueden, como intento para enfrentar su reacción emocional, buscar a quien echarle la culpa (Sande y Volberding, 1992; Durham y Cohen, 1994).

Hay ocasiones en que la familia responde bajo diversas formas de entremezclamiento de solidaridad y discriminación, lo cual depende de las características de los actores y de la estructura social que las genera. Dentro de este entremezclamiento surgen respuestas de apoyo que se relacionan con la resignación, la decidida convicción de solidaridad familiar (aunque en ocasiones la solidaridad se ve obstaculizada más que negada por factores objetivos), la dotación de apoyo material, y de manera simultánea un rechazo moral tendiente a estigmatizar al enfermo. A veces, los miembros de la familia requieren ayuda para enfrentar el estigma del VIH/SIDA, tanto por sus sentimientos de culpa y vergüenza como por las reacciones de los demás. Las reacciones hostiles de los demás pueden hacerlos sentir molestos y protectores de su ser querido y ayudarlos a superar su propia ambivalencia. Aunque previamente supieran y aceptaran el estilo de vida de su hijo; es frecuente que muchos padres experimenten culpa acusándose de ser causantes de la toxicomanía u homosexualidad del hijo. También pueden culpar al paciente por haberse causado esta enfermedad. En caso de toxicomanía los padres quizá hayan pasado tiempos tormentosos con el enfermo del VIH/SIDA y tal vez lo hayan echado del hogar. O simplemente los padres no reconocen en el adulto a su hijo que ha crecido. Además, casi todo adulto que retorna a su hogar para ser cuidado por sus padres experimentará un cierto grado de regresión a la infancia. La debilidad física requiere a veces contacto íntimo durante la alimentación y el baño, esto es

humillante para el paciente y desagradable para los padres (Durham y Cohen, 1994).

Puede ocurrir que los pacientes enfermos o moribundos asuman el papel de sus principales reconfortadores para quienes, aman y los aman. Después de todo, pueden tener una aceptación más profunda y directa de su posible muerte que quienes se colocan en su papel de observadores más recalcitrantes (Ramos, 1989; Miller, 1989); sin embargo, la familia del enfermo en fase terminal se encuentra afectivamente perturbada por la inminente pérdida de alguien a quien aman y por quien, en muchos de los casos, han tenido ya que sufrir en gran medida; en caso de los padres, la muerte de un hijo rompe los esquemas habituales; la vida nos enseña a aceptar, como algo inevitable, la muerte de nuestros mayores, pero parece antinatural asistir a la muerte de nuestros hijos; por otra parte la familia supone la fuente de afecto y cuidado más importante para el paciente, la calidad afectiva y el monto de tiempo que dedican a su lado son difícilmente sustituibles; además de enfrentarse a su propio dolor, han de proveer de apoyo emocional y cuidado físico a la persona enferma (Barreto, 1994).

Finalmente, cuando la persona con VIH/SIDA llega a morir, los efectos en su familia pueden ser emocionales, prolongando la pena en caso de alojar sentimientos ambivalentes hacia el muerto, el miedo al estigma, las consecuencias de endeudamiento y las preocupaciones por quienes le sobreviven al enfermo; así como el deseo de olvidar y puede darse a su vez la ruptura de lazos familiares debido a conflictos relacionados por ¿quienes serán los nuevos propietarios de los bienes materiales del muerto sí es que éste no dejó testamento? (Castro, Eroza, Orozco, Manca y Hernández, 1997; Durham y Cohen, 1994).

2.3 Efectos de lo social

La aparición del VIH/SIDA implica sospechas de conductas homosexuales y bisexuales, lo que genera una imagen estigmatizada y moralista de esta nueva

enfermedad, rechazando a estos enfermos por contagiosos a la vez que se les condena por depravados (Alonso - Fernández, 1989).

La importancia de esta enfermedad, en la que la transmisión por medio del contacto sexual aparece como una característica central, es un punto especialmente problemático. Las personas más conservadoras han aprovechado esta oportunidad para atacar el estilo de vida de una gran cantidad de homosexuales jóvenes, y para argumentar que los peligros de la promiscuidad por fin se han revelado. La respuesta de algunos grupos religiosos conservadores ante la crisis del VIH/SIDA es el siguiente mensaje: los enfermos de VIH/SIDA tienen su merecido (Ramos, 1989; Durham y Cohen, 1994).

En general, las personas relacionadas con los afectados casi siempre sienten los efectos emocionales del VIH/SIDA al enterarse de los problemas de su ser querido; además, estas personas tendrán una pena mayor si el enfermo de SIDA muere (Durham y Cohen, 1994).

Entre las personas sanas que reciben el mayor impacto de la ansiedad o fobia al VIH/SIDA, se destaca el homosexual compañero o amante del infectado cuya problemática se ha planteado en el apartado 2.2 del presente capítulo.

Otro grupo sobre el que recaen los efectos del VIH/SIDA es el personal sanitario encargado de prestar la asistencia a enfermos de VIH/SIDA que reaccionan en varias ocasiones con sentimientos de ambivalencia a la presencia de esos enfermos, oscilando entre la tendencia positiva (afrontar el alto riesgo como un elemento propio de su labor) y la tendencia negativa (mantener a los sidosos a la máxima distancia posible y ciertos síntomas de sufrimiento psicológico como frustración, desesperación, depresión, ansiedad y temor por su salud; esto incluye a los niños con VIH/SIDA que son tratados con el mismo temor que las demás personas con ese mal (Durham y Cohen, 1994).

En general, el VIH/SIDA suele ser recibido temor y rechazo (Miller, Weber y Green, 1989; Castro, Eroza, Orozco, Manca y Hernández, 1997). Según Durham y Cohen (1994), los factores social y psicológico sobresalientes en la epidemia de VIH/SIDA son temor y estigma. Constituyen la base de la respuesta devastadora y discriminatoria que ha permeado a toda la sociedad. El temor al VIH/SIDA y el estigma de esta enfermedad condujeron a muchos profesionales de la salud a negarse a atender a personas enfermas con este padecimiento. Otros resultados son el uso excesivo de las técnicas de aislamiento; asignación de recursos federales según la táctica “poco y tarde”, incendio de celdas y confinamiento en soledad de prisioneros sospechosos de padecer VIH/SIDA: desalojos de la vivienda, pérdida del empleo, cancelación del seguro médico y abandono de amigos y familiares. Estigmatizar a otros confiere a la gente un sentimiento de superioridad, sentirse aparte de las cualidades estigmatizadas y creerse menos vulnerable. Más allá de lo ya conocido, que el rechazo se asocia al estigma y al prejuicio, es necesario diferenciar con mayor detalle los tipos de discriminación y solidaridad que las personas afectadas enfrentan y/o reciben. Los hallazgos en esta línea muestran que ni las respuestas de solidaridad ni las de discriminación son puras en sentido estricto, sino que suelen presentarse bajo diversas formas de entremezclamiento, en función de las características de los actores y de la estructura social que las generan. Las respuestas de apoyo se relacionan con la forma en que se asumen los vínculos de parentesco, que da lugar a conductas que se fundamentan en la resignación, basadas en una decidida convicción de solidaridad familiar. Por supuesto determinado por la condición de género. Los hombres que apoyan lo hacen facilitando algunos recursos que obtienen en sus trabajos. Las mujeres se concentran en la atención personal del enfermo en casa. También hay quienes encubren total o parcialmente la enfermedad como un recurso para evitar la discriminación social y mantener alrededor del enfermo un ambiente solidario. La estrategia más común de encubrimiento del paciente es decir que tiene leucemia o cáncer. A medida que la enfermedad avanza, se pierden amigos, relación con asociaciones de compañeros de trabajo y membresía de clubes o grupos (Castro, Eroza, Orozco, Manca y Hernández, 1997; Durham y

Cohen, 1994). En el caso de pacientes hospitalizados por mucho tiempo, las visitas son cada vez menos frecuentes: con el tiempo la persona puede sentirse abandonada en manos sólo del personal de salud y voluntarios de grupos de apoyo a enfermos del VIH/SIDA como único contacto social (Durham y Cohen, 1994 y Cohen, 1988).

2.4 Efectos en el área laboral

Para muchas personas con VIH/SIDA el sentirse productivas, creativas y útiles sólo es posible a través del trabajo; sin embargo, es posible que el paciente esté muy enfermo y sea incapaz de continuar laborando por algún tiempo después del diagnóstico, o bien surja el temor universal en que el conocimiento sobre la enfermedad por parte de los patrones originara su despido, el cual en algunos casos llega a ocurrir; y el hecho de que los representantes sindicales han rechazado de igual forma luchar por su consideración, da por resultado que los pacientes de VIH/SIDA pierdan efectivamente su trabajo o carrera y afronten grandes problemas económicos. Esta situación hace posible que el paciente se resista a dar a conocer plenamente su estado, dando un diagnóstico más aceptable, así, los que deciden continuar trabajando han descrito trastornos incapacitantes que requieren consultas médicas frecuentes y continúan trabajando hasta que la enfermedad se los ha impedido, o bien hay quienes no solicitan asistencia médica o seguro social; en general, los trabajadores no están obligados a informar a sus empleadores su condición de portadores del virus de VIH o su relación de riesgo y vulnerabilidad con respecto al mismo (Soria,1995 y Velandia, sin fecha). A fin de decidir cuál es la opción más adecuada, se requiere considerar la experiencia previa sobre el síndrome que ha tenido la compañía, la naturaleza del trabajo que debe hacer el paciente y el grado de viajes relacionados, etc. Comentar toda la verdad sobre el diagnóstico puede tener implicaciones claramente desastrosas sobre su carrera y economía, aunque vale la pena recordar que la ansiedad y el estrés que implica no comentar toda su historia puede ser perjudicial para el ajuste general del paciente después del diagnóstico.

También es obvio que hay que ponerse de acuerdo anticipadamente sobre la información que proporcionarán los médicos y pacientes a los patrones, para reducir cualquier riesgo de pérdida innecesaria de su cartera.

Sin embargo, ya sea que el paciente decida decir o no la verdad sobre su diagnóstico, el patrón tiene toda la libertad de hacer una revisión en los análisis médicos del trabajador que presta sus servicios para él, aunque algunas veces el médico tiene la obligación de guardar confidencialmente los resultados de los trabajadores de la misma empresa para la cual trabaja; al patrón no se le deben negar. Así mismo, el patrón que haga o quiera hacer valer el VIH/SIDA como una causa de despido al trabajador seropositivo esta cometiendo una falta grave a la ley (Amaro,1997). Por el contrario, procede el despido justificado cuando el trabajador asintomático o enfermo de VIH/SIDA incurre en falta de probidad u honradez, porque al saber de su enfermedad no avisa a su patrón y se realiza actividades calificadas de riesgosas; así como por negarse a adoptar las medidas preventivas y procedimientos para evitar accidentes o enfermedades (Ortiz, 1996). Igual que con muchos otros trastornos psicológicos, la rutina y distracción de un trabajo regular (cuando lo permite su salud) ayudan a aliviarles la ansiedad y obsesión mórbida por la enfermedad y la muerte que caracteriza el ajuste al diagnóstico de VIH/SIDA en muchos casos. Algunas personas son lo bastante afortunadas para poseer un seguro de invalidez y conservar parte de su salario y sus prestaciones. Otros pierden salario y prestaciones, como el seguro médico, indispensable para pagar una enfermedad tan costosa. Algunas personas deben gastar todos sus ahorros y liquidar sus pertenencias antes de ser elegibles para recibir algunas formas de asistencia de instituciones públicas (Miller, Weber y Green, 1989; Durham y Cohen, 1994; Richardson, 1990).

El trabajador enfermo de VIH/SIDA no es debidamente protegido por la ley, es decir, hay muchas anormalidades con estas personas ya que la legislación laboral no determina como debe de desarrollar su trabajo el infectado de VIH/SIDA además de ser considerado como una persona indeseable e improductiva por su

compañero trabajador quien por su ignorancia no sabe como prevenir la transmisión del VIH/SIDA y tiene miedo de ser infectado, por lo cual discrimina al trabajador enfermo de VIH/SIDA, lo aisla y lo agrede; en ocasiones en lugar de apoyarlo, presiona al patrón para que lo corran de la empresa. Estas conductas, ocasionan que el trabajador se deprima y no realice con eficacia su labor, a parte de que se esta cuidando constantemente de sus compañeros y su patrón que busca cualquier falta para atribuirle una causal de despido y deshacerse de él. En ocasiones por la presión de los demás trabajadores la situación llega a tal grado que el empresario prefiere indemnizar al empleado que reinstalarlo (Soria, 1995); lo cual no es válido si se acepta que las únicas vías de contagio del VIH/SIDA, son las relaciones sexuales, el contacto con la sangre y la transmisión materno – infantil, se puede entender que en los supuestos de trabajo donde no comporta ningún riesgo el único mecanismo de transmisión que se debe tomar en cuenta es el contacto con la sangre de una persona infectada; exceptuando a quienes laboran en el ámbito sanitario en el cual puede haber contacto más directo con materiales y fluidos contaminados de ahí la importancia de que existan normas higiénicas muy concretas y específicas (Eslava, 1994). Otra problemática que tiene el obrero infectado es que niega la asistencia médica en el lugar de trabajo por que la persona que los atiende en caso de accidente de trabajo no esta capacitada, no tiene los elementos necesarios para su protección y tiene miedo de contagiarse. También el patrón prefiere despedirlo que pagarle seguro social por la suma en dinero que le costaría sobrellevar la enfermedad hasta la muerte del empleado, además de mejorar las medidas de seguridad e higiene. Por lo que los inconvenientes de que un empleado sea separado de su labor por contraer el virus del SIDA sería que dejan al obrero en estado de indefensión ya que el patrón podrá despedir al empleado adjudicándole causales para justificar la terminación de la relación de trabajo, cuando tiene conocimientos de que es una persona infectada de VIH/SIDA, habiendo demasiados abusos y violaciones a sus derechos primordiales (Soria, 1995 y Ferrer, 1997).

Otra situación a la que se enfrenta el empleado con VIH/SIDA cuando lo despiden es la de conseguir otro empleo ya que le será más difícil por que la mayoría de las empresas están realizando pruebas a la persona que pide empleo, supuestamente para inscribirlos en el Seguro Social y si esos estudios salen positivos al virus del SIDA se les niega el trabajo argumentando que no es capaz para desarrollar dicho puesto en la empresa. Esto aumenta su problemática para mantenerse y subsistir, provocándole problemas económicos, además de lo psicológico por lo que están pasando por ser portador de esta grave epidemia, y no tener dinero para comprar medicinas y pagar un tratamiento. Fuera del ámbito sanitario y del ejercicio de la prostitución, los ambiente de trabajo no ofrecen peligros razonables de contagio para los compañeros o los clientes del trabajador infectado. Por lo que no se considera éticamente justificable que se deje de contratar a una persona única y exclusivamente por su condición de seropositivo (Soria, 1995 y Ferrer, 1997).

También provoca más gastos tanto para la empresa donde labora que tendría que indemnizarlo de por vida o incapacitarlo, como para el estado en la manutención del trabajador enfermo en hospitales, medicinas, tratamientos y todo lo que necesite hasta su muerte (Soria, 1995). Por lo que si es necesario indemnizarlo, el patrón deberá liquidarlo al equivalente a un mes de salario y su prima de antigüedad calculada sobre la base de doce días por cada año de labores (Calderón, 1994).

Los derechos que tiene el trabajador con VIH/SIDA son:

- No ser discriminado en el centro de labores o si es despedido que no se le niegue el empleo en otra empresa.
- En ningún caso puede ser detenido o aislado por tener VIH/SIDA.
- Tiene derecho a decidir si se somete o no a pruebas de detección de VIH/SIDA para que le otorguen trabajo.
- No se le puede negar el derecho a superarse mediante la capacitación que le proporciona el patrón.

- Tiene derecho asociarse en un sindicato para defender sus intereses aunque viva con VIH/SIDA y en caso de despido injustificado ser protegido por tal sindicato.
- El obrero puede pedir que en su lugar de trabajo se difunda información sobre los medios de propagación de VIH/SIDA y la forma de protegerse, mediante campañas que el patrón solicite a instituciones como CONASIDA, para que realicen pláticas en el centro de trabajo.
- El obrero tiene derecho a los medios de asistencia medica por parte del empleador.
- Cuando sea separado de su empleo un trabajador tiene derecho a que la causa de su despido no sea divulgada públicamente.
- En cuanto a los derechos establecidos en la Ley Federal del Trabajo el sujeto despedido por causa injustificada tiene la opción de escoger entre la indemnización o la reinstalación según lo quiera el afectado, salvo que el patrón compruebe que el despido es justificado, en este caso que es peligroso para la empresa y que representa un foco de contagio.
- La reinstalación consiste en que el despido sea devuelto a su antiguo empleo con las condiciones de trabajo que tenia antes de ser suspendido injustamente y si el patrón comprueba que ya no es apto para desempeñar su trabajo debido a la enfermedad deberá de buscarle uno de acuerdo a sus facultades.
- Al ser reinstalado el obrero tiene todos los derechos que le otorga la ley federal del trabajo (Soria, 1995).

No se esta de acuerdo que el seropositivo sea considerado como un ser sin futuro y que sea rechazado por sus compañeros de trabajo, porque tiene todos lo derechos y obligaciones como cualquier trabajador que presta sus servicios a quien lo solicite (Amaro, 1997 y Romano, 1997)

De la realización de este trabajo se puede establecer que la ley laboral apoya al trabajador cuando es retirado de su trabajo injustificadamente por las causas señaladas en la ley federal del trabajo y que le atribuye al empleado para despedirlo pero no prevé al VIH/SIDA como una de estas causas además de que

ni siquiera esta mencionada en la tabla de enfermedades que provienen del trabajo, no hay una tipificación de cómo tratar a estas personas en el campo laboral, aunado a que nunca quieren dar a saber a la luz pública que fueron despedidos por contraer el virus por el rechazo que sufrirían ante la sociedad y prefieren no denunciar estas anomalías y violaciones a sus derechos por lo cual no se sabe de varios casos de despidos por esta causa. Podemos concluir que contraer el Virus del SIDA no debe ser una causa para que el patrón despida injustificadamente al trabajador y si lo hace deberá probar que es una persona nociva para la empresa además de otorgarle su indemnización conforme a la ley (Soria, 1995). A primera vista y tras lo expresado en párrafos anteriores, pareciera difícil que alguien pueda atravesar por lo que se hace llamar discriminación, sobre todo porque ha sido decretada la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH, la cual, en palabras de Hernández, Fichtl y Herrera (2000, citados en Nuñez 2002) dice estipular que "las personas infectadas no pueden ser despedidas por ese motivo. Asimismo, dice que las y los seropositivos tienen derecho a la confidencialidad y a no presentar la prueba de detección como requisito para ser contratados, también prevé los lineamientos necesarios para que el examen sanguíneo sea un asunto sin consecuencias sociales y señala que sólo se hará el examen para la detección de anticuerpos al VIH con el consentimiento del interesado, que será confidencial y que al momento de conocer los resultados recibirá atención especializada, debido al impacto emocional que causa un resultado positivo".

Para otros, las relaciones sociales y el sentido de pertenecer a un grupo son los aspectos más importante del trabajo (Durham y Cohen, 1994).

Conocer la problemática que el VIH/SIDA trae a las personas que la padecen conduce a las ciencias médicas, sociales y psicológicas a apoyar con sus conocimientos para mejorar la calidad de vida de tales personas; por tal, en el siguiente capítulo se abordarán las formas en que la Psicología ayuda a los portadores de VIH/SIDA.

CAPÍTULO 3. ALTERNATIVAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON VIH/SIDA

Dadas las necesidades especiales de atención psicológica que tiene las personas con VIH/SIDA, es necesario conocer algunas formas de tratamiento que se han llevado a cabo con esta población. Cabe mencionar que existen pocas publicaciones (revistas y libros) donde se haga referencia a las formas de tratamiento psicológico, ya que la gran mayoría se enfoca en el tratamiento médico y aspectos psicológicos característicos posteriores al diagnóstico sin mostrar o comentar las áreas de intervención psicológica y los métodos que se pueden utilizar en estos casos. Por lo tanto, a lo largo de este capítulo se presentan algunas formas de intervención psicológica que se han llevado a cabo con pacientes de VIH/SIDA.

Se conocen diferentes formas de intervención diseñadas de acuerdo al marco teórico adoptado por el terapeuta, en general, pueden ser agrupadas de la siguiente manera:

- ✓ Psicoterapia Individual. Esta forma de intervención la llevan a cabo los enfoques Cognitivo – Conductual, Psicodinámico, Gestalt y el Enfoque Centrado en la Persona también conocido como Humanismo.
- ✓ Psicoterapia de grupo. Esta psicoterapia es una modalidad que han abordado los enfoques anteriores pero integrando a las personas en grupos terapéuticos. Se considera que esta modalidad ahorra tiempo al psicoterapeuta, favorece la catarsis y estimula el desarrollo de las relaciones sociales frecuentemente deteriorado en personas con VIH – SIDA. Salame (1996), describe tres tipos de psicoterapia en grupo:
    1. La superficial o de apoyo; tiene como finalidad aliviar o quitar síntomas y no requiere que el terapeuta (médico o psicólogo) tenga un entrenamiento especializado. Se conoce como superficial porque sólo actúa sobre un estrato muy superficial de la personalidad, sin entrar en detalle sobre las motivaciones particulares de la conducta o el síntoma que se está tratando.

Aquí se incluyen, entre otras, la Terapia Conductual, la Psicoterapia Breve y el Cousenling o Consejería. A su vez, en este tipo de psicoterapia se consideran los siguientes grupos (Bonet, Ferrer y Vilajoana, 1994):

- Grupo de ayuda mutua: Se destacan las reuniones en las que sus miembros pueden discutir problemas comunes, compartir sus dificultades, las formas de abordarlas y darse mutuamente apoyo, así como el establecer contacto entre personas que sufren el mismo problema. En general, se puede apreciar cinco tipos específicos de ayuda que estos grupos pueden proporcionar a sus miembros (Richardson y Goodman, 1983 citado en Bonet, Ferrer y Vilajoana, 1994): 1) Apoyo emocional, que facilita a las personas la superación de su soledad, de su confusión y de su aislamiento, 2) Información y consejo sobre cómo cuidarse ellos mismos o bien de los servicios asistenciales disponibles. 3) Actividades sociales. 4) Actividades reivindicativas que pretenden mejorar la asistencia recibida por los servicios sanitarios o de las agencias de protección social, o bien para hacer consciente al conjunto de la sociedad de la existencia del problema y 5) Proporcionar directamente servicios a los miembros, ya sea de manera informal, colaborando en servicios a las personas que no pueden salir de su domicilio; o bien formal, organizando colonias u otro tipo de encuentros y actividades que estén dirigidas a este fin.

- Grupo estratégico: un profesional es conductor del grupo. En las sesiones grupales realizadas con personas VIH/SIDA, se clarifican las problemáticas personales de los pacientes, profundizando los conflictos más frecuentes: miedo a la propia muerte, enfermedad crónica incapacitante, relación pareja – familia, aislamiento, contagio. Partiendo de la definición del problema, los miembros del grupo establecen valoraciones y análisis de las soluciones intentadas anteriormente y que pueden ser valoradas como ineficaces. Posteriormente es el propio

grupo el que propone nuevas posibilidades o soluciones alternativas, concretando los objetivos a trabajar. Por último, se promueven la elaboración de estrategias que puedan ser útiles a cada uno de los participantes. La puesta en marcha de las estrategias marcadas en el grupo pueden ser realizadas a nivel individual o grupal. El participar activamente en estos grupos posibilita poder ampliar y favorecer la visión individual de la resolución de problemas así como poder afrontarlo de manera grupal y sentirse apoyado.

2. La psicoterapia educativa: busca cambiar ciertas actitudes conscientes y de esta forma mejorar el comportamiento personal y la integración al medio social. Requiere de quien la practica mayor preparación técnica y habitualmente maneja dos sesiones semanales. El número de sesiones totales puede ser de 15 o 20 hasta 250. Aquí se incluyen, por ejemplo, la Terapia Gestalt, el Análisis Transaccional, la Terapia Racional – Emotiva, la Psicoterapia Centrada en la Persona, el Existencialismo y la Terapia de Realidad. Este tipo de psicoterapia incluye los siguientes grupos (Bonet, Ferrer y Vilajoana, 1994):

   - Los grupos psicoeducativos: constituyen un aspecto complementario en el proceso de rehabilitación de reinserción. Se encuadrarían dentro del concepto general de promoción de la salud, como acción preventiva a través de un soporte psicosocial. Los grupos psicoeducativos de VIH/SIDA contemplan la concienciación de los individuos, como el incidir en la utilización de los mecanismos de prevención. La sensibilización de los individuos se realiza a través de proporcionar o mejorar las habilidades personales, sociales, cognitivas de concienciación. La finalidad estaría en conseguir un cambio de actitudes en ellos mismos y en las personas que les rodean. Este grupo incluye en algunas sesiones a familiares más próximos. Generalmente cuentan con un número determinado de sesiones y la duración del

grupo está preestablecida. Se utilizan diversos instrumentos metodológicos: discusión de grupos, técnicas cognitivo – conductuales, técnicas de relajación, etc. Tal caso es el trabajo elaborado por León (2002), cuyo objetivo fue desarrollar habilidades de afrontamiento en familiares y amigos de personas que viven con VIH/SIDA, con la finalidad de que logren reducir sus niveles de angustia o ansiedad por medio de un grupo psicoeducativo en el que emplearon dinámicas vivenciales; encontrando así, que el conocer sobre prevención, tratamiento y formas de transmisión del VIH/SIDA no es suficiente para reducir los niveles de ansiedad y angustia de familiares y amigos de las personas que padecen VIH/SIDA.

- Los grupos de soporte emocional: se organizan a partir de personas afectadas por el VIH/SIDA con características similares. Entre los distintos grupos se pueden identificar los de personas afectadas por el VIH/SIDA, parejas y familiares, cuidadores y profesionales, también se realizan grupos de reclusos afectados, que se realizan dentro de la prisión. Con el fin de facilitar la eficiencia en las reuniones, se proponen unas normas de funcionamiento, que cada miembro debe aceptar antes de integrarse en el grupo. Estas normas se refieren a la confidencialidad de lo que se comparte, el saber escuchar sin enjuiciar ni comentar y profundizar en sus propias experiencias. El crear esta dinámica, a seguir por parte de los participantes, permite que puedan aflorar sentimientos y emociones así como facilitar una contención y seguridad individual dentro del grupo. Cada grupo tiene un moderador o facilitador que ayuda al buen desarrollo de las sesiones. La tarea del facilitador es velar para que se cumplan las normas de funcionamiento, entrevistar a los nuevos miembros y coordinar las reuniones e identificar los problemas a tratar según las necesidades de cada miembro.

3. Psicoterapia profunda o reconstructiva intenta modificar la estructura básica de la personalidad, a través de esto el paciente obtendrá la máxima madurez emocional posible. Requiere que el terapeuta tenga un entrenamiento muy especializado sobre las técnicas y métodos de trabajo. Su duración es abierta y va de dos a más años, con dos o tres sesiones semanales. En este tipo de psicoterapia se encuentra el Psicoanálisis, el Psicodrama y el Análisis Junguiano, entre otras.

- ✓ Talleres Vivenciales. Han sido realizados principalmente por el enfoque Humanista y Gestalt ya que su enfoque teórico así lo permite. Becerril y Urela de la Rosa (2001) presentan un ejemplo de esto al proponer un taller vivencial sobre factores psicológicos que pueden afectar a personas que viven con VIH/SIDA, familiares y amigos; al mismo tiempo proveer de una guía con los elementos básicos del acompañamiento. Por lo que pretenden que a partir de la aplicación de las dinámicas, se ayude a las personas a reconectarse con cosas que tienen significado para ellas como pueden ser el trabajo y el sistema de apoyo (Payno,1999 citado en Becerril y Urela de la Rosa, 2001). Asimismo, consideran que un reto que enfrentan los trabajadores de servicios humanos es evitar el aislamiento del individuo VIH positivo o de la familia, mediante intervenciones y orientación, que les permita controlar sus miedos o el temor a la infección a la muerte. Esto es que los profesionales en la salud asignen servicios apropiados para el control emocional de los miembros de la red de apoyo.

Ahora bien, a continuación se presenta la forma en que los enfoques psicológicos abordan el problema del VIH/SIDA.

3.1 Tratamiento desde el enfoque Cognitivo – Conductual

La inclusión de la psicología en el campo de la salud obedece a la necesidad de orientar la aplicación de las habilidades psicológicas a los problemas

conductuales y emocionales asociados con la enfermedad física. El objetivo del psicólogo clínico es incrementar los recursos del entorno disponibles para los pacientes y la adaptación del ambiente a las condiciones del paciente en casos de enfermedad crónica y su incorporación gradual a las actividades cotidianas. Para esto, el enfoque cognitivo – conductual utiliza las técnicas de modificación de conducta aplicadas a la desensibilización de miedos al tratamiento médico, el enfrentamiento de los pacientes a sus limitaciones físicas, a controlar el vómito y otros aspectos similares tomando en cuenta que los pensamientos del paciente desempeñan un papel importante.

El fundamento teórico de los métodos de terapia conductual es que las pautas de conducta disfuncional han sido aprendidas mediante un condicionamiento y de la misma manera pueden ser eliminadas y aprendidas otras conductas adecuadas. La conducta que el paciente con VIH/SIDA reporte como problema va a ser eliminada o incrementada si el problema es por déficit. Como puede observarse, esta psicoterapia tiene una orientación sintomatológica, es decir, se enfoca en la desaparición del síntoma como elemento productor de trastornos emocionales.

Criollo (2000) presenta un estudio de las respuestas de afrontamiento en pacientes con VIH/SIDA desde el enfoque cognitivo – conductual considerando el estudio del estrés como base para evaluar las repercusiones que éste trae en la conducta del individuo. Su estudio parte de la premisa de que la respuesta de afrontamiento del individuo es necesaria para mitigar las implicaciones psicosociales inherentes a la enfermedad ya que una buena respuesta de afrontamiento le facilita la readaptación a su nueva situación y le ayuda a prevenir y tratar las alteraciones emocionales.

En el trabajo no se definen las respuestas de afrontamiento consideradas, sólo se menciona que se obtuvieron, aplicando un instrumento a los pacientes infectados con VIH/SIDA (Escala de Afrontamiento de Lazarus). Las variables que

consideraron fueron sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, religión, nivel socioeconómico, actividades en tiempo libre, rol familiar y diagnóstico de otra enfermedad) y se esperaba identificar la relación entre las variables y la eficacia de las respuestas de afrontamiento de las personas. Sin embargo, los resultados mostraron que el afrontamiento no está determinado por ninguna de las variables atributivas sino por las características de la enfermedad física y el ambiente sociocultural.

Dentro de las terapias cognitivo – conductuales se conoce principalmente la TRE (Terapia Racional Emotiva). Mahoney (1997) comenta algunos principios de la TRE que sostiene que los humanos aprenden a plantear sus objetivos y preferencias gracias al éxito y la aprobación de sus familias y de su cultura, en consecuencia se sienten frustrados cuando fracasan o reciben desaprobación. Cuando las personas realizan demandas irracionales (autoderrotistas) sobre ellos mismos, sobre los demás o sobre las condiciones en las que viven, tienden a construir sus deberías, percepciones, inferencias y atribuciones poco realistas que contribuyen a crear un trastorno. En la misma línea hipotetiza que una vez que la persona misma se ha creado sus problemas, su respuesta emocional (pánico, depresión, autodevaluación) es tan fuerte que estas emociones interfieren en su poder curativo y sabotean sus construcciones potenciales porque sus distorsiones bloquean los caminos del cambio.

Partiendo de estas premisas, la TRE se enfoca a eliminar los pensamientos irracionales que provocan un deterioro en el estado de salud de las personas con VIH – SIDA para propiciar un cambio de actitud con nuevos pensamientos funcionales.

Respecto a lo mencionado en el párrafo anterior resulta representativo el trabajo de Ramírez y Hernández (1995) quienes consideran como la base del mismo la información que deben recibir tanto el enfermo, como las personas que lo rodean y con ello además de ayudar a que el paciente no sea discriminado,

tratar de evitar contagios de otros miembros de esa familia, ya sea porque no saben manejar al paciente o por la conducta de cada uno de ellos. También lograr una comunicación bidireccional paciente – familia, que mediante una terapia, aprendan a decir lo que piensan y lo que sienten, que lleguen a aceptar la muerte como un suceso natural en todo ser humano y que el saber que ese será el fin de esa enfermedad, les permita vivir lo mejor posible mientras llega. Ramírez y Hernández (op cit) consideran que su trabajo propuesto es sólo una aportación hacia los tipos de tratamientos que pueden recibir los enfermos y familiares. Los objetivos que persiguieron fueron: 1) que las personas que asistan a las sesiones de los talleres reciban y racionalicen la información correcta acerca de la infección por VIH/SIDA y 2) brindar tratamiento que involucre la terapia familiar y la terapia racional emotiva a personas que se les haya detectado previamente el VIH/SIDA y se encuentren como máximo en la etapa III de la enfermedad así como a sus familiares. El trabajo se dividió en dos etapas, la primera consistió en talleres de información sobre SIDA, y la segunda los tratamientos. En la primera etapa participaron tanto familiares como portadores del VIH/SIDA integrados en un solo grupo. En la segunda etapa al trabajar la terapia con el grupo familiar y el infectado trataron de detectar el tipo de comunicación existente dentro del sistema de la familia. Descubriendo las perspectivas de cada miembro acerca de la realidad vivida y el rol o roles que ocupa cada uno de ellos, así como las perspectivas de la familia hacia el miembro infectado y su futuro. De igual forma se descubrieron las propias perspectivas del infectado y su enfermedad en sí y detectándose perspectivas tanto de la familia como de la persona infectada hacia la muerte. Posterior a ello y para iniciar la TRE, el primer paso fue la aceptación del sí mismo y de la enfermedad. Después se mostró a las personas relacionadas con el SIDA la importancia de distinguir las ideas racionales e irracionales y así poder tener la capacidad de disminuir o terminar con sus trastornos acerca de todas las cosas para vivir.

Otro tratamiento desde el enfoque cognitivo-conductual es el que ofrece Ayuso (1997) quien refiere que la psicoterapia de resolución de problemas tiene

un valor probado en atención primaria para trastornos de ansiedad y trastornos emocionales leves; así como para trastornos depresivos. Las estrategias de resolución de problemas pueden ser útiles en el abordaje de pacientes con repetidos intentos de suicidio.

Se basa en la común observación de cómo los síntomas emocionales suelen ser inducidos por problemas de la vida, es un tratamiento de colaboración, en el que hay tres fases principales: en primer lugar, los síntomas del paciente son relacionados con sus problemas; en segundo lugar, los problemas son definidos y aclarados; y en tercer lugar, se hace un intento de resolver los problemas de una forma estructurada.

Un enfoque similar es de particular utilidad en el tratamiento de pacientes con infección por VIH/SIDA por los múltiples y variados problemas que deben afrontar a lo largo de su enfermedad. Según Ayuso (1997) esta forma de intervención psicológica es particularmente útil en el enfoque de los trastornos adaptativos y los cuadros afectivos leves, de frecuente aparición en estos enfermos y que, en muchas ocasiones, están en relación con situaciones conflictivas en alguna de las siguientes áreas: relación de pareja, relación con familiares y/o amigos, trabajo, economía, alojamiento, cuestiones legales, problemas de alcohol y drogas, y dificultades vinculadas con experiencias de rechazo o de discriminación.

Ayuso (op cit) menciona que en caso de trastornos depresivos, puede requerirse unas seis sesiones, mientras que para trastornos de ansiedad cuatro sesiones podrían ser suficientes. Sugiere que las dos primeras sesiones esten próximas en el tiempo (una semana entre ambas), para asegurar que las técnicas han sido entendidas y correctamente aplicadas. La primera sesión dura alrededor de una hora, debido a que se incluye una detallada valoración de los problemas del paciente y una explicación de los fundamentos del tratamiento. Las sesiones siguientes durarán unos 30 minutos. A continuación se describen las fases en las

que según Ayuso (op cit) deben de conformar la terapia de resolución de problemas en pacientes con VIH/SIDA:

Fase 1: Explicación del tratamiento y sus fundamentos.

a) Reconocimiento de los síntomas emocionales y físicos.
b) Reconocimiento de los problemas: Debe hacerse una conexión entre síntomas y problemas. El sujeto debe entender que sus síntomas son una respuesta emocional a sus dificultades. El terapeuta explica entonces que la resolución satisfactoria de los problemas llevará a la resolución de los síntomas.
c) Aceptación de una relación entre los síntomas y los problemas: Si el enfermo no puede identificar ningún problema o si todos los problemas parecen abrumadoramente complejos o intratables, la planificación de actividades puede ser útil.

Fase 2: Clarificación y definición de problemas

a) Enumeración de los problemas de forma clara y concreta: Se debe realizar un registro de los problemas de forma clara y precisa para, posteriormente, pedir al paciente que elija uno concreto e importante, que deberá ser definido tan claramente como sea posible.
b) Descomposición de los problemas grandes en partes más pequeñas y manejables.

Fase 3: Elección de metas alcanzables

Una vez que el problema ha sido aclarado y definido, la fase siguiente consiste en elegir uno o más objetivos alcanzables. Para hacer esta elección es importante tener en cuenta el balance entre los recursos del paciente y los obstáculos. Los recursos del paciente pueden consistir en:

- Aptitudes personales.
- Educación, actividades de ocio, recursos sociales y económicos.
- Apoyo de otras personas, tales como el cónyuge, la pareja u otros familiares, amigos, profesionales o sacerdotes.
- Grupos de autoayuda.

Es preciso que el paciente tenga la sensación de conseguir logros precoces en el tratamiento; por ello, los objetivos propuestos inicialmente deberían ser aquellos que puedan ser alcanzados rápidamente. Las metas a medio plazo pueden cubrirse en distintas fases a lo largo del curso del tratamiento.

Fase 4: Búsqueda de soluciones:

Una vez que un objetivo alcanzable ha sido señalado, se le pide al paciente que enumere las soluciones que se le ocurran. Se le insiste en que intente generar tantas como le sea posible. Las soluciones potenciales no deben ser rechazadas o prejuzgadas, aunque parezcan ilusorias o imposibles.

Fase 5: Elección de una solución preferida:

El terapeuta anima al paciente a redactar una lista de los pros y los contras para cada solución potencial, considerando los siguientes aspectos:

- Ventajas e inconvenientes en relación con el tiempo del paciente, el esfuerzo, el gasto o el malestar emocional que conlleva.
- Efectos en los amigos y familiares del paciente.

Cuando todas las soluciones alternativas han sido enumeradas, el paciente debe seleccionar la solución que conduzca a obtener las metas propuestas con los menores inconvenientes personales y sociales.

Fase 6: Realización de la solución elegida:

Los pasos requeridos para alcanzar la solución podrían ser divididos en otros más sencillos. Debe haber claras especificaciones de los pasos intermedios y cuándo deben darse. El paciente necesita tener un conjunto claro de tareas que debe completar, que quedan señaladas como trabajo para casa y son anotadas en una hoja. Si le falta confianza en que va a poder llevar a cabo alguna de estas tareas, se puede ensayar la situación a través de una representación de papeles.

Fase 7: Evaluación:

Al comienzo de cada sesión se deben valorar los progresos realizados. El paciente habrá completado o intentado completar las tareas acordadas en la sesión anterior y recogido los resultados por escrito. El terapeuta elogiará cualquier progreso o éxito y a continuación, pasará a discutir los obstáculos y las dificultades, teniendo en cuenta que los pacientes pueden centrarse selectivamente en los fracasos. Es importante destacar cualquier éxito, por pequeño que sea. Si han surgido dificultades, se deben examinar las causas. Puede ocurrir que el paciente no realice las actividades y tareas establecidas previamente por falta de comprensión. La motivación del sujeto será probablemente mayor si se esfuerza por lograr sus propias metas con sus propias soluciones. El objetivo global de esta intervención es conseguir que la resolución de algunos problemas permita al paciente obtener una sensación de control sobre su vida y así modificar la percepción de otras dificultades que pueda afrontar.

Debido a que en la revisión bibliográfica que se realizó, no se encontraron más tratamientos específicos para enfermos de VIH/SIDA con enfoque cognitivo-conductual, se optó por concluir este apartado con los siguientes aspectos generales que según Carrillo de Albornoz (1994) han mostrado eficacia en la intervención psicológica bajo este enfoque:

- Fomentar estrategias internas de motivación es fundamental en esta fase de la enfermedad en que el afectado se encuentra sometido a una serie de cambios y de pérdidas importantes. Transmitir la utilidad de centrarse en lo que se puede hacer, en lugar de lamentarse de lo que no se puede realizar; clarificar o reestructurar roles; evaluar qué tipo de logros y actividades puede ir incorporando; generar alternativas y desarrollar nuevas habilidades que permitan, como refiere David Miller (sin fecha), tener una actitud de "vivir luchando" en lugar de "abandonar esperando".
- Proporcionar instrumentos para que puedan entender y manejar las distintas reacciones emocionales que puedan presentarse a lo largo del proceso.

- En la intervención del temor es importante tener en consideración los siguientes elementos: perder nuestro miedo a hablar de temas delicados y dolorosos; animarles a hablar de ello cuando así lo deseen; mantener escucha activa hacia lo que tienen qué decir; incidir sobre sus temores y preocupaciones; utilizar la técnica de resolución de problemas; evaluar si los temores tienen base real o no la tienen. Si no están justificados, podemos proporcionar tranquilidad. Si tienen base real, debemos estar preparados para ayudar a confrontar las pérdidas y expresar el dolor de cada una de éstas, empatizando, compartiendo el sufrimiento y ayudándoles a racionalizarlo y a tomar conciencia de que si bien el afrontamiento es duro, la huida lo es mucho más, porque la evasión, con frecuencia, es patológica por alienante.
- Ayudar a los pacientes y sus familiares a mantener una comunicación clara y abierta que les facilite entender, compartir, escuchar, acompañar.
- Aprender a manejar y minimizar la incertidumbre. Aceptar el riesgo que supone vivir reaccionando positivamente ante los desafíos en lugar de sentirse desbordado.
- Incrementar expectativas de eficacia personal, sentimientos de utilidad y sensación de control, lo que supone la convicción de que algunos acontecimientos críticos, situaciones adversas y objetivos significativos pueden ser afrontados de modo eficaz con su intervención personal.
- Fomentar habilidades de cambio de comportamientos de riesgo o perjudiciales por la adquisición de otros más saludables. Comprender los conflictos interpersonales y manejarlos a través del entrenamiento en distintas habilidades sociales.
- Afrontar el estrés cuando la ansiedad pierde su función adaptativa. En este sentido, la intervención puede focalizarse en proporcionar:

a) Información sobre cómo y cuándo reconocer los signos y síntomas de estrés.
b) Entrenamiento en técnicas de autocontrol en sus tres canales de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor.
c) Idea de controlabilidad.
d) Ayuda para interpretar la realidad de un modo adecuado.

e) Autoinstrucciones positivas encaminadas a enfrentar los problemas de un modo adecuado, de forma que la persona sea capaz de utilizar su diálogo interno a su favor.
f) Entrenamiento en técnicas de respiración profunda, relajación y visualización.
g) Estrategias de autocuidado: control ingesta de tóxicos, alimentación equilibrada, sueño, sexo seguro y divertido, ejercicio físico.
h) Actividades gratificantes, especificando para cada individuo las que les resulten más agradables según su estilo personal.

- Discutir sobre las pérdidas, la muerte y el hecho de morir.
- Tratar las dificultades sexuales si se producen.
- Involucrar a las parejas y en la medida de lo posible, a los allegados.

Aguilar (2000) comenta con respecto a este enfoque que ni siquiera logra un trabajo integral debido a que no retoma el trabajo corporal que es un paso básico en el proceso terapéutico que tiene que ver con el contacto con la muerte y enfrentamiento al “dolor emocional”, además es deprimente aunque realista observar cómo recientemente en muchos casos estos terapeutas reconocen que su tipo de enfoque no les permite abordar el problema cuando las personas ya son portadoras de éste virus, a lo más sólo logran intervenir a un nivel solamente preventivo.

3.2 Psicoterapia Gestalt

En esta corriente psicológica, la personalidad es un "todo organizado" y no la suma de sus partes. Por ello los problemas psicológicos serían para los gestálticos, consecuencia directa de no saber aceptar o integrar partes de nosotros mismos en nuestra personalidad (por ejemplo, no asumir la rabia que se siente hacia alguien, y esto se manifiesta en una determinada conducta). Uno de los principales fundadores de este enfoque fue Perls, quien afirmaba que “la gente crea y constituye sus propios mundos” (Uziel 1995), es decir, el mundo existe para

un individuo determinado, como su propia visión, percepción e interpretación de ese mundo.

Esta psicoterapia consiste en pedir al paciente que se concentre simplemente, en enterarse de la experiencia presente, bajo la hipótesis de que los problemas sin resolver, del pasado, irán surgiendo inevitablemente como parte de la experiencia presente. La condición para que un individuo se sienta satisfecho en cada momento de la vida es la aceptación sincera de dicha experiencia presente.

Sólo en el presente pueden funcionar los sistemas sensoriales y motrices; y sólo mediante esta terapia puede hacerse tangible y vivaz la experiencia presente. Cualquier aspecto de la conducta de un individuo se puede considerar como una manifestación del todo que es la existencia de una persona. Así pues, en esta terapia, lo que el paciente hace, la forma en que se mueve, habla, etc., proporciona tanta información, como lo que piensa y dice.

Es precisamente en este último punto en donde la psicoterapia gestalt establece el concepto de conciencia como un medio para estimular el autoconocimiento, sin éste el individuo no puede crecer, desarrollarse, ni experienciar el aquí y el ahora lo cual lo lleva a perder el contacto real consigo mismo y con su yo (Uziel 1995).

El terapeuta ayudará al cliente a ser consciente de su propia personalidad y a que asuma la responsabilidad de sus actos y sus propias emociones. La duración de la terapia es variable y suele ser semanal.

Un ejemplo de este enfoque es el aplicado en el centro de atención sur de CONASIDA, donde se creó un plan de intervención terapéutica grupal con el enfoque Gestalt, cuyo el objetivo principal, fue ayudar al paciente a recobrar el equilibrio emocional, tras el choque de saberse seropositivo al VIH/SIDA, haciendo un esfuerzo por incrementar sus defensas y elaborar mejores "mecanismos de control", recuperando su homeostásis interna, por medio de la

catársis y disminuyendo la carga afectiva que este resultado implica en sus vidas. Así las metas básicas de la terapia de apoyo grupal para el paciente homosexual y/o seropositivo son (Martínez, 1999):

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

Con la aplicación de la terapia grupal se evaluó la efectividad de la técnica terapéutica Gestalt, empleada en un grupo de pacientes homosexuales y seropositivos al VIH/SIDA, mediante el MMPI-2. El diseño empleado para esta investigación, fue un estudio descriptivo de contrastación, donde se describió la relación existente entra la terapia grupal con enfoque Gestalt y los cambios presentados en áreas específicas del perfil de personalidad del paciente homosexual y seropositivo al VIH/SIDA, con un modelo pretest-tratamiento-postest, contrastando sus perfiles con los obtenidos en pacientes que no tomaron tratamiento psicoterapéutico. El tamaño de la muestra fue con 20 pacientes, distribuidos en dos grupos: Grupo 1 de terapia y Grupo 2 No terapia. La variable atributiva es dicotómica, donde se compararon los perfiles de personalidad de los pacientes que tomaron terapia grupal y los que no la tomaron. El tiempo de duración del estudio seis meses para el Grupo 1 en psicoterapia y seis meses para el Grupo 2 sin psicoterapia. La intervención terapéutica en el Grupo 1; se llevó a cabo con la Técnica Gestalt, en donde la terapia se planeó para 25

sesiones de 150 minutos cada una, una vez por semana, durante seis meses. El plan de intervención consistió en 5 etapas, donde una de ellas se repite:

1ª. Disminución de ansiedad; consta de seis sesiones de intercambio y actualización de información, sobre el VIH/SIDA.

2ª. Promoción de cambio de actitudes de riesgo de infección por vía sexual. 2 sesiones de "Taller de sexo seguro y protegido".

3ª. Auto afirmación y fortalecimiento del Yo. Autoconocimiento, crítico objetivo. Revisión de las conductas pasadas, confrontándolas, ofreciendo nuevas estrategias de afrontamiento. Manejo de la ira contenida.

4ª. Revisión de historias de vida familiar. Buscar redes de apoyo, revisando la historia de vida y generando mejores apoyos para el futuro. Crear "acuerdos" y estrategias, para notificar el estado de salud a la familia y/o pareja.

Repetir la 2ª. Etapa revisando conductas de riesgo por contacto sexual y promoviendo el cambio de actitud.

5ª. Etapa final; Planeando un nuevo "proyecto de vida". Buscar, una mejor calidad de vida, cuidando aspectos como alimentación, medicinas, economía, planeación de metas a corto y mediano plazo, y promover el compromiso con la lucha contra la propagación del VIH/SIDA.

Al comparar los resultados en el pretest y el postest entre los grupos estudiados se observa que los pacientes del grupo 2 (que no tomaron terapia), mostraron mayor inadaptación social, pues las escalas que miden los aspectos sociales, se encuentran afectadas de forma más notoria que en los pacientes del grupo 1 (de terapia); prestan así mismo, limitadas posibilidades de cambio, por su pobre capacidad para aceptar las consecuencias de sus actos, carecen de compromiso social para su grupo de pertenencia y de metas bien definidas. Estos cambios generados en los esquemas conceptuales y en las autopercepciones del paciente, como en el concepto de sí mismo y el escaso control alcanzado en sus conductas; el "darse cuenta" de cómo éstas influyen en su vida y haciéndose responsable de ello, ha resultado importante, (a pesar de que estadísticamente, se consideren poco significativos), éstos cambios se ven reportados en las escalas

del MMPI-2 como la Dp que en ambos grupos del estudio se vio incrementada; al tiempo que disminuyó la escala Pa (Paranoia) y se incrementaron las prácticas antisociales en ambos grupos. Se tiene entonces que el apoyo del grupo refuerza la alianza terapéutica, disminuye las resistencias iniciales al tratamiento y provee al paciente de un escenario donde, puede practicar de inmediato las nuevas conductas y las estrategias de afrontamiento ante su situación, sintiendo alivio y reforzando su capacidad de cambio en un ambiente de cierta seguridad.

En general, según Martínez, (1999) la terapia de apoyo debe de centrarse en las necesidades actuales del paciente intentando restablecer su equilibrio interno emocional tan pronto como sea posible y ayudarle a disminuir la ansiedad causada por su condición de vida como homosexual y/o seropositivo, a modo que sea capaz de funcionar a un nivel cercano al habitual, haciendo un esfuerzo por incrementar sus defensas y elaborar mejores mecanismos de control; así al estar inmerso en un grupo terapéutico se desarrolla un clima de seguridad, donde el paciente puede expresar entre "iguales" sus miedos, sentimientos, dudas, proyectos y liberarse en forma gradual de sus temores y fuentes de ansiedad, logrando mejores actitudes hacia el futuro. El apoyo terapéutico grupal en el paciente VIH/SIDA bajo este enfoque psicológico, tiene como objeto aclarar la información acerca de la enfermedad, dar apoyo emocional que le permita afrontar la situación; reducir la ansiedad, evitar el deterioro de las funciones mentales superiores, con el fin de ayudarle a superar la pérdida de la salud mediante el manejo del duelo, evitando la negación que pone en riesgo la salud del paciente y de otras personas, ayudar a modificar actitudes que ponen en riesgo la salud del paciente y restituir la desestructuración de la personalidad en relación con la vivencia de la crisis (Martínez, 1999).

Finalmente, dentro de esta psicoterapia Payno (2001) ofrece algunos elementos a considerar para diseñar una estrategia de atención personalizada. La importancia de contar con una estrategia de atención que incluya el apoyo psicológico lo llevó en el año de 1997 a integrar algunas sugerencias que pudieran

ser de utilidad a personas que se encontraran ante la duda de qué hacer en el futuro inmediato y a mediano plazo:

1. Responsabilizarme y participar conscientemente de mi salud, informándome con:
   a) Personal médico y psicoterapeutas con experiencia en el manejo del VIH/SIDA.
   b) Con organizaciones y grupos de autoapoyo, con trabajo reconocido en VIH/SIDA.
   c) Con amigos (as) portadores (as) de VIH/SIDA.
   d) Con publicaciones serias, nacionales e internacionales.
2. Incrementar mi fortaleza y seguridad, sobre todo en los momentos difíciles.

   Es fundamental seleccionar cuidadosamente a mis aliados para la lucha contra el VIH/SIDA.
   a) Familiares.
   b) Amigo (as).
   c) Médicos y psicoterapeutas.
3. Mantenerme en condiciones óptimas de salud física y mental, realizándome los análisis clínicos específicos en forma periódica, para conocer el momento de iniciar oportunamente la toma de medicamentos y tratamientos alternativos que tengan un beneficio real y comprobado.
4. Incrementar mi tranquilidad encontrando mi mejor solución económica para garantizar una atención adecuada.
5. Proporcionar a mi cuerpo los nutrientes necesarios para mi mejor funcionamiento, asesorándome con un nutriólogo (a) con experiencia en VIH/SIDA para establecer los parámetros de mi alimentación de acuerdo con mi estado de salud y mis actividades.
6. Fortalecer mi cuerpo ayudándolo a liberar toxinas y tensiones, con ejercicio y actividad suficiente, sin llegar al agotamiento, descansado cuando sea necesario.

7. Para que mi hígado, pulmones, riñones y demás órganos estén en condiciones óptimas para la lucha contra el VIH/SIDA y se les facilite eliminar toxinas y asimilar nutrientes, evitar el consumo de toxinas adicionales como el alcohol y el cigarro.
8. Mantener mi entusiasmo y gusto por la vida, teniendo lo más claro posible mi proyecto de vida.
9. Dar una armoniosa fluidez a una de las manifestaciones más importantes de los seres vivos, realizar mi sexualidad con amor a mí mismo y con la (s) persona (s) con la (s) que me relaciono.
10. Vivir con mayor armonía las manifestaciones de mi cuerpo, mente y espíritu:
    a) Aprender a reconocer el mensaje amoroso de mis diversas emociones y sentimientos y actuar en consecuencia.
    b) Incorporar lo más posible la energía del amor en mis relaciones con las personas que tengo relación y en especial conmigo mismo.

3.3 Psicoterapia Breve

La psicoterapia (esto es la psicoterapia dinámica) se ocupa de comprender el efecto que tienen las experiencias específicas de la vida sobre el organismo humano. Intenta comprender la masa perceptible acumulada que afecta la percepción contemporánea. Además trata de ayudar a desenmarañar o de alguna otra manera modificar aquellas percepciones pasadas que al haberse mal adaptado tienden a afectar los sentimientos y comportamientos actuales, y las respuestas derivadas de ellos. Las distorsiones del pasado se reestructuran por medio de la alianza del yo intacto del paciente y el papel técnico y humano del terapeuta. La Psicoterapia entonces se ocupa del cambio de aquéllas estructuras que necesitan cambiar para permitirles vivir con menos maladaptaciones, menor sufrimiento subjetivo y menor riesgo para otros. La práctica de la psicoterapia rápida exige en especial que el terapeuta opere partiendo de un conjunto de hechos firmemente asentados y de hipótesis bien fundamentadas. La brevedad

misma del tratamiento exige el máximo orden posible en cuanto a la precisión del pensamiento y la mayor economía de la intervención. El terapeuta tiene que estar penetrantemente alerta para percibir cada comunicación significativa, mientras con rapidez formula los comunes denominadores, llena los huecos de las partes omitidas desde su ventajosa posición de sentido no común, y casi simultáneamente tiene que decidir sobre cuál es la intervención más fructífera, que tiene que cotejar con su avalúo de las fuerzas, circunstancias de la vida real del paciente y condiciones del yo del paciente. En la psicoterapia rápida el terapeuta no tiene tiempo para esperar a que se desarrolle el insight, tiene que crearlo. No tiene tiempo para esperar la elaboración, tiene que estimularla. Y cuando estos aspectos básicos del proceso terapéutico no se presentan, tiene que inventar alternativas. Por ello la psicoterapia breve es propiamente una especialidad para el profesional experimentado porque requiere el empleo total e inmediato de sus capacidades (Hernández, 1998).

La meta de la psicoterapia breve se limita a quitar o a reducir un síntoma determinado; no se propone la reconstitución de la personalidad excepto en el caso de que cualquier intervención dinámica puede, y eso hasta cierto punto, automáticamente conducir a alguna forma de reestructuración. En su orientación dirigida al síntoma, la psicoterapia breve intenta mejorar la situación psicodinámica individual lo suficientemente como para permitir a la persona que continué funcionando, permitiendo a la "naturaleza" que continúe el proceso de curación, y en los casos en que esté indicado, aumentando la capacidad de autoapoyo del individuo suficientemente para que se habilite para continuar una psicoterapia más extensiva. Lograr la homeostásis sólo por un período corto, le proporciona al individuo el conocimiento de que la mejoría es posible para él y además la motivación para buscar los medios y luchar para obtenerla. En la psicoterapia breve el paciente no se tiende en un diván, sino que se sienta vis a vis al psicoterapeuta. Este procedimiento es así tanto por las metas y los métodos empleados cuanto por la limitación de tiempo (op. cit.).

Dentro de esta psicoterapia Hernández (1998) realiza una investigación de tipo clínica con un diseño de estudio de casos. Donde el objetivo no es la prevención de la enfermedad sino más bien de la mortalidad o de alguna otra consecuencia adversa de la enfermedad. Por lo que el objetivo principal radica en el hecho de aumentar la autoestima y la capacidad del enfermo para afrontar la situación por la que atraviesa a la vez que disminuye la angustia. Se emplean psicoterapias de apoyo breves, orientadas a solucionar crisis, en las que se facilita la expresión de sentimientos y temores acerca de la enfermedad y sus consecuencias, y permiten explorar, aclarar e interpretar elementos psicodinámicos que son relevantes en la situación inmediata. De esta forma se piensa que la atención a la salud debe dirigirse a todas las áreas del paciente, debido a la influencia que existe entre el estado emocional y el equilibrio orgánico. No obstante se enfrentaron a 3 problemas básicos entre los muchos que obstaculizan la aplicación de psicoterapia breve como parte del tratamiento integral del paciente terminal; 1) atender a un número cada vez mayor de personas, 2) atender mejor y con mayor eficacia y 3) atender a más con menos costo. Para la realización del estudio contó con 3 casos entre los cuales encontró dos pacientes con diagnóstico de SIDA y uno con cáncer todos fueron remitidos a terapia por el médico requerido. Realizó un análisis interpretativo respecto al impacto psicológico sufrido por cada uno de los pacientes al recibir un diagnóstico de VIH/SIDA y cáncer, y, el efecto que provocan los cambios que conlleva la propia enfermedad en sus diferentes áreas y cómo a su vez es modificada la estructura de la personalidad en cada uno de ellos. Con base a los tres casos presentados, Hernández (1998) propone, que si se acompaña al enfermo, se comparte su sufrimiento, y se le proporcionan estrategias psicoterapéuticas como parte del tratamiento, se le podrá ayudar a pasar de una posición de negación a una posición de aceptación, realizando de una interpretación realista de la situación, a través de sus cambios, unida a la determinación de adaptarse progresivamente a los mismos o a la propia enfermedad. Situación que nos habla de una mejor calidad de vida.

Torres (1998) presenta el modelo de psicoterapia psicodinámica en pacientes seropositivos de la siguiente forma: 1)Material del paciente. La piedra angular de las sesiones es la aportación del material del paciente, conformado por episodios recientes, recuerdos, observaciones y vivencias relacionadas obviamente con el convenio focal acordado; en este sentido el terapeuta es capaz de intervenir específicamente en una dirección y reformular las aportaciones, destacando selectivamente los elementos más cercanos a la situación focal y cuidar que no exista una intromisión de elementos infructíferos para los objetivos. De esta forma el paciente aprehende progresivamente las reformulaciones y la orientación que el terapeuta ha estado dando al material producido, de manera que genera asociaciones que ampliarán los elementos utilizables para la labor focal y consecuentemente la dinámica de trabajo conducirá a profundizar sobre dichos elementos. 2)Focalización. El trabajo sobre la focalización proporciona un modelo estructurado de los determinantes de la problemática jerarquizada en el que se basa la convergencia de una multiplicidad de recursos técnicos por parte del terapeuta para identificar, definir las vías de acceso e intervenir en las zonas que integran la situación. 3) Intervenciones y planificación. Finalmente, resulta esencial señalar que dado el carácter peculiar que cada modelo estructural conserva, resulta inútil abordar el conflicto mediante la administración de estímulos correctores; por el contrario, debido a que se trata de un proceso con pretensiones de individualizar las intervenciones terapéuticas, la planificación de estrategias y los reajustes que el terapeuta realice conforme al progreso del tratamiento y con base a la respuesta del paciente ante tales acciones reditúan en mayores posibilidades de acceder a cambios más profundos. De esta forma el modelo funciona con intensiones de responder a los enfoques correspondientes a los diagnósticos y pronósticos alcanzados en la fase evaluativa y sobre todo a los criterios de cambio y cumplimiento de metas terapéuticas dentro de un concepto de experiencia humana.

Dentro de esta misma orientación psicológica el albergue "Nancy Cárdenas" de Ser Humano, A.C. que se ubica en la Cd. De Guadalajara, Jalisco

en México proporcionó atención psicológica a 54 personas que viven con VIH/SIDA y a 49 familias de estas personas con un promedio de dos miembros por familia, dando un total de 152 personas atendidas de febrero de 1995 a diciembre 1996. Durante el apoyo emocional a los pacientes se utilizaron técnicas de psicoterapia breve y de emergencia basado en Leopoldo Bellack, teniéndolos bien informados y apoyándolos durante sus tratamientos, favoreciéndoles el que aclararan sus ideas y dieran solución a sus angustias y conflictos, proporcionarles información sobre medicamentos, sus efectos secundarios y sobre aspectos legales (testamento, patria protestad). El psicólogo responsable escribía una nota después de cada sesión, en el expediente del paciente, anotando información general acerca del estado anímico-afectivo y físico, además de alguna recomendación en el expediente común para el personal que lo tenía bajo su cuidado o algún comentario que se considerara conveniente, con el fin de que se apoyara al paciente en su estado de ánimo y a la vez se reforzara el trabajo del psicólogo. Estas notas también incluían actividades de terapia ocupacional. Al ingresar cada paciente y cuando fue posible, a través de Trabajo Social, se pidió a sus familiares o personas que lo estuvieran apoyando, acudieran a una sesión de orientación y asesoría con el psicólogo que llevaba su caso, con el objetivo de eliminar mitos y fantasías hacia la enfermedad, sondear las expectativas de la familia, sus actitudes y conducta hacia el paciente y la manera en que viven y enfrentan dicha situación. Todo esto con el fin de mejorar en la medida de lo posible las relaciones entre el paciente y sus seres queridos para que su muerte fuera lo más tranquila y se resolvieran los pendientes que existieran, permitiendo así que la familia elaborará su duelo. Los resultados del estudio que realizó Luna (2000) en esta institución, muestran la importancia de que las personas reciban la atención psicológica y de cómo en base a esto se originan algunos cambios tanto emocionales como físicos que favorecen que el paciente se vaya adaptando a su nueva forma de vida. Así mismo la consejería fue un buen medio para que las personas desahogaran sus sentimientos y no se crearan fantasías y temores indebidos hacia la enfermedad. Y al presentarse períodos de crisis debido a la aparición inicial o recurrencia de un sistema particular o infección, una repentina o

profunda pérdida de la movilidad, falla del tratamiento, rechazo por un miembro de la familia, o la etapa terminal de la enfermedad, las personas se mostraron en un estado de desequilibrio y vulnerabilidad emocional; por lo que al llevar a cabo la intervención en crisis, la persona expresó sus sentimientos y experiencias internas y favoreció a la aceptación del suceso que lo puso en crisis. Esto mostró que proporcionar las herramientas para hacerle frente a estas situaciones y el brindarles el apoyo para ventilarlas, favorece a que disminuyan dichos períodos de crisis.

De esta forma, los objetivos de la intervención psicológica con psicoterapia breve para pacientes con VIH/SIDA según Luna (2000) son:

1) Proporcionar información actualizada sobre la enfermedad y tratamientos, como apoyo a las áreas de medicina y enfermería.
2) Apoyar psicológicamente a las personas que deseen realizarse la prueba de detección al VIH/SIDA, antes y después de ésta, sea cual sea su resultado.
3) Dar apoyo de intervención en crisis.
4) Proporcionar las herramientas que le permitan al paciente enfrentar y manejar sus sentimientos, fantasías, miedos y angustias, así como las implicaciones sociales, culturales, familiares y laborales que se le presentan al vivir con VIH/SIDA.
5) Favorecer que el paciente sea autosuficiente el mayor tiempo posible.
6) Brindar atención tanatológica a los pacientes que se encuentran dentro del albergue, para ir elaborando su muerte.
7) Asesorar y apoyar psicológicamente a los familiares de los pacientes.

3.4 Otras alternativas de intervención psicológica

Algunas terapias alternativas han jugado también un papel importante de la intervención para personas con VIH/SIDA, tales como (Aguilar, 2000):

1. Acupuntura: se ha propuesto para el trabajo con personas portadoras de VIH/SIDA debido a que es la técnica más adecuada para inducir la sedación

del Retrovirus, ya que se fundamenta en que la vitalidad es una cualidad de vida, dando una visión integral del hombre, se propone restablecer el equilibrio energético del ser humano en sus ínter o intravinculaciones en el cosmos, sustentándose en el TAO, principio y fin de todos los opuestos y complementarios que incluyen la activación y sedación, el retrovirus se encuentra en todos los fluidos y se transmite fundamentalmente por la sangre, el semen y las secreciones vaginales. El meridiano que representa el medio en el que fluye el VIH/SIDA y que puede operar sobre su ritmo es el meridiano de "Circulación Sexualidad" que no representa a ningún órgano sino a una función reguladora que influye sobre el corazón, la circulación y los órganos sexuales, sobre los trastornos psíquicos inherentes.

2. Flores de Bach: en la enfermedad hay un cambio de disposición y de humor en las personas, cambio que los buenos observadores son capaces de notar antes, de que la enfermedad se manifieste. El tratamiento evitará, así, que el mal llegue a aparecer. En dolencias presentes y prolongadas también será el estado de humor del paciente lo que nos indicara el remedio a aplicar.

3. Fitoterapia: se basa en remedios con plantas medicinales que presentan una inmensa ventaja con respecto a los tratamientos químicos. En las plantas los principios activos se hayan siempre biológicamente equilibrados por la presencia de sustancias complementarias, que van a potenciarse entre sí, de forma que en general no se acumulan en el organismo, y sus efectos indeseables están limitados. Sin embargo, a pesar de que han aumentado las investigaciones y estudios científicos de las plantas medicinales, todavía no se conocen muchos de los principios activos a los que deben las plantas sus extraordinarias cualidades.

4. Yoga: esta alternativa terapéutica esta basada en una nueva perspectiva hacia la vida, donde se realiza un tipo de trabajo de disciplina a nivel corporal, a partir

de ejercicios y una adecuada dieta alimenticia, emocional y generalmente a un nivel espiritual a partir de la meditación.

5. Reiki: estos modelos aunque muestran eficacia en el tratamiento de distintas psicopatologías, llegan a mostrar algunas limitantes en el tratamiento a personas portadoras del VIH/SIDA ya que pierde algunos elementos que la perspectiva integral y la musicoterapia sí abordan.

6. Apoyo espiritual y/o pastoral: este tipo de alternativa para la intervención en personas que viven con VIH/SIDA ha tenido repercusiones positivas debido a que es uno de los elementos que pueden brindar una paz interna y un buen morir a la persona, sin embargo debido a que en muchos casos no es impartido por un terapeuta se dejan de lado algunos otros elementos que apoyarían en gran medida a una mejora en la calidad de vida que llevan esas personas. Además, en muchas ocasiones lo único que se genera es una adicción o dependencia a la espiritualidad o provoca un fanatismo, llevado a un simple autoengaño de su cambio de vida.

Una vez que se han abordado algunos tratamientos psicológicos para pacientes con VIH/SIDA desde diferentes enfoques y se ha planteado la forma en que cada uno de ellos aborda el problema del VIH/SIDA; resulta conveniente ahora que se realicen los planteamientos teóricos y metodológicos del humanismo desde cuyo enfoque psicológico se realizó el presente trabajo de tesis, por lo cual el siguiente capítulo corresponde al humanismo.

CAPITULO 4. ALTERNATIVA HUMANISTA

El contenido de este capítulo hace referencia a la orientación humanista de la psicología, por lo que se aborda las bases teóricas del humanismo y la psicoterapia centrada en el cliente que permite el conocimiento de las formas de trabajo y técnicas de esta alternativa. De esta forma también se presenta un apartado sobre proyecto de vida, donde se hace hincapié de la importancia que tiene un proyecto de vida en la persona infectada con el VIH para poder seguir con su desarrollo personal.

4.1 Bases teóricas del humanismo

Cuando la Psicología comenzó como una rama de la ciencia básica, uno de los tantos intereses primarios de sus fundadores se enfocaban en la sensación y la percepción. Durante las últimas décadas del siglo XIX y XX, los fundadores de la Psicología experimental, como Wundt, Helmholtz, Ekman, etc., suponían que el estudio psicológico estaba dirigido en primer lugar a "descomponer la estructura y la función del sistema nervioso y sus receptores en neuronas e impulsos nerviosos que supuestamente hacían que ocurriera la conducta observable" (Rychlak 1998).

Muchos investigadores y psicólogos enfocados en el tema no podían aceptar esta forma de reduccionismo, así comenzaron a surgir diversas alternativas para dar explicación al comportamiento humano, una de ellas fue la perspectiva Humanista; la cual se basa principalmente en la Fenomenología, Existencialismo y Gestalt. La primera, intenta clarificar cómo cada uno de nosotros nos hacemos conscientes de la experiencia vivida; la segunda menciona que el destino del hombre esta en sus propias manos, haciéndose responsable no solo por sí mismo sino también lo es por los demás (Sartre sin fecha citado en Mahoney, 1997) y la última argumenta que los seres humanos organizan un estímulo físico en una totalidad única a nivel de la experiencia fenoménica. A partir de estas teorías Carl Rogers (sin fecha) formula algunos de sus postulados

centrales: el hombre está sujeto a un continuo devenir, la realidad depende del campo perceptual y por lo tanto, la realidad es un concepto individual, la conciencia consiste en la percepción de mis experiencias sensoriales y viscerales, el campo perceptual determina el comportamiento y su concepto de congruencia también se deriva en buena parte de estas teorías. La influencia del existencialismo en la teoría de Rogers es muy amplia y notoria. Conceptos como "vivir el aquí y el ahora", el análisis existencia, "ser lo que realmente se es" y aún el mismo título de su obra "El proceso de convertirse en persona" expresan claramente la relación (Mota, 1999).

Los psicólogos humanistas enfocan su atención en los esfuerzos de las personas hacia la autodeterminación y la autorrealización, lo que significa experimentar la vida como un proceso de elección continua, que tiende naturalmente al desarrollo del potencial individual. Dos teóricos precursores destacan la importancia de este potencial humano, el cual debe ser visto a través de la misma persona. Uno de estos precursores fue Abraham Maslow (1908-1970), quien propuso que estamos motivados por una jerarquía de necesidades, en primera fisiológicas y posteriormente personales, cómo alcanzar seguridad, buscar el amor, ser amados y amarnos a nosotros mismos y alcanzar autoestima con lo cual buscamos la autorrealización. Conforme se va superando cada nivel de forma exitosa, las personas avanzan hacia el siguiente nivel. Aunque Maslow también menciona que nadie se halla completamente autorrealizado, pero que si hay gente que se encuentra desarrollándose de manera saludable y que siempre trata de subir a niveles más altos que le llevan a producir mayor satisfacción (Odriozola 2000).

El otro de estos precursores fue Carl Rogers (1902-1987) quien planteó que la gente utiliza su experiencia para definirse a sí misma, que un individuo es por nacimiento impulsado a transformarse en una persona total, completa y autorrealizada y que esta tendencia empuja a la persona hacia su potencial, la cual se caracteriza por la lucha y el dolor, estas experiencias son evaluadas por el

propio individuo juzgando si ayuda a su crecimiento o lo debilita (Myers 1994 y Emperador y Cantonero 1999). El autoconocimiento y la autoobservación vienen, según Rogers, a través de nuestras primeras experiencias, mediante las cuales dominamos el ambiente a través de la alta consideración que otros nos muestran, con sus expresiones de afecto, admiración y aceptación, y a través de la congruencia, o del acuerdo entre las experiencias que tenemos a lo largo de la vida y de la forma como nos vemos a nosotros mismos.

La Psicología humanista concibe a la persona como una totalidad en la que se interrelacionan factores físicos, emocionales, ideológicos o espirituales formando al ser real, el individuo es visto como una persona que se puede hacer cargo de su vida, llevar su propio desarrollo y realizar sus deseos o sea llegar a la autorrealización, con lo cual mostrará altos niveles de percepción de la realidad, habilidad para resolver problemas, autodirección, deseo de privacidad, riqueza emocional, frecuentes experiencias valiosas, identificación con uno mismo, con otros, aceptación de sí misma, de otros y de la naturaleza. El humanismo sostiene que la naturaleza humana es neutral y que lo negativo de cada persona es el resultado de un daño en el desarrollo, se comenta que el humanismo tiene siempre presentes los factores internos como los sentimientos, emociones, valores y esperanzas, por lo tanto es indispensable no limitarse a sí mismo en ningún aspecto posible.

Es imposible separar el desarrollo emocional de la formación de la personalidad, la personalidad comienza en la primera infancia del ser humano, casi desde el mismo día de su nacimiento. En el primer mes de vida ya manifiesta su temperamento único, está adquiriendo un sentido subconsciente del mundo y empieza a reaccionar y a provocar respuestas de las personas que lo rodean; Watson afirmó que los niños nacían con tres emociones principales: el amor, la ira y el miedo; las cuales eran respuestas incondicionadas de estímulos incondicionados, posteriormente varias investigaciones sobre el desarrollo

emocional de los niños establecen que el bebé crece de forma ideal en un núcleo familiar, con el padre y la madre, esta se encarga del cuidado primario y casi total del bebé, mientras que la función principal del padre es estimular y respaldar a la madre y que el factor más importante para el bienestar emocional del niño es el vínculo que existe entre la madre y el hijo.

Todos los niños desarrollan, poco después del nacimiento, su propio estilo único de abordar personas y situaciones es decir lo que se llama temperamento el cual también dependerá del sexo y el orden de nacimiento que ocupen. Posteriormente los niños en la edad preescolar muestran un interés en las diferencia anatómicas entre niños y niñas y entre niños y adultos, en descubrir de donde vienen los bebés.

Durante los años escolares los niños aprenden las destrezas de sus culturas para que puedan llegar a desempeñar un oficio, valerse por sí mismo, adquirir conocimientos, interrelacionarse con los demás y ver por sus familias. Esta es una edad en la cual la productividad adquiere importancia. Los niños ya no se conforman con jugar; tienen que convertirse en trabajadores para merecer el aprecio de sus propios esfuerzos. Estos años son cruciales para el desarrollo del amor propio respecto de sí mismo. Todos deseamos agradar a los demás, desde la misma infancia hasta la ancianidad, lo que nuestros iguales opinen de nosotros es de mucha importancia; debido a que el ser aceptados por otros tiene un efecto tan grande sobre nuestro concepto de nosotros mismos y porque finalmente está relacionado con nuestro éxito como personas en la vida.

En este sentido, los adultos restringen el modo de vida de los niños, la personalidad, las actitudes, y la forma de comportamiento de los adultos ejercen una gran influencia sobre los pequeños; la experiencia de los niños que, a medida que crecen, van convirtiéndose en seres temerosos y llenos de ansiedad, suele caracterizarse tanto por la incertidumbre acerca del apoyo paterno como a sí mismo y muy a menudo por formas de coerción paternas encubiertas que

distorsionan la personalidad el niño, vienen al caso la presión que ejercen los padres para que el hijo se convierta en su cuidador o para que adopte o confirme ciertos modelos paternos falsos acerca de sí mismo, de su rol como hijo y de su relación con ellos.

De manera similar, la experiencia familiar de los niños que se convierten en seres relativamente estables y dotados de confianza en sí mismos no solo se caracteriza por el apoyo que le brindan los padres sino también por el aliento que les brindan de modo paulatino pero oportuno para que vayan adquiriendo una autonomía cada vez mayor (Bowlby, 1993). Probablemente la clave más importante del éxito y la felicidad es una buena imagen de sí mismo confiando en sus propias capacidades y que se sienta capaz de hacer frente a los obstáculos y problemas que se le presenten.

Es importante saber que cada niño experimenta un distinto ambiente familiar. El niño cuya concepción obligue a sus padres a casarse antes de tiempo, el niño que nazca después de que el padre abandona a la madre o el niño cuya madre que tiene que trabajar para mantener al hijo va a verse afectado de una u otra manera tanto en el ambiente del hogar como en la forma en que percibirá al mundo, más aún el temperamento mismo del niño afectará sus relaciones con los padres y con otras personas que lo rodean. Por cualquier motivo que sea, la personalidad de los individuos al crecer se verá afectada posteriormente; como es el caso de los jóvenes delincuentes, los cuales se llegan a sentir inferiores y desadaptados tanto en casa como en otros lugares y en general presentan un cuadro de tristeza y desadaptación.

Por lo general, los niños adquieren más precisión en la evaluación que hacen de ellos mismos a medida que se van haciendo mayores. En la adolescencia, el individuo necesita descubrir quién es realmente; los adolescentes necesitan desarrollar sus propios valores y asegurarse de que no están repitiendo

sin pensar las ideas de sus padres, deben descubrir lo que pueden hacer y sentirse orgullosos de sus propios logros y buscar su auto-identidad

En el humanismo las emociones forman parte de la vida cotidiana, el término emoción designa sentimientos que cada uno de nosotros puede reconocer en sí mismo por medio del auto-conocimiento. La emoción es una experiencia o un estado psíquico acompañado de sentimientos, cambios corporales marcados por estos sentimientos, actividades inspiradas por las situaciones sociales, predisposiciones sensorio-motrices, es decir, “es un estado complejo en el organismo envolviendo cambios corporales y en la parte fisiológica un estado de excitación o perturbación, marcado por un fuerte sentimiento siendo usualmente un impulso hacia una forma definida de comportamiento” (Wukmir, 1967). El estudio de la emoción en tanto que proceso debe contemplar la estrecha interacción entre las dimensiones afectiva y cognitiva. La emoción, como hemos comentado anteriormente, implica la concienciación subjetiva (sentimiento), implica una dimensión fisiológica (cambios corporales internos), implica una dimensión expresiva/motora (manifestaciones conductuales externas) e implica una dimensión cognitiva (funcionamiento mental). El objetivo tiene que ver con la movilización general del organismo para enfrentarse a una situación más o menos amenazante o desafiante. Todas y cada una de las dimensiones parecen estar relacionadas con la mayor o menor propensión a experimentar un proceso disfuncional, un desajuste, una enfermedad e incluso la muerte.

Wundt consideraba que la experiencia emocional podía describirse en términos de las combinaciones de tres dimensiones: agrado / desagrado, calma / excitación y relajación / tensión.

Para James (sin fecha citado en McNaughton, 1989) la vivencia de la emoción, es la percepción de un patrón de activación corporal. Un estado emocional es el resultado de la interacción entre la activación fisiológica y la evaluación cognitiva de la situación, en donde la primera se conceptualiza como la preparación generalizada y difusa que determina la intensidad pero no la cualidad

de la emoción, la cual esta determinada por la evaluación cognitiva de la situación, juntos la cognición emocional y la activación Fisiológica se unen para definir un estado emocional determinado.

En ocasiones sin embargo las personas sienten una activación inexplicada, por ejemplo el corazón late con más fuerza, las palmas de las manos empiezan a sudar o se sufre dolor de vientre, pero la persona es incapaz de encontrarle una explicación a esta actividad, ante esta situación inexplicable, la persona busca una explicación satisfactoria. El resultado de la búsqueda es una etiqueta cognitiva que explique tal situación ya que la conducta humana se encuentra principalmente bajo control cognitivo. Normalmente las interrupciones que se dan en la activación prepara a las personas para una experiencia emocional ya que activan al sistema nervioso central y este a subes produce activación inexplicada.

Psicológicamente hay dos tipos de interrupciones una son los acontecimientos inesperados y el otro son los acontecimientos esperados que no se producen, por lo tanto lo que provoca todo esto es que en primera la persona se ponga en un estado de preparación fisiológica que le permite realizar las conductas necesarias para enfrentar la situación según sea el modo de cada persona para enfrentarla, en segunda se descarga en la persona la señal del sistema cognitivo, o sea prestar más atención, estar más alerta y provoca una exploración del entorno para comprender precisamente porque se ha dado la interrupción.

Las emociones pueden clasificarse en primarias y secundarias; las primeras conocidas también con el nombre de emociones básicas, son aquellas que satisfacen funciones biológicas y psicológicas vitales, es decir, son esenciales para la supervivencia de la especie; las segundas se van formando a través de las combinaciones de las primarias, por lo tanto son más complejas. Plutchik 1980 (citado en: Gross, 1998), propuso un esquema en donde muestra tanto las emociones primarias como las secundarias al cual llamo la rueda de las

emociones en el cual se muestra dentro del círculo ocho emociones primarias y ocho emociones secundarias en la periferia.

Las emociones se caracterizan por sensaciones más o menos precisas de placer o displacer; agradables o positivas las cuales acompañan la presencia inesperada o la anticipación de acontecimientos gratificantes; las emociones desagradables o negativas se asocian con la experiencia del dolor, el peligro o el castigo. Danzter (1989) menciona que para hablar de las emociones y compartirlas con aquellos que nos rodean, aprendemos a designarlas con términos como alegría, exaltación, felicidad, pena, tristeza, culpabilidad, miedo, ansiedad y rabia. Las emociones no permanecen ocultas en el interior, sino que se expresan por medio de mímicas, posturas, movimientos, e incluso gesticulaciones o vocalizaciones características.

Como ya se había mencionado en las emociones intervienen los sentimientos, los cuales se consideran como: un estado afectivo que acompaña a las emociones y las pasiones, y de las que depende su tonalidad afectiva; es la acción de sentir, o sea es la actitud que cada persona tiene de reaccionar ante ciertos estímulos y obtener así un conocimiento sensible, por lo tanto designa un estado afectivo, la afectividad es un peculiar estado psicológico. (Salvat 1978). Los sentimientos según sea su causa sensitiva o intelectual se dividen en inferiores y superiores, los inferiores (objetos sensibles) se presentan en el yo en cuanto actúe la causa de la que dependen para que se desencadenen los procesos afectivos; mientras que en los sentimientos superiores (valores religiosos, morales y estéticos) se requiere un acto intencional del yo lo que quiere decir que este refiera a sus causas(sensitiva o intelectual), los procesos afectivos que experimenta estos presentan cualidades comprendidas en dos polos placer y displacer.

Existen diversos factores que pueden llegar a modificar los sentimientos: A) factores fisiológicos B) factores físicos, C) vivencias psíquicas y D) frecuencia de

los estados afectivos (Laburu, 1996). Los sentimientos tienen diferentes formas de expresión natural, no solo en la cara (ojos, frente, boca y nariz) si no muy particularmente en las manos y en la postura total del cuerpo, en el paso, en todo el modo de andar, en el saludo y en el conjunto de movimientos y gestos. Los sentimientos se manifiestan de un modo insuperable en el tono de la voz, e igualmente influyen en el ritmo de lenguaje. Por otro lado, los sentimientos determinan variaciones en la frecuencia, irregularidad e intensidad cardiaca, además intervienen en la diversa repartición del torrente sanguíneo; juegan un papel muy importante en el funcionamiento del aparato respiratorio ya que influyen en la frecuencia, profundidad e irregularidad de la respiración y en las secreciones externas como el sudor, la bilis, la orina y lagrimas.

Por otra parte también es importante mencionar el concepto de sensación para poderlo diferenciar de los otros dos términos antes mencionados ya que muchas veces los empleamos como sinónimos del lenguaje cotidiano. Estas se definen como una aprehensión de las cualidades sensibles (colores, formas, olores, etc.) de los objetos. Es el resultado de la excitación nerviosa provocada por la acción física o química que un estímulo (objeto) ejerce sobre nuestros sentidos. Se distinguen tres propiedades dentro de la sensación: cualidad, por ejemplo el color, distinguir la diversidad de colores; intensidad, grado en que afectan a nuestra conciencia; y duración, tiempo que precisa cada tipo de estímulo para poder ser registrado por la conciencia. La Psicología moderna en especial la Gestalt sostiene que la conciencia no es nunca afectada por sensaciones aisladas, sino por conjuntos de sensaciones que forman una estructura. Como lo único analizable es la percepción (sensación acompañada de conciencia), algunos deducen que las sensaciones no son más que abstracciones hechas por la mente del conjunto formado por la percepción.

Otros aspectos importantes dentro del humanismo son el concepto de niño interno y salud-enfermedad. En cuanto al primero, se puede definir a la codependencia como una enfermedad caracterizada por una pérdida de identidad.

Ser codependiente significa estar alejado de los sentimientos, necesidades y deseos de uno. Considérese el siguiente ejemplo: “Cuando después de seis meses la novia de Maximiliano terminó sus relaciones con éste, él sintió deseos de suicidarse. Creía que solo si ella lo amaba él valía algo. En realidad Maximiliano carecía de autoestima. Se valoraba a sí mismo por lo que otros pensaban de él, lo cual lo hacía se dependiente de otras personas.” (Brasshaw,1991).

En el caso anterior se ejemplifica a una persona que depende de algo externo a ella para tener identidad. La codependencia se origina en ambientes familiares poco saludables. Los niños necesitan seguridad y una orientación positiva de las emociones para entender sus propias señales interiores. También requieren ayuda para aprender a separar sus pensamientos de sus sentimientos. Cuando el ambiente familiar está lleno de violencia (emocional, física o sexual), el niño debe concentrarse solamente en su entorno. Con el tiempo, su habilidad para valorarse a sí mismo se pierde. Sin una vida interior saludable, uno se exilia intentando hallar satisfacción en el exterior.

Esto es codependencia, y es un síntoma de la existencia de un niño herido en el interior de una persona. La conducta codependiente indica que no fueron satisfechas las necesidades de la infancia de la persona, y por lo tanto ella no puede saber quién es.

Todo niño necesita sentirse amado incondicionalmente, cuando menos al principio de su vida. Si no puede verse reflejado en su padre, el niño no tendrá la manera de saber quién es él. Cada uno de nosotros fue un nosotros antes de convertirnos en un yo. Necesitábamos un rostro –espejo que reflejara todas las partes de nosotros. Necesitábamos saber cuánto importábamos, qué nos tomaban en serio, qué parte de nuestro ser era aceptada y merecedora de cariño. También necesitábamos saber que podíamos depender del amor de nuestros padres. Éstas fueron nuestras saludable necesidades narcisistas. Si no fueron satisfechas, nuestro sentido de Yo Soy resultó perjudicado.

El niño despojado de su narcisismo posteriormente contaminará al adulto con un insaciable afán de amor, atención y afecto. Las demandas de ese niño que vive en su interior sabotearán sus relaciones de adulto, porque no importa cuánto amor se le dé, nunca será suficiente. El adulto, despojado cuando de niño de su narcisismo, no puede ver satisfechas sus necesidades porque realmente son necesidades de un niño. Y los niños necesitan a sus padres todo el tiempo, sienten esta necesidad por naturaleza no por elección. Las necesidades del niño son de dependencia, es decir, necesidades que deben ser satisfechas por otros.

Las necesidades de los adultos despojados de su narcisismo en su infancia asumen varias formas, tal y como lo cita Bradsahw (1991):

- Una relación tras otra les causa desilusión.
- Siempre buscan al amante perfecto que satisfaga todas sus necesidades.
- Se vuelven adictos (las adicciones son un intento por llenar el vacío que existe en la psique del individuo). Las adicciones al sexo y al amor son ejemplos destacados.
- Luchan por objetos materiales y dinero porque ellos les proporcionan la sensación de ser valiosos.
- Se convierten en actores o en atletas porque necesitan la constante adulación y admiración de su público.
- Utilizan a sus propios hijos para satisfacer sus necesidades. Tratan de obtener de sus hijos el amor y admiración especial que no pudieron lograr de sus padres.

Para comprender cómo el niño herido que se aloja en nuestro interior actúa para satisfacer necesidades pendientes desde la infancia y traumas no resueltos, tenemos que entender que la principal fuerza motivadora en nuestras vidas es la emoción. Las emociones son el combustible que nos mueve a defendernos y a satisfacer nuestras necesidades básicas.

Muchos adultos que albergan en su interior frustraciones infantiles se mueven entre el miedo al abandono y el temor a quedar enredados. Algunos están permanentemente aislados por su miedo a ser agobiados por otras personas, otros se niegan a dejar uniones nocivas por su temor a estar solos. La mayoría fluctúa entre los extremos.

Las emociones no liberadas en el pasado a menudo se vuelven contra uno, la energía emocional que no fluye hacia el exterior puede causar graves problemas físicos, incluyendo desórdenes intestinales, dolores de cabeza, dolor de espalda de cuello y severa tensión muscular, artritis, asma, ataques cardiacos y cáncer.

Como se mencionó en el párrafo anterior, las emociones son energía que clama por ser expresada. Los niños de familias disfuncionales a menudo no hallan aliados, nadie a quien expresarle sus emociones, de modo que las expresan de la única manera que saben, interiormente.

Los niños que se desarrollan en familias con problemas aprenden a inhibir sus emociones de tres maneras: primera, no se les toma en cuenta: segunda, no tienen modelos sanos para expresar sus emociones, y tercera, son avergonzados y/o castigados por expresar sus emociones. Estos niños son realmente golpeados por tener miedo, enfadarse o estar tristes.

Mientras más temprano ocurre la represión, más destructivas son las emociones reprimidas, estas emociones que no han sido expresadas son lo que se denomina “dolor original”. Por lo que, el rescate del dolor original pretende reexperimentar esos traumas iniciales y expresar las emociones reprimidas.

El proceso de recuperar el niño interno herido implica cierta dosis de perdón, el perdón nos permite darnos a la vida como antes. El perdón, sana el pasado y libera nuestras energías para el presente, éste no es un proceso

sentimental o superficial, ya que se causa un daño real que necesita ser legitimizado. Cuando reconocemos que se produjo un daño real, desmitificamos a nuestros padres, los vemos como los verdaderos seres humanos que realmente son.

Cuando se desidealiza el pasado y reconoce el carácter ambivalente de la acción humana, de modo que se descubre una nueva posibilidad para transformar el significado de lo sucedido. Así el pasado permite aceptar el pasado; el juicio, el perdón y la gratitud se encargan de transformar el pasado en dichoso porvenir, y permiten dejar de ser una víctima para convertirse en alguien que reforma continuamente su pasado. En cuanto a salud – enfermedad, Rogers (sin fecha cit. En Rychlak, 1998) insistía en que el organismo busca una actualización, la cual significa crecer, mejorar o enriquecer, que en muchas ocasiones se ve mermado por situaciones estresantes, deprimentes, angustiantes; que pueden originar malestares físicos e incluso enfermedades crónicas; debido a que nuestros procesos psicológicos están relacionados con nuestro organismo físico y corporal, por lo mismo, hay que darnos cuenta de las diferentes sensaciones, demandas y necesidades de nuestro organismo. Por lo tanto es importante vivenciar y conocer de un modo diferente el propio cuerpo, lo cual puede contribuir a transformar completamente la enfermedad y con ello contribuir también la alta frecuencia de enfermedades invalidantes y mutiladoras así como la aterradora incidencia de suicidios en las edades de las grandes crisis de identidad y pertenencia.

Mediante esta vivencia, la terapeuta ayuda a que el individuo se haga responsable de su enfermedad y atienda el mensaje que ésta le trae a toda su persona; la cual no sabe que es la parte del cuerpo que padece la enfermedad donde está ahí el verdadero mensaje que no fue escuchado. Ya que el ser humano generalmente se enoja con aquella parte de su cuerpo que le muestra limitación o le molesta de alguna manera, por lo tanto, no le habla ni mucho menos le escucha. Es trascendente relacionar algo de lo que ocurre o ha ocurrido a lo largo de nuestras vidas con esto llamado enfermedad. Por ejemplo: “ ahí está

otra vez el maldito estómago, que tiene que ponerse a reclamar cuando estoy más estresada (o)". (Schnake, 1995).

El cuerpo, como todo lo demás en la vida es reflejo de nuestros pensamientos interiores y de nuestras creencias. Cada célula dentro de nuestro cuerpo responde ante cada uno de nuestros pensamientos y ante cada palabra que se pronuncia, el cuerpo siempre nos esta hablando solo que no nos damos el tiempo para escucharlo, los continuos modos de hablar y pensar producen comportamientos y posturas y salud o enfermedad, la persona que permanentemente frunce el seño no lo produjo teniendo pensamientos alegres o amorosos.

Como se ve los pensamientos que se tienen tiene mucho que ver con el estado de salud en la que se encuentra cada persona, esto también incluye que muchas veces los sentimientos y emociones que son provocados por alguna situación de la vida cotidiana que son reprimidos también alteran de forma significativa nuestra salud por ejemplo cuando algo anda mal en el área de la cabeza, normalmente significa que sentimos que algo anda muy mal en nosotros ya que la cabeza es la parte que nos representa, los ojos representan la capacidad de ver, por lo tanto problemas en esta área significa que hay algo que no queremos ver ya sea en nosotros mismos o en la vida pasada, presente o futura, el cuello representa la habilidad de ser flexibles en nuestra forma de pensar, cuando hay problemas aquí es por que estamos siendo testarudos con nuestro concepto acerca de una situación, la espalda representa nuestro sistema de apoyo, los problemas aquí se presentan porque sentimos que no somos apoyados por último mencionaremos el estomago el cual digiere todas las nuevas ideas y experiencias que vivimos, cuando se presentan problemas estomacales es porque no sabemos asimilar las nuevas experiencias ya que esto no provoca mucho miedo. Es importante mencionar que no es lo que ocurre lo que nos afecta sino como reaccionamos ante estas situaciones ya que cada uno de nosotros es totalmente responsable de sus experiencias.

Con todo esto podemos concluir que lo que ocurre tanto en la superficie como en el interior de nuestro cuerpo están íntimamente conectados, por ello, hay que darle importancia a los síntomas y manifestaciones físicas que no se deben ni se pueden separar de las manifestaciones psíquicas.

4.2 Psicoterapia humanista o terapia centrada en el cliente

La posibilidad de cambiar la personalidad humana en el transcurso del proceso terapéutico, estuvo siempre en el punto central del interés teórico de Rogers (sin fecha), definía esencialmente la psicoterapia de esta manera "la psicoterapia trata principalmente con la organización y funcionamiento del sí mismo. Hay muchos elementos de la experiencia que el sí mismo no puede enfrentar, no puede percibir con claridad, ya que enfrentarlos o admitirlos sería inconsciente y amenazador para la organización actual del sí mismo".(Reychlak 1998). De este modo, Rogers asigna al organismo la capacidad de valorar experiencias, impresiones y estímulos lo cual lo conducirá a la búsqueda de autorrealización de desarrollo total.

Para lo cual, se divide el desarrollo de la teoría de la psicoterapia en tres fases. La primera se caracteriza por la acentuación del comportamiento no directivo del terapeuta con el punto central de la reflexión de los sentimientos del cliente por parte del terapeuta. En la segunda fase, Rogers desplazó el punto central desde un comportamiento terapéutico no directivo hacia uno centrado en el cliente, Rogers puso de manifiesto que la empatía sólo puede potenciar desarrollos beneficiosos en las conversaciones terapéuticas cuando se le practica no como técnica sino cuando es parte de la postura del terapeuta. En la tercera fase del desarrollo de la terapia conversacional, Rogers centra su objetivo sobre la situación, sobre la atmósfera y sobre el encuentro entre las personas. La comprensión derivada de ello, de lo que son las conversaciones beneficiosas se orienta más hacia un encuentro entre seres humanos, en el que el terapeuta acepta la relación y muestra también algunos sentimientos.

La relación interhumana se convierte en fundamento básico para la formulación de los comportamientos terapéuticos o posturas fundamentales, es por ello que en la terapia centrada en el cliente se establecen tres comportamientos terapéuticos fundamentales en la psicoterapia conversacional: *la congruencia,* la coincidencia con uno mismo, es decir, que el terapeuta viva lo que es en realidad, cuando es su relación con el cliente permanece auténtico y sin fachada, vive abiertamente las sensaciones y posturas que le mueven en ese instante. *La empatía,* un terapeuta o consejero muestra su empatía cuando "siente el mundo interno del cliente, con todos sus significados muy personales, como si fuese el suyo propio, siente la confusión del cliente, su miedo, su ira o su sentimiento de ser tratado de forma injusta, como si esos sentimientos fuesen suyos propios y no se enreda en ellos con su propia inseguridad, miedo o ira". (Quitmann 1989). *Valoración y aceptación sin condiciones,* la relación con el cliente no es neutral ni distante, sino que se caracteriza por un compromiso emocional, es decir, "aceptación, cariño o aprecio (visión incondicionalmente positiva), el terapeuta experimenta una actitud positiva y de aceptación hacia lo que el cliente sea en un momento dado" (Rogers, 1987).

Rogers (1987) menciona de forma abreviada las condiciones para un cambio terapéutico en la personalidad:

1. Dos personas están en contacto mutuo.
2. La primera persona, a la que llamamos cliente, se encuentra en un estado de desorden interno, de vulnerabilidad o miedo.
3. La segunda persona, a la que llamamos terapeuta, se encuentra en un estado de coincidencia interna (al menos durante el encuentro y en lo que se refiere al objeto de la relación con el cliente).
4. El terapeuta ofrece al individuo dedicación positiva y sin condiciones.
5. El terapeuta se preocupa por la comprensión empática del punto de referencia del cliente.
6. El cliente se da cuenta de la existencia de la dedicación positiva y sin

condiciones y de la comprensión empática por parte del terapeuta. (Quitmann 1989).

Según Rogers (op cit), el cliente durante el proceso de cambio se encuentra en una cierta etapa de la psicoterapia y no muestra al mismo tiempo características de otras, las cuales se dividen en siete:

Primera etapa

- Existe cierta resistencia a comunicar el sí mismo. La comunicación sólo se refiere a hechos externos.
- Los sentimientos y significados personales no se reconocen ni se admiten como propios.
- Los constructos personales son extremadamente rígidos.
- Las relaciones íntimas y comunicativas se consideran peligrosas.
- En esta etapa no se reconocen ni perciben los problemas.
- No hay deseos de cambiar.
- La comunicación interna sufre un intenso bloqueo.

Segunda etapa

- La expresión comienza a fluir en relación con problemas ajenos al sí mismo.
- Los problemas se perciben como externos al sí mismo.
- No hay sentido de la responsabilidad personal en relación con los problemas.
- Los sentimientos se describen como objetos que no pertenecen al sujeto o que corresponden al pasado.
- Pueden manifestarse sentimientos, pero no se los reconoce como tales ni como propios.
- La posibilidad de vivenciar está limitada por la estructura del pasado.
- Los constructos personales son rígidos y no se reconocen como tales sino que se consideran como hechos objetivos.

- La diferenciación de los significados y sentimientos personales es muy limitada y burda.
- Pueden expresarse contradicciones, pero son pocas las que se reconocen como tales.

Tercera etapa

- Las expresiones referentes al sí mismo como objeto fluyen con mayor libertad.
- Las experiencias relacionadas con el sí mismo también se expresan como si fueran objetos.
- El sí mismo también se expresa como un objeto reflejado, que existe principalmente en los demás.
- Con frecuencia se expresan o describen sentimientos o significados personales no pertenecientes al presente.
- La aceptación de los sentimientos es mínima. La mayor parte de ellos se revela como algo vergonzoso, malo, anormal o inaceptable por alguna otra razón.
- Los sentimientos se exhiben y luego a veces son reconocidos como tales.
- La experiencia se percibe como algo perteneciente al pasado o bien como algo totalmente ajeno al sí mismo.
- Los constructos personales son rígidos, pero pueden ser reconocidos como constructos y no como hechos externos.
- La diferenciación de sentimientos y significados es ligeramente más nítida y menos global que en las etapas anteriores.
- Se reconocen las contradicciones de la experiencia.
- Las elecciones personales suelen considerarse ineficaces.

Cuarta etapa

- El cliente describe sentimientos más intensos, del tipo "presente-pero-no-ahora".
- Los sentimientos se describen como objetos del presente.

- En algunas oportunidades se expresan sentimientos en tiempo presente, que irrumpen casi en contra de los deseos del cliente.
- Hay una tendencia a experimentar los sentimientos en el presente inmediato; esta posibilidad va acompañada de desconfianza y temor.
- La aceptación franca de sentimientos es escasa, si bien se observa en alguna medida.
- La experimentación está menos "ligada a la estructura" del pasado, es menos remota y en ocasiones puede producirse con escasa distancia temporal.
- La construcción de la experiencia adquiere mayor flexibilidad. Se descubren algunos constructos personales, se los reconoce con claridad como tales y se comienza a cuestionar su validez.
- La diferenciación de sentimientos, constructos y significados personales aumenta constantemente y existe cierta tendencia a procurar la exactitud en la simbolización.
- Se advierte la preocupación que inspiran las contradicciones e incongruencias entre la experiencia y el sí mismo.

- Existen sentimientos de responsabilidad propia en relación con los problemas, si bien son vacilantes.
- A pesar de que una relación íntima aún le parece peligrosa, el cliente se arriesga y se atreve a relacionarse en cierta medida a partir de sus sentimientos.

Quinta etapa

- Los sentimientos se expresan libremente en tiempo presente.
- Está muy próxima la posibilidad de experimentar plenamente los sentimientos. Estos "surgen a borbotones", "se filtran", a pesar del temor y la desconfianza que al cliente le inspira la posibilidad de experimentarlos de manera plena e inmediata.
- Comienza a aparecer una tendencia a advertir que vivenciar un sentimiento implica un referente directo.

- Los sentimientos que "surgen a borbotones" suelen despertar sorpresa y temor y casi nunca placer.
- Los sentimientos del sí mismo se reconocen como propios cada vez en mayor medida, hay una necesidad de ser esos sentimientos, de ser el "yo verdadero".
- La experiencia adquiere mayor flexibilidad; ya no es algo remoto, y a menudo se produce con una demora mínima.
- La experiencia se construye de modos mucho menos rígidos. Se descubren nuevos constructos personales y se los examina y cuestiona críticamente.
- Existe una tendencia intensa y notoria a diferenciar con exactitud los sentimientos y significados.
- Las contradicciones e incongruencias de la experiencia son encaradas cada vez con mayor claridad.
- Aumenta la aceptación de la propia responsabilidad en los problemas que se encaran, y aumenta también la preocupación acerca de en qué medida el cliente ha contribuido a ellos. Los diálogos que se sostienen en el interior del sí mismo se van liberando, la comunicación interna se mejora y su bloqueo se reduce.

Sexta etapa

- Ahora el cliente puede experimentar como inmediatos los sentimientos que antes estaban "atascados", inhibidos en su cualidad de proceso.
- Estos sentimientos fluyen hasta sus últimas consecuencias.
- Un sentimiento del presente es experimentado directamente, de manera inmediata y rica.
- Se acepta esta cualidad inmediata de la experiencia y el sentimiento que la constituye. Ya no hay temor, necesidad de negarlo o luchar contra esto.
- El cliente vive subjetivamente en la experiencia, pero sin advertirlo.
- El sí mismo como objeto tiende a desaparecer.
- En esta etapa la experimentación adquiere verdaderas características de proceso.

- Otra característica de esta etapa es la relajación fisiológica que la acompaña.
- En esta etapa la comunicación interna es libre y relativamente exenta de bloqueos.
- La incongruencia entre la experiencia y la percepción se experimenta vívidamente a medida que se transforma en congruencia.
- En este momento de vivencia desaparece el constructo personal pertinente y el cliente se siente libre de su sistema anteriormente equilibrado.
- El momento de la vivencia plena se convierte en un referente claro y definido.
- La diferenciación de la vivencia es penetrante y clara.
- En esta etapa ya no hay más "problemas" externos ni internos.
- El cliente vive subjetivamente una fase de su problema, que ha dejado de ser un objeto.

Séptima etapa

- Los sentimientos nuevos se experimentan de manera inmediata y rica en matices, tanto dentro como fuera de la relación terapéutica.
- La vivencia de estos sentimientos se utiliza como un referente claro.
- La aceptación de estos cambiantes sentimientos como propios aumenta y coexiste con una confianza básica en el proceso mismo.
- La vivencia ha perdido casi por completo sus aspectos limitados por la estructura y se convierte en vivencia de un proceso; esto significa que la situación se experimenta e interpreta como nueva, y no como algo pasado.
- Poco a poco el sí mismo se convierte simplemente en la conciencia subjetiva y reflexiva de la vivencia. El sí mismo se percibe cada vez menos como un objeto y, en cambio, se lo siente con mayor frecuencia como un proceso que inspira confianza.
- Los constructos personales se replantean provisionalmente, para ser luego validados mediante las experiencias ulteriores, pero aun en caso de serlo, se los plantea con mayor flexibilidad.

- La comunicación interna es clara: los sentimientos y símbolos se correlacionan de manera adecuada y hay términos nuevos para describir sentimientos nuevos.
- El cliente experimenta la elección efectiva de nuevas maneras de ser (Tierno y Alcántara, 1996).

Por lo mimo se puede concluir que el cliente se considera un compañero de terapia y no un enfermo o paciente.

4.2.1 Terapia Grupal

En lo que respecta a la terapia grupo no directiva basada en Rogers (citado en Segrera y Araiza 1998) se dice que esta se utilizó porque promueve una mayor independencia e integración del individuo en lugar de esperar que el terapeuta le resuelva el problema y de lo que se trata es de ayudarlo a crecer de manera que él pueda hacer frente a su problema y a posteriores complicaciones. Para Carl Rogers el ser humano es lo más importante por lo mismo comenta que para llevar a cabo este tipo de enfoque es necesario que se establezca la posición del terapeuta y del cliente: reconocer los sentimientos y actitudes expresadas por el cliente; Identifica expresión corporal y sentimientos del cliente, indica el tema de conversación pero deja que el cliente lleve el desarrollo; concretiza la información que se requerirá; explica o comenta la información relacionada con el problema y el tratamiento; realiza un compromiso de responsabilidades del cliente y el terapeuta; hace que el cliente elija y desarrolle un tema; Guía para que el cliente tome sus propias decisiones. Con todo esto se dice que el terapeuta será el facilitador que ayude a liberar las capacidades del cliente para que se convierta en una persona independiente y con autodeterminación.

Además de lo mencionado anteriormente entre el terapeuta y cliente se da un proceso que se divide entres momentos fundamentales el primero de ellos es la catarsis o desahogo emocional en donde el terapeuta promueve la libre

expresión de sentimientos, actitudes e impulsos que constituyen el núcleo del problema del cliente, se trata de romper las defensas del individuo. La segunda es el desarrollo del insight en donde después de la catarsis el cliente ya tiene una percepción mejor de sí mismo y esto le ayuda haber los hechos de la mejor manera, comprenderse así mismo acorde con la realidad, reconocerse y aceptarse. La tercera son las etapas finales de la terapia son acciones autoiniciadas y autodeterminadas que llevan al crecimiento y a la independencia.

Dentro de las relaciones de grupo Rogers observo que se dan diferentes etapas por las que pasa un grupo como son: al aclararse que va existir absoluta libertad en el grupo se producirá una confusión inicial de silencio, con una interacción superficial; Resistencia a la expresión o exploración personal, se comienza con la revelación de actitudes personales lo cual provocara diferentes reacciones en otros miembros del grupo, a pesar de que aquí todavía no hay una confianza plena entre el grupo se va dando una expresión mayor de sentimientos en las conversaciones, se va dando la expresión de sentimientos significativos que se manifiestan en actitudes negativas hacia otros miembros o hacia el coordinador, los participantes del grupo se da cuenta de que hay libertad de expresar lo que sienten sin ser juzgado, se manifiestan explícitamente los sentimientos inmediatos que se experimentan entre los miembros, se da que ciertos miembros muestran una aptitud natural y espontánea para encarar de forma útil, facilitadora y terapéutica el dolor y sufrimiento de otros, las experiencias grupales representan el comienzo del cambio, se rompe con la fachada o mascara que se trae al principio, cada individuo se da cuenta de cómo aparece ante los demás gracias al grupo, se hace un enfrentamiento de los participantes poniéndose al nivel del otro y esto puede ser positivo o negativo, el grupo ayuda a cada persona dentro de él, existe un contacto más intimo y directo entre el grupo, se produce un acercamiento y sentimientos positivos y por último se dan cambios de conducta en los miembros del grupo(Céspedes y León 1992).

4.2.2 Técnicas de Psicoterapia en Humanismo

TERAPIA CORPORAL

La mayoría de nosotros no identifica o vive la experiencia de nuestro cuerpo como " sí mismo". "El sí mismo no es sólo un concepto, idea o estructura psíquica, sino que es un sí mismo muscular, un sí mismo móvil y un sí mismo expresivo." (Kepner 1992). Sentimos a menudo que estamos viviendo en nuestro cuerpo o que nuestro sí mismo está por completo fuera de contacto con nuestro ser físico. La separación entre el cuerpo y el sí mismo, y por extensión la separación entre el cuerpo y la mente, es una adaptación a los procesos perturbadores de la vida que se experimenta físicamente. La persona es un todo, pero ha llegado a vivir la experiencia de sí misma como si estuviera constituida por partes separadas. En esta fragmentación de uno mismo en partes, el "yo" es generalmente identificado con el funcionamiento mental (producción de pensamientos, imágenes, palabras, etc.) y aquellos aspectos de la experiencia corporal que han sido problemáticos y perturbadores se experimentan como si estuviera fuera de uno mismo.

La enfermedad es resultado de esta ruptura del sí mismo en partes y la mala identificación de una parte con el todo; sólo puede ser curada por una terapia que vea a la persona como un todo y que no identifique a su vez el problema como si ocurriera tan solo en una parte.

Es a partir de la búsqueda de un enfoque más integral de la conducta humana que surgen distintos tipos de terapia cuyo objetivo es alcanzar una conciencia mayor del cuerpo, su estructura y funcionamiento, valiéndose de distintas técnicas para lograrlo; y es precisamente cuando la terapia corporal comienza a desarrollarse a partir de la necesidad del ser humano de integrar mente y cuerpo. Wilhem Reich fue uno de los primeros psicólogos que dio importancia a la interrelación mente-cuerpo (Díaz, 1993).

El ciclo de la experiencia comienza con la sensación: sentimiento corporal, impulsos, necesidades orgánicas, imágenes, pensamientos y percepciones del entorno. Esta es la formación cruda de la experiencia, indiferenciada hasta que es organizada por una necesidad que surge y presiona, pero disponible como una reserva de energía e información sobre el estado y relación actuales del organismo. Recuperar la sensación corporal a través del trabajo sobre la desensibilización (éste término se refiere a las maneras en que nos volvemos menos sensibles a los estímulos como una resistencia al contacto o mecanismo de defensa del cuerpo permite que se avance un largo trecho hacia la recuperación del sentido de realidad, el sentimiento de estar en el mundo. (Kepner1987). En el más verdadero sentido, el desensibilizarnos nos proporciona cimientos, nos da una base sólida de contacto físico con nuestro mundo, y un fondo rico sobre el que podemos inspirarnos y valernos en nuestras interacciones.

El objetivo del trabajo terapéutico en la proyección del cuerpo es la restauración del sentido del "yo" a la experiencia corporal. El cuerpo debe volverse el sujeto de la experiencia de modo que la ruptura entre cuerpo y mente pueda ser curada y los aspectos proyectados del sí mismo puedan ser asimilados e integrados al funcionamiento vital. Este no es un trabajo simple, exige integración del trabajo de la sensación, cuidadosa atención del lenguaje y fenomenología del cliente.

La proyección de las funciones del proceso corporal es una forma de enfrentarse al conflicto que surge por los aspectos de uno mismo que no son permitidos o validos por el entorno. Al dejar de identificarnos con nuestro cuerpo y considerar nuestras respuestas físicas distintas del sí mismo, nos evitamos tener que reconocer malos sentimientos o impulsos incómodos: el cuerpo los siente, no yo. De manera similar, ciertos aspectos de nuestra naturaleza corporal pueden estar en conflicto con lo que nos ha enseñado que es aceptable o deseable. Muchos aspectos de nuestra naturaleza física, como el enojo y la sexualidad, se consideran como algo prohibido. Así, proyectamos estos elementos de nuestro sí

mismo fuera de la experiencia del “yo”. Es claro que el trabajo con la proyección del sí mismo corporal requiere más que la simple reaceptación y experimentos con el yo asimilado.

“Se debe hacer que los temores e introyecciones que subyacen la proyección salgan y sean elaborados. Cuando hay una identificación con un sentimiento, se debe actuar sobre él y complementarlo para integrarlo plenamente en el sí mismo.

El trabajo con la proyección es una parte pequeña del proceso terapéutico y debe ser integrado dentro de la totalidad.” (Kepner, 1992).

MUSICOTERAPIA

Aún en sus formas más simples, la música evoca sensaciones, estados de ánimo y emociones. Puede reflejar el sentimiento del momento o cambios con su mera presencia.

También puede exaltar el estado de ánimo del momento y llevarlo hacia un clímax o aplacarlo. Cualquiera que sea el propósito, la música se relaciona siempre con las experiencias propias del hombre, pues ha nacido de su mente, habla de sus emociones y de su inmensa variedad perceptual. Los efectos terapéuticos de la música han sido observados a través de la historia, las respuestas a una experiencia musical pueden ser tan complejas como la combinación de los elementos presentes en la música.

La importancia que tiene la música en el manejo del cuerpo y en el moderno tratamiento de las perturbaciones físicas, mentales y emocionales, ha tomado gran relevancia en los últimos años; la musicoterapia es un claro ejemplo de ello. Por ello la musicoterapia se puede definir como: el uso dosificado de la música en el tratamiento, la rehabilitación, la educación y el adiestramiento de adultos, adolescentes y niños que padecen trastornos físicos, mentales o emocionales (Alvin 1994).

Por lo tanto la musicoterapia produce diversos efectos tanto fisiológicos como psicológicos entre los cuales se pueden mencionar algunas respuestas físicas que consisten en reflejos espontáneos e indominables, reflejos pupilares involuntarios, cambios en la resistencia eléctrica de la piel, en la tensión nerviosa, un ajuste en el aparato auditivo debido a contrastes y disonancias inesperadas, cambios en el ritmo o la regularidad de la circulación sanguínea o el proceso respiratorio; en lo que se refiere a las respuestas psicológicas a una experiencia musical dependen de la capacidad del oyente o del ejecutante para comunicarse o identificarse con ella. La música es capaz de despertar los sentimientos más profundos, liberar o dominar las emociones y al mismo tiempo satisfacer y expresar necesidades del hombre que surgen de diversas situaciones. Muchos de los procesos perceptivos, mentales y emocionales por los cuales el hombre se comunica con el mundo, son deformados por la enfermedad de la mente o el cuerpo, es ahí donde reside el inmenso valor terapéutico de la música; de la misma forma puede también revelar algunos desordenes de la personalidad (op. cit.).

La música tiene el poder de evocar, asociar e integrar, en la memoria sensaciones preceptúales tales como olores, contactos o colores muchos de los cuales se deben a asociaciones con amigos, familiares y diferentes experiencias vividas es por esa razón un recurso excepcional de autoexpresión y liberación emocional. Las experiencias personales en música parecen dejar una huella profunda en la memoria y quizá lleguen a asociarse con sentimientos de éxito o fracaso. Por último se puede mencionar que el buen éxito o el fracaso de la musicoterapia depende de factores humanos como de factores musicales en relación. De tal manera que por lo que la música representa y se puede lograr a través de ella; en humanismo se llega a emplear como una herramienta para favorecer el proceso terapéutico con el paciente.

DANZOTERAPIA

La psicodanza o danzoterapia es una alternativa de terapia relativamente nueva que se inicia en los años posteriores a la segunda guerra mundial, en donde se comenzó a dar más énfasis a los modelos de salud mental que abordaban la conducta humana desde un punto de vista más global. En un principio, gente que provenía de la profesión de la danza comenzó a darse cuenta del valor terapéutico de la misma y crear un método a través de los cuales ayudaban a las personas a descargar tensiones corporales que siempre tenían intima relación con los sentimientos.

Los pioneros de la psicodanza desarrollaron su trabajo a partir de los principios de la danza moderna, Payne quien pertenecía a uno de ellos propone dos principios básicos de la danzoterapia:

A) La noción de que el movimiento corporal está relacionado con las emociones y que trabajando a nivel del movimiento a la par que al nivel de la emoción, hay una respuesta inmediata al nivel de sentimientos.

B) Al darle a la persona la oportunidad de explorar y familiarizarse con un rango más extenso y balanceado de movimiento, se logra una mayor adaptabilidad al medio ambiente.

Díaz (1993) afirma que los orígenes de la patología se encuentran frecuentemente en el cuerpo a un nivel preverbal que difícilmente puede ser llevado a la verbalización, por lo tanto, la psicodanza es una buena forma de promover la expresión a través del movimiento ya que las personas llegan a tener un conocimiento de su cuerpo, sus sensaciones y a desarrollar su capacidad expresiva, a sí mismo, se trabaja en el área de la salud mental y se pretende lograr un desarrollo más integral del ser humano.

En general, la gente que utiliza la danzoterapia como medio de expresión piensa en su cuerpo a través de las diferentes técnicas que ayudan a evolucionar

movimientos que en realidad le pertenecen pero que pocas veces se sienten y son expresados (Fux 1989).

PSICODRAMA

El psicodrama es una técnica global que integra el cuerpo, las emociones y el pensamiento, con un énfasis particular en la acción corporal para reforzar los sentimientos y las emociones. Con la acción psicodramática, mediante las expresiones verbales se logra la integración de la persona y consecuentemente de su salud mental.

Moreno (sin fecha cit, en Ramírez 1987) sostiene que al activar consciente y deliberadamente los músculos del cuerpo se intensifican los recuerdos y la imaginación relacionadas con esa parte del organismo, la situación conflictiva se hace presente y se intensifica al reavivar los recuerdos, la imaginación y las tendencias musculares que habían estado tensas y reprimidas por una falsa solución al problema, de este modo, la acción psicodramática produce catarsis y una percepción más objetiva de la situación. Un origen de los disturbios emocionales se inicia en la infancia, por ello es importante considerarla como la raíz primitiva de los problemas emocionales.

En psicodrama se intensifican los sentimientos y las emociones utilizando movimientos del cuerpo apropiados para este fin al mismo tiempo se reaviva la imaginación hablando y determinando el lugar y el tiempo en que apareció la situación conflictiva, tomando en cuenta que en ésta no existen las interpretaciones, confrontaciones verbales, consejos o moralizaciones. El valor del psicodrama radica en que la percepción objetiva de una situación conflictiva viene de la integración personal de pensamientos y sentimientos.

Para finalizar, hay que tomar en cuenta, que el psicodrama consta de tres artes que se relacionan estructural y dinámicamente entre sí; la primera de ellas, es el calentamiento, que tiene como finalidad preparar al director, grupo y al

protagonista para hacer una presentación dramática de sus problemas. La segunda, es la acción, en donde empieza la acción propiamente dicha utilizando las técnicas que se consideren más adecuadas al director, al protagonista y al problema. La tercera, es la participación o técnica de clausura, aquí se vuelve el protagonista de la acción dramática y de la fantasía y al realidad de la vida reintegrándolo al grupo. Finalmente se lleva a cabo un análisis exploratorio del psicodrama efectuado. Considerando que el psicodrama permite revivir y experimentar emociones y sentimientos que pueden estar desequilibrando a la persona; el humanismo lo percibe como una herramienta útil cuando se trabaja en terapia.

4.3 Proyecto De Vida

Un proyecto de vida es una proyección de la persona hacia el futuro en el contexto y bajo los parámetros y condiciones que impone una cultura determinada, la percepción que tenemos del futuro es una forma de conocimiento que tiene que ver con la capacidad que tiene el ser humano de imaginar escenarios posibles que se presenten en su propia realidad, de acuerdo a las experiencias históricas que haya vivido. En este sentido, las percepciones, si las definimos en un sentido estricto como etapa primera de la escala del conocimiento, no deberían sobrepasar el presente, ya que ellas están sujetas al accionar de los sentidos que funcionan básicamente en un tiempo y espacio presente y jamás en un tiempo y espacio remoto. La percepción, al igual que su unidad básica, la sensación, se presenta aquí y ahora, el proyecto de vida se inicia en los primeros años de vida, es tener un objetivo, un «porqué» para vivir, que acompañe a lo largo de toda la edad adulta (Tierno 1998).

Los seres vivos tienen un ciclo: nacen, crecen, se reproducen y mueren. Desde luego que los humanos también pasamos por este ciclo, sólo que en el trayecto tratamos de hacer algo más, algo que ningún otro animal hace: buscamos

la realización personal, ser felices y en algunos casos, trascender (Cervantes, Gama, Medina y Leyra, 2000).

Es posible que una persona alcance esta realización personal cuando tiene metas que cumplir, ya sea a corto, mediano o largo plazo. Es decir, sabe lo que quiere llegar a ser y cuando lo logra o cuando va dando pequeños pasos, siente la satisfacción de haber cumplido consigo mismo (op. cit.).

Un proyecto de vida es la distancia entre lo que somos y lo que queremos llegar a ser, es una guía para la actuación cotidiana que orienta las decisiones personales y las acciones hacia el punto que nosotros mismos hemos planteado. Es la posibilidad de escribir nuestra propia historia sobre la base del esfuerzo y la voluntad personal y con el apoyo de quienes nos rodean (op. cit.).

Para definir un proyecto de vida se necesita saber de dónde se parte, lo que significa identificar lo que cada persona valora, piensa y sabe; lo que le interesa, comprender la etapa por la que esta pasando, identificar los problemas que en el ahora se quieren resolver, reconocer su propio potencial en cuanto a las habilidades, destrezas y virtudes que posee. Otro elemento que permite definir el proyecto de vida es estableciendo a dónde se quiere llegar, tener metas a corto, mediano y largo plazo y la posibilidad de visualizar cómo quiere vivir en un futuro no muy lejano. Finalmente, lo que nos permite definir un proyecto de vida es la planeación de los pasos que se tienen que dar para cumplir las metas (op. cit.).

El proyecto de vida de los seres humanos puede surgir de su historia personal: si la mamá es comerciante, es muy probable que la hija o el hijo sigan el mismo camino; si el papá es agricultor, quizá el hijo y la hija también lo sean, pero los jóvenes tienen la posibilidad de tomar sus propias decisiones, de tomar las riendas de su vida para el futuro y hacer con ella lo que sea de mayor beneficio para sí y para quienes les rodean (Cervantes, Gama, Medina y Leyra, 2000). Es posible definir un proyecto de vida porque nadie tiene un destino

determinado desde antes de nacer; cada cual se realiza a sí mismo mediante sus propias elecciones (Conde y Vidales, 1999). Por esta razón es indispensable que desde muy jóvenes, los humanos descubran su potencial, sus posibilidades, que aprendan a conocerse a sí mismos, para que, llegado el momento, sean capaces de elegir entre diversas opciones, la que satisfaga sus necesidades de realización personal y social. El proyecto de vida no es un plan fijo, inmóvil, sin posibilidad de cambios; es una idea acerca de lo que la persona imagina sobre lo que estará haciendo en un futuro cercano o lejano (Cervantes, Gama, Medina y Leyra, 2000).

Para tener éxito al formular un proyecto de vida debemos conocer nuestras capacidades y superar nuestras limitaciones, debemos competir contra nosotros mismos para vencer los obstáculos que no nos permiten avanzar: la pereza, la falta de constancia, las deficiencias en nuestra formación. Cada persona es responsable de su presente y sí su actuación en este momento es satisfactoria, estará en mejor posición para afrontar el momento siguiente (op. cit.).

Es importante señalar que el éxito en la vida no depende de cuánto dinero y posesiones se tengan, depende de la satisfacción que se obtiene de las actividades laborales y de la contribución que se hace a la sociedad a la que se pertenece, de que se sienta bien con lo que se hace, de que la familia esté orgullosa de uno, del prestigio que se tenga en la comunidad como hombre o mujer de bien. No importa si se es carpintero, conductor de autobús, abogado o neurocirujano; si se es escritor o técnico agropecuario, si se dirige una empresa o se es obrero en una fábrica. El proyecto de vida habrá de considerar que el oficio o la profesión que se desempeña cubra los intereses y las expectativas de la persona, que la lleve a poner lo mejor de su ser (op. Cit.).

El proyecto de vida se construye con lo que se aprovecha de las experiencias cotidianas; con la capacidad para observar la vida de otras personas cercanas; con la habilidad para descubrir lo que nos gusta hacer, lo que nos interesa y para lo que somos buenos (Op. Cit.).

El proyecto de vida puede ir dirigido hacia cualquier ámbito: emocional (cómo quiero que sea mi vida afectiva), ético (qué valores van a regir mi vida), profesional (en qué quiero trabajar), físico (cómo me veo físicamente y en cuanto a la salud) y económico (qué logros económicos espero alcanzar) (Conde y Vidales, 1999).

Este proyecto de vida permitirá llegar de manera más eficaz a la autorrealización, la cual solo se consigue tomando en cuenta la autosuficiencia donde la persona se siente entusiasmada consigo misma y no le preocupa el rechazo de los demás, no teme a lo desconocido, admite los cambios de buen grado y saca el máximo provecho a los fracasos, que sabe capitalizar para lograr mayores éxitos, encuentra un sentido, un «porqué» a su existencia, guiándose de los propios sentimientos y criterio interior es él mismo quien a cada instante elige ser lo que es y hacer lo que hace, no pierde el tiempo en lamentaciones inútiles ni culpa a los demás de sus propios fracasos, ha aprendido a pensar en positivo y no permite que las preocupaciones y pensamientos angustiosos inhiban su capacidad de acción, es inmune a los celos y al «qué dirán, se alegra del éxito de los demás y rechaza la competitividad y las comparaciones, se mantiene en serenidad y calma tanto exterior como interiormente. Su trato, su compañía, su presencia, transmiten una clara sensación de paz y bienestar, utiliza el pasado sólo en la medida en que le puede servir para vivir con más plenitud y felicidad el presente y piensa en el futuro como próximos momentos presentes que vivirá y disfrutará plenamente cuando lleguen, cuida su cuerpo y se esfuerza por mantenerlo vigoroso, ágil y sano. Para Poincaré (1997) la salud física favorece la salud mental y psíquica, la alegría y el sentido del humor y trata de ver siempre el lado bueno en las situaciones más problemáticas. Está motivado y alentado por los valores humanos más altos y de rango superior en su constante búsqueda de la verdad, la justicia, la generosidad, la bondad y la belleza, las experiencias de aprendizaje placenteras, además de proporcionarle seguridad, contribuirán a que se acepte mejor a sí mismo y a que se sienta impulsado a repetirlas una y otra vez, sin cansancio, hasta dominar la destreza o habilidad ejercida.

El éxito obtenido por propios méritos servirá de acicate para avanzar hacia tareas, experimentos y aprendizajes más complicados y la superación de dificultades crecientes, pero salvables, reforzará las conductas positivas, de esfuerzo y de riesgo prudencial. Toda experiencia gratificante y reforzante para el sujeto es un paso más hacia la autoestima y, en consecuencia, conduce a la plena autorrealización, pues potencia los sentimientos de autonomía, capacidad, dominio y autosuficiencia. En la medida en que adopten los comportamientos superiores y los conviertan en actitud, serán personas con un proyecto de vida, autorrealizadas, maduras y mejor la calidad de vida (De Pujadas, 1998).

Para poder mejorar la calidad de vida de cada persona se debe tomar en cuenta, que cada uno de nosotros es un ser único, y por lo tanto lo que es bueno para uno puede no serlo para otros, tomemos aquello que se adapte a nuestra forma de ser, a nuestro ritmo y estilo de vida.

Específicamente Llanes (2000) nos habla sobre algunos aspectos que son importantes para mejorar la calidad de vida en enfermos con VIH- SIDA:

Romper la igualdad Sida- Muerte ya que el VIH no significa muerte. Pero, para muchos es estar enfermos; y se comportan así, sin estarlo, enfermándose, pero no por el VIH.

Tener un objetivo en mente ya que muchos**,** pierden interés por todo, y otros, reconocen la oportunidad de realizar cosas que deseamos hacer y no nos hemos dado la oportunidad.

Rediseñar actividades en la medida de lo posible renunciemos a aquello que genere una gran carga de estrés, adoptando; en cambio; un tipo de vida más tranquilo y relajado.

Mantenerse informado, obtener información adecuada, no alarmista, para conocer más y saber que hacer. Recuerda la ignorancia conlleva miedo y no hay porque.

Tener apego a un tratamiento, si lo tiene, seguirlo con responsabilidad y amor hacia uno mismo, estima personal y voluntad para mantenerse en las mejores condiciones de salud posibles. Si lo abandona, está aceptando que su salud se deteriore.

Vivir sin el sentimiento de culpa puesto que nadie tiene la culpa de lo que ha pasado o lo que pasa. Disfruta de la vida sin andar culpándote. La vida es maravillosa y nos ofrece innumerables formas de placer (comer, viajar, hacer al amor, divertirse, los amigos, bailar, etc.), disfrutémoslas responsablemente, a plenitud; sin dañarnos o dañar a terceros.

Comunicarse abiertamente ya que es importante hablar, puesto que nos permite liberar angustias y ayuda a conservar o recuperar la tranquilidad. Hablar con alguien que también viva con el virus, facilita el expresar nuestras inquietudes y nos ayuda a entender que no estamos solos, y que todos necesitamos de todos.

Mantener fuerza de voluntad para, deshacernos de hábitos perjudiciales. Porque continuar con ellos, es renunciar un poco a la vida, ojo, esto no significa que deban abandonarse las diversiones, sólo hay que adaptarse a la nueva situación.

Seguir dando y recibir amor puesto que no todos están preparados para disfrutar de la soledad, al contrario, la ven como una desgracia. Dar y recibir amor trae la grata compañía de un ser querido, y es el momento de apoyarse en estos afectos para mantenerse a flote. El amor es un alimento espiritual y proporciona gran fortaleza, sobre todo la amistad. Tan importante como mantener tanto paz

espiritual como salud física, muchos lo logran por medio de la meditación, otros con la oración.

Aceptar la sexualidad, en sus variadas expresiones, es uno de los dones más maravillosos y muy importante. No debe sacrificarse, podemos continuar; pero de manera responsable, cuidándonos y protegiendo a la pareja. Sacrificarla es empezar a morir; disfrútala, sin importar cual sea tu preferencia sexual.

Aceptar la realidad de que se tiene una infección, y nada más. Hay enfermos con SIDA, que al tomar conciencia de su enfermedad y aceptarlo para enfrentarla adecuadamente, han logrado vivir mas allá de lo que se pudiera esperar.

Amarse a uno mismo, "apapacharse", tomar masajes, arreglarse muy bien todos los días, etc. Hay que conservar muy en alto la autoestima.

Desear estar vivo es muy importante, tener conciencia de que es posible vivir bien y no sólo sobrevivir, No dejarse vencer mentalmente.

Mantenerse en colaboración activa con el medico o terapeuta. Es fundamental sentirse responsable y hábil, en el trabajo por conservar nuestra propia salud.

Repartir información, participar de alguna organización con trabajo en SIDA o ser miembro activo de algún Grupo de Ayuda Mutua, es dar una batalla frontal a la infección. Es una característica de quien ha aprendido a vivir con el VIH de manera positiva.

Dejar de lamentarnos por nuestra "mala suerte". Por el contrario, el mundo es un lugar cálido y lleno de amor, que tiene muchas cosas que ofrecernos y

tenemos un lugar en él. La vida es siempre maravillosa, no la desperdiciemos en lamentaciones.

Es vital conservar el sentido del humor. La tristeza, cólera, etc. son negativos para el sistema inmunológico. En cambio la alegría y el buen humor son un importante alimento para la vida y fortalecen el sistema inmunológico. La risa es terapéutica por si misma cuando se le deja fluir libremente.

Consultar al medico o un libro adecuado. Mucha higiene en la preparación de los alimentos, y cuidando donde y como los consumimos. No exagerar en el consumo de alcohol o fumar, ya de por sí hábitos perjudiciales.

Todo lo mencionado anteriormente nos llevara a tomar ciertas actitudes ante la vida, las cuales son inclinaciones o reacciones ante diversas situaciones. Conforme las personas van creciendo se conforman de ideas, expectativas y de actitudes que normalmente se mantienen muy arraigadas a lo largo de la vida, por lo tanto se menciona que las actitudes de las personas se dan en virtud de sus pensamientos, por lo tanto es el modelador de su vida y el propio constructor de su destino. Mediante los pensamientos obtiene conocimientos de sí mismo lo cual le proporciona sabiduría y poder acerca de él mismo, sumado a esto es importante hacer notar que los pensamientos positivos son los que permitirán a los individuos llegar y obtener buenos resultados sobre esto Buscaglia (sin fecha citado en Viamonte, 1993) opina uno es lo que uno piensa, que cada uno atrae lo que piensa, que la vida es un producto de los pensamientos y creencias, por lo mismo para poder cambiar el rumbo de la vida hacia mejoras es a base de alterar los propios pensamientos.

Los aspectos positivos de las actitudes son saber adaptarse, ser asertivo, ser afectuoso, luchador (logro) y atractivo; el primero de ellos se refiere al saber ajustarse a las situaciones y para esto lo primero que se debe hacer es aceptar lo que esta sucediendo enfrentando el problema, esta adaptación se da en forma

física, ambiental, mental, emocional y sexual; la segunda se refiere al acto de declarar positivamente, afirmar con convicción de verdad y voluntad, respaldando nuestras convicciones basándose en evidencia y la experiencia; la afectividad es un signo de fuerza y de comunicación, esto se da basándose en todos los sentidos de cada individuo; el logro es algo esencial de la vida ya que siempre tratamos de obtenerlo y cumplir ciertos objetivos; y la atracción esta se refiere a las cualidades suelen ser atrayentes para los demás pero principalmente y primero que nada para uno mismo.

En cuanto a lo asertivo tenemos que esta habilidad varia dependiendo del grado de efectividad de lo que se desea en una situación determinada, una conducta apropiada en una situación que en otra no lo es, y el individuo conlleva sus propias actitudes, valores, creencias, capacidades cognitivas y estilo único de interacción. La persona asertiva permite tener ciertas conductas y pensamientos para mejorar sus relaciones interpersonales. Es de gran importancia debido a la relación que tiene con nuestra vida, para sentirnos bien con los demás y con nosotros mismos. Algunos de los derechos asertivos son: iniciar y mantener una conversación, hablar en público, expresar sentimientos, amor y afecto, defender nuestros derechos, pedir favores, expresar opiniones personales, rechazar peticiones, hacer cumplidos, aceptar cumplidos, expresión justificada de enfado o molestia, disculparse o admitir ignorancia, petición de cambios en la conducta del otro, afrontamiento de la critica entre otros (Caballo, 1995).

El éxito más que verlo como el resultado final debería considerarse como un proceso que incluye aprendizaje, participación, crecimiento y finalmente el disfrute del logro. La *persistencia* es un elemento importante de éxito, al igual que el disfrutar de lo que uno realiza. Uno de los requisitos para tener éxito es la *salud* que significa bienestar del cuerpo, mente y espíritu, una persona sana tiene mayores oportunidades para realizar cualquier conducta, la salud física comienza con la salud mental.

Otro elemento es *la libertad* es elegir no seleccionar lo cual conlleva a tener ciertos derechos que a su vez traerán obligaciones; Otro es *la paz* primero que nada la interior y luego la exterior; el conocimiento es otro elemento importante de los éxitos, el *conocimiento* el cual se da mediante la búsqueda no del pasado sino del presente. Por último se encuentran la *oportunidad y las resoluciones* la primera se refieren a vivir en armonía con uno mismo, con otros y con la naturaleza o ambiente, la segunda es resolver lo que no nos deja ser exitosos, es resolverlo en el tiempo justo lo primero que hay que realizar es cuidarse uno mismo y a otros, hacer las cosas con moderación, ser animoso, compasivo, comprensivo, paciente, tolerante y entusiasta y nunca dejar de aprender y tener esperanzas.

Con base a la información expuesta a lo largo de los cuatro capítulos del presente trabajo es como se elaboró el método que a continuación se expone.

MÉTODO

Planteamiento del problema

Como se desarrolló a lo largo del marco teórico las personas diagnosticadas con VIH/SIDA tienden a la depresión dejando sus relaciones sociales, laborales e incluso familiares empeorando su calidad de vida; por lo tanto, surge como pregunta de investigación si ¿a través de un taller educativo terapéutico con enfoque humanista las personas diagnosticadas con VIH/SIDA continuarían con su desarrollo personal dados los efectos psicológicos, familiares, sociales y laborales ocasionados?. Así, los objetivos de la investigación son: 1) Elaborar un taller educativo terapéutico (como alternativa de intervención con enfoque humanista) para que la persona con VIH/SIDA continúe con su desarrollo personal a través de concientizarse de la importancia de un proyecto de vida, 2) Aplicar el taller educativo terapéutico a personas diagnosticadas con VIH/SIDA y 3) Presentar los resultados obtenidos de la aplicación del taller con personas diagnosticadas con VIH/SIDA.

Tipo de investigación

Descriptiva - cualitativa: Se considera una investigación descriptiva por sus alcances, ya que durante la revisión teórica se encontraron pocos trabajos de investigación que reporten el efecto de intervenciones con enfoque humanista en personas diagnosticadas con VIH/SIDA y por el carácter descriptivo con el cual se presentan los resultados obtenidos del taller. Así mismo, es cualitativa por su carácter holístico, por la observación participante en un contexto natural, no controlado, interesado en la comprensión del fenómeno y no la búsqueda de modelos explicativos; en donde cada caso es único y todo es importante (Rodríguez, Gil y García, 1996; Valles, 2000; Ruiz, 1996).

Estrategia de investigación

Estudio de caso único inclusivo: Se consideró esta estrategia para la presente investigación debido a que por su carácter crítico permite confirmar,

cambiar, modificar o ampliar el conocimiento sobre el objeto de estudio; así mismo por presentar un carácter único, irrepetible y peculiar del fenómeno a estudiar y por su carácter revelador al permitir observar y describir el fenómeno de estudio (Rodríguez, Gil y García, 1996); que en este caso corresponde a los efectos causados por la aplicación del taller educativo terapéutico en personas diagnosticadas con VIH/SIDA como una alternativa de intervención psicológica para trabajar con ellos.

Participantes

El presente proyecto de taller educativo terapéutico estuvo dirigido a personas mayores de 15 años que hayan recibido previamente un diagnóstico de portadores del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (seropositivos). El grupo estuvo integrado por 16 participantes hombres que asistían al Grupo de Autoayuda de "La casa de la Sal". Los participantes fueron: Salvador V., Fito, Salvador T., César, Rafael, Jaime, Luis, Fernando, Mauricio, Luis Alonso, Adib, Salvador N., Luis Alonso, Juan José, Remy y Alfredo; cuya edad osciló entre los 21 a 59 años.

Escenario

El taller se llevó a cabo en las instalaciones del la institución de apoyo "La casa de la Sal". El salón media aproximadamente 15 m x 10m en donde se aplico el taller en el horario de 6:00 p.m. a 8:00 p.m. los Martes y Jueves. Este salón contaba con 50 sillas de plástico y ocho mesas de 2 m x 1m. Y un área amplia sin muebles u objetos.

Instrumentos

Observación directa y sistemática, autoreporte y bitácoras empleándose a lo largo del taller como registro de lo ocurrido en cada sesión.

Procedimiento

Consistió en la elaboración y aplicación del taller educativo terapéutico como alternativa de intervención.

A) Elaboración del taller educativo terapéutico.

Fue estructurado con dinámicas vivenciales para que los participantes pudieran expresar emociones y sentimientos que les permitiera reflexionar sobre ellos; por lo cual, basándonos en la información plasmada en el apartado 4.3 sobre proyecto de vida a lo largo del taller se abordan los temas de autopercepción (autoevaluación), autoconocimiento, autoestima, autovaloración, autoreflexión, exploración de sentimientos reprimidos, reconocimiento del vínculo mente - cuerpo, reconocimiento del potencial personal, toma de decisiones, asertividad y proyecto de vida; temas que se estructuran conforme a cuatro fases:

Fase 1. Inicio del proceso terapéutico con dinámicas de auto-exploración en donde los participantes identificaron su estado emocional en el presente (autopercepción, autoconocimiento y autoestima). La auto-exploración incluyo procesos de identificación de la valoración de sí mismos (autovaloración y autoreflexión); identificación de la existencia de sentimientos tanto positivos como negativos hacia sí mismos (exploración de sentimientos reprimidos); identificación del origen de tales sentimientos y su influencia en la salud física (reconocimiento del vínculo mente-cuerpo) e identificación de los recursos con que cuenta cada uno para el afrontamiento de situaciones adversas (reconocimiento del potencial personal).

Fase 2. Reconocimiento y aceptación del estado actual a través de dinámicas de darse cuenta, esto quiere decir, vivir de manera consciente (toma de decisiones).

Fase 3. Se inició la parte educativa, es decir, estando conscientes del estado emocional que cada persona encuentre de manera prevalente en su vida, es

preciso educar aquellos aspectos que han impedido el crecimiento personal. De la misma manera es importante reforzar aquellos otros aspectos que han sido de ayuda en la vida de la persona. En esta fase se realizaron dinámicas con el fin de proveer a la persona de herramientas útiles para la elaboración de su proyecto de vida (asertividad).

Fase 4. Finalmente se procedió con la reflexión del proceso transcurrido para propiciar que los participantes generen alternativas de cambio respecto a su situación personal y tomen una decisión como último paso en el proceso de acompañamiento grupal (proyecto de vida).

El taller se planeó para 15 sesiones, con una duración de 2 horas por sesión. Para cada sesión se incluyó al inicio una dinámica de esparcimiento para activar la energía grupal y continuar con dos o tres dinámicas del trabajo terapéutico.

La primera sesión del taller tuvo como fin la integración grupal tanto de los participantes como de las coordinadoras por lo que únicamente se realizó dinámicas de presentación mientras que la última sesión tuvo como fin el cierre del taller donde se realizaron actividades de despedida.

B) Aplicación del taller educativo terapéutico.

Una vez estructurado el taller se elaboró un protocolo de presentación para la institución de apoyo a las personas con VIH/SIDA.

Se contactó la institución "La Casa de la Sal" donde por medio de carteles y dípticos se promocionó el taller con las personas que asistían a dicha institución.

Los participantes se inscribieron voluntariamente a partir de la visita realizada a la institución y se inició el trabajo grupal.

Antes de realizar cada dinámica, una de las coordinadoras dio las instrucciones de la manera más clara y concreta que fue posible. Posteriormente los participantes realizaron la actividad y al finalizar cada dinámica se pidió a los participantes compartir su vivencia voluntariamente con el grupo.

La labor de las coordinadoras fue organizar y concretizar las experiencias compartidas en el grupo a manera de conclusión, además de brindar el apoyo necesario estando al pendiente de las necesidades de los participantes durante el curso del taller.

En la primera sesión de trabajo terapéutico se aplicaron los instrumentos que sirvieron de guía para evaluar los efectos del taller de manera que en la penúltima sesión del taller se volvió a requerir de la aplicación de estos mismos instrumentos.

Se llevo un registro anecdótico de cada una de las sesiones del taller que junto con los ejercicios de cada participante sirvieron de apoyo para las coordinadoras al realizar la evaluación y para los propios participantes al finalizar el taller.

El análisis de resultados se llevó a cabo mediante el método cualitativo ya que el marco teórico humanista adoptado en el presente trabajo así lo requirió.

A continuación se presenta el taller educativo terapéutico.

Taller Educativo Terapéutico

Objetivo

Concientizar a los enfermos de VIH – SIDA de la importancia de un proyecto de vida para continuar su desarrollo personal.

Definiciones operacionales

Concientizar: Expresar verbal y/o no verbalmente frases y/o conductas (llorar, reir, gestos, etc.) congruentes a los temas que se abordaron en cada sesión.

Proyecto de vida: Toma de decisiones encaminadas a la planeación de su vida.

Desarrollo personal: Reconocer sus necesidades físicas, emocionales, sociales, familiares y laborales para generar cambios favorables que los lleven a la autorrealización.

A continuación se presentan las cartas descriptivas correspondientes al taller.

SESIÓN: **1** **FECHA:_____**

TEMA: PRESENTACIÓN

OBJETIVO: Que los participantes comiencen la integración grupal a través de compartir sus expectativas, preocupaciones y preferencias

CONTENIDO

DINÁMICA DE INICIO. La telaraña

OBJETIVO: Integrar al grupo

MATERIALES: Una bola de estambre, un lugar amplio.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

El coordinador dijo en que consiste la dinámica. Explico que él tomaría la bola de estambre y la arrojaría a uno persona y al recibirla ésta diría su nombre y que le gusta, sujetaría el estambre y después la arrojaría a otra persona sin soltar el hilo de estambre, la siguiente persona tendría que decir su nombre y lo que le gusta, así sucesivamente hasta que todos lo participantes estuvieran sujetando el estambre. Después se haría lo mismo pero el estambre ira en orden regresivo, y en este caso la persona que regrese el estambre diría el nombre y lo que le gusta a la persona que se lo esta regresando.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES:

Los participantes tomaron la bola de estambre y sujetaron el hilo a la vez que escuchan el nombre y lo que les gusta a los demás, y cuando la bola de estambre fue en retroceso, dijeron el nombre y lo que les gusta a los demás, en el orden correspondiente.

DINÁMICA 1. Mi afición preferida

OBJETIVO: Que los participantes desarrollen su autoconcepto positivo y que lo haga verbalizándolo y expresándolo públicamente. También lo

escucha de parte de sus compañeros y así se afirma su valor personal y la confianza en sí mismo.

MATERIALES: Sillas y un lugar amplio

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

El coordinador sugirió que se sentaran en círculo. Expuso la finalidad del ejercicio y motiva a todos. Pide sinceridad, escuchar con respeto y serenidad. Explicó qué la actividad consiste en que uno tras otro digan su nombre su afición favorita, y posteriormente, se pidió un minuto de reflexión para pensar cada uno en su afición preferida. El coordinador comenzó con la actividad propuesta y continuo el participante que este a su derecha. Terminada la rueda, el coordinador invitó a algunos que recordaran lo dicho por otro compañero.

El coordinador resumió las aficiones que se expresaron, las valoró positivamente y les animó a cultivarlas. Subraya, en especial, lo expresado por aquellos participantes más necesitados de confianza y seguridad.

El coordinador explicó que se haría una segunda ronda en la que cada uno expresará su vocación futura, lo que le gustaría ser el día de mañana. Pide un minuto para pensarlo. Se inicia la ronda en sentido inverso.

Terminadas todas las exposiciones, el coordinador las reunió y las expuso elogiosamente y les motivo a que desde hoy se capaciten y preparen.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES:

Uno tras otro dijeron su nombre y su afición favorita. El vecino repetirá el nombre y la afición de su compañero.

En la segunda ronda los participantes expresaron su vocación futura, es decir lo que les gustaría ser el día de mañana.

DINÁMICA 2. Abrirnos a los demás

OBJETIVO: Que los participantes compartan rasgos importantes de su persona con los demás.

MATERIALES: Tarjetas de presentación, lápices, sillas y un lugar amplio.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

El coordinador expuso el objetivo de la dinámica, y entregó a cada participante una tarjeta de presentación y pidió que la complementen.

El coordinador tomó las tarjetas de cada participante cuando terminaron su presentación. Después que todos se presentaron, el coordinador, sin leer el nombre, repitió lo escrito en una tarjeta cualquiera, y preguntó quién sabía el autor. Lo hace con varios más y agradece a los participantes que acertaron su atención e interés en escuchar las presentaciones.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES:

Cada participante complementó la tarjeta que se les proporciono. Se fueron presentando los participantes en un orden y entregando su tarjeta al coordinador. Después de la presentación los participantes dijeron quien es el autor de cada tarjeta que comentó el coordinador.

RETROALIMENTACIÓN

Dentro de las relaciones de grupo Rogers observo que se dan diferentes etapas por las que pasa un grupo como son: al aclararse que va existir absoluta libertad en el grupo se producirá una confusión inicial de silencio, con una interacción superficial; Resistencia a la expresión o exploración personal, se comienza con la revelación de actitudes personales lo cual provocara diferentes reacciones en otros miembros del grupo, a pesar de que aquí todavía no hay una confianza plena entre el grupo se va dando una expresión mayor de sentimientos en las conversaciones, se va dando la expresión de sentimientos significativos que se manifiestan en actitudes negativas hacia otros miembros o hacia el coordinador, los participantes del grupo se da cuenta de que hay libertad de expresar lo que sienten sin ser juzgado, se manifiestan explícitamente los sentimientos inmediatos que se experimentan entre los miembros, se da que ciertos miembros muestran una aptitud natural y espontánea para encarar de forma útil, facilitadora y terapéutica el dolor y sufrimiento de otros, las experiencias

grupales representan el comienzo del cambio, se rompe con la fachada o máscara que se trae al principio, cada individuo se da cuenta de cómo aparece ante los demás gracias al grupo, se hace un enfrentamiento de los participantes poniéndose al nivel del otro y esto puede ser positivo o negativo, el grupo ayuda a cada persona dentro de él, existe un contacto más intimo y directo entre el grupo, se produce un acercamiento y sentimientos positivos y por último se dan cambios de conducta en los miembros del grupo (Céspedes y León 1992).

SESIÓN: **2** **FECHA:_____**

TEMA: EVALUACIÓN 1. AUTOPERCEPCIÓN

OBJETIVO: Hacer una primera evaluación realicen la percepción que tienen cada uno de los participantes de sí mismos.

CONTENIDO

DINÁMICA DE INICIO. Esto me recuerda

OBJETIVO: Animar y lograr la concentración de los participantes.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Saludó a los participantes al iniciar la sesión. A continuación dio las indicaciones correspondientes a la dinámica y resolvió las dudas que surgieron por parte de los asistentes.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES:

Formaron un círculo, y se le pidió a alguno de los asistentes que recordara alguna cosa en voz alta. El resto de los participantes manifestaron lo que a cada uno de ellos les recuerda espontáneamente la palabra o idea mencionada en voz alta por el primer participante. Se les comento que tendrían que responder rápidamente porque el que se tardara más de 4 segundos, se tendría que quitar una prenda.

DINÁMICA 1. Cuestionario

OBJETIVO: Que los participantes den una primera identificación de cómo se perciben

MATERIALES: Cuestionario (Se utilizó la Escala adaptada de Bonet que consta de 9 enunciados y el Cuestionario de Schiraldi que consta de 12 enunciados en donde la persona hace una evaluación de sí misma mediante la escala Lickert en el primer caso y mediante una escala del 1 al 10 en el segundo caso.

Los dos instrumentos fueron empleados con la finalidad de que los participantes se autoevaluaran, antes y después del taller), lápices, sillas y un lugar amplio.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

El coordinador proporcionó un cuestionario a cada participante y les pidió o sugirió que los complementen.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES:

Cada participante contestó el cuestionario proporcionado por el coordinador.

DINÁMICA 2. Mi dibujo

OBJETIVO: Que los participantes observen la percepción de sí mismos y su familia a través del dibujo

MATERIALES: Hojas blancas, crayones de los colores básicos, mesas y sillas

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

El coordinador repartió, a cada participante, dos hojas de papel en blanco y crayones; y les pidió que en la primera hoja se dibujen a sí mismos. Después que terminaron, les pidió que en la otra hoja dibujen a su familia.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES:

El participante dibujó, en las hojas que se le proporcionaron, su familia y a sí mismo con las crayolas. Luego, realizó el dibujo de un árbol con raíces y frutos y escribieron sus cualidades en las raíces y los logros en los frutos uniendo las cualidades con sus respectivos logros. En las últimas sesiones del taller los participantes tendrán la oportunidad de agregar cualidades y logros al dibujo inicial mismo que servirá como autoevaluación.

RETROALIMENTACIÓN

Otra tendencia que se manifiesta en el proceso de convertirse en persona se relaciona con la fuente o centro de las relaciones y decisiones o de los juicios de valor. El individuo llega progresivamente a sentir que este foco de evaluación se encuentra en él mismo, cada vez acude menos a los demás en busca de aprobación o reprobación, para tener pautas por las cuales regir su vida, de decisiones y elecciones. Reconoce que en él reside la facultad de elegir, y que la única pregunta importante es: "¿estoy viviendo de una manera que me satisface plenamente y que me expresa tal y como soy?". Quizás ésta sea la pregunta más importante que se pueda plantear el individuo creativo. El poder autoevaluarnos nos permite ser personas únicas y responsables de nosotros mismos y del malestar que acompaña a esta asunción de la propia responsabilidad. Reconocer que "yo soy el que elige" y que "yo soy el que determina el valor que una experiencia tiene para mí" es algo que enriquece pero también atemoriza (Rogers, 1961).

SESIÓN: **3** **FECHA:_____**

TEMA: AUTOCONOCIMIENTO

OBJETIVO: Que los participantes hagan una identificación de las cualidades y defectos de sí mismos.

CONTENIDO

DINÁMICA DE INICIO. El pueblo manda

OBJETIVO: Animar y lograr la concentración de los participantes.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Dio las instrucciones correspondientes a la dinámica planteando algunos ejemplos, así, les dijo que él daría diferentes órdenes que para que sean cumplidas debe él haber dicho antes la consigna "el pueblo manda", por ejemplo; "El pueblo manda que se pongan de pie". Solo cuando se diga la consigna, la orden que se dice debe realizarse y pierde aquel que no cumple la orden o cuando no se diga la consigna exactamente, ejecute la orden es decir, cuando no se diga antes de la orden "el pueblo manda". Las órdenes las dio rápidamente el facilitador para que el juego fuera ágil. Asimismo contestó las dudas y superviso a los participantes.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES:

Los participantes permanecieron parados formando un círculo y siguieron las instrucciones que les dio el facilitador haciendo que participaran activamente en la dinámica. También se les indico que los que perdieran se les aplicaría un pequeño castigo.

DINÁMICA 1. El espejo

OBJETIVO: Que el participante haga una identificación las cualidades de sí mismo y habilidades positivas

MATERIALES: Hojas instruccionales, lápices, mesas y sillas.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

El coordinador explicó el objetivo de esta actividad. Distribuyo una hoja "instruccional" a cada participante y explico que la actividad consistía en colocar en la sección del espejo que corresponda, qué cualidades o características positivas se reconocen en sí mismos, empleando para ello dibujos o palabras.

El coordinador dividió el grupo en parejas y les pidió que comentaran entre sí el ejercicio, también les sugirió que comentaran sobre las habilidades o cualidades que les costo más trabajo identificar, por qué creen que tienen tales características, y cómo creen que pueden mantener o aumentar la imagen positiva que les refleja cada espejo de sí mismos.

El coordinador integró al grupo pidiendo que algún voluntario expresara lo que sintió y/o penso durante la realización del ejercicio. Y por ultimo comentó que la clave de la autoestima está en identificar y desarrollar las características positivas que cada uno posee.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES:

El participante dibujó o escribió en forma de adjetivos en el espejo de la sección que correspondió, qué cualidades o características positivas se reconocen en sí mismos.

Comentaron entre sí el ejercicio considerando los puntos sugeridos por el coordinador.

Algún (os) voluntario (s) expresaron lo que sintieron y/o pensaron durante la actividad.

DINÁMICA 2. El reflejo

OBJETIVO: Que los participantes reconozcan en sí mismo conductas y/o actitudes favorables y/o desfavorables, a través de identificarlas en otras personas.

MATERIALES: Hojas blancas, lápices, sillas y mesas.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

El coordinador dio a cada participante una hoja de papel y sugirió que la numeraran del uno al cuatro.

Les pidió que en el número uno escribieran el nombre de un personaje famoso, de alguien públicamente conocido (de la historia, del medio artístico, de la política, del mundo del deporte, algún personaje de un libro, etc.) a quien admiran. Después les pidió que anotaran cinco características o motivos por lo que admiran a esa persona.

Al terminar, el coordinador pidió que en el número dos escribieran el nombre de algún personaje famoso o públicamente reconocido que les desagrade y abajo cinco características que expliquen ese desagrado hacia esa persona.

Después el coordinador pidió que en el número tres escribieran el nombre y cinco características de una persona que admiran de una persona cercana a ellos (familiar, compañero, amigo, etc.).

Por último, pidió que en el número 4 escribieran el nombre de una persona que le desagrade y cinco características que justifiquen esta sensación.

Una vez terminado los cuatro puntos, el coordinador pidió a cada uno de ellos que leyera en voz alta los cuatro nombres y las características de cada uno. El coordinador mencionó que no era necesario mencionar el nombre de las dos personas cercanas, pero si cual es su relación con ellas.

Cuando terminaron todos los participantes, el coordinador comentó los siguientes puntos: Las características mencionadas de las personas famosas son más vagas, mientras que las de las cercanas son más precisas; es más sencillo describir a una persona que conocemos de cerca. Es importante explorar por qué se sigue cerca de una persona que a uno le resulta desagradable y molesta (por ser de la familia, por las veces en que nos simpatiza, etc.).

Al concluir la discusión, el coordinador pidió que colocaran un número cinco y el seis. En el cinco sugirió el coordinador que escribieran cuales de las cualidades y defectos que describieron de las cuatro personas poseen ellos mismo; aclarando que únicamente escriban los que utilizaron para describir a las cuatro personas.

En el seis, les pidió que apunten cuáles de las cualidades que admiran, tanto de la persona famosa como en la cercana a ellos, que no poseen y les gustaría tener.

Terminando el coordinador mencionó que esta parte de la actividad es personal y que sólo si lo desean compartir con los demás lo lean en voz alta.

El coordinador concluyo comentando que es importante hacer conciencia con respecto a por qué se admira o por qué resulta desagradable una persona; y que estas sensaciones se pueden producir porque esas personas poseen características totalmente ajenas a uno o porque se tienen los mismos rasgos. Y les pidió que posteriormente revisen individualmente sus listas y reflexionen una vez más sobre el tema.

El coordinador preguntó a cada participante como se sintió.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES:

Los participantes numeraron la hoja que se les proporcionó del uno al cuatro.

Escribieron el nombre de un personaje famoso o públicamente conocido a quien admiran, y abajo anotaran cinco características o motivos por lo que admiran a esta persona.

En el número dos escribieron el nombre de un personaje famoso que les desagrade y abajo cinco características que expliquen ese desagrado a hacia la persona.

En el número tres escribieron el nombre y cinco características de una persona que admiran de una persona cercana a ellos.

En el número cuatro escribieron el nombre y cinco características de una persona cercana a ellos que les desagrade y cinco características que justifiquen esta sensación.

Después, cada participante leyó en voz alta los cuatro nombres y las características de cada uno, o no mencionó el nombre de las dos personas cercanas, pero especificó que relación tiene con él.

Al terminar, comentaron los puntos sugeridos por el coordinador.

Posteriormente escribirán el número cinco y seis. En el cinco escribieron cual de las cualidades y defectos que describieron de las cuatro personas poseen ellos mismos. En el seis apuntaron las cualidades que admiran de la persona famosa y de la cercana que no poseen y les gustaría tener. Los participantes sólo compartieron si lo deseaban.

Los participantes se dieron cuenta de la importancia de hacer conciencia con respecto a por qué admiran o por qué resulta desagradable una persona.

RETROALIMENTACIÓN:

El ser el self que uno verdaderamente es, abarca los esfuerzos hacia el crecimiento, el desarrollo, además de los esfuerzos por alejarse de lo que uno es, de la fachada, de la ocultación del self, del cumplimiento de las expectativas de los demás. Rogers ha desarrollado una teoría de la personalidad centrada en el concepto de sí mismo como núcleo de la personalidad. Todos necesitamos encontrar nuestro yo real para llegar a ser tal persona y para aceptarnos y valorarnos por lo que somos. El autoconocimiento y la autoobservación vienen, dice Rogers, a través de nuestras primeras experiencias, mediante las cuales dominamos el ambiente a través de la alta consideración que otros nos muestran, con sus expresiones de afecto, admiración y aceptación, y a través de la congruencia, o del acuerdo entre las experiencias que tenemos a lo largo de la vida y de la forma como nos vemos a nosotros mismos. Otro aspecto de la congruencia es el acuerdo entre lo que nos gustaría ser y la impresión que tenemos de nosotros mismos. Cuanto más cerca estén estos dos conceptos, más satisfechos estaremos de nosotros mismos (http://psiconet.org/rogers/obra1.htm).

SESIÓN: **4** **FECHA:_____**

TEMA: AUTOESTIMA

OBJETIVO: Los participantes harán conciencia de sus cualidades y de las metas que han logrado por estas mismas que los llevará a autovalorarse.

CONTENIDO

DINÁMICA DE INICIO. Cuento vivo

OBJETIVO: Animar y lograr la concentración de los participantes.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Les dio las instrucciones a los participantes acerca de lo que tenían que hacer en esta dinámica; les dijo: la dinámica se llama cuento vivo por lo que requiero que se sienten en círculo. A continuación les iré narrando una historia y cuando señale a alguien con mi mano derecha, esa persona escenificará lo que yo estoy narrando; por ejemplo, -ayer que fui a una fiesta ví a un joven bailando un vals- y señalo a alguien con mi mano derecha, en ese momento la persona a la que señalé, se para y representa a una persona bailando un vals. Por el contrario, cuando señale a alguien con mi mano izquierda, esa persona continuará la historia, la cual conforme avance, irá incluyendo a más personas a las que se hayan señalado para que representen lo que se dice en el cuento". Aclaró las dudas y prosiguió con la ejecución de la dinámica, supervisándola.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES:

Permanecieron sentados en círculo hasta que se les señaló y entonces se pusieron de pie para escenificar lo que se narró en la historia.

DINÁMICA 1. El árbol de mi autoestima

OBJETIVO: Que los participantes tomen conciencia de sus cualidades y aquellos logros de los que puedan sentirse orgullos.

MATERIALES: Hojas blancas, lápices, mesas y sillas.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

El coordinador pidió a los participantes que dividieran la hoja de papel, que previamente repartió a cada uno de ellos, en dos columnas verticales y de igual anchura; y sugirió que escriban el título MIS LOGROS, y en la otra MIS CUALIDADES. Les pidió que, en la columna correspondiente, hagan una lista de sus logros, realizaciones, metas alcanzadas, éxitos de mayor o menor importancia en los campos del crecimiento personal de las relaciones interpersonales, de la vida familiar, de la profesión, del trabajo, de los estudios, del deporte, etc. No importando si no son cosas espectaculares, sino simplemente significativas personalmente para ti. Y en la otra columna, hicieran una lista de todas las cualidades (corporales, mentales, espirituales) que posean en mayor o menor grado, como podrían ser: inteligencia, tenacidad, determinación, alegría, simpatía, paciencia, entusiasmo, amabilidad, generosidad, sensibilidad, capacidad de escucha, fortaleza física, buena salud, destreza manual, serenidad, creatividad, iniciativa, etc.

Después, el coordinador, sugirió que encima del dibujo del árbol, que dibujaron ellos mismos, escriban su nombre en mayúsculas y, en los frutos que cuelgan de las ramas, sus logros. Luego, en las raíces, escriban las cualidades concretas que les permitió esos logros, que luego se unan por medio de una línea simulando la savia que corre por el árbol hasta llegar a los frutos.

El coordinador pidió a los participantes que contemplaran el árbol durante unos minutos, y luego escribieran un mensaje de bajo del árbol.

Sugirió que lo pongan en donde frecuentemente lo vean, o que lo vean cuando logren más metas u obtengan más cualidades.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES:

Los participantes dividieron la hoja proporcionada en dos columnas y escribieron en la columna correspondiente los logros, realizaciones y metas alcanzadas. En la otra parte las cualidades que posean en mayor o menor grado.

En la hoja del dibujo del árbol escribieron su nombre con mayúsculas, y en los frutos los logros y metas alcanzadas, en las raíces las cualidades que los llevo a sus metas o logros.

Contemplaron por unos momentos el dibujo y después escribieron un mensaje debajo del árbol.

DINÁMICA 2. Mi color y mi personalidad. Reflexión y valores.

OBJETIVO: Descubrir los valores que más me preocupan y los de mi grupo. Reflexionar sobre nuestra vida y poner los medios para intentar madura como persona.

MATERIALES: Fichas de colores y fichas con el significado de los colores, hojas blancas, lápices.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

El coordinador dijo el nombre de la dinámica y su objetivo, comenzó preguntando acerca del color que más les gusta y el que menos les gusta, a cada uno de los participantes, después explicó que se les entregaría una ficha del color que les gusta con su respectivo significado, y una ficha del color que no les gusta con su respectivo significado. Primero tomarían la ficha del color que les gusta, la leyeran y después en la hoja que también se les habría repartido, escribieran una reflexión tomando en cuenta los siguientes ejes: ¿te identificas? ¿por qué? Cuando de critican ¿qué sensaciones experimentas?, ¿cómo te encuentras?. Después de haber hecho esto, leerán la ficha del color que no les gusta y harán una reflexión y la escribirían en la hoja tomando en cuenta los mismos ejes.

El coordinador pidió comentarios de los participantes, sí alguien quería comentar su reflexión.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES

Los participantes leyeron las fichas con el significado de los colores que le gusta y el que no le gusta e hicieron una reflexión para cada uno de los colores que se les dio. Comentaron su reflexión.

RETROALIMENTACIÓN.

Los psicólogos humanistas enfocan su atención en los esfuerzos de las personas hacia la autodeterminación y la autorrealización, lo que significa experimentar la vida como un proceso de elección continua, que tiende naturalmente al desarrollo del potencial individual. Dos teóricos precursores destacan la importancia de este potencial humano, el cual debe ser visto a través de la misma persona. Uno de estos precursores fue Abraham Maslow (1908-1970), quien propuso que estamos motivados por una jerarquía de necesidades, en primera fisiológicas y posteriormente personales, cómo alcanzar seguridad, buscar el amor, ser amados y amarnos a nosotros mismos y alcanzar autoestima con lo cual buscamos la autorrealización. Conforme se va superando cada nivel de forma exitosa, las personas avanzan hacia el siguiente nivel. Aunque Maslow también menciona que nadie se halla completamente autorrealizado, pero que si hay gente que se encuentra desarrollándose de manera saludable y que siempre trata de subir a niveles más altos que le llevan a producir mayor satisfacción (Odriozola 2000).

Carl Rogers planteó que la gente utiliza su experiencia para definirse a sí misma, que un individuo es por nacimiento impulsado a transformarse en una persona total, completa y autorrealizada y que esta tendencia empuja a la persona hacia su potencial, la cual se caracteriza por la lucha y el dolor, estas experiencias son evaluadas por el propio individuo juzgando si ayuda a su crecimiento o lo debilita (Myers, 1994 y; Emperador y Cantonero, 1999). El autoconocimiento y la autoobservación vienen, según Rogers, a través de nuestras primeras experiencias, mediante las cuales dominamos el ambiente a través de nuestras primeras experiencias que tenemos a lo largo de la vida y de la forma como nos vemos a nosotros mismos.

SESIÓN **5** **FECHA: _____**

TEMA: AUTOVALORACIÓN

OBJETIVO: Que los participantes identifiquen los valores que los rigen para lograr el autoconocimiento de los valores.

CONTENIDO

DINÁMICA DE INICIO. La matriz de Valores

OBJETIVO: Identificar y comparar los valores del participante con los valores de las personas importantes para él.

MATERIALES: Formatos "Matriz de valores" (ver formato 2 de anexo 5) y lápices.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Se explico la actividad a realizar y se repartió el material de trabajo que consta de un formato tamaño carta en donde el participante en listó del lado izquierdo los valores más importantes para él y hacia el lado derecho las personas más importantes para él (5 personas).

ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE:

Posteriormente el participante indicó bueno, malo o no sé en cada cuadro dependiendo de la calificación que él cree le daría la persona de cada columna a cada uno de los valores contenidos en cada renglón (ver formato en anexo) (se darán 15 minutos para esta actividad).

Se procedió a formar equipos de tres o cuatro miembros para que compararan las diferencias de valores entre las personas importantes para la persona y ella misma y discutieran a qué factores se deben las semejanzas y diferencias encontradas (15 min.).

Al término de la actividad se solicitó voluntarios para que expresaran las observaciones que se generaron en cada equipo (10 min).

Se cerró el ejercicio comentando con los participantes que los valores son cambiantes ya que cada generación tiene ciertos valores culturales y morales que la caracterizan y tales valores sirven para orientar la conducta de las personas en determinado grupo social.

DINÁMICA 1. Escala de valores

OBJETIVO: Formular y jerarquizar una lista personal de valores

MATERIAL: Hojas de papel bond tamaño carta, un rotafolio con un conjunto de valores (ver formato 1 de anexo 5).

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Se comenzó con el saludo inicial de los coordinadores a los participantes y se procedió a explicar la actividad a realizar. El coordinador colocó el papel rotafolio en donde todos los participantes pudieran verlo. Se indicó que es un conjunto de valores sin orden específico, se les proporcionó una hoja blanca. Se les pidió que leyeran todos y después cada uno apuntó en su hoja todos valores numerándolos, empezando por el que es más importante (1) y terminando con el que le es menos importante (40). Se les dio el tiempo necesario estando al pendiente de que la mayoría de los participantes haya terminado.

Después el coordinador les comentó que es importante tener claro cuáles son las prioridades personales ya que si tienen claros los valores es más sencillo desarrollar una buena autoestima para conducirse por la vida ya que los valores forman parte vital para el autoconocimiento, el autoconcepto, la autoevaluación, la autoaceptación y el autorrespeto. Cada persona debe tener clara su escala de valores ya que esta es la base para su toma de decisiones a lo largo de la vida.

ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE:

Los participantes leyeron los valores presentados en el rotafolio y los enumerarán en su hoja.

DINÁMICA 2. De por qué me estoy queriendo

OBJETIVO: Reconocer las posibilidades de uno mismo como base para la autovaloración.

MATERIALES: Formatos del cuestionario “por qué me estoy queriendo” (ver formato 3 en anexo 5) y lápices

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Un coordinador dio la explicación de la actividad y repartió el material. Posteriormente condujo a los participantes hacia la reflexión de su elección y coordino la discusión de las posibles coincidencias entre los participantes. Al finalizar la ronda de comentarios de los participantes, el facilitador finalizó la dinámica con un comentario sobre los valores y su relación con la aceptación de las personas de acuerdo a sus valores y la autoevaluación.

ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE:

Cada participante completó el formato (20 min). De todas las razones que escribió en el formato seleccionó una, la que juzgo más importante. Posteriormente compartió con el grupo la razón que eligió y participó en la discusión de las coincidencias que surgieron.

DINÁMICA 3. Reflexión y valores

OBJETIVO: Concretizar los aspectos importantes tratados en la sesión

MATERIALES: Un cuestionario (ver formato 4 de anexo 5)

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Un coordinador prosiguió a lanzar las preguntas del cuestionario al grupo aclarando que puede dar la respuesta la persona que quiera y cuantos quieran. Después de la o las respuestas generadas por el grupo, el facilitador concretizo la respuesta y proseguirá con las preguntas hasta concluir las seis. Con esta actividad se realizó el cierre de sesión y se invitó a los participantes a la siguiente sesión.

ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE:

Los participantes levantarán voluntariamente la mano para responder las preguntas hechas por la coordinadora y responderá de acuerdo a su criterio.

RETROALIMENTACIÓN.

Es imposible separar el desarrollo emocional de la formación de la personalidad, la personalidad comienza en la primera infancia del ser humano, casi desde el mismo día de su nacimiento. En el primer mes de vida ya manifiesta su temperamento único, está adquiriendo un sentido subconsciente del mundo y empieza a reaccionar y a provocar respuestas de las personas que lo rodean; Watson afirmó que los niños nacían con tres emociones principales: el amor, la ira y el miedo; las cuales eran respuestas incondicionadas de estímulos incondicionados, posteriormente varias investigaciones sobre el desarrollo emocional de los niños establecen que el bebé crece de forma ideal en un núcleo familiar, con el padre y la madre, esta se encarga del cuidado primario y casi total del bebé, mientras que la función principal del padre es estimular y respaldar a la madre y que el factor más importante para el bienestar emocional del niño es el vínculo que existe entre la madre y el hijo.

Todos los niños desarrollan, poco después del nacimiento, su propio estilo único de abordar personas y situaciones es decir lo que se llama temperamento el cual también dependerá del sexo y el orden de nacimiento que ocupen. Posteriormente los niños en la edad preescolar muestran un interés en las diferencias anatómicas entre niños y niñas y entre niños y adultos, en descubrir de donde vienen los bebés.

Durante los años escolares los niños aprenden las destrezas de sus culturas para que puedan llegar a desempeñar un oficio, valerse por sí mismo, adquirir conocimientos, interrelacionarse con los demás y ver por sus familias. Esta es una edad en la cual la productividad adquiere importancia. Los niños ya no se conforman con jugar; tienen que convertirse en trabajadores para merecer el aprecio de sus propios esfuerzos. Estos años son cruciales para el desarrollo del

amor propio respecto de sí mismo. Todos deseamos agradar a los demás, desde la misma infancia hasta la ancianidad, lo que nuestros iguales opinen de nosotros es de mucha importancia; debido a que el ser aceptados por otros tiene un efecto tan grande sobre nuestro concepto de nosotros mismos y porque finalmente está relacionado con nuestro éxito como personas en la vida.

En este sentido, los adultos restringen el modo de vida de los niños, la personalidad, las actitudes, y la forma de comportamiento de los adultos ejercen una gran influencia sobre los pequeños; la experiencia de los niños que, a medida que crecen, van convirtiéndose en seres temerosos y llenos de ansiedad, suele caracterizarse tanto por la incertidumbre acerca del apoyo paterno como a sí mismo y muy a menudo por formas de coerción paternas encubiertas que distorsionan la personalidad el niño, viene al caso la presión que ejercen los padres para que el hijo se convierta en su cuidador o para que adopte o confirme ciertos modelos paternos falsos acerca de sí mismo, de su rol como hijo y de su relación con ellos.

De manera similar, la experiencia familiar de los niños que se convierten en seres relativamente estables y dotados de confianza en sí mismos no solo se caracteriza por el apoyo que le brindan los padres sino también por el aliento que les brindan de modo paulatino pero oportuno para que vayan adquiriendo una autonomía cada vez mayor (Bowlby, 1993). Probablemente la clave más importante del éxito y la felicidad es una buena imagen de sí mismo confiando en sus propias capacidades y que se sienta capaz de hacer frente a los obstáculos y problemas que se le presenten.

Es importante saber que cada niño experimenta un distinto ambiente familiar. El niño cuya concepción obligue a sus padres a casarse antes de tiempo, el niño que nazca después de que el padre abandona a la madre o el niño cuya madre que tiene que trabajar para mantener al hijo va a verse afectado de una u otra manera tanto en el ambiente del hogar como en la forma en que percibirá al mundo, más aún el temperamento mismo del niño afectará sus relaciones con los padres y con otras personas que lo rodean. Por cualquier motivo que sea, la personalidad de los individuos al crecer se verá afectada posteriormente; como es

el caso de los jóvenes delincuentes, los cuales se llegan a sentir inferiores y desadaptados tanto en casa como en otros lugares y en general presentan un cuadro de tristeza y desadaptación.

Por lo general, los niños adquieren más precisión en la evaluación que hacen de ellos mismos a medida que se van haciendo mayores. En la adolescencia, el individuo necesita descubrir quién es realmente; los adolescentes necesitan desarrollar sus propios valores y asegurarse de que no están repitiendo sin pensar las ideas de sus padres, deben descubrir lo que pueden hacer y sentirse orgullosos de sus propios logros y buscar su auto-identidad

SESION **6** **FECHA:_____**

TEMA: AUTOREFLEXIÓN

OBJETIVO*:* Que los participantes identifiquen los sucesos (buenos y malos) durante su vida.

CONTENIDO

DINÁMICA DE INICIO. Mar adentro - mar afuera.

OBJETIVO: Animar a los participantes.

MATERIALES: Masquin tape.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Dio las instrucciones de ejecución de la dinámica y la superviso ejemplificándola cuando fue necesario.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES:

Se colocaron de pie en una fila. Se marco una línea que represento la orilla del mar, los participantes se colocaron detrás de la línea. El facilitador les indico que cuando les dijera "mar adentro", todos darían un salto hacia delante sobre la raya. Cuando les dijera "mar afuera", todos darían un salto hacia atrás de la raya. Las órdenes se dieron de forma rápida para que fuera lo más dinámico y los que se equivocaran se les pondría un pequeño castigo.

DINÁMICA 1: Gráfico de mi vida.

OBJETIVO: Que los participantes evoquen y compartan los principales acontecimientos de su vida.

MATERIAL: Cartulinas, papel crepé, figuras elaboradas de papel o unicel (sol, nubes, lluvia, taller mecánico, llantas, topes, baches, gato).

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Se le indico a los participantes que la actividad consistía en comentar al grupo los acontecimientos significativos (buenos y malos) que representarían con las figuras que se les proporcionaran. El facilitador fue el primero en comentar su vida para indicarles la manera en cómo hacerlo. Después que pasaron los participantes a contar sus vivencias, se realizaron comentarios al respecto.

ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE:

En la carretera que representa el trayecto de la vida de cada participante va un auto que representa a cada uno de ellos, los participantes compartieron con el grupo los acontecimientos que han dejado una huella en su vida, tanto buenos como malos y éstos fueron representados con las figuras proporcionadas (sol, nubes, lluvia, taller mecánico, llantas, topes, baches, gato, etc.), según el criterio que le dio cada participante a ese acontecimiento.

DINÁMICA 2: Dulces sueños.

OBJETIVO : Que los participantes identifiquen los eventos *significativos* y positivos durante su vida.

MATERIAL: Hojas blancas o cartulinas y lápices.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Se les pidió a los participantes que realizaran un dibujo de su casa y que localicen, con base a sus recuerdos: a) el lugar que más utilizaron para sentirse a gusto, b) el lugar que les trae más gratos recuerdos, c) el lugar que más les gustaba en la niñez y d) el lugar que sentían más suyo. Después se formaron en equipos para compartir sus experiencias, para posteriormente compartir con el grupo algún comentario gracioso o interesante que a su parecer haya ocurrido en el interior de su equipo.

Al término del ejercicio y de los comentarios que se dieron, se comento que cada sujeto tiene en sí mismo algo de lo cual puede sentirse orgulloso o satisfecho y ello lo hace especial a los ojos de los demás.

Se repartió las hojas o cartulinas entre los participantes.

ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE:

Los participantes dibujaron los lugares de su casa donde se sienten más a gusto, les trae más gratos recuerdos, el lugar que más les gustaba en la niñez o el lugar que sentían más suyo. Compartieron experiencias.

RETROALIMENTACIÓN.

El éxito obtenido por propios méritos servirá de acicate para avanzar hacia tareas, experimentos y aprendizajes más complicados y la superación de dificultades crecientes, pero salvables, reforzará las conductas positivas, de esfuerzo y de riesgo prudencial. Toda experiencia gratificante y reforzante para el sujeto es un paso más hacia la autoestima y, en consecuencia, conduce a la plena autorrealización, pues potencia los sentimientos de autonomía, capacidad, dominio y autosuficiencia.. En la medida en que adopten los comportamientos superiores y los conviertan en actitud, serán personas con un proyecto de vida, autorrealizadas, maduras y mejor la calidad de vida(De Pujadas 1998).

SESIÓN **7** **FECHA:_____**

TEMA: EXPLORACIÓN DE SENTIMIENTOS REPRIMIDOS

OBJETIVO: Al finalizar la sesión los participantes lograran en primera instancia, establecer contacto con su niño interno, recuperando así, sensaciones, sentimientos y emociones; con el fin de reconocer causas o motivos de los malestares que les atañen, así como de las sensaciones, sentimientos y emociones que éstas les producen.

CONTENIDO

DINÁMICA 1. Niño Interno

OBJETIVO: *L*os participantes lograrán en primer lugar, establecer contacto con el niño interno y recuperara sus sentimientos.

MATERIALES: Tapetes, incienso. Grabadora,discos compactos y pañuelos

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Dio instrucciones: "Van a acostarse en el lugar que deseen, por favor no dejen nada en su cuerpo que les apriete; si tiene lentes, anillos, inclusive lentes de contacto, ¡quítenselos¡ y colóquense en un lugar y posición de tal manera que se sienta lo más confortable posible... por favor no cruce las piernas…cierren los ojos...ubíquense en el tiempo y en el espacio... en el aquí y en el ahora...respiramos profundo... inhalo... exhalo...otra vez...inhalo... exhalo... sientan su cuerpo...comenzando por los dedos de sus pies..... sienta sus pantorrillas... sus rodillas... sus muslos... respiro profundo nuevamente, inhalo... exhalo... siento mis brazos... respiro profundamente... inhalo... exhalo... concéntrese en su respiración... sienta el aire que entra y sale por sus pulmones... perciba el aire en su nariz cuando inhala y exhala... mantengo mi respiración normal... trato de contactar conmigo... sienta su columna... su cabeza... si hay dolor físico lo saco por la respiración, respiro profundo, despacio, no llevamos prisa trato de que mi ritmo cardiaco este a nivel normal... no me evado de los sonidos exteriores, los

sonidos exteriores los incorporo... suelto toda la tensión acumulada y permito que ésta salga por mis manos y por mi cuerpo... calma.... no hay nada en el exterior que nos moleste y que nos distraiga de este momento... el trabajo va a ser interno,... mantengo el contacto conmigo... no lo pierdo.... no pierdas ese contacto...este espacio es sólo para mi... ahora, puedo comenzar a evocar algunos recuerdos de mi infancia... puedo recordar mis primeros días escuela... a su mejor amigo en ese momento... puedo recordar a mis maestros, la casa en la cual viví de pequeño...¿de qué color era la casa?... ¿era un departamento?... trato de recordar las habitaciones de donde vivía... donde me encontraba?... tenía un ligar en especial?... ubique ese lugar... las travesuras que hacia…los momentos alegres…hay algo que no me gusto ubíquenlo o hay algo que me gusto también ubíquenlo… recordemos aquella etapa, aquel momento, nos habíamos sentido solos o que pasaba, aquel momento donde talvez necesitamos de alguien que nos escuchara... alguien que nos brindará un abrazo... tal vez era aquel momento donde no teníamos con quién jugar... donde teníamos que cuidar a nuestro hermano menor..... atenderlo, darle de comer, vestirlo.... no sé... recordemos esa etapa... cómo nos vestíamos... cómo nos trataban... observémonos por favor en esa etapa, tratemos de hacer contacto, recordemos... recordemos... tratemos que esas sensaciones que percibíamos en esa etapa estén con nosotros... respiro profundo... inhalo... exhalo... pensemos un poco en ese momento y qué pasaba... con quienes estaba... que me cuesta o me duele recordar, que me gusta recordar y porque…mantengámonos ahí por unos momentos, ahora iremos regresando poco a poco, recordando los días de la primaria como eran como nos veíamos que traía puesto, después en la adolescencia como vivía …que sentía, que pensaba, que me molestaba o me atraía de esta etapa como era el trato con mis padres, amigos, conocidos…cuando fui a la preparatoria si es que lo hice o que hacia en ese momento en esa etapa de mi vida, lo recuerdo, que es lo que recuerdo, que sensaciones me produce, posteriormente, como una persona adulta como ha sido mi vida, como me trato yo y como es mi relación con los demás he pensado en esto sino ahora puedo recordar y pensar mucho más sereno y tranquilo sobre todo

lo que he vivido hasta éste momento, como me siento, que sentimientos y emociones percibo, poco a poco voy regresando al aquí y al ahora…me encuentro en el salón con todos mis compañeros, recuerdo todo el recorrido que hice y traigo con migo todas las sensaciones percibidas, respiro profundo y cuando me encuentre listo voy abriendo mis ojos lentamente si así lo deseo, no hay prisa, tomemos nuestro tiempo y reflexionemos lo experimentado.

ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE:

Fue indispensable que mantuvieran su atención en todo momento hacia el educador, concentración, sin zapatos.

DINÁMICA 2: Escucho a mi niño interno

OBJETIVO: Que los participantes puedan reflejar las sensaciones y emociones vividas durante el viaje a lo interno mediante un escrito a su propio niño.

MATERIALES: Tapetes, grabadora, discos compactos, hojas blancas, pañuelos y plumas.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Dio instrucciones: Des pues de realizar ese pequeño recorrido por la infancia les vamos a pedir que se sienten cómodamente, mis compañeras les proporcionaran una hoja con una pluma, la hoja la van a dividir en dos partes en la parte izquierda van a escribir con la mano izquierda lo que su niño encontro o lo que el quiera decirles y en la otra parte escribirán con la mano derecha ahí ustedes le contestaran si es que existe alguna pregunta o trataran de decirle lo que a cada uno le nazca, al terminar se pedirá la participación voluntaria para comentarnos su experiencia y se retroalimentará a los participantes.

ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE:

Indispensable que mantenga su atención en todo momento hacia el educador, concentración, participación y cooperación.

RETROALIMENTACIÓN.

En el humanismo las emociones forman parte de la vida cotidiana, el término emoción designa sentimientos que cada uno de nosotros puede reconocer en sí mismo por medio del auto-conocimiento. La emoción es una experiencia o un estado psíquico acompañado de sentimientos, cambios corporales marcados por estos sentimientos, actividades inspiradas por las situaciones sociales, predisposiciones sensorio-motrices, es decir, “es un estado complejo en el organismo envolviendo cambios corporales y en la parte fisiológica un estado de excitación o perturbación, marcado por un fuerte sentimiento siendo usualmente un impulso hacia una forma definida de comportamiento” (Wukmir, 1967). El estudio de la emoción en tanto que proceso debe contemplar la estrecha interacción entre las dimensiones afectiva y cognitiva. La emoción, implica la concienciación subjetiva (sentimiento), implica una dimensión fisiológica (cambios corporales internos), implica una dimensión expresiva / motora (manifestaciones conductuales externas) e implica una dimensión cognitiva (funcionamiento mental). El objetivo tiene que ver con la movilización general del organismo para enfrentarse a una situación más o menos amenazante o desafiante. Todas y cada una de las dimensiones parecen estar relacionadas con la mayor o menor propensión a experimentar un proceso disfuncional, un desajuste, una enfermedad e incluso la muerte.

Wundt consideraba que la experiencia emocional podía describirse en términos de las combinaciones de tres dimensiones: agrado / desagrado, calma / excitación y relajación / tensión.

Para James (citado en McNaughton, 1989) la vivencia de la emoción, es la percpeción de un patrón de activación corporal. Un estado emocional es el resultado de la interacción entre la activación fisiológica y la evaluación cognitiva de la situación, en donde la primera se conceptualiza como la preparación generalizada y difusa que determina la intensidad pero no la cualidad de la emoción, la cual esta determinada por la evaluación cognitiva de la situación, junto la congnición emocional y la activación Fisiológica se unen para definir un estado emocional determinado.

SESIÓN **8** **FECHA:_____**

TEMA: AUTOREFLEXIÓN

OBJETIVO: Que los participantes identifiquen sentimientos de malestar en sí mismo para manejarlos como parte del proceso de autoconocimiento.

CONTENIDO

DINÁMICA DE INICIO. Comentarios de la sesión anterior

OBJETIVO: Rescatar los acontecimientos de la sesión anterior para la continuación del proceso.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Se inició la sesión con un saludo cordial a los participantes y se preguntó cómo se sienten para iniciar una ronda de comentarios rescatando los principales acontecimientos de la sesión anterior que voluntariamente se quieran compartir.

ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE:

Los participantes compartieron voluntariamente sus experiencias de la sesión anterior (cómo se sintieron).

DINÁMICA 1. Breve relajación e inducción

OBJETIVO: Identificar los sentimientos reprimidos en el interior del ser.

MATERIALES: Rotafolios con siluetas humanas dibujadas; crayolas, plumones y lápices.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Se pidió a los participantes que cerraran los ojos, que se sentaran en una posición cómoda sin cruzar brazos ni piernas; que respiraran profundamente por la nariz y sacaran el aire por la boca suavemente, tres veces más y se les pidió que comenzaran a recordar aquellas emociones que se produjeron en su cuerpo

durante la dinámica del regreso a la niñez, que trataran de identificar con la mayor claridad posible los sentimientos de alegría, tristeza, abandono, soledad, rechazo, abuso etc. cualesquiera que hayan sido los sentimientos experimentados que traten de traerlos al presente, que miren con claridad las personas, las situaciones, los lugares importantes que lograron recordar. Fue importante que conservaran con claridad las imágenes de ese momento para que puedan manejar los sentimientos con mayor facilidad. Poco a poco abrieron los ojos y frente a ellos encontraron una silueta que representaría su yo, allí trataron de plasmar el sentimiento o la imagen más representativa de su recorrido hacia la niñez a través de los materiales que se les proporcionaron. Se les indico que podían dibujar, pintar, escribir o hacer con la silueta lo que quieran, de la manera que quieran plasmar su sentimiento.

Finalmente se pidió algún voluntario que quisiera compartir lo que representó en su silueta, el sentimiento y su origen. La dinámica terminó cuando ya no hubo más comentarios por parte de los participantes.

ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE:

Los participantes mantuvieron su atención a la voz del coordinador durante la inducción para plasmar posteriormente sus sentimientos identificados. Finalmente compartieron voluntariamente con el grupo su experiencia.

DINÁMICA 2. Manejo corporal

OBJETIVO: Relajar la posible tensión generada por el sentimiento plasmado de la dinámica anterior; recibir y dar apoyo.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Se pidió a los participantes que se colocaran de pie y comenzaran a caminar por todo el espacio disponible, en el sentido que quisieran, despacio, sintiendo su cuerpo, sus piernas al caminar, escuchando su respiración, se les dijo: escúchense a sí mismos, qué sienten en este momento, qué piensan en este momento, qué quieren en este momento, si entre las personas que aquí están

presentes hay alguien en especial a quien quieran abrazar, regalar una sonrisa, una mirada, un beso o un apretón de manos pueden hacerlo o busquen a la persona y soliciten lo mismo. Es importante estar abiertos a dar y recibir afecto, a solicitar un abrazo o cualquier otra expresión de afecto.

ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE:

Los participantes siguieron las instrucciones dadas por la coordinadora.

La sesión se dio por terminada con una ronda de comentarios de las personas que voluntariamente quisieron compartir su vivencia y con la retroalimentación de las coordinadoras.

RETROALIMENTACIÓN.

Las emociones se caracterizan por sensaciones más o menos precisas de placer o displacer; agradables o positivas las cuales acompañan la presencia inesperada o la anticipación de acontecimientos gratificantes; las emociones desagradables o negativas se asocian con la experiencia del dolor, el peligro o el castigo. Danzter (1989) menciona que para hablar de las emociones y compartirlas con aquellos que nos rodean, aprendemos a designarlas con términos como alegría, exaltación, felicidad, pena, tristeza, culpabilidad, miedo, ansiedad y rabia. Las emociones no permanecen ocultas en el interior, sino que se expresan por medio de mímicas, posturas, movimientos, e incluso gesticulaciones o vocalizaciones características.

Como ya se había mencionado en las emociones intervienen los sentimientos, los cuales se consideran como: un estado afectivo que acompaña a las emociones y las pasiones, y de las que depende su tonalidad afectiva; es la acción de sentir, o sea es la actitud que cada persona tiene de reaccionar ante ciertos estímulos y obtener así un conocimiento sensible, por lo tanto designa un estado afectivo, la afectividad es un peculiar estado psicológico (Salvat, 1978). Los sentimientos según sea su causa sensitiva o intelectual se dividen en inferiores y superiores, los inferiores (objetos sensibles) se presentan en el yo en cuanto actúe la causa de la que dependen para que se desencadenen los proceso afectivos;

mientras que en los sentimientos superiores (valores religiosos, morales y estéticos) se requiere un acto intencional del yo lo que quiere decir que este refiera a sus causas (sensitiva o intelectual), los procesos afectivos que experimenta estos presentan cualidades comprendidas en dos polos placer y displacer.

SESIÓN **9** **FECHA:_____**

TEMA: RECONOCIMIENTO DEL VINCULO MENTE-CUERPO

OBJETIVO: Al finalizar la sesión los participantes reconocerán la relación que existe entre cuestiones emocionales y el cuerpo.

CONTENIDO

DINÁMICA 1. Tómense de las manos

OBJETIVO: Que los participantes experimenten ciertas emociones al estar en contacto con otras personas, que puedan provocar algún malestar físico.

MATERIALES: Tapetes

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Les pidió a los integrantes del grupo que se colocaran de pie y comenzaran a caminar por todo el lugar de trabajo hasta que se dijo alto, donde cada participante formara una pareja con la persona que en ese momento haya quedado más próxima a él, buscando un lugar cómodo en el cual puedan sentarse de frente, cierren los ojos, se tomen de las manos y en completo silencio comiencen a transmitir a su pareja única y exclusivamente con las manos, las experiencias que se les fue dando. Para esto fue importante asignarle a cada miembro de la pareja el significante “A” y al otro el “B” de esta manera los primeros en transmitir los sentimientos serán los “A” y los “B” los recibirán, posteriormente se intercambian los papeles. Las experiencias de la primera ronda fueron tristeza, curiosidad, felicidad, apoyo, ternura, desesperación y preocupación, las de la segunda ronda fueron: rechazo, tranquilidad, indiferencia, amor, enojo, relación sexual. Al finalizar se les pidió que los comentarios se hicieran al final de la sesión.

ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE:

Formaron pareja con otra persona dividiéndose en “A” y “B”, siguiendo adecuadamente las instrucciones dadas por la coordinadora, así mismo si lo creyó necesario expreso lo vivido o experimentado en la dinámica.

DINÁMICA 2. Gritos del cuerpo

OBJETIVO: Los participantes identificarán partes de su cuerpo que presenten tensión después de la primer dinámica mediante una exploración.

MATERIALES: Tapetes, música, grabadora e incienso.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Dio instrucciones: “Para poder llevar a cabo esta dinámica necesitamos que se sienten cómodamente, dejando un espacio suficiente para poder moverse, ahora van a cerrar sus ojos, respirar profundamente uno o dos veces, no pierdas el contacto con este momento con el aquí y el ahora, todos los ruidos exteriores vamos a incorporarlos, observa y siente que sensaciones tienes en este momento, percíbelos, que sensación produce irte tocando los dedos de los pies, las pantorrillas, las rodillas, los muslos, la cadera, el pecho, los dedos de las manos, los brazos, el cuello, la nuca, la cabeza, ahora hagan una revisión lenta por todo su cuerpo, sientan si hay alguna parte tensa o con dolor y traten de identificar por que motivo creen que sienten eso o que es lo que lo provoco, date cuenta de que lo que piensas o sentiste en algún momento puede serla causa de ese malestar y tenlo muy presente. Ahora vamos a olvidarnos un poco de ese dolor o malestar, nos vamos a trasladar a un lugar bello, tranquilo en donde siempre soñé estar ahí no hay cansancio, mi cuerpo se siente ligero, respiro ese olor que tanto me gusta y siento como al ir respirando se va toda esa tensión y malestar que me atañe, me siento relajado y muy tranquilo, estoy por unos momentos recorriendo ese lugar y disfrutando de el, ahora quiero que se despidan de ese lugar por el momento y regresen al salón de trabajo lentamente y cuando se sientan listos se van incorporando abriendo los ojos lentamente al finalizar dinámica se pedirá las impresiones voluntarias de los participantes.

ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE:

Mantuvo su atención en todo momento sobre lo que dice el educador y si creyó que pudo participar contando su experiencia se le escuchó con atención, así mismo tubo que quitarse los zapatos para realizar adecuadamente la dinámica.

RETROALIMENTACIÓN.

Dentro del humanismo es de gran importancia el concepto salud – enfermedad donde Rogers (citado en Rychlak, 1998) insistía en que el organismo busca una actualización, la cual significa crecer, mejorar o enriquecer, que en angustiantes, etc.; que pueden originar malestares físicos e incluso enfermedades crónicas; debido a que nuestros procesos psicológicos están relacionados con nuestro organismo físico y corporal, por lo mismo, hay que darnos cuenta de las diferentes sensaciones, demandas y necesidades de nuestro organismo. Por lo tanto es importante vivenciar y conocer de un modo diferente el propio cuerpo, lo cual puede contribuir a transformar completamente la enfermedad y con ello contribuir también a alta frecuencia de enfermedades invalidantes y mutiladoras así como la aterradora incidencia de suicidios en las edades de las grandes crisis de identidad y pertenencia.

Mediante esta vivencia, el terapeuta ayuda a que el individuo se haga responsable de su enfermedad y atienda el mensaje que ésta le trae a toda su persona; la cual no sabe que es la parte del cuerpo que padece la enfermedad donde está ahí el verdadero mensaje que no fue escuchado. Ya que el ser humano generalmente se enoja con aquella parte de su cuerpo que le muestra limitación o le molesta de alguna manera, por lo tanto, no le habla ni mucho menos le escucha. Es trascendente relacionar algo de lo que ocurre o ha ocurrido a lo largo de nuestras vidas con esto llamado enfermedad. Por ejemplo: “ahí está otra vez el maldito estómago, que tiene que ponerse a reclamar cuando estoy más estresada (o)” (Schnake, 1995).

El cuerpo, como todo lo demás en la vida es reflejo de nuestros pensamientos interiores y de nuestras creencias. Cada célula dentro de nuestro

cuerpo responde ante cada uno de nuestros pensamientos y ante cada palabra que se pronuncia, el cuerpo siempre nos esta hablando solo que no nos damos el tiempo para escucharlo, los continuos modos de hablar y pensar producen comportamientos y posturas y salud o enfermedad, la persona que permanentemente frunce el seño no lo produjo teniendo pensamientos alegres o amorosos.

Como se ve los pensamientos que se tienen tiene mucho que ver con el estado de salud en la que se encuentra cada persona, esto también incluye que muchas veces los sentimientos y emociones que son provocados por alguna situación de la vida cotidiana que son reprimidos también alteran de forma significativa nuestra salud por ejemplo cuando algo anda mal en el área de la cabeza, normalmente significa que sentimos que algo anda mal, muy mal en nosotros ya que la cabeza es la parte que nos representa, los ojos representan la capacidad de ver, por lo tanto problemas en esta área significa que hay algo que no queremos ver ya sea en nosotros mismos o en la vida pasada, presente o futura, el cuello representa la habilidad de ser flexibles en nuestra forma de pensar, cuando hay problemas aquí es por que estamos siendo testarudos con nuestro concepto acerca de una situación, la espalda representa nuestro sistema de apoyo, los problemas aquí se presenta porque sentimos que no somos apoyados por último mencionaremos el estomago el cual dirige todas las nuevas ideas y experiencias que vivimos, cuando se presentan problemas estomacales es porque no sabemos asimilar las nuevas experiencias ya que esto no provoca mucho miedo. Es importante mencionar que, no es lo que ocurre lo que nos afecta, sino como reaccionamos ante estas situaciones, ya que cada uno de nosotros es totalmente responsable de sus experiencias.

Con todo esto podemos concluir que lo que ocurre tanto en la superficie como en el interior de nuestro cuerpo están íntimamente conectados, por ello, hay que darle importancia a los síntomas y manifestaciones físicas que no se deben ni se pueden separar de las manifestaciones psíquicas.

SESIÓN: **10** **FECHA:_____**

TEMA: RECONOCIMIENTO DEL POTENCIAL PERSONAL

OBJETIVO: Los participantes tomarán conciencia de sus recursos y motivaciones.

CONTENIDO

DINÁMICA DE INICIO. Levántense y siéntense.

OBJETIVO: Animar y lograr la concentración de los participantes.

MATERIALES: Sillas

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Dio las instrucciones de la dinámica que requirió que todos estuvieran sentados en círculo. La dinámica empezó cuando el facilitador contó una historia inventada (una vez, un señor iba por la calle y se encontró unas llaves y se preguntó que de "quién" serían, ¿tal vez de la vecina?, "no, no" creo, de ¿Alfredo?, ¿"quién podrá saberlo", seguro son de ... ¡ah!, "no" son de quién sabía quién ...). Después les diría que cuando escuchen dentro de la historia la palabra "quien", todos se deben levantar y cuando dice la palabra "no", todos deben sentarse. El facilitador inició la historia y después señaló a alguien para que la continuara. El que narro la historia tubo que hacerlo rápido para que fuera más ágil e interesante.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES:

Sentarse en círculo. Levantarse cuando escuchen dentro de la historia la palabra "quien" y sentarse cuando escuchen la palabra "no". Asimismo, cuando pierdan, darán una prenda.

DINÁMICA 1. Para que vivir

OBJETIVO: Los participantes explorarán tanto las ideas como motivaciones por las que viven.

MATERIALES: Hojas blancas, lápices, mesas y sillas.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

El coordinador pidió a los participantes que escribieran la pregunta ¿Para qué vives? y también la una respuesta, en la hoja que les proporcionó.

El coordinador pidió que participaran en una discusión que los llevo a compartir sus ideas acerca de la pregunta y obtener algunas conclusiones sobre ellas.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES:

Los participantes escribieron en la hoja la pregunta sugerida por el coordinador y respondieron a ella.

Después participaron en una discusión donde compartieron sus ideas acerca de la pregunta y sacaron una conclusión de ellas.

DINÁMICA 2. La rutina de mi vida

OBJETIVO: Que los participantes hagan conciencia de que se toman decisiones en todo momento

MATERIALES: Sillas y un lugar amplio

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

El coordinador explicó que todos diariamente tomamos decisiones, algunas sencillas y otras cotidianas y otras más difíciles; y ejemplificará con algunas de éstas, bañarse o no, qué desayunar, llegar o no temprano a clase, etc.

Después el coordinador pidió que se dividieran en equipos y que comentaran acerca de las actividades que realizaron en ese día.

El coordinador explicó que analizaran dichas actividades y que identificaran si tuvieron consecuencias o no de las decisiones que tomaron durante el día.

Posteriormente, solicitó un voluntario por equipo para que comentara ante el grupo la secuencia de decisiones que identificaron en su equipo.

El coordinador concluyo comentando la importancia de tomar decisiones conscientemente.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES:

Los participantes se dividieron en equipos para comentar acerca de las actividades que realizaron en el día, y analizaron éstas actividades e identificaron si tuvieron consecuencias o no de las decisiones que tomaron.

Alguno de los participantes de cada equipo comentaron ante el grupo la secuencia de decisiones que identificaron.

DINÁMICA 3. Automóvil

OBJETIVO: Analizar, mediante la analogía del automóvil, los recursos personales y la capacidad de control que tenemos de las situaciones en función de dichos recursos, así como las diferentes reacciones que podemos exhibir en función del impacto que produce en nosotros cada uno de los eventos que nos toca vivir.

MATERIALES: Figura de un coche, lápices y hojas, mesas y sillas.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

El coordinador explicó que el automóvil es una máquina que permite controlar a voluntad su funcionamiento (velocidad y dirección, fundamentalmente). Y que para ello tiene que estar dotado de unos recursos adecuados: agarre al suelo (buenas ruedas), visibilidad, estabilidad, confort, habitabilidad, capacidad de carga del maletero, sistema de seguridad (ABS, barras de protección lateral, sistema de deformación programado en caso de accidente, etc.), es decir, todo aquello que se puede entender como “prestaciones” (tanto de potencia / desarrollo del motor como de equipamiento). Explicó que el ejercicio consiste en que, por analogía, consideren y establezcan cuáles son, a su propio juicio, sus prestaciones, mediante el siguiente guión:

a) Mis cuatro ruedas son:
b) Mi parabrisas laminado es:
c) Mi caja de cambios:
d) Mis amortiguadores:
e) Mi sistema de calefacción / aire acondicionado:
f) Mi capacidad de maletero:
g) Mi sistema de seguridad en caso de accidente:
h) Mi potencia:
i) Mi sistema de frenado:
j) Mis faros:

El coordinador pidió que al decidir todos estos recursos, los coloquen en el lugar apropiado en la figura de un coche. Después incitó a un diálogo con los participantes sobre cada uno de los elementos de los coches, haciendo hincapié en resaltar únicamente los aspectos positivos de cada uno de los participantes.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES:

Los participantes elaboraron una analogía entre las prestaciones y el guión proporcionado por el coordinador. Después los participantes hablaron sobre cada uno de los elementos con que elaboraron el coche.

RETROALIMENTACIÓN

La Psicología Humanista concibe a la persona como una totalidad en la que se interrelacionan factores físicos, emocionales, ideológicos o espirituales formando al ser real, el individuo es visto como una persona que se puede hacer cargo de su vida, llevar su propio desarrollo y realizar sus deseos o sea llegar a la autorrealización, con lo cual mostrará altos niveles de percepción de la realidad, habilidad para resolver problemas, autodirección, deseo de privacidad, riqueza emocional, frecuentes experiencias valiosas, identificación con uno mismo, con otros, aceptación de sí misma, de otros y de la naturaleza. El humanismo sostiene que la naturaleza humana es neutral y que lo negativo de cada persona es el

resultado de un daño en el desarrollo, se comenta que el humanismo tiene siempre presentes los factores internos como los sentimientos, emociones, valores y esperanzas, por lo tanto es indispensable no limitarse a sí mismo en ningún aspecto posible.

SESION: **11** **FECHA:_____**

TEMA: TOMA DE DESICIONES

OBJETIVO: Que los participantes tomen conciencia con respecto a que ellos son los responsables de elaborar alternativas y tomar sus propias decisiones.

CONTENIDO

DINÁMICA DE INICIO. ¡El bum!

OBJETIVO: Animar y lograr la concentración de los participantes.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Le pidió a los participantes que se sentaran en círculo y que se numeraran en voz alta donde todos a los que les toque un múltiplo de 3 o un número que termine en 3, dijeran ¡bum! en lugar del número, el participante que seguía, continuo con la numeración. Ejemplificó el ejercicio y actuó como guía de la actividad.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES:

Estar atentos a los números para que cuando les toco algún múltiplo de 3 o un número terminado en 3, dijeran ¡bum! en lugar del número. La numeración se dijo rápido y la persona que se tardo o se equivoco, se le impuso un pequeño castigo.

DINÁMICA 1: No puedo, no quiero.

OBJETIVO: Que los participantes concienticen con respecto a como las personas se responsabilizan de sus decisiones.

MATERIAL: Hojas blancas y lápices.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Se le dio a cada participante una hoja de papel y se les pidió que escribieran diez frases que empiecen con “Yo no puedo....”, estas frases podían referirse a su vida personal, familiar, laboral, vida social, etc. Al termino del ejercicio se dijo que “el no puedo” implica muchas veces algo, pero que se rehusa uno a hacer, y el no quiero afirma la responsabilidad de las decisiones y acciones.

ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE:

Escribió las diez frases que empiecen con “Yo no puedo....”, ya que hayan terminado, se les preguntó si deseaban compartir lo que escribieron y al terminar de leerlas, se le pedirá al participante que leyó sus frases, que vuelva hacerlo, pero en esta ocasión que intercambie las palabras “Yo no puedo...” por “Yo no quiero...”. Una vez que haya terminado de leer las diez frases, se les pidió a todos que en la parte de atrás de la hoja o a un lado escribieran las mismas diez oraciones, pero que cambiara “Yo no puedo...” por “Yo no quiero...”

DINÁMICA 2: El naufragio.

OBJETIVO: Que los participantes tomen decisiones.

MATERIAL: Hojas blancas y lápices.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Dividió al grupo en cuatro equipos, relato una historia, solicitando a los participantes que se pongan en la siguiente situación: Ustedes son un grupo de personas que iban en un barco que naufragó, llegan a una isla desierta y saben que van a tener que vivir allí el resto de su vida.

ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE:

Los participantes se colocaron en el lugar de la historia y se solicitó que cada uno de los equipos escribiera en una hoja los valores que regirían esa nueva sociedad, siguiendo los pasos de un modelo de toma de decisiones que consiste en: 1) Obtener información, 2) Analizar los valores propios, 3)Hacer una lista de ventajas y desventajas de las diferentes alternativas, 4) Calcular que tanta

probabilidad hay de éxito con cada una de las alternativas, 5) Analizar las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de la decisión, 6) tomar la decisión. Posteriormente se compartió con el grupo las conclusiones a las que llegó cada equipo.

DINÁMICA 3: Si para mi, no para mi.

OBJETIVO: Que los participantes tomen sus propias decisiones.

MATERIAL: Hojas blancas y lápices.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

El facilitador dio algunas oraciones en voz alta y se pidió que los participantes tomaran la decisión de escribirlas en una hoja, del lado izquierdo se encontraría la frase “Si para mi” en este lugar escribieron la oración cuando tomen la decisión de que eso es lo que harían en la situación, y cuando tomen la decisión de que no lo harían la escribieron del lado derecho, donde se encuentra la frase “No para mi”.

ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE:

Cada participante escribió en una hoja blanca la frase “Si para mi...” del lado izquierdo, en el lado derecho la frase “No para mi...”, el facilitador mencionó algunas oraciones que se presten para tomar decisiones y cada participante escribió la oración en el lugar que decidió. Al terminó del ejercicio se pidió que se leyeran en voz alta sus decisiones y se comentó que fue lo que los llevo a tomar esta decisión.

RETROALIMENTACIÓN.

Lo que nos llevara a tomar ciertas actitudes ante la vida, son inclinaciones o reacciones ante diversas situaciones. Conforme las personas van creciendo se conformas de ideas, expectativas y de actitudes que normalmente se mantienen muy arraigadas a lo largo de la vida, por lo tanto se menciona que las actitudes de las personas se dan en virtud de sus pensamientos, por lo tanto es el modelador

de su vida y el propio constructor de su destino. Mediante los pensamientos obtiene conocimientos de sí mismo lo cual le proporciona sabiduría y poder acerca de él mismo, sumado a esto es importante hacer notar que los pensamientos positivos son los que permitirán a los individuos llegar y obtener buenos resultados sobre esto Buscaglia (citado en Viamonte 1993)opina uno es lo que uno piensa, que cada uno atrae lo que piensa, que la vida es un producto de los pensamientos y creencias, por lo mismo para poder cambiar el rumbo de la vida hacia mejoras es a base de alterar los propios pensamientos.

SESIÓN **12** **FECHA:_____**

TEMA: ASERTIVIDAD

OBJETIVO: Que los participantes inicien el proceso de generación de alternativas a partir del autoconocimiento logrado hasta el momento y de la identificación de sus inseguridades que han obstaculizado su crecimiento personal.

CONTENIDO

DINÁMICA DE INICIO. Ciclo mar y tierra.

OBJETIVO: Activar a los participantes; agilizar su tiempo de reacción.

MATERIALES: Una pelota de esponja.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Las coordinadoras iniciaron la sesión con un saludo cordial a los participantes y se procedió a explicar la actividad a realizar mediante las siguientes instrucciones: "Una persona va a lanzar la pelota a otra persona de enfrente, a la izquierda o a la derecha según quiera al tiempo que va a decir la palabra cielo, mar o tierra. La otra persona tiene que atrapar la pelota y responder inmediatamente con el nombre de algún animal del cielo (que vuele), del mar o de la tierra según se le requiera. Tienen máximo tres segundos para responder e inmediatamente lanzar la pelota a otra persona. El que no responda pierde y se sale del juego". Se dio aproximadamente 10 minutos para esta actividad.

ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE:

Los participantes atraparon la pelota y la lanzaron a otra persona después de haber dado su respuesta.

DINÁMICA 1. Estas son mis inseguridades…y mis seguridades

OBJETIVO: Identificar las razones de las inseguridades que tenemos

MATERIALES: hojas de papel bond tamaño carta y lápices

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

A cada participante se le proporcionó una hoja para que escribiera en una columna aquellas actividades en las que no se sintió del todo seguro y en una segunda columna aquellas actividades en la que se sintió plenamente seguro.

Se le pidió que piense en la razón de su inseguridad y de su seguridad en cada situación; que averigüe qué hay de presión social para estar seguro en cada situación; que trate de averiguar qué pasaría si se sintiera más seguro en aquellas situaciones en que hasta ahora le resultan penosas por su falta de seguridad; que trate de detectar como se siente ante cada una de estas situaciones: preocupado, perfectamente consciente, confuso, etc. Por último se pidió que analice cuidadosamente las situaciones que ha enlistado: ¿tienen algo en común? (mismo lugar, mismo tipo, misma gente), ¿cuál de ellas es la peor situación?, ¿qué crees que se espera de ti en cada una de las situaciones?

ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE:

Los participantes realizaron comentarios respecto a su vivencia de la dinámica.

DINÁMICA 2. Asertividad

OBJETIVO: Identificar alternativas de respuesta pasiva, agresiva y asertiva.

MATERIALES: Hojas de papel donde se describen tres diferentes situaciones cotidianas.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Una coordinadora planteó tres diferentes formas de responder ante las diferentes situaciones de la vida. Se expuso la forma agresiva de conducirse por la vida, la forma pasiva y la forma asertiva como alternativa. Se comentaron algunas características de la conducta asertiva, así como los derechos implicados en esta.

ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE:

Los participantes formaron equipos de tres miembros y se les planteo una situación qué resolver. Cada uno de los tres miembros del equipo representó una forma de respuesta diferente.

Al finalizar la dinámica se realizo una ronda de comentarios sobre las características de las respuestas dadas y sus posibles consecuencias. Los participantes expusieron voluntariamente sus experiencias de la dinámica y posibles dudas o comentarios.

DINÁMICA 3. Habla mi yo

OBJETIVO: Aprender a hablar en primera persona usando la palabra “yo”.

MATERIALES: Caja o recipiente cóncavo, frases con peticiones vagas escritas en papeles que se habrán recortado y doblado con anterioridad (ver anexo 12) y un rotafolio con el timbiriche.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Una de las coordinadoras expuso la importancia de aprender a hablar con seguridad y responsabilidad. Enseguida pidió al grupo que se dividiera en dos equipos y se asignaran los nombres que deseen por equipo. Se les indicó que el ejercicio a realizar va a tener como base el juego de timbiriche. Se les expuso las reglas del juego: Una persona de cada equipo, alternadamente, pasará al frente a sacar un papel del recipiente que contiene una frase escrita de manera vaga. La tarea consiste en decir la frase en voz alta ante todo el grupo usando el pronombre yo. El grupo determinará si la forma en que se cambió la frase es correcta. En caso de que la evaluación sea positiva se tendrá derecho a poner una rayita en el timbiriche. El equipo que llene más cuadritos con la inicial de su nombre será el ganador.

ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE:

Los participantes escogieron a un miembro de su equipo que paso a sacar el papel que contenía la frase vaga y éste la cambiaría correctamente y marcarían la raya en el timbiriche.

Al término de la actividad se realizo una ronda de comentarios acerca de cómo se sintieron los participantes al hablar en primera persona. Se resalto la importancia de aprender a hablar expresando nuestros verdaderos sentimientos y deseos asumiendo que son nuestros.

RETROALIMENTACIÓN:

En cuanto a lo asertivo tenemos que esta habilidad varia dependiendo del grado de efectividad de lo que se desea en una situación determinada, una conducta apropiada en una situación que en otra no lo es, y el individuo conlleva sus propias actitudes, valores, creencias, capacidades cognitivas y estilo único de interacción. La persona asertiva permite tener ciertas conductas y pensamientos para mejorar sus relaciones interpersonales. Es de gran importancia debido a la relación que tiene con nuestra vida, para sentirnos bien con los demás y con nosotros mismos. Algunos de los derechos asertivos son: iniciar y mantener una conversación, hablar en público, expresar sentimientos, amor y afecto, defender nuestros derechos, pedir favores, expresar opiniones personales, rechazar peticiones, hacer cumplidos, aceptar cumplidos, expresión justificada de enfado o molestia, disculparse o admitir ignorancia, petición de cambios en la conducta del otro, afrontamiento de la critica entre otros (Caballo, 1995).

SESIÓN **13** **FECHA:_____**

TEMA: PROYECTO DE VIDA

OBJETIVO: Que los participantes reflexionen, que y como quiere vivir su vida, a partir de tomar conciencia de lo vivido.

CONTENIDO

DINÁMICA DE INCIO. Un hombre de principios.

OBJETIVO: Animar a los participantes.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Dio las instrucciones de la dinámica donde los participantes se sentaron en círculo, coordinando y ubicándose en el centro del círculo e inventando la historia donde todo debe de ir empezando con una letra determinada, las historias serán: Conozco a una amiga que es una mujer de principios muy sólidos para ella todo debe de empezar con la letra "S", su mascota se llama...(señala a cualquier persona que deberá completar la frase con una palabra u oración donde la primera letra sea en este caso la "S"), vive en..., a ella le gusta comer verduras como ... Cuando sale de vacaciones, le gusta visitar a sus abuelos que viven en ... quienes se llaman ... y ... al regreso de sus vacaciones le gusta traerse como recuerdo un ... aunque a su mamá le moleste que a ... sí le trae algo y a ella no. Mi amiga estudia ... por lo que le gustaría irse a trabajar a ... aunque aún le falten ... semestres para terminar la carrera. No le gusta salir a el ... porque le parece un lugar aburrido prefiere quedarse en su casa haciendo ... sin embargo le gusta asistir a fiestas cuando va con su amiga ... a quien conoce desde que tenían ... años de edad.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES:

Permanecieron sentados en círculo y contestaron rápido la palabra que inicio con la letra sugerida.

DINÁMICA 1. El juicio final

OBJETIVO: Que los participantes logren concientizar el valor de su propia vida, a través de una representación psicodramática.

MATERIALES: Sillas, 1 mesa, velas y veladoras de colores y cortinas o cartulinas negras

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Una de las coordinadoras dio las siguientes instrucciones: Pasen a tomar un asiento, sin platicar durante la escenificación, les vamos a pedir que pongan mucha atención en ésta y traten de reflexionar sobre el tema presentado. Tres de las coordinadoras harán una dramatización, en donde una de ellas será la muerte quien juzgará la vida de dos personas que acaban de morir, tratando de que le respondan quién son a lo cual las personas muertas no sabrán la respuesta y serán condenadas a sufrir y llorar durante toda la condena sin saber que es lo que hicieron con sus vidas y porque la desperdiciaron de una manera tan vana.

ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE:

Poner suma atención a la obra. No platicar durante ésta. Dar comentarios sobre esta misma.

DINÁMICA 2: Mercado de valores

OBJETIVO: Que los participantes se den cuenta de los valores que son importantes para cada uno de ellos apartir de lo experimentado anteriormente, de esa manera , tomaran nuevos valores, intercambiándolos por sus miedos o malestares que los atañen.

MATERIALES: Hojas blancas, colores, plumones,pegamento, y sillas.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

La coordinadora repartió a cada miembro del grupo aproximadamente 20 papelitos con valor de $100 cada uno, así mismo les repartió unas hojas en donde

pusieron valores importantes para ellos, se les indico: en cuanto lo tengan hagan favor de entregármelos, posteriormente vamos a subastar esos valores y ustedes los podrán comprar con el dinero que se les ha dado, promoviendo que los miembros del grupo se emocionen en la compra de los valores, así se subastan todos los valores y se hace un análisis de lo que sucedió en la dinámica ¿Cómo se sintieron? Etc.

ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE:

Seguirá con atención las instrucciones proporcionadas, tratará de hacer una buena compra que le deje satisfecho, posteriormente dará sus impresiones sobre la dinámica.

RETROALIMENTACIÓN.

Un proyecto de vida es una proyección de la persona hacia el futuro en el contexto y bajo los parámetros y condiciones que impone una cultura determinada, la percepción que tenemos del futuro es una forma de conocimiento que tiene que ver con la capacidad que tiene el ser humano de imaginar escenarios posibles que se presenten en su propia realidad, de acuerdo a las experiencias históricas que haya vivido. En este sentido, las percepciones, si las definimos en un sentido estricto como etapa primera de la escala del conocimiento, no deberían sobrepasar el presente, ya que ellas están sujetas al accionar de los sentidos que funcionan básicamente en un tiempo y espacio presente y jamás en un tiempo y espacio remoto. La percepción, al igual que su unidad básica, la sensación, se presenta aquí y ahora, el proyecto de vida se inicia en los primeros años de vida, es tener un objetivo, un “porqué” para vivir, que acompañe a lo largo de toda la edad adulta (Tierno, 1998).

Este proyecto de vida permitirá llegar de manera más eficaz a la autorrealización, la cual solo se consigue tomando en cuenta la autosuficencia donde la persona se siente entusiasmada consigo misma y no le preocupa el rechazo de los demás, no teme a lo desconocido, admite los cambios de buen agrado y saca el máximo provecho a los fracasos, que sabe capitalizar para lograr

mayores éxitos, encuentra un sentido, un “porqué” a su existencia, guiándose de los propios sentimientos y criterio interior es él mismo quien a cada instante elige ser lo que es y hacer lo que hace, no pierde el tiempo en lamentaciones inútiles ni culpa a los demás de sus propios fracasos, ha aprendido a pensar en positivo y no permite que las preocupaciones y pensamientos angustiosos inhiban su capacidad de acción, es inmune a los celos y al que dirán, se alegra del éxito de los demás y rechaza la competitividad y las comparaciones, se mantiene en serenidad y clama tanto exterior como interiormente. Su trato, su compañía, su presencia, transmiten una clara sensación de paz y bienestar, utiliza el pasado sólo en la medida en que le puede servir para vivir con más plenitud y felicidad el presente y piensa en el futuro como próximos momentos presentes que vivirá y disfrutará plenamente cuando lleguen, cuida su cuerpo y se esfuerza por mantenerlo vigoroso, ágil y sano. Para Poincaré (1997) la salud física favorece la salud mental y psíquica, la alegría y el sentido del humor y trata de ver siempre el lado bueno en las situaciones más problemáticas. Está motivado y alentado por los valores humanos más altos y de rango superior en su constante búsqueda de la verdad, la justicia, la generosidad, la bondad y la belleza, las experiencias de aprendizaje placenteras, además de proporcionarle seguridad, contribuirán a que se acepte mejor a sí mismo y a que se sienta impulsado a repetirlas una y otra vez, sin cansancio, hasta dominar la destreza o habilidad ejercida.

El éxito obtenido por propios méritos servirá de acicate para avanzar hacia tareas, experimentos y aprendizajes más complicados y la superación de dificultades crecientes, pero salvables, reforzará las conductas positivas, de esfuerzo y de riesgo prudencial. Toda experiencia gratificante y reforzante para el sujeto es un paso más hacia la autoestima y, en consecuencia, conduce a la plena autorrealización, pues potencia los sentimientos de autonomía, capacidad, dominio y autosuficiencia. En la medida en que adopten los comportamientos superiores y los conviertan en actitud, serán personas con un proyecto de vida, autorrealizadas, maduras y mejor la calidad de vida (De Pujadas, 1998).

Para poder mejorar la calidad de vida de cada persona se debe tomar en cuenta, que cada uno de nosotros es un ser único, y por lo tanto lo que es bueno

para uno puede no serlo para otros, tomemos aquello que se adapte a nuestra forma de ser, a nuestro ritmo y estilo de vida.

Específicamente Llanes (2000) nos habla sobre algunos aspectos que son importantes para mejorar la calidad de vida en enfermos con VIH-SIDA:

Romper la igualdad Sida-Muerte ya que el VIH no significa muerte. Pero, para muchos es estar enfermos; y se comportan así, sin estarlo, enfermándose, pero no por el VIH.

Tener un objetivo en mente ya que muchos, pierden interés por todo, y otros, reconocen la oportunidad de realizar cosas que deseamos hacer y no nos hemos dado la oportunidad.

Rediseñar actividades en la medida de lo posible renunciemos a aquello que genere una gran carga de estés, adoptando; en cambio; un tipo de vida más tranquilo y relajado.

Mantenerse informado, obtener información adecuada, no alarmista, para conocer más y saber que hacer. Recuerda la ignorancia conlleva miedo y no hay porque.

Tener apego a un tratamiento, si lo tiene, seguirlo con responsabilidad y amor hacia uno mismo, estima personal y voluntad para mantenerse en las mejores condiciones de salud posibles. Si lo abandona, está aceptando que su salud se deteriore.

Vivir sin el sentimiento de culpa puesto que nadie tiene la culpa de lo que ha pasado o lo que pasa. Disfruta de la vida sin andar culpándote. La vida es maravillosa y nos ofrece innumerables formas de placer (comer, viajar, hacer el amor, divertirse, los amigos, bailar, etc.), disfrutémoslas responsablemente, a plenitud; sin dañarnos o dañar a terceros.

Comunicarse abiertamente ya que es importante hablar, puesto que nos permite liberar angustias y ayuda a conservar o recuperar la tranquilidad. Hablar con alguien que también viva con el virus, facilita el expresar nuestras inquietudes y nos ayuda a entender que no estamos solos, y que todos necesitamos de todos.

Mantener fuerza de voluntad para, deshacernos de hábitos perjudiciales. Porque continuar con ellos, es renunciar un poco a la vida, ojo, esto no significa

que deban abandonarse las diversiones, sólo hay que adaptarse a la nueva situación.

Seguir dando y recibir amor puesto que no todos están preparados para disfrutar de la soledad, al contrario, la ven como una desgracia. Dar y recibir amor trae la grata compañía de un ser querido, y es el momento de apoyarse en estos afectos para mantenerse a flote. El amor es un alimento espiritual y proporciona gran fortaleza, sobre todo la amistad. Tan importante como mantener tanto paz espiritual como salud física, muchos lo logran por medio de la meditación, otros con la oración.

Aceptar la sexualidad, en sus variadas expresiones, es uno de los dones más maravillosos y muy importante. No debe sacrificarse, podemos continuar; pero de manera responsable, cuidándonos y protegiendo a la pareja. Sacrificarla es empezar a morir; disfrútala, sin importar cual sea tu preferencia sexual.

Aceptar la realidad de que se tiene una infección, y nada más. Hay enfermos con SIDA, que al tomar conciencia de su enfermedad y aceptarlo para enfrentarla adecuadamente, han logrado vivir más allá de lo que se pudiera esperar.

Amarse a uno mismo, “apapacharse”, tomar masajes, arreglarse muy bien todos los días, etc. Hay que conservar muy en alto la autoestima.

Desear estar vivo es muy importante, tener conciencia de que es posible vivir bien y no sólo sobrevivir, no dejarse vencer mentalmente.

Mantenerse en colaboración activa con el medico o terapeuta. Es fundamental sentirse responsable y hábil, en el trabajo por conservar nuestra propia salud.

Repetir información, participar de alguna organización con trabajo en SIDA o ser miembro activo de algún Grupo de Ayuda Mutua, es dar una batalla frontal a la infección. Es una característica de quien ha aprendido a vivir con el VIH de manera positiva.

Dejar de lamentarnos por nuestra “mala suerte”. Por el contrario, el mundo es un lugar cálido y lleno de amor, que tiene muchas cosas que ofrecernos y tenemos un lugar en él. La vida es siempre maravillosa, no la desperdiciemos en lamentaciones.

Es vital conservar el sentido del humor. La tristeza, cólera, etc. Son negativos para el sistema inmunológico. En cambio la alegría y el buen humor son un importante alimento para la vida y fortalecen el sistema inmunológico. La risa es terapéutica por sí misma cuando se le deja fluir libremente.

Consultar al medico o un libro adecuado. Mucha higiene en la preparación de los alimentos, y cuidando donde y como los consumimos. No exagerar en el consumo de alcohol o fumar, ya de por sí hábitos perjudiciales.

Todo lo mencionado anteriormente nos llevara a tomar ciertas actitudes ante la vida, las cuales son inclinaciones o reacciones ante diversas situaciones. Conforme las personas van creciendo se conforma de ideas expectativas y de actitudes que normalmente se mantienen muy arraigadas a lo largo de la vida, por lo tanto se menciona que las actitudes de las personas se dan en virutd de sus pensamientos, por lo tanto es el modelador de su vida y el propio constructor de su destino. Mediante los pensamientos obtiene conocimientos de sí mismo lo cual le proporciona sabiduría y poder acerca de él mismo, sumado a esto es importante hacer notar que los pensamientos positivos son los que permitirán a los individuos llegar y obtener buenos resultados sobre esto Buscaglia (citado en Viamonte,1993) opina uno es lo que uno piensa, que cada uno atrae lo que piensa, que la vida es un producto de los pensamientos y creencias, por lo mismo para poder cambiar el rumbo de la vida hacia mejoras es a base de alterar los propios pensamientos.

SESIÓN: **14** **FECHA:_____**

TEMA: EVALUACIÓN 2

OBJETIVO: Hacer una post-evaluación, donde los participantes harán su autoevaluación.

CONTENIDO

DINÁMICA DE INCIO. Quien inicio el movimiento

OBJETIVO: Animar y lograr la concentración de los participantes.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Dio las instrucciones del juego para lo cual, pidió a algún participante que salga del salón, luego le dijo al grupo que eligieran a la persona que va a iniciar el movimiento. Una vez que lo eligieron, le informaron al compañero que puede entrar y que su labor es descubrir quién inicio el movimiento para lo cual sólo tiene tres oportunidades cuya elección tendría que hacer en un máximo de 3 minutos. El facilitador estuvo presionando con el tiempo al participante que adivinaría quién inicio el movimiento.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES:

Los que se quedaron dentro del salón después de que salió alguno de sus compañeros, eligieron a un participante (o que él mismo se proponga) para iniciar el movimiento que consistió en levantar una mano, un pie, mover la cabeza, hacer muecas, lo que desee y los demás compañeros lo seguirán. Después se le pide al compañero que entre y su labor será descubrir a la persona que inició el movimiento. En caso de que no lo descubriera o se le acabe el tiempo, el grupo lo pondría a realizar algo.

DINÁMICA 1. Cuestionario

OBJETIVO: Que los participantes hagan una identificación de cómo se perciben

MATERIALES: Cuestionario, lápices, sillas y un lugar amplio.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

El coordinador proporcionó un cuestionario a cada participante y les pidió o sugirió que los complementaran.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES:

Cada participante contestó el cuestionario proporcionado por el coordinador.

DINÁMICA 2. Mi dibujo

OBJETIVO: Que los participantes observen la percepción de sí mismos y su familia a través del dibujo

MATERIALES: Hojas blancas, crayones de los colores básicos, mesas y sillas

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

El coordinador repartió, a cada participante, dos hojas de papel en blanco y crayones; y les pidió que en la primera hoja se dibujaran a sí mismos. Después que terminaron, les pidió que en la otra hoja dibujaran a su familia.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES:

El participante dibujó, en las hojas que se le proporcionaron, su familia y a sí mismo con las crayolas.

DINÁMICA 3. El árbol de mi autoestima

OBJETIVO: Que los participantes hagan una identificación de los nuevos logros positivos que han obtenido

MATERIALES: Hojas blancas y hojas con el dibujo de un árbol, lápices, mesas y sillas.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

El coordinador pidió a los participantes que dividieran la hoja de papel, que previamente repartió a cada uno de ellos, en dos columnas verticales y de igual anchura; y sugirió que escriban el título MIS LOGROS, y en la otra MIS CUALIDADES. Les pidió que, en la columna correspondiente, hicieran una lista de sus logros, realizaciones, metas alcanzadas, éxitos de mayor o menor importancia en los campos del crecimiento personal de las relaciones interpersonales, de la vida familiar, de la profesión, del trabajo, de los estudios, del deporte, etc. No importando si no son cosas espectaculares, sino simplemente significativas personalmente para ti. Y en la otra columna, haga una lista de todas las cualidades (corporales, mentales, espirituales) que posean en mayor o menor grado, como podrían ser: inteligencia, tenacidad, determinación, alegría, simpatía, paciencia, entusiasmo, amabilidad, generosidad, sensibilidad, capacidad de escucha, fortaleza física, buena salud, destreza manual, serenidad, creatividad, iniciativa, etc.

Después, el coordinador, sugirió que encima del dibujo del árbol, que se les proporcionó anteriormente, escribieran su nombre en mayúsculas y, en los frutos que cuelgan de las ramas, sus logros. Luego, en las raíces, escribieran las cualidades concretas que les permitió esos logros, que luego se unan por medio de una línea simulando la savia que corre por el árbol hasta llegar a los frutos.

El coordinador pidió a los participantes que contemplen el árbol durante unos minutos, y luego escriban un mensaje de bajo del árbol.

Sugirió que lo colocaran en donde frecuentemente lo vean, o que lo vean cuando logren más metas u obtengan más cualidades.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES:

Los participantes dividieron la hoja proporcionada en dos columnas y escribieron en la columna correspondiente los logros, realizaciones y metas alcanzadas. En la otra parte las cualidades que posean en mayor o menor grado.

En la hoja del dibujo del árbol escribieron su nombre con mayúsculas, y en los frutos los logros y metas alcanzadas, en las raíces las cualidades que los llevo a sus metas o logros. Contemplaron por unos momentos el dibujo y después escribieron un mensaje debajo del árbol.

DINÁMICA 4. Spot publicitario

OBJETIVO: Conseguir la descripción de sí mismo y estimular públicamente la valoración de las propias características personales.

MATERIALES: Hojas blancas y hojas con el dibujo del spot publicitario, lápices, sillas y mesas.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

El coordinador pidió a cada participante que hiciera un listado de las mejores cualidades que posee. Y después sugirió que las escribieran en la hoja del dibujo del spot publicitario. Pidió que por último escribieran la siguiente frase: ¡¡¡ Ése/a soy yo!!!

Después pidió a cada participante que leyeran en voz alta su spot publicitario. Y se motivo a que cuando terminara cada participante de leer su spot, se le de un aplauso.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES:

Los participantes escribieron un listado de sus mejores cualidades, que posteriormente escribirían en la hoja con el dibujo del spot publicitario. Finalizando escribirían la frase sugerida por el coordinador.

Leyeron en voz alta cada participante el spot publicitario que elaboró.

RETROALIMENTACIÓN.

Otra tendencia que se manifiesta en el proceso de convertirse en persona se relaciona con la fuente o centro de las relaciones y decisiones o de los juicios de valor. El individuo llega progresivamente a sentir que este foco de evaluación se encuentra en él mismo. cada vez acude menos a los demás en busca de aprobación o reprobación, para tener pautas por las cuales regir su vida, de decisiones y elecciones. Reconoce que en él reside la facultad de elegir, y que la única pregunta importante es: "¿estoy viviendo de una manera que me satisface plenamente y que me expresa tal y como soy?". Quizás ésta sea la pregunta más importante que se pueda plantear el individuo creativo. EL poder autoevaluarnos nos permite ser personas únicas y responsables de nosotros mismos y del malestar que acompaña a esta asunción de la propia responsabilidad. Reconocer que "yo soy el que elige" y que "yo soy el que determina el valor que una experiencia tiene para mí" es algo que enriquece pero también atemoriza (Rogers, 1961).

SESION **15** **FECHA:_____**

TEMA: CIERRE DEL TALLER

OBJETIVO: La clausura del taller.

CONTENIDO

DINÁMICA DE INICIO. El alambre pelado.

OBJETIVO: Animar a los participantes.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Explicó y superviso la ejecución de la dinámica. Le pidió a un participante que salga del salón. Al resto de los participantes les pidió que formaran un círculo de pie tomados del brazo diciéndoles que el círculo es un circuito eléctrico dentro del cual hay un alambre que está pelado, que se le pedirá al compañero que esté afuera que lo descubra tocando las cabezas de los que están en el círculo. Se les dirá que se pongan de acuerdo para que cuando toque la cabeza del sexto compañero (representa el alambre pelado), todos al mismo tiempo y con toda la fuerza posible peguen un grito. Se llamó al compañero de afuera y se le dio la instrucción de que el círculo es un circuito eléctrico el cual tiene un alambre pelado que él tiene que descubrir tocándole la cabeza a sus compañeros.

ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES:

Eligieron al alambre pelado una vez que estuvieron colocados en círculo tomados del brazo y gritaron al momento de que el compañero de afuera toque la cabeza del que fungirá como el alambre pelado.

DINÁMICA 1: Sentimientos y emociones en torno al taller.

OBJETIVO: Expresar los sentimientos y emociones positivos y negativos que se experimentaron a lo largo del taller, quién los vivió, cuándo y porqué.

MATERIALES: Papelitos escritos con sentimientos como felicidad, tristeza, alegría, angustia, dolor, miedo, comprensión, cariño, indiferencia, enojo, apoyo.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Se les pidió a los participantes que se sentaran en círculo para repartir los papelitos al azar (los papelitos están escritos los sentimientos y emociones positivos y negativos felicidad, tristeza, alegría, angustia, dolor, miedo, comprensión, cariño, indiferencia, enojo, apoyo) y después comentaron su experiencia.

ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE:

Se le pidió a cada participante que vea la palabra que le toco y que pensara en que momento del taller experimentó ese sentimiento o emoción. Se les pidió que compartan con el resto del grupo esta experiencia, mencionando cuándo y porqué se sintió de esa forma.

DINÁMICA 2: Hasta luego.

OBJETIVO: Dar por terminado el taller y entrega de reconocimientos.

MATERIAL: Los diplomas que se le otorgarán a los participantes.

ACTIVIDADES DEL FACILITADOR:

Tener la mesa de honor decorada con flores, evitar cualquier indicio de tensión al momento que cada participante pase por su diploma. Se llamó a cada participante por su nombre para que recogieran su diploma o constancia de participación, el cual recibieron de los facilitadores al pasar ante la mesa de honor. Al finalizar la entrega de diplomas, los facilitadores dieron las gracias a los presentes y se realizó un pequeño convivio.

RESULTADOS

Se inició el taller con la presentación de las facilitadoras ante el grupo, el objetivo fue que los participantes comenzaran la integración a través de compartir sus expectativas, preocupaciones y preferencias. Una primera limitante para el óptimo desarrollo de la dinámica “la telaraña”, fue la impuntualidad de los participantes que ocasionó el arribo constante de éstos durante toda la sesión, generando distracción, repetición de instrucciones y nulo conocimiento de información compartida por quienes ya estaban integrados en la dinámica.

En la dinámica de mi afición preferida, los participantes protestaron ante el desarrollo de la misma, ya que cuando se les pidió que recordaran la información compartida por los compañeros, algunos no la recordaron, proponiendo así otras alternativas de ejecución de la dinámica, a lo cual Remy comentó: “conozco una dinámica en donde todos tienen que decir lo que le gusta a cada uno de los participantes”. Se aclaro que precisamente esa no era la intención pues si así, se presionaban por memorizar lo que dijo el compañero, se iban a saturar con tanta información; y que la intención era que pusieran interés o atención a lo que decían los compañeros no por presión o tener que cumplir con la dinámica, si no porque se interesaran por los demás y se dieran cuenta de que hay personas afines en este grupo y que cosas se tienen en común aparte de aficiones o gustos. Por tanto es conocer al otro y que me conozcan, hacer un grupo de encuentro. Debido al factor tiempo, para la tercera dinámica los participantes solo requisitaron la tarjeta de presentación, en las que se recabaron algunos datos demográficos de ellos.

Durante la sesión dos se realizó la primera evaluación en cuanto a autopercepción con el objetivo de que cada uno de los participantes hiciera una primera evaluación sobre la percepción que tienen de sí mismos. Durante la dinámica “esto me recuerda”, los participantes presentaron dificultad para externar recuerdos de forma espontánea refiriendo que se sentían presionados y preparaban lo que iban a decir debido a que lo que dijo el compañero de al lado no

les recordaba absolutamente nada, sino lo que mencionó el otro, ello ocasionó la modificación de la dinámica en donde los participantes solicitaron el turno para compartir sus recuerdos en función de lo que dijo algún compañero. Con lo cual se mostraron más espontáneos y se dispersaron ideas. Como retroalimentación se dijo que la dinámica pretendía que se comenzara a intentar contactar esos recuerdos, sentimientos, pensamientos, olores, sabores, imágenes, que se tienen guardados, esos enojos, emociones, que están ahí y que se habían ignorado u olvidado. Este pues, era un paso para poder contactar ese interior, comenzar a soltar poco a poco. A continuación se aplicaron dos cuestionarios con los cuales se pretendía que se hiciera una autoevaluación, que a través de éstos, se reflexionará. Se le dio a cada participante dos cuestionarios a responder, y compartieron lo que pensaban de éstos, surgiendo algunas preguntas como: ¿qué tan confiable es? ¿Cómo puedes saber si te están diciendo la verdad?. Se giró una conversación respecto a la confiabilidad y validez de las pruebas, Salvador V. dijo: “hay preguntas trampa y si no te das cuenta ahí te contradices y así se percatan de que no eres sincero”; Fito agregó: “yo puedo responder el cuestionario haciendo referencia a lo ideal o lo que es bueno, entonces que tan confiable es el cuestionario”. A lo que la facilitadora comentó que las pruebas están encaminadas a otro tipo de situaciones, que en realidad el cuestionario que se aplicó no tenía la intención de confirmar si es verdad o no lo que respondieron, pues a los otros no les perjudica en lo mínimo, sino que al contrario se puede confirmar qué tan sinceros somos con nosotros mismos o porque no podemos contestarlo con sinceridad, qué es lo que esta pasando para escudarnos y no querer contestar. Se les dijo que el cuestionario no era una herramienta de evaluación para las facilitadoras sino para ellos, nosotros no calificaríamos y menos en condiciones de está mal o está bien. Si no que era para que ellos se autoevaluaran. En la dinámica de Mi dibujo, se les dijo que el objetivo era que observaran la percepción de sí mismos y su familia a través del dibujo, por lo que se les pidió que en una de las hojas que se les repartió se dibujaran a sí mismos, y que en otra dibujaran a su familia. Cuando terminaron de dibujar se les dijo que durante el proceso que tuvieran en el taller habrían cambios, algunos muy significativos, otros

posiblemente pequeños, y que ellos los reflejarían, y no importaba si eran pocos o pequeños, lo importante es que estaban en el proceso y que lo estaban haciendo.

En la tercera sesión se comenzó con la dinámica “el pueblo manda”, al terminarla, se pidió la opinión de los participantes, ¿cómo se sintieron?, a lo cual algunos respondieron que se sintieron como “borregos”, otros que era difícil seguir las órdenes del otro, y otros que era muy fácil dejarse llevar por el otro. Se dijo entonces que algunas personas están tomando decisiones por sí mismas y para otras les resulta más fácil que los dirijan y les digan lo que tienen que hacer. Posterior a ésta se continuó con la dinámica del espejo en donde los participantes no presentaron mucha dificultad para identificar sus cualidades y sus defectos; aunque hubo a quienes se les hizo más difícil la identificación de sus cualidades que sus defectos. Tal fue el caso de Fito, quien argumentó: “a mí se me hizo más fácil enumerar mis cualidades que mis defectos”. Se retroalimentó diciendo que eso tiene que ver con la valoración que se tiene de sí mismo, que va relacionado con el conocimiento que tenemos a cerca de nuestro potencial. Así mismo se comentó a quienes se les hizo más fácil identificar sus cualidades que sus defectos, que la sobrevaloración no indica una autoestima alta, sino que es la negación de nuestros defectos que nos convierte en personas inflexibles dificultando la convivencia con los otros llevándote a exigirte más, frustrándote ante cada error o tropiezo. En cuanto a la dinámica del reflejo la mayoría de los comentarios giraron en torno a que se les había dificultado poner las características con las que se identificaban de las personas que les desagradaban. Por ejemplo, Fito comentó: “me costo trabajo reconocer las características de las personas que me desagradan en mí”. A lo que se les comentó que reflexionaran con respecto a las características de las que personas que les disgustaban porque puede ser que veamos en los otros aquello que nos confronta con nosotros mismos es decir, si me disgusta el egoísmo y el sarcasmo de la otra persona es porque me confronta con mi egoísmo y mi sarcasmo. Hasta este momento los participantes sólo manifestaron su gusto por la forma en que se coordinó la sesión, no fue hasta la sesión 4 en la que dijeron que les había

gustado mucho lo que en ella se abordó. Cuyo tema fue la autoestima con el objetivo de que los participantes hicieran conciencia de sus cualidades y de las metas que han logrado por estas mismas que los llevará a autovalorarse. Se explicó la dinámica de “cuento vivo”, a lo largo de ésta se notó que los participantes se divirtieron y se despejaron, principalmente hubo cooperación de todos, excepto Salvador T. quien desistió de continuar con la secuencia de la dinámica. Al respecto se ha observado que este participante últimamente no ha querido participar del todo, es decir, realiza las actividades y no ha faltado a las sesiones, llega temprano; pero pareciera que prefiere permanecer al margen. Podría decirse que sí le interesa lo que se trata en las sesiones pero no quiere externar lo que le producen. En las sesiones iniciales, se mostraba más sonriente, cuando les preguntábamos que si querían hacer algún comentario, él era uno de los que le gustaba externarlos. La reflexión en esta dinámica se dio en cuanto a la dificultad o facilidad que se tiene para narrar o actuar la historia, varios comentaron que era más fácil narrar que actuar por que se tenía el control de la situación y al actuar no sabían lo que pasaría y, otros que era más fácil actuar que narrar porque no tenían que estar pensando o intentar seguir una coherencia o secuencia de la historia y que al actuar era más fácil por que te decían qué tenías que hacer; se dijo entonces que algunas personas tienden a hacer lo que otras dicen qué esta bien o que así tiene que ser, les parece mejor que les digan qué hacer a tomar la responsabilidad de su vida y así les es más fácil culpar al otro y quejarse de su situación; otras personas tienden a ser directivas con la vida de otros, es decir, yo quiero que sea así decimos como tiene que ser, “quiero que mi novio me ame”, “tiene que estar conmigo” y, se tiende a chantajear y querer tomar la vida del otro, porque no se quiere enfrentar la propia, no se sabe que hacer con ella, no se tiene el valor de tomar decisiones para sí mismos. Entonces, la reflexión es ¿narras tu vida o la de los demás, actúas tu vida o la que quieren los demás?. Otra dinámica que ayudo a este objetivo fue la del árbol de mi autoestima en la que los participantes dividieron la hoja que se les dio en dos partes, en una pusieron como título MIS LOGROS y en la otra parte MIS CUALIDADES. Durante esta dinámica los participantes se mostraron muy atentos a la actividad. Sin

embargo, Salvador T. preguntó: “a qué se refieren con cualidades, por que yo no tengo ninguna cualidad, y sí tengo logros, pero no considero tener cualidades”. La facilitadora estuvo explicando lo que era tener cualidades, por lo que el participante pudo elaborar su árbol, aunque de una forma no convencida. Se les dio en forma de reflexión que el significado del árbol se lo darían ellos mismos, que éste representaba sus propios logros y las cualidades que poseen que los llevaron a obtenerlos, es decir, ese árbol es suyo y de nadie más, por que por más mínimo que fuera el logro, fue él quien lo obtuvo y con sus propios recursos. Por lo que cada uno tiene los medios, los recursos, para lograr lo que se quiere en la vida, claro que antes hubo una planeación de estas metas y consideración de los recursos para lograrlo. Ahora podían ver plasmados éstos; y por tanto ahora saben si han logrado lo que querían, y sino, habría que ponernos a reflexionar en ¿por qué no se ha logrado, tengo los recursos, cómo puedo obtenerlos?. Se concluyó la sesión con la dinámica de mi color y mi personalidad, con la que se pudo observar cierta influencia sobre los participantes, es decir, se considera que el taller está tocando ciertos puntos en los participantes, esto lo atribuimos al comentario de César, quien dijo: “al momento de estar escribiendo los motivos por los cuales no me identifico con las características del color que no me gusta, me di cuenta de que convivo con personas que tienen las características del color que no me gusta y estas personas son mis amigas, entonces fue cuando pensé en que por qué andaba con ellas si tienen características del color que no me gusta”. Resultó que los participantes se dieron cuenta de que las características del color que no les gusto las poseían, por lo que les hizo preguntarse sobre a qué se debía eso. Fue cuando se les retroalimento que a lo mejor esas características del color que no les gusta, las poseen y quizá no les gustan de sí mismos, por lo tanto es importante que se reflexione sobre ellas.

Al trabajar en el grupo sobre la creencia básica de vida (valores) durante la quinta sesión, se encontró que al identificar sus valores y lograr el autoconocimiento de éstos, para algunos de los participantes les fue difícil al principio jerarquizar sus valores, ya que no sabían que orden o valor otorgarle de

acuerdo a la concepción de cada uno, por ejemplo Rafael comentó: “hubo valores que no supe que lugar ocupan en mi jerarquía, en particular el sexo”. Después se procedió con la dinámica de comparación de sus valores con la concepción que sobre éstos tenían cinco personas importantes para cada uno de ellos, fue entonces cuando Salvador V. comentó: “encuentro similitud entre mis valores y la concepción que de ellos tienen las personas importantes para mí, y por eso permanezco cerca de estas personas”. Sin embargo la mayoría comento que les fue fácil jerarquizarlos debido a que tienen algunos o la mayoría de sus valores que les inculcaron desde pequeños, ya que los habían educado de esa manera, sólo que a lo largo de su vida, ciertos valores han estado moviéndose de su jerarquía inicial, puesto que no consideran que los valores que les inculcaron se cambien o se desechen como algo que no sirve, sino que cambian de valor u orden e inclusive han incluido más conforme a la experiencia adquirida a lo largo de su camino y al contacto con otras personas. Pero ellos saben que estas modificaciones de jerarquía son las que en ocasiones pueden llevar a confrontarse con otras personas, en particular con su familia, porque ahora su orden de valores no coincide con las de ésta, lo cual no quiere decir que estén en contra, sino que hay diferentes formas de jerarquización, lo que indica que cada quién le atribuye más importancia a ciertos valores que a otros, así mismo saben que hay que respetar los valores de los demás para que respeten los de ellos. También comentaron que al tener claro su jerarquía de valores les permite tomar decisiones más fácilmente, puesto que los valores actúan como parámetros en la toma de decisiones que se hace día con día y que son los valores los que te llevan a la realización de metas y como consecuencia los hace ser una persona triunfadora. En la dinámica de “por qué me quiero”, César comentó: “se me dificulto el último inciso (Me quiero porque...) debido a que quedó totalmente abierto por lo que me puso a pensar con respecto a por qué me quiero, entonces me dije, me quiero por ser yo mismo. Otros más estuvieron de acuerdo con César en la dificultad que les resultó el último inciso. La sesión se finalizó elaborándoles unas preguntas abiertas que podrían responder los que quisieran. Con estas preguntas se abordó si los valores cambiaban a lo largo de la vida, si los valores de las personas

triunfadoras eran más importantes que los de la gente común. A estas cuestiones respondieron que eran falsas puesto que los valores no se cambian sino que se modifica el orden y la importancia que se les da a lo largo de nuestras experiencias y el contacto con otras personas. Los valores de los triunfadores no son más importantes que los de la gente común porque finalmente todos de alguna manera podemos ser triunfadores de acuerdo a lo que para nosotros sea el lograr una meta; sin embargo esta pregunta generó algunas confusiones lo que llevó algunos participantes a considerarla como verdadera, por ejemplo, Henry comentó: “los valores de un triunfador sí son más importantes que los de la gente común porque esos valores son con los que la persona llega a ser triunfadora”, entonces le refutaron diciéndole que todos somos triunfadores por sencillos que para otros sean nuestros logros pero para nosotros son importantes. Rafael comentó que esta sesión al igual que la cuatro les había gustado mucho.

Al realizar la identificación de sucesos positivos y negativos en su vida, que se llevó a cabo en dos sesiones (6A y 6B), debido al interés que tuvieron los miembros del grupo en compartir su vida. En la sesión 6A se observó que algunos de los participantes contienen varias de las emociones que sienten al momento de evocar los sucesos negativos de su vida (ganas de llorar, ira, coraje); tal es el caso de Fito, quien al recordar los eventos negativos como la mala relación que tenía con su padre, el diagnóstico de ser portador de VIH, se le quebró la voz como con ganas de llorar, pero contuvo el llanto, con un breve silencio, una respiración profunda y la mirada fija hacia la mesa, además también se observo que en ese momento su espalda se inclino hacia adelante y su cabeza todo el tiempo la mantuvo agachada, evadiendo las miradas de los demás compañeros. Esto nunca se había presentado en él, ya que era una de las personas que adoptaba la postura erguida y siempre veía a sus compañeros, además siempre ha participado en realizar comentarios hacia su trabajo o al de los demás, después de esta sesión se nota un cambio en él, porque ya no participa tanto como en otras ocasiones y pone más atención a lo que dicen tanto los compañeros como las facilitadoras.

Otros tuvieron un descuido en su apariencia física y emocional, este es el caso de Rafael quien compartió: “al diagnosticarme VIH fue un golpe muy duro para mí, y deje de bañarme, de cambiarme de ropa, no aseaba mi recámara, no iba de compras, etc.” Salvador T. Comentó haber tenido ideas suicidas: “desde el momento que me dijeron mi diagnóstico he buscado por todos los medios suicidarme, tengo la idea de que no tengo por qué vivir, no hay algo que me estimule a vivir; entre otras ideas, me he intentado aventar a las vías del metro".

Durante la sesión 6B Jaime comenzó narrándonos su vida: “Mi infancia fue un poco tormentosa sin embargo también tuve momentos agradables. La etapa más difícil de mi vida fue hace 12 años cuando me diagnosticaron el VIH; sentí que hubo una gran tormenta, sobre todo cuando los médicos me dijeron que solo viviría 3 meses por lo que me deprimí mucho y comencé a regalar mis cosas, incluso aquellas que más apreciaba, me fui a vivir con mi abuela. Cuando llegaron los 3 meses y vi que seguía vivo, me di cuenta que en realidad nunca había vivido realmente porque aunque era servicial con los demás, parecía no tener dignidad. A partir de este momento decido hacer algo con mi vida, la cual dio un giro de 180 grados en donde logro relacionarme bien con los demás pero sin perderme a mí mismo; es decir, estar bien conmigo mismo. Después de esta tormenta, vino la calma y continúe mi camino un poco sereno sin embargo debido a mi enfermedad mi camino tiene días nublados cuando tengo recaídas en el sistema inmunológico; sin embargo siento que esas recaídas han llegado a ser fuertes y las he librado; pero considero que no será así por siempre, situación que me da miedo porque temo morir”.

El siguiente en comentar su vida fue César: “Mi infancia fue muy feliz, aunque sólo viví con mi mamá después de que se separó de mi papá; sin embargo la relación con mi madre fue bastante agradable para mí. Mi adolescencia fue tranquila; sin embargo el momento de mi vida más dichoso para mí fue mi estancia en la Universidad, porque fue donde conocí a verdaderos amigos a los que sigo frecuentando, me divertí asistiendo a fiestas. Ahora mi

situación se torna un tanto difícil a partir de que me diagnosticaron el VIH, me quede sin trabajo, pero curiosamente pierdo el entusiasmo por buscar, pues he tenido buenos trabajos y realmente no se me había dificultado mucho el tener un trabajo. Sin embargo reconozco que no me he esmerado demasiado en buscarlo, quizá porque no estoy realmente interesado en trabajar aunque necesito dinero, pero no es suficiente esta situación como para que me empuje a buscar trabajo. No se realmente qué hacer quizá me vaya a vivir con mi familia a la que a lo mejor en algún momento no le simpatice mucho que esté ahí sin aportar nada a la casa. Siento mi futuro como una incógnita porque no se realmente lo que va a pasar. Con respecto a las relaciones de pareja, desde el diagnóstico, no me interesa saber nada sobre tener una pareja porque tengo miedo a relacionarme con alguien y que al momento de querer establecer algo más serio, la persona me rechace por tener VIH". Aquí se le retroalimento cuestionándolo sobre ¿qué podría ser lo peor que le pasara si la otra persona lo rechaza?, además ¿por qué tener miedo a que lo rechacen cuando no se ha dado la oportunidad de arriesgarse, entonces, ¿el miedo es realmente a que lo rechacen o a qué? (pregunta que se dejó libre).

A continuación Luis nos platicó sobre su vida: "tuve una infancia muy feliz, en mi adolescencia no tuve ningún problema, me percibo como una persona que siempre ha tratado de hacer las cosas excelentemente, no me gusta la mediocridad, me considero devoto de mi religión católica que me infundo mi familia. Estudié mi carrera, siempre siendo un buen hermano, buen hijo, buen estudiante, buen profesionista; es decir, siempre he buscado la perfección, le supe responder a mis padres, sobre todo a mi mamá que fue la que llevó las riendas de la casa; yo me parezco mucho a ella. En mis relaciones amorosas no me ha ido bien porque mi afecto ha estado condicionado al todo o nada y como al inició de mis relaciones amorosas no he sido abierto del todo con mi pareja, cuando decido hacerlo, ésta me traiciona. Considero que en cuestión económica y de toma de decisiones he sido independiente pero no así en cuestiones de amor. Creo que en todo he sido una persona exitosa pero no en el amor porque siento una amargura de que a pesar de que he tenido muchas parejas a lo largo de mi vida hasta

entrada la senectud, no he logrado establecer algo fijo con alguna de ellas y esto me deja algo desconcertado". Cuándo se le pide que reflexione acerca de si él ha tenido algo qué ver con que esas relaciones no funcionen, contesta diciendo: "tal vez sí, pero de todas maneras mis parejas no han sabido corresponder a mi afecto porque yo me enamoro perdidamente de ellas y a pesar de que decido cambiar y ser un poco más flexible con ellas, aún así me traicionan y me lastiman aún más que cuando no cambio". A esto se le preguntó ¿esos cambios son reales? y si lo son entonces implica hacerse responsable de las consecuencias, puesto que estas se podían predecir. Él comentó: "no puedo predecir la forma de actuar del otro", a lo que se respondió que si se daba cuenta de que él había contestado en función del otro y no en función de sí mismo, él dijo: "porque yo sé cómo soy y no hay forma de cambiar eso, además ya estoy grande como para cambiar a estas alturas de mi vida; además no considero que se pueda". Se le comentó que nunca era tarde para cambiar y que dependía de él. Se le dejó como reflexión acerca de si ¿sus logros habían sido en función de él o si eran por responder a los deseos de los otros?.

Se finalizó la sesión con la reseña de la vida de Fernando: "Mi infancia fue tormentosa pues el maltrato verbal con el que me hablaba mi mamá fue desconcertante y lo entiendo, quizá porque mi madre había sido huérfana, y trabajo de sirvienta es por lo que a lo mejor actuaba como actuaba. Mi adolescencia fue mucho más tormentosa aún porque comencé a tener demasiado acné lo que me hacía sentirme bastante mal, incluso busque como refugio la escuela, por lo que en la secundaria era el niño que siempre tenía diplomas e incluso mi certificado lo obtuve con promedio de 9, a pesar de esto el día que salí de la secundaria me sentí muy deprimido y me puse a llorar porque conocía el fruto de ese 9 y sabía que era porque me sentía inferior, porque mi mamá siempre me trató como un bueno para nada. Al terminar la secundaria decidí no estudiar porque creí que de esa manera podría lastimar a mi mamá debido al profundo odio que siento por ella. Después puse una refaccionaria producto de la mercancía que le robaba a mi papá, cuando yo tuve la mía, el negocio no funcionó. Me fue a vivir

sólo para alejarme de mi familia incluso los maté en mi mente porque no quería saber nada de ellos. Mi familia fue disfuncional, al grado de haberle dejado de hablar a uno de mis hermanos al que jamás volví a hablarle hasta que se murió, por eso nunca lo conocí. A mi padre lo maté en mi mente porque era un alcohólico que sólo nos complicó la existencia. Durante toda mi vida después de que decidí no estudiar, me salía a la calle, recorría lugares solitarios, obscuros y peligrosos, es más, deseaba en verdad que me diera SIDA porque deseaba tanto morir o que me pasara algo, porque no me sentía bien consigo mismo (hasta la fecha, aunque menos). He tenido muchas parejas pero con ninguna he establecido nada serio porque a algunas las considero superiores a mi, a otras inferiores, lo cierto es que no me interesa relacionarme con los demás porque me da flojera o simplemente no me interesa; por eso no tengo ni un solo amigo. Además ¡odio a las mujeres! y al mismo tiempo les tengo miedo; convivo con ellas porque así lo requiere mi trabajo o los lugares en donde estoy pero en realidad no las soporto". "No quiero a mis padres y se los he demostrado en actitudes o en palabras hirientes". Se le interrogó acerca de si ¿has intentado hablar con ellos y decirles: sabes que mamá/papá me heriste en esto o aquello? Comentó "en realidad no lo he hecho y estoy desesperado porque no se qué hacer, no he encontrado respuesta a esto ya he asistido a un grupo de neuróticos anónimos y aunque me ayudó para darme cuenta que cuando salía a la calle y a los lugares peligrosos que frecuentaba, entendí que me estaba buscando a mí mismo. Pero aún así no se qué hacer".

Durante la sesión se observó que al hablar Luis, Henry comenzó a lagrimear. Cuando Fernando habló de su vida Mauricio empezó a lagrimear, así mismo Luis Alonso le comentó a Fernando: "quizá es importante que comentes tus emociones con tus papas porque a veces eso ayuda mucho, yo lamento no haberle dicho a mi hermano que lo quería y pues ahora esta muerto (se sonroja para contener el llanto, pero se le salen algunas lágrimas)".

Rafael comentó al final: “me gusto mucho la sesión de hoy por eso les damos un fuerte aplauso a ustedes por su buen desempeño”. Luis y Jaime comentaron estar de acuerdo.

Cuando se estaban despidiendo los participantes, se acercó Henry a una de las facilitadoras para decirle que estaba muy molesto porque se había dedicado mucho tiempo a ciertas personas del grupo y que no se dejo que otros se expresaran como fue su caso, pues por el tiempo no pudo compartir su vida, situación que lo había motivado mucho y que en este momento le molestaba, por lo cual había decidido ya no asistir al taller porque además ya no le estaban gustando mucho las dinámicas. La facilitadora le respondió que era su decisión.

En la sesión 7 se pretendió explorar los sentimientos reprimidos, por lo que fue un trabajo más intenso, ya que se abordo niño interno. Se pudo notar la participación activa de todos los integrantes del grupo, mostrando que iban haciendo su recorrido del niño interno y que estaban logrando contactar cosas, esto se pudo verificar cuando se hicieron los comentarios. Por ejemplo, Rafael, que anteriormente su participación era muy superficial ya que es una persona muy racional y culta, solo hablaba un poco de lo que sentía, pero casi siempre lo mezclaba con películas o anécdotas, en esta ocasión dijo: “el dolor que sentí y siento al recordar a mi madre cuando se está muriendo y sobre todo que no pude despedirme de ella, me di cuenta en ese momento que es algo que según yo ya había superado pero que en realidad no es así, y es algo que me esta haciendo sufrir”. Al hablar de esto mostró tristeza y calma a la vez e incluso lloró un poco mostrando por primera vez la expresión de sus sentimientos sin temor alguno. De la misma manera, hubo otras personas como Adib que pudieron contactar su niño interno: “descubrí el rencor que siento hacia mi madre por el trato que me dio y la sobreprotección y es algo que aún no he superado, pues todavía no he podido ni siquiera hablar con ella sobre eso y mi relación, por eso con ella, soy muy superficial y sin interés, y también por ambas partes”, con lo cual se mostró reflexivo y pensativo durante toda la sesión. A sí mismo desde este momento se

pudo notar que varias personas como Jaime cambiaron notablemente su actitud ya que con anterioridad él era una persona muy participativa y se la pasaba cotorreando sobre las actividades con los compañeros, a partir de esta sesión se ha mostrado muy pensativo, callado, reflexivo e incluso ha mostrado algunos malestares físicos como cansancio, dolor del cuerpo, etc; con esto muestra que algo esta pasando con él, incluso él mismo con sus comentarios, lo confirma: “cada quien es responsable de lo que siente y al darte cuenta de qué es lo que realmente te atañe ya no puedes dejarlo pasar y tienes que enfrentarlo por más doloroso que sea”, con esto permite ver que él realmente esta trabajando su proceso de forma intensa. Al mismo tiempo Salvador T. que se había mostrado como una persona desinteresada de las cosas e incluso falto de ganas de vivir (él lo comentó abiertamente) durante las sesiones del taller, nunca ha faltado a ninguna lo que nos podría mostrar que sí le interesa éste y que a su manera se encuentra trabajando su proceso como los demás; pero, a partir de esta sesión se ha mostrado de otra manera, ha tratado de hacer los trabajos a su forma y tiempo, ya pone mayor atención a lo que se esta trabajando, así mismo los compañeros han comentado que su actitud ha cambiado notablemente ya que con ellos platica más, ya sonríe y echa relajo con los compañeros, cosas que anteriormente no lo hacia, solo con su amigo Salvador N. Hasta este momento los comentarios de los participantes han sido muy placenteros pues dicen que las sesiones les han gustado mucho y les han servido bastante, sobre esto Luis comento: “jamás he podido expresarme como lo he hecho a durante el taller y me he dado cuenta de cosas que a lo mejor sabia que existían pero no les había dado importancia, ahora trato de enfrentarme a ellas o al menos sé que están presentes”. Todo esto hace evidente los cambios en los participantes del taller que ellos mismos confirman con sus comentarios y actitudes.

Posteriormente, en la sesión 8 se pretendió que los participantes identificarán sentimientos de malestar en sí mismos para manejarlos como parte del proceso de autoconocimiento. Al parecer todos los participantes lograron contactar con ciertas sensaciones y emociones de su niño interno por ejemplo,

Fito: “noté un niño solitario, miedoso, tímido, llorón, reprimido por mi madre e introvertido, mi niño me pidió algo llorando; eso era que ya no quería sufrir”, Fito se muestra tenso y un poco cortada su voz. Fernando comentó: “yo hice dos dibujos, el primero es como me muestra a la gente o como quiero que me perciban los demás alegre, amable y cooperativo, y el segundo es como realmente soy en donde coloreo mi cabeza y cara de color rojo porque soy muy violento con los demás niños y miedoso a la vez, al ver mi niñez veo llanto, soledad, miedo, tristeza, manipulación de mi madre; pinto de diferentes colores las manos porque tuve una fractura en ellas y así lo hice con ciertas partes de mi cuerpo que sufrió alguna lesión durante mi niñez. De la misma manera Luis Alonso dijo: “contacte a un niño semidesnudo y con una cruz recordándome la muerte de mi padre mostrando dolor en su rostro, ansiedad, llanto; contacte la parte triste de mi niño interno, es que durante mi infancia padecí muchas carencias, en mi dibujo muestro un niño con un paquete de chicles a la orilla del mar, que cuando mi padre murió me dedique a vender chicles en la playa para dar ingresos a mi casa y así ayudar a mi madre, que para mí es una persona admirable por que pese a que tuvo ofertas para comprarle a sus hijos, no las acepto; durante esa época fui discriminado por ser pobre y andar descalzo, pues en la escuela a la que asistía no me dejaban formarme en el homenaje y mi profesor me decía que no lo permitiría hasta que no trajera zapatos (al narrar esta parte de su vida rompe en llanto y se le corta la voz), pero esta situación fue lo que me motivo a superarme, por lo que me vine a la Ciudad de México a estudiar; siendo actualmente Psicólogo Social y profesor de educación primaria. Debido a la discriminación por parte de mi profesor en mis años escolares y de pobreza, decidí regresar a mi tierra natal para regalar materiales académicos a los profesores que laboraban en la escuela en la que estuve en mi infancia, pero di indicaciones al Director de que no le proporcionaran ningún material que les había donado al profesor que me había discriminado cuando era niño. Sin embargo esto no me bastó y decidí presentarme en el salón de dicho profesor para que se diera cuenta de que yo había donado el material y que también yo había indicado que no se le diera. Con esto me doy cuenta de que aún odio a esta persona”. Al mismo tiempo otros

integrantes del grupo se muestran pensativos y con los ojos llorosos e incluso un poco nerviosos y ansiosos. Con esto se pudo notar que en el grupo se dieron varios reflejos de historias de vida ya que la mayoría compartía una niñez triste con lo cual al hablar cierta persona las demás se mostraban identificadas con lo que se estaba comentando, mostrando realmente ese contacto con sentimientos y emociones que los atañen.

Hasta este momento algunos participantes nos han permitido ver que han comenzado a abrir sus procesos, tal es el caso de Jaime quien en una ocasión nos comentó: “cada quien abre y cierra sus procesos”. Sin embargo, en la sesión 9 donde reconocerían la relación que existe entre cuestiones emocionales y el cuerpo aún no hacen manifiesto la identificación de ésta relación; puesto que cuando se abordó este tema, Fernando y Salvador V., fueron los que comentaron haber identificado malestares estomacales y el descuido de su cuerpo (Fernando) así como tensión en el cuello (Salvador V), pero no manifestaron el motivo de esos malestares. Una situación que se pudo observar cuando se abordo el tema de relación mente - cuerpo fue que Salvador T al estar tocando su cuerpo mostraba cierta dificultad para tocarse la parte inferior del mismo (de la cintura hacia abajo). Algo interesante que se pudo observar cuando se transmitieron emociones a través de las manos, fue que Luis lloró pero no comentó el motivo. En general, hasta este momento el grupo se muestra unido, por que entre miembros comienzan a convivir más, ya no hay preferencia al lugar donde sentarse y ni con quien, y sobre todo ahora el grupo ya expresa sentimientos, siendo que al principio del taller sus comentarios oscilaban en cuanto a sus conocimientos intelectuales, viajes y películas; es decir situaciones superficiales.

A lo largo de la sesión 10 se pretendió que los participantes tomaran conciencia de sus recursos y motivaciones. Durante la primera dinámica para qué vivo la mayoría de los participantes se pusieron muy reflexivos. Particularmente César comentó; “se me dificultó la pregunta porque al momento no supe qué responder; pero una vez que reflexioné sobre ella, me fue fácil responderla. Fito

participo muy entusiasta comentando: “vive para respirar, para cantar, entre otras cosas”. Luis Alonso comentó: “primero me hice una pregunta respecto a mi temor futuro de sí ¿llegare a caer en una enfermedad?. Mauricio compartió: “vivo para tener un conocimiento, una comunicación con mi familia y amigos”. En la dinámica de la rutina de mi vida, Rafael comentó: “me sirvió para darme cuenta qué he realizado diversas actividades en el día, particularmente esta dinámica me puso en el dilema de sí asistir o no a la fiesta de una persona muy especial para mí, debido a los 10 años de relación que tengo con ella. Sin embargo, ahora siento coraje, tristeza y decepción (comienza a llorar) con respecto a esta persona, porque cuando quise contarle del VIH, no estuvo ahí para apoyarme y ahora no se que hacer, me doy cuenta de qué la llamada de esta persona “me saco de onda”. Luis: “me di cuenta de que se hacen las cosas por inercia y no se pone uno a reflexionar en las consecuencias, las cuales deberían de tomarse en cuenta antes de tomar una decisión”; a lo que César agregó: “aunque en la dinámica hayan sido cosas triviales, te ponen a reflexionar sobre situaciones más fuertes”. Luis Alonso comentó: “el día es una constante toma de decisiones importantes, y que forman tu vida, el día no sale de nada, sale de ti mismo”. Fernando cuestionó: “no siempre, las consecuencias de tus decisiones dependen de ti, por ejemplo, al decidir comer huaraches y me cobraran de más, me hizo molestarme, y ese enojo no dependió de mi”. A este comentario las facilitadoras respondieron: el evento como tal no dependía de él pero sí su reacción ante este (manejo de emociones).

Durante el desarrollo de la dinámica del “bum”, en la sesión 11, los participantes se vieron muy animados. Los comentarios sobre esta fueron desde quienes dijeron haberse sentido estúpidos, hasta quienes les sirvió para concentrarse. En la segunda dinámica de “no puedo – no quiero”, los participantes comentaron haberse dado cuenta de la diferencia que existe entre las frases, de “no puedo – no quiero” percatándose de que la segunda implicaba tener mayor responsabilidad de sus actos, que no todos estaban dispuestos a enfrentar. En la tercera dinámica se armaron tres equipos, en el primero estuvo Luis, Salvador V., Juan José, Mauricio y Luis Alonso. En el segundo, estuvieron Remy, Fito, Jaime,

Salvador N. y Alfredo. Finalmente en el tercer equipo, estuvieron Salvador T. Fernando, César y Rafael. Los primeros dos equipos se notaron más unidos y participativos entre ellos. El tercer equipo que se veía desunido aunque en los comentarios este fue el único equipo en el que sus integrantes debatieron más sobre las normas que los regirían, los otros dos equipos solo se dejaba guiar por quien en ese momento había tomado la posición de líder. Para esta sesión Salvador T, comentó: “cada quién se tiene que respetar siendo libre de comportarse como quiere”.

Durante la sesión 12 se trabajo la asertividad con los participantes, iniciando el proceso de generación de alternativas a partir del autoconocimiento logrado hasta el momento y de la identificación de sus inseguridades que han obstaculizado su crecimiento personal. Cuando se les pidió a los participantes que anotaran las situaciones que los hacían sentir seguros e inseguros. Salvador N. no estuvo muy concentrado pues tardo en escribir algo. Rafael comento: “las situaciones que me hacen sentir seguro son: hablar en público por que me gusta que me vean, estar con amigos, cuando digo que sí, cuando me gusto a mí mismo, cuando digo la verdad, cuando me halagan sinceramente, cuando digo mi opinión, cuando escribo, cuando pienso en dios, y cuando pienso las cosas antes de decidirme. Las situaciones que me hacen sentir inseguro son: los deportes en conjunto, por que no me considero bueno, al decir lo que siento por temor a que me lastimen, temor a lo desconocido y el interés por algo romántico con alguien, por que temo que sí demuestro el sentimiento me rechacen”. Posterior a él, Fernando comentó: “las situaciones que me hacen sentir seguro son: vender, por ser mi trabajo, el dibujar, el acercarme a la gente, el decir cuando algo no me gusta, el hacer compras, escogiendo lo mejor para que no me estafen, el estar en el grupo, el caminar en el bosque de Chapultepec, y el tener buen cuerpo. Las situaciones que me hacen sentir inseguro son: levantar las manos para poner un foco o cualquier cosa; nadar, por que me intimida ponerse un traje de baño; el ponerme huaraches, una persona alta y bien parecida me impone, por que me siento inferior a ella, el tener sobrepeso, por que me cuesta trabajo tocarme el

cuerpo, el ver mi carne llena de grasa y conservar a la gente, por que no soy capas de hablarles por teléfono ni verlos". Rafael comento: "Mi estética, cuando era pequeño me sentía flaco por mi complexión y no me quitaba la playera cuando iba a la playa; sin embargo, supere eso de mi físico atreviéndome. Yo creo que solo atreviéndose a ... lo superas". Este comentario de Rafael fue alusivo a la inseguridad de Fernando con respecto a ponerse un traje de baño.

En la dinámica de asertividad, se pudo observar que algunos de los participantes adoptan diferentes posturas; que algunos van de ser pasivos a activos en diversas situaciones, por ejemplo, en la situación de pareja, Jaime adoptó una postura pasiva, y Rafael la activa. En la situación de la compra de algún articulo Salvador N. adopta la postura pasiva y Salvador V. la activa. En la situación que representaron Juan José y Fernando con respecto a una sita importante ambos fueron activos. En la ultima representación (la de la cajera) tanto Luis como Luis Alonso resultaron ser activos. Posterior a las representaciones se les hicieron comentarios a los participantes de lo cual Jaime comentó: "caí en la cuenta de que había adoptado una forma pasiva, lo que me ha traído problemas conmigo mismo por no defender mis puntos de vista". Cabe destacar de esta sesión que Cesar nos hizo participes de la decisión que tomo con respecto a su partida a Cancún, por una oferta de trabajo. Comentó: "Se me hizo difícil tomar la decisión, por el pretexto de permanecer en el grupo, sin embargo lo vivido en el taller me permitió darme cuenta de que mi vida debía continuar, realizando mis proyectos, y ahora se a donde ir". De tal forma que Cesar a partir de esta sesión dejo de asistir al taller.

En la sesión 13 se abordo el tema de proyecto de vida, haciendo que los participantes reflexionaran en qué y cómo quieren vivir su vida a partir de tomar conciencia de lo vivido. Al finalizar la dinámica del Juicio Final se hicieron varios comentarios al respecto, donde Adib dijo: "la representación estuvo bien enfocada al mencionar algunos aspectos o características de nosotros, nos puso a reflexionar. Luis comentó: "yo considero que he hecho mi vida satisfactoria,

considerando que me siento preparado para morir, ya que no hay nada de lo que me arrepienta". Cabe mencionar que durante la representación Luis Alonso lloró pero no hizo ningún comentario.

En la dinámica de "Mercado de valores", los participantes se divirtieron mucho. El primer valor a subastar fue la caridad, para el cual ningún participante ofreció nada. El segundo fue la sinceridad por la que Salvador T ofreció $100, Fernando $200, Salvador N. $300, Fernando $400, y Jaime $500, por este valor nadie ofreció más, por lo que se prosiguió a subastar el amor, ofreciendo Fernando $800, y fue en este momento cuando una de las coordinadoras intervino para aclararle a los participantes que en la subasta de valores no solo se ofrecía dinero sino algo de ellos, entonces Luis Alonso, para quedarse con el amor, dijo: "ofrezco la seguridad de aplicarlo con todos los que me rodean, a sí como dar un poco de mi integridad y de mi libertad". Aun con lo ofrecido Luis Alonso no se llevo el Amor, por que la facilitadora lo cuestiono con respecto a ¿para qué quería el amor si iba a entregar parte de su integridad y libertad?. Ante este cuestionamiento Luis Alonso se mantiene callado. Cuando se subasto la honestidad Mauricio dijo tener derecho a este valor por que él lo escribió. Fernando dijo: "ofrezco mi deshonestidad a cambio de la honestidad". Remy dijo: "ofrezco $600 porque no conozco ese valor". Jaime dijo: "ofrezco $700 por que no he logrado obtenerla en totalidad por que no he luchado por lo que quiero hacer". Remy comentó: ofrezco $600 pesos y mi hipocresía". Este valor no fue vendido ya que lo ofrecido no basto para comprarlo. Al subastarse el valor de la Vida, Fernando dijo: "ofrezco $500 y mi muerte por que estoy muerto en vida". Luis dijo: ofrezco mi tiempo para ser mejor"; Jaime dijo: "ofrezco mi esencia, mi alma y mi todo a cambio de la vida". Luis Alonso dijo: "ofrezco mis depresiones, y al niño que dibuje para poder vivir". Fue entonces cuando la facilitadora acepto la oferta y vendió el valor de la vida, aclarando que la subasta de valores no se trataba de dejar lo mejor de sí mismo, sino de dar a cambio lo que los lastimaba o estorbaba para sentirse mejor.

Respecto a las sesiones 14 y 15, debido al tiempo y disponibilidad de los participantes, se realizaron en una sola sesión las dinámicas correspondientes a estas, ya que algunos participantes habían planeado viajes, que estaban programados al termino del taller y debido a la extensión de la sesión 6 se tuvo que unir las últimas dos sesiones para terminar el taller en la fecha programada. El objetivo fue hacer una post evaluación donde los participantes hicieron su autoevaluación a sí como el cierre del taller. En esta sesión los participantes dijeron que les gusto mucho el taller y que los consideráramos miembros para otros posibles talleres. Juan José comento: "cuando salí de mi país, lo hice precipitadamente por los conflictos que se habían desatado, y no supe donde quedo mi familia, es decir, si seguían vivos o qué había pasado con ellos, y las reflexiones que he hecho durante el taller me motivo a buscar a mi familia y por eso voy a regresar a mi país a buscarlos.

Los siguientes resultados se han elaborado en torno al logro de los objetivos por sesión.

Con forme al objetivo de la primera sesión donde los participantes comenzarán la integración grupal a través de compartir sus expectativas, preocupaciones y preferencias; se puede decir que en la dinámica al inicio del taller los participantes se mostraron poco sinceros en cuanto a sus comentarios personales puesto que sus participaciones eran muy superficiales, por ejemplo nos hablaban de los conocimientos intelectuales que poseía cada uno, de los viajes que habían realizado y de películas relacionadas con el tema que se trabajaba. A partir de esto se notó que se estaba trabajando con un grupo con poca facilidad para contactar emociones y sentimiento. Hasta el trabajo mente – cuerpo, se ha visto un cambio en la fusión del grupo ya que se muestran más unidos, su expresión de sentimientos es mucho más abierta, sincera y la aparición de reflejos de historias de vida. Esto se puede sustentar a partir de que entre ellos se quedan a platicar después de la sesión, proponen irse a tomar un café, están más atentos cuando alguien expresa sus sentimientos, se retroalimentan ente

ellos mismos, comparten sus experiencias a fin de que les sirva como una muestra de afinidad y comprensión del problema del otro, interactúan más pues ahora se sientan a lado de quien sea mientras que antes sólo con personas con las que entablaban y una relación más estrecha. En cuanto a la expresión de sentimientos, ahora hablan más de su propia vida sin evadirlo a través de comentarios superficiales, al grado de expresar abiertamente emociones como enojo, tristeza, reflexión, impotencia, desesperación y ansiedad; asimismo al aparecer reflejos ya que se compartía una niñez triste con lo cual al hablar cierta persona las demás se mostraban identificadas con lo que se estaba contando; mostrando realmente ese contacto con sentimientos y emociones que los atañen.

Como ya se había comentado se comenzó a trabajar con un grupo con poca facilidad para contactar emociones y sentimientos, lo cual no les permitía hacer un autoconocimiento de lo que realmente pasaba con ellos, por lo mismo al trabajar con la parte emocional que a ellos les hacía falta experimentar les permitió darse cuenta de que su comportamiento no solo responde a lo que piensan sino también a lo que sienten y que traen guardado, por ejemplo, Fernando, Luis, Mauricio, Adib, Luis Alonso y Jaime se han dado cuenta que su niñez tuvo impacto en la forma en que se relacionan actualmente con los demás comentando que desde pequeños aprendieron a ser duros, contener sus emociones, sentimientos, a hacer cosas por los demás y no por ellos mismos y a estar siempre a la defensiva, lo que les hizo reflexionar del por qué no puede entablar relaciones afectivas.

En cuanto a los resultados de la sesión 2 el objetivo de hacer una primera evaluación respecto a la percepción que tiene cada uno de los participantes de sí mismo, se puede decir que parcialmente se logro puesto que por los comentarios de los participantes se puede percibir que no fueron congruentes.

Cuando se abordó el tema de Autoconocimiento en la tercera sesión donde el objetivo fue que los participantes identificaran las cualidades y defectos de sí mismos; podemos decir que sí se logro el objetivo, aunque la honestidad de los

resultados es un tanto cuestionable considerando que el grupo se encontraba en una etapa inicial donde los participantes aun no expresan abiertamente sus emociones y sentimientos a los demás, y quizá ante sí mismos.

En la sesión 4 el objetivo fue que los participantes hicieran conciencia de sus cualidades y de las metas que han logrado por estas mismas que los llevarán a autovalorarse. Respecto a los resultados que se obtuvieron se puede decir que algunos de los participantes lograron el objetivo, haciendo una valoración positiva de lo que han hecho con forme a lo que son. Llegando a la concienciación de las experiencias vividas que los han llevado a lo que son ahora.

En la sesión 5 donde se pretendió que los participantes identificaran los valores que los rigen. De acuerdo a los resultados de la sesión se puede decir que los participantes lograron identificar su propia escala de valores y a su vez se dieron cuenta que aunque todos posean los mismos valores cada quien tiene su propia escala, en donde los valores de una persona no están ordenados de la misma forma con respecto a la de otra. Esta situación les permito percatarse de que al crecer en una familia se adquiere una escala de valores que se va modificando con forme a las experiencias vividas por cada uno.

En la sesión 6 donde los participantes harían una identificación de los sucesos (positivos y negativos) durante su vida. Debido a la población con la que se trabajo se puede decir que el suceso más impactante para estas personas fue el diagnostico del VIH – SIDA; puesto que hubo comentarios, como por ejemplo, Rafael, Jaime, Luis y Cesar, dijeron que al enterarse de que eran portadores del virus decidieron aislarse, abandonar su propia persona, alejarse de su familia, amigos, trabajo, faltos de ganas de vivir, y perdieron el interés por entablar una relación de pareja estable, por el temor al rechazo.

A partir de la sesión anterior donde se exploraron los sucesos positivos y negativos vividos, en la siguiente sesión (7) se pretendió la exploración de

sentimientos reprimidos, donde el objetivo fue que los participantes lograran establecer contacto con su niño interno recuperando sentimientos y emociones. Este objetivo se cumplió considerando que para comprender cómo el niño herido que se aloja en nuestro interior actúa para satisfacer necesidades pendientes desde la infancia y traumas no resueltos, tenemos que entender que la principal fuerza motivadora en nuestras vidas es la emoción. No es hasta la sesión 8, donde los participantes concretizan los sentimientos y emociones experimentados en la sesión anterior; ya que se pretendió que los participantes identificaran sentimientos de malestar en sí mismos para manejarlos como parte del proceso de autoconocimiento. De tal forma que muchos adultos albergan en su interior frustraciones infantiles y se mueven entre el miedo al abandono, y el temor a quedar enredados. La mayoría fluctúa entre los extremos. Por ejemplo, Jaime se mueve dentro del primer extremo, pues ha comentado que él en sus relaciones afectivas adopta un rol pasivo, permitiendo a su pareja ser dominante. Y de forma inversa, Luis se mueve dentro del segundo extremo, pues prefiere al inicio de sus relaciones no involucrarse afectivamente con su pareja, por el temor a ser lastimado. En esta sesión lograron la identificación de sentimientos de malestar, tales son los casos, de Rafael quien comentó: “aun no he superado el hecho de no haberme podido despedir de mi madre cuando ella murió, evento que hasta hace tiempo consideraba superado”. Otro caso es el de Luis Alonso que por haber sido un niño de escasos recursos padeció muchas humillaciones que lo ha llevado a albergar a un niño rencoroso, intolerante, e incapaz de perdonar llevando al adulto a buscar la humillación del que lo lastimo cuando niño. Cuando se desidealiza el pasado y se reconoce el carácter ambivalente de la acción humana, de modo que se descubre una nueva posibilidad para transformar el significado de lo sucedido, permite aceptar el pasado; el juicio, el perdón y la gratitud se encargan de transformar el pasado en dichoso porvenir, y permiten dejar de ser una víctima para convertirme en alguien que reforma continuamente su pasado. Tal es el caso de Luis Alonso quien en la sesión 13 se dio cuenta de que para poder vivir satisfactoriamente necesitaba dejar a su niño interno lastimado. Otra manifestación de carencia afectiva experimentada durante la infancia son las

adicciones, tal es el caso de Fernando, quien se había vuelto adicto al sexo desde la adolescencia intentando llenar su vació emocional.

Se puede concluir de la sesión 9, cuyo objetivo fue el reconocimiento del vinculo mente – cuerpo, que no se logro éste, ya que los participantes lograron identificar malestares corporales pero no la vinculación con las cuestiones emocionales. Tal es el caso de Fernando y Salvador V., que fueron los que comentaron haber identificado malestares estomacales y el descuido de su cuerpo (Fernando) así como tensión en el cuello (Salvador V), pero no manifestaron el motivo de esos malestares. En esta sesión cuando el terapeuta retroalimento a los participantes sobre el significado de los malestares estomacales de Fernando y la tensión del cuello de Salvador V., este último se percato de que efectivamente era inflexible en sus ideas, y que por tal le generaba tensión el hecho de confrontarse a ideas diferentes a las de él.

De acuerdo a los resultados de la sesión 10 se puede decir que se cumplió el objetivo ya que los participantes tomaron conciencia de sus recursos y motivaciones. Puesto que el darse cuenta de los motivos por los cuales viven y los recursos con los que cuentan les permite tomar sus decisiones, las cuales trazan su vida. Esto se puede observar por la reflexión que se hizo acerca de que “el día es una constante toma de decisiones importantes, y que forman tu vida, el día no sale de nada, sale de ti mismo”.

En la sesión 11, donde los participantes tomaron conciencia con respecto a, que ellos son los responsables de elaborar sus alternativas y tomar sus propias decisiones, el objetivo de esta sesión se cumplió, ya que los participantes comentaron haberse dado cuenta de la diferencia que existe entre las frases, de “no puedo – no quiero” percatándose de que la segunda implicaba tener mayor responsabilidad de sus actos, que no todos estaban dispuestos a enfrentar. Particularmente Salvador T, comentó que cada quién se tiene que respetar siendo libre de comportarse como quiere.

Otro tema importante que se abordo fue la asertividad en la sesión 12 la cual permitiría que los participantes iniciaran el proceso de generación de alternativas al partir del autoconocimiento logrado hasta el momento y de la identificación de sus inseguridades que han obstaculizado su crecimiento personal. Este objetivo se logro parcialmente, ya que si bien los participantes no llegaron a la generación de alternativas con respecto a su vida, si lograron la concientización de las inseguridades que han obstaculizado su crecimiento personal. Tal es el caso de Jaime quien comentó que el adoptar una forma pasiva le ha traído problemas consigo mismo por no defender sus puntos de vista.

Refiriendo a la décima tercera sesión cuyo objetivo fue que los participantes reflexionaran de qué y cómo querían vivir su vida a partir de tomar conciencia de lo vivido, se puede decir que éste se cumplió, confirmándolo por el comentario de Luis Alonso, quien ofreció sus depresiones, y al niño que dibujo para poder vivir.

Con respecto a las sesiones 14 y 15 se puede decir que el cierre del taller fue favorable, esto se confirma por los comentarios de los participantes respecto a que les agrado el taller y que están dispuestos a asistir a otro.

Retomando el objetivo de este trabajo se puede afirmar que los participantes de este taller lograron concientizar la importancia de un proyecto de vida. Esto lo corroboramos con el caso de Cesar, quien había manifestado que a partir del diagnóstico del VIH se quedo sin trabajo perdiendo el entusiasmo por buscarlo, siendo que nunca se le había dificultado. Reconociendo que no se había esmerado en buscarlo aun cuando necesitaba dinero. Sin embargo, para la sesión 12 del taller Cesar había tomado la decisión de irse a Cancún por una oferta de trabajo. Otro caso similar fue el de Juan José, que en la última sesión manifestó que viajaría a su país a buscar a su familia con la que no había tenido contacto alguno durante mucho tiempo, comentando que el taller le había permitido tomar esta decisión. Ambos casos son evidencia de qué para definir un proyecto de vida

se necesita saber de dónde se parte, lo que significa identificar lo que cada persona valora, piensa y sabe; lo que le interesa, comprender la etapa por la que esta pasando, identificar los problemas qué en el ahora se quieren resolver, reconocer su propio potencial en cuanto a las habilidades, destrezas y virtudes que posee. Otro elemento que permite definir el proyecto de vida es estableciendo a dónde se quiere llegar, tener metas a corto, mediano y largo plazo y la posibilidad de visualizar cómo quiere vivir en un futuro no muy lejano.

Cabe mencionar que sí bien no todos los participantes lograron aterrizar su proyecto de vida, si tomaron conciencia de ello.

DISCUSIÓN

Alonso-Fernández (1989), Gattell, Clotet. Podzamczer y Miró (1992); Rollo (1988), Miller Weber y Green (1989); Durham y Cohen (1994); y Miller (1989) mencionan que la conciencia de que pueden contagiar las personas infectadas con VIH/SIDA a sus seres queridos actúa como una fuente de sentimiento de culpa asociada con los temores al rechazo y esto trae como consecuencia una situación de aislamiento e inactividad, siendo esta modalidad de situación humana la más depresógena de todas. El estado de humor de los enfermos con VIH/SIDA puede oscilar entre los depresivo-melancólico (una muerte anticipada, se sienten estigmatizados y muestran poco entusiasmo por participar en actividades de apoyo para combatir el SIDA) y una posición hipomaniaca (vivir al máximo lo que queda de vida, aprovechar el tiempo, matar a la muerte; éstos suelen ser los que han aceptado su enfermedad y la posibilidad de muerte). El enfermo con VIH/SIDA suele sentir terror de ser un portador de la muerte, unido a su vez al deseo inconsciente de contagiarse totalmente (ya sea reprimiendo la sexualidad, no saliendo, alejándose de los amigos), teme al qué dirán, qué preguntarán, se siente como un antiguo leproso; todo esto origina que la persona se aísle aumentando su soledad. Generalmente las personas con VIH/SIDA pueden sentir vergüenza y culpabilidad por las actividades que realizan y que se han visto como inmorales o en general desaprobadas socialmente; tal es el caso de muchos homosexuales que consideran el diagnóstico como prueba adicional de sus errores y puede resultar una gran autorecriminación. En torno a esta imagen realista tenebrosa del SIDA, cada quien puede construir su visión fantasmagórica personal, de la cual van a emanar efluvios más o menos poderosos impregnados de temor y ansiedad así como el sentimiento de atrapamiento para la mayoría de los pacientes quienes piensan que tienen un control muy reducido sobre su vida y las opciones disponibles ahora para ellos (sensación de desesperanza que inhibe posibles acciones constructivas futuras; tales como una perdida de motivación para luchar por el futuro o ajustarse a los regímenes terapéuticos que implican alguna

esperanza para el paciente, puede ocurrir una perdida de interés en actividades previamente compensadoras y generar un sentimiento de ser sucios o no limpios).

Particularmente en el grupo con el que se trabajó se observaron algunos rasgos depresivos, que los participantes hicieron manifiesto en la dinámica “el gráfico de mi vida”. Con respecto a lo mencionado por Sanz y Cols. (1999) quienes señalan que según las estadísticas, el 80% de los enfermos mueren antes de los tres años de haber contraído la enfermedad y a los cinco años quedan pocos supervivientes; sin embargo, en el grupo con el que se trabajo hubo participantes que se les había diagnosticado tres meses de vida desde hace nueve años; lo cual evidencia que no hay un factor determinante para la pronta evolución del VIH en SIDA como lo refieren Pratt, (1988) y Richardson (1990).

A lo largo del taller educativo terapéutico se abordaron los temas de la autopercepción, autoconocimiento, autoestima, autovaloración, autoreflexión, exploración de sentimientos reprimidos, reconocimiento vínculo mente – cuerpo, reconocimiento del potencial personal, toma de decisiones, asertividad y proyecto de vida, que llevaron al participante a continuar con su desarrollo personal, situación que es congruente con Cervantes, Gama, Medina y Leira (2000) quienes plantean que un proyecto de vida es la distancia entre lo que somos y lo que queremos llegar a ser. Es una guía para la actuación cotidiana que orienta las decisiones personales y las acciones hacia el punto que nosotros mismos hemos planteado. Es la posibilidad de escribir nuestra propia historia sobre la base del esfuerzo y la voluntad personal y con el apoyo de quienes nos rodean. El proyecto de vida puede ir dirigido hacia cualquier ámbito: emocional (cómo quiero que sea mi vida afectiva), ético (qué valores van a regir mi vida), profesional (en qué quiero trabajar), físico (cómo me veo físicamente y en cuanto a la salud) y económico (qué logros económicos espero alcanzar) (Conde y Vidales, 1999). Tales son los casos de César, Salvador T, Juan José y Luis Alonso.

Cesar se planteaba la problemática de no tener claras sus metas, lo que manifestaba en su poca disposición para buscar empleo, que sin embargo en la sesión 12 hace manifiesta la decisión que tomó con respecto a su partida a Cancún, por una oferta de trabajo. Comentando que: “se me había hecho difícil tomar la decisión, por el pretexto de permanecer en el grupo, sin embargo lo vivido en el taller me permitió darme cuenta de que mi vida debía continuar, realizando mis proyectos, y ahora sé a donde ir”.

Salvador T. al inicio del taller se mostraba muy participativo aunque de una forma agresiva y defensiva. Sin embargo durante el transcurso del taller se observo más reflexivo y sociable, disminuyendo su agresión y no estando a la defensiva con sus compañeros.

Juan José decide regresar a buscar a su familia. Finalmente Luis Alonso ofreció sus depresiones y al niño que dibujó para poder vivir.

El realizar el taller con un grupo que asistía a reuniones de autoapoyo permitió trabajar con ellos como personas comunes con problemas diversos tanto por su condición de ser humanos como el ser portadores de VIH/SIDA; pese a haber estado en el grupo de autopoyo, éste no les favoreció de igual forma que el taller, ya que como ellos comentaron: “el asistir al taller les permitió integrarse más, conocerse y aceptarse entre sí como son”.

De esta forma la alternativa de intervención psicológica que se ha planteado, permite que, independientemente de la etapa de evolución en que se encuentren, la forma en que se contagiaron (es decir, si generó culpa, vergüenza o estigmatización en ellos) ó cuanto tiempo llevara con el VIH/SIDA (generando angustia, temor a la llegada de la incapacidad, de valerse por sí mismo e inclusive la muerte) la persona pueda reflexionar acerca de la situación en la que se encuentra y darse cuenta de su propia capacidad de vivir y del sentido para seguir su desarrollo personal.

Se considera que el taller educativo terapéutico, como alternativa de intervención, permitió que el individuo continuara su desarrollo personal a través de un proyecto de vida, ya que en primera instancia la terapia grupal no directiva (basada en Rogers) promovió la integración del individuo en lugar de esperar a que el terapeuta le resuelva el problema. Sin embargo para llegar a este punto se pasó por varias etapas que considera Rogers (citado en Céspedes y León, 1992) dentro de las relaciones de grupo: al aclararse que va existir absoluta libertad en el grupo se producirá una confusión inicial de silencio, con una interacción superficial; resistencia a la expresión o exploración personal, se comienza con la revelación de actitudes personales lo cual provocará diferentes reacciones en otros miembros del grupo, a pesar de que aquí todavía no hay una confianza plena entre el grupo se va dando una expresión mayor de sentimientos en las conversaciones, se va dando la expresión de sentimientos significativos que se manifiestan en actitudes negativas hacia otros miembros o hacia el coordinador, los participantes del grupo se dan cuenta de que hay libertad de expresar lo que sienten sin ser juzgado; se manifiestan explícitamente los sentimientos inmediatos que se experimentan entre los miembros, se da que ciertos miembros muestran una aptitud natural y espontánea para encarar de forma útil, facilitadora y terapéutica el dolor y sufrimiento de otros, las experiencias grupales representan el comienzo del cambio; se rompe con la fachada o máscara que se trae al principio, cada individuo se da cuenta de cómo aparece ante los demás gracias al grupo; se hace un enfrentamiento de los participantes poniéndose al nivel del otro y esto puede ser positivo o negativo, el grupo ayuda a cada persona dentro de él, existe un contacto más intimo y directo entre el grupo; se produce un acercamiento y sentimientos positivos y por último se dan cambios de conducta en los miembros del grupo.

Por lo anterior se puede afirmar que el trabajo realizado con los participantes como terapia grupal, proporcionó la suficiente integración hasta lograr expresar y compartir sus expectativas, preocupaciones, sentimientos, emociones, etcétera, generando así mayor cohesión en el grupo y aceptación

entre los miembros (situación observable, en la forma en que se distribuían en el lugar a lo largo del taller), ya que en las primeras sesiones era muy notorio la integración de subgrupos dentro del grupo, y esto fue cambiando conforme se avanzaba en las sesiones.

También se pudo notar que la empatía que se generó entre terapeuta y grupo fue esencial para que la expresión tanto de emociones y sentimientos fluyeran en el ambiente de la terapia. Para este fin se consideró de forma primordial para el inicio del proceso terapéutico dinámicas de autoexploración en donde los participantes lograron identificar su estado emocional en el presente, la autoexploración que incluyó procesos de identificación de la valoración de sí mismos, identificación de la existencia de sentimientos tanto positivos como negativos hacia sí mismos, identificación del origen de tales sentimientos y su influencia en la salud física e identificación de los recursos con que cuenta cada participante para el afrontamiento de situaciones adversas, que es mencionado por Quitman (1989).

Así se tiene que la percepción de sí mismo es de suma importancia, pues sobre ello se fundamenta la congruencia de lo que pensamos que somos y lo que en realidad somos para el desarrollo personal. Sobre esto, el cuestionario aplicado a los participantes no se consideró como una forma de evaluación para la determinación del efecto del taller, sino precisamente como una forma de concienciación para los participantes de sí mismos.

De esta forma se llega a la tendencia que propone Rogers (1961), en la cual se manifiesta en el proceso de convertirse en persona se relaciona con la fuente o centro de las relaciones y decisiones o de los juicios de valor. Así los participantes llegan progresivamente a sentir que el foco de evaluación se encuentra en ellos mismos, lo que propiciará que cada vez acudan menos a los demás en busca de aprobación o reprobación, teniendo pautas por las cuales regir su vida, decisiones y elecciones, obteniendo el poder de autoevaluarse y ser

persona únicas y responsables de sí mismos incluyendo el malestar que acompaña a esta asunción de la propia responsabilidad. Y aunque se menciona en los resultados que se logró parcialmente el objetivo de la autoevaluación, si se logró que los participantes se dieran cuenta de la incongruencia que manifestaron respecto a sus respuestas y lo que en verdad perciben de sí mismos.

Sin embargo, se puede decir que no solo a partir de la autopercepción se llega a la autorrealización o desarrollo personal, sino que se tiene que llevar un proceso en el cual esta inmersa la persona en todos sus aspectos.

El llegar a una identificación de las cualidades y defectos de sí mismos permitió que el autoconocimiento logrado por los participantes hiciera que se dieran cuenta de la necesidad de encontrar el yo real para llegar a ser tal persona y para aceptarse y valorarse por lo que son. Teniendo así que este autoconocimiento y auto observación vienen, dice Rogers, a través de nuestras primeras experiencias, mediante las cuales dominamos el ambiente a través de la alta consideración que otros nos muestran, con sus expresiones de afecto, admiración y aceptación, a través de la congruencia o del acuerdo entre las experiencias que se tienen a lo largo de la vida y de la forma como se ven a sí mismos. Así el acuerdo entre lo que les gustaría ser y la impresión que se tiene de sí mismos, cuanto más cerca estén estos dos conceptos, más satisfechos estarán de si mismos. Lo anterior coincidió con los participantes, quienes encontraron las incongruencias respecto a las cualidades que observaban y deseaban tener de otras personas y de los defectos que compartían con su grupo de amistades que supuestamente rechazaban (el caso de Cesar).

El hecho de que los participantes hicieran conciencia de sus cualidades y de las metas logradas por estas mismas, los llevó a autoevaluarse, lo que permitió que experimentaran la vida como un proceso de elección continua, que tiene naturalmente al desarrollo de potencial individual y se dieran cuenta de que se está motivado por una jerarquía de necesidades en primera fisiológicas y

posteriormente personales, como alcanzar seguridad, buscar el amor, ser amados y amarse a sí mismos y alcanzar autoestima con lo cual buscamos la autorrealización. Conforme se va superando cada nivel de forma exitosa, las personas avanzan hacia le siguiente nivel. Por lo que nadie se halla completamente autorrealizado, pero sí hay gente que se encuentra desarrollándose de manera saludable y que siempre trata de subir a niveles más altos que le llevan a producir mayor satisfacción (Maslow, citado en Odriozola, 2000). Así los participantes del grupo hicieron una valoración positiva de experiencias vividas que los han llevado a lo que son ahora, descubriendo los valores que más les preocupan y los de su grupo para madurar como personas.

También es de gran relevancia los valores que rigen el estilo de vida de cada persona, para vivir conforme a sí mismo y no repitiendo las mismas creencias que la familia, sin reflexionar acerca de las mismas, deben descubrir lo que pueden hacer y sentirse orgullosos de sus propios logros y buscar su autoidentidad; aunque todos desean agradar a los demás, desde la misma infancia hasta la ancianidad, lo que los iguales opinen de sí mismos es de mucha importancia; debido a que el ser aceptados por otros tienen un efecto tan grande sobre el concepto de si mismos y porque finalmente está relacionado con nuestro éxito como personas en la vida. Por lo que, los participantes, al identificar los valores que los rigen, les sirvió para lograr el autoconocimiento de sus propios valores, lo que permitió que se dieran cuenta de que al crecer en una familia se adquiere un escala de valores que se va modificando con forme a las experiencias vividas por cada uno, lo que hace que el individuo reconozca que cada persona tiene su propia escala de valores y no por ello son mejores o peores, o están en contra o a favor, sino que debe de haber tolerancia y respeto para si mismo y para con los demás.

Esto llevó a la identificación de los sucesos, tanto buenos y malos durante la vida de los participantes, lo qué permitió un mayor conocimiento de los sucesos que pasaron los participantes tanto en su niñez, adolescencia y juventud, así como

el evento más impresionante para esta población que fue el diagnóstico de VIH, el cual marco de una forma negativa sus vidas, provocando que los participantes buscaran apoyo tanto en familiares, amigos y hasta instituciones, por lo que llegaron a este taller, buscando una forma de enfrentar lo que están viviendo y resolver emociones y sentimientos que hasta ese momento habían dejado sin afrontar. Esto les permitió darse cuenta de que ha habido eventos que han motivado a seguir con su vida y otros que han guardado e incluso ignorado por el dolor o daño que les causaba y que ya no los podían dejar así.

En el momento en que los participantes reconocieron que hay cosas que han permanecido “ocultas” fue necesario, para ellos, darse cuenta de qué se trataba su propia situación. Así el trabajo que se hizo de explorar los sentimientos reprimidos, contactando su niño interno para reconocer causa o motivos de los malestares que les atañen, así como de las sensaciones, sentimientos y emociones que les producían estos. Permitió que emergieran los sentimientos y emociones negativas que aun les causaba daño, logrando que se dieran cuenta de qué es lo que realmente ocurría y que solo les concernía a ellos y no dejarlo pasar y enfrentarlo por más doloroso que fuera. Esto los llevó a comprender como él niño herido que se aloja en sus interiores actúa para satisfacer necesidades pendientes de la infancia y traumas no resueltos.

Partiendo de esto los participantes hicieron una identificación de sentimientos de malestar en sí mismos para manejarlos como parte del proceso de autoconocimiento. Aquí la mayoría reconoció la experiencia de su infancia como frustrante lo que los llevó a expresar sus emociones de angustia, dolor y enojo, que aún no habían podido resolver, así se considera que los participantes trabajaron su proceso ya que las emociones no permanecen ocultas en el interior, sino que se expresan por medio de mímicas, posturas, movimientos e incluso gesticulaciones o vocalizaciones características (Danzter, 1989).

Como se puede observar hasta este punto las facilitadoras generaron inductores para llevar a cabo la autorreflexión en los participantes logrando así el “insight” (“darse cuenta de”) en ellos, que es la principal técnica de apoyo para la aplicación del taller. Con esto se cubrió la primera fase del método donde los participantes identificaron su estado emocional en el presente, desde la valoración de si mismos, identificación de la existencia de sentimientos tanto positivos como negativos hacia sí mismos, además de la identificación del origen de estos sentimientos y su influencia en la salud física, así como los recursos con que cuenta cada participante para el afrontamiento de situaciones adversas.

Para la fase dos se planteó el reconocimiento y aceptación del estado actual a través de darse cuenta, es decir, vivir conscientemente. Para lo cual fue de gran interés que los participantes reconocieran la relación que existe entre sus emociones y su cuerpo; referente a esto, aunque no se logró, ya que los participantes lograron identificar malestares corporales pero no la vinculación con las cuestiones emocionales, la generación del inductor para la reflexión por parte de las facilitadoras, dio la oportunidad para que los participantes se dieran cuenta de la conexión que existe entre sus emociones y sus malestares e iniciar un proceso para la identificación de esta relación y así darse cuenta de la posible causa que de estos. Es precisamente cuando algunos participantes han permitido ver que ha comenzado a abrir sus procesos, algunos en forma interna y otros logran exteriorizar emociones, así como sus sentimientos. Además de darse cuenta de que en sí mismos es donde se abre y cierra su proceso. Esto concuerda con lo mencionado por Schnake (1995), pues el individuo se debe hacer responsable de su enfermedad y atienda el mensaje que ésta le trae a toda su persona; la cual no sabe que es la parte del cuerpo que le muestra limitación o le molesta de alguna manera, por lo tanto, no le habla ni mucho menos le escucha. Es trascendente relacionar algo de lo que ocurre o ha ocurrido a lo largo de nuestras vidas con esto llamado enfermedad.

Al respecto, cabe mencionar que hizo falta ampliar más sesiones en este tema, situación que permitiría que los participantes se dieran cuenta de manera clara sobre como sus emociones pueden dañar a su cuerpo

Sin embargo, no solo el vinculo mente-cuerpo es lo único que se tiene que reconocer sino también el potencial personal, por lo que los participante hicieron conciencia de su recurso y motivaciones, a partir de las reflexiones pudieron darse cuenta de sus motivaciones por las que han continuado el curso de su vida y estar conscientes de que las decisiones que han tomado por más pequeñas que hayan sido, tuvieron una gran consecuencia para su vida, por lo que comprendieron que es responsabilidad de cada quién las decisiones y su consecuencias en sus vidas. El reconocer "el día no sale de la nada, sale de ti mismo" (frase mencionada por Luis Alonso) les permitió concebirse, como lo hace el Humanismo, como una persona en la que tanto los factores físicos, emocionales, ideológicos o espirituales forman al ser real, se ven así mismos como una persona que se puede hacer cargo de su vida, llevar su propio desarrollo y realizar sus deseos o sea llegar a la autorrealización, con lo cual mostrará altos niveles de percepción de la realidad, habilidad para resolver problemas, autodirección, deseo de privacidad, riqueza emocional, frecuentes experiencias valiosas, identificación con uno mismo, con otros, aceptación de sí misma, de otros y de la naturaleza.

Es aquí donde la alternativa de intervención presentada retoma su importancia no solo por el apoyo en la salud mental, sino también física de los enfermos de VIH, porque retoman el interés por sí mismos y por ende el continuar adecuadamente con su tratamiento médico que les permitirá seguir viviendo sanamente.

Como se ha observado las fases I y II han permitido el conocimiento de sí mismos y sus procesos no concluidos, además de los motivos y situaciones que han estado viviendo y que hasta ahora están conscientes de ello. Por tanto el la fase III se inició la parte educativa, es decir, una vez conscientes de sus procesos

no concluidos, se educó a los participantes en aquellos aspectos que impidieron su desarrollo personal, así como también reforzar los aspectos que les ayudaron, con este fin se les proveyó a los participantes de herramientas útiles para la elaboración de su proyecto de vida como la asertividad.

Así al tomar conciencia, los participantes, de que ellos son los responsables de elaborar alternativas y tomar sus propias decisiones se percatan de no haber estado dispuestos a afrontar su responsabilidad, y por tanto haciéndose conscientes ahora de sus responsabilidades. Buscaglia (citado en Viamonte, 1993) opina que uno es lo que uno piensa, que cada uno atrae lo que piensa, que la vida es un producto de los pensamientos y creencias, por lo mismo para poder cambiar el rumbo de la vida hacia mejoras es a base de alternar los propios pensamientos.

Otro tema importante, a este fin, fue la asertividad donde los participantes iniciaron el proceso de generación de alternativas partiendo del conocimiento logrado de sí mismos y sus inseguridades. Sin embargo, los participantes no llegaron a la generación de sus alternativas, pero se dieron cuenta de las actitudes que habían tomado y afectaron su desarrollo personal en forma negativa, por lo que la asertividad les permitió no solo una herramienta para afrontar sus problemas, sino también un medio para darse cuenta de las actitudes que generaron un obstáculo en sus relaciones con los demás y afectando, a la vez, su desarrollo personal, esto es congruente con Caballo (1995), quien plantea que es de gran importancia la asertividad pues debido a la relación que tiene nuestra vida permite sentirse bien con los demás y consigo mismos.

Una vez que los participantes tomaron conciencia de la responsabilidad de sí mismos y sus decisiones, así como también de haberles proporcionado una herramienta para poder cambiar el rumbo de sus vidas para desarrollarse, finalmente se procedió con la reflexión del proceso transcurrido para propiciar que los participantes generaran alternativas de cambio respecto a su situación

personal y tomaran una decisión como último paso en el proceso de acompañamiento grupal.

Al reflexionar, los participantes, de qué y como querían vivir su vida, a partir de haber tomado conciencia de lo vivido en su proceso, se dieron cuenta de que para poder cambiar el rumbo de su vida y poder seguir su desarrollo personal, fue necesario dejar lo que los lastimaba e iniciar con una nueva actitud que les permitiera no dañarse y poder vivir entusiasmados consigo mismos. Ya que como menciona De Pujadas (1998) toda experiencia gratificante y reforzante para la persona es un paso más hacia la autoestima y, en consecuencia, conduce a la plena autorrealización, pues potencia los sentimientos de autonomía, capacidad, dominio y autosuficiencia. En la medida en que adopten los comportamientos superiores y los conviertan en actitud, serán personas con un proyecto de vida, autorrealizadas, maduras y mejorar su calidad de vida.

Por tanto, todo lo mencionado anteriormente los llevará a tomar ciertas actitudes ante la vida, las cuales son inclinaciones o reacciones ante diversas situaciones. Conforme las personas van creciendo se conforma de ideas expectativas y de actitudes que normalmente se mantiene muy arraigadas a lo largo de la vida, por lo tanto se menciona que las actitudes de las persona se dan en virtud de sus pensamiento, por tanto es el modelador de su vida y el propio constructor de su destino (Buscaglia, citado en Viamonte, 1993).

Para finalizar el taller, se volvieron a aplicar los mismos cuestionarios. Esta vez los participantes manifestaron ser congruentes con sus respuestas y haber podido aceptarlas sin tratar de proyectar algo diferente de lo que en realidad son. Y de esta forma reconocer que “yo soy el que elige” y que “yo soy el que determina el valor que una experiencia tiene para mi”, es algo que enriquece pero también atemoriza (Rogers, 1961). Al hacer los comentarios, los participantes, acerca del taller, se compartieron las decisiones que tomaron y a su vez las motivaciones para continuar su desarrollo personal, reflejando así la intervención

del taller como un proceso importante que les permitió seguir su desarrollo personal.

Teniendo así la concienciación por parte de los participantes de la importancia de un proyecto de vida para continuar su desarrollo personal. Sin embargo, se enfatiza que no todos los participantes lograron aterrizar sus proyectos de vida, pero pudieron darse cuenta de la importancia de ello. Lo cual no refleja que no se halla cumplido con el objetivo del taller, ya que como plantea la Psicología Humanista, cada persona abre su proceso e ira a su ritmo para hacer conciencia y darse cuenta de su situación, es decir, cada persona es única, y por tanto el desarrollo para concluir o cerrar un ciclo dependerá tanto de sus habilidades, experiencias y su propia valoración para poder lograrlo; y por esto también es único el proceso de cada persona.

CONCLUSIONES

Dado todo lo anterior, se puede concluir que el objetivo de la tesis sí se logró, ya que si se consideran las alternativas de intervención referidas en el capítulo 3, el trabajo elaborado es diferente a estas, tanto en contenido como finalidad; pues la mayoría se centra en la visualización del infectado del VIH – SIDA, como un enfermo y no como persona, situación que se resalta en esta alternativa de intervención con enfoque humanista, cuya fundamentación teórica y práctica nos permite lograr el desarrollo personal del individuo.

En cuanto a que la persona infectada con VIH – SIDA continuara con su desarrollo personal dados los efectos psicológicos, familiares, sociales y laborales ocasionados, se afirma que el taller educativo terapéutico favoreció a los participantes, aun cuando no todos concretaron su proyecto de vida. No se puede determinar cuantitativamente el efecto del taller, pero basándose en el análisis de los resultados cualitativos del trabajo se considera que sí se logró que los participantes continuaran con su desarrollo personal. Por tanto el alcance del trabajo realizado es que propicio el externar emociones, abrir ciclos, que la persona infectada con VIH – SIDA mostrara mayor autoestima e interés en sí mismo preocupándose por los cuidados sanitarios que su enfermedad requiere, tanto para él como para las personas que lo rodean y la población en general; funcionando como prevención en la propagación de la enfermedad hacia otras personas y el desarrollo del SIDA en él mismo. Retomando lo que dice Llanes (2000), se considera que si se refuerza la estima personal e interés por sí mismo en el paciente con VIH/SIDA, es más probable que continúe con su tratamiento médico, por lo cual el taller presentado favorece a esta población en dos aspectos: en el área de la salud mental y en el área de la salud física.

La alternativa de intervención psicológica que se ha planteado, permite que, independientemente de la etapa de evolución en que se encuentren, la forma en que se contagiaron (es decir, si generó culpa, vergüenza o estigmatización en

ellos) ó cuanto tiempo llevara con el VIH/SIDA (generando angustia, temor a la llegada de la incapacidad, de valerse por sí mismo e inclusive la muerte) la persona pueda reflexionar acerca de la situación en la que se encuentra y darse cuenta de su propia capacidad de vivir y del sentido para seguir su desarrollo personal.

El trabajo realizado funciona como una aportación para la labor del psicólogo y la psicología con esta población, a quién se le ayuda a mejorar su calidad de vida, enfrentar su problemática y a generar alternativas para continuar viviendo hasta que la enfermedad se los permita, visualizándolos como personas que aun pueden continuar con su desarrollo personal y no solo sobrevivir.

Así mismo se sugiere que para una mayor validez y trascendencia de los resultados obtenidos en el taller educativo terapéutico se creé instrumentos que permitan medir cuantitativamente los efectos de la intervención y con ello considerar el taller como una alternativa de intervención a personas infectadas con VIH – SIDA que incremente los resultados positivos en instituciones que la puedan adoptar, lo cual favorecería el trabajo de diferentes instituciones encaminadas a brindar apoyo psicológico y sanitario a pacientes con VIH – SIDA, ya que ayuda a esta población en sí misma y prevendría la disipación de esta enfermedad que actualmente aqueja a la sociedad. También se sugiere que para tener una mayor certeza de qué tanto influyó el taller en los participantes sería conveniente, que al termino del mismo, se aplicara como última actividad: ¿Qué tanto me sirvió el taller?, ¿en qué me ayudó? y ¿qué descubrí a lo largo de este?. Esto retroalimentaría a los participantes y daría evidencia más confiable de los efectos causados por el taller.

Otra sugerencia es que para una próxima aplicación del taller educativo terapéutico se considere la dinámica del grupo para ampliar las sesiones de algunas temáticas con la finalidad de optimizar los resultados de la intervención, así como complementar con terapia individual para quienes la soliciten o bien para

quienes la requieran, esto ayudará a cerrar mejor los ciclos durante las sesiones grupales.

Finalmente un dato que llama la atención, con motivo de este taller, fue que el grupo con el que se trabajó estuviera conformado solo por varones, siendo que la invitación al taller fue abierta; esto puede ser un camino a futuras investigaciones con respecto al porqué ocurre este fenómeno. Bien puede ser por que haya menos mujeres infectadas, los varones homosexuales al verse rechazados por la sociedad busquen apoyo en instituciones, cuestiones relacionadas al género, etcétera; lo cierto es que se desconoce y por esta razón puede ser un área fértil de investigación.

REFERENCIAS

Alonso – Fernández, F. (1989). Psicología Medica y Social. México: Salvat. 336 – 344.

Aguilar, M. A. (2000) “Musicoterapia Transpersonal: Alternativa para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH”. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. FES, Iztacala.

Alvin, J. (1994). Músicoterapia. http:www.encolombia.com/musicoterapia.htm.

Amaro, A. C. (1997). "El SIDA contraído por el trabajador como causa injusta de terminación de las relaciones de trabajo". Tesis de Licenciatura en Derecho. UNAM: ENEP Aragón.

Ayuso, M.J.L. (1997). Trastornos neuropsiquiátricos del SIDA. España: Mc Graw – Hill Interamericana.

Barreto, P. (1994). "Cuidados paliativos al enfermo de SIDA en situación terminal: enfoque multidisciplinar". Revista de Psicología General y Aplicada. Vol. 47 (2), 201 – 208.

Becerril I. A. y Urela de la Rosa R. (2001). "Propuesta de taller vivencial sobre factores psicológicos que pueden afectar a personas que viven con VIH/SIDA y sus familiares". Tesina de Licenciatura en Psicología. UNAM: FES Iztacala.

Bonet, R; Ferrer, J. y Vilajoana, J. (1994). "Estrategias de Grupo y SIDA: Ayuda Mutua". Revista de Psicología General y Aplicada. Vol. 47 (2), 193 – 200.

Botella, Ll. J. (1988). Las enfermedades de transmisión sexual en la mujer. España: Salvat.

Bowlby, B. (1993). La separación afectiva. Buenos Aires: Paidos.

Caballo, V. E. (1991). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. España: Siglo XXI editores.

Calderón, R. C. (1994). "Los derechos humanos el SIDA y su crítica". Tesis de Licenciatura en Derecho. Universidad del Valle de México: Escuela de Derecho, plantel San Rafael.

Carrillo de Albornoz, P. A. (1994). "Intervención psicológica en niños y adultos afectados de SIDA". Revista de Psicología General y Aplicada. Vol. 47 (2). 183 -191

Castañedo, C., Brenes, A., Jensen, H., Lucke, H., Rodríguez, G. y Thomas, P. (1993) Seis enfoques psicoterapéuticos. México: El Manual Moderno.

Castro, R., Eroza, E., Orozco, E., Manca, Ma. C. y Hernández, J.J. (1997). "Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar". Salud Pública de México, 39 (1), 32 - 43.

Cervantes, H.M.B., Gama, H.R.M., Medina, G.M.C. y Leyra, T.J.A. (2000). Formación cívica y ética 1. México: Esfinge.

Céspedes, C y León, S. (1992). "Terapia de grupo no directiva con pacientes Seropositivos y con SIDA". Revista de Ciencias Sociales. (58). 45-54.

Cohen, S. I. (1988). "La muerte vudú, la respuesta al stress, depresión y SIDA". Revista de Psicopatología. Vol. 8 (1) 1 – 15.

Conde, F.S. y Vidales, D.I. (1999). Formación cívica y ética I. México: Larousse.

Criollo, H.T.V. (2000) "Estudio piloto de las respuestas de afrontamiento en pacientes con VIH de diagnóstico reciente". Reporte de Investigación para obtener el título de Licenciado en Psicología. UNAM: FES, Iztacala.

Dantzer, R. (1989). “Las emociones”. Buenos Aires: Paidos. Pp. 29-30, 35-41.

De Pujadas, G. (1998). Autoestima. http://www. depunet@ entelchile.net

De Vita, V. T; Hellman, S. y Rosenberg, S. A. (1990) Epidemiología, e historia natural del virus de la inmunodeficiencia humana. SIDA: Etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención. España: Salvat.

Díaz, M. (1993). “Psicodanza y terapia corporal: herramientas que influyen en la imagen corporal de adolescentes tempranas”. Tesis, México.

Durham, D.J. y Cohen, F.L. (1994). “Consecuencias psicosociales de la infección con HIV”. Pacientes con SIDA: Cuidados de enfermería. México: Manual Moderno.

Emperador, L y Cantonero, M. (1999) Carl Rogers: su obra. http://www.psiconet.org/rogers/obra5.htm.

Eslava, M. C. (1994). "Consecuencias laborales del trabajador infectado por SIDA". Tesis de Licenciatura en Derecho. UNAM: Facultad de Derecho.

Ferrer, J. (1997) SIDA y BIOETICA: De la autonomía a la justicia. España: Universidad Pontifica "Madrid".

Fux, M. (1989). La formación del danzaterapeuta. Barcelona: Gedisa.

Gattell, J., Clotet, B., Podzamczer, D. y Miró, J. (1992). "Transtornos psiquiátricos y problemática psicológica en pacientes con infección por VIH". Guía práctica del SIDA: Clínica, diagnóstico y tratamiento. España: Masson y Salvat.

Gross, R. (1998). Psicología: la Ciencia de la mente y la conducta. México: Manual Moderno.

Hernández, M. R. (1998). "Aplicación de la Psicoterapia breve como parte del tratamiento integral para incrementar la calidad de vida en el paciente terminal con cáncer y SIDA (estudio de casos)". Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Femenina de México.

Kepner, J. (1992). Proceso corporal. México: Manual Moderno.

Kilby, M. D. (1988). Sexo seguro: educación sexual, anticoncepción y enfermedades venéreas. México: Mc Graw – Hill.

Laburu, J. (1996). "Los sentimientos". Emoción y Motivación. Montevideo: Mosca Hermanos.

Leon, M. (2002). "La psicoeducación como herramienta para afrontar el VIH/SIDA". Tesis para Licenciatura en Psicología. Universidad Franco Mexicana: Facultad de Psicología.

Llanes. (2000). Calidad de vida. http://www.psicomagia.com.

Luna, L. A. (2000). "Apoyo psicológico a personas que viven con VIH/SIDA en fase terminal". Reporte laboral de Licenciatura en Psicología. UNAM: Facultad de Psicología.

Mahoney, M.J. (1997) Psicoterapias cognitivas y constructivistas: Teoría, investigación y práctica. España: Editorial Descleé de Bawer.

Martínez, R. A. (1999). "La terapia grupal en pacientes homosexuales y seropositivos al VIH (su evaluación con el MMPI-2)". Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM: Facultad de Psicología.

McNaughton, D. (1989). “Psicología y Cognición”. Aspectos fisiológicos y cognitivos.

Miller, D. (1989). “Ajustes de las relaciones”. Viviendo con SIDA y HIV. México: Manual Moderno.

Miller, D., Weber, J. y Green, J. (1989). “Psicología, SIDA, CRS y LGP”. Atención de pacientes de SIDA. México: Manual Moderno.

Mota, F. (1999). La teoría educativa de Carl Rogers: alcances y limitaciones. http://Kepler.vag.mx/temasedu/carlr.htm.

Myers, D. (1994). “La emoción”. Psicología. México: Médica Panamericana. Cap. 13.

Nuñez, A. D. (2002). "Discriminación Laboral por VIH/SIDA". Tesis para Licenciatura en Psicología. UNAM: FES Iztacala.

Odriozola. (2000). "La perspectiva humanística". www.aldeaeducativa.com.

Ortiz, L. A. (1996) "El SIDA: Suspensión, terminación y rescisión de la relación de trabajo". Tesis de Licenciatura en Derecho. UNAM: Facultad de Derecho.

Payno, H. (2001) "El VIH/SIDA y la psicoterapia gestalt". Revista del Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt. Vol. 5 (1).

Pratt, R. J. (1988). "La causa". SIDA. España: Ediciones Doyma.

Poincaré, H (1997). "La vida". www.aldeaeducativa.com.

Quitman, H. (1989). “La persona más importante eres tú”. Psicología Humanística. Barcelona: Herder.

Ramírez, T. (1987). “La técnica”. Psicodrama teoría y práctica. México: Diana,.

Ramírez A. y Hernández G. A. (1995). "Una revisión teórica y propuesta para el trabajo terapéutico con familiares y enfermedades de SIDA/VIH". Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM: ENEP Iztacala.

Ramos, L. L. (1989). "Algunos aspectos psicosociales del SIDA". Salud Mental. Vol. 12 (3), 55 - 59.

Richardson, D. (1990). La mujer y el SIDA. México: Manual Moderno.

Rodríguez, G.G., Gil, F.J. y García, J.E. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. Archidona Málaga: Ediciones Aljibe.

Rogers, C. (1987) El camino del ser. Barcelona: Kairos. 60 – 62.

Rollo, M. (1988). “Libertad y destino en enfermedad y en salud”. Libertad y destino en psicoterapia. España: Biblioteca de Psicología.

Romano, J. G. (1997) "Aportaciones de la labor del psicólogo a la problemática VIH/SIDA". Reporte de trabajo de la Licenciatura en Psicología. UNAM: ENEP Iztacala

Rossi, L. (1989). Asistencia psicológica a pacientes infectados por VIH. En J. Sepúlveda, (Ed.). SIDA, conciencia y sociedad en México. México: Fondo de Cultura Económica, 205-215.

Ruiz, O.J.I. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.

Rychlack, J. (1998). “La psicología centrada en el cliente”. Personalidad y Psicoterapia. México: Trillas.

Sanz, M; Vega, J. y Martínez, P. (1999) SIDA: Aspectos Medico – Legales y deontológicos. Salamanca: Universidad de Valladolid, Secretaria de Publicaciones e Intercambio.

Sande, M.A. y Volberding, P. (1992). Manejo Medico del SIDA. México: Interamericana Mc Graw – Hill.

Schnake, A. (1995). “El cuerpo”. Los diálogos del cuerpo. Chile: Cuatro Vientos

Sepúlveda, J. (1989).”Asistencia psicológica a pacientes infectados por VIH/SIDA”. Conciencia y sociedad en México. México: Fondo de Cultura Económica.

Soria, J. E. (1995). "Consecuencias socio – jurídicas del trabajador enfermo de SIDA en México". Tesis de Licenciatura en Derecho. UNAM: ENEP Aragón.

Tierno, B. (1998). Autorrealización. http://www.psicomagia.com.

Tierno, B y Alcántara, J. A. (1996). La autoestima. www.aldeaeducativa.

Torres, J. I. (1998) "Modelo de psicoterapia psicodinámica en pacientes seropositivos al VIH/SIDA". Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM: Facultad de Psicología.

Uziel, B. (1995). “El proceso de darse cuenta y su relación con el desarrollo del potencial humano”. Tesina, México.

Valles, M.M.S. (2000). Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional. España: Ed. Síntesis.

Velandia, M. A. (sin fecha). "Apoyado desde la familia a quien vive con SIDA". Disponible en: Instituto Mexicano de Sexología en Tepic # 46 Col. Roma, Delegación Cuauhtémoc, México, D.F.

Viamonte, M. (1993). “Lo que se debe hacer”. Al encuentro de la Salud y Felicidad y Longevidad. México: Trillas.

Wukmir, R. (1989). “ Emoción y Rebusques”. Emoción y Sufrimiento. Barcelona: Labor.